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

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA REDDEDİLME DUYARLILIĞI, NARSİSTİK KIRILGANLIK, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN İŞLEVSELLİKLE İLİŞKİSİ

Dr. Pınar Kartal

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2022

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

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA REDDEDİLME DUYARLILIĞI, NARSİSTİK KIRILGANLIK, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN İŞLEVSELLİKLE İLİŞKİSİ

Dr. Pınar Kartal

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Medine Yazıcı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde profesyonel bilgisiyle bana örnek olan ve yol gösteren, hem mesleki hem insani ilişkiler konusunda bana çok şeyler katan, tez çalışmam boyunca hiçbir zaman emeğini esirgemeyen, kendisiyle çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, tez danışmanım olduğu için kendimi şanslı hissettiğim saygıdeğer hocam Prof. Dr. Medine Yazıcı'ya öncelikli teşekkürlerimi sunmak isterim.

Uzmanlık eğitimim boyunca desteğini her zaman hissettiğim hocalarım Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe'ye, Doç. Dr. Filiz İzci'ye, Prof. Dr. Rabia Bilici'ye, Doç. Dr. Hüseyin Güleç'e, Doç. Dr. Onur Durmaz'a, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e, Doç. Dr. Merih Altıntaş'a, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca hem pratik hem teorik anlamda, deneyimleri ile bana katkıda bulunan: Uzm. Dr. Mine Ergelen, Uzm. Dr. Alper Bülbül, Uzm. Dr. Batuhan Ayık, Uzm. Dr. Diğdem Göverti, Uzm. Dr. Sevilay Kunt, Uzm. Dr. Murat Yalçın ve hastanemizin diğer değerli uzman doktorlarına;

Nöroloji rotasyonum sırasında mesleki eğitimime çok değerli katkıları olan Prof. Dr. S. Füsun Mayda Domaç, Uzm. Dr. Rahşan Karacı, Uzm. Dr. Mustafa Ülker ve sevgili asistanlarına;

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Prof. Dr. Özalp Ekinci'ye, Prof Dr. Cem Gökçen'e Öğr. Gör. Dr. İbrahim Adak'a ve tedavi ekibine;

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım, asistanlığımı mutlu ve huzurlu geçirmemde katkısı olan arkadaşlarım; Uzm. Dr. Davut Genç, Uzm. Dr.Aslı Kayacan, Uzm.Dr Sena Aktaş, Uzm. Dr. Enes Özel, Uzm. Dr.Cemre Yaşöz, Dr.Ceren Cesur, Dr. Berçem Arinci Kızılay, Dr.Ömer Öz, Dr. Can İnceman, Dr. Mustafa Alp Şenel, Dr. Merve Özdoğan, Dr Samet Kurnaz, Dr. Velat Kurt, Dr. Eda Ülger, Dr. Sinem Yolcu, Dr. Ümit Yılmaz, Dr. Ecem Özer, Dr. Metin Aslan, Dr. Damla Çevli, Dr. Cengiz Gökçe, Dr.Merve Sinem Cesur, Dr Burak Yağcı olmak üzere çok kıymetli arkadaşlarıma, hastanemizin emekçi değerli hemşire ve yardımcı sağlık personeline,

Yetişmemde ve ideallerimi gerçekleştirmemde emekleri büyük olan, sevgi ve desteklerini hep yanımda hissettiğim sevgili annem Meryem Kartal, babam İsmail Kartal ve sevgili kardeşlerim Çiğdem, Harun ve İbrahim'e

En içten duygularım ve tüm samimiyetimle teşekkür ederim.

Dr. Pınar Kartal

İstanbul - 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
KISALTMALAR iv
TABLOLAR v
ÖZET vi
ABSTRACT viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1 SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU 4
2.1.1 Tanım 4
2.1.2 Tarihçe 4
2.1.3.Tanı Ölçütleri 5
Sosyal Anksiyete Bozukluğu DSM-5'e göre tanı ölçütleri: 5
Sosyal Anksiyete Bozukluğu DSM-5 tanı ölçütlerinde DSM-IV'e göre farklar:. 6
2.1.4. Epidemiyoloji 7
2.1.5. Risk Etkenleri 7
2.1.6. Eş Tanılar 8
2.1.7. Klinik Görünüm 8
2.1.8. Gidiş ve İşlevsellik 9
2.1.9. Etiyoloji 9
2.1.9.1 Nörobiyolojik Etmenler ve Görüntüleme Çalışmaları 9
2.1.9.2. Genetik ve Çevresel Faktörler 10
2.1.9.3. Psikolojik Kuram 11
2.2. NARSİSİZM 13
2.2.1. Kırılgan Narsisizm 16
2.3. REDDEDİLME DUYARLILIĞI 17
2.4. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ 19
3. GEREÇ VE YÖNTEM 21
3.1. ÖRNEKLEM 21
3.1.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri 21

3.1.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri 21
3.2. GEREÇLER 21
3.2.1. SCID-5-CV (DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen İçin) 21
3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu 22
3.2.3. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği 22
3.2.4. Kısa Form 36 (SF-36) 22
3.2.5. Kırılgan Narsisizm Ölçeği (KNÖ) 23
3.2.6. Hasta Sağlık Ölçeği- Somatik, Kaygı ve Depresif Belirtiler (PHQ-SADS) 23
3.2.7. Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği (Rejection Sensitivity Questionnaire) 23
3.2.8.Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-Kısa Formu (DDGÖ-16) 24
3.3. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM 24
4. BULGULAR 22
4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ 22
4.2 ÖLÇEK PUANLARININ ORTALAMA, MEDYAN, MİNİMUM-MAXİMUM DEĞERLERİ 23
4.4. SF-36 ÖLÇEĞİ VE LİEBOWİTZ TOTAL PUANLARI İLE BAZI SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN İLİŞKİSİ 24
4.4. DDGÖ TOTAL VE ALT ÖLÇEK PUANLARI İLE SF-36 ALT ÖLÇEK VE LİEBOWİTZ TOTAL PUANLARININ İLİŞKİSİ 27
4.5.LİEBOWİTZ ALT ÖLÇEK VE TOTAL PUANLARININ DİĞER ÖLÇEK PUANLARI İLE İLİŞKİSİ 29
4.6. SF-36 SOSYAL İŞLEVSELLİK ALT ÖLÇEK PUANININ ETKİLEYEN DEĞİŞKENLERİN HİYERARŞİK REGRESYONU 30
5. TARTIŞMA 33
6. SONUÇLAR 46
7. KAYNAKLAR 47

KISALTMALAR

SAB : Sosyal Anksiyete Bozukluğu

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD : International Classification of Diseases and Related Health Problems

SCID-5 : DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

SPSS : Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

5-HT : Seratonin

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

fMRI : Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

OKB : Obsessif kompulsif bozukluk

YAB : Yaygın anksiyete bozukluğu

DEHB : Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

SF-36 : Kısa Form-36 ölçeği

RDÖ : Reddedilme duyarlılığı ölçeği

KNÖ : Kırılgan narsisizm ölçeği

IGD : İşlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeği

DDGÖ : Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği

PHQ : Hasta Sağlık Ölçeği- Somatik, Kaygı ve Depresif Belirtiler

TABLOLAR

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Gösterilmesi 22
Tablo 2: DDGÖ, RDÖ, SF-36, KNÖ, Liebowitz, PHQ ölçeklerinin ortalama, medyan ve min-max değerleri 23
Tablo 3: Sosyal anksiyete bozukluğu başlama yaşının SF-36 ve Liebowitz total puanları ile ilişkisi.....24
Tablo 4: Cinsiyet ile SF-36 ve Liebowitz total puanlarının karşılaştırılması 25
Tablo 5: Komorbidite durumu ile SF-36 ve Liebowitz total puanlarının karşılaştırılması.....25
Tablo 6: SF-36 Alt ölçek puanları ile RDÖ, KNÖ, liebowitz total, PHQ alt ölçek puanlarının ilişkisi.....26
Tablo 7: DDGÖ total ve alt ölçek puanları ile SF-36 alt ölçek ve Liebowitz total puanlarının ilişkisi.....29
Tablo 8: Liebowitz alt ölçek ve toplam puanlarının RDÖ, KNÖ, DDGÖ total, PHQa lt ölçek puanları ile ilişkisi 30
Tablo 9: SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanının etkileyen değişkenlerin incelenmesi 32

ÖZET

Giriş ve Amaç: Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), görülme sıklığı, eş tanı oranı ve işlevsellik kaybı yüksek olan bir anksiyete bozukluğudur. Sınırlı sayıda çalışmada SAB hastalarında reddedilme duyarlılığı, duygu düzenleme güçlüğü, kırılgan narsisizm incelenmiştir. Bu çalışmada SAB hastalarında işlevselliğin reddedilme duyarlılığı, duygu düzenleme güçlüğü, kırılgan narsisizm, sosyodemografik veriler ve bazı klinik değişkenlerle ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve yöntemler: Araştırmada S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne ayaktan tedavi için başvurmuş SAB tanısı konulan 80 kişi alındı. Tüm katılımcılara DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5- CV) formu, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ), Sosyodemografik bilgi ve hastalığa ait veri formu, Hasta Sağlık Ölçeği- Somatik, Kaygı ve Depresif Belirtiler (PHQ-SADS), Kırılgan Narsisizm Ölçeği (KNÖ), Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği, Kısa Form 36 (SF-36), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16) uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda SAB tanılı hastalar arasında kadınlarda işlevsellik kaybının erkeklere göre daha fazla olduğu görüldü. PHQ-somatik, depresyon, anksiyete alt ölçek puanları ile işlevsellik arasında ters yönlü, semptom şiddetiyle aynı yönlü korelasyon bulunmaktadır. PHQ-depresyon alt ölçek puanında 1 birim artış SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanını 1,935 puan düşürmektedir p:0,010). Sosyal anksiyete bozukluğu başlama yaşı ile SF-36 alt ölçek puanları arasında istatiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Sosyal anksiyete bozukluğu başlama yaşı ile liebowitz toplam puanları arasında ters yönlü korelasyon olduğu görülmüştür (p:0,038). Reddedilme duyarlılığı genel sağlık algısı dışında SF-36 alt ölçek puanları ile ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Katılımcılarda reddedilme duyarlılığı ile semptom şiddeti arasında aynı yönlü korelasyon bulunmaktadır (p:0,021). Duygu düzenleme güçlüğü total puanı ile SF-36 fiziksel rol güçlüğü dışında, SF-36 alt ölçek puanları arasında ters yönlü korelasyon olduğu bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüğünün SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek

puanı için kurulan hiyerarşik regresyon modelinde varyansa %7 katkısı olduğu görülmüştür. Kırılgan narsisizmin SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçeği üzerindeki etkisine tek başına bakıldığında yordayıcı olduğu (p:0,03), hiyerarşik regresyona eklendiğinde istatiksel anlamını yitirdiğini, varyansa katkı sağladığı görülmüştür. Kırılgan narsisizm artıkça ve semptom şiddetinin arttığı bulunmuştur(p:0,000).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre; SAB hastalarında SF-36 sosyal işlevsellik için PHQ-depresyon alt ölçeğin yordayıcı olduğu, kırılgan narsisizm ve duygu düzenleme güçlüğünün varyansa katkı sağladığı görülmüştür. Sosyal anksiyete bozukluğu bulunan hastalarda işlevsellik kaybını etkileyen değişkenleri öğrenmenin, SAB tedavisinde, yol gösterici olacağını ve hedef alanı oluşturacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler; Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Kırılgan Narsisizm, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Reddedilme Duyarlılığı, İşlevsellik

ABSTRACT

Introduction and purpose: Social Anxiety Disorder (SAD) has a high incidence, comorbidity rate and loss of functionality. A limited number of studies have examined rejection sensitivity, difficulty in emotion regulation, and vulnerable narcissism in SAD patients. In this study, we aimed to examine the relationship of functionality with rejection sensitivity, difficulty in emotion regulation, fragile narcissism, sociodemographic data and some clinical variables in SAD patients.

Materials and methods: Eighty patients diagnosed with SAD who applied to Erenköy Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital for outpatient treatment were included. To all participants; Structured Clinical Interview for DSM 5 Disorders (SCID-5- CV) form, Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Sociodemographic information and disease data form, Patient Health Scale- Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms (PHQ-SADS), Hipersensitive Narcissism Scale (HNS), Rejection Sensitivity Scale, Short Form 36 (SF-36), Difficulty in Emotion Regulation Scale-Short Form (DDS-16) were administered.

Results: In our study, among the patients with SAD, it was observed that the loss of functionality was higher in women than in men. There is an inverse correlation between PHQ-somatic, depression, anxiety subscale scores and functionality, and a positive correlation with symptom severity. An increase of 1 unit in the PHQ-depression subscale score decreases the SF-36 social functionality subscale score by 1,935 points (p:0.010) There was no statistically significant result between the age of onset of social anxiety disorder and SF-36 subscale scores. There was an inverse correlation between the age of onset of social anxiety disorder and liebowitz total scores (p:0.038). When the relationship between rejection sensitivity and SF-36 subscale scores other than general health perception was examined, no statistically significant difference was found. There was a positive correlation between rejection sensitivity and symptom severity in the participants (p:0.021). It was found that there was an inverse correlation between the emotion regulation difficulty total score and the SF-36 subscale scores, except for the SF-36 physical

role difficulty. It was observed that difficulty in emotion regulation contributed 7% to the variance in the hierarchical regression model established for the SF-36 social functionality subscale score. It was seen that hipersensitive narcissism was a predictor of the effect on the SF-36 social functioning subscale alone (p:0.03), when it was added to the hierarchical regression, it lost its statistical meaning and contributed to the variance. There is a positive correlation between hypersensitive narcissism and symptom severity (p:0.000).

Discussion and Conclusion: According to the results obtained in our study; It was observed that the PHQ-depression subscale was a predictor of SF-36 social functioning in SAD patients, and fragile narcissism and difficulty in emotion regulation contributed to the variance. We think that learning the variables that affect the loss of functionality in patients with social anxiety disorder will guide and form the target area in the treatment of SAD.

