T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

EŞCİNSEL VE BİSEKSÜEL ERKEKLERDE DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ DÜZEYİNİN SOSYAL ANKSİYETE DÜZEYİ, BENLİK SAYGISI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Burak Yağcı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2022

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

EŞCİNSEL VE BİSEKSÜEL ERKEKLERDE DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ DÜZEYİNİN SOSYAL ANKSİYETE DÜZEYİ, BENLİK SAYGISI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Burak Yağcı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Filiz İzci

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde klinik deneyimleriyle bana yol gösteren, tez sürecinde bana destek olan ilgili ve sabırlı değerli hocam Doç. Dr. Filiz İzci'ye;

Desteğini esirgemeyen sayın başhekimimiz Doç. Dr. Sema Baykara'ya; uzmanlık eğitimim boyunca klinik tecrübeleriyle yol gösteren ve bana destek olan değerli hocalarım Prof. Dr. Medine Yazıcı'ya, Prof. Dr. Engin Ermem Beştepe'ye, Doç. Dr. Hüseyin Güleç'e, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e, Doç. Dr. Onur Durmaz'a, Doç. Dr. Merih Altıntaş'a, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar'a;

Tez sürecinde bana değerli katkılar sunan Uzm. Dr. Alper Bülbül başta olmak üzere klinik deneyimleriyle bana katkı sağlayan Uzm. Dr. Murat Yalçın, Uzm. Dr. Mine Ergelen, Uzm. Dr. Sevilay Kunt, Uzm. Dr. Alper Baş, Uzm. Dr. Batuhan Ayık, Uzm. Dr. Çiğdem Küçükali, Uzm. Dr. Pınar Şen Gökçeimam, Uzm. Dr. Diğdem Göverti ve hastanemizin diğer değerli uzman doktorlarına;

Rotasyonlarımda bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım başta sayın Prof. Dr. Füsun Mayda Domaç, Doç. Dr. Özalp Ekinci, Doç. Dr. İbrahim Adak olmak üzere tüm nöroloji ve çocuk psikiyatrisi ekibine;

Uzmanlık eğitimi boyunca birlikte çalıştığım, birlikte mutlu bir asistanlık geçirdiğim arkadaşlarım; Uzm. Dr. Sena Aktaş, Uzm. Dr. Berçem Arıncı Kızılay, Uzm. Dr. Ömer Öz, Uzm. Dr. Hayrullah Can İnceman, Uzm. Dr. Ozan Odabaşı, Uzm. Dr. Cemre Yaşöz, Dr. Pınar Kartal, Dr. Merve Özdoğan, Dr. Ümit Yılmaz, Dr. Mustafa Alp Şenel, Dr. Eda Ülger, Dr. Samet Kurnaz başta olmak üzere çok değerli arkadaşlarıma;

Hastanemizin emekçi hemşire ve personellerine;

Arkadaşlıklarını çok değerli bulduğum Ayşegül Keleş, Barış Alpuğan, İrem Hayta, Gözde Öncü ve bana tez sürecimde de destek olan Ezgi Türkmen'e ve diğer arkadaşlarıma;

Yetişmemde ve bugünlere gelmemde büyük emek sahibi olan çok değerli annem Hatice Yağcı'ya, babam Mustafa Yağcı'ya ve kardeşleri olmaktan mutluluk duyduğum ablalarım Esra Özer ve Elif Yağcı'ya;

Tezime katılmayı kabul edip benimle öykü ve bilgilerini paylaşan tüm katılımcılara;

En içten duygularımla teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Burak Yağcı
İstanbul - 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
KISALTMALAR v
ABSTRACT ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ 1
2.1. DOĞUMDA ATANAN CİNSİYET 4
2.2. CİNSİYET KİMLİĞİ 4
2.3. CİNSİYET ROLÜ 4
2.4. TOPLUMSAL CİNSİYET 4
2.5. CİNSEL YÖNELİM 5
2.6. HETEROSEKSİZM 5
2.7. AZINLIK STRES KURAMI 6
2.8. AYRIMCILIK VE DAMGALANMA 7
2.9. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ 9
2.10. BENLİK SAYGISI 10
2.11. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU 11
2.11.1. Tanım 11
2.11.2. Tarihçe 12
2.11.3. Epidemiyoloji 13
2.11.4. Risk Etmenleri 14
2.11.5. Etiyoloji 14
2.11.5.1 Nörobiyolojik Etmenler: 14
2.11.5.2. Genetik Etmenler 16
2.11.5.3. Psikolojik Kuramlar 16
2.11.5.3.1. Psikodinamik Model: 16
2.11.5.3.2. Psikobiyolojik Model – Savunma Güvenlik Modeli: 16
2.11.5.3.3. Şartlanma Modeli: 16
2.11.5.3.4. Kendilik Sunumu Modeli: 17
2.11.5.3.5. Sosyal Beceri Modeli: 17
2.11.5.3.6. Bilişsel ve Davranışçı Model: 17
2.11.6. SAB'de Eş Tanılar 18
2.11.7. Klinik Görünüm 19

2.11.8. Gidiş Ve İşlevsellik 20
2.11.8. Tedavi 20
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 22
3.1. ÖRNEKLEM VE YÖNTEM 22
3.2. DAHİL ETME VE HARİÇ TUTUMA KRİTERLERİ 22
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 22
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 23
3.4.1. Sosyodemografik Ve Klinik Veri Toplama Formu 23
3.4.2. İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği (İHÖ) 23
3.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) 24
3.4.4.Sosyal Etkileşim Kaygısı Ölçeği (SEKÖ) 24
3.4.5. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) 24
3.4.6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü (WHOQOL-BREF) 25
4. BULGULAR 26
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER 26
4.2. ALKOL VE MADDE KULLANIM SIKLIĞI 28
4.3. TIBBİ VE PSİKOLOJİK HASTALIK, PSİKOLOJİK DESTEK 28
4.4. ANNE BABA EĞİTİM DURUMU VE AİLE TUTUMU 30
4.5. CİNSEL YÖNELİMİ YAŞAYIŞ BİÇİMİ, GÖRÜŞLERİ VE DİNİ GÖRÜŞÜ 31
4.6. AÇILMA DURUMU VE AÇILMA YAPILAN KİŞİ TARAFINDAN KABULÜ, AÇILMA YAŞLARI 33
4.7. İNTİHAR 35
4.8. EŞCİNSEL VE BİSEKSÜEL ERKEKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI 36
4.9. PSİKİYATRİK HASTALIK VARLIĞINA GÖRE KLİNİK PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI 37
4.10. PSİKOLOJİK DESTEK ALMA DURUMLARINA GÖRE KLİNİK PARAMETRELERİN İNCELENMESİ 38
4.11. İNTİHAR GİRİŞİMİ VARLIĞINA GÖRE KLİNİK PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI 39
4.12. CİNSİYET ROLÜ ÖZELLİKLERİNE GÖRE PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI 40
4.13. CİNSEL YÖNELİMİN KABUL EDİLDİĞİ YAŞ VE PARAMETRELERİN KORELASYONU 42

4.14. DENEYİMLENEN AYRIMCILIK, SOSYAL ANKSİYETE VE BENLİK SAYGISI 42
4.15. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ, SOSYAL ANKSİYETE VE BENLİK SAYGISI 43
4.16. DENEYİMLENEN AYRIMCILIK, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ VE YAŞAM KALİTESİ 44
5. TARTIŞMA 46
5.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ 46
5.2. PSİKİYATRİK TANI, PSİKOLOJİK DESTEK VE İNTİHAR 48
5.3. CİNSİYET ROLÜ ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI 49
5.4. DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE SOSYAL ANKSİYETE, BENLIK SAYGISI 50
5.5. İÇSELLEŞTIRILMIŞ HOMOFOBI VE SOSYAL ANKSIYETE VE BENLIK SAYGISI 55
5.6. DENEYİMLENEN AYRIMCILIK, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ VE YAŞAM KALİTESİ 56
6. KISITLILIKLAR 58
7. SONUÇLAR 59
8. KAYNAKÇA 60

KISALTMALAR

ASC	**:** Anterior Cingulate Cortex
BDT	**:** Bilişsel Davranışçı Terapi
DEHB	**:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DLPFC	**:** Dorsolateral Prefrontal Korteks
DSÖ	**:** Dünya Sağlık Örgütü
ICD	**:** International Classification of Diseases
İHÖ	**:** İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği
LGB	**:** Lezbiyen, gay, biseksüel
LGBTİ+	**:** Lezbiyen, gay, biseksüel, interseks (+)
LSAÖ	**:** Libowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği
MPFC	**:** Medial Prefrontal Korteks
MAO-I	**:** Monoamin Oksidaz İnhibitörü
NE	**:** Norepinefrin
PTSB	**:** Posttravmatik Stres Bozukluğu
rACC	**:** Rostral Anterior Cingulate Cortex
RBSÖ	**:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SAB	**:** sosyal anksiyete bozukluğu
SNRI	**:** Seçici Noradrenalin Gerialım İnhibitörleri
SSRI	**:** Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri
SEKÖ	**:** Sosyal Etkileşim Kaygısı Ölçeği
WHOQOL-BREF TR	**:** Dünya Sağlik Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kisa Formu Türkçe Sürümü

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler 27
Tablo 2: Alkol ve Madde Kullanımı 28
Tablo 3: Tıbbi Hastalık, Psikiyatrik Hastalık ve Psikolojik Destek.....29
Tablo 4: Anne ve Baba Eğitim Durumu.....30
Tablo 5: Aile Tutumu.....31
Tablo 6: Cinsel Yönelimi Yaşayış Biçimi ve Dini Görüşü.....32
Tablo 7: Cinsiyet Rolü Özelliği 33
Tablo 8: Açılma Durumu ve Açılma Yapılan Kişinin Kabulü.....34
Tablo 9: Açılma ve Kendini Kabul Yaşları.....35
Tablo 10: İntihar.....35
Tablo 11: Cinsel Yönelime Göre Klinik Ölçeklerin Karşılaştırılması.....36
Tablo 12: Psikiyatrik Hastalık Varlığına Göre Klinik Ölçeklerin Karşılaştırılması .37
Tablo 13: Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Klinik Ölçeklerin Karşılaştırılması.....38
Tablo 14: İntihar Girişimi Varlığına Göre Parametrelerin Karşılaştırılması 39
Tablo 15: Bireylerin Kendilerini Tanımlama Biçimlerine Göre Parametrelerin Karşılaştırılması.....40
Tablo 16: Bireylerin Kendilerini Tanımlama Biçimlerine Göre Rosenberg Benlik Saygısı Detay Analizi 42
Tablo 17: Ölçekler ile Cinsel Yönelimin Kabul Edildiği Yaş Korelasyonu 42
Tablo 18: Deneyimlenen Ayrımcılık ve Diğer Klinik Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....43
Tablo 19: İçselleştirilmiş Homofobinin Diğer Klinik Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....44
Tablo 20: Deneyimlenen Ayrımcılık, İçselleştirilmiş Homofobi ve Yaşam Kalitesi.....44

ÖZET

Amaç: Cinsel yönelim bakımından azınlık olan gruplar, genel popülasyonun maruz kaldığı stresörlerin yanı sıra kendine özgü stresörlere maruz kalmaktadırlar. Cinsel yönelim bakımından azınlık olan gruplarda ayrımcılık, damgalanma, ön yargı ve şiddet gibi olumsuz yaşantılar heteroseksüellere göre daha fazla görülmekte ve ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuz yaşantılar doğrudan ruhsal sağlığı olumsuz etkiledikleri gibi, bunların sonucunda ortaya çıkan algılanan ayrımcılık, kendini damlama ve içselleştirilmiş homofobi gibi azınlık stres faktörleri ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkiler göstermektedir. Birçok ruhsal hastalık gibi sosyal anksiyete ile de ilişkili olan dış ve iç azınlık stresörleri, benlik saygısı ve yaşam kalitesi ile de ilişkilidir. Neden olduğu sonuçların iyi anlaşılabilmesi için azınlık stres faktörlerinin de iyi anlaşılması gerekmektedir. Bu çalışmada eşcinsel ve biseksüel erkeklerde deneyimlenen ayrımcılık ve içselleştirilmiş homofobinin, sosyal anksiyete, benlik saygısı ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya kendini eşcinsel veya biseksüel olarak tanımlayan 85 katılımcı dahil edilmiştir. Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı özelliktedir ve katılımcılara kartopu yöntemi ile ulaşılmıştır. Katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan ve deneyimlenen ayrımcılık sorularını da içeren sosyodemografik ve klinik veri formu, İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği (İHÖ), Libowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ), Sosyal Etkileşim Kaygısı Ölçeği (SEKÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği RBSÖ), Dünya Sağlik Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kisa Formu Türkçe Sürümü (WHOQOL-BREF TR) uygulanmıştır. Örneklemde deneyimlenen ayrımcılığın ve içselleştirilmiş homofobinin, sosyal anksiyete, benlik saygısı ve yaşam kalitesi ile ilişkisine ayrı ayrı bakılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların en az bir alanda yaşam boyu cinsel yönelim temelli ayrımcılığa maruz kaldığı görüldü. Eşcinsel ve biseksüel erkekler arasında sadece sosyal etkileşim kaygısı puanı bakımından farklılık görüldü. Psikiyatrik tanı varlığına göre sadece benlik saygısı puanında farklılık görülürken, psikolojik destek alma bakımından sadece deneyimlenen ayrımcılık puanında farklılık saptandı. İntihar girişimi varlığına göre karşılaştırmada deneyimlenen ayrımcılık, içselleştirilmiş homofobi ve yaşam kalitesi parametrelerinde anlamlı farklılık görüldü. Deneyimlenen ayrımcılık ile sosyal anksiyete düzeyleri arasında aynı yönlü anlamlı ilişki tespit edilirken benlik saygısı ile ters yönlü ilişki tespit edildi. İçselleştirilmiş homofobi ve sosyal anksiyete düzeyleri arasında aynı yönlü ilişki saptanırken, benlik saygısı ile ters yönlü bir ilişki saptandı. Deneyimlenen ayrımcılık

ve içselleştirilmiş homofobinin her ikisinin de yaşam kalitesi ile ters yönlü bir ilişki içinde olduğu saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda eşcinsel ve biseksüel erkeklerde deneyimlenen ayrımcılık ile sosyal anksiyete düzeyi arasında pozitif, benlik saygısının ve yaşam kalitesi ile negatif ilişkili olduğu; aynı şekilde içselleştirilmiş homofobi düzeyi ile sosyal anksiyete düzeyinin arasında pozitif, benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğu bulunmuştur ve tartışılmıştır. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde ruh sağlığı kliniklerinde ve uygulamalarında, psikolojik destek sürecinde, koruyucu ruh sağlığı uygulamalarında ve geliştirilecek politikalarda cinsel yönelim açısından azınlık olan eşcinsel ve biseksüel erkekler değerlendirilirken ayrımcılık deneyimlerinin ve olumsuz ruhsal sonuçlarının göz önünde bulundurulması gerektiği anlaşılmaktadır.

Anahtar kelimeler: eşcinsellik, biseksüellik, ayrımcılık, sosyal anksiyete, benlik saygısı.

ABSTRACT

Objective: Minority groups in terms of sexual orientation are exposed to specific stressors, unlike the stressors of the general population. Negative experiences such as discrimination, stigma, prejudice and violence are more common in minority groups in terms of sexual orientation than heterosexuals, and they affect mental health negatively. While these negative experiences directly affect mental health negatively, minority stress factors such as perceived discrimination, self-stigmatization and internalized homophobia have negative effects on mental health. External and internal minority stressors, which are associated with social anxiety like many mental illnesses, are also associated with self-esteem and quality of life. Minority stress factors should also be well understood in order to understand the consequences they cause. In this study, it was aimed to examine the relationship between discrimination and internalized homophobia experienced in gay and bisexual men with social anxiety, self-esteem and quality of life.

Materials and methods: 85 participants who defined themselves as gay or bisexual were included in the study. The study is cross-sectional and descriptive, and the participants were reached by the snowball method. Sociodemographic and clinical data form, including the discrimination questions prepared and experienced by the researcher for the participants, Internalized Homophobia Scale, Libowitz Social Anxiety Scale, Social Interaction Anxiety Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, World Health Organization Quality of Life Scale Short Form Turkish Version (Whoqol-bref Tr.) has been applied. The relationship between discrimination experienced in the sample and internalized homophobia, social anxiety, self-esteem and quality of life were examined separately.

Results: It was observed that the participants were exposed to lifetime discrimination based on sexual orientation in at least one area. There was a difference between gay and bisexual men only in terms of social interaction anxiety score. While there was a difference only in the self-esteem score according to the presence of a psychiatric diagnosis, there was a difference only in the discrimination score experienced in terms of receiving psychological support. Significant differences were observed in the discrimination experienced, internalized homophobia and quality of life parameters in the comparison according to the presence of suicide attempt. While a significant relationship was found between experienced discrimination and social anxiety levels, an inverse relationship was found with self-esteem. A same-way relationship was found between internalized

homophobia and social anxiety levels, while an inverse relationship was found with self-esteem. Experienced discrimination and internalized homophobia were both found to be inversely related to quality of life.

Conclusion: In our study, it was found and discussed that discrimination experienced in gay and bisexual men was positively related to the level of social anxiety, and negatively related to self-esteem and quality of life; Similarly there was a positive relationship between the level of internalized homophobia and the level of social anxiety, and a negative relationship between self-esteem and quality of life. When these results are evaluated, it is understood that discrimination experiences and negative mental consequences should be taken into account when evaluating homosexual and bisexual men who are minorities in terms of sexual orientation in mental health clinics and practices, psychological support process, preventive mental health practices and policies to be developed.

Keywords: homosexuality, bisexuality, discrimination, social anxiety, self-esteem.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsel yönelimi kimliğin bir parçası haline getirme; bireyin cinsel yöneliminin ayırdına varması, bunu duygu, davranış, biliş ve kimlik ile birleştirmesi, yönelimini kişiler arası ilişkilerinde paylaşması ve bu doğrultuda sosyal ilişkiler kurması süreciyle olur. Birey ve toplum arasındaki etkileşimler cinsel yönelim kimliğinin gelişmesinde belirleyicidir. Bu dönem kişinin toplum tarafından nasıl görüldüğüne dikkatini verdiği, kendine bakışını belirlediği bir dönemdir (1). Bu kimlik gelişiminde bireysel boyut, toplum boyutu ve bunlar arasındaki etkileşim belirleyici öneme sahiptir ve bu süreçte birçok zorlukla karşılaşılabilir. Toplumun cinsel azınlık bireye bakışı, tavrı ve buna dair sistemleri azınlık bireyin hayatında önemli rol oynamaktadır.

Cinsel yönelim bakımından azınlık olan (heteroseksüel olmayan) bireyler cinsel yönelimleri sebebiyle toplum tarafından çeşitli damgalama ve ayrımcılıklara maruz kalmakta; sözel, duygusal ve fiziksel şiddete uğramaktadır. Yapılan araştırmalarda cinsel azınlık gruba yönelik damgalama, önyargı, negatif tavır ve ayrımcılığın fazla olmasıyla heteroseksüel gruba göre bu grupta duygudurum ve anksiyete bozuklukları, intihar düşünce ve davranışları, alkol madde kötüye kullanımı gibi psikiyatrik hastalıkların riskinin arttığı gösterilmiştir (2–11).

Toplumsal çevreden gelen damgalama stresi azınlık birey tarafından içselleştirilmekte, ayrımcılık ve negatif tavır kendine yöneltilebilmektedir. Bu sürecin bir görünümü olan içselleştirilmiş homofobi nedeniyle kişinin davranışları, öz değerliliği, kendilik algısı, benlik saygısı, davranışları etkilenmekte, kişide çeşitli ruhsal sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir (12–14).

Sosyal anksiyete bozukluğu, diğer adıyla sosyal fobi, kişinin diğer insanlar tarafından değerlendirilebileceği, diğerlerinin gözünün üzerinde olabileceği bir ya da birden fazla sosyal ortamda, sosyal etkileşimde, performans göstermesi gereken durumlarda belirgin ve sürekli bir korku ve kaygı duyması, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı endişesi taşıması ve anksiyete belirtileri göstermesidir. Kişide, sosyal ortamlara ve etkileşimlere maruz kaldığı durumlarda çarpıntı, nefes darlığı, yüz kızarması, terleme, titreme gibi kaygıya bağlı bedensel belirtiler ortaya çıkabilir. Sosyal anksiyete kişide diğer insanlar tarafından nasıl algılandıklarıyla ilgili

uğraşılar, olumlu izlenim bırakmaya dair beklentiler oluşturabilir (15–18). Sosyal anksiyete zamanla süreğen bir hastalığa dönüşebilmekte ve depresyon, alkol madde kullanım bozukluğu gibi tanıların eklenmesiyle süreç daha da kötüye gidip kişide yeti yitimine yol açabilmektedir.

Literatüre göre; sosyal anksiyetenin bilişsel yapılanması sosyal olarak negatif tutumlarla karşılaşma korkusu ve reddedilme beklentisidir(15,16). Sosyal anksiyöz bireylerin diğerleri tarafından nasıl algılandıklarıyla ilgilendikleri, diğerlerinin üzerinde olumlu izlenim bırakamayacakları, olumsuz eleştirilecekleri, reddedileceklerini düşündükleri ve buna bağlı anksiyetelerinin arttığı bilinmektedir.

Cinsel yönelim açısından azınlık olan gruplarda ayrımcılığa ve damgalanmaya bağlı reddedilme beklentisi, negatif değerlendirilme korkusu birçok psikiyatrik hastalığa yol açabildiği gibi sosyal anksiyetenin oluşumunda da büyük öneme sahiptir(19,20). Ayrımcılığa bağlı cinsel yönelimini gizleme, ifşa olma korkusu, sosyal ortamların tehdit olarak algılanmasına ve anksiyetenin artmasına yol açmaktadır.

Alanyazına baktığımızda; yapılan çalışmalarda cinsel azınlık gruplarında sosyal anksiyete düzeyi heteroseksüel gruba göre daha fazla bulunmuştur(5,21). Safren ve arkadaşları genç eşcinsel erkek ve kadınlarda sosyal anksiyetenin hissedilen sosyal desteğin azlığıyla, depresyon ve intiharla ilişkili olduğunu bulmuşlardır (22). Pachankis ve arkadaşları (2006) eşcinsel erkeklerin heteroseksüel erkeklerden daha fazla negatif değerlendirilme korkusu taşıdıklarını ve sosyal etkileşim kaygılarının ve sosyal fobilerinin daha yüksek, benlik saygılarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır (19). Burns ve arkadaşları algılanan ayrımcılık arttıkça sosyal anksiyetenin arttığını bulmuşlardır (20).

Alan yazın incelendiğinde cinsel yönelim açısından azınlık olan bireylerde ruhsal sağlık sorunlarına dair çalışmaların bulunduğu fakat sosyal anksiyeteye dair çalışmanın az sayıda olduğu görülmektedir. Ayrımcılık ve sosyal anksiyeteye ilişkin çalışmalar cinsel yönelim açısından azınlık gruplarda birey-toplum ilişkisinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacak, azınlık stres kuramının daha iyi anlaşılmasına ve geliştirilmesine, aynı zamanda sosyal çalışmalara ve ruh sağlığı çalışmalarına katkı sağlayacaktır.

Türkiye toplumsal yapısı itibariyle muhafazakarlığın ve heteronormativitenin fazla olduğu, buna bağlı cinsel yönelim bakımından azınlık olan bireylere ayrımcılığın yüksek olduğu bir ülke olmasına rağmen bu bireylerde ruhsal sağlık sorunlarına dair çalışmanın yetersiz olduğu bir ülkedir.

Bu koşulda; araştırmamızın amacı eşcinsel ve biseksüel erkeklerde deneyimlenen ayrımcılık ve içselleştirilmiş homofobinin, sosyal anksiyete düzeyi, benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak; ayrımcılığın cinsel yönelim açısından azınlık olan bireylerde ruhsal sağlık sorunlarını arttırması, birey toplum ilişkisini ve sosyal yetileri belirlemesi ve bu doğrultuda sorunların çözümlerinin hedeflenmesi konusunda literatüre katkı sağlamaktır.