Keywords; Social Anxiety Disorder, Hipersensitive Narcissism, Difficulty in Emotion Regulation, Rejection Sensitivity, Functionality

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB); kişinin, başkalarınca değerlendirilebileceği bir ya da birden fazla toplumsal durumda korku ya da kaygı duyması; olumsuz şekilde değerlendirilebilecek biçimde davranmaktan ya da kaygı hissettiğine dair belirtiler göstermekten korkması olarak tanımlanır. SAB tanısı için kişide bu endişe halinin söz konusu toplumsal durumlarda neredeyse her zaman ortaya çıkması gerekmektedir. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır (1).

ABD'de yapılmış olan epidemiyolojik ve topluma dayalı çalışmalarda, SAB'nin yaşam boyu görülme sıklığının %2,4-13 arasında olduğu belirtilmektedir. Bu verilere göre majör depresif bozukluk ve alkol bağımlılığından sonra sosyal anksiyete bozukluğu en sık görülen üçüncü sıradaki psikiyatrik bozukluktur (4). Belirtilerin sıklıkla süreğen seyretmesi sebebiyle büyük oranda kronikleşen bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (14).

Sosyal anksiyete bozukluğu sıklıkla komorbidite ile birliktedir ve komorbidite ile birlikte bulunduğu durumlarda daha fazla yeti yitimi saptanmıştır (11). Komorbid bir hastalık olmasa bile sosyal anksiyete bozukluğu bulunan hastalarda günlük etkinliklerde belirgin zorlanma, intihar düşüncesinde artış, maddi sorunlar, iş ve okul performansında azalma, sosyal ilişkilerinde bozulma olduğu, bu hastaların daha fazla ilaç tükettiği ve daha sık doktora başvurdukları gösterilmiştir (14,15). SAB hastalarının %75-80'inde hayatlarının bir döneminde başka önemli ruhsal rahatsızlık görülmesi, hastalığın sıklığı, yeti yitiminin fazlalığı rahatsızlığın önemini ortaya koymaktadır (140). Literatürde reddedilme duyarlılığı ve sosyal anksiyete bozukluğu ilişkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma olup, diğerleri tarafından kabul edilme ve ait olma ihtiyaçlarına yönelik insanların korkuları ya onların ilişkilerinin bitmesine ya da iyi oluşlarını sağlayacak şekilde davranmalarına neden olabilmektedir. Önemli diğerlerinden kabul beklentisinde olan kişilere göre, reddedilme beklentili kişiler ilişkilerinde daha saldırganca ve düşmanca eğilimler göstermektedirler. İlişkilerinde daha problemli ve hoşnutsuzdurlar ve bu sebeple kısa bir zaman içerisinde yalnızlığa, sosyal kaygıya ve reddedilme sonrası depresyona girmeye eğilim gösterirler (76). Başkaları tarafından tanınmayı isteyen kırılgan narsistler, bu arzuları yerine

getiremeyen durumlardan kaçınma eğilimindedir, bu da reddedilmenin öngörüldüğü ve kaçınıldığı reddedilme duyarlılığıyla yakından ilgilidir (165). Duygu düzenleme güçlüğü tanım olarak duygunun yaşanmasında, işlenmesinde yetersizlik ve duygusal tepkinin kontrol edilememesidir (87). Sosyal kaygısı olanlar, olmayanlara göre daha az sayıda duygu düzenleme stratejisi kullanmaktadır (91).

Sosyal fobide duygu düzenleme güçlüğü kaygı ve korkunun pekişmesine, kişinin psikolojik yükünün artmasına yol açmaktadır. Bu duygu düzenleme stratejilerine sürekli olarak katı bir şekilde güvenmenin SAB hastalarında tipik olarak görülen okul, iş ve ilişkilerde bozulma türlerine yol açtığı varsayılmaktadır (88).

Kırılgan narsisizmin, sosyal fobinin bir semptomuna dönüşebilecek bir kırılganlık faktörü olarak hareket ettiği, kırılgan narsisizmin sosyal anksiyete bozukluğunun temelinde olduğu düşünülmektedir. Kırılgan narsistler olumsuz bir olay meydana geldiğinde olayın nesnel yönlerine dikkat edemezler, benlik saygısı veya incinme tehditlerine dikkat ederek gerçeğin anlamını değiştirmeye eğilimlidirler, kolayca utanç ve aşağılanma hissederler, olumsuz değerlendirilme korkusu nedeniyle duygusal ifadeyi bastırma eğilimindedir (202). Diğerleri tarafından değerlendirildiğini hissettiğinde kırılgan narsistler kolayca kırılabilmekte ve kaçınma davranışı gösterebilmektedir (69) Elibol ve ark yaptığı bir çalışmada; kırılgan narsisizm özellikleri yüksek olan bireylerin duygu düzenlemede güçlükler çektiklerini, aynı zamanda yakınlık korkularının az olmasıyla birlikte reddedilme duyarlılıklarının ve kendini saklama eğilimlerinin yüksek olduğunu, reddedilme duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğünün kırılgan narsisizm için yordayıcı olduğunu saptamışlardır.

Yapılan çalışmalar ve kavramsal benzerlikler göz önüne alındığında, SAB'li hastalarda işlevsellik kaybının temel yordayıcısının kırılgan narsisizm olduğu hipotezini kurduk.

Sosyal anksiyete bozukluğunun süreğen, kronikleşen ve belirgin yeti yitimine neden olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Literatürde reddedilme duyarlılığı, duygu düzenleme güçlüğü ve kırılgan narsisizmin SAB ile ilişkili olduğu sınırlı sayıda çalışma ile gösterilmiştir. Bu sınırlı sayıda çalışma içinde SAB'de duygu düzenleme güçlüğü ve kırılgan narsisizmin işlevsellik ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Biz çalışmamızda SAB bulunan hastalarda reddedilme duyarlılığı,

duygu düzenleme güçlüğü, kırılgan narsisizm, sosyodemografik veriler ve bazı klinik değişkenlerin işlevsellikle ilişkisini inceledik. Çalışmamızın sonuçlarının SAB' de yeti yitiminin önemi göz önüne alındığında literatüre katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

Araştırmanın hipotezleri:

1. Sosyal anksiyete bozukluğu tanılı hasta grubunda reddedilme duyarlılığı, narsistik kırılganlık, duygu düzenleme güçlüğü ile işlevsellik kaybı ve semptom şiddeti pozitif ilişkilidir.
2. Sosyal anksiyete bozukluğu olgularında narsistik kırılganlık işlevsellik kaybının temel yordayıcısıdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım

Sosyal anksiyete bozukluğu; kişinin, başkalarınca değerlendirilebileceği bir ya da birden fazla toplumsal durum veya bir performans gerçekleştirmesi gereken durumlarda korku ya da kaygı duyması ve olumsuz olarak değerlendirilebileceği şekilde davranmaktan ya da kaygı hissettiğine dair belirtiler göstermekten korkması olarak tanımlanabilir. SAB tanısı koyabilmek için kişide bu korku ve kaygı halinin söz konusu toplumsal durumlarda neredeyse her zaman meydana gelmesi gerekmektedir.

Kişiler söz konusu olan toplumsal durumlardan kaçınır ya da yoğun korku ve kaygı ile katlanmaya çalışır. Kaygının şiddeti toplumsal-kültürel bağlama göre orantısız olmalı, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya işlevsellik kaybına sebep olmalıdır (1).

2.1.2. Tarihçe

Hipokrat döneminden beri, insanların toplumla ilişkilerini gerektiren durumlarda yaşadıkları kaygı ve bu topluma girmekten kaçınma gibi davranışlarının olduğu bilinmekle beraber, ilk kez 1879'da Beard, sosyal fobinin klinik özelliklerinden bahsetmiştir. 1903 yılında Fransa'da Pierre Janet sosyal fobiyi başkaları tarafından izlenirken yazı yazmak, konuşmak veya piyano çalmak gibi durumlarda kaygı duymak şeklinde klinik özelliklerini tanımlamıştır (2).

Sosyal anksiyete bozukluğu ihmal edilmiş bir anksiyete bozukluğu iken, Liebowitz ve arkadaşlarının 1960'larda yaptıkları çalışmalardan sonra ayrı bir hastalık olarak ilk kez 1980 yılında "Sosyal Fobi" başlığıyla DSM-III'te yerini alabilmiştir (3).

DSM-I'de fobiler tanımlanmış, "fobik reaksiyon" tanımı kullanılmış, DSM-II'de ise ismi "fobik nevrozlar" olarak değiştirilmiş ve alt tiplendirme yapılmamıştır. DSM-III'de fobiler arasında niteliksel fark olduğu düşünülmüş ve fobik nevrozlar; sosyal fobi, agorafobi ve özgül fobi olarak üç alt tipe ayrılmıştır (2). DSM-III-R'de sosyal

fobi bireyin başkaları tarafından değerlendirilebileceği bir veya birden çok durumdan sürekli ve gerçeğe uygun olmayan korku hissetmesi ve bu durumlardan kaçınması olarak açıklanmış ve ‘yaygın tip sosyal fobi’olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlama DSM-IV ve DSM-IV-R’de aynı şekilde korunmuştur. DSM-IV ve DSM-III-R’de tanı ölçütleri farklılık göstermektedir. DSM-IV’te kişinin belirgin kaygı belirtileri göstermekten korkması koşuluyla beraber, hastalığın ismi sosyal anksiyete bozukluğu olarak değiştirilmiştir. (4). DSM-IV-TR’de 18 yaş altındaki bireylerde sürenin en az 6 ay olması koşulu DSM-5’te "her yaş için 6 ay" olacak şekilde değiştirilmiştir. DSM-5‘te "kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir" koşulu çıkarılmış ve yerine "duyulan korku ve kaygı, söz konusu toplumsal durumda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır" koşulu eklenmiştir. Bununla birlikte DSM-5’te sosyal anksiyete bozukluğunun yaygın belirleyicisi kaldırılmış yerine yalnızca eylem gerçekleştirme sırasında belirleyicisi getirilmiştir (1).

Sosyal fobi tanısı Dünya Sağlık Örgütü'nün hazırladığı Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması’nın 10. basımında (ICD-10) yer almakla birlikte, tanı ölçütleri DSM-5 ile benzerlik gösterir (4).

2.1.3.Tanı Ölçütleri

Sosyal Anksiyete Bozukluğu DSM-5’e göre tanı ölçütleri:

A. Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekler arasında toplumsal etkileşmeler (örn. Karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. Yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn, bir konuşma yapma) vardır.

B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilebilecek bir şekilde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı

ile bunlara katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamlarda çekinilen duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, 6 ay veya daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Korku, kaygı ya da kaçınma bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozukla daha iyi açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Varsa belirtiniz: Yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında: Duyulan korku, toplum önünde konuşma ya da başka bir eylemi gerçekleştirme ile sınırlı ise.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu DSM-5 tanı ölçütlerinde DSM-IV'e göre farklar:

DSM 4'de B tanı kriterinde olan 'kaygı durumunun panik atağı şeklini alabileceği' kriteri çıkarılmış, "küçük düşeceği ya da utanç duyacağı biçimde; başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak biçimde" ifadesi eklenmiştir.

C tanı kriterinde "Kişi, korkusunun aşırı veya anlamsız olduğunu bilir." ifadesi kaldırılmıştır.

E tanı kriterinde hissedilen korku veya kaygının, toplumsal-kültürel anlamda orantısız olduğu eklenmiştir.

F tanı ölçütündeki "18 yaş" sınırı kaldırılmış olup, tüm yaşlar için 6 ay sınırlaması getirilmiştir.

DSM-5'te yaygın belirleyicisi yerine, performans gerçekleştirme belirleyicisi getirilmiştir. Bu belirleyicinin; müzisyenler, dansçılar, performans sanatı yapanlar ve topluma hitap etmesi gereken kişiler için uygun bir belirleyici olduğu ifade edilmiş ve böylece daha ölçülebilir bir durum oluşmuştur.

2.1.4. Epidemiyoloji

ABD'de yapılmış olan epidemiyolojik ve topluma dayalı çalışmalarda, SAB'nin yaşam boyu görülme sıklığının %2,4-13 arasında olduğu belirtilmiş olup, majör depresif bozukluk ve alkol bağımlılığından sonra sosyal anksiyete bozukluğu en sık görülen üçüncü sıradaki psikiyatrik bozukluktur (4). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada, üniversite öğrencilerinde DSM-III-R tanı ölçütlerine göre SAB varlığı araştırılmış ve SAB tanısı %22 oranında bulunmuştur (5). Yapılan çalışmalara göre sosyal anksiyete bozukluğu, erken yaşlarda başlayan bir bozuklukdur. En sık başlangıç yaşı 10'lu yaşlardır, ancak 5 yaş gibi erken bir yaşta ya da 35 yaş gibi geç bir yaşta da başlangıcı görülmüştür. Genel olarak söz konusu bozukluğun %80'inin başlangıç yaşının 20 yaşından önce olduğu fark edilmiştir (6). Sosyal fobi, Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında, kadınlarda %2,3, erkeklerde %1,1 olarak saptanmış, yetişkinlerde SAB yaşam boyu prevelansın da %1.8 olduğu tespit edilmiştir (7).

2.1.5. Risk Etkenleri

Sosyal anksiyete bozukluğunun oluşumunda genetik, nörobiyolojik mekanizmalar ve çevresel etmenler rol oynar. Evden kaçma, ebeveyn veya çocuk için önemli bir erişkinle yakın ilişki eksikliği, ebeveynde akıl hastalığı, çocuklukta fiziksel taciz, 9 yaş öncesi özel eğitim gereksinimi, ilkokulu 9 yaşından itibaren bitirememe, geçmişte çocuk mahkemelerine çıkmasına neden olacak ölçüde suç işlemiş olmak, ebeveynde depresyon, anksiyete bozukluğu, alkol bağımlılığı olması, ebeveynin çevre imajını önemseyen, aşırı koruyucu-reddedici, aşırı kontrolcü, alaycı veya utandırarak disipline edici tutumları ve ebeveynde sosyal ilişkilerde, duygusal sıcaklık göstermede kısıtlılıklar olması çalışmalarda SAB için risk faktörü olarak bildirilmiştir (2, 8).

2.1.6. Eş Tanılar

Sosyal anksiyete bozukluğu komorbidite oranı yüksek olan bir ruhsal hastalıktır. Komorbiditenin olması, Sosyal fobinin şiddetini artırması, tedavi yanıtının azalmasına ve intihar oranını artmasına sebep olması nedeniyle önemlidir (9). Yapılan epidemiyolojik alan çalışmasında; komorbidite olmadan SAB görülme oranı %31 olarak belirlenmiştir. Ayrıca Ulusal Eştanı Çalışması'nda, SAB'de komorbidite oranı %81 olarak bulunmuştur (10). Sosyal anksiyete bozukluğuna eşlik eden ruhsal hastalıklar; diğer kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozukluğudur. Hastalığın başlama yaşı ne kadar erkense o kadar sık komorbidite olduğu görülmüştür (11). Genellikle hastalar SAB tedavisi için değil, eklenen hastalığın iyileşmesi için doktora başvurmakta ve asıl hastalığın, yani SAB'nin atlanması tedavi başarısını etkilemektedir. Çoğu vakada SAB belirtileri komorbiditeden önce ortaya çıkması, SAB'nin, ortaya çıkan diğer bozukluğa zemin hazırladığını düşündürmekte, dolayısıyla SAB'nin erken tanınması ve tedavi edilmesi ikincil durumların başlamasını önlemek açısından önemlidir (9).

2.1.7. Klinik Görünüm

Sosyal anksiyete bozukluğu bilişsel, fiziksel ve davranış belirtileriyle karakterize bir hastalıktır. Kişi korktuğu durumlarla karşılaşması için zorlandığında ya da beklenmedik anda böyle bir durumla karşılaştığında yoğun kaygı yaşar ve çeşitli fiziksel belirtiler ortaya çıkar. Bu belirtiler çarpıntı, terleme, tremor, kas gerginliği, gastrointestinal rahatsızlık, diyare, yüz kızarması gibi belirtilerdir (9,12).

Sosyal anksiyete bozukluğu sıklıkla olumsuz biçimde değerlendirilmeye, eleştirilmeye veya reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık, haklarını savunmada güçlük ve benlik saygısında düşüklük veya aşağılık duyguları yer alır. Bu kişiler işlerinde, okulda yeterince başarı gösteremezler, karşı cinsle ilişkide de sorun yaşadıkları için genelde evlenmezler. Aile ortamı gibi dar bir ilişki alanında kalabilirler (9).

Sosyal anksiyete bozukluğu bulunan hastalar birçok sosyal ortamlardan korkar ve kaçınırlar. Yapılan araştırmalar kaygı duyulan ve kaçınılan sosyal durumlarda farklılıklar olduğunu göstermiştir. Bir çalışmada, en sık kaygı yaratan ilk 5 durum, sırayla, önceden hazırlanmadan bir toplantıda kalkıp konuşmak, seyirci önünde hareket, konuşma 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 olarak belirlenmiştir (13).

2.1.8. Gidiş ve İşlevsellik

Sosyal anksiyete bozukluğu, ortalama hastalık süresinin 20 yıl olduğu, büyük oranda kronikleşen, belirtilerin sıklıkla süreğen bir seyir izlediği bir hastalıktır (14). Yazarlar, lojistik regresyon analizi ile, psikiyatrik bir eş tanısının olmamasının, hastalığın 11 yaşından sonra başlamış ve eğitim düzeyinin yüksek olmasının iyi gidiş göstergesi olduğunu saptamışlardır. Aynı zamanda işlevsellik kaybı komorbidite varlığında daha yüksek oranda saptanmıştır (11). Sosyal fobi belirgin zorlanma, maddi sorunlar, intihar düşüncesinde artma, sosyal destek sisteminde bozulma, iş ve okul performansında azalma, ilaç tedavisinin daha fazla kullanılması ve medikal veya ruh sağlığı doktorundan daha fazla yardım alma ile birliktelik gösterir (14,15). Sosyal fobi, tekrarlayıcı sosyal ve mesleki anlamda işlevsellik kaybına neden olan, yaşam kalitesini azaltan, madde kötüye kullanımı veya bağımlılığına yol açan, intihar girişimi riskini artıran ve belirgin ölçüde ekonomik giderleri artıran kronik seyirli bir hastalıktır (16). Tüm bu durumlara rağmen hastaların tedavi arayışı diğer kaygı bozukluklarına göre daha nadirdir (9,15).

2.1.9. Etiyoloji

2.1.9.1. Nörobiyolojik Etmenler ve Görüntüleme Çalışmaları

Sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda topluluk önünde konuşma yapma ya da konuşma beklentisi olduğunda negatif yorumlar veya nötr, öfkeli, mutlu, aşağılayıcı yüz ifadeleri karşısında abartılı amigdala yanıtı oluştuğu görülmüştür (17,18). Yapılan fMRI çalışmasında, bu amigdala hiperaktivitesinin SAB olanlarda tehdit edici sosyal sinyallere karşı duyarlılık artışına neden olduğu tespit edilmiştir (19). Yapılan bir çalışmada, SAB olanlarda kaygılandıkları durumlarda sol parietal korteks ve sağ dorsolateral prefrontal korteks aktivasyon görülmüştür (20). Ayrıca görüntüleme çalışmalarında ileri yaşlarda putamende hacim azalması olduğu saptanmıştır (21).

Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), monoamin oksidaz inhibitörleri

(MAOI) ve reversibl monoamin oksidaz inhibitörleri (RIMA) sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde kullanılmakta olup, bu ilaçların serotonin geri alımını inhibe etmeleri nedeniyle sosyal fobide 5-HT'nin rolü olduğu düşünülmüştür (4). SAB olanlarda sağlıklı kontrollere göre serotonin ilişkili genlerdeki varyasyonların amigdala duyarlılığını ayarladığı gösterilmiştir (15,22).

Yapılan bir çalışmada SAB hastalarında frontal ve limbik beyin bölgelerinde dopaminerjik belirteçler kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (23). Sosyal fobisi olan BDT yapılan hastalarda sosyal kaygıdaki azalma ile hippocampus, dorsolateral prefrontal korteks ve medial prefrontal kortekstеki dopamin reseptör düzeyi arasında negatif bir korelasyon olduğu gösterilmiştir (24). Yapılan çalışmalar sonucunda Noradrenalinin SAB'nin etyolojisinde primer rol oynamadığı, hastalıktaki otonomik uyarılmışlık ve vejetatif semptomlarla ilişkisi olduğu bulunmuştur (25).

2.1.9.2. Genetik ve Çevresel Faktörler

Diğer kaygı bozukluklarında olduğu gibi SAB'da da ailesel yatkınlık söz konusu olup, konuyla ilgili yapılan ilk çalışmalar, SAB olan kişilerin 1. derece yakınlarında hastalık riskinin 3-10 kat arttığı gösterilmiştir (26,27). Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda yapılan ikiz çalışmalarında monozigotik ve dizigotik ikizler arasında sırayla %24 ve %15 uyum oranı olduğu tespit edilmiştir (28). Yüksek riskli ailelerde uzunlamasına yapılan çalışmalarda, davranışsal ketlenmenin SAB ve panik bozukluğu gibi anksiyete bozuklukları için yapısal ve ailesel bir risk etmeni olduğu gösterilmiştir (29). Yapılan bir araştırmada; Tespit edilen riskin %36'sının genetik faktörlerden, %59'unun çevresel faktörler nedeniyle oluştuğu gösterilmiştir (30).

Ailede var olan patolojilerin ve ebeveynlerin çocuk yetiştirme tarzlarının, çocukların sosyal anksiyete bozukluğu geliştirmesi üzerinde etkileri olduğu; 3000 kadar ergen ve onların ebeveynleri üzerinde yapılan bir çalışmada saptanmıştır. Sosyal fobisi olan ergenlerin ebeveynlerinin çocuk yetiştirme tarzları incelendiğinde; bu ebeveynlerin çocuklarına karşı reddedici veya aşırı korumacı davrandıkları tespit edilmiştir (31). Yapılan farklı bir çalışmada bir arada olmaya aşırı önem veren, aşırı korumacı ve çocuğun bireysel gelişiminin ebeveynler tarafından kısıtlandığı ailelerde; çocukların sosyal kaygılarının daha fazla olduğu fark edilmiştir (32).

2.1.9.3. Psikolojik Kuram

Psikanalitik kuramda fobiler, yasaklanmış, kabul edilemez cinsel ya da saldırgan dürtülerin yarattığı kaygı ve bu yoğun kaygının bastırılması için kullanılan yer değiştirme ve yansıtma ve kaçınma gibi savunma mekanizmalarının bir ürünü olarak ortaya çıkar. Bu mekanizmayla yasaklanmış arzu bir kez daha bastırılarak ortadan kaldırsa bile bunun sonucu fobik nevroz olur (33).

Freud, sosyal kaygının, bireyin narsisistik arzuları ile ego idealinin sosyal tarafı arasındaki çatışmanın sonucu olduğunu öne sürdü. Sosyal kaygılara yol açan şeyin başkalarının standartlarına uymama konusundaki suçluluk olduğunu açıkladı.

Gelişimsel olarak Freud, "başlangıçta bu suçluluk duygusunun ebeveynler tarafından cezalandırılma korkusu ya da daha doğrusu sevgilerini kaybetme korkusuydu; daha sonra ebeveynlerin yerini başkaları alır." Dolayısıyla Freud'a göre, başkalarından korkma olarak adlandırdığı sosyal kaygı, temel olarak daha erken bir ebeveyn korkusundan (kastrasyon kaygısıyla ilgili) kaynaklanmaktadır (34).

Psikanalitik kuramcılardan Fenichel sosyal fobinin narsistik ve oral özellikler ile ilişkili olabileceğini, bu kişilerin narsistik ve libidinal gereksinimleri arasında ayrım yapamadıklarını, bu nedenle öz-saygılarını süperego işlevi ile tesis etmek yerine bu ihtiyaçlarını diğer insanlar üzerinden karşıladıkları şeklinde ifade etmiştir (35). Kaufman ise sosyal anksiyete bulguları gösteren bir hastasını babasını fazlasıyla kastre edici bir figür olduğu için içselleştiremediği ve kendi yansıtmaları sonucu babasını temsil etmeye başlayan çevresindeki insanların kendisini cezalandırmasından (kastre etmesinden) korktuğu şeklinde formüle etmiştir (36).

Schilder için narsisizm, sosyal nevrozun merkezi bir bileşeniydi. Sosyal nevrozun temel işlevinin narsisistik yaralanmalara karşı bir savunma olarak hizmet etmek olduğunu öne sürerek, bu hastaların beğenilmeyi (örneğin zeka, görünüm için) ve başkalarından sürekli övgü ve onay aramayı istediklerini öne sürdü. Bununla birlikte, hayal kırıklığına uğrama veya reddedilme korkusu, sosyal nevrozun açık bir şekilde suskunluğuna yol açar. Schilder, bu narsisistik özelliklerin kökeninin, ebeveynlerin çocuğa olan sevgisinin fiziksel ve entelektüel başarılara bağlı olduğu erken ebeveyn-çocuk etkileşimlerinde yattığını düşündü. Schilder ayrıca, ebeveynlerin bu davranışının, çocuğun artan bir kendine hayranlık geliştirmesine yol açtığını, ancak bunun dış onay kaynaklarına bağlı olduğunu öne sürdü (37).

Gabbard (1979, 1992), çağdaş psikodinamik teoriyi mevcut bilişsel davranışçı ve biyolojik sosyal kaygı modelleriyle bütünleştirmeye yönelik ilk girişimlerden birini sağladı. Psikodinamik bir bakış açısından, sosyal kaygının bir yanda kabul edilemez istekler ve fanteziler, diğer yanda bu istek ve fantezilere karşı savunmalar arasında bir uzlaşma olarak görülebileceğini öne sürdü (38,39). Gabbard'a göre, sosyal kaygılı bireylerin altında yatan arzu narsisistik bir istektir ve sosyal kaygılı bireyin ilgi odağı olma ve başkalarından olumlu değerlendirmeler ve onaylar alma arzusunu öne sürmüştür. Ancak, başkalarının onaylanmama korkusu, onların aleni suskunluğuna ve utanç duygularına yol açar. Bu ilgi odağı olma ihtiyacı, genellikle bu ilgi için rakip olarak görülenlere yönelik saldırgan düşüncelere yol açar. Ancak Gabbard, başkalarına yönelik bu saldırgan düşüncelerin, sosyal kaygılı bireyde sıklıkla suçluluk duygusuna neden olduğunu öne sürmüştür. Gabbard için utanç ve öfke (saldırganlık), sosyal kaygı deneyiminin merkezinde yer alır (39).

Hoffman, sosyal kaygılı bireylerin sosyal etkileşimlerin nasıl gelişmesi gerektiği ve diğerlerinin onlara nasıl tepki vermesi gerektiğine dair beklentilerinin onların büyüklenmeci benliklerine dayandığını öne sürdü. Sosyal anksiyete bozukluğu bulunan kişiler sosyal durumlarda üstlendiği şeyler, kendisi farkında olmadan, gerçekte gerekli olandan çok daha yüksek bir karmaşıklık düzeyine tabidir. Örneğin, ilgili kişi ders vermek isterse, uygulaması, sunumu, odaya girişi veya görünüşü her şeyi gölgede bırakmalı, olağandışı, beklenmedik, benzersiz ve istisnai olmalıdır. Bu tür yüksek beklentiler kaçınılmaz olarak artan beklenti korkularına, artan gerilime ve artan uyarılmaya yol açar. Bu nedenle, Hoffmann narsisizmi sosyal kaygının temel bir özelliği olduğunu ve yüksek narsisizmi tüm sosyal olarak endişeli bireylerde görüleceğini ifade etmiştir. Hoffmann, utanç ve narsisizmi sosyal kaygıyla açık bir şekilde ilişkilendirdi ve sosyal kaygılı bireylerin kendilerini "hasarlı" olarak görme eğilimlerinin ("gerçek" benlikleri ile büyüklenmeci benlik imgeleri arasındaki farkı anlayarak) narsistik özelliklerinin bir sonucu olarak utanca yol açtığını öne sürdü (40,41).