Çalışmamızın hipotezleri şöyledir:

Hipotez 1: Eşcinsel ve biseksüel erkeklerde deneyimlenen ayrımcılığın sosyal anksiyete düzeyiyle ilişkisi vardır.

Hipotez 2: Eşcinsel ve biseksüel erkeklerde deneyimlenen ayrımcılığın benlik saygısı ile ilişkisi vardır.

Hipotez 3: Eşcinsel ve biseksüel erkeklerde deneyimlenen ayrımcılığın yaşam kalitesi ile ilişkisi vardır.

Hipotez 4: Eşcinsel ve biseksüel erkeklerde içselleştirilmiş homofobi düzeyinin sosyal anksiyete düzeyiyle ilişkisi vardır.

Hipotez 5: Eşcinsel ve biseksüel erkeklerde içselleştirilmiş homofobi düzeyinin benlik saygısı ile ilişkisi vardır.

Hipotez 6: Eşcinsel ve biseksüel erkeklerde içselleştirilmiş homofobi düzeyinin yaşam kalitesi ile ilişkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUMDA ATANAN CİNSİYET

Doğumda atanan cinsiyet, dış genital özelliklere bakılarak belirlenen, ikili cinsiyet sisteminde kadın ya da erkek olarak söylenen özelliktir. Bu cinsiyetin "atanmış" olması kişinin kendi beyanı dışında belirlenmiş olmasını ifade eder (23,24). Kişinin dış genital organları atanmış cinsiyet belirtmek için belirsiz olduğunda diğer göstergelere (örneğin iç genital organlar, hormonlar, kromozomlar) bakılabilmektedir. Kişide atanmış cinsiyeti belirlemek %0,02-%0,06 oranında zor olabilmekte ve bu bireyler interseks olarak isimlendirilmektedir (24)

2.2. CİNSİYET KİMLİĞİ

Cinsiyet kimliği kişinin kendisini tanımladığı cinsiyettir. Bu tanım ikili cinsiyet sisteminde "kadın" ya da "erkek" şeklinde olabildiği gibi bunların dışında "cinsiyetsiz, non binary, akışkan cinsiyetli, gender-queer" şeklinde de olabilir. Cinsiyet kimliği çoğunlukla doğumda atanan cinsiyet ile uyumludur ve bu bireyler "cis-gender" olarak adlandırılır. Kişinin doğumda atanan cinsiyeti ile cinsiyet kimliği uyumlu değil ise "trans-gender" ya da "transseksüel" olarak tanımlanır (25). Transseksüelite cinsiyet kimliği ile doğumda atanan cinsiyetin farklı ölçülerde değişiklik gösterebilmesi halini kapsayan şemsiye bir kavramdır (26).

2.3. CİNSİYET ROLÜ

Kişinin cinsiyet kimliğini, görünüm, giyim tarzı, davranışları, konuşma ve beden dili ile ifade ediş biçimidir. Cinsiyet rolü terimi genellikle ikili cinsiyet sistemi yargılarından ve toplumsal yargılardan etkilenir (25).

2.4. TOPLUMSAL CİNSİYET

Toplumsal cinsiyet sosyokültürel alanda kadın ve erkekten beklenen cinsiyet rollerini ifade eder. Toplumsal cinsiyet toplum tarafından inşa edilmiştir, bireye toplum tarafından verilir, doğuştan gelmez. Bu roller "kadınsı (dişil)" ve "erkeksi(eril)" olarak ifade edilmektedir. Doğuştan atanmış biyolojik cinsiyetin aksine, genellikle duyarlılık, duygusallık, anlayış ve bağımlılık gibi özelliklerle

ilişkilendirilen kadınsılık ve baskınlık, bağımsızlık ve liderlik gibi özelliklerle ilişkilendirilen "erkeksilik" sonradan edinilmiş toplumsal cinsiyetçi rollerdir (27).

Toplumsal cinsiyet kadın erkek eşitsizliğinin ve ikili cinsiyet sisteminin pekişmesi olarak düşünülmüştür (28). Cinsiyet kavramının ikili cinsiyet sisteminin dışında tartışılması gerektiği gibi toplumsal cinsiyet de ikili cinsiyet sisteminde ele alınmamalıdır (29).

2.5. CİNSEL YÖNELİM

Cinsel yönelim kişinin cinsiyetinden ve cinsel kimliğinden bağımsız olan, cinsel ve/veya romantik olarak hangi cinsten kişilere ilgi duyduğunu belirten bir özelliktir. Kişinin atanmış cinsiyetinden ya da kendini tanımladığı cinsiyetinden bağımsız olarak "cinsel nesne seçimini" ifade eder (30). Burada ifade edilen seçimin, bilinçli bir tercih olmaması nedeniyle zamanla "cinsel tercih" yerine "cinsel yönelim" olarak kullanılmaya başlanmıştır. Cinsel yönelim sınıflandırılırken; bireyin kendi cinsine ilgi duyması eşcinsellik (homoseksüalite), karşı cinse ilgi duyması düzcinsellik (heteroseksüalite), her iki cinse ilgi duyması biseksüellik olarak tanımlanır (31). Bu tanımlar dışında her iki cinse de ilgi duymamaya aseksüellik denir ve aseksüel bireyler kendilerini homoromantik ve heteroromantik olarak tanımlarlar (32).

Başka bireyler cinsel yönelimleri açısından kendilerinin queer ya da panseksüel olarak tanımlarlar ve bununla cinsel/romantik ilgi duymaları için cinsiyet kavramına gereksinim duymadıklarını ifade ederler (31). Araştırmacılar kişilerin cinsel yönelimlerinin her zaman bu tanımlara uymadıklarını, değişkenlik içerebildiğini ileri sürmektedirler.

2.6. HETEROSEKSİZM

Heteroseksizm ideolojik bir zeminde düşünülmekte ve heteroseksüel olmayan her türlü davranışı, kimliği, ilişkiyi ve topluluğu damgalama ve reddetme sistemi olarak tanımlanmaktadır (33). Bu sistemin sonuçları olarak heteroseksüel dışı ilişkilere yasaklar, kısıtlamalar, LGBTİ+ bireylere karşı negatif tutumlar, ayrımcılık, nefret söylemleri, şiddet ve suçlar, yasal hakların olmayışı ya da yasal kısıtlamalar örnek verilebilir. Heteroseksist sistem heteroseksüel olmayanlara yönelik fiziksel ve

psikolojik şiddete neden olmakta ve sağlık hizmetiyle birlikte birçok alanda ayrımcılıklara neden olabilmekte, sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (34,35).

2.7. AZINLIK STRES KURAMI

İlk defa 1995'te Meyer tarafından cinsel yönelimleri açısından azınlık olan bireyler için ortaya konulan azınlık stres kuramı; dışarıdan gelen, objektif, stresli durum ve olayları, bu olay ve durumlara karşı hassaslık, tetikte olma hali ve sosyal kökenli tutum ve davranışları içselleştirmeyi içerir. Bu çevresel stres azınlık grubun azınlık kimliği olmasından ve baskın kültürün sosyal yapı ve normlarına uymamasından kaynaklanmaktadır (12).

Araştırmacılar azınlık stresinin özelliklerini;

- birey için genel stresörlerden ayrı ve başlı başına olması,
- kronik ve sürekli olması,
- azınlık bireyin adaptasyon için ayrıca efor sarf etmesini gerektirmesi,
- sosyal süreç ve yapılardan kaynaklanması olarak belirtmişlerdir (12,36).

Meyer azınlık stresini üç katmanlı bir süreç olarak ele almıştır: İlk olarak çevresel, nesnel, akut ya da kronik stresli yaşam olayları, durumlar; ikincisi bu stresli çevreye karşı uyarılmışlık ve tetikte olma hali; üçüncüsü de toplumun azınlık gruba karşı negatif tutum ve tavırlarını içselleştirme (12,37,38).

Meyer azınlık stresini uzak(distal) ve yakın(proksimal) stresörler olarak yapılandırmıştır:

1. Uzak (distal) stresörleri önyargı, ayrımcılık, mikroagresyonlar, maruz kalınan şiddet olarak;
2. Yakın (proksimal) stresörleri reddedilme beklentisi ve duyarlılığı, yönelimini gizleme, içselleştirilmiş damgalanma ve homofobi olarak gruplandırmıştır.

Azınlık olarak kendini tanımlama ve uzak stresörler, algılanan ayrımcılığı ve reddedilme beklentisini arttırmakta, yanıt olarak yönelimini gizlemeyi oluşturmakta, gizlenme ve sosyal temelli negatif tavırların içselleştirilmesi ise süreci daha stresli hale getirmektedir (37). Cinsel yönelim açısından azınlık olan bireylerde yönelimini gizleme, giyinme, konuşma, yürüyüş biçimini, davranışlarını sürekli kontrol etmeye yol açabilmekte, şiddetten ayrımcılıktan korunmak amaçlı başa çıkma stratejisi olarak kullanılabilmekte, bu durum azınlık kimliğini, öteki olmayı ve kendini küçük

görmeyi pekiştirebilmektedir (39,40). Azınlık stresi cinsel yönelim açısından azınlık olan bireylerde reddedilme duyarlılığını, algılanan ayrımcılığı, yalnızlık hissini ve sosyal izolasyonu arttırmakta; buna bağlı anksiyete, depresyon, intihar ve alkol madde kullanım bozukluğu riski artmaktadır (41-45). Kendini ve cinsel yönelimini kabullenmenin, azınlık kimliğin entegrasyonunun ve sosyal desteğin azınlık stresini azaltabileceği bulunmuştur. Eşcinsel kimlik gelişiminin önemli bir aşaması olarak kabul gören "açılma süreci" kişinin uzak stresörler ile karşılaşma anı olarak görülebilir. Açılma sürecinin azınlık stresinin negatif etkileriyle baş etmeyi kolaylaştırıyor olabileceği belirtilmiştir 1,46,47).

2.8. AYRIMCILIK VE DAMGALANMA

Cinsel yönelim temelinde damgalanma (seksüel stigma); her türlü heteroseksüel olmayan davranışın, kimliğin, ilişkinin veya topluluğun, toplumun geneli tarafından düşük konumlu, düşük değerli, görece güçsüz görülmesi ve bunlara karşı negatif tutum alınmasıdır. Damgalama kültürel alanda zamanla inşa edilir, toplumun geneli tarafından bilinir, paylaşılır, toplumun kurum ve kuruluşları ve bireyleri üzerinde çeşitli etkileri olur.

Damgalanma heteroseksizm temelinde ortaya çıkar. Din, hukuk ve tıp alanları da dahil toplum yapılanması ve kurumları içinde, cinsel azınlık grupların heteroseksüellerden daha düşük konumda olduğu tarih boyunca meşrulaştırılmıştır. Günümüzde hala cinsel azınlık grup ve heteroseksüeller arasındaki bu güç ve statü farkı bazı mekanizmalarla sürdürülmektedir. Bu mekanizmalar; bütün insanların heteroseksüel varsayılması, cinsel azınlık grupların görünmez kılınması, bir bireyin heteroseksüel olmayan yönelimi görünür olduğunda anormal, patolojik, doğal olmayan, düşük statüde görülüp düşmanlık, ayrımcılık, tedavi ve hatta saldırı hedefi haline getirilmesi olarak özetlenebilir (35).

Cinsel damgalamanın bireysel boyutunda üç ana başlık belirtilmektedir (35):

1. Deneyimlenen damgalanma (experienced/enacted stigma)
2- Algılanan damgalanma (perceived/felt stigma)
3- Kendini damgalama (self stigma)

Deneyimlenen damgalanma cinsel yönelim temelli azınlık karşıtı önyargılı tanımlama, lakap takma, bu bireylerden kaçınma, onları dışlama ve daha uç biçimde

şiddet uygulama, taciz etme, istismar etme, suç işleme gibi dışavurum ve davranışları içerir. Son yıllarda yapılan bir araştırmada; biseksüel, lezbiyen, gey olduğunu ifade eden katılımcılardan yaklaşık %21'inin daha önce cinsel yönelim temelli şiddete uğradığı tespit edilmiştir (48). Bu çalışmada, bahsedilen grup içerisinde eşcinsel erkeklerin %38 oran ile en fazla eşcinsel karşıtı işlenen suça maruz kaldığı, bütün katılımcılar içerisinde %23'ünün şiddet tehdidi ile karşı karşıya kaldığı, %49'unun ise sözel tacize maruz kaldığı belirtilmiştir. Deneyimlenen damgalanma ve ayrımcılığın, deneyimleyen bireylerde fiziksel zarar yanında önemli ölçüde psikolojik stres oluşturduğu, depresyon, anksiyete, travmatik stres sendrom ve öfke düzeyini arttırdığı; tüm şiddet mağdurları içerisinde nefret suçuna uğrayanların daha fazla oranda etkilendiği belirtilmiştir (49).

Algılanan damgalanma, cinsel azınlık bir bireyin birçok alanda ve koşulda, olası cinsel damgalanmadan ve deneyimlenen ayrımcılıktan kaçınmak bu konuda hassas ve uyarılmış durumda olmasıyla oluşur. Kişi davranışlarını kontrol eder ve değiştirmeye çalışır (50). Bu baş etme stratejileri deneyimlenen damgalanma ve şiddeti azaltıyor görünse de kişinin yaşamını kötü etkilemekte, davranışlarını sınırlamasına neden olmakta, sosyal destek fırsatlarını azaltmakta, psikolojik stresi ve psikolojik rahatsızlık riskini önemli ölçüde arttırmaktadır (50-52).

Kendini damgalama, toplumun eşcinselliğe karşı negatif değerlendirmelerinin, tutum ve tavırlarının eşcinsel kişi tarafından kabul edilmesi ve kendine yöneltilmesidir. Birey, toplumun eşcinselliğe karşı negatif tutum ve tavırlarını benliğine ve değer sistemine kabul ederek içselleştirir. İçselleştirilmiş homofobi (53), içselleştirilmiş heteroseksizm (54), içselleştirilmiş homonegativite (13) olarak da tanımlanabilen içselleştirilmiş damgalanma, bireyin gelişim süreci boyunca toplum tarafından dayatılan fikir ve tavırların erken yaşlarda öğrenilmesi, bu yöndeki inanışların sabitlenmesi süreçleriyle oluşur ve değiştirilmeye çalışılması zor olmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma fiziksel ve ruhsal sağlığa negatif yönde etki etmektedir (37,55).

Bazen ayrımcılık, kasıtlı olmayarak iletişim içinde karalayıcı ya da aşağılayıcı mesajlar şeklinde olabilmekte ve bu mesajlar ayrımcılığa maruz kalan kişiler tarafından tam anlaşılamayabilmektedir. Mikroagresyon ya da mikro-saldırganlık olarak adlandırılan bu durum bir kişiye ya da gruba karşı kasıtlı ya da

kasıtsız, otomatik, günlük yaşantının içinde, sözel ya da davranışsal görünümde olabilmektedir. Mikro-saldırganlık uygulayan kişi bunun ayrımcılık olduğunun farkına varmadığında maruz kalan kişiye etkilerini anlamamakta ve bu şekilde mikro-saldırganlık toplum içinde git gide yayılabilmektedir (56). Mikro-saldırganlık, genel stres düzeyini arttırmakta, diğer ayrımcılıklarda olduğu gibi depresyon anksiyete gibi ruhsal rahatsızlıklara neden olarak psikolojik sağlığı negatif yönde etkilemektedir (57).

Mikro-saldırganlık, LGBTİ+ bireyleri görmezden gelmek, toplumsal cinsiyet rollerinin belirginleştirilmesi, cinsel yönelimin sadece cinselliğe indirgenmesi, mahremiyet içeren soruların kolayca sorulması, toplum içinde gizlenmeye yönelik öneriler, gizlenmenin desteklenmesi vb. şeklinde gözlenebilmektedir (56).

2.9. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ

İçselleştirilmiş homofobi kişinin, belirgin stresli ve negatif olay yaşamıyor, azınlık kimliğini başarılı şekilde gizliyor olsa bile, sosyal olarak azınlık kimliğine verilen negatif değeri, tutumları, homofobiyi ve heteroseksizmi içselleştirmesi ve kendine yöneltmesidir. Kişi kendi yönelimini kabul etse bile, bu genellikle ergenlik döneminden sonra olmakta, daha erken dönem sosyal yaşantılar, homofobiye ve negatif tutumlara sürekli maruziyet, homofobinin içselleştirilmesine neden olmakta, kişinin psikolojik gelişiminde ve kendilik algısında önemli rol oynamaktadır (37,50). Bütün bu süreçlerle içselleştirilmiş homofobi bireyde kendi kimliğini küçük görmeye, utanç ve suçluluk duygusuna, benlik saygısında azalmaya, kimliğiyle bütünleşememe ve kimliğinden hoşnut olmamaya yol açmaktadır (14,58).

İçselleştirilmiş homofobi, bireyin sadece kendine karşı negatif tutum ve tavır almasına neden olmamakta, aynı zamanda diğer eşcinsel bireyleri reddetmesine, düşmanlık göstermesine, eşcinsel yaşantıyı kabul edilemez olarak görmesine, damgalanma algısının artmasına, cinsel yönelimini diğer insanlardan gizlemesine neden olmaktadır (50). Kişinin kendisine ve başkalarına açılma (coming out) sürecini negatif yönde etkilemekte, stresi arttırmakta ve sosyal desteği azaltmaktadır (47,59).

Buna bağlı kişide ait olduğu azınlık gruptan izole olmaya, düşük yaşam doyumuna ve fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (38,58-60).

2.10. BENLİK SAYGISI

Büyüme sürecinde çocuk, ailesinden ve çevresiyle ilişki ve iletişim içerisine girerek kendilik algısı oluşturur. Oluşmakta olan bu kendilik, kişinin kendisi hakkındaki duygularını, davranışlarını ve kendine verdiği değeri içerir.

Kişinin kendisi hakkındaki düşünceleri ve algısı kendiliği oluştururken, benlik saygısı, kişisel ve genel anlamda hissedilen öz-değer, öz-yargı, öz-saygı ve öz-kabulün tümüdür (61). Rosenberg benlik saygısı için kişinin kendine duyduğu saygı ve kendine yönelttiği pozitif ve negatif tutumlar olduğunu söyler. Kişinin kendine verdiği değer fazla ve kendine karşı olumlu duygular içinde ise benlik saygısı yüksek, kişinin kendine verdiği değer az ve kendine karşı hoşnutsuz duygular içindeyse benlik saygısı düşük olacaktır (62). Araştırmacılar kişinin kendisiyle ilgili düşüncelerinin ve algısının benlik saygısını belirlediğine odaklandıklarında aslında benlik saygısının kişinin kendisi ve ötekiyle ilişkilenme biçiminde önemli bir yapı olduğunu görmüşlerdir.

Benlik saygısı gelişiminde ebeveyn figürlerinin rolü büyüktür, ebeveynlerin çocuğa verdiği değer ve bakış açıları, çocuğun kendine verdiği değeri belirler. Ergenlik döneminde ebeveyn figürleri ve akranlar tarafından sosyal kabul, ergen öz kimlik gelişiminde önemli bir rol oynar (63). Benlik saygısı gelişiminde etkili olan etmenlerden en önemlileri kendini değerli hissetme, başarılı olma, yeteneklerini ortaya koyabilme, toplum tarafından kabul edilir olma, diğerleri tarafından sevilme, bedensel özelliklerini kabul etme olarak sayılabilir. Kişi, değerli olup olmadığı düşüncesine insanların kendine karşı düşünce ve davranışlarından ulaşır (64,65). Benlik saygısı bireyin sağlık durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkilidir (66). Kişinin yaşam doyumunu, ilişki ve meslek doyumunu, fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilemektedir (67). Kişilerin toplumsal işlevselliğini doğrudan etkilemekte, olumsuz yaşantılarla mücadele etmesini kolaylaştırmaktadır.

Düşük benlik saygısının, kişinin kendisini gerçekçi algılamasını negatif yönde etkilediği, depresyon, anksiyete, yalnızlık ve mutsuzluk hissi, intihar düşünce ve davranışı, kendine zarar verme davranışı gibi sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (68-73). Birçok çalışmada benlik saygısı ile sosyal anksiyete arasında anlamlı ilişkili bulunmuş ve bu ilişkinin genelde negatif yönde olduğu saptanmıştır (74,75). Başkaları tarafından negatif değerlendirilme korkusu sosyal anksiyeteye ve

düşük benlik saygısına neden olmaktadır (76). Benlik saygısı ve psikiyatrik sağlık sorunlarının ilişkisini açıklayan iki farklı model vardır: "Kırılganlık modelinde" düşük benlik saygısının psikolojik rahatsızlıklara yatkınlığı arttırdığı; "yara modelinde" ise kişide var olan psikolojik rahatsızlıkların benlik saygısının düşmesine neden olduğunu ifade edilmektedir (77).

Benlik saygısının diğer insanların kişiye bakışıyla şekillendiği ve buna bağlı olarak kişinin kendine bakışı, öz değerlendirmesi ve öz saygısı olduğu göz önüne alındığında sosyal olarak diğer insanların önyargılı, olumsuz tavırlı olduğu ve damgaladığı azınlık grubunun üyesi olmak, kişinin bunu içselleştirerek kendini damgalamasına ve değersiz hissetmesine neden olmakta ve düşük benlik saygısıyla sonuçlanmaktadır. Bu durum psikolojik iyilik halini ve işlevselliği etkilemektedir (78,79).

Sosyal damgalanma benlik saygısını düşürdüğünde, sadece sosyal kimliği değil ayrıca kişinin kendini deneyimleyişini de bozar. Damgalanma olmadığında benlik saygısı sosyal konuma ve bağlama göre büyük oranda değişmez. Ancak damgalanma olduğunda bireyin kendine verdiği değer ya da değersizlik hissi duruma göre farklı deneyimlenebilir. Sosyal duruma verilen anlam durumun özelliklerine ve azınlık gruba atfedilen tanımlar, önyargılar, anlam sistemleri, kültürel inançlar, hiyerarşik yapı gibi kolektif temsillere bağlıdır. Azınlık grubun kolektif temsilleri, bazen toplum tarafından yaygın olarak bilinir ve paylaşılır, bazen belli bir sosyal grup tarafından paylaşılır, bazen sadece azınlık grubun bazı bireyleri tarafından paylaşılır. Bu nedenle aynı sosyal durum damgalanan veya damgalanmayan bireyler tarafından değerlilik/ değersizlik bağlamında farklı anlaşılır. Böylece azınlık gruba dahil kişinin kendine verdiği değer sosyal duruma ve bağlama göre değişkenlik göstermiş olur (80). Araştırmacılar azınlık grup temelli benlik saygısını karşılaştırdığında çelişkili sonuçlar bulmuşlardır. Bunun nedeni azınlık grup üyelerinin benlik saygısını etkileyen birçok bireysel etmenin bulunmasıdır (81).

2.11. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

2.11.1. Tanım

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) diğer adıyla sosyal fobi, kişinin, diğer insanlar tarafından değerlendirilme olasılığının olduğu bir ya da birden fazla

toplumsal durumda belirginleşen korku ve kaygı duyması; olumsuz değerlendirilebileceği, başkaları tarafından gözlemlendiği ve performans göstermesinin gerektiği sosyal durum ve etkileşimlerden dolayı korku ve anksiyete belirtileri göstermesidir. Söz konusu toplumsal durumlarda bu kaygı hali hemen her zaman ortaya çıkar. Bu kaygıya çarpıntı, nefes darlığı, titreme, terleme gibi bedensel belirtiler eklenebilir ve kişi bu belirtilerin gözlemlenebileceğine dair de korku ve kaygı duyar. Kişi bu toplumsal durumlardan kaçınır ya da bu durumlara yoğun bir anksiyete ile katlanır. Kaygının şiddeti kaçınılan toplumsal duruma göre orantısızdır ve klinik açıdan belirgin soruna ve işlevsellikte azalmaya yol açar (82).

2.11.2. Tarihçe

Antik dönemlerden bu yana, insanların toplumla etkileşime girerken yaşadıkları kaygı ve toplumsal durumlardan kaçınma gibi davranışlar bilinmesine karşın sosyal anksiyete bozukluğunun kliniğinden bahseden ilk kişi 1879 yılında Beard olmuştur. Sosyal fobi kavramı ise Fransa'da 1903 yılında Janet tarafından konuşurken, yazı yazarken, piyano çalarken başkaları tarafından gözlenme korkusu hisseden hastaları tanımlamak için kullanılmıştır (83). Sonrasında uzun süre ihmal edilmiş ve kişilik özelliği olarak düşünülmüş olan sosyal fobi 1960'lı yıllarda Liebowitz ve arkadaşlarının tanı, klinik ve tedavi özelikleri yönünden yaptıkları çalışmalarla ve 1985'te yayınladıkları "ihmal edilmiş anksiyete bozukluğu" yazısı ile ivme kazanmıştır (84).

DSM-I'de fobi tanımı yapılmış, "fobik reaksiyonlar" ifadesi kullanılmış, DSM-II'de ismi "fobik nevrozlar" olarak değiştirilmiş ancak alt tiplendirme olmamıştır. DSM-III'te fobik nevrozlar alt tiplere ayrılmış; sosyal fobi, agorafobi ve özgül fobi olarak üç alt tip tanımlanmıştır (83). DSM-III-R'de sosyal fobi bireyin diğer kişiler tarafından değerlendirileceği bir veya birden çok durumdan sürekli ve gerçeğe uygun olmayan korku hissetmesi ve bu durumlardan kaçınması olarak açıklanmıştır. DSM-IV'te hastalığın ismi sosyal anksiyete bozukluğu olarak değiştirilmiş ve kişinin belirgin kaygı belirtisi göstermekten korkması belirteci eklenmiştir. DSM-IV-TR'de 18 yaş altında kriterlerin süresinin en az 6 ay olma koşulu DSM-V'te her yaş için genişletilmiştir (82). Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması'nın 10. basımında (ICD-10)

sosyal fobi tanısı yer almaktadır ve ICD-10 ile DSM-5 sosyal fobi tanı ölçütleri birbirine benzemektedir (85).

2.11.3. Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalara göre sosyal fobi erken yaşlarda başlayan bir bozukluktur. En sık başlangıç yaşı onlu yaşlar olmakla birlikte 5 yaş gibi erken bir yaş ya da 35 yaş gibi geç sayılabilecek bir yaşta başladığı da görülmüştür. Genel olarak hastaların %80'inde hastalık başlangıç yaşı 20 yaşından önce olarak tespit edilmiştir (86). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış olan epidemiyolojik ve topluma dayalı çalışmalarda, SAB'nin yaşam boyu görülme yaygınlığı %2.4-%13 arasında saptanmıştır (87).

SAB, Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında, kadınlarda %2.3, erkeklerde %1.1 olarak bulunmuştur, yetişkinlerde SAB görülme sıklığının son 12 ayda %1.8 olduğu, yaşam boyu prevalansın da %1.8 olduğu tespit edilmiştir (88). Türkiye'de üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada SAB'nin yaşam boyu görülme sıklığı %9,6 olarak bulunmuş, bir yıllık görülme sıklığı ise %7,9 olarak tespit edilmiştir (89). Bu veriler göz önüne alındığında major depresif bozukluk, alkol bağımlılığından ve özgül fobiden sonra en sık görülen hastalıktır. [85,90] Alan çalışma sonuçlarına göre SAB kadınlarda, gençlerde, bekarlarda, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlarda daha sıktır. Anksiyete bozukluklarının genel sıklığında olduğu gibi SAB da kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür, bununla birlikte bazı klinik çalışmalarda erkek oranının yüksek çıkması tedaviye başvurmanın erkeklerde daha fazla olmasıyla açıklanmaktadır (85). Yapılan bir çalışmada SAB olan hastalarda diğer anksiyete bozukluğu olan kişilere göre sosyal ve mesleki yeti yitimi daha fazla olarak belirtilmiştir (87). Ülkemizde yapılan çalışmada SAB olan kişilerde işsizlik oranı %18 olarak belirlenmiştir. Bu oran hem kontrol grubu hem de panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanılarına sahip gruplara göre SAB tanılı grupta istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonucun eğitim düzeyleri yüksek olabilmesine karşın işsizlik oranının yüksek olması hastalığın ne düzeyde yeti yitimine neden olduğunu gösterdiği düşünülebilir (85).

2.11.4. Risk Etmenleri

SAB diğer pek çok ruhsal hastalık gibi genetik faktörlerin, nörobiyolojik mekanizmaların ve yetiştirilme dönemi ve çevresel etkenlerin birleşimi ile ortaya çıkan bir ruhsal hastalıktır. Çocuğun bakım verenleriyle yakın ilişki yetersizliği, ebeveynlerde mental kısıtlılık, ebeveynde depresyon, kaygı bozukluğu, alkol bağımlılığı gibi ruhsal hastalıkların olması, çocuğun fiziksel istismarı, ebeveynin çevreye verilen imajı çok önemseyen, aşırı koruyucu, reddedici, kontrolcü olması, ebeveynin duygusal anlamda kısıtlı bir yapısının olması gibi yetiştirilme koşullarının SAB gelişiminde risk etmeni olduğu düşünülmüştür (83,91).

2.11.5. Etiyoloji

2.11.5.1 Nörobiyolojik Etmenler:

Yapılan araştırmalar, korkunun algılanması ve işlenmesinde amigdalanın birincil rol oynadığını desteklemektedir (92). Sosyalfobi olgularında amigdala, parahipokampal girus, inferior frontal korteks, orbitofrontal korteks ve subgenual anterior singulat korteks beyin bölgelerinde, olumsuz ifade gösteren yüzlere karşı daha fazla yanıt aktivasyonu oluştuğu saptanmıştır (93). SAB olgularında, topluluk önünde konuşma davranışı ya da beklentisi olduğunda (94), negatif değerlendirilme karşısında (95) ve öfkeli, aşağılayıcı, nötr, mutlu yüz ifadeleri karşısında abartılı amigdala cevabı olduğu tespit edilmiştir (96).

Sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında tehditkar ve öfkeli yüz ifadelerine abartılı amigdala cevabı göstermeleri, amigdala aşırı duyarlılığının sosyal fobide pekişmiş korku şartlanması ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. SAB olgularındaki, amigdalanın abartılı yanıtının sürekli mi olduğu yoksa hastalığa özgü korkulara ilişkin mi olduğu açık değildir (97,98). Diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirilme korkusunun, olumsuz kişisel inançların bilişsel yeniden değerlendirilme sürecinde inferior pariyetal lobül ve sol talamus faaliyetiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (93,99). Locus Coeruleus bölgesi Norepinefrin (NE) salınımı yaparak potansiyel tehdite karşı verilen cevabın artmasına neden olur. Bu NE salınımı prepositus hypoglossi nukleusu kontrolünde yapılır ve bu nükleus Kortikotrop Salgılatıcı Faktör (CRF) reseptörleri içerir, strese yanıt olarak NE salınımını arttırır (100).

SAB ile ilişkili diğer bir bölge serotonin üretiminin olduğu dorsal raphe çekirdeğidir. Dorsal raphe bölgesinden çıkarak periakuaduktal gri bölge ile amigdala ve frontal kortekse giden iki ana yolak potansiyel tehditlere karşı kaçınma davranışıyla ilişkilidir (101). SAB olgularında abartılı amigdala cevabı esnasında mezofrontal alanlarda yaygın serotonerjik sistem değişiklikleri bildirilmiştir (92,94). Anterior Singulat Korteks (ASC) ve buraya komşu frontal alanlar tehdit potansiyelli uyaranlara karşı dikkati denetler ve yukarıdan aşağı düzenleme ile amigdalayı inhibe eder. Amigdala bazı duygular için tetikleyici olsa da duygusal kontrol için esas düzenleyici bölge prefrontal kortekstir. Beyin görüntüleme çalışmalarının gösterdiğine göre venteromediyal ve dorsolateral bölgeler de dahil olmak üzere prefrontal korteks amigdala aktivitesini düzenlemektedir (102). SAB hastalarında korku ve iğrenme yüz ifadelerine maruz kalmanın rostral Anterior Singulat Kortekste (rACC) abartılı bir cevaba neden olduğu belirtilmiştir (103).

Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI), geri-dönüşümlü monoamin oksidaz inhibitörleri (RIMA) ve Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde yer almaktadır. Bu ilaçların serotonin geri alımını inhibe etmeleri nedeniyle sosyal fobide serotonin sisteminin rolü olduğu düşünülmüştür. Ayrıca hastalarda amigdalada 5HT-1A reseptör bağlanmasının azalmış olması ve talamusta serotonerjik taşıyıcı bölgelere bağlanmanın artmış olması etiyolojide serotonerjik sistemin önemini doğrular niteliktedir (97,104). Norepinefrinin SAB'de primer rol oynamadığı, otonomik uyarılmışlık durumunda ve vejetatif semptomlarla ilişkili olduğu saptanmıştır (97).

SAB olguları üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların frontal ve limbik beyin bölgelerinde dopamin belirteçlerine bakılmış ve kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur[95]. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yapılan SAB hastalarında sosyal kaygıdaki düşme ile Dorsolateral Prefrontal Korteks (DLPFC), hippocampus ve Medial Prefrontal Kortekstеki (MPFC) dopamin reseptör düzeyi arasında ters orantı olduğu saptanmıştır (105). Oksitosinin sosyal, bilişsel alanda ve duygudurum bozukluklarında rolü vardır (106-109). Oksitosinin amigdalada birincil yönlendirici nöropeptid olması, sosyal kaygı yaşayanlarda amigdala disfonksiyonunun oksitosin düşüklüğüyle ilişkili olabileceği öne sürülmüş ancak SAB hastaları ve sağlıklı kontroller arasında anlamlı fark bulunamamıştır (110,111).

2.11.5.2. Genetik Etmenler

Şiddetli SAB'de ailesel yüklülük olduğuna dair bir eğilim olduğu gösterilmiştir. Yüksek riskli ailelerde uzunlamasına yapılan araştırmalarda, davranışsal ketlenme SAB ve panik bozukluk gibi kaygı bozuklukları için yapısal ve ailesel bir risk etmeni olarak bulunmuştur (111,112).

2.11.5.3. Psikolojik Kuramlar

2.11.5.3.1. Psikodinamik Model:

Cezalandırılma sonucunu doğurabilecek, yasak olan saldırgan ya da cinsel dürtülerin bilince gelme tehlikesi doğduğunda sinyal anksiyetesi ortaya çıkar. Bu anksiyete kaçınma, yer değiştirme ve yansıtma savunma mekanizmalarını harekete geçirir ve fobik durum meydana gelir. Savunma mekanizmaları yasaklanmış arzuyu bir kez daha bastırsa da sonuçta fobik nevroz oluşur (113,114).

Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin ebeveynleriyle ilişki içinde oluşturdukları nesne temsillerinin, aşağılayan, kolay terk eden, utandıran, eleştiren nesneler oldukları görülmektedir. Bu nesne temsilleri erken bebeklikte yerleşir ve kişinin sonraki hayatında çevresindeki insanlara yansıtmasına ve bu insanlardan kaçınmasına neden olur. Eğer çevredeki kişiler bu kalıbı destekleyen davranışlarda bulunursa sosyal fobi artar. Ancak bakım verenler çocuğun bu korku ve kaygılarına duyarlı olur ve bu kalıbı bozacak şekilde davranırlarsa, içe atılmış nesne temsilleri zamanla daha az katı hale gelir ve sosyal fobi gelişme olasılığı azalır (115).

2.11.5.3.2. Psikobiyolojik Model – Savunma Güvenlik Modeli:

Bu modele göre sosyal fobideki sorun savunma-güvenlik sistemlerindeki dengede bozulmadır. Diğer insanlardan gelecek tehditleri algılayan savunma sistemi fazla çalışır, güvenlik sistemi ise daha az çalışır. Bu nedenle çevre tehditkar olarak algılanır. Az çalışan güvenlik sistemi ise normalde dostça olan tepkileri algılar ve ilişki kurmaya fırsat tanınmasını sağlar (114).

2.11.5.3.3. Şartlanma Modeli:

Bir başka model özgül fobide olduğu gibi bir ya da birden fazla travmatik yaşantının şartlandırma yoluyla sosyal anksiyete oluşturabileceğidir. Doğrudan

travmatik şartlanmada sosyal fobisi olan kişiler fobinin kaynağı olan yaşantıları belleğe geri çağırabilirler. Gözlemsel şartlanmada ise belirli bir durum karşısında bir başka duruma dair korkunun gözlenmesi ve buna dair şartlanmadır (116).

2.11.5.3.4. Kendilik Sunumu Modeli:

Bu modele göre insanlar; diğer insanlar üzerinde iyi izlenim bırakma isteği söz konusu olunca ve istediği izlenimi elde etme konusunda kuşku varsa sosyal kaygı yaşarlar. Bu iki durum birlikte olmazsa sosyal anksiyete gelişmez (117).

2.11.5.3.5. Sosyal Beceri Modeli:

Bu modele göre sosyal anksiyete sosyal becerideki azlığa bağlı oluşmaktadır. Eski yıllarda sosyal anksiyete tedavisi, hastaların anksiyetelerinin sözel (konuşma içeriği) ve sözel olmayan (göz teması, jest ve mimikler) sosyal becerilerdeki eksiliklere bağlı olduğu düşünülerek şekillendirilmiştir. Sosyal etkinlik tedavisi altında; sosyal becerileri eğitimi, modelleme, davranış provası, düzenleyici geri bildirim ve sosyal desteği arttırma çalışmaları yapılarak hastanın sosyal becerileri arttırılmaya çalışılıyordu (118).

2.11.5.3.6. Bilişsel ve Davranışçı Model:

SAB'nin temelini sosyal performansın olumsuz olacağı, başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceğine dair beklentiler ve kontrol edilemeyeceği düşünülen kaygı ve belirtiler oluşturur. Sosyal durumun kötüye gideceği ve kontrol edilemeyeceğine dair korkular yoğundur. Bu olumsuz beklenti ve korkular anksiyeteyi daha da arttırır. Kişi sosyal duruma olumsuz başlamasa da beklentileri onu tetikte olma hali içine sokar. Bu uyarılmış ve tetikte olma hali kişide olumsuz durumlar oluşturur: Kişinin ilgisini, göz teması kurmaktan, sosyal ipuçlarını doğru yakalamaktan, yanıtlamaktan, konuşmaya katılmaktan alıkoyar ve çok küçük olumsuz durumların yorumlanarak kişide anksiyeteyi arttırmasına yol açar. Olumsuz beklenti ve inanışlar kişide anksiyeteyi körükler ve daha fazla olumsuz biliş gelişmesine neden olur. Küçük olumsuz sosyal durumlar bile buna karşı verilen duygusal tepkiyi arttırır (119,120).

Özellikle aşağıdaki inançlar küçük sosyal olayların felaketleştirilmesine yol açar:

1. Yapılan yanlışlar kişinin sosyal olarak beceriksiz olduğunun kanıtıdır.
2. Sosyal ortamlarda duyulan anksiyete kişinin kusurlu ve yetersiz olduğunun göstergesidir.
3. "Anormal" olan, standart olmayan her hareket kişinin kusurlu olduğunu ve reddedilmeyi hak ettiğini gösterir.

Sosyal durumun gerçekliğinden sapmaya neden olan bu "yükseltici bilişler" kişinin küçük ipuçları yakalamasıyla kendini sosyal olarak yetersiz ve başarısız hissetmesine yol açar (119).

Olumsuz sosyal beklentiler ve korkular, bunun sonucunda tetikte olma hali, şikayetlerin artışı ve sonuçların hatalı yorumlanması sosyal ortamlardan kaçınmaya yol açar. Bu kaçınma davranışı katastrofik korkudan uzaklaşmak içindir fakat başta kaygı azalıyor görünse de yanlış inanışların sınanmasını engeller ve uzun dönemde sosyal ortama bağlı korku ve kaygının daha da artmasına neden olur. Kaçınma davranışlarının güvenlik arayıcı davranışlar haline gelmesi ve duruma ve koşula göre incelikle ayarlanması durumu daha da kötüleştirir. El titremesini gizlemek için elleri saklamak ya da sıkmak, konuşurken donmayı engellemek için çabuk çabuk konuşmak, hızlıca konuşmak, göz temasından kaçınmak, bayılma hissine karşı duvara yaslanmak güvenlik arayıcı davranışlara örnek verilebilir (121).

Anksiyete belirtilerinin artışı sonucu sosyal durumlara atfedilen abartılı olumsuz inanışlar artar, performansın daha da engellenmesi ve başarısızlık duygularının artışına yol açar. Bu da sosyal kaçınmanın artmasına, sosyal becerilerin edinilememesi ve sürdürülememesine ve sonuçta kişinin daha fazla olumsuz beklentilere girmesine neden olarak kısır döngü yaratır (120).

2.11.6. SAB'de Eş Tanılar

Sosyal anksiyete bozukluğunun diğer ruhsal hastalıklarla birlikteliği sıktır. Ulusal Eştanı Çalışması'nda SAB'da eştanı oranı %81 olarak saptanmış, epidemiyolojik alan çalışmalarında eştanı olmadan SAB oranı %31 olarak bulunmuştur (87).

Hastalık başlangıç yaşının ne kadar erkense o oranda eş tanı olasılığının arttığı görülmüştür (18). SAB'de en sık görülen eş tanılar; duygudurum bozuklukları, diğer kaygı bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (18,122-125). Eş tanı varlığı hastalık şiddetini arttırmakta ve tedavi yanıtını azaltmakta ve kötüleştirmektedir. Bu durum intihar oranlarını arttırmaktadır. Ayrıca SAB eş tanıdan önce başlamış olmasına rağmen hastalar eş tanılara çare bulmak için hekime başvurmaktadır. Bu nedenlerden dolayı SAB erken tanınması ve tedavi edilmesi büyük önem kazanmaktadır (85).

2.11.7. Klinik Görünüm

SAB fiziksel, bilişsel ve davranışsal belirtileri olan bir hastalıktır. Kişi kendini sosyal olarak zorlandığı durumların içinde bulduğunda ya da bu durumlara girmesi gerektiğinde yoğun bir anksiyete yaşar ve bu anksiyeteye bedensel belirtiler eklenir. Bu bedensel belirtiler; çarpıntı (%79), kaslarda gerginlik (%64), karında rahatsızlık hissi (%63), titreme (%74), ağız kuruluğu (%61), başta basınç hissi-baş ağrısı (%46), ateş basması-ürperme hissi (%47) olarak bildirilmiştir (126).

SAB'de genelde olumsuz şekilde değerlendirilmeye, eleştirilmeye ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık, benlik saygısında düşüklük ve aşağılık duyguları, haklarını savunmada güçlük yaşama görülür. Bu kişiler sosyal ortamlarda öne çıkmaktan kaçındıkları, sosyal bir ortam olan sınıfta rahat olmadıkları, sınav kaygısı yaşadıkları için akademik olarak yeterince başarı gösteremeyebilirler. Topluluk önünde ve kendinden yetkili kişilerle konuşurken kaygılı oldukları için mesleki anlamda yeterince başarılı olamayabilirler. Benlik saygıları düşük olduğu ve sosyal etkileşimlerde kaygı yaşadıkları için romantik ilişkilerinde sorun yaşayabilirler. Bu kişilerin sosyal desteği zayıftır ve sosyallikleri aile gibi dar bir alanda kalabilir (127).

Sosyal anksiyete hastaları davranışsal olarak birçok sosyal ortam ve durumdan kaçınırlar. Yapılan araştırmalar sonucunda en sık beş durum sırasıyla şu şekilde belirtilmiştir: önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda konuşmak, seyirci önünde hareket ya da gösteri yapmak, dikkatleri üzerinde toplamak, romantik/cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmak ve başkaları içerdeyken bir odaya girmek, bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak (128).

2.11.8. Gidiş Ve İşlevsellik

Sosyal anksiyete kronikleşen, belirtilerin süreğen bir seyir izlediği, ortalama sürenin 20 sene olduğu bir hastalıktır. Çalışmalarda remisyon oranı %30-40 olarak belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda hastalığın erken yaşta başlaması, eş tanının olması ve eğitim düzeyinin düşük olması kötü gidiş göstergesi olarak belirtilmiştir. SAB'da eş tanının olduğu durumdaki işlevsellik kaybı, eş tanının olmadığı duruma göre daha fazladır (18). Eş tanılı depresyon varlığı daha fazla yeti yitimi ile ilişkili bulunmuştur (122). SAB, eş tanı olmasa bile, yaşamda belirgin zorlanma, intihar düşüncesinde artma, mesleki zorluklar, iş yaşamında performans azalması, akademik başarısızlık, sosyal etkileşimde azalma ve sosyal destek sisteminde bozulma, klinik yardım arayışında ve ilaç kullanımında artış ile birliktelik gösterir (129,130). Bu hastalarda ruh sağlığı, genel sağlık, sosyal işlevsellik alanları ve rol kısıtlılıklarıyla birlikte yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Buna karşın hastaların tedavi arayışı diğer anksiyete bozukluklarına göre daha düşüktür (130,131).

2.11.8. Tedavi

Tedavide fluoksetin, essitalopram, sertralin, fluvoksamin, paroksetin gibi SSRI ve duloksetin, venlefaksin gibi SNRI'ların etkili olduğu gösterilmiştir[132,133]. Nonselektif MAO inhibitörü olan fenelzin ve MAO-A inhibitörü olan moklobemid de sosyal anksiyete tedavisinde etkindir (134). Benzodiazepinler ve antikonvülsanlarla ilgili olumlu çalışmalar olmasına karşın Stein'a göre bu çalışmaların kanıt değeri düşüktür (135).

Heimberg ve Holaway'e göre bilişsel davranışçı terapiler şu yaklaşımlarla çalışabilir:

1. Sosyal beceri eğitimi: SAB hastalarının iletişim becerileri, göz teması kurmada yaşadıkları zorlukları göz önüne alır. SAB'de sosyal beceri eksiliği olup olmadığı tartışmalı olsa da hastalar bu tür egzersizlerden fayda görebilir.
2. Korkulan durumlara maruz bırakma: korkulan durumlara maruziyetle birlikte alışma ve sönme fenomenleri görülür ve hastanın kaygısı azaldıkça çevreyi daha gerçekçi değerlendirme şansı olur.
3. Gevşeme eğitimi: hastaların çarpıntı, sıcak basması, nefes darlığı, terleme titreme gibi bedensel belirtilerinin azalması için kullanılır.

4. Bilişsel yeniden yapılandırma: hastanın sosyal durumlar ve koşullarla ilgili biliş ve inanışları ele alınarak daha nesnel değerlendirmeler yapabilmesi amaçlanır (136).

Alan yazına baktığımızda; yapılan çalışmalarda cinsel yönelim bakımından azınlık gruplarında sosyal anksiyete düzeyi heteroseksüel gruba göre daha fazla bulunmuştur(5,21). Ayrıca eşcinsel erkeklerin heteroseksüel erkeklerden daha fazla negatif değerlendirilme korkusu taşıdıklarını ve sosyal etkileşim kaygılarının ve sosyal fobilerinin daha yüksek, benlik saygılarının daha düşük olduğunu, algılanan ayrımcılık arttıkça sosyal anksiyetenin arttığını bulan çalışmalar vardır (19,20). Yapılan çalışmalara göre diğer ruhsal hastalıklar gibi sosyal anksiyete de heteroseksüel gruba göre cinsel yönelim bakımından azınlık grupta daha fazla görülmekte, bu da sosyal desteğin düşmesine ve sosyal izolasyonun artmasına neden olmakta, yaşam kalitesini düşürmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ÖRNEKLEM VE YÖNTEM

Çalışmaya Nisan 2022-Temmuz 2022 tarihleri arasında online olarak ve mevcut katılımcılar aracılığıyla ulaşılan, kendini eşcinsel erkek ya da biseksüel erkek olarak tanımlayan kişiler arasından, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve onam veren 85 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılarla görüşme yapılmış, dahil etme ve dışlama kriterleri değerlendirilmiş, onam alındıktan sonra ölçekler uygulanmıştır. Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olup katılımcılara kartopu yöntemiyle ulaşılmıştır. Katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan, sosyodemografik veri formu ve deneyimlenen ayrımcılık sorularını da içeren klinik veri formu; Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ), Sosyal Etkileşim Kaygısı Ölçeği (SEKÖ), İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği (İHÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği(RBSÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) uygulanmıştır. Tez çalışmasının herhangi bir aşamasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Çalışma SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulu tarafından 07.03.2022 tarihli ve 12 No.lu kararı ile onaylanmıştır.