Psikoanalitik kuram ve bağlanma kuramından temel alan Savunma-emniyet modeli Gilbert ve Trower tarafından tanımlanmıştır (42). Bu kurama göre; SAB olan kişide sorun savunma-emniyet sistemi dengesindeki bozulmadır. Savunma sisteminde etkinlik artışı, emniyet sisteminde etkinlikte azalma mevcuttur. Ayrıca

savunma sistemi diğer insanlardan gelen tehditleri de algılar. Bu sistem aşırı çalıştığında çok fazla tehdit algısı oluşur, diğer insanlarla yarışmacı bir ilişkiye girilir. Bu kurama göre, sosyal fobisi olan bireyler yarışmacı modu gereğinden fazla ve yanlış yerlerde kullanır. Emniyet sistemiyse savunma sistemine karşı çalışır, dostça olan tepkileri algılar ve arkadaşça ilişkilere fırsat tanınmasını sağlar (43).

Kognitif modele göre; SAB olan kişiler çevrelerindeki kişiler üzerinde çok olumlu bir his bırakmak isterler fakat bir yandan da yeteneklerine dair çok güvensizdirler (44). Sosyal fobisi olanların sosyal ortamlarda tehlikede olduklarına inanmalarına sebep olan kendileri ve sosyal ortamla ilgili olarak geliştirdikleri bir seri ara inançları vardır. Bu koşullu inançlarına bağlı olan otomatik düşünceler de kişilerde kaygıya, olumsuz hislere ve performans kaybına neden olur. Sosyal ortam korkutucu olarak algılandığında "otomatik-anksiyete programı" hemen devreye girer. Kendisini değerlendirmede kullandığı içsel-öznel bilgiyi, diğer insanların kendisiyle ilgili düşündüklerine özdeş sayar. Yani SAB'lı hastalar aşağılanmış hissetmekle aşağılanmayı, kontrolsüz hissetmeyle gerçekten kontrolsüzlüğü, anksiyeteli hissetmekle anksiyeteli görünmeyi birbirine eş tutarlar (43).

2.2. NARSİSİZM

Narsisizm kavramının, sözcük olarak anlamı araştırıldığında, kişinin kendi bedenine yönelttiği cinsel arzu veya haz anlamına geldiği görülür (45). "Narsisizm" Yunan mitolojisinden sudaki yansımasına yani kendisine aşık olan ve bir ömür boyu ulaşamayacağı bu aşkın peşinde aşkını (kendisini) izleyerek ömrünü tüketen Narkissos'dan gelmektedir. Narkissos, bu imkansız aşkına ulaşma isteğiyle sarılmaya çalışırken boğularak hayatını kaybeder. İşte narsisizm sözcüğü de bu hikayeden gelmektedir (46,47). Narkisus miti kavramını literatürde ilk olarak kullanan kişi Havelock Ellis'tir (48). Havelock Ellis (1898), Narkisos mitini otoerotik bir cinsel duruma atıfta bulunmak için kullanmış, Ellis'in çalışmasından bir yıl sonra Paul Näcke, 1899'da Ellis'in çalışmasını Almancaya çevirerek, narsisizm' terimini yaratmak için 'ism' ekini ekledi ve terimi literatüre kazandırmış oldu (49).

Freud, narsistik hastalara ilişkin gözlemlerine dayanarak, narsisizme iki uçta yer alan ebeveynlik biçimlerinin neden olduğunu öne sürmüştür. Ebeveynin çocuğa aşırı değer vermesi veya soğuk ve reddedici olması gibi durumlarda hastaların

libidolarını uygun nesnelerden geri çektiklerini ve libidolarını kendilerine döndürdüklerini, böylece narsisizm olarak adlandırılabilecek durumun ortaya çıktığını, bunun da çocuğun başkalarıyla ilişki kurmasını engellediğini ifade etmiştir (50).

Kohut (1971), narsisizm kavramını normal gelişimin bir parçası olarak ele alarak ve patolojik narsisizmi sağlıklı gelişim hattında oluşan bir gelişimsel duraklama olarak ifade etmiştir. Kohut ilk çalışmalarından beri narsisistik gelişimi ‘‘idealleştirilmiş ebeveyn imagosu’’ ve ‘‘büyüklenmeci kendilik’’ olarak iki ana hat üzerinden ele almıştır. Bu iki hat birbirlerine paralel gelişim göstermekte ve yaşamın ilerleyen yıllarında çocuğun değer, amaç ve ideallerinin oluşmasını sağlamaktadır. Ebeveynler eğer çocuğun dönemine uygun olan gereksinimlerini karşılamaz ise, travmatik düş kırıklıkları yaşanmakta ve gelişimde duraksamalar oluşmaktadır. Travmatik bir düş kırıklığı ‘‘idealleştirilmiş ebeveyn imagosu’’ hattında yaşanırsa birey ilerleyen yıllarda, anksiyete yaşadığı anlara yönelik dışarıda ‘‘kaynaşılmak istenen kuvvet kaynağı’’ arayışıyla ‘‘savunmacı büyüklenmeci kendilik’’ kavramı arasında gezinmektedir. Diğer bir durumda ise anne çocuğun döneme uygun büyüklenmeciliğini ve teşhirciliğini aynalamazsa, travmatik düş kırıklıkları ‘‘büyüklenmeci kendilik’’ hattında oluşur. İleride kişi ‘‘kendilik değerini gerçek dışı olarak değerlendirilmesi’’ ile ‘‘aşağılık duyguları’’ arasında gezinir (51).

Kohut narsisistik patolojinin tek bir klinik profille ilişkili olmadığını öne sürmüştür. Narsisistik patolojiyi mevcut bölünme tipine (dikey veya yatay) göre ayırarak farklı klinik görünümlere sebep olabileceğini savundu. Yatay bölünme olan hastalarda büyüklenmeci benliğin bastırılmış ve erişilemez bir durumda olduğu ve narsisistik yetersizlik (düşük kendilik saygısı, depresyon, çalışma zevkinin olmaması, inisiyatif eksikliği vb.)” belirtileri gösterdiklerini ifade etti. Dikey bölünme olan hastalarda ise değiştirilmemiş büyüklenmeci kendiliğin dikey bir bölünme yoluyla kendiliğin gerçekçi yönlerinden ayrıldığı (bölündüğünü), büyüklenmeci benliğin bilince açık kaldığı ve bireyin kişiliğini ve davranışını etkilediğini, erişilebilir büyüklenmeci benliğe ek olarak, bilinç tarafından erişilemeyen bastırılmış (yatay bölünmüş) bir büyüklenmeci benliğe de sahip olduklarını savundu. Dikey bölünmeye sahip bireyler bazen gizli narsisistik özellikler sergilerken, yatay bölünmeye sahip bireyler daha istikrarlı, tutarlı gizli narsisistik özellikler sergilediler (51).

Nesne ilişkileri kuramcısı Kernberg, Kohut'tan farklı olarak narsisizmin gelişiminin ödipal dönem ya da superegonun oluşumundan önce tamamlanması gerektiğini savunur (52). Kernberg'e göre, ideal kendilik "olmak istediğim kişinin" temsilleri ve ideal nesnenin "sevmek ve sevilmek istediğim kişinin" temsillerinin bütünleşmesi ve yoğunlaşması ego idealini oluşturur ki bunda da gerçekçi algılanan ebeveyn talepleri, süperegonun sadist öncüleri ve yasaklayıcı süperegonun gelişmiş yönlerinin birleşmesiyle birlikte daha ileri düzenlemeler olacaktır. Bu gelişimin ürünü olarak daha erişilebilir bir ego ideali ortaya çıkar ve normal bir narsisistik doyuma izin verir. Egonun bir parçası olan asıl kendilik imgeleri, süperegonun ego ideali ile birleşir ve ego ile süperego beklentileri arasındaki gerilimin kaynağını oluşturur. Soğuk, reddedici, yıkıcı ebeveyn veya narsisistik bir ebeveyn tutumunun patolojik narsisizme sebep olduğunu, kişinin bebeklik narsisizmine saplandığını ve üç ana yapıyı yeterince bütünleştiremediğini savunur. İdeal kendilik, ideal nesne ve gerçek kendilik temsilleri karıştığı için, ego ve süperego doğru şekilde ayrıştırılamaz. Kernberg narsisizmin klinik sunumunun çeşitlilik gösterdiğini ve narsisizmin herhangi bir spesifik davranış veya davranış kümesiyle ilişkili olmadığını gözlemlemiştir. Bazı narsist hastaların alenen büyüklenmecilik göstermek yerine aşağılık duygularıyla tedaviye başvurduklarını ve bu hastaların aşağılık duyguları ile büyüklenmecilik arasında gidip gelme eğiliminde olduklarını belirtti (53).

James Masterson'ın ana katkısı, narsisizmin nesne ilişkileri (Kernberg) ve kendilik psikolojisi (Kohut) teorilerini sentezlemesiydi. Masterson (1993) da narsisizmin her zaman patolojik olmadığını vurgulamış ve sağlıklı narsisizm önermiştir. Sağlıklı narsisizmi, benlik ve nesnenin farklılaşması, büyüklenmeci benlik ile her şeye gücü yeten nesnenin ayrışması ve kendilik/nesne temsillerini hem olumlu hem de olumsuz olarak deneyimleme kapasitesi olarak tanımlamış ve iki farklı patolojik narsisizm (teşhirci narsisizm, gizli narsisizm) biçimi önermiştir (54).

Freud ile başlamak üzere psikanalitik kuramcılar narsistik kişiliğin anlaşılmasında önemli katkılar sunmuşlardır (53,55). Fakat narsistik kişiliğin yaygın bir biçimde bilinmesi DSM-3'ün tanı kriterlerinde yer almasıyla olmuştur. DSM-3'te yayınlanana kadar narsistik kişilik psikolojik rahatsızlık şeklinde açıklanmamıştır (56). DSM-5'te tanının büyüklenmeci narsisizme odaklandığı görülmektedir. Narsistik kişilik bozukluğunun tanı kriterleri şu şekildedir. (1):

Erken ergenliğin başında pek çok farklı durumda aşağıdaki durumlardan en az beşinin varlığı:

1. Kendini abartılı bir şekilde önemli görme
2. Sınırsız zekâ, görkemlilik, başarı, güç, güzellik veya ideal aşk hayalleriyle aşırı meşguliyet
3. Benzersiz ve özel olduğuna inanma ve bunun diğer özel konumdaki birey veya kurumlar tarafından da kabul edilmesine yönelik duyulan aşırı inanç
4. Yoğun biçimde hayran olunma ihtiyacı
5. Oldukça güçlü olarak yaşanılan hak etme duygusu
6. Diğerlerinden yararlanma eğiliminde olma
7. Empati becerilerinden yoksun olma
8. Diğerlerini kıskanma
9. Davranış ve tutumlarda kibirlilik

Tanı ölçütlerinde tam olarak yer almasa bile DSM-5'te yer alan ifadelere bakıldığında narsisizmin patolojik olarak değerlendirmesinde kırılganlığın ve eşlik eden kendini düzenleme eksikliğinden bahsedilmektedir. Narsistik kişilik bozukluğu olan kişiler, olumsuz değerlendirilme, eleştirilme ve egolarını tehdit eden durumlara karşı hassastırlar. Ortaya çıkan ego tehditlerine yönelik örtük ya da açık olarak saldırgan veya dürtüsel tepkiler verebilmektedirler (57).

2.2.1. Kırılgan Narsisizm

Narsisizmin büyüklenmeci boyutu, açık, grandiyöz, teşhirci, kasıtlı, vurdumduymaz ve fallik olarak, kırılgan boyutu ise örtük, savunmasız, çekingen, utangaç, inhibe, aşırı duyarlı ve hassas olarak isimlendirilmiştir (58-66).

Masterson, gizli narsisizmin, teşhirci narsisizmden niteliksel olarak farklı olduğunu ve gizli narsistin temel özelliğinin, her şeye gücü yeten nesnenin idealleştirilmesi veya değersizleştirilmesi etrafında dönen savunmacı bir yapı olduğunu öne sürdü. Masterson, bu savunma modelinin amacının, bireyin kişisel büyüklük duygusunu düzenlemek olduğunu belirtti. Masterson'a göre, yüzeysel olarak kendi kendine yeten, ancak altta yatan bir nesne bağımlılığı olan büyüklenmeci narsistlerin aksine, gizli narsistler açıkça nesneye bağımlıdır ve sonuç olarak nesneye karşı savunmasızdır. Masterson, gizli narsistlerin, narsisistik

savunmaları başarılıyken nesneyi her şeye kadir, güçlü bir narsisistik doyum kaynağı ve narsisistik savunmaları başarısız olduğunda sert, saldırgan ve değersizleştirici olarak gördüklerini belirtir. Bu savunmaların başarısızlığı, kaygılar, takıntılar ve depresyon gibi çeşitli psikolojik belirtilere yol açar ve gizli narsist, "altta yatan saldırgan nesneyi (agresif kaynaşmış nesne-ilişkileri birimi) onunla ilişkili öfke ve depresyonla dış nesneye yansıtır (54,63)

Narsisizmin kırılgan boyutu aşırı alçakgönüllü, diğerlerinin değerlendirmelerine karşı aşırı duyarlı, kaygı düzeyi yüksek, baskılanmış, devamlı stresli, acı çektiğini düşünen (suffering), utangaç, sosyal açıdan güvensiz, savunucu ve dışarıya karşı mütevazidir. Görünen bu durumun altında, bu kişilerde de büyüklenmeci boyuta benzer özel bir çekirdek vardır. Her iki boyutta da kişi aşırı derecede kendine odaklanmıştır ve kendisinden gerçek dışı yüksek beklentilere sahiptir (54,67-69). Sınırsız güç, zafer ve şöhret ile ilgili büyüklenmeci fantezileri vardır (67).