3.2. DAHİL ETME VE HARİÇ TUTUMA KRİTERLERİ

Çalışmanın dahil etme ölçütleri olarak; katılımcıların 18-65 yaş aralığında olması, kendilerini trans olmayan eşcinsel ya da biseksüel olarak tanımlaması, okur yazar olması, çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve onam vermiş olması koşulları belirlenmiştir. Çalışmanın hariç tutma ölçütleri olarak ise; okur yazar olmaması, mental retardasyon, ağır nörolojik ve/veya tıbbi hastalık, geçirilmiş kafa travması, madde etkisi gibi nedenlerle kooperasyon ve bilişsel fonksiyonlarda bozukluk olması, aktif psikotik bozukluk ya da bipolar afektif bozukluk atak döneminde olması kriterleri belirlenmiştir.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Olgulardan alınan verilerin istatistiksel analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Version 21.0 (SPSS inc., Chicago, IL, ABD) kullanılarak yapıldı.

Bütün analizlerde $p<0.05$ (iki yönlü) değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. İstatistiksel analizin değişkenleri ortalama (ORT), standart sapma (SS) ve yüzde değerleri ile tanımlandı. Olguların veri dağılımlarının normalliğinin tespiti amacıyla "Shapiro Wilk Testi" kullanıldı. Normal dağılım gösteren verilerin analizi için parametrik testler, normal dağılım göstermeyen verilerin analizi için non-parametrik testler kullanıldı. Bağımlı değişkenin gruplar arasında fark yaratıp yaratmadığını değerlendirilmek amacıyla normal dağılıma uygun olarak "Independent Sample T" ve "One-Way ANOVA" testleri kullanıldı. Değerlendirme ölçütleri ve verilerin korelasyon ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla normal dağılıma uygun olarak "Pearson Korelasyon Testi" kullanıldı.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Sosyodemografik Ve Klinik Veri Toplama Formu

Çalışmaya alınacak kişilerin özellikleri ve çalışmanın amacı gözetilerek oluşturulan bu formda çoktan seçmeli ve açık uçlu sorular bulunmaktadır. Daha önce benzer popülasyonda çalışma yapmış olan Yalçınoğlu ve arkadaşlarının araştırmalarında oluşturduğu form, araştırmacının oluşturduğu bu form için örnek oluşturmuştur (14). Deneyimlenen ayrımcılığı ölçmek amacıyla daha önce Diaz ve arkadaşları (3) ve Muller ve arkadaşları (49) tarafından yapılan çalışmalarda kullanılan, kişilerin çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde maruz kaldıkları cinsel yönelim temelli ayrımcılığı sorgulayan 10 tane beşli Likert tipi soru sosyodemografik veri formuna dahil edilmiştir. Deneyimlenen ayrımcılık için uygulanan 10 soruluk formun Cronbach alfa katsayısı 0,721 bulunmuştur.

3.4.2. İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği (İHÖ)

Ölçek 10 maddeden oluşmakta; 5'li likert tip skala ile 1 (kesinlikle katılmıyorum) ve 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten en az 10, en fazla 50 puan alınabilmektedir. Herek tarafından geliştirilen ölçekte maddelerden en az birisine 4 (katılıyorum) ve 5 (kesinlikle katılıyorum) puanlamalarının verilmesi, "içselleştirilmiş homofobisi yüksek olarak değerlendirilmiştir(50). Ölçek bu çalışma için de aynı puanlama ile kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Gençöz ve Yüksel tarafından yapılmıştır (137).

3.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Ölçekte 12 alt ölçek ve toplamda 63 soru bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda amacımız doğrultusunda ölçeğin 6 madde-10 sorudan oluşan benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır. 1, 2, 4, 6 ve 7. sorular pozitif kendiliği değerlendirirken, 3, 5, 8, 9 ve 10. sorular negatif kendilik değerlendirmesi yapmaktadır. Ölçeğin 6 maddelik puanlama sistemine göre alınan toplam puan 0–1 ise benlik saygısı yüksek, 2–4 ise orta, 5–6 ise benlik saygısının düşük olduğunu göstermektedir. Rosenberg tarafından 1965'te geliştirilen ölçeğin (61) Türkçeye uyarlanması Çuhadaroğlu, F. (1986) tarafından yapılmış, geçerlik katsayısı 0,71, güvenirlik katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur.

3.4.4.Sosyal Etkileşim Kaygısı Ölçeği (SEKÖ)

Ölçek Leary tarafından 1983'te (138) 15 maddelik olarak geliştirilmiş olup Türkçeye uyarlaması Sübaşı tarafından 2003'te (139) yapılmıştır. Sübaşı ve ekibi araştırmalarında Türk toplumuna uyarlama amacıyla ölçeğin üzerinde düzenleme yapıp 6 madde daha eklemişlerdir. Ölçek 21 maddeden oluşmakta; 5'li Likert tip skala ile 1(hiç yansıtmıyor) ile 5(tamamen yansıtıyor) arasında puanlama ile değerlendirilmektedir. 3,6,10,15. Sorular olumlu anlam taşıdığı için tersine çevrilerek puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 21 en yüksek 105 puan alınabilmektedir. Ölçek için önerilen bir kesme noktası yoktur ancak alınan puanın yüksek olması bireyin kişilerarası etkileşimlerde kendisini kaygılı olarak algıladığı şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek içinde yer alan bazı maddelerdeki "karşı cinsten çekici biri" ifadeleri yerine "ilgilendiğim çekici biri" ifadeleri kullanılmıştır.

3.4.5. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)

Sosyal ortamlar ve performans gerektiren durumlarda ortaya çıkan korku, kaygı ve kaçınmanın şiddetini belirlemek amacıyla Liebowitz tarafından geliştirilmiştir (140). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz tarafından yapılmıştır (141). Öz bildirim formu olarak da güvenirliğini kanıtlamıştır(142). Ölçek 11 adet sosyal durumları değerlendiren, 13 adet performans gerektiren koşulları değerlendiren olmak üzere toplamda 24 soru içermektedir. Ölçeğin 6 alt ölçek puanı vardır; sosyal kaygı şiddeti, performans kaygı şiddeti, sosyal kaçınmanın

şiddeti, performans kaçınmanın şiddeti, toplam korku şiddetini ve toplam kaçınma şiddeti. Her bir cümle 0-3 arasında puanlanmaktadır. Her bir alt ölçekten (kaçınma ve korku) alınabilecek puanlar 0 ile 72 arasında değişebilmekte ve toplam ölçek puanı 0 ile 144 arasında olmaktadır. Alınan puanın yükselmesi sosyal kaygının ve kaçınmanın şiddetlendiğini göstermektedir. Bizim çalışmamızda tanı koymak amacıyla değil, belirti şiddetini belirleme amacı ile kullanılmıştır.

3.4.6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü (WHOQOL-BREF)

Bu ölçek, çeşitli ülkelerden başlangıçta 15 merkezin katkısıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır. WHOQOL-BREF, orjinal ölçekteki (WHOQOL-100) genel bölümden iki, geri kalan 24 bölümden de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir. Ölçek 4 boyuttan oluşmuştur. Bu boyutlar; bedensel iyilik, ruhsal (mental) iyilik, sosyal ilişkiler ve çevre boyutlarıdır. Ölçeğin toplam puanı yoktur, her bir alanın puanı, kendi başına önem taşımaktadır. Yaşam kalitesi ölçeğinin ilk iki sorusu puanlamaya katılmamakta, ayrı olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin orijinalinde 26 olan soru sayısı, Türkçe versiyonda 27 olarak kullanılmaktadır. Türkçe versiyonda kullanılan 27. soru da puanlamaya katılmamakta ve ayrı olarak değerlendirilmektedir Her bir boyut maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Skorların herhangi bir kesme noktası yoktur. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (143). Türkçe sürümün geçerlilik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (144).

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya dahil edilen 85 katılımcının sosyodemografik özellikleri tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 30,78±5,586 olarak sonuçlandı. Kendilerini "cis-gender" olarak tanımlayan katılımcılardan 75 kişi (%88,23) kendini eşcinsel, 10 kişi (%11,76) kendini biseksüel olarak tanımlıyordu. Eğitim düzeylerine bakıldığında 2 kişi (%2,4) lise mezunu, 83 kişi (%97,6) üniversite ve üstü mezuniyete sahipti.

Katılımcılardan çalışan kişi sayısı 67 (%78,8), çalışmayan kişi sayısı 11(%12,9), öğrenci 6 kişi (%7,1), emekli 1 kişi (%1,2) olarak bulundu. Medeni durumlarına bakıldığında 57 kişinin (%67,1) bekar, 26 kişinin (%30,7) partneri var, 1 kişinin (%1,2) evli, 1 kişinin (%1,2) boşanmış olduğu görüldü. 33 kişi (%38,6) yalnız, 21 kişi (%24,8) aileyle, 10 kişi (%11,8) arkadaşıyla, 21 kişi (%24,8) sevgilisiyle yaşıyor. 11 kişinin (%12,9) düzenli geliri yok, 11 kişinin (% 12,9) düşük düzeyde, 11 kişinin (%12,9) orta düzeyde, 52 kişinin(%61,3) yüksek düzeyde geliri var olarak sonuçlandı. 1 kişi (%1,17) ilçede yaşadığını belirtirken, 84 kişi (%98,8) büyük şehirde yaşadığını belirtti. 2 kişinin (%2,4) çocuğu varken, 83 kişinin (%97,6) çocuğu yoktu **(Tablo 1).**

Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
Yaş	85	18	53	30,78	5,586
				N	%
Cinsel yönelim		Eşcinsel		75	88,23
		Biseksüel		10	11,76
Eğitim düzeyi		Lise		2	2,4
		Üniversite ve üstü		83	97,6
Çalışma durumu		Çalışıyor		67	78,8
		Çalışmıyor		11	12,9
		Öğrenci		6	7,1
		Emekli		1	1,2
Kiminle yaşadığı		Yalnız		33	38,6
		Aile		21	24,8
		Arkadaş		10	11,8
		Sevgili/Partner		21	24,8
Medeni hali		Evli		1	1,2
		Partneri var		26	30,7
		Bekar		57	67,1
		Boşanmış/ Ayrı yaşıyor		1	1,2
Gelir düzeyi		Düzenli gelirim yok		11	12,9
		Düşük		11	12,9
		Orta		11	12,9
		Yüksek		52	61,3
Yaşanan şehir		Büyük şehir		84	98,8
		İlçe		1	1,17
Çocuk sayısı		Yok		83	97,6
		Var		2	2,4

4.2. ALKOL VE MADDE KULLANIM SIKLIĞI

Katılımcıların alkol ve madde kullanım sıklığını değerlendirmek için sosyodemografik veri formuna Ögel ve arkadaşlarının (145) geliştirdiği BAPİRT ölçeğinin ilk sorusu dahil edilmiştir. Son 6 ay içinde alkol kullanımı sorusuna 55 kişi (%64,7) hiçbir zaman veya ayda 1-3 kez, 30 kişi (% 35,3) haftada 1-5 kez olarak cevap vermiş, hemen her gün alkol kullanan katılımcı bulunmamıştır. son 1 yıl içinde madde kullanımı sorusuna 62 kişi (%72,9) hiçbir zaman, 14 kişi (%16,5) en az 1 kez, 9 kişi (%10,6) 3'ten fazla kez yanıtı vermiştir **(Tablo 2).**

Tablo 2: Alkol ve Madde Kullanımı

		N	%
Alkol (Son 6 ay içinde)	Hiçbir zaman veya ayda 1-3 kez	55	64,7
	Haftada 1-5 kez	30	35,3
	Hemen her gün	0	0
Madde (Son 1 yıl içinde)	3'ten fazla kez	9	10,6
	En az 1 kez	14	16,5
	Hiçbir zaman	62	72,9

4.3. TIBBİ VE PSİKOLOJİK HASTALIK, PSİKOLOJİK DESTEK

Katılımcıların çoğunluğu, 69 kişi (%81,17) herhangi bir tıbbi hastalığının olmadığını belirtti. 2 kişi(%2,3) boşaltım sistemi, 1 kişi(%1,17) romatolojik sistem, 2 kişi(%2,3) nörolojik sistem, 2 kişi(%2,3) kardiyovasküler sistem, 2 kişi(%2,3) sindirim sistemi hastalığı olduğunu belirtirken 3 kişi(%3,5) HIV+ olduğunu belirtti.

Katılımcıların çoğunluğu, 63 kişi (%74,1) psikolojik hastalığı olmadığını belirtirken, 4 kişi(%4,7) depresyon, 8 kişi(%9,41) anksiyete, 4 kişi(%4,7) depresyon ve anksiyete, 1 kişi(%1,17) duygudurum bozukluğu, 3 kişi (%3,51) DEHB, 1 kişi (% 1,17) PTSB tanısı olduğunu ifade etmiştir. 31 kişi (%36,5) daha önce psikolojik destek almadığını, 54 kişi(%63,5) daha önce psikolojik destek aldığını belirtmiştir. Psikolojik destek alanlardan 38 kişi (%70,3) cinsel yönelimden bağımsız, 4 kişi(%7,4) cinsel yönelimle ilgili, aile zoruyla, 11 kişi (%20,3) cinsel yönelimle ilgili, kendi isteğiyle, 1 kişi(%1,8) cinsel yöneliminden kurtulmak için psikolojik destek aldığını belirtmiştir **(Tablo 3).**

Tablo 3: Tıbbi Hastalık, Psikiyatrik Hastalık ve Psikolojik Destek

		N	%
Tıbbi hastalık varlığı	Yok	69	81,17
	Üriner sistem	2	2,3
	Romatolojik sistem	1	1,17
	Nörolojik sistem	2	2,3
	Kardiyovasküler sistem	2	2,3
	Gastrointestinal sistem	2	2,3
	Bulaşıcı hastalık	3	3,5
	Diğer	4	4,7
Psikiyatrik hastalık varlığı	Yok	63	74,1
	Depresif bozukluk	4	4,7
	Anksiyete bozukluğu	8	9,41
	Depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu	4	4,7
	Duygudurum bozukluğu	1	1,17
	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)	3	3,51
	Post-Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB)	1	1,17
	Diğer	1	1.17
Psikolojik destek alma durumu	Evet	54	63,5
	Hayır	31	36,5
Psikolojik destek sebebi	Cinsel yönelimden bağımsız	38	70,3
	Cinsel yönelim ile ilgili, aile zoruyla	4	7,4
	Cinsel yönelim ile ilgili, kendi isteğiyle	11	20,3
	Cinsel yönelimden kurtulmak için	1	1,8

4.4. ANNE BABA EĞİTİM DURUMU VE AİLE TUTUMU

Katılımcıların anne eğitim durumuna bakıldığında 19 kişi(%22,4) ilkokul mezunu, 17 kişi (%20) lise mezunu, 4 kişi(%4,7) okur yazar, 5 kişi (%5,9) okur-yazar değil, 16 kişi (%18,8) ortaokul mezunu, 24 kişi (%28,2) üniversite/yüksekokul mezunu olduğu görülmüştür. Baba eğitim durumuna bakıldığında 17 kişi (%20) ilkokul mezunu, 17 kişi(%20) lise mezunu, 2 kişi(%2,4) okur yazar, 2 kişi(%2,4) okur yazar değil, 12 kişi(%14,1) ortaokul mezunu, 35 kişi(%41,2) üniversite/yüksekokul mezunu olarak ifade edilmiştir **(Tablo 4).**

Tablo 4: Anne ve Baba Eğitim Durumu

		N	%
Anne eğitim durumu:	İlkokul mezunu	19	22,4
	Lise mezunu	17	20,0
	Okur-yazar	4	4,7
	Okur-yazar değil	5	5,9
	Ortaokul mezunu	16	18,8
	Üniversite/Yüksekokul mezunu	24	28,2
Baba eğitim durumu:	İlkokul mezunu	17	20
	Lise mezunu	17	20
	Okur-yazar	2	2,4
	Okur-yazar değil	2	2,4
	Ortaokul mezunu	12	14,1
	Üniversite/Yüksekokul mezunu	35	41,2

Katılımcılardan 34 kişi (%40) ailesi tarafından heteroseksüel ilişkiye girmesi konusunda baskı hissettiğini ifade ederken, 51 kişi (%60) bu konuda baskı görmediğini ifade etmiştir. 18 kişinin (%21,2) ailesinde LGBTİ+ üye bulunurken 67 kişinin (%78,8) ailesinde LGBTİ+ üye bulunmamaktadır. Katılımcıların ailelerinin

LGBTİ+ bireylere tepkisi sorulduğunda 10 kişinin(%11,8) ailesinin destekleyici yaklaştığı, 41 kişinin (%48,2) ailesinin tepkisiz olduğu, 34 kişinin (%40) ailesinin önyargılı, homofobik olduğu ifade edilmiştir **(Tablo 5).**

Tablo 5: Aile Tutumu

		N	%
Aile heteroseksüel ilişki baskısı	Evet	34	40
	Hayır	51	60
Ailede LGBTİ(+) üye varlığı	Var	18	21,2
	Yok	67	78,8
Ailenin LGBTİ+ bireylere tepkisi	Destekleyici	10	11,8
	Ön yargılı, homofobik	34	40,0
	Tepkisiz	41	48,2

4.5. CİNSEL YÖNELİMİ YAŞAYIŞ BİÇİMİ, GÖRÜŞLERİ VE DİNİ GÖRÜŞÜ

Katılımcılardan 9 kişi(%10,6) cinsel yönelimlerini açık yaşadıklarını, 69 kişi (%81,2) kısmen örtük kısmen açık yaşadıklarını, 6 kişi (%7,1) örtük yaşadığını ifade etti. 36 kişi(%42,4) LGBTİ+ etkinliklerine katıldığını, 49 kişi(%57,6) LGBTİ+ etkinliğine katılmadığını ifade etti. 50 kişi(%58,8) LGBTİ+ topluluk ve etkinlikleri hakkında yalnız olmadığını görmenin iyi geldiği konusunda görüş belirtirken, 33 kişi(%38,8) kendisine bir etkisi olmadığını, 2 kişi(%2,4) kendisini olumsuz etkilediğini ifade etti. 29 kişi(%34,1) LGBTİ+ cafe –bara gittiğini, 39 kişi (%45,9) ara sıra gittiğini, 17 kişi(%20) gitmediğini belirtmiştir. Dini görüşü sorulduğunda 4 kişi(%4,7) dindar olduğunu, 32 kişi(%37,6) dindar olmadığını, 49 kişi (%57,6) dini

inancının olmadığını ifade etmiştir. Cinsel yönelimi hakkındaki dini görüşü sorulduğunda 5 kişi(%5,9) günah olduğunu düşündüğünü, 80 kişi(%94,1) günah olduğunu düşünmediğini ifade etmiştir **(Tablo 6).**

Tablo 6: Cinsel Yönelimi Yaşayış Biçimi ve Dini Görüşü

		N	%
Cinsel yöneliminizi yaşayış biçimi	Açık (Tüm aile üyeleri, tüm arkadaşlar gibi)	9	10,6
	Kısmen örtük/Kısmen açık (Bazı aile üyeleri, bazı arkadaşlar gibi sınırlı çevre)	69	81,2
	Örtük (Henüz kimseye açılmadım)	6	7,1
LGBTİ+ etkinliklerine katılım	Evet	36	42,4
	Hayır	49	57,6
LGBTİ+ toplulukları ve etkinlikleri hakkındaki düşünce	Yalnız olmadığımı görmek bana iyi geliyor	50	58,8
	Bana bir etkisi olmuyor	33	38,8
	Beni olumsuz etkiliyor	2	2,4
LGBTİ+ cafe-bara gitme durumu	Evet	29	34,1
	Ara sıra	39	45,9
	Hayır	17	20,0
Dini görüş	Dindarım	4	4,7
	Dindar değilim	32	37,6
	Dini inancım yok	49	57,6
Eşcinselliğin/biseksüelliğin günah olduğunu düşünme	Evet	5	5,9
	Hayır	80	94,1

Katılımcılara cinsiyet rolü özellikleri sorulduğunda; 29 kişi(%34,1) maskülen özelliklerinin ön planda olduğunu düşündüğünü, 5 kişi (%5,9) feminen özelliklerinin ön planda olduğunu düşündüğünü, 51 kişi (%60) her ikisine de ait özellikler taşıdığını düşündüğünü belirtmiştir.

Katılımcılara çevrelerindeki insanların kendileri hakkındaki cinsiyet rolü değerlendirmesi hakkındaki fikirleri sorulduğunda 31 kişi(%36,5) çevresindeki

insanların onları maskülen özellikleri ön planda olarak değerlendireceğini, 5 kişi(%5,9) feminen özellikleri ön planda olarak değerlendireceğini, 49 kişi(%57,6) her ikisine ait özellikler taşıdığı şeklinde değerlendireceğini belirtmiştir **(Tablo 7).**

Tablo 7: Cinsiyet Rolü Özelliği

		N	%
Kendini ifade biçimi	Maskülen(erkeksi) özelliklerimin ön planda olduğunu düşünüyorum	29	34,1
	Feminen(kadınsı) özelliklerimin ön planda olduğunu düşünüyorum	5	5,9
	Her ikisine de ait özellikler taşıdığımı düşünüyorum	51	60,0
Çevredeki insanların değerlendirmesi	Maskülen(erkeksi) özelliklerimin ön planda olduğunu söylerler	31	36,5
	Feminen(kadınsı) özelliklerimin ön planda olduğunu söylerler	5	5,9
	Her ikisine de ait özellikler taşıdığımı söylerler	49	57,6

4.6. AÇILMA DURUMU VE AÇILMA YAPILAN KİŞİ TARAFINDAN KABULÜ, AÇILMA YAŞLARI

Açılma ve açılma yapılan kişi tarafından kabul edilme durumu Tablo 8'de gösterilmiştir.

Katılımcıların %61,2'si (N=52) annesine açılmadığını: açılanların %5,9'u (N=5) annesinin hiç kabul etmediğini, %14,1'i (N=12) kısmen kabul ettiğini, %17,6'sı (N=15) tamamen kabul ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %71,8'i (N=61) babasına açılmadığını; açılanların %5,9'u (N=5) babasının hiç kabul etmediğini, %15,3'ü (N=13) kısmen kabul ettiğini, %7,1'i (N=6) tamamen kabul ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %52,9'u (N=45) kardeşlerine açılmadığını; açılanların %10,6'sı (N=9) kısmen kabul ettiğini, %35,3'ü (N=30) tamamen kabul ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %82,4'ü (N=70) yakın akrabalarına açılmadığını; açılanların %2,4'ü (N=2) kısmen kabul ettiğini, %15,3'ü (N=13) tamamen kabul

ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %15,3'ü (N=13) çevresindeki insanlara açılmadığını; açılanların %2,4'ü (N=2) kısmen kabul ettiğini, %82,4'ü (N=70) tamamen kabul ettiğini belirtiyor **(Tablo 8).**

Tablo 8: Açılma Durumu ve Açılma Yapılan Kişinin Kabulü

		N	%
Anneniz cinsel yöneliminizi ne kadar kabul ediyor?	Bilmiyor	52	61,2
	Hiç kabul etmiyor	5	5,9
	Kısmen kabul ediyor	12	14,1
	Tamamen kabul ediyor	15	17,6
Babanız cinsel yöneliminizi ne kadar kabul ediyor?	Bilmiyor	61	71,8
	Hiç kabul etmiyor	5	5,9
	Kısmen kabul ediyor	13	15,3
	Tamamen kabul ediyor	6	7,1
Kardeş(ler)iniz cinsel yöneliminizi ne kadar kabul ediyor?	Bilmiyor(lar)	45	52,9
	Bilen(ler) hiç kabul etmiyor	0	0
	Bilen(ler) kısmen kabul ediyor	9	10,6
	Bilen(ler) tamamen kabul ediyor	30	35,3
Yakın akrabalarınız (teyze, dayı, amca, hala gibi) cinsel yöneliminizi ne kadar kabul ediyor?	Bilmiyor(lar)	70	82,4
	Bilen(ler) hiç kabul etmiyor	0	0
	Bilen(ler) kısmen kabul ediyor	2	2,4
	Bilen(ler) tamamen kabul ediyor	13	15,3
Çevrenizdeki insanlar (iş arkadaşlarınız, okul arkadaşlarınız, komşularınız vb.) cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor?	Bilmiyor(lar)	13	15,3
	Bilen(ler) hiç kabul etmiyor	0	0
	Bilen(ler) kısmen kabul ediyor	2	2,4
	Bilen(ler) tamamen kabul ediyor	70	82,4

Katılımcıların açılma durumu ve açılma yaşı sorgulandığında 25 kişi annesine açılmış, anneye ortalama açılma yaşı 21,76±4,884 bulunmuştur. 18 kişi babasına açılmış ve babaya ortalama açılma yaşı 22,22±5,887 bulunmuştur. 35 kişi kardeşine açılmış, kardeşe ortalama açılma yaşı 23,49±5,485 bulunmuştur. 67 kişi çevresine açılmış, çevreye ortalama açılma yaşı ortalama 21,90±4,449 bulunmuştur.

Aileye ve çevreye toplam bakıldığında en erken açılma yaşı ortalama 20,08±6,962 bulunmuştur.

Kendini kabul etme yaşı ortalama 17,59±4,659 bulunmuştur **(Tablo 9).**

Tablo 9: Açılma ve Kendini Kabul Yaşları

	N	Ortalama	S.S
Anneye açılma yaşı	25	21,76	4,884
Babaya açılma yaşı	18	22,22	5,887
Kardeşe açılma yaşı	35	23,49	5,485
Akrabalara açılma yaşı	15	22,40	5,527
Çevreye açılma yaşı	67	21,90	4,449
En erken açılma yaşı	77	20,08	6,962
Kendini kabul yaşı	83	17,59	4,659

4.7. İNTİHAR

Katılımcılardan 73 kişi (%85,9) daha önce intihar girişiminde bulunmadığını, 12 kişi (%14,1) daha önce intihar girişiminde bulunduğunu ifade etmiştir **(Tablo 10).**

Tablo 10: İntihar

		N	%
Daha önce intihar girişimi	Var	12	14,1
	Yok	73	85,9

4.8. EŞCİNSEL VE BİSEKSÜEL ERKEKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Cinsel yönelime göre sosyal etkileşim kaygısı klinik ölçeği puan ortalaması eşcinsel grupta (54,37±17,89) biseksüel gruba (40,60±19,6) göre yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,026). Diğer parametrelerde istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır **(Tablo 11).**

Tablo 11: Cinsel Yönelime Göre Klinik Ölçeklerin Karşılaştırılması

	Cinsel Yönelim	N	Ort.	S.S.	p
Deneyimlenen Ayrımcılık	Eşcinsel	75	23,43	5,771	0,07
	Biseksüel	10	20,00	3,742	
Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği-Kaygı	Eşcinsel	75	19,04	13,161	0,60
	Biseksüel	10	16,80	10,064	
Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği - Kaçınma	Eşcinsel	75	17,03	12,551	0,46
	Biseksüel	10	14,00	8,894	
Rosenberg Benlik Saygısı	Eşcinsel	75	1,73	1,788	0,95
	Biseksüel	10	1,70	2,003	
İçselleştirilmiş Homofobi	Eşcinsel	75	29,27	5,084	0,17
	Biseksüel	10	26,60	9,640	
Sosyal Etkileşim Kaygısı	Eşcinsel	75	54,37	17,894	***0,026***
	Biseksüel	10	40,60	19,631	
WHOQOL-BREF					
Genel Sağlık	Eşcinsel	75	6,91	1,718	0,59
	Biseksüel	10	6,60	1,430	
Fiziksel Sağlık	Eşcinsel	75	28,25	4,436	0,35
	Biseksüel	10	26,70	8,001	
Psikolojik	Eşcinsel	75	20,53	3,739	0,83
	Biseksüel	10	20,80	4,638	
Sosyal İlişkiler	Eşcinsel	75	11,39	2,342	0,07
	Biseksüel	10	9,80	4,131	
Çevre	Eşcinsel	75	29,27	5,084	0,17
	Biseksüel	10	26,60	9,640	

Independent Sample T Test, p<0,05.

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma.

4.9. PSİKİYATRİK HASTALIK VARLIĞINA GÖRE KLİNİK PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Psikiyatrik hastalık varlığına göre veriler incelendiğinde, psikiyatrik hastalığı olanların Rosenberg benlik saygısı klinik ölçek puan ortalaması (2,59±1,943), psikiyatrik hastalığı olmayanların klinik ölçek puan ortalamasına (1,43±1,663) göre yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,008). Psikiyatrik tanısı olan bireylerin, olmayan bireylere göre Rosenberg benlik saygısı klinik ölçek puanları daha yüksek, dolayısıyla benlik saygıları daha düşük bulunmuştur **(Tablo 12).**

Tablo 12: Psikiyatrik Hastalık Varlığına Göre Klinik Ölçeklerin Karşılaştırılması

	Psikiyatrik Tanı	N	Ort.	S.S.	p
Deneyimlenen Ayrımcılık	Yok	63	22,71	5,720	0,39
	Var	22	23,91	5,528	
Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği - Kaygı	Yok	63	17,81	11,827	0,24
	Var	22	21,55	15,234	
Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği - Kaçınma	Yok	63	16,05	12,371	0,42
	Var	22	18,45	11,685	
Rosenberg Benlik Saygısı	Yok	63	1,43	1,663	***0,008***
	Var	22	2,59	1,943	
İçselleştirilmiş Homofobi	Yok	63	29,13	5,972	0,64
	Var	22	28,45	5,316	
Sosyal Etkileşim Kaygısı	Yok	63	50,97	17,870	0,13
	Var	22	57,86	19,833	
WHOQOL-BREF					
Genel Sağlık	Yok	63	7,03	1,675	0,13
	Var	22	6,41	1,652	
Fiziksel Sağlık	Yok	63	28,51	4,970	0,16
	Var	22	26,82	4,757	
Psikolojik	Yok	63	20,75	3,902	0,70
	Var	22	20,05	3,632	
Sosyal İlişkiler	Yok	63	11,37	2,726	0,63
	Var	22	10,73	2,334	
Çevre	Yok	63	29,13	5,972	0,64
	Var	22	28,45	5,316	

Independent Sample T Test, p<0,05.
Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma.

4.10. PSİKOLOJİK DESTEK ALMA DURUMLARINA GÖRE KLİNİK PARAMETRELERİN İNCELENMESİ

Katılımcılar psikolojik destek alma durumuna göre incelendiğinde, daha önce psikolojik destek alan grubun deneyimlenen ayrımcılık skor ortalaması (24,31± 6,213) almayan gruba (20,77±3,658) göre yüksek bulunmuştur ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır(p:0,005). Diğer parametrelere bakıldığında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır **(Tablo 13).**

Tablo 13: Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Klinik Ölçeklerin Karşılaştırılması

	Psikolojik Destek Alma	N	Ort.	S.S.	p
Deneyimlenen Ayrımcılık	Hayır	31	20,77	3,658	***0,005***
	Evet	54	24,31	6,213	
Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği - Kaygı	Hayır	31	19,23	13,786	0,80
	Evet	54	18,52	12,333	
Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği - Kaçınma	Hayır	31	17,16	13,890	0,78
	Evet	54	16,39	11,202	
Rosenberg Benlik Saygısı	Hayır	31	1,29	1,847	0,08
	Evet	54	1,98	1,743	
İçselleştirilmiş Homofobi	Hayır	31	28,77	5,903	0,83
	Evet	54	29,06	5,771	
Soyal Etkileşim Kaygısı	Hayır	31	51,06	18,352	0,52
	Evet	54	53,72	18,730	
WHOQOL-BREF					
Genel Sağlık	Hayır	31	6,84	1,864	0,89
	Evet	54	6,89	1,586	
Fiziksel Sağlık	Hayır	31	28,97	4,701	0,20
	Evet	54	27,56	5,049	
Psikolojik	Hayır	31	20,97	3,411	0,46
	Evet	54	20,33	4,056	
Sosyal İlişkiler	Hayır	31	11,77	2,348	0,12
	Evet	54	10,87	2,748	
Çevre	Hayır	31	28,77	5,903	0,83
	Evet	54	29,06	5,771	

Independent Sample T Test, p<0,05.

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma.

4.11. İNTİHAR GİRİŞİMİ VARLIĞINA GÖRE KLİNİK PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI

İntihar girişimi varlığına göre bakıldığında; deneyimlenen ayrımcılık skoru, daha önce intihar girişimi olan grupta (27±6,015) olmayan gruba (22,37±5,368) yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır(p:0,008). İçselleştirilmiş homofobi skorları, daha önce intihar girişimi olan grupta (23,92±9,100) olmayan gruba (29,78±4,635) göre düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır(p:0,001). Yaşam kalitesi klinik ölçeği alt parametrelerine bakıldığında sırasıyla daha önce intihar girişimi olan grupta olmayan gruba göre; genel sağlık ölçek skorları düşük (5,83±2,480; 7,04±1,467), fiziksel sağlık skorları düşük (22,58±6,908; 28,97±3,923), psikolojik sağlık skorları düşük (18,08±4,833; 20,97±3,508), sosyal ilişkiler alt parametre skorları düşük (9,67±3,846; 11,45±2,316), çevre alt parametre skorları düşük (23,92±9,100; 29,78±4,635) olarak bulunmuştur ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır(sırasıyla p:0,020; 0,000; 0,014; 0,029; 0,001). Diğer parametrelerde istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır **(Tablo 14).**

Tablo 14: İntihar Girişimi Varlığına Göre Parametrelerin Karşılaştırılması

	İntihar girişimi	N	Ort.	S.S.	p
Deneyimlenen Ayrımcılık	Yok	73	22,37	5,368	***0,008***
	Var	12	27,00	6,015	
Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği - Kaygı	Yok	73	18,26	12,871	0,36
	Var	12	21,92	12,457	
Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği - Kaçınma	Yok	73	16,10	12,018	0,28
	Var	12	20,17	13,079	
Rosenberg Benlik Saygısı	Yok	73	1,67	1,841	0,46
	Var	12	2,08	1,564	
İçselleştirilmiş Homofobi	Yok	73	29,78	4,635	***0,001***
	Var	12	23,92	9,100	
Sosyal Etkileşim Kaygısı	Yok	73	52,84	17,432	0,92
	Var	12	52,25	25,140	
WHOQOL-BREF					
Genel Sağlık	Yok	73	7,04	1,467	***0,020***
	Var	12	5,83	2,480	

Fiziksel Sağlık	Yok	73	28,97	3,923	***0,000***
	Var	12	22,58	6,908	
Psikolojik Sağlık	Yok	73	20,97	3,508	***0,014***
	Var	12	18,08	4,833	
Sosyal İlişkiler	Yok	73	11,45	2,316	***0,029***
	Var	12	9,67	3,846	
Çevre	Yok	73	29,78	4,635	***0,001***
	Var	12	23,92	9,100	
Independent Sample T Test, p<0,05. *Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma.*					

4.12. CİNSİYET ROLÜ ÖZELLİKLERİNE GÖRE PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bireylerin cinsiyet rolü özelliklerine göre parametrelere bakıldığında yalnızca benlik saygısı parametresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülürken (p: 0,028) diğer parametreler açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır **(Tablo 15).**

Tablo 15: Bireylerin Kendilerini Tanımlama Biçimlerine Göre Parametrelerin Karşılaştırılması

	Cinsiyet rolü özelliği	N	Ort.	S.S.	p
Deneyimlenen Ayrımcılık	F	5	22,20	4,712	0,65
	M	29	22,34	6,382	
	F+M	51	23,49	5,360	
Liebowitz - Kaygı	F	5	19,20	12,276	0,38
	M	29	21,38	14,181	
	F+M	51	17,25	12,020	
Liebowitz - Kaçınma	F	5	16,00	13,266	0,66
	M	29	18,34	13,862	
	F+M	51	15,78	11,174	
Rosenberg Benlik Saygısı	F	5	3,80	1,304	***0,028***
	M	29	1,55	1,703	
	F+M	51	1,63	1,800	
İçselleştirilmiş Homofobi	F	5	26,60	3,975	0,65
	M	29	29,10	7,316	
	F+M	51	29,10	4,941	

Sosyal Etkileşim Kaygısı	F	5	56,60	10,877	0,88
	M	29	52,21	22,228	
	F+M	51	53,69	16,997	
WHOQOL-BREF					
Genel Sağlık	F	5	6,00	2,00	0,38
	M	29	7,10	1,698	
	F+M	51	6,82	1,646	
Fiziksel Sağlık	F	5	26,80	2,168	0,32
	M	29	27,14	6,116	
	F+M	51	28,73	4,318	
Psikolojik Sağlık	F	5	18,00	3,317	0,27
	M	29	21,00	4,080	
	F+M	51	20,57	3,689	
Sosyal İlişkiler	F	5	10,60	1,949	0,64
	M	29	10,93	3,173	
	F+M	51	11,41	2,359	
Çevre	F	5	26,60	3,975	0,65
	M	29	29,10	7,316	
	F+M	51	29,10	4,941	

One-Way ANOVA, Post Hoc Tests; LSD, p<0,05.

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma.

F: Feminen(kadınsı) özelliklerimin ön planda olduğunu hissediyor/düşünüyorum.

M: Maskülen(erkeksi) özelliklerimin ön planda olduğunu hissediyor/düşünüyorum.

F+M: Her ikisine de ait özellikler taşıdığımı hissediyor/düşünüyorum.

Bireylerin cinsiyet rolü özelliklerine göre karşılaştırma yapıldığında benlik saygısı parametresinde görülen anlamlı farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının analizi için Post Hoc testlerden LSD kullanılmıştır. Üç grup arasındaki ilişkiye detaylı bakıldığında farkın "Feminen(kadınsı) özelliklerimin ön planda olduğunu hissediyor/düşünüyorum." ifadesine katılan grup ile diğer gruplar arasında olduğu belirlenmiştir. "F" grubunda benlik saygısı puanları (3,80±1,30), M ve M+F grubuna göre (sırasıyla 1,55±1,70; 1,63±1,80) yüksek bulunmuştur ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla p:0,009; p:0,010) **(Tablo 16).**

Tablo 16: Bireylerin Kendilerini Tanımlama Biçimlerine Göre Rosenberg Benlik Saygısı Detay Analizi

Post Hoc Analiz - LSD			
Bağımlı Değişken	**Kendinizi nasıl tanımlarsınız?**	**Kendinizi nasıl tanımlarsınız?**	**p**
Rosenberg Benlik Saygısı	F	M	***0,009***
		F+M	***0,010***
	M	F	***0,009***
		F+M	0,85
	F+M	F	***0,010***
		M	0,85

One-Way ANOVA, Post Hoc Tests; LSD, p<0,05.

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma. Post hoc analiz-LSD

F: Feminen(kadınsı) özelliklerimin ön planda olduğunu hissediyor/düşünüyorum

M: Maskülen(erkeksi) özelliklerimin ön planda olduğunu hissediyor/düşünüyorum

F+M: Her ikisine de ait özellikler taşıdığımı hissediyor/düşünüyorum

4.13. CİNSEL YÖNELİMİN KABUL EDİLDİĞİ YAŞ VE PARAMETRELERİN KORELASYONU

Cinsel yönelimin kabul edildiği yaş ile herhangi bir parametre arasında korelasyon bulunmamıştır **(Tablo 17).**

Tablo 17: Ölçekler ile Cinsel Yönelimin Kabul Edildiği Yaş Korelasyonu

		Deneyimlene Ayrımcılık	**Liebowitz - Kaygı**	**Liebowitz - Kaçınma**	**Rosenberg Benlik Saygı**	**İçselleştirilmiş Homofobi**	**Etkileşim Kaygısı**
Cinsel Yönelimin Kabul Edildiği Yaş	**r**	-0,028	0,099	0,101	-0,113	0,056	0,97
	p	0,80	0,37	0,36	0,31	0,61	0,38

** p < .05. ** p < .01.*

Bivariate Correlations, Pearson, p<0,05.

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma.

4.14. DENEYİMLENEN AYRIMCILIK, SOSYAL ANKSİYETE VE BENLİK SAYGISI

Deneyimlenen ayrımcılık, Liebowitz kaygı ve kaçınma, Sosyal Etkileşim Kaygısı ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçek skorları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Deneyimlenen ayrımcılık ile Liebowitz kaygı ve kaçınma, Sosyal Etkileşim Kaygısı, Rosenberg Benlik Saygısı ölçek skorları arasında aynı yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır (sırasıyla p:0,010; p:0,005; p:0,020; p:0,004) **(Tablo 18).**

Tablo 18: Deneyimlenen Ayrımcılık ve Diğer Klinik Ölçek Puanlarının Korelasyonu

		1.	2.	3.	4.	5.
1.Deneyimlenen Ayrımcılık	**r**	1	0,278**	0,299**	0,252*	0,309**
	p		***0,010***	***0,005***	***0,020***	***0,004***
2.Liebowitz - Kaygı	**r**	0,278**	1	0,904**	0,610**	0,321**
	p	***0,010***		***0,000***	***0,000***	***0,003***
3.Liebowitz - Kaçınma	**r**	0,299**	0,904**	1	0,561**	0,326**
	p	***0,005***	***0,000***		***0,000***	***0,002***
4.Sosyal Etkileşim Kaygısı	**r**	0,252*	0,610**	0,561**	1	0,519**
	p	***0,020***	***0,000***	***0,000***		***0,000***
5.Rosenberg Benlik Saygısı	**r**	0,309**	0,321**	0,326**	0,519**	1
	p	***0,004***	***0,003***	***0,002***	***0,000***	

** p < .05. ** p < .01.*

Bivariate Correlations, Pearson, p<0,05.

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma.

4.15. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ, SOSYAL ANKSİYETE VE BENLİK SAYGISI

İçselleştirilmiş Homofobi ile Liebowitz kaygı ve kaçınma puanları, Sosyal Etkileşim Kaygısı ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçek skorları arasındaki ilişkiye bakılmış ve Toblo:19'da gösterilmiştir. İçselleştirilmiş Homofobi ile Liebowitz kaçınma puanları, Sosyal Etkileşim Kaygısı ölçek skorları ve Rosenberg Benlik Saygısı puanları arasında aynı yönlü ve istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla p:0,008; p:0,007; p:0,048). Liebowitz kaygı puanları ile istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır **(Tablo 19).**

Tablo 19: İçselleştirilmiş Homofobinin Diğer Klinik Ölçek Puanlarının Korelasyonu

		1.	2.	3.	4.	5.
1.İçselleştirilmiş homofobi	**r**	1	0,197	0,287**	0,293**	0,215*
	p		0,07	***0,008***	***0,007***	***0,048***
2.Liebowitz - Kaygı	**r**	0,197	1	0,904**	0,610**	0,321**
	p	0,07		***0,000***	***0,000***	***0,003***
3.Liebowitz - Kaçınma	**r**	0,287**	0,904**	1	0,561**	0,326**
	p	***0,008***	***0,000***		***0,000***	***0,002***
4.Sosyal Etkileşim Kaygısı	**p**	0,293**	0,610**	0,561**	1	0,519**
	r	***0,007***	***0,000***	***0,000***		***0,000***
5.Rosenberg Benlik Saygısı	**r**	0,215*	0,321**	0,326**	0,519**	1
	p	***0,048***	***0,003***	***0,002***	***0,000***	

** p < .05. ** p < .01.*
Bivariate Correlations, Pearson, p<0,05.
Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma.

4.16. DENEYİMLENEN AYRIMCILIK, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ VE YAŞAM KALİTESİ

Deneyimlenen ayrımcılık ile içselleştirilmiş homofobi skorlarının yaşam kalitesi alt parametreleri ile ilişkisine ayrı ayrı bakılmıştır. Deneyimlenen Ayrımcılık parametresi ile Yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal ilişkiler ve çevre alt parametreleri arasında zıt yönlü ve istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmıştır (sırasıyla p:-0,238; p:-0,264). İçselleştirilmiş Homofobi parametresi ile yaşam kalitesinin genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre parametreleri arasında zıt yönlü ve istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmıştır (sırasıyla p:0,005; p:0,014; p:0,001; p: 0,000; p:0,000) **(Tablo 20).**

Tablo 20: Deneyimlenen Ayrımcılık, İçselleştirilmiş Homofobi ve Yaşam Kalitesi

		Genel Sağlık	Fiziksel Sağlık	Psikolojik	Sosyal İlişkiler	Çevre
Deneyimlenen Ayrımcılık	**r**	-0,183	-0,115	-0,192	-0,238*	-0,264*
	p	0,093	0,293	0,078	***0,028***	***0,015***
İçselleştirilmiş Homofobi	**r**	-0,300**	-0,264*	-0,368**	-0,420**	-0,371**
	p	***0,005***	***0,014***	***0,001***	***0,000***	***0,000***

** p < .05. ** p < .01.*
Bivariate Correlations, Pearson, p<0,05.
Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma.

Cronbach-α: 10 maddelik Deneyimlenen Ayrımcılık ölçeğinin tümü için iç tutarlılık değeri olan Cronbach α = 0,721 olarak hesaplanmıştır.

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,721	0,739	10

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza kendini eşcinsel ya da biseksüel erkek olarak tanımlayan, dahil etme kriterlerine uyan, çalışmayı kabul eden 85 erkek katılımcı alınmıştır. Türkiye'de LGBTİ+ bireylerle yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Literatürde LGB bireylerde ayrımcılık ve ruhsal sağlık sorunları, içselleştirilmiş homofobi ve ruhsal sağlık sorunlarını inceleyen çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızla ilgili olarak LGB ve heteroseksüel bireylerin sosyal anksiyete ve benlik saygısını karşılaştıran bir çalışma bulunmaktadır (19). Fakat literatürde eşcinsel ve biseksüel bireylerde deneyimlenen ayrımcılık ve içselleştirilmiş homofobinin, sosyal anksiyete düzeyi, benlik saygısı ve yaşam kalitesi ile ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yüzden tartışmada benzer çalışmaların verileri kullanılmıştır.

5.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların yaş ortalaması 30,78 (±5,586) idi. Katılımcıların %88,23'ü cinsel yönelimini eşcinsel olarak belirtirken %11,76'sı cinsel yönelimini biseksüel olarak belirtti. Ülkemizde 2014 yılında yapılan bir çalışma ile benzer yaş ortalaması ve eşcinsel biseksüel oranı tespit edilmiştir (146).

Eğitim düzeylerine bakıldığında 2 kişi (%2,4) lise mezunu, 83 kişi (%97,6) üniversite ve üstü mezuniyete sahipti. Katılımcılardan çalışan kişi sayısı 67 (%78,8), çalışmayan kişi sayısı 11(%12,9), öğrenci 6 kişi (%7,1), emekli 1 kişi (%1,2) olarak bulundu. 11 kişinin (%12,9) düzenli geliri yok, 11 kişinin (% 12,9) düşük düzeyde, 11 kişinin (%12,9) orta düzeyde, 52 kişinin(%61,3) yüksek düzeyde geliri var olarak sonuçlanmıştır. 1 kişi (%1,17) ilçede yaşadığını belirtirken, 84 kişi (%98,8) büyük şehirde yaşadığını belirtmiştir. Eşcinsel ve biseksüel bireylerle yapılan çalışmalarda eğitim ve gelir durumu, yaşanılan bölge farklılık göstermektedir (3,146). Bizim çalışmamızda eğitim ve gelir durumunun yüksek olmasının kar topu örneklem yöntemi kullanılması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların alkol kullanımı son 6 ay içinde %64,7'sinin hiç olmadığı veya ayda 1-3 kez olduğu, % 35,3'ünün haftada 1-5 kez olduğu, hiçbirinin hemen her gün alkol kullanımının olmadığı gösterilmiştir. Son 1 yıl içinde

%72,9'unun madde kullanımının hiç olmadığı, %16,5'inin en az bir kez olduğu, %10,6'sının üçten fazla kez olduğu bulunmuştur. Literatürde eşcinsel ve biseksüel erkeklerde alkol-madde kullanımının heteroseksüellerden daha fazla olduğunu bildirir çalışmalar mevcuttur (147-149). Çalışmamızın sonuçları literatürü desteklemektedir.