Kırılgan narsisizm özellikleri taşıyan kişilerde benliğe yönelik büyüklenmeci fantezileri olmasına rağmen, bu düşüncelere yönelik utanç duygusu taşıyabilecekleri ve reddedilme veya dışlanma kaygısıyla sosyal ilişkilerde kaçınma davranışları olabileceği belirtilmiştir (69). Kırılgan narsistler inançları, tutumları ve öz-değerlendirmelerini kapsayan içsel deneyimleriyle ilgili belirsizlik yaşantılarlar (60). Benlik saygılarını içsel olarak düzenleyememe ve kendinden şüphe duyma durumu, kırılgan narsistlerin dışardan gelecek geri dönütlere karşı aşırı duyarlı olmasına sebep olur. Bu yüzden kırılgan narsistler özellikle sosyal değerlendirmeye, başkalarının kabul ve övgülerine karşı oldukça hassastırlar (70).

2.3. REDDEDİLME DUYARLILIĞI

Reddedilme duyarlılığı, kaygılı bir biçimde reddedilme beklentisi içinde olma, bunu algılamaya hazır olma ve reddedilmeye karşı aşırı tepki gösterme şeklinde açıklanmıştır. Reddedilme duyarlılığı yüksek olan kişiler, düşük olan kişilere oranla reddedilmeye yönelik ipuçlarını, daha hızlı algılamakta ve olumsuz tepkiler verebilmektedirler. Diğer yandan, reddedilme duyarlılığı düşük olan bireyler, başkaları tarafından kabul edilme beklentisi içindedirler ve buna dayanarak aşırı bir kaygı yaşamaz ya da üzüntü duymazlar (72).

Bowlby'e göre çocukların ifade ettikleri ihtiyaçları ebeveynleri tarafından

reddedilme ile karşılandığında çocuklar reddedilmeye duyarlı olurlar. Yani onlar önemli diğerleri tarafından destek aradıklarında muhtemelen reddedilmiş olacakları beklentisini geliştirirler ve bu tür reddedilmeden kaçınmada özellikle yüksek bir değer oluşturmayı öğrenirler. Böylece önemli diğerlerine ihtiyaçlarını da incinebilirliklerini ifade ettiklerinde kaygı beklentisi yaşarlar. Bu kaygılı reddedilme beklentileri reddedilme ipuçları için onları aşırı tedbirli yapar (72-74).

Reddedilmeye duyarlılığı olan bireyler, ilişki becerilerinde güvensizlik ve reddedilme korkusu ile sınırlı iletişim ve çatışmadan kaçınma davranışları göstermekte, böylece ilişkilerini caydırıcı olarak değerlendirmekte, kaygılı reddedilme beklentileri ile kendilerini engelleyici bir süreç içinde günlük ilişkilerinde yakın ilişkiler kurmaktan kaçınma özellikleri göstermektedirler. Kaygılı reddedilme beklentisiyle bir ilişkiye giren insanlar muhtemelen; 1) iletişime girdikleri kişinin duyarsız ve belirsiz davranışlarında planlı bir reddedilme algılamakta, 2) ilişkileri hakkında güvensiz ve mutsuz hissetmekte ve 3) algılanan reddedilme veya iletişime girdikleri kişi tarafından reddedilme tehditlerine düşmanlık, kıskançlık veya kontrollü davranışlarla tepki vermektedirler. Bu tip özellikleriyle yakın ilişkilerdeki başarısızlıkları bağlamında sosyal kaygılı olarak da yorumlanmaktadır (75).

Yapılan bir çalışmada reddedilme duyarlığı yüksek olan insanların, kaygılı reddedilme beklentilerinin olduğu ve kişilerarası ve kişisel stres açısından riskli oldukları vurgulanmaktadır. Başkaları tarafından kabullenilme ve ait olma gereksinimlerine ilişkin insanların korkuları ve şüpheleri ya onların ilişkilerinin bitmesine veya iyi oluşlarını sağlayacak şekilde davranmalarına sebep olabilmektedir. Önemli diğerlerinden kabul beklentisinde olan kişilere göre, reddedilme beklentili kişiler, ilişkilerinde daha düşmanca ve saldırganca eğilimler göstermektedirler. İlişkilerinde daha problemli ve memnuniyetsizdirler ve böylelikle kısa bir zaman içinde yalnızlığa, sosyal anksiyeteye ve reddedilme sonrası depresyona girmeye daha yatkın olabilmektedirler (76).

Kişilerarası reddedilme duyarlığı, sosyal kaygı bozukluğunun önemli bir yönü olarak ortaya çıkmaktadır. Sosyal kaygı bozukluğu, sosyal etkileşimde ya da performans durumlarındaki sürekli utanç korkuları ile karakterize edilmekteyken kişilerarası reddedilme duyarlığı; kişilerarası kontrol, reddedilme korkusu, diğerlerinin davranışlarını yanlış yorumlama, aşağılık duyguları, güvensiz davranış

ve kişilerarası durumlardan kaçınma gibi birçok yönleri sosyal kaygının özelliklerine karşılık gelmektedir. Bu benzerlikler sosyal anksiyetenin reddedilme duyarlığı ile örtüşen yönlerini bilinir hale getirmektedir. Bu nedenle kişilerarası reddedilme duyarlığı, sosyal anksiyeteli kişilerin kişilik özelliklerini ifade etmektedir (77,78).

2.4. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ

Kişinin çevresiyle ilgili uyaranları değerlendirmesi ile meydana gelen biyolojik, bilişsel ve fizyolojik reaksiyon eğilimi duygu olarak adlandırılmaktadır (79). Duygular, kişinin kendisi için önemli olarak gördüğü bir durum veya olayla karşı karşıya kaldığında otomatik olarak ortaya çıkar (80).

Duygu düzenleme, duyguların tanınması, duyguların hangi durumlarda yaşandığının fark edilmesi, etkili ifade etme becerisi ve duyguların sağlıklı şekilde kullanılması olarak açıklanmaktadır. Duygu düzenlenmesi kontrollü şekilde yapılabildiği gibi, otomatik bir şekilde de yapılabilmektedir. Kişiler bilinçli veya bilinçsizde duygu düzenlemesi yapabilmektedir. İçsel ve dışsal süreçleri içeren duygu düzenlenmesi, sadece olumsuz duyguların değil aynı zamanda olumlu duyguların da düzenlenmesini içermektedir (81,82).

Gross'un duygu düzenlemesi süreç modeline göre duygu düzenlenmesinin; durumun seçimi, durumun değiştirilmesi, bilişsel değişim, dikkati verme, davranışsal, deneyimsel ya da fizyolojik tepkilerin düzenlenmesi olmak üzere beş aşaması mevcuttur (83,84). Bu beş aşama öncül odaklı ve yanıt odaklı duygu düzenlenme stratejileri olarak ikiye ayrılır. Öncül odaklı stratejiler kişilerin duyguları tamamen aktif olmadan, yanıt odaklı stratejilerse bireylerin duyguları ortaya çıktıktan sonra yaptıklarıdır (84). Davranışsal ya da fizyolojik tepkilerin düzenlenmesi yanıt odaklı stratejilerken, durumun seçimi, durumun değiştirilmesi, dikkati verme, bilişlerin değiştirilmesi öncül odaklı stratejilerdir (84, 85).

Duygu düzenlenme süreç modelinde yer alan stratejiler şu şekildedir:

a) Durum seçimi: duyguları düzenlemek için bazı kişi, yer veya nesnelere yakınlaşmak ya da uzaklaşmaktır.
b) Durumu değiştirme: duygusal sonuçları değiştirmek için durumun doğrudan ayarlanmasıdır.
c) Dikkati verme: dikkat odağının değişimi için yapılan stratejilerdir.

d) Bilişsel değişim: algılananı yönetmek için yapılan değerlendirmelerin veya bilişsel aşamaların düzenlenmesidir.

e) Tepki değişimi: davranışsal, deneyimsel veya fizyolojik tepkilere doğrudan etki edilmesidir (83).

Gratz'ın kuramına göre ise duygu düzenleme; duyguların farkında olma, duyguları anlayabilme, duyguları kabullenme, olumsuz duyguları yaşarken dürtüleri kontrol edebilme, olumsuz duygular yaşarken hedeflere yönelik uygun davranma yeteneği, duygusal tepkilere duruma uygun düzenleme stratejilerinin bulunması şeklinde altı bileşenden oluşur. Bu bileşenlerden herhangi birinin ya da hepsinin göreceli olarak yokluğu, duygu düzenlemede güçlük olduğunu gösterir (86).

Duygu düzenleme güçlüğü tanım olarak duygunun yaşanmasında, işlenmesinde yetersizlik ve duygusal tepkinin kontrol edilememesidir (87). Etkili duygu düzenleme, çeşitli duygusal durumları belirleme ve durumsal bağlam için uygun başa çıkma stratejilerini esnek bir şekilde kullanma becerisini içerirken, duygu düzenleme bozukluğu, belirli bir durumda sıkıntıyı yönetmek için uygun olmayan, katı ve/veya etkisiz stratejilerin uygulanmasını içerir (86,47,88).

Anksiyete bozuklukları ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, kaygı bozukluğunun duyguları tanımayı zorlaştırdığı bulunmuştur. Ayrıca anksiyete belirtilerinden sonra gerginliğin azaldığı tespit edilmiştir (88,89). Yapılan başka bir araştırmada sosyal kaygı yaşayan kişilerin, duygularını ifadede zorlandıkları, duygularına dikkatini yoğunlaştırmadıkları ve duygularını tanımlayamadıkları belirlenmiştir (90).

Sosyal kaygısı olanlar, olmayanlara göre daha az sayıda duygu düzenleme stratejisi kullanmaktadır (91). Kişilerin duygu düzenlemede yetersizliği, sosyal ortamlarda kaygısının devam etmesine, yeni insanlarla iletişim kuramamasına, var olan ilişkilerini sürdürememesine sebep olmaktadır (92).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Çalışmaya SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniğinde ayaktan takip edilen ve DSM-V tanı ölçütlerine göre sosyal anksiyete bozukluğu tanısı konulmuş, çalışma hakkında bilgilendirilen ve çalışmaya katılmayı onaylayan, dışlanma ve dahil olma ölçütlerini karşılayan rastgele seçilmiş 82 hasta alınmıştır.

Değerelendirildiğinde bir hasta SAB tanı kriterlerini karşılamadığı, bir hastada çalışma ölçeklerini tamamlayamadığı için çalışmaya dahil edilememiştir. Toplamda çalışmaya 80 hasta dahil edilmiştir.

3.1.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

1) DSM-V'e göre sosyal anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamış olmak
2) 18 -65 yaş arasında olmak
3) Öz bildirime dayalı ölçeklerin doldurulabilmek için okur yazar olmak
4) Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması ve gönüllü olur formunu imzalamış olması

3.1.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

1) Herhangi bir psikotik bozukluk, bipolar afektif bozukluk tanısı olması
2) Alkol ve madde kullanım bozukluğunun olması
3) Görüşmede anlaşılır düzeyde ruhsal belirtilere yol açacak genel tıbbi durumbozukluğu varlığı
4) Görüşmede anlaşılır düzeyde zihinsel gelişim geriliği veya nörobilişsel bozukluk olması

3.2. GEREÇLER

3.2.1. SCID-5-CV (DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen İçin)

Görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir ve tanı koyma aracı olarak oluşturulmuştur. Ruhsal bozukluklara DSM-5 tanı kriterlerine

göre tanı konulmasını sağlar. First ve arkadaşları (93) tarafından geliştirilmiş ve ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2018'de Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (94). Çalışmaya katılacak hastaların tanılarını doğrulamak, çalışmadan dışlanması planlanan tanıları karşılayan kişileri elemek ve ek psikiyatrik tanı varlığını araştırmak amacıyla kullanılmıştır.

3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form araştırmacı tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır. Bu formda katılımcıların sosyodemografik açıdan incelenebilmesi amacıyla yaş, cinsiyet, medeni durum,eğitim ve çalışma durumu, sosyal fobi başlangıç süresi ,ek hastalıkları ve bu hastalıkların süresi ,intihar öyküsü, almakta olduğu ilaç tedavileri sorgulanmıştır.

3.2.3. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği

Sosyal ortamlarda ve performans gerektiren olaylarda yaşanan kaygı ve kaçınmanın şiddetini değerlendirmek amacıyla Liebowitz tarafından geliştirilmiş, Türkçe uyarlaması ve geçerlilik güvenirlilik çalışmaları Dilbaz tarafından yapılmıştır (95,96). Ölçek, 13'ü performans ve 11'i sosyal etkileşim olmak üzere 24 maddeden oluşmaktadır. 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 20, 21. Maddeler performans; 5, 7, 10, 11, 12, 15, 18, 19, 22, 23, 24. maddeler ise sosyal etkileşimle ilgilidir. Her bir alt ölçekten (kaçınma ve korku) alınabilecek puanlar 0 ve 72 arasında değişebilmekte ve toplam ölçek puanı 0 ile 144 arasında olmaktadır. Alınan puanın yükselmesi sosyal kaygının ve kaçınmanın şiddetlendiğini ifade etmektedir (96).