Çalışmamızda katılımcılara doğrudan HIV seropozitifliği sorulmamış fakat ek tıbbi hastalık sorgulandığında katılımcıların %3,5'i HIV+ olduğunu belirtmiştir. ABD'de eşcinsel bireylerde ruhsal hastalık araştıran bir çalışmada, katılımcılardaki HIV seropozitifliği oranı %4 olarak bulunmuştur (150). Çalışmamızdaki oran literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda katılımcılardan %74,1'inin herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almadığını, %9,4'ünün anksiyete, %4,7'sinin depresyon tanısı aldığını bulunmuştur. %63,5'inin psikolojik destek aldığı, %36,5'inin psikolojik destek almadığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde başta depresyon ve anksiyete olmak üzere LGB bireylerde psikiyatrik hastalıkların heteroseksüel bireylere oranla daha fazla olduğu sonucuna varan çalışmalar mevcuttur (5,12,151,152).

Katılımcıların %14,1'i daha önce intihar girişiminde bulunduğunu ifade etmiştir. Literatürle uyumlu olarak eşcinsel ve biseksüel bireylerde intihar oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır (8,37,153,154).

Çalışmamızda eşcinsel ve biseksüel bireyler klinik parametreler açısından karşılaştırılmış, eşcinsel bireylerde sosyal etkileşim kaygısı biseksüel bireylere göre daha fazla bulunmuştur. Literatürde biseksüel bireylerin sadece heteroseksüeller tarafından değil aynı zamanda eşcinsel topluluklar tarafından da ayrımcılığa uğradığını ve buna bağlı psikolojik stresin arttığını, sosyal desteğin ve iyilik halinin azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (155-157). Wadsworth ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada biseksüellerin sosyal anksiyete düzeyi eşcinsel ve heteroseksüellere göre daha fazla bulunmuştur. Bunun nedenini örneklemi aldıkları şehirde eşcinsel ve heteroseksüel grubun sosyal desteğinin biseksüellere göre daha fazla olmasına bağlamışlar, sosyal anksiyete ve sosyal destek arasındaki negatif ilişkiyi vurgulamışlardır (158). Literatürde bulgular bu şekildeyken Türkiye'den katılımcıların dahil edildiği bizim çalışmamızda eşcinsel bireylerin sosyal etkileşim kaygısı düzeyinin biseksüel bireylerden daha fazla olması; Türkiye'de

heteronormativitenin fazla olması, biseksüellerin görece heteroseksüel yanlarıyla sosyal destek bulabilmeleri ve eşcinsellerin sosyal desteklerinin daha az olması ile açıklanabilir.

5.2. PSİKİYATRİK TANI, PSİKOLOJİK DESTEK VE İNTİHAR

Araştırmamızda psikiyatrik tanı varlığının klinik parametrelerle ilişkisi araştırılmış, psikiyatrik tanı varlığı ile düşük benlik saygısı arasında ilişki bulunmuştur. Guillon ve arkadaşlarının 2003'te yaptığı bir çalışmada ergenlerde psikotik bozukluk, depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu, kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik hastalık varlığında, olmayan gruba göre benlik saygısının daha düşük olduğunu bulmuş; depresif bozukluğu olan bireylerde değersizlik düşünceleri ve umutsuzluk olduğu için benlik saygısının düşük olmasının beklenen bir sonuç olabileceğini belirtmiştir (159). Yapılan birçok çalışmada psikotik bozukluk, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, alkol madde kullanım bozukluğu, yeme bozukluğu, davranış bozukluğu gibi psikiyatrik hastalığı olan kişilerde, psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre benlik saygısı daha düşük bulunmuştur (160-165).

Psikiyatrik hastalığa göre benlik saygısının düşük olma derecesi değişmekte, depresyonda önemli ölçüde etkilenmektedir. Aynı zamanda düşük benlik saygısı da depresyon, umutsuzluk, suisid düşünceleri ve diğer psikiyatrik hastalıklar ile ilişkilidir (166,167). Bazı çalışmalar psikiyatrik hastalıkların benlik saygısını düşürdüğü hakkında yorum yapmış (168), başka çalışmalar düşük benlik saygısının psikiyatrik bozukluklara karşı kırılgan hale getirdiğini tartışmış (169), bir başkası benlik saygısı ve psikiyatrik bozukluklar arasında kısır döngü olabileceğini belirtmiştir (161). Sonuç olarak araştırmamızın psikiyatrik tanı varlığı ve düşük benlik saygısı arasındaki ilişkiye dair bulgusu literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda psikolojik destek alma durumuna göre klinik parametreler karşılaştırılmış, psikolojik destek alma ile deneyimlenen ayrımcılık arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Literatüre baktığımızda ayrımcılık deneyimi arttıkça psikolojik stres artmakta; bunun sonucunda psikolojik destek alma miktarı da artmaktadır (3,8,37).

Çalışmamızda intihar varlığına göre klinik parametreler karşılaştırılmış, intihar girişimi olanlarda deneyimlenen ayrımcılığın daha fazla olduğu, yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan araştırmalara göre deneyimlenen ayrımcılık arttıkça psikolojik stres artmakta, depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıkların artmasıyla birlikte intihar düşüncesi ve girişimi de artmakta, psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesi azalmaktadır (5,6,170-173). 2022'de yapılan bir metaanalize göre deneyimlenen ayrımcılık, şiddet, zorbalık ve ebeveynlerin kötü muamelesi arttıkça intihar düşünce ve girişimleri artmaktadır (174). İntihar için yüksek riske sahip kişileri klinik açıdan değerlendirebilmek, onları korumak ve intihar davranışının yinelenmesini önlemek amacıyla intihar davranışının nedenlerini anlamak kritik öneme sahiptir. Mevcut veriler ışığında, birçok alanda ayrımcılığı deneyimleyen, cinsel yönelimi açısından azınlık olan kişilerin geliştirilecek yasalar ve politikalar ile koruma altına alınmasının, onlara eşit haklar sağlanmasının hayati bir önemde olduğu söylenebilir.

5.3. CİNSİYET ROLÜ ÖZELLİKLERİNE GÖRE KLİNİK PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda kendini feminen, maskülen ve her ikisine dair özellikler taşıdığını düşünen katılımcılar klinik parametrelere göre karşılaştırılmış, feminen özelliklere sahip olduğunu düşünen bireylerin diğer bireylere göre benlik saygısı düşük bulunmuştur.

Maskülenlik ve feminenlik kavramları toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgilidir ve toplum tarafından inşa edilmiştir. Toplum ve kültürler arası farklılıklar gösterebilse de bu kavramların heteroseksüel erkek ve kadınlar kadar cinsel yönelimi farklı olan gruplar üzerinde de psikolojik stres yarattığı bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır (175). Yapılan çalışmalarda eşcinsel erkeklerin toplum tarafından kabul görmek için maskülen olarak görünme isteği ve çabasında oldukları, feminen özellikler taşımayı istemedikleri, buna dair baskı ve stres taşıdıkları gösterilmiştir (176,177).

Araştırmalarda geleneksel maskülenlik idealine uymayan erkeklerin daha fazla psikolojik stres yaşadıkları (178-181) daha fazla utanç duygusu taşıyabildikleri, düşük benlik saygısı taşıdıkları gösterilmiştir. Buna ek olarak Skidmore ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada toplumsal cinsiyet rolü ve cinsiyet kimliği

bakımından atipik özellikler gösteren eşcinsel erkeklere diğer eşcinsel erkeklerin bakış açısının olumsuz olabileceğini ve bunun psikolojik stresi arttırabileceğini vurgulamışlardır (182). Alan yazında yapılan araştırmalarda psikolojik stresin fazla olması ile benlik saygısı arasında ters ilişki bulunmuştur (183-185).

Türkiye'de heteroseksizmin baskın olduğu, maskülenliğin ön plana çıkarıldığı ve istendiği düşünüldüğünde cinsel yönelim bakımından azınlık bireylerde cinsiyet rolü stresi oluştuğu, feminen özellikleri daha ön planda olan bireylerin, maskülen özellikleri ön planda ve her iki özelliği de taşıyan bireylere göre daha fazla psikolojik stres altında olduğu, ek olarak diğer eşcinsel erkeklerin olumsuz tavırlarına maruz kaldıkları, daha fazla aşağılık ve dışlanmışlık hissettikleri ve benlik saygılarının daha düşük olduğu sonucuna varılabilir.

5.4. DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE SOSYAL ANKSİYETE, BENLIK SAYGISI

Literatüre baktığımızda yapılan çalışmalara göre deneyimlenen ayrımcılık ve eşcinsel-karşıtı şiddet psikolojik stresi arttırmakta ve ruhsal sağlığı etkileyerek depresyon, anksiyete, travmatik stres sendromları, suisid düşünceleri, alkol- madde kullanım bozukluğu risklerini arttırmaktadır (34,147,148,186-188).

Yapılan birçok araştırmada LGB bireylerin heteroseksüel bireylere göre gelişim döneminde bakım verenler tarafından kötü muameleye, diğer kişiler tarafından zorbalığa, sözel şiddete ve ayrımcılığa daha fazla maruz kaldığı ve buna bağlı psikolojik stresin daha fazla olduğu bulunmuştur (8,148,189-194).

Çalışmalara göre LGBTQ+ bireylerin iş bulma, sağlık hizmeti, barınma, hukuk sistemi gibi alanlarda yaygın biçimde hakaret, taciz ve şiddet gibi ayrımcılık deneyimlerine sahip oldukları (195) , ayrımcılık arttıkça psikolojik stresin ve depresyonun arttığı (196) bulunmuştur.

Muller ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada travma deneyimi olan kişilerde homofobi ve ayrımcılık deneyimleri arttıkça psikolojik stresin arttığı ve buna bağlı duygu düzenleme bozukluğu, PTSD semptomları ve disosiyatif semptomlarda artış olduğu bulunmuştur (197).

Diaz ve arkadaşları, 2001'de yaptıkları çalışmada homofobi ve ayrımcılık deneyimlerinin bireyin dayanıklılık durumuna bağlı olarak sosyal izolasyonu

arttırdığı ve benlik saygısını ve öz-değerliği düşürdüğü, buna bağlı psikolojik strese neden olarak ve ruhsal sağlığı olumsuz etkilediği bulunmuştur (3).

Cinsel yönelim bakımından azınlık grupta deneyimlenen ayrımcılıktan kaynaklanan stresörler birçok ruhsal hastalık gibi sosyal anksiyeteye de neden olmaktadır. Yapılan çalışmalara göre eşcinsel bireylerde sosyal anksiyete bozukluğunun 12 aylık ve yaşam boyu sıklığı heteroseksüel bireylere göre daha fazla bulunmuştur (5,152,198,199).

Burns ve arkadaşları, yaptıkları çalışma ile algılanan ayrımcılık ve sosyal anksiyete ilişkisine bakmışlar; ayrımcılığa atfedilen ve ayrımcılık olarak algılanan yaşantılar arttıkça sosyal anksiyetenin arttığını belirtmişlerdir (20).

Bizim araştırmamızda hipotezimizle ve ilgili yazınla uyumlu olarak deneyimlenen ayrımcılık arttıkça sosyal anksiyete düzeyinin de arttığı gözlenmiştir. Bu ilişkiyi açıklayan teorilerden en çok kullanılanı azınlık stres modelidir.

Meyer'in tanımladığı azınlık stres modeline göre, cinsel yönelim bakımından azınlık bireylerin deneyimledikleri ayrımcılıklar distal(uzak) stresörler olarak ele alınmış bu stresörlerin proksimal(yakın) stresörlere neden olarak ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilediği ifade edilmiştir. Meyer proksimal stresörleri reddedilme beklentisi, cinsel yönelimini gizleme ve içselleştirilmiş homofobi olarak yapılandırmıştır (12,37) ve daha sonra bu stresörler psikolojik stres etmeni olarak literatürde birçok çalışmada yer almıştır.

Reddedilme duyarlılığı, bireyin diğer insanlarla ilişkisinde reddedileceğine, dışlanacağına dair aşırı duyarlılık göstermesi, beklenti oluşturması ve buna bağlı anksiyeteye sahip olmasıdır. Reddedilme duyarlılığı oluşma süreci, toplum içinde dışlanacağına ve reddedileceğine dair kaygılı bir beklenti içinde olan bireyin sosyal ortamda bazı ipuçları yakalayarak ve buna dikkat vererek reddedilme algısı oluşturması, bu algıya bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler vermesi, bu deneyiminden çıkarımlarda bulunarak bilişsel-sosyal bir öğrenme süreciyle reddedilme beklentisi ve duyarlılığını pekiştirmesi olarak özetlenebilir (200,201). Araştırmacılar reddedilme duyarlılığının en büyük nedeninin erken dönem reddedilme deneyimleri olduğunu ve bu etmenle uyumlu olarak cinsel azınlık grupta ebeveyn tarafından reddedilme, akran zorbalığı ve ayrımcılık deneyimleri olmasının reddedilme duyarlılığına yol açtığını belirtmişlerdir (202). Corliss ve arkadaşlarının

yaptıkları çalışmada eşcinsel ve biseksüel erkeklerin çocukluklarında ebeveynleri tarafından heteroseksüellere göre daha fazla kötü muameleye maruz kaldıkları ve bunun nedeninin cinsiyetleriyle uyumlu olmayan davranışlar sergilemeleri olabileceği vurgulanmıştır (190).

Pachankis ve arkadaşları yaptıkları çalışma ile cinsel yönelim bakımından azınlık gruplarda reddedilme duyarlılığının yapısını tanımlamışlar, gey-ilişkili reddedilme duyarlılığı ölçeği geliştirmişler ve reddedilme duyarlılığının erken dönem ayrımcılık deneyimleri, içselleştirilmiş damgalanma ve ebeveynleri tarafından reddedilme deneyimleri ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (203). Feinstein ve arkadaşları araştırmalarında cinsel yönelim ilişkili reddedilme duyarlılığının ayrımcılık deneyimleriyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır (200).

Reddedilme duyarlılığı (202,204) ve sosyal anksiyete (120,205-207) arasında ortak bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçler bulunmaktadır. Her ikisinde de bilişsel olarak sosyal ortamda negatif değerlendirilmeye, reddedilmeye dair önyargı ve duyarlılık, emosyonel olarak uyarılmışlık hali, anksiyete ve davranışsal olarak içe çekilme, insan ilişkilerinde zorluk bulunmaktadır.

Yapılan araştırmalar cinsel yönelim temelli reddedilme duyarlılığının sosyal anksiyete, depresyon, yaygın anksiyete ve posttravmatik stres sendromları, madde kullanım bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklara yol açtığını göstermiştir (208-215). Reddedilme duyarlılığı kişilerarası ilişkilerde özgüveni azaltmakta ve sosyal anksiyeteye neden olmaktadır (216).

Başka bir psikolojik stres faktörü olan cinsel yönelimini gizleme davranışı, cinsel yönelim açısından azınlık bireylerde akranları ile sosyalleşmeyi öğrenecekleri ergenlik döneminde heteroseksüel olmayan yönelimlerini fark etmeleriyle ve bunu akranlarından ve aile bireylerinden gizlemeye başlamalarıyla ortaya çıkmaktadır. Bu davranış kişiler tarafından hayatlarının devamında şiddet ve ayrımcılık deneyimlerinden kaçınmak amacıyla baş etme stratejisi olarak sürdürülmektedir (217). Cinsel yönelimini gizleme davranışının bir baş etme stratejisi olarak kullanılması, toplumu ve sosyal ortamı olası bir tehdit ve tehlike olarak görmeye, duygularını diğer insanlardan gizlemeye, cinsel yönelimini ele vermemek için görünüşünü ve davranışlarını sürekli kontrol etmeye ve toplumla ve diğer azınlık grup bireyleriyle bağ kuramamaya, sosyal izolasyona neden olmaktadır (37). Bütün

bu bilişsel, davranışsal ve sosyal süreçler sonucu sosyal etkileşimde anksiyete ve uyarılmışlık hali ortaya çıkmaktadır (218,219).

Wadsworth ve arkadaşları yaptıkları çalışmada LGB ve heteroseksüel bireylerin sosyal anksiyete düzeylerini karşılaştırmışlar; lezbiyen gay ve heteroseksüel bireylerin sosyal anksiyete düzeylerini benzer bulmuşlar, biseksüel bireylerin sosyal anksiyete düzeyini diğer bireylere göre daha yüksek bulmuşlardır (158). Sonucu tartışırken katılımcıların Boston gibi liberal bir şehirden seçildiğini, bu şehirde lezbiyen gay ve heteroseksüel bireylerin sosyal desteğinin iyi olduğunu, biseksüel bireylerin heteroseksüel ve eşcinsel gruba dahil olmakta zorlandıkları için sosyal desteklerinin düşük olduğunu, buna bağlı sosyal anksiyete düzeylerinin yüksek olabileceğini belirtmişlerdir. Böylece cinsel yönelim bakımından azınlık bireylerde sosyal destek ve sosyal anksiyete arasındaki negatif ilişkiyi vurgulamışlardır (158). Safren ve Pantalone 2006'da yaptıkları çalışmada sosyal etkileşim kaygısı ve sosyal izolasyonun artmasının, sosyal desteği azalttığını ve yeterlilik geliştirici faaliyetlerde bulunmayı olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (220).

Pachankis ve arkadaşları 2006'da yaptıkları çalışmada eşcinsel erkeklerin heteroseksüel erkeklere göre sosyal olarak olumsuz değerlendirilme korkusunun ve sosyal anksiyetelerinin daha fazla olduğunu, benlik saygısının daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca cinsel yönelimi konusunda açılmamış ve eşcinsel olma konusunda rahat hissetmeyen eşcinsel erkeklerde, cinsel yönelimini gizleme nedeniyle sosyal ortamda damgalanmaya ilişkin düşüncelerin daha fazla olabileceğini ve buna bağlı sosyal etkileşim kaygısının artabileceğini belirtmişlerdir (19).

Sonuç olarak deneyimlenen ayrımcılık ve şiddet cinsel azınlık bireylerde reddedilme duyarlılığına, cinsel yönelimini gizleme davranışına neden olmakta, bunlar da sosyal anksiyeteyi arttırmakta, psikolojik stres oluşturmakta ve sosyal desteği etkilemektedir.

LGB bireylerde sosyal anksiyetenin çeşitli olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Safren ve Pantalone yaptıkları çalışmaya göre sosyal etkileşim kaygısı ve sosyal izolasyon, sosyal desteği ve yeterlilik geliştirici faaliyetlerde bulunmayı olumsuz etkilemektedir (220). Hart ve arkadaşlarını yaptığı çalışmaya göre eşcinsel ve

biseksüel erkeklerde sosyal anksiyete, riskli ve korunmasız cinsel ilişkiye ve HIV yayılımına neden olmaktadır (221,222).

Benlik saygısı kişinin kendine verdiği değer ve kendine dair inançlarıyla ilgili bir kavramdır ve hayatın zorluklarıyla baş etme ve mutlu olmada önemli bir role sahiptir. Kimliğin şekillenmeye başladığı ergenlik döneminde benliğe bakış ve benlik saygısının temelleri atılır ve bu dönemdeki sosyal yaşantılar benlik saygısını etkiler. McClure ve arkadaşları, ergenlerde benlik saygısının düşük olmasında önemli iki riski aile içi stres ve akran zorbalığı olarak belirtilmiştir (223). Coopersmith ve arkadaşları çocuklarda yüksek benlik saygısının ebeveynler tarafından kısmen ya da tamamen kabul görme ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (224). Hersberger ve D'Augelli çalışmalarında bireyin cinsel yöneliminin ebeveynler tarafından kabul edilmesinin ya da reddedilmesinin ruhsal sağlığı etkilediğini, kişinin kendine bakışını, diğerlerini algılayışını ve diğer insanlarla ilişkilerini etkilediğini bulmuşlardır (225). Özellikle çocuk ebeveynleri tarafından onaylanmadığında ve benlik- davranış arasında uyuşmazlık bulunduğunda kişi kendini kötü, utanç içinde ve sevilmez olarak algılamaktadır (226,227). LGB bireyler aileleri ve akranları tarafından kabul görmediğinde ve ayrımcılığa uğradığında psikolojik stresleri artmakta, benlik saygıları olumsuz etkilenmektedir.

Ergenlik döneminde aile tarafından kabul görme ve bağlılık hissinin yerini ileriki dönemde toplum tarafından kabul görme, bağlılık hissi ve sosyal destek almakta, bu da benlik saygısını etkilemektedir. Detrie ve arkadaşları çalışmalarında sosyal bağlılık ve sosyal destek arttıkça benlik saygısının arttığını belirtmişlerdir (228).

Corning ve arkadaşları 2002'de yaptıkları bir çalışmada benlik saygısı ile depresyon, anksiyete arasında ters ilişki olduğunu, düşük benlik saygısı olan bireylerin maruz kaldıkları ayrımcılık ile daha fazla psikolojik stres yaşadığını vurgulamışlardır (229).

Yapılan araştırmalara göre ayrımcılığın hedefinde olan azınlık gruplarda benlik saygısı ve psikolojik iyilik hali düşük bulunmuştur (3,230).

Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak deneyimlenen ayrımcılık ve benlik saygısı arasında ters ilişki bulunmuş, deneyimlenen ayrımcılık arttıkça benlik saygısının düştüğü gözlenmiştir.

5.5. İÇSELLEŞTIRILMIŞ HOMOFOBI VE SOSYAL ANKSIYETE VE BENLIK SAYGISI

İçselleştirilmiş homofobi, eşcinsel ve biseksüellerin bireylerin toplumun eşcinselliğe yönelik olumsuz yargı ve tutumlarını, homofobi ve heteroseksizmi içselleştirilmesi ve kendine yöneltmesi olarak tanımlanmaktadır (50). Bir çeşit kendini damgalama biçimi olan içselleştirilmiş homofobi diğer insanların gözünden azınlık gruba verilen negatif değerlendirmenin içselleştirilmesi olduğu için cinsel azınlık olan bireyde psikolojik stres yaratmakta, depresyon, anksiyete, alkol madde kullanımı, intihar düşüncesi, yeme bozukluğu, HIV bulaşı için riskli davranışlar gibi pek çok ruhsal sağlık sorununa yol açmaktadır (35,38,151,219,231).

Azınlık stres modeline göre Meyer, erken dönem ayrımcılık deneyimlerinin, toplum içinde sürekli maruz kalınan eşcinsel karşıtı tavırların içselleştirilmiş homofobiye yol açtığını, böylece cinsel yönelimini kabul etmeme, utanç duyma, kendini aşağılama sonuçlarına neden olduğunu belirtmiştir (37).

Puckett ve arkadaşları yaptıkları çalışmada cinsel yönelim bakımından azınlık bireylerde aile tarafından reddedilmenin içselleştirilmiş homofobiyi arttırdığını, sosyal desteği azalttığını ve intihar düşünceleri, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sağlık sorunlarının arttığını bulmuşlardır (232). Benzer şekilde Calvo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yüksek kaçıngan ve kaygılı bağlanma ve algılanan düşük sosyal desteğin yüksek içselleştirilmiş homofobi düzeyleri ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (233).

Pachankis ve arkadaşları 2008'de yaptıkları çalışma ile cinsel yönelimin ebeveyn tarafından kabul edilmemesinin, erken dönem ayrımcılık deneyimlerinin ve içselleştirilmiş homofobinin reddedilme duyarlılığı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (203).

İçselleştirilmiş homofobi aynı zamanda cinsel azınlık grubun diğer üyelerine bakışı da negatif yönde etkilemekte, onlardan izole olmaya neden olmakta, sosyal izolasyonu arttırmakta, açılma sürecini olumsuz etkilemekte, düşük kendini kabul ve düşük benlik saygısına neden olmaktadır (38).

Yapılan çalışmalarda içselleştirilmiş homofobi eşcinsel kimliğini kabul etmeme, cinsel yöneliminden dolayı suçluluk duyma ve düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur (50,234).

Berg ve arkadaşlarının yaptığı bir review çalışmasına göre içselleştirilmiş homofobi yakın arkadaşlık ilişkisi ve sosyal destek ile negatif ilişkilidir ve düzeyi arttıkça depresyon, utanç, suçluluk artmakta, düşük benlik saygısı gelişmektedir (235).