3.2.4. Kısa Form 36 (SF-36)

Rand Corporation tarafından yasam kalitesini ve işlevselliği değerlendirmek için geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (97). Türkçe'ye çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (98). Öz bildirime dayalı bir ölçektir. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanması olarak sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 sorudan oluşmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 puan arasında

değerlendirilmekte olup,0 puan kötü, 100 puan ise iyi sağlık durumunu ifade eder (99).

3.2.5. Kırılgan Narsisizm Ölçeği (KNÖ)

Aşırı Duyarlı Narsisizm Ölçeği, Hendin ve Cheek tarafından 1997 yılında geliştirilmiş olup, Türkçe formu için geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları Şengül ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Ölçekteki maddeler 5'li Likert tipinde 10 sorudan oluşmaktadır. Yüksek puanlar kırılgan narsisizm düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir (70, 100).

3.2.6. Hasta Sağlık Ölçeği- Somatik, Kaygı ve Depresif Belirtiler (PHQ-SADS)

Depresyon, anksiyete ve somatik semptomların değerlendirilmesi amacıyla Kroenke, Spitzer ve Williams tarafından geliştirilmiştir (101). Ölçek 31 maddeden oluşan somatizasyon, depresyon ve kaygı olarak üç alt ölçeğe ayrılır. Somatizasyon alt ölçeği, 3 dereceli likert tipte (0: Hiç Rahatsız Olmadım, 3: Çok rahatsız oldum) değerlendirilmektedir. Toplam puan 0 ile 30 arasında olup, puanlar arttıkça somatik belirtiler artmaktadır. Kaygı ve depresyon alt ölçeği ise 4 dereceli likert tipte (0: Hiçbir Zaman, 4: Hemen Hemen Her Gün) değerlendirilmektedir. Alt ölçeklerden alınan toplam puan 0 ile 48 arasında olup, alınan puan artıkça kaygı ve depresif belirtiler artmaktadır. Ölçeğin Türkçe çevirisi, geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Güleç, Güleç, Şimşek, Turhan ve Sünbül (2012) tarafından yapılmıştır (102).

3.2.7. Reddedilme Duyarlılığı Ölçeği (Rejection Sensitivity Questionnaire)

Downey ve Feldman'ın geliştirdiği 18 maddeli ölçek kişinin reddedilme olasılığının olduğu bazı varsayımsal sosyal durumları içerir. Katılımcılar bu maddeleri 6'lı Likert tipi ölçek üzerinden karşılaştıkları durum karşısındaki kaygı düzeylerini ve kabul edilme beklentilerini belirterek değerlendirirler. Kabul edilme beklentisinin tersini temsil edecek biçimde önce ters kodlama yapılarak sonra da reddedilme kaygısı değerlendirmesiyle çarpılarak reddedilme duyarlılığı düzeyi hesaplanmaktadır. Bu işlem her bir madde için yapıldıktan sonra aritmetik ortalaması alınır ve 1-36 aralığı arasında değişen reddedilme duyarlılığı düzeyi puanı elde edilir

(71). Ölçeğin Türkçe çevirisi, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Köse ve arkadaşları tarafından yapılmış, Türk kültürü düşünülerek ölçeğe 8 madde daha eklenmiştir (103).

3.2.8. Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-Kısa Formu (DDGÖ-16)

Gratz ve Roemer tarafından 2004 yılında geliştirilen Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin kısa formu olarak Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilmiştir. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği kişilerin duygu düzenlemedeki güçlüklerini ölçmeyi amaçlamaktadır (86,104). Amaçlar, stratejiler, açıklık, dürtü ve kabul etmeme olmak üzere 5 alt ölçeği bulunan Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Formu toplam 16 maddeden oluşur. Ölçek 5'li likert tipinde olup, 1. ve 2. maddeler açıklık alt boyutunu, 3., 7. ve 15. maddeler amaçlar alt boyutunu, 4., 8. ve 11. maddeler dürtü alt boyutunu, 5., 6., 12., 14. ve 16. maddeler stratejiler alt boyutunu, 9., 10. ve 13. maddeler kabul etmeme alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek derecede düşük puanlar ise düşük derecede duygu düzenleme güçlüğü yaşandığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Yiğit ve Guzey Yiğit tarafından yapılmıştır (105).

3.3. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 25.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca değerler kullanılmıştır. Kategorik değişkenler Pearson Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi, ikiden fazla grup arasında değerlendirilirken Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi'nden faydalanılmıştır. SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçeğini etkileyen faktörler Hiyerarşik Regresyon Analizi ile incelenmiştir. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya; Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde DSM-5'e göre sosyal anksiyete bozukluğu tanısı konan 18-65 yaş aralığında, çalışmaya katılmayı kabul eden dahil etme, hariç tutma kriterlerini karşılayan 80 hasta alınmıştır.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Gösterilmesi

		n/ort±s.s.	%/Medyan (Min-Max)
Yaş		24,23±7,41	23 (18-58)
Cinsiyet	Kadın	47	(58,75)
	Erkek	33	(41,25)
Medeni durum	Evli	4	(5,00)
	Bekar	76	(95,00)
Eğitim düzeyi	Ortaöğretim	7	(8,75)
	Lise	48	(60,00)
	Üniversite	25	(31,25)
Çalışma durumu	Hiç çalışmamış	53	(66,25)
	İşten ayrılmış	7	(8,75)
	Halen çalışıyor	20	(25,00)
Sosyal fobi başlama yaşı		14,10±4,85	15 (6-34)
İlaç kullanımı	Hayır	33	(41,25)
	Evet	47	(58,75)
Komorbidite	Hayır	35	(43,75)
	Evet	45	(56,25)
Komorbid hastalık	Yok	35	(43,75)
	Depresyon	19	(23,75)
	OKB	4	(5,00)
	Trikotillomani	2	(2,50)
	YAB	12	(15,00)
	Kekemelik	2	(2,50)
	Dehb	3	(3,75)
	Diğer	3	(3,75)
İntihar düşüncesi	Hayır	36	(45,00)
	Evet	44	(55,00)
İntihar girişimi	Hayır	74	(92,50)
	Evet	6	(7,50)

Katılımcıların 47'si kadın, 33'ü erkek olmak üzere yaş ortalaması 24,23±7,41 yıldır. Katılımcılardan 4'ü evli, 76'sı bekardır. Eğitim durumları incelendiğinde ise ortaöğretim mezunu olan 7 kişi, lise mezunu olan 48 kişi ve üniversite mezunu olan 25 kişi olduğu görülmüştür. Çalışma durumuna bakıldığında ise halen çalışan 20 kişi, işten ayrılan 7 kişi ve hiç çalışmamış 53 kişi vardır. Sosyal fobi başlama yaşı ortalama 14,10±4,85 yıldır. Çalışmaya Katılanlardan İlaç kullanan 47 kişi, psikiyatrik hastalık eştanısı olan 45 kişi, daha önce intihar düşüncesi olan 44 kişi, daha önce intihar girişimi olan 6 kişi olduğu anlaşılmıştır.

4.2. ÖLÇEK PUANLARININ ORTALAMA, MEDYAN, MİNİMUM-MAXİMUM DEĞERLERİ

DDGÖ, RDÖ, SF-36, KNÖ, Liebowitz, PHQ ölçeklerinin ortalama medyan, min-max değerleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: DDGÖ, RDÖ, SF-36, KNÖ, Liebowitz, PHQ ölçeklerinin ortalama, medyan ve min-max değerleri

	Ort	±s.s.	Medyan	Min	Max
DDGÖ Açıklık	5,99	±2,26	6	2	10
DDGÖ Amaçlar	12,00	±2,79	12	4	15
DDGÖ Dürtü	9,18	±3,72	9	3	15
DDGÖ Stratejiler	17,35	±5,52	18	5	25
DDGÖ Kabul Etmeme	9,91	±3,54	10	3	15
DDGÖ Total	54,43	±14,62	55,5	19	79
RSQ	12,19	±5,38	10,92	3,94	30,72
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	86,19	±18,27	95	15	100
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	54,06	±40,65	50	0	100
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	31,67	±37,47	16,67	0	100
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	30,06	±22,82	25	0	95
SF-36 Ruhsal Sağlık	43,80	±22,74	40	0	96
SF-36 Sosyal İşlevsellik	47,66	±31,20	50	0	100
SF-36 Ağrı	62,00	±26,19	65	0	100
SF-36 Genel Sağlık Algısı	54,06	±23,06	55	0	100
Narsizim	33,64	±6,55	34	15	50
Liebowitz Kaygı Performans	25,81	±7,30	27	10	39
Liebowitz Kaygı Sosyal Etkileşim	18,69	±7,33	18	5	33
Liebowitz Kaçınma Performans	20,84	±8,52	20,5	3	36
Liebowitz Kaçınma Sosyal Etkileşim	13,79	±7,77	14	1	32

Liebowitz Performans	46,65	±14,87	46	18	75
Liebowitz Sosyal Etkileşim	32,48	±14,33	33	6	65
Liebowitz Total	79,13	±27,89	76	24	140
PHQ Somatik	13,35	±7,11	14	0	28
PHQ Anksiyete	12,41	±5,51	12,5	0	21
PHQ Depresyon	16,06	±6,84	18	1	27

RDÖ: reddedilme duyarlılığı ölçeği, KNÖ:kırılgan narsisizm ölçeği, PHQ:hasta-sağlık anketi,SF-36: kısa form-36

4.3. SF-36 ÖLÇEĞİ VE LİEBOWİTZ TOTAL PUANLARI İLE BAZI SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN İLİŞKİSİ

SF-36 ölçeği ve Liebowitz total puanları ile SAB başlama yaşı, cinsiyet, komorbidite arasındaki korelasyon ilişkisi araştırılmıştır.

Tablo 3: SAB başlama yaşının SF-36 ve Liebowitz total puanları ile ilişkisi

	SAB başlama yaşı	
	r	**P**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	0,031	0,787
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	-0,126	0,265
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	-0,049	0,664
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	0,115	0,311
SF-36 Ruhsal Sağlık	-0,008	0,946
SF-36 Sosyal İşlevsellik	0,040	0,726
SF-36 Ağrı	0,063	0,579
SF-36 Genel Sağlık Algısı	0,017	0,884
Liebowitz Total	-0,233	**0,038**

Spearman korelasyon testi, SF-36: kısa form-36, SAB: sosyal anksiyete bozukluğu

Tablo 3'de SF-36 ve Liebowitz total ölçek puanları ile sosyal fobi başlama yaşı arasındaki ilişki incelenmiştir. SAB başlama yaşıyla SF-36 alt ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı, SAB başlama yaşıyla liebowitz total puanı arasında ise ters yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır.

Tablo 4: Cinsiyet ile SF-36 ve Liebowitz total puanlarının karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		P
	Ort	±s.s.	Ort	±s.s.	
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	82,77	±20,85	91,06	±12,55	**0,040**
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	45,74	±39,12	65,91	±40,42	**0,030**
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	21,28	±32,17	46,46	±39,91	**0,004**
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	23,3	±18,54	39,7	±25,06	**0,003**
SF-36 Ruhsal Sağlık	37,28	±21,18	53,09	±21,92	**0,002**
SF-36 Sosyal İşlevsellik	39,1	±28,86	59,85	±30,74	**0,003**
SF-36 Ağrı	56,06	±26,09	70,45	±24,27	**0,023**
SF-36 Genel Sağlık Algısı	52,45	±23,77	56,36	±22,16	0,628
Liebowitz Total	84,15	±26,80	71,97	±28,24	0,065

Mann Whitney U Testi, SF-36: kısa form-36

Hastaların cinsiyetleri ile SF-36 ve Liebowitz total puanları ilişkisi Tablo 4'te incelenmiştir. Kadınlarda SF-36 Fiziksel Fonksiyon, SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü, SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü, SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite, SF-36 Ruhsal Sağlık, SF-36 Sosyal İşlevsellik, SF-36 Ağrı puanları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Kadın ve erkek arasında Liebowitz total puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 5: Komorbidite durumu ile SF-36 ve Liebowitz total puanlarının karşılaştırılması

	Komorbidite				P
	Yok		Var		
	Ort	±s.s.	Ort	±s.s.	
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	89,43	±16,79	83,67	±19,14	0,123
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	62,86	±40,39	47,22	±39,97	0,079
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	41,9	±43,04	23,7	±30,67	0,066
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	38,29	±25,29	23,67	±18,57	**0,006**
SF-36 Ruhsal Sağlık	54,17	±24,78	35,73	±17,38	**0,000**
SF-36 Sosyal İşlevsellik	53,57	±33,84	43,06	±28,52	0,141
SF-36 Ağrı	69,93	±25,56	55,83	±25,25	**0,016**
SF-36 Genel Sağlık Algısı	60,14	±25,39	49,33	±20,10	**0,030**
Liebowitz Total	70,74	±30,60	85,64	±23,94	**0,017**

Mann Whitney U Testi, SF-36: kısa form-36

Hastalarda komorbidite durumu ile SF-36 ve Liebowitz total puanlarının ilişkisi incelenmiştir. Komorbiditesi olan hasta grubunda SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite, SF-36 Ruhsal Sağlık, SF-36 Ağrı, SF-36 Genel Sağlık Algısı puanları komorbiditesi olmayan hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.

Komorbiditesi olan hasta grubunda SF-36 Fiziksel Fonksiyon, SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü, SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü, SF-36 Sosyal İşlevsellik puanları komorbiditesi olmayan hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Komorbiditesi olan hasta grubunda Liebowitz total puanı komorbiditesi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

4.4. SF-36 ALT ÖLÇEK PUANLARI İLE DİĞER ÖLÇEK PUANLARININ İLİŞKİSİ

SF-36 Alt ölçek puanları ile RDÖ, KNÖ, liebowitz total, PHQ alt ölçek puanları arasındaki ilişki tablo 6'da incelenmiştir.