Literatürde içselleştirilmiş homofobi ile sosyal anksiyete arasındaki ilişkiyi doğrudan araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. İçselleştirilmiş homofobi düzeyinin yüksek olmasının psikolojik stresi, anksiyete ve depresyonu arttırdığı, kendiliğe verilen değeri düşürdüğü, reddedilme duyarlılığı ile ilişkili olduğu göz önüne alındığında sosyal ilişkilerde kaygı yaratması ve sosyal anksiyeteyle pozitif ilişki içinde olması beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda hipotezimizle ve ilgili yazınla uyumlu olarak içselleştirilmiş homofobi düzeyi arttıkça sosyal anksiyete düzeyinin arttığı ve benlik saygısında azalma olduğu bulunmuştur.

5.6. DENEYİMLENEN AYRIMCILIK, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ VE YAŞAM KALİTESİ

Çalışmamızda deneyimlenen ayrımcılık ile yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler ve çevre alt bileşenleri arasında negatif ilişki bulunmuştur. Bu alt ölçekler, sosyal destekle ve sağlık hizmeti, iş yaşamı, barınma, ulaşım, güvenlik gibi ayrımcılığın görülebildiği alanlardaki yaşam memnuniyetiyle ilgili sorular içermektedir. Bu alanlarda ayrımcılık deneyimlerinin artması yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin ayrımcılık deneyimleri arttıkça azaldığı ve sosyal destek ve cinsel kimlikten memnun olma ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (236). Yapılan birçok araştırmada deneyimlenen ayrımcılık arttıkça psikolojik stres artmakta, ruhsal sağlık sorunları ortaya çıkmakta ve yaşam kalitesi azalmaktadır (3,8).

Özellikle ayrımcılık deneyimleri, sosyal bir konu olduğu için ve damgalanma, reddedilme duyarlılığı, sosyal izolasyon gibi faktörler ile sosyal ilişkileri ve çevreyi algılamayı negatif yönde etkilediği için yaşam kalitesini düşürmektedir.

Aynı şekilde çalışmamızda içselleştirilmiş homofobi ile tüm yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında negatif ilişki bulunmuştur. Bu sonuç içselleştirilmiş homofobinin damgalanmayı arttırması, kişinin çevresine bakışını negatif yönde etkilemesi ve

ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle yaşam kalitesini ve psikolojik iyilik halini azaltmasıyla açıklanabilir (37,38,231).

6. KISITLILIKLAR

Katılımcılara kartopu yöntemi ile ulaşılması, benzer sosyokültürel düzeydeki kişilere ulaşılmasına neden olmuş olabilir. İleride yapılacak çalışmalarda farklı sosyokültürel düzeyde kişilerden veri toplanması literatür açısından faydalı olacaktır. Türkiye'de cinsel yönelim açısından azınlık grupla çalışmanın kısıtlılıklarından bir tanesi de kişilerde cinsel yönelimini kabul etme ve bildirme kaygısının yüksek olabilmesi ve dolayısıyla cinsel yönelimini kimseyle paylaşmayan bireylere ulaşılamamasıdır. Kullanılan ölçeklerin hepsinin öz bildirim ölçeği olması bir başka kısıtlılık olarak sayılabilir. Katılımcıların deneyimlenen ayrımcılık düzeyini ölçmek amacıyla yurtdışındaki benzer sorular kullanılmasına rağmen Türkçede geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış bir deneyimlenen ayrımcılık ölçeği bulunmamaktadır. Klinik parametreler arasında daha iyi nedensellik ilişkisi kurulabilmesi için daha geniş örnekleme ve farklı istatistiksel yöntemlere ihtiyaç vardır.

7. SONUÇLAR

1. Çalışmamıza dahil edilen, kendini eşcinsel ya da biseksüel olarak tanımlayan katılımcıların en az bir alanda yaşam boyu cinsel yönelimleri nedeniyle ayrımcılığa maruz kaldıkları görülmüştür.
2. Katılımcılarda intihar girişimi olanların deneyimlenen ayrımcılık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
3. Deneyimlenen ayrımcılık ile içselleştirilmiş homofobi arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır.
4. Deneyimlenen ayrımcılık arttıkça sosyal anksiyete ve sosyal etkileşim kaygısının arttığı, benlik saygısının azaldığı saptanmıştır.
5. İçselleştirilmiş homofobi arttıkça sosyal anksiyete ve sosyal etkileşim kaygısının arttığı, benlik saygısının düştüğü saptanmıştır.
6. Deneyimlenen ayrımcılık arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur.
7. İçselleştirilmiş homofobi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur.
8. Cinsel yönelim açısından azınlık grupta yer alan eşcinsel ve biseksüel erkekle yapılan çalışmamızda deneyimlenen ayrımcılık ve içselleştirilmiş homofobi ile sosyal anksiyete düzeyi, benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Genel olarak cinsel yönelim temelli deneyimlenen ayrımcılık ve içselleştirilmiş homofobinin eşcinsel ve biseksüel erkeklerde ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Çalışmamız ruh sağlığı alanında çalışanların uygulamaları, koruyucu ruh sağlığı çalışmaları ve toplumsal stresör olan ayrımcılığı önleyen düzenlemeler için yol gösterici olacaktır.

8. KAYNAKÇA

1. Cass VC. Homosexual Identity Formation: *J Homosex*. 1979;4(3):219-235. doi:10.1300/J082v04n03_01
2. Depressive distress among homosexually active African American men and women. *American Journal of Psychiatry*. 1994;151(4):524-529. doi:10.1176/ajp.151.4.524
3. Diaz R M. The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: findings from 3 US cities. *Am J Public Health*. 2001;91(6):927-932. doi:10.2105/AJPH.91.6.927
4. Mays VM, Cochran SD. Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *Am J Public Health*. 2001;91(11):1869-1876. doi:10.2105/AJPH.91.11.1869
5. Gilman S E. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health*. 2001;91(6):933-939. doi:10.2105/AJPH.91.6.933
6. Herrell R, Goldberg J, True WR, et al. Sexual Orientation and Suicidality. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(10):867. doi:10.1001/archpsyc.56.10.867
7. Rotheram-Borus MJ, Hunter J, Rosario M. Suicidal Behavior and Gay-Related Stress among Gay and Bisexual Male Adolescents. *J Adolesc Res*. 1994;9(4):498-508. doi: 10.1177/074355489494007
8. Cochran SD, Mays VM. Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay, and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey. *J Abnorm Psychol*. 2009;118(3):647-658. doi:10.1037/a0016501
9. Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL, McCabe SE. Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the United States. *Am J Public Health*. 2010;100(3):468-475. doi:10.2105/AJPH.2008.152942
10. Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, Jacomb PA, Christensen H. Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle – aged adults. *British Journal of Psychiatry*. 2002;180(5):423-427. doi:10.1192/bjp.180.5.423
11. Herek GM, Garnets LD. Sexual Orientation and Mental Health. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3(1):353-375. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510
12. Meyer IH. Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):38. doi:10.2307/2137286
13. Mayfield W. The Development of an Internalized Homonegativity Inventory for Gay Men. *J Homosex*. 2001;41(2):53-76. doi:10.1300/J082v41n02_04
14. Yalçınoğlu N, Önal AE. Eşcinsel ve biseksüel erkeklerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi ve sağlık üzerine etkileri/The internalized homophobia level of the homosexual and bisexual men

and its effect on the health. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2014;12(2):100. doi:10.20518/thsd.51979

15. Liebowitz MR. Social Phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42(7):729. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790300097013
16. Leary MR, KRM. *Social Anxiety*.; 1997.
17. Gkika S, Wittkowski A, Wells A. Social cognition and metacognition in social anxiety: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*. 2018;25(1):10-30. doi:10.1002/cpp.2127
18. Wİttchen Hu, Steın Mb, Kessler Rc. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med*. 1999;29(2):309-323. doi:10.1017/S0033291798008174
19. Pachankis JE, Goldfried MR. Social anxiety in young gay men. *J Anxiety Disord*. 2006;20(8):996-1015. doi:10.1016/j.janxdis.2006.01.001
20. Burns MN, Kamen C, Lehman KA, Beach SRH. Minority Stress and Attributions for Discriminatory Events Predict Social Anxiety in Gay Men. *Cognit Ther Res*. 2012;36(1):25-35. doi:10.1007/s10608-010-9302-6
21. Sandfort TGM, de Graaf R, Bijl R v., Schnabel P. Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(1):85. doi:10.1001/archpsyc.58.1.85
22. Safren SA, Pantalone DW. Social Anxiety and Barriers to Resilience Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents. In: *Sexual Orientation and Mental Health: Examining Identity and Development in Lesbian, Gay, and Bisexual People.* American Psychological Association; 2006:55-71. doi:10.1037/11261-003
23. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*. 2015;70(9):832-864. doi:10.1037/a0039906
24. Rathus SA, Nevid JS, Rathus LF. *Human Sexuality in a World of Diversity. Allyn & Bacon.*; 2010.
25. Winter S, Diamond M, Green J, et al. Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*. 2016;388(10042):390-400. doi:10.1016/S0140-6736(16)00683-8
26. Richards C, Bouman WP, Seal L, Barker MJ, Nieder TO, T'Sjoen G. Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*. 2016;28(1):95-102. doi:10.3109/09540261.2015.1106446
27. Demirel G. *Toplumsal Cinsiyet Mağduriyetinde Erkek Cite This Paper Related Papers*.; 2016.
28. Bartlett KT, MacKinnon CA. MacKinnon's Feminism: Power on Whose Terms? *Calif Law Rev*. 1987;75(4). doi:10.2307/3480600
29. Butler J. *Cinsiyet Belası*. Metis Yayıncılık; 2008.
30. Wishik H, Pierce C. *Sexual Orientation and Identity: Heterosexual, Lesbian, Gay, and Bisexual Journeys*.; 1995.
31. American Psychological Association. *Resolution on Gender and Sexual Orientation Diversity in Children and Adolescents in Schools*.; 2015.

32. Stinson KM, Kelly GF. Sexuality Today: The Human Perspective. *Teach Sociol*. 1989;17(1). doi:10.2307/1317939
33. Herek GM. The Context of Anti-Gay Violence. *J Interpers Violence*. 1990;5(3):316-333. doi:10.1177/088626090005003006
34. Herek GM, Gillis JR, Cogan JC. Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(6):945-951. doi:10.1037/0022-006X.67.6.945
35. Herek GM. Confronting Sexual Stigma and Prejudice: Theory and Practice. *Journal of Social Issues*. 2007;63(4):905-925. doi:10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x
36. Diplacido J. Minority Stress among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals: A Consequence of Heterosexism, Homophobia, and Stigmatization. In: *Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbians, Gay Men, and Bisexuals*. SAGE Publications, Inc.; 1998:138-159. doi:10.4135/9781452243818.n7
37. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
38. Meyer IH, Dean L. Internalized Homophobia, Intimacy, and Sexual Behavior among Gay and Bisexual Men. In: *Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbians, Gay Men, and Bisexuals*. ; 2012. doi:10.4135/9781452243818.n8
39. Hetrick ES, Martin AD. Developmental Issues and Their Resolution for Gay and Lesbian Adolescents. *J Homosex*. 1987;14(1-2):25-43. doi:10.1300/J082v14n01_03
40. D'augellı AR, Grossman AH. Disclosure of Sexual Orientation, Victimization, and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults. *J Interpers Violence*. 2001;16(10):1008-1027. doi:10.1177/088626001016010003
41. Garcia J, Vargas N, Clark JL, Magaña Álvarez M, Nelons DA, Parker RG. Social isolation and connectedness as determinants of well-being: Global evidence mapping focused on LGBTQ youth. *Glob Public Health*. 2020;15(4):497-519. doi:10.1080/17441692.2019.1682028
42. Kelleher C. Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Couns Psychol Q*. 2009;22(4):373-379. doi:10.1080/09515070903334995
43. di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths. *JAMA Pediatr*. 2018;172(12):1145. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.2731
44. Russell ST, Fish JN. Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12(1):465-487. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153

45. Kelly J, Davis C, Schlesinger C. Substance use by same sex attracted young people: Prevalence, perceptions and homophobia. *Drug Alcohol Rev*. 2015;34(4):358-365. doi:10.1111/dar.12158
46. Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Predicting Different Patterns of Sexual Identity Development Over Time Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths: A Cluster Analytic Approach. *Am J Community Psychol*. 2008;42(3-4):266-282. doi:10.1007/s10464-008-9207-7
47. Morris JF, Waldo CR, Rothblum ED. A model of predictors and outcomes of outness among lesbian and bisexual women. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2001;71(1):61-71. doi:10.1037/0002-9432.71.1.61
48. Herek G, Sims C. *Sexual Orientation and Violent Victimization: Hate Crimes and Intimate Partner Violence among Gay and Bisexual Males in the United States. In: Unequal 75 Opportunity: Health Disparities Affecting Gay and Bisexual Men in the United States.* Oxford Univercity Press; 2008.
49. Keating L, Muller RT. LGBTQ+ based discrimination is associated with ptsd symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced Trauma. *Journal of Trauma and Dissociation*. 2020;21(1):124-141. doi:10.1080/15299732.2019.1675222
50. Herek GM, Cogan JC, Gillis JR, Glunt EK. *Correlates of Internalized Homophobia in a Community Sample of Lesbians and Gay Men*. Vol 2.; 1997.
51. Lewis RJ, Derlega VJ, Griffin JL, Krowinski AC. Stressors for Gay Men and Lesbians: Life Stress, Gay-Related Stress, Stigma Consciousness, and Depressive Symptoms. *J Soc Clin Psychol*. 2003;22(6):716-729. doi:10.1521/jscp.22.6.716.22932
52. Cole SW. Social Threat, Personal Identity, and Physical Health in Closeted Gay Men. In: *Sexual Orientation and Mental Health: Examining Identity and Development in Lesbian, Gay, and Bisexual People.* American Psychological Association; 2006:245-267. doi:10.1037/11261-012
53. Weinberg G. *Society and The Healty Homosexual*.; 1972.
54. Szymanski DM, Chung YB. Feminist Attitudes and Coping Resources as Correlates of Lesbian Internalized Heterosexism. *Fem Psychol*. 2003;13(3):369-389. doi:10.1177/0959353503013003008
55. Herek GM, Garnets LD. Sexual Orientation and Mental Health. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3(1):353-375. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510
56. Uygur SS, Sarı D, Uz Baş A. Kültüre Duyarlı Psikolojik Danışma Bağlamında Mikrosaldırganlık: Ayrımcılığın Örtük Hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2018;8:143-189.
57. Torres L, Driscoll MW, Burrow AL. Racial Microaggressions and Psychological Functioning Among Highly Achieving African-Americans: A Mixed-Methods Approach. *J Soc Clin Psychol*. 2010;29(10):1074-1099. doi:10.1521/jscp.2010.29.10.1074

58. Berg RC, Munthe-Kaas HM, Ross MW. Internalized Homonegativity: A Systematic Mapping Review of Empirical Research. *J Homosex*. 2016;63(4):541-558. doi:10.1080/00918369.2015.1083788
59. Hanley D. *Impact of Internalized Homophobia and Coming out on Relationship Satisfaction in Gay and Lesbian Couples*. 2020.
60. Moody RL, Starks TJ, Grov C, Parsons JT. Internalized Homophobia and Drug Use in a National Cohort of Gay and Bisexual Men: Examining Depression, Sexual Anxiety, and Gay Community Attachment as Mediating Factors. *Arch Sex Behav*. 2018;47(4):1133-1144. doi:10.1007/s10508-017-1009-2
61. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press; 1965.
62. Akbay SE, Gündüz B. The Role of Self-Esteem in Adolescents' Perception of Parents and Social Anxiety Levels. *International Journal of Progressive Education*. 2020;16(2):195-204. doi:10.29329/ijpe.2020.241.13
63. Walker LS, Greene JW. The social context of adolescent self-esteem. *J Youth Adolesc*. 1986;15(4):315-322. doi:10.1007/BF02145728
64. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C, Rosenberg F. Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *Am Sociol Rev*. 1995;60(1):141. doi:10.2307/2096350
65. Cevher FN, Buluş M. Benlik kavramı ve benlik saygısı: önemi ve geliştirilmesi. *Akademik Dizayn Dergisi*. Published online 2007:52-64.
66. McClure AC, Tanski SE, Kingsbury J, Gerrard M, Sargent JD. Characteristics Associated With Low Self-Esteem Among US Adolescents. *Acad Pediatr*. 2010;10(4):238-244.e2. doi:10.1016/j.acap.2010.03.007
67. Orth U, Robins RW, Widaman KF. Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 2012;102(6):1271-1288. doi:10.1037/a0025558
68. Marchand A, Goupil G, Trudel G, Bélanger L. Fear and Social Self-esteem in Individuals Suffering from Panic Disorder with Agoraphobia. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. 1995;24(4):163-170. doi:10.1080/16506079509455998
69. Nisbet Wallis DA. Depression, Anxiety and Self-esteem: A Clinical Field Study. *Behaviour Change*. 2002;19(2):112-120. doi:10.1375/bech.19.2.112
70. Ehntholt KA, Salkovskis PM, Rimes KA. Obsessive–compulsive disorder, anxiety disorders, and self-esteem: an exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37(8):771-781. doi:10.1016/S0005-7967(98)00177-6
71. SAVİ ÇAKAR F. The Effect of Automatic Thoughts on Hopelessness: Role of Self-esteem as a Mediator. *Educational Sciences: Theory & Practice*. Published online May 7, 2014. doi:10.12738/estp.2014.5.2132
72. Akdemir D, Zeki A, nal D, Kara M, Cetin F. Identity status and self-esteem in adolescents with non-suicidal self-injurious behavior. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2013;14(1):69. doi:10.5455/apd.35961

73. Creemers DHM, Scholte RHJ, Engels RCME, Prinstein MJ, Wiers RW. Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012;43(1):638-646. doi:10.1016/j.jbtep.2011.09.006
74. de Jong PJ. Implicit self-esteem and social anxiety: differential self-favouring effects in high and low anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*. 2002;40(5):501-508. doi:10.1016/S0005-7967(01)00022-5
75. Rasmussen MK, Pidgeon AM. The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety Stress Coping*. 2011;24(2):227-233. doi: 10.1080/10615806.2010.515681
76. Kocovski NL, Endler NS. Social anxiety, self-regulation, and fear of negative evaluation. *Eur J Pers*. 2000;14(4):347-358. doi:10.1002/1099-0984(200007/08)14:4<347::AID-PER381>3.0.CO;2-7
77. Zeigler-Hill V. The Connections Between Self-Esteem and Psychopathology. *J Contemp Psychother*. 2011;41(3):157-164. doi:10.1007/s10879-010-9167-8
78. Dovidio JF, Glick P, Rudman LA. Introduction: Reflecting onThe Nature of Prejudice: Fifty Years after Allport. In: *On the Nature of Prejudice*. Blackwell Publishing Ltd; :1-15. doi:10.1002/9780470773963.ch1
79. Gaines SO, Reed ES. Prejudice: From Allport to DuBois. *American Psychologist*. 1995;50(2):96-103. doi:10.1037/0003-066X.50.2.96
80. Crocker J. Social Stigma and Self-Esteem: Situational Construction of Self-Worth. *J Exp Soc Psychol*. 1999;35(1). doi:10.1006/jesp.1998.1369
81. Crocker J, Major B. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychol Rev*. 1989;96(4):608-630. doi:10.1037/0033-295X.96.4.608
82. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM- 5), Tanı Ölçütleri El Kitabından, Çev.Yay.Yön Köroğlu E,.*; 2014.
83. Işık E, Taner Y. *Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*. Golden Print; 2006.
84. Liebowitz MR. Social Phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42(7):729. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790300097013
85. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. Published online 2000:3-21.
86. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, ??st??n TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):359-364. doi:10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c
87. Magee WJ. Agoraphobia, Simple Phobia, and Social Phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(2):159. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830020077009
88. Kılıç C. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor.* (Erol N KCUMKMŞZ, ed.). Aydoğdu Ofset,TC Sağlık Bakanlığı; 1997.
89. İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. *İzgiç ve Ark. 207 Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobi Yaygınlığı The Prevalence of Social Phobia in University Student Population*. Vol 1.; 2000.

90. Schneier FR. Social Phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(4):282. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820040034004

91. Lampe L, Slade T, Issakıdıs C, Andrews G. Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB). *Psychol Med*. 2003;33(4):637-646. doi:10.1017/S0033291703007621

92. Adolphs R. Neural systems for recognizing emotion. *Curr Opin Neurobiol*. 2002;12(2):169-177. doi:10.1016/S0959-4388(02)00301-X

93. Goldin PR, Manber T, Hakimi S, Canli T, Gross JJ. Neural Bases of Social Anxiety Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(2):170. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.525

94. Tillfors M, Furmark T, Marteinsdottir I, Fredrikson M. Cerebral blood flow during anticipation of public speaking in social phobia: a PET study. *Biol Psychiatry*. 2002;52(11):1113-1119. doi:10.1016/S0006-3223(02)01396-3

95. Cervenka S, Hedman E, Ikoma Y, et al. Changes in dopamine D2-receptor binding are associated to symptom reduction after psychotherapy in social anxiety disorder. *Transl Psychiatry*. 2012;2(5):e120-e120. doi:10.1038/tp.2012.40

96. Lira Yoon K, Fitzgerald DA, Angstadt M, McCarron RA, Phan KL. Amygdala reactivity to emotional faces at high and low intensity in generalized social phobia: A 4-Tesla functional MRI study. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2007;154(1):93-98. doi:10.1016/ j.pscychresns.2006.05.004

97. Furmark T. Neurobiological aspects of social anxiety disorder. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 2009;46(1).

98. Marazziti D, Abelli M, Baroni S, Carpita B, Piccinni A, Dell'Osso L. Recent findings on the pathophysiology of social anxiety disorder. *Clin Neuropsychiatry*. 2014;11(2).

99. Goldin PR, Ziv M, Jazaieri H, Weeks J, Heimberg RG, Gross JJ. Impact of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural bases of emotional reactivity to and regulation of social evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. 2014;62. doi:10.1016/j.brat.2014.08.005

100. VALENTINO RJ, FOOTE SL, PAGE ME. The Locus Coeruleus as a Site for Integrating Corticotropin-Releasing Factor and Noradrenergic Mediation of Stress Responses. *Ann N Y Acad Sci*. 1993;697(1 Corticotropin):173-188. doi:10.1111/j.1749-6632.1993.tb49931.x

101. Graeff FG, Guimarães FS, de Andrade TGCS, Deakin JFW. Role of 5-HT in stress, anxiety, and depression. In: *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. Vol 54. ; 1996. doi:10.1016/0091-3057(95)02135-3

102. Stein MB, Goldin PR, Sareen J, Zorrilla LTE, Brown GG. Increased amygdala activation to angry and contemptuous faces in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(11).