Tablo 6: SF-36 alt ölçek puanları ile diğer ölçek puanlarının ilişkisi

		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji/ Canlılık/ Vitalite	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık Algısı
RDÖ	r	-0,161	0,007	0,004	-0,035	0,038	-0,131	-0,172	-0,248
	p	0,155	0,950	0,972	0,755	0,735	0,247	0,126	**0,026**
KNÖ	r	-0,080	-0,081	-0,226	-0,213	-0,171	-0,326	-0,154	-0,254
	p	0,482	0,477	**0,044**	0,058	0,128	**0,003**	0,173	**0,023**
Liebowitz	r	-0,364	-0,207	-0,182	-0,472	-0,498	-0,431	-0,280	-0,337
Total	p	**0,001**	0,065	0,106	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,012**	**0,002**
PHQ	r	-0,469	-0,423	-0,510	-0,519	-0,496	-0,458	-0,633	-0,475
Somatik	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
PHQ	r	-0,293	-0,371	-0,389	-0,360	-0,608	-0,462	-0,405	-0,225
Anksiyete	p	**0,008**	**0,001**	**0,000**	**0,001**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,045**
PHQ	r	-0,291	-0,373	-0,530	-0,661	-0,663	-0,543	-0,415	-0,385
Depresyon	p	**0,009**	**0,001**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**

Spearman Korelasyon Testi, RDÖ:reddedilme duyarlılığı ölçeği, KNÖ:kırılgan narsisizm ölçeği, PHQ:hasta-sağlık anketi

RDÖ puanı arttıkça SF-36 genel sağlık algısı alt ölçek puanının düştüğü ve bu ilişkinin istatiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

KNÖ puanı arttıkça SF-36 emosyonel rol güçlüğü, SF-36 sosyal işlevsellik, SF-36 genel sağlık algısı alt ölçek puanlarının azaldığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Liebowitz total puanı arttıkça SF-36 fiziksel fonksiyon, SF-36 enerji/canlılık/vitalite, SF-36 ruhsal sağlık, SF-36 sosyal işlevsellik, SF-36 ağrı, SF-36 genel sağlık algısı alt ölçek puanlarının azaldığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

PHQ alt ölçek puanları ile SF-36 alt ölçek puanları arasında ters yönlü korelasyon ilişkisi olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

4.5. DDGÖ TOTAL VE ALT ÖLÇEK PUANLARI İLE SF-36 ALT ÖLÇEK VE LİEBOWİTZ TOTAL PUANLARININ İLİŞKİSİ

Hastaların Ddgö total ve alt ölçek puanları ile SF-36 alt ölçek ve Liebowitz total puanları arasındaki korelasyon tablo 7'de incelenmiştir.

Duygusal tepkilerin anlaşılamamasını ifade eden açıklık alt ölçek puanı arttıkça SF-36 emosyonel rol güçlüğü, SF-36 sosyal işlevsellik, SF-36 genel sağlık algısı alt ölçek puanlarının azaldığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Olumsuz duyguların yaşanması sırasında amaç odaklı davranışlarda bulunamamayı ifade eden amaçlar alt ölçek puanı ile SF-36 Emosyonel rol güçlüğü, SF-36 enerji/canlılık/vitalite, SF-36 ruhsal sağlık, SF-36 sosyal işlevsellik, SF-36 ağrı alt ölçek puanları arasında ters yönlü korelasyon olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Olumsuz duyguların yaşanması sırasında dürtüleri kontrol etmede güçlüğü ifade eden dürtü alt ölçek puanı arttıkça SF-36 emosyonel rol güçlüğü, SF-36 sosyal işlevsellik, SF-36 ağrı alt ölçek puanlarının azaldığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişimi ifade eden stratejiler alt ölçek puanı ile SF-36 enerji/canlılık/vitalite, SF-36 ruhsal sağlık, SF-36 sosyal işlevsellik,

SF-36 ağrı, SF-36 genel sağlık algısı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ters korelasyon var olduğu bulunmuştur.

Duygusal tepkilerin kabul edilmemesini ifade eden kabul etmeme alt ölçek puanı ile SF-36 enerji/canlılık/vitalite, SF-36 ruhsal sağlık, SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanları arasında ters kolerasyon olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır.

Ddgö total puanları ile SF-36 emosyonel rol güçlüğü, SF-36 enerji/canlılık/vitalite, SF-36 ruhsal sağlık, SF-36 sosyal işlevsellik, SF-36 ağrı, SF-36 genel sağlık algısı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ters korelasyon mevcut olduğu görülmüştür.

Ddgö total ve alt ölçek puanları ile Liebowitz total puanları arasında aynı yönlü korelasyon olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 7: DDGÖ total ve alt ölçek puanları ile SF-36 alt ölçek ve Liebowitz total puanlarının ilişkisi

		DDGÖ Açıklık	DDGÖ Amaçlar	DDGÖ Dürtü	DDGÖ Stratejiler	DDGÖ Kabul Etmeme	DDGÖ Total
SF-36 Fiziksel	R	-0,205	-0,185	-0,152	-0,090	-0,048	-0,122
Rol Güçlüğü	P	0,069	0,100	0,179	0,429	0,669	0,282
SF-36 Emosyonel	R	-0,241	-0,281	-0,286	-0,147	-0,196	-0,246
Rol Güçlüğü	P	**0,031**	**0,011**	**0,010**	0,192	0,082	**0,028**
SF-36 Enerji/	R	-0,148	-0,274	-0,092	-0,350	-0,226	-0,249
Canlılık/Vitalite	P	0,191	**0,014**	0,416	**0,001**	**0,044**	**0,026**
SF-36 Ruhsal	R	-0,179	-0,408	-0,131	-0,454	-0,210	-0,330
Sağlık	P	0,112	**0,000**	0,245	**0,000**	0,062	**0,003**
SF-36 Sosyal	R	-0,350	-0,402	-0,312	-0,546	-0,356	-0,487
İşlevsellik	P	**0,001**	**0,000**	**0,005**	**0,000**	**0,001**	**0,000**
SF-36 Ağrı	R	-0,213	-0,438	-0,231	-0,478	-0,267	-0,397
	P	0,058	**0,000**	**0,039**	**0,000**	**0,016**	**0,000**
SF-36 Genel	R	-0,374	-0,219	-0,156	-0,284	-0,212	-0,291
Sağlık Algısı	P	**0,001**	0,050	0,167	**0,011**	0,060	**0,009**
Liebowitz Total	R	0,424	0,507	0,377	0,478	0,343	0,511
	P	**0,000**	**0,000**	**0,001**	**0,000**	**0,002**	**0,000**

Spearman korelasyon analizi, DDGÖ:duygu düzenleme güçlüğü ölçeği, SF-36:kısa form-36

4.6. LİEBOWİTZ ALT ÖLÇEK VE TOTAL PUANLARININ DİĞER ÖLÇEK PUANLARI İLE İLİŞKİSİ

Liebowitz alt ölçek ve toplam puanları ile RDÖ, Kırılgan narsisizm, Ddgö toplam, PHQ alt ölçek puanlarının ilişkisi tablo 8'de incelenmiştir.

RDÖ, KNÖ, Ddgö total, PHQ alt ölçek puanlar ile Liebowitz alt ölçek ve total puanları arasında aynı yönlü korelasyon olup bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 8: Liebowitz alt ölçek ve toplam puanlarının RDÖ, KNÖ DDGÖ total, PHQ alt ölçek puanları ile ilişkisi

		Liebowitz Kaygı		**Liebowitz Kaçınma**		**Liebowitz**		
		Performans	Sosyal Etkileşim	Performans	Sosyal Etkileşim	Performans	Sosyal Etkileşim	Total
RDÖ	r	0,245	0,271	0,221	0,226	0,240	0,263	0,258
	p	**0,028**	**0,015**	**0,049**	**0,044**	**0,032**	**0,018**	**0,021**
KNÖ	r	0,398	0,523	0,321	0,449	0,378	0,525	0,474
	p	**0,000**	**0,000**	**0,004**	**0,000**	**0,001**	**0,000**	**0,000**
DDGÖ total	r	0,435	0,490	0,385	0,518	0,428	0,533	0,511
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
PHQ Somatik	r	0,369	0,351	0,238	0,274	0,311	0,338	0,318
	p	**0,001**	**0,001**	**0,033**	**0,014**	**0,005**	**0,002**	**0,004**
PHQ Anksiyete	r	0,457	0,452	0,328	0,394	0,417	0,462	0,451
	p	**0,000**	**0,000**	**0,003**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
PHQ Depresyon	r	0,460	0,459	0,336	0,390	0,409	0,448	0,443
	p	**0,000**	**0,000**	**0,002**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**

Spearman korelasyon analizi, DDGÖ:duygu düzenleme güçlüğü ölçeği, RDÖ:reddedilme duyarlılığı ölçeği, KNÖ:kırılgan narsisizm ölçeği, PHQ:hasta-sağlık anketi

4.7. SF-36 SOSYAL İŞLEVSELLİK ALT ÖLÇEK PUANININ ETKİLEYEN DEĞİŞKENLERİN HİYERARŞİK REGRESYONU

SF-36 sosyal işlevsellik puanını etkileyen faktörler 5 model oluşturularak incelenmiştir. İlk modelde Sf-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanına etkisini anlayabilmek için tek başına KNÖ eklenmiştir. Modelin SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı yordayıcılığının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [F (1,78) =9,558; $p<0,05$]. KNÖ puanlarında yükselmenin SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanında düşmeyi istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur (β=-1,575; $p<0,05$).

İkinci modele bakıldığında modelin SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı yordayıcılığının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [F (1,77) =6,830; $p<0,05$]. RDÖ puanının SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanını istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yordamadığı görüldü.

Üçüncü modele DDGÖ total alt puanı eklendi ve modele bakıldığında model istatiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür [F (1,76) =7,297; p<0,001]. Bununla birlikte, DDGÖ total puanının üçüncü modele eklenmesiyle, modelin açıklayıcılık oranı %12'den %19'a çıkmıştır (ΔR2=,073). DDGÖ total puanında artışın SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanında düşmeyi öngördüğü bulunmuştur (β=-0,671; p<0,05).

Dördüncü modele PHQ alt ölçek puanları eklendi ve modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü [F (3,73) =7,436; p<0,001]. PHQ alt ölçek puanlarının eklenmesiyle modelin açıklayıcılık oranında %15 oranında artış görülmüştür (ΔR2=,15).

Beşinci modele cinsiyet eklendi ve modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü [F (1,72) =6,905; p<0,001]. Cinsiyetin SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı için istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yordayıcı olmadığı görüldü. Yapılan analizde en iyi sonuç Adjusted R Square değeri en yüksek olan Model 5'de alınmıştır (Adj. R2:0,34) Model 5'te PHQ depresyon dışındaki diğer değişkenlerin SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü. PHQ Depresyon puanındaki bir birimlik artış SF-36 sosyal işlevsellik puanını 1,935 puan düşürmektedir (β=-1,935; p:0,010).

Tablo 9: SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanının etkileyen değişkenlerin incelenmesi

Model	SF-36 Sosyal İşlevsellik	β	t	p	F	Adj. R^2	R^2	Δ R^2	P
1	KNÖ	-1,575	-3,092	**0,003**	9,558	0,098	0,109	0,109	0,003
2	KNÖ	-1,502	-2,991	**0,004**	6,830	0,129	0,151	0,042	0,002
	RDÖ	-1,186	-1,940	0,056					
3	KNÖ	-0,777	-1,402	0,165					
	RDÖ	-0,935	-1,570	0,121	7,297	0,193	0,224	0,073	<0,001
	DDGÖ Total	-0,671	-2,672	**0,009**					
4	KNÖ	-0,760	-1,504	0,137					
	RDÖ	-0,637	-1,138	0,259					
	DDGÖ Total	0,099	0,331	0,742					
	PHQ Somatik	-0,173	-0,275	0,784	7,436	0,328	0,379	0,156	<0,001
	PHQ Anksiyete	-0,660	-0,766	0,446					
	PHQ Depresyon	-1,934	-2,604	**0,011**					
5	KNÖ	-0,749	-1,499	0,138					
	RDÖ	-0,708	-1,277	0,206					
	DDGÖ Total	0,201	0,663	0,509					
	PHQ Somatik	0,031	0,049	0,961	6,905	**0,344**	0,402	0,022	<0,001
	PHQ Anksiyete	-0,751	-0,879	0,382					
	PHQ Depresyon	-1,935	-2,635	**0,010**					
	Cinsiyet	10,376	1,640	0,105					

Hiyerarşik regresyon analizi, DDGÖ:duygu düzenleme güçlüğü ölçeği, RDÖ:reddedilme duyarlılığı ölçeği,KNÖ:kırılgan narsisizm ölçeği, PHQ:hasta-sağlık anketi

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında 80 SAB tanısı alan hastada duygu düzenleme güçlüğü, reddedilme duyarlılığı, kırılgan narsisizm ile işlevsellik kaybı ve semptom şiddeti ilişkisi incelenmiştir. Çalışmamız, yapılan literatür araştırmasına göre SAB tanılı hastalarda duygu düzenleme güçlüğü ve kırılgan narsisizmin işlevsellik kaybıyla ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır.