103. Amir N, Klumpp H, Elias J, Bedwell JS, Yanasak N, Miller LS. Increased activation of the anterior cingulate cortex during processing of disgust faces in individuals with social phobia. *Biol Psychiatry*. 2005;57(9). doi:10.1016/j.biopsych.2005.01.044

104. Hariri AR, Holmes A. Genetics of emotional regulation: the role of the serotonin transporter in neural function. *Trends Cogn Sci*. 2006;10(4). doi:10.1016/j.tics.2006.02.011
105. Blair K, Geraci M, Devido J, et al. Neural response to self- and other referential praise and criticism in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(10). doi:10.1001/archpsyc.65.10.1176
106. Hoge EA, Pollack MH, Kaufman RE, Zak PJ, Simon NM. Oxytocin levels in social anxiety disorder. *CNS Neurosci Ther*. 2008;14(3). doi:10.1111/j.1755-5949.2008.00051.x
107. Hollander E, Bartz J, Chaplin W, et al. Oxytocin Increases Retention of Social Cognition in Autism. *Biol Psychiatry*. 2007;61(4). doi:10.1016/j.biopsych.2006.05.030
108. Hall SS, Lightbody AA, McCarthy BE, Parker KJ, Reiss AL. Effects of intranasal oxytocin on social anxiety in males with fragile X syndrome. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(4). doi:10.1016/j.psyneuen.2011.07.020
109. Stevens FL, Wiesman O, Feldman R, Hurley RA, Taber KH. Oxytocin and behavior: Evidence for effects in the brain. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2013;25(2). doi:10.1176/appi.neuropsych.13030061
110. Meyer-Lindenberg A, Domes G, Kirsch P, Heinrichs M. Oxytocin and vasopressin in the human brain: Social neuropeptides for translational medicine. *Nat Rev Neurosci*. 2011;12(9). doi:10.1038/nrn3044
111. Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc EA, Hirshfeld DR, Faraone S v., Kagan J. Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood-onset anxiety in inhibited children. *American Journal of Psychiatry*. 1992;149(4). doi:10.1176/ajp.149.4.475
112. Robinson JAL, Kagan J, Reznick JS, Corley R. The Heritability of Inhibited and Uninhibited Behavior: A Twin Study. *Dev Psychol*. 1992;28(6). doi:10.1037/0012-1649.28.6.1030
113. Gabbard GO. Psychodynamics of panic disorder and social phobia. In: *Bulletin of the Menninger Clinic*. Vol 56. ; 1992.
114. Türkçapar MH. Sosyal Fobinin Psikolojik Kuramı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 1999;2.
115. Tongue L. A psychodynamic perspective. In: *101 Coaching Supervision Techniques, Approaches, Enquiries and Experiments*. ; 2020. doi:10.4324/9781003038061-6
116. Mineka S, Zinbarg R. Conditioning and ethological models of social phobia. In: *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. ; 1995.
117. Leary MR, Kowalski RM. The self-presentation model of social phobia. In: *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. ; 1995.
118. Brown EJ, Heimberg RG, Juster HR. Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behav Ther*. 1995;26(3). doi:10.1016/S0005-7894(05)80095-4
119. McEwan KL, Devins GM. Is increased arousal in social anxiety noticed by others? *J Abnorm Psychol*. 1983;92(4). doi:10.1037/0021-843X.92.4.417
120. Clark D, Well A. *A Cognitive Model of Social Phobia. Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment.* The Guilford Press,.; 1995.

121. Wells A. The maintenance and treatment of social phobia: A cognitive approach. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2001;38(8).
122. Lecrubier Y. Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management. *J Clin Psychiatry*. Published online 1998.
123. van Ameringen M, Mancini C, Styan G, Donison D. Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *J Affect Disord*. 1991;21(2):93-99. doi:10.1016/0165-0327(91)90055-W
124. Dilsaver SC, Qamar AB, del Medico VJ. Secondary social phobia in patients with major depression. *Psychiatry Res*. 1992;44(1):33-40. doi:10.1016/0165-1781(92)90067-D
125. Stein MB, Chavira DA. Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *J Affect Disord*. 1998;50:S11-S16. doi:10.1016/S0165-0327(98)00092-5
126. Güz H, Dilbaz N. "Sosyal kaygı bozukluğu ile panik bozukluğu olgularının demografik ve bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması." *Klinik psikiyatri* 6 (2003): 32-38.
127. Dilbaz N, Güz H. *Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi; Anksiyete Bozuklukları;* Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006.
128. Solmaz D, Gökalp PG, Babaoğlu AN. Sosyal Fobide Klinik Özellikler ve Eştanı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. Published online 1999.
129. Gültekin BK, Dereboy IF. The prevalence of social phobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(3).
130. Wittchen HU, Beloch E. The impact of social phobia on quality of life. In: *International Clinical Psychopharmacology*. Vol 11. ; 1996. doi:10.1097/00004850-199606003-00004
131. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, et al. Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994;55(8).
132. Simon NM, Worthington JJ, Moshier SJ, et al. Duloxetine for the treatment of generalized social anxiety disorder: A preliminary randomized trial of increased dose to optimize response. *CNS Spectr*. 2010;15(7). doi:10.1017/S1092852900000365
133. van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Simpson W. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: An update. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 2009;46(1).
134. Versiani M, Nardi AE, Mundim FD, Alves AB, Liebowitz MR, Amrein R. Pharmacotherapy of social phobia. A controlled study with moclobemide and phenelzine. *British Journal of Psychiatry*. 1992;161(SEPT.). doi:10.1192/bjp.161.3.353
135. Ganasen KA, Stein DJ. Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Curr Top Behav Neurosci*. 2010;2. doi:10.1007/7854_2009_1
136. Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(7):883-908. doi:10.1016/j.cpr.2004.07.007
137. Gençöz T, Yüksel M. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Internalized Homophobia Scale. *Arch Sex Behav*. 2006;35(5):597-602. doi:10.1007/s10508-006-9063-1
138. Leary MR. Social Anxiousness: The Construct and Its Measurement. *J Pers Assess*. 1983;47(1):66-75. doi:10.1207/s15327752jpa4701_8

139. Sübaşı G. Etkileşim kaygısı ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2003;2(19):35-40.
140. Dilbaz N. Liebowitz sosyal kaygı ölçeği geçerlik ve güvenilirliği. 37. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*. Published online 2001.
141. Soykan Ç, Özgüven HD, Gençöz T. Liebowitz Social Anxiety Scale: The Turkish Version. *Psychol Rep*. 2003;93(3_suppl):1059-1069. doi:10.2466/pr0.2003.93.3f.1059
142. Mennin DS, Fresco DM, Heimberg RG, Schneier FR, Davies SO, Liebowitz MR. Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *J Anxiety Disord*. 2002;16(6):661-673. doi:10.1016/S0887-6185(02)00134-2
143. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-1585. doi:10.1016/S0277-9536(98)00009-4
144. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi. WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref. *3P dergisi*. 1999;7:5-13.
145. Ögel K, Koç C, Görücü S. Study on development, validity and reliability of a risk-screening questionnaire for alcohol and drug use. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2017;27(2):164-172. doi:10.1080/24750573.2017.1326744
146. Yalçınoğlu N, Önal AE. Eşcinsel ve biseksüel erkeklerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi ve sağlık üzerine etkileri/The internalized homophobia level of the homosexual and bisexual men and its effect on the health. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2014;12(2):100. doi:10.20518/thsd.51979
147. Stall R, Paul JP, Greenwood G, et al. Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *Addiction*. 2001;96(11):1589-1601. doi:10.1046/j.1360-0443.2001.961115896.x
148. Marshal MP, Friedman MS, Stall R, et al. Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*. 2008;103(4):546-556. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x
149. Hatzenbuehler ML, Corbin WR, Fromme K. Trajectories and determinants of alcohol use among LGB young adults and their heterosexual peers: Results from a prospective study. *Dev Psychol*. 2008;44(1):81-90. doi:10.1037/0012-1649.44.1.81
150. Gilman SE, Cochran SD, Mays VM, Hughes M, Ostrow D, Kessler RC. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health*. 2001;91(6):933-939. doi:10.2105/AJPH.91.6.933
151. Newcomb ME, Mustanski B. Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(8):1019-1029. doi:10.1016/j.cpr.2010.07.003
152. Sandfort TGM, de Graaf R, Bijl R v., Schnabel P. Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(1):85. doi:10.1001/archpsyc.58.1.85

153. Scourfield J, Roen K, McDermott L. Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress: resilience, ambivalence and self-destructive behaviour. *Health Soc Care Community*. 2008;16(3):329-336. doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00769.x
154. King M, Semlyen J, Tai SS, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008;8(1):70. doi:10.1186/1471-244X-8-70
155. Balsam KF, Mohr JJ. Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *J Couns Psychol*. 2007;54(3):306-319. doi:10.1037/0022-0167.54.3.306
156. Weiss JT. GL vs. BT. *J Bisex*. 2003;3(3-4):25-55. doi:10.1300/J159v03n03_02
157. Brewster ME, Moradi B, DeBlaere C, Velez BL. Navigating the borderlands: The roles of minority stressors, bicultural self-efficacy, and cognitive flexibility in the mental health of bisexual individuals. *J Couns Psychol*. 2013;60(4):543-556. doi:10.1037/a0033224
158. Wadsworth LP, Hayes-Skelton SA. Differences among lesbian, gay, bisexual, and heterosexual individuals and those who reported an other identity on an open-ended response on levels of social anxiety. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2015;2(2):181-187. doi:10.1037/sgd0000092
159. Guillon MS, Crocq MA, Bailey PE. The relationship between self-esteem and psychiatric disorders in adolescents. *European Psychiatry*. 2003;18(2):59-62. doi:10.1016/S0924-9338(03)00002-6
160. Silverstone PH. Low self-esteem in different psychiatric conditions. *British Journal of Clinical Psychology*. 1991;30(2):185-188. doi:10.1111/j.2044-8260.1991.tb00936.x
161. Silverstone PH, Salsali M. Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Ann Gen Hosp Psychiatry*. 2003;2(1):2. doi:10.1186/1475-2832-2-2
162. Ingham JG, Kreitman NB, Miller PMcC, Sashidharan SP, Surtees PG. Self-Esteem, Vulnerability and Psychiatric Disorder in the Community. *British Journal of Psychiatry*. 1986;148(4):375-385. doi:10.1192/bjp.148.4.375
163. Miller PMcC, Kreitman NB, Ingham JG, Sashidharan SP. Self-esteem, life stress and psychiatric disorder. *J Affect Disord*. 1989;17(1):65-75. doi:10.1016/0165-0327(89)90025-6
164. Stadelmann S, Grunewald M, Gibbels C, et al. Self-Esteem of 8–14-Year-Old Children with Psychiatric Disorders: Disorder- and Gender-Specific Effects. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017;48(1):40-52. doi:10.1007/s10578-016-0651-6
165. Leary MR, MacDonald G. Individual differences in self-esteem: A review and theoretical integration. In: Leary MR, Tangney JP, eds. *Handbook of Self and Identity*. The Guilford Press.; 2003:401-418.
166. Overholser JC, Adams DM, Lehnert KL, Brınkman DC. Self-Esteem Deficits and Suicidal Tendencies among Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(7):919-928. doi:10.1097/00004583-199507000-00016

167. van Damme L, Colins OF, Vanderplasschen W. Gender differences in psychiatric disorders and clusters of self-esteem among detained adolescents. *Psychiatry Res*. 2014;220(3):991-997. doi:10.1016/j.psychres.2014.10.012

168. Pauli D, Aebi M, Winkler Metzke C, Steinhausen HC. Motivation to change, coping, and self-esteem in adolescent anorexia nervosa: a validation study of the Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ). *J Eat Disord*. 2017;5(1):11. doi:10.1186/s40337-016-0125-z

169. Khanam SJ, Rizwan M, Bilal K. Khanam, S. J., Rizwan, M., & Bilal, K. (2008). Self esteem and psychopathological symptomatology: A correlational study. Pakistan Journal of Clinical Psychology, 7(1), 43-54. *Pakistan Journal of Clinical Psychology*. Published online 2008.

170. Irwin JA, Coleman JD, Fisher CM, Marasco VM. Correlates of Suicide Ideation Among LGBT Nebraskans. *J Homosex*. 2014;61(8):1172-1191. doi:10.1080/00918369.2014.872521

171. Ahuja A. LGBT adolescents in America: Depression, discrimination and suicide. *European Psychiatry*. 2016;33(S1):S70-S70. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.01.981

172. Haas AP, Eliason M, Mays VM, et al. Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *J Homosex*. 2010;58(1):10-51. doi:10.1080/00918369.2011.534038

173. Figueiredo AR, Abreu T. Suicide Among Lgbt Individuals. *European Psychiatry*. 2015;30:1815. doi:10.1016/S0924-9338(15)31398-5

174. de Lange J, Baams L, van Bergen DD, Bos HMW, Bosker RJ. Minority Stress and Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among LGBT Adolescents and Young Adults: A Meta-Analysis. *LGBT Health*. 2022;9(4):222-237. doi:10.1089/lgbt.2021.0106

175. Sánchez FJ, Greenberg ST, Liu WM, Vilain E. Reported effects of masculine ideals on gay men. *Psychol Men Masc*. 2009;10(1):73-87. doi:10.1037/a0013513

176. Bailey JM, Kim PY, Hills A, Linsenmeier JAW. Butch, femme, or straight acting? Partner preferences of gay men and lesbians. *J Pers Soc Psychol*. 1997;73(5):960-973. doi:10.1037/0022-3514.73.5.960

177. Phua VC, Hopper J, Vazquez O. Men's concerns with sex and health in personal advertisements. *Cult Health Sex*. 2002;4(3):355-363. doi:10.1080/13691050110105755

178. Good GE, Heppner PP, DeBord KA, Fischer AR. Understanding Men's Psychological Distress: Contributions of Problem-Solving Appraisal and Masculine Role Conflict. *Psychol Men Masc*. 2004;5(2):168-177. doi:10.1037/1524-9220.5.2.168

179. Liu WM, Rochlen A, Mohr JJ. Real and Ideal Gender-Role Conflict: Exploring Psychological Distress Among Men. *Psychol Men Masc*. 2005;6(2):137-148. doi:10.1037/1524-9220.6.2.137

180. Sharpe MJ, Heppner PP. Gender role, gender-role conflict, and psychological well-being in men. *J Couns Psychol*. 1991;38(3):323-330. doi:10.1037/0022-0167.38.3.323

181. Simonsen G, Blazina C, Watkins CE. Gender role conflict and psychological well-being among gay men. *J Couns Psychol*. 2000;47(1):85-89. doi:10.1037/0022-0167.47.1.85

182. Skidmore WC, Linsenmeier JAW, Bailey JM. Gender Nonconformity and Psychological Distress in Lesbians and Gay Men. *Arch Sex Behav*. 2006;35(6):685-697. doi:10.1007/s10508-006-9108-5

183. Frone MR. Interpersonal conflict at work and psychological outcomes: Testing a model among young workers. *J Occup Health Psychol*. 2000;5(2):246-255. doi:10.1037/1076-8998.5.2.246

184. Greenberg J, Solomon S, Pyszczynski T, et al. Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *J Pers Soc Psychol*. 1992;63(6):913-922. doi:10.1037/0022-3514.63.6.913

185. Kernis MH, Grannemann BD, Mathis LC. Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(1):80-84. doi:10.1037/0022-3514.61.1.80

186. Safren SA, Heimberg RG. Depression, hopelessness, suicidality, and related factors in sexual minority and heterosexual adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(6):859-866. doi:10.1037/0022-006X.67.6.859

187. Baams L, Grossman AH, Russell ST. Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth. *Dev Psychol*. 2015;51(5):688-696. doi:10.1037/a0038994

188. Szymanski DM. Heterosexism and Sexism as Correlates of Psychological Distress in Lesbians. *Journal of Counseling & Development*. 2005;83(3):355-360. doi:10.1002/j.1556-6678.2005.tb00355.x

189. Balsam KF, Beauchaine TP, Mickey RM, Rothblum ED. Mental Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Heterosexual Siblings: Effects of Gender, Sexual Orientation, and Family. *J Abnorm Psychol*. 2005;114(3):471-476. doi:10.1037/0021-843X.114.3.471

190. Corliss HL, Cochran SD, Mays VM. Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child Abuse Negl*. 2002;26(11):1165-1178. doi:10.1016/S0145-2134(02)00385-X

191. Relf M v. Childhood Sexual Abuse in Men Who Have Sex With Men: The Current State of the Science. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2001;12(5):20-29. doi:10.1016/S1055-3290(06)60260-4

192. Tomeo ME, Templer DI, Anderson S, Kotler D. Comparative Data of Childhood and Adolescence Molestation in Heterosexual and Homosexual Persons. *Arch Sex Behav*. 2001;30(5):535-541. doi:10.1023/A:1010243318426

193. Rivers I. Recollections of Bullying at School and Their Long-Term Implications for Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *Crisis*. 2004;25(4):169-175. doi:10.1027/0227-5910.25.4.169

194. Warner J, Mckeown É, Griffin M, et al. Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women. *British Journal of Psychiatry*. 2004;185(6):479-485. doi:10.1192/bjp.185.6.479

195. Casey LS, Reisner SL, Findling MG, et al. Discrimination in the United States: Experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer Americans. *Health Serv Res*. 2019;54(S2):1454-1466. doi:10.1111/1475-6773.13229
196. McConnell EA, Birkett MA, Mustanski B. Typologies of Social Support and Associations with Mental Health Outcomes Among LGBT Youth. *LGBT Health*. 2015;2(1):55-61. doi:10.1089/lgbt.2014.0051
197. Keating L, Muller RT. LGBTQ+ based discrimination is associated with ptsd symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2020;21(1):124-141. doi:10.1080/15299732.2019.1675222
198. Hart TA, Heimberg RG. Presenting problems among treatment-seeking gay, lesbian, and bisexual youth. *J Clin Psychol*. 2001;57(5):615-627. doi:10.1002/jclp.1032
199. Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL, McCabe SE. Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the United States. *Am J Public Health*. 2010;100(3):468-475. doi:10.2105/AJPH.2008.152942
200. Feinstein BA. The Rejection Sensitivity Model as a Framework for Understanding Sexual Minority Mental Health. *Arch Sex Behav*. 2020;49(7):2247-2258. doi:10.1007/s10508-019-1428-3
201. Ayduk Ö, Gyurak A. Applying the Cognitive-Affective Processing Systems Approach to Conceptualizing Rejection Sensitivity. *Soc Personal Psychol Compass*. 2008;2(5):2016-2033. doi:10.1111/j.1751-9004.2008.00143.x
202. Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *J Pers Soc Psychol*. 1996;70(6):1327-1343. doi:10.1037/0022-3514.70.6.1327
203. Pachankis JE, Goldfried MR, Ramrattan ME. Extension of the rejection sensitivity construct to the interpersonal functioning of gay men. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(2):306-317. doi:10.1037/0022-006X.76.2.306
204. Downey G, Freitas AL, Michaelis B, Khouri H. The self-fulfilling prophecy in close relationships: Rejection sensitivity and rejection by romantic partners. *J Pers Soc Psychol*. 1998;75(2):545-560. doi:10.1037/0022-3514.75.2.545
205. Goldfried MR, Sobocinski D. Effect of irrational beliefs on emotional arousal. *J Consult Clin Psychol*. 1975;43(4):504-510. doi:10.1037/h0076787
206. Gkika S, Wittkowski A, Wells A. Social cognition and metacognition in social anxiety: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*. 2018;25(1):10-30. doi:10.1002/cpp.2127
207. Morrison RL, Bellack AS. The role of social perception in social skill. *Behav Ther*. 1981;12(1):69-79. doi:10.1016/S0005-7894(81)80107-4
208. Dyar C, Feinstein BA, Eaton NR, London B. The Mediating Roles of Rejection Sensitivity and Proximal Stress in the Association Between Discrimination and Internalizing Symptoms Among Sexual Minority Women. *Arch Sex Behav*. 2018;47(1):205-218. doi:10.1007/s10508-016-0869-1

209. Feinstein BA, Davila J, Dyar C. A weekly diary study of minority stress, coping, and internalizing symptoms among gay men. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85(12):1144-1157. doi:10.1037/ccp0000236

210. Dyar C, Feinstein BA, Eaton NR, London B. Development and Initial Validation of the Sexual Minority Women Rejection Sensitivity Scale. *Psychol Women Q*. 2016;40(1):120-137. doi:10.1177/0361684315608843

211. Feinstein BA, Goldfried MR, Davila J. The relationship between experiences of discrimination and mental health among lesbians and gay men: An examination of internalized homonegativity and rejection sensitivity as potential mechanisms. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(5):917-927. doi:10.1037/a0029425

212. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Starks TJ. The influence of structural stigma and rejection sensitivity on young sexual minority men's daily tobacco and alcohol use. *Soc Sci Med*. 2014;103:67-75. doi:10.1016/j.socscimed.2013.10.005

213. Gao S, Assink M, Cipriani A, Lin K. Associations between rejection sensitivity and mental health outcomes: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2017;57:59-74. doi:10.1016/j.cpr.2017.08.007

214. Slimowicz J, Siev J, Brochu PM. Impact of status-based rejection sensitivity on depression and anxiety symptoms in gay men. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5). doi:10.3390/ijerph17051546

215. Meyer IH. Rejection Sensitivity and Minority Stress: A Challenge for Clinicians and Interventionists. *Arch Sex Behav*. 2020;49(7):2287-2289. doi:10.1007/s10508-019-01597-7

216. Cohen JM, Feinstein BA, Rodriguez-Seijas C, Taylor CB, Newman MG. Rejection sensitivity as a transdiagnostic risk factor for internalizing psychopathology among gay and bisexual men. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2016;3(3):259-264. doi:10.1037/sgd0000170

217. Diamond LM. What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychol Rev*. 2003;110(1):173-192. doi:10.1037/0033-295X.110.1.173

218. D'augellı AR, Grossman AH. Disclosure of Sexual Orientation, Victimization, and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults. *J Interpers Violence*. 2001;16(10):1008-1027. doi:10.1177/088626001016010003

219. Diplacido J. Minority Stress among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals: A Consequence of Heterosexism, Homophobia, and Stigmatization. In: *Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbians, Gay Men, and Bisexuals*. SAGE Publications, Inc.; 1998:138-159. doi:10.4135/9781452243818.n7

220. Safren SA, Pantalone DW. Social Anxiety and Barriers to Resilience Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents. In: *Sexual Orientation and Mental Health: Examining Identity and Development in Lesbian, Gay, and Bisexual People.* American Psychological Association; 2006:55-71. doi:10.1037/11261-003

221. Hart TA, Heimberg RG. Social Anxiety as a Risk Factor for Unprotected Intercourse Among Gay and Bisexual Male Youth. *AIDS Behav*. 2005;9(4):505-512. doi:10.1007/s10461-005-9021-2
222. Hart TA, James CA, Purcell DW, Farber E. Social Anxiety and HIV Transmission Risk among HIV-Seropositive Male Patients. *AIDS Patient Care STDS*. 2008;22(11):879-886. doi:10.1089/apc.2008.0085
223. McClure AC, Tanski SE, Kingsbury J, Gerrard M, Sargent JD. Characteristics Associated With Low Self-Esteem Among US Adolescents. *Acad Pediatr*. 2010;10(4):238-244.e2. doi:10.1016/j.acap.2010.03.007
224. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem . In: H Freeman and Company., ed. ; 1967.
225. Hershberger SL, D'Augelli AR. The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Dev Psychol*. 1995;31(1):65-74. doi:10.1037/0012-1649.31.1.65
226. Rohner RP. The Parental "Acceptance-Rejection Syndrome": Universal Correlates of Perceived Rejection. *American Psychologist*. 2004;59(8):830-840. doi:10.1037/0003-066X.59.8.830
227. Rosenberg KL. *The Socialization of Shame and Guilt*. George Mason University.; 1998.
228. Detrie PM, Lease SH. The Relation of Social Support, Connectedness, and Collective Self-Esteem to the Psychological Well-Being of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *J Homosex*. 2007;53(4):173-199. doi:10.1080/00918360802103449
229. Corning AF. Self-esteem as a moderator between perceived discrimination and psychological distress among women. *J Couns Psychol*. 2002;49(1):117-126. doi:10.1037/0022-0167.49.1.117
230. Swim JK, Hyers LL, Cohen LL, Ferguson MJ. Everyday Sexism: Evidence for Its Incidence, Nature, and Psychological Impact From Three Daily Diary Studies. *Journal of Social Issues*. 2001;57(1):31-53. doi:10.1111/0022-4537.00200
231. Williamson IR. Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Educ Res*. 2000;15(1):97-107. doi:10.1093/her/15.1.97
232. Puckett JA, Woodward EN, Mereish EH, Pantalone DW. Parental Rejection Following Sexual Orientation Disclosure: Impact on Internalized Homophobia, Social Support, and Mental Health. *LGBT Health*. 2015;2(3):265-269. doi:10.1089/lgbt.2013.0024
233. Calvo V, Cusinato M, Meneghet N, Miscioscia M. Perceived Social Support Mediates the Negative Impact of Insecure Attachment Orientations on Internalized Homophobia in Gay Men. *J Homosex*. 2021;68(13):2266-2284. doi:10.1080/00918369.2020.1734378
234. Ross MW, Rosser BRS. Measurement and correlates of internalized homophobia: A factor analytic study. *J Clin Psychol*. 1996;52(1):15-21. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199601)52:1<15::AID-JCLP2>3.0.CO;2-V

235. Berg RC, Munthe-Kaas HM, Ross MW. Internalized Homonegativity: A Systematic Mapping Review of Empirical Research. *J Homosex*. 2016;63(4):541-558. doi:10.1080/00918369.2015.1083788

236. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Shiu C, Goldsen J, Emlet CA. Successful Aging Among LGBT Older Adults: Physical and Mental Health-Related Quality of Life by Age Group. *Gerontologist*. 2015;55(1):154-168. doi:10.1093/geront/gnu081