Yapılan toplum çalışmalarında SAB'nun yaşam boyu kadın/erkek oranı 1.2-1.5 olduğu, kadınlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir (106-108). Farklı klinik çalışmalarda tedaviye başvuran kadın ve erkek sayısının eşit olduğu tespit edilmiştir (109). Bazı klinik çalışmalarda erkek oranının daha fazla olduğu bulunmuştur (110). Kadın oranının daha yüksek olduğu klinik araştırmalarda mevcuttur (111). Sosyal fobi kadınlarda daha sık görülürken tedaviye başvuranlar daha çok erkekler olduğu görülmüştür (111,112). Bu durum öncelikle sosyokültürel nedenlere bağlıdır. Tedaviye başvuranlar daha çok eğitim, iş ve kariyer planları olan erkek hastalardır. Son zamanlarda kadınların da eğitim ve kariyer planlarının artması, tedaviye başvuran kadın hasta sayısının artışının bir nedeni olabilir (113). Nitekim literatürden farklı olarak çalışmamızda cinsiyet dağılımına bakıldığında kişilerin 47'sinin(%58) kadın, 33'ünün (%41) erkek olduğu tespit edilmiştir

Çalışmamızda SAB hastalarının yaş ortalaması 24,23±7,41 olduğu, hastalığın başlama yaşı ortalama 14,10±4,85 olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda SAB'de başlama yaşı genellikle erken ve geç ergenlik dönemleri (10-17 yaş) arasında olduğu görülmüştür (14,15,113,114). Tedaviye başvurma hastalığın başlamasından yaklaşık 15 yıl sonra yaklaşık 30 yaşları civarında olduğu belirtilmektedir. Hastalığın başlangıcından tedaviye başvuruya kadar geçen bu süre SAB'nin tedavi edilebilirliğinin bilinmemesi ve bu kişilerin bu hastalığı kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleriyle açıklanmaktadır (115). Çalışmamızda SAB başlangıç yaşı ortalaması literatürde bulunan yaş dağılımı ile genel olarak uyumludur.

Çalışmamızda SAB hastalarının neredeyse tamamına yakının lise (%60) ve üniversite mezunu (%30) olduğu görülmüştür. Literatürde SAB'de eğitim düzeyiyle ilgili yapılmış çalışmalarda hastalığın yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerde görüldüğünü gösteren çalışmaların yaygın olmasıyla birlikte tam tersi bulguların

olduğu çalışmalar da vardır (13,15,22,116). Yaptığımız çalışmadaki eğitim düzeyi bulguları Literatürdeki SAB hastalarının yüksek eğitim düzeyi ile ilişkisinin görüldüğü çalışmalarla paralellik göstermektedir. Düşük eğitim düzeyine sahip SAB olan kişiler, mevcut durumlarını hastalık olarak değerlendirmemekte ve tedaviye daha az başvurmaktadır (13).

Katılımcıların medeni durumları incelenecek olursa %95'i bekar, %5 evli olarak saptanmıştır. Literatürde yapılan birçok çalışmada SAB olan kişilerin bekar olma oranlarının kontrol grubuna daha fazla olduğu belirlenmiştir (15,115,117,118). Bekar olma oranının en fazla olduğu anksiyete bozukluğu SAB olarak bulunmuştur (4). Literatürdeki SAB hastalarındaki yapılan çalışmalarla uyumlu olarak bizim çalışmada da hastaların bekar olma oranları yüksekti.

Çalışmamızda SAB hastalarının %25'i aktif çalışmaktaydı. Yapılan araştırmalarda SAB hastalarının yaşam kalitelerinde belirgin bir bozulma olduğu ve çalışma hayatlarında verimliliklerinin düşük olduğu daha önce bildirilmiştir (110). SAB'de belirtilerin erken yaşta başlayarak, kronikleştiği ve bu durumun yüksek oranda işsizlik ile ilişkili olabildiği belirlenmiştir (119). Ülkemizde yapılan bir çalışmada SAB hastaları hem kontrol grubu hem de panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hasta gruplarıyla kıyaslandığında işsizlik oranı daha fazla olduğu görülmüştür. Sosyal fobisi olan bireylerde yüksek eğitim düzeylerine rağmen işsizlik oranlarının yüksekliği işlevsellik kaybını ne denli etkilediğini göstermektedir (4).

Yapılan toplum çalışmalarında, SAB'li hastalarda, yaşam boyu hastaların %90'ında meydana gelen yüksek bir komorbidite sıklığı bildirmiştir (10,14,111,112,120-123). Çoğu durumda, SAB, komorbid hastalıktan daha erken dönemde başlar (10,11,112,120,123). Ayrıca, SAB varlığı daha sonraki yıllarda majör depresyon gelişiminde yordayıcı olduğu bulunmuştur (111,120,124-128). Klinik araştırmalar nispeten az olmakla birlikte, majör depresyon eştanı oranını %35 ile %70 arasında değişmekte olduğunu bulmuştur (129,130). Yapılan çalışmalarda SAB'li hastalarda yaşam boyu yaygın anksiyete bozukluğu eştanı oranları %0,6 ile %27 arasında bulunmuştur (10,11,14,130-132). Ülkemizde klinik örneklem üzerinden yapılan bir çalışmada SAB'nin başka bir psikiyatrik hastalıkla beraber görülme oranı %58 olduğu, bu eştanıların %10,4 hastada major depresyon, %9,5

oranında hastada yaygın anksiyete bozukluğu ve agorafobi, %7,6 hastada distimi, %4,7 hastada obsesif kompulsif bozukluk olduğu görülmüştür (5). Eştanılı psikiyatrik bozukluğu olan SAB hastalarında semptom şiddetinde artış, tedavi direnci, işlevsellikte azalma ve daha yüksek intihar oranlarına sahip olduğu gözlenmiştir (120,131,132). Yaptığımız çalışmada SAB hastalarında komorbidite oranı %56 olduğu ve bu hastaların %23 depresyon, %15 yaygın anksiyete bozukluğu, %5 obsesif kompulsif bozukluk eştanısına sahip olduğu bulunmuştur.

Araştırmalar, SAB'li bireylerin %22'sinin geçtiğimiz ay intihar düşüncesi yaşadığını ve yaşamlarında %35'inin intihar düşüncesi yaşayacağını göstermektedir (133-135). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda SAB'li hastaların %12-15 arasında hayatlarının bir döneminde intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir (135,136). Literatürde yapılan çalışmalarda intihar düşüncesinin SAB ile ilişkili olduğu, intihar girişiminin eş tanılı SAB ile ilişkili olduğu bulunmuştur (137). Yaptığımız çalışmada katılımcıların %55'inin daha önce intihar düşüncesi olduğu, %6'sının daha önce intihar girişimi olduğu görülmüştür.

Sosyal anksiyete bozukluğu, ilişkiler, iş ve okul hayatı dahil olmak üzere günlük yaşamın neredeyse tüm yönlerinde önemli kayıplara neden olur (138). Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişiler bozukluğun olmadığı kontrollerle karşılatırıldığında; SAB'si olan kişilerde, okulu erken bırakma (139), daha düşük eğitim düzeyine sahip olma (140,11), kendi yeterlilik düzeylerinin altındaki işlerde çalışma (140), daha düşük gelire sahip olma, işsiz kalma (141) ve çalışsa bile 8 kat daha fazla iş gününü kaçırma eğiliminde olduğu görülmüştür (142). Hendriks ve arkadaşlarının yaptığı kohort çalışmasında; sosyal anksiyete bozukluğu ve çoklu anksiyete bozuklukları, panik bozukluğundan ve yaygın anksiyete bozukluğundan daha fazla işlevsellik kaybıyla ilişkilendirilmiş, kaygı duyma ve kaçınma davranışının daha uzun süreli işlevsellik kaybına yol açtığını bulmuşlardır (143).

Lochner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, SAB hastalarında özellikle sosyal işlevsellik ve boş zaman aktivitelerinde daha fazla bozulma vardı (144). Wittchen ve arkadaşları da benzer şekilde SAB'li hastalardaki yetersizliklerin özellikle romantik ve sosyal ilişkiler için şiddetli olduğunu bildirmiştir (142). Sosyal anksiyete bozukluğu bulunan kişiler, istediklerinden daha az arkadaşa sahip

olduklarını (143) ve romantik ilişkilerde veya evliliklerinde belirgin bir bozulma olduğunu bildirdi. (142,145,146)

Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin yaşam kalitesinin düşük (147), intihar girişiminde bulunma (148) ve alkol, nikotin bağımlılığına sahip olma olasılıkları daha yüksektir (11). Tüm bu araştırmalara bakıldığında sosyal anksiyete bozukluğu, önemli işlevsellik kayıplarına yol açar. Bu işlevsellik kaybı ile ilişkili durumları açığa çıkarmak işlevsellik kaybının engellenmesi için yol gösterici olabilir.

Yaptığımız çalışmada SF-36 ile SAB başlama yaşı karşılaştırıldığında aradaki ilişkide istatiksel olarak anlamlı fark olmadığı, SAB başlama yaşı düştükçe Liebowitz total puanlarının arttığı görülmüştür. Epidemiyolojik bir çalışmada, Wells ve arkadaşları erken başlangıçlı sosyal anksiyete bozukluğunun kadın cinsiyet, daha düşük eğitim ve evlenememe ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (149). Bir klinik çalışmada, erken başlangıçlı sosyal anksiyete bozukluğu (<15 yıl) olan hastaların geç başlangıçlı gruptan daha düşük eğitim düzeylerine (ortalama 2,8 yıl) sahip olduğunu bulmuştur (150). Bu sonuçlar, SAB ne kadar erken başlarsa, kişilerarası ilişkilerde ve sosyal ilerlemede (mesleki ve akademik) bozulmanın o kadar büyük olduğunu öne süren Ballenger ve ark. tarafından elde edilen sonuçlara benzerdir (151). Literatürden farklı olarak Menezes ve ark. yaptığı bir çalışmada erken başlangıçlı SAB (<18 yıl) ile IGD ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki çıkmadığı görüldü (152). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada erken başlangıçlı SAB (<18 yaş) olanlarda geç başlangıçlı olan SAB'li gruba (18yaş>) göre liebowitz total puanlarının yüksek olduğu ve IGD ölçek puanlarının daha düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (153).

Ülkemizde Dilbaz ve ark. yaptığı bir çalışmada liebowitz total puanı ile cinsiyet karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç çıkmadığı görüldü (5). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde liebowitz total puanı ile cinsiyet arasında anlamlı fark olmadığı görüldü. Klinik örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada yaşam boyu SAB'si olan kadınlar daha fazla sayıda sosyal korku yaşadığı görüldü. Liebowitz sosyal fobi ölçeği puanlarından; yetkili biri ile konuşma, izleyiciler önünde konuşma-gösteri yapma, başkaları tarafından izleniyorken çalışmak, birilerinin oturduğu odaya girme, ilgi odağı olma, bir toplantıda hazırlıksız konuşma yapma, iyi tanımadığın birine onaylamadığın veya aynı düşüncede olmadığını ifade etme, eğlenceye gitme,

önceden hazırlanarak sözel sunum yapma puanlarının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğunu, aldığı ürünü parasını geri almak üzere iade etme, genel tuvaletleri kullanma puanlarının da erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (154). Liebowitz sosyal fobi ölçek puanları arasındaki bu farklılıklar kadınlarda daha fazla işlevsellik kaybı olduğunu düşündürtmektedir. Geniş katılımla yapılmış epidemiyolojik çalışmada kadınların daha fazla sosyal korku bildirdiği, yaşam kalitesi ölçek skorlarının erkeklere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü (155). Kanada'da toplum örneklemi üzerinde yapılan bir çalışmada, sosyal kaygı bildiren kişiler cinsiyet farkına göre kıyaslandığında; kadınların daha az istihdam edildiğini ve istihdam edilenler arasında tam zamanlı olarak istihdam edilme olasılıklarının daha düşük olduğu ve daha düşük kişisel gelire sahip olduklarını saptanmıştır (156). Lampel ve arkadaşları erkeklerde mesleki bozulmaların daha fazla olduğunu bulmuş (157), Merikangas ve arkadaşları ise mesleki bozulmalar açısından cinsiyet farkının olmadığını belirtmiştir (158). Yaptığımız çalışmada kadınlarda SF-36 genel sağlık dışında alt ölçek puanları istatiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük çıktığı bulundu. Çalışmamızda cinsiyet SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı için kurulan hiyerarşik regresyon modeline eklendiğinde, SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçeği için istatiksel açıdan anlamlı derecede yordayıcı olmadığı, varyansa katkı sağladığı görülmüştür.

SAB olanlarda eştanı varlığında semptom şiddetinde artış, tedavi direnci, işlevsellikte kayıp ve daha yüksek intihar oranları bildirilmiştir (120,131,132). Başka çalışmalara bakıldığında sosyal anksiyete bozukluğu ve majör depresyon birlikte ortaya çıktığında, daha fazla işlevsel bozulma, daha kötü prognoz (121; 127), daha yüksek alkol ve madde bağımlılığı riski (159) ve daha yüksek intihar oranları ile sonuçlanır (160). Yapılan epidemiyolojik bir çalışmada SAB'de komorbidite varlığında yeti yitiminin şiddeti ve yaşam kalitesindeki azalmanın daha yüksek olduğu bildirilmektedir (161). Ülkemizde Koyuncu ve ark. yaptığı bir çalışmada komorbiditesi olan SAB'li grupta komorbiditesi olmayan gruba göre işlevsellik kaybının daha yüksek olduğu görülmüştür (130). Wittchen ve ark yaptığı bir çalışmada pür SAB, eşik altı SAB, eştanılı SAB olarak gruplara ayrılarak SF-36 puanları karşılaştırılmış, SF-36 puanları eş tanılı SAB grubunda istatiksel ($p<0,01$) olarak anlamlı olacak şekilde düşük olduğu görülmüştür (142).Yaptığımız çalışmada

eştanılı SAB grubunda SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite, SF-36 Ruhsal Sağlık, SF-36 Ağrı, SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçek puanları pür SAB grubuna göre daha düşük olduğu, liebowitz total puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda PHQ alt ölçek puanlarıyla SF-36 alt ölçek puanları arasında ters yönlü korelasyon, liebowitz total puanı arasında aynı yönlü korelasyon olduğu görüldü. SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanının etkileyen değişkenleri bulmak için kurulan hiyerarşik regresyon analizine PHQ alt ölçek puanları eklendiğinde modelin varyansında %15 artış olduğu ve model 5'te PHQ depresyon alt ölçeğinde 1 birimlik artışın SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanında 1,935 puan düşürdüğü görülmüştür. Bu sonuçlar genel olarak literatürü destekler niteliktedir.

Reddedilme duyarlılığı, çevresel deneyimler yoluyla gelişir (162) ve araştırmalar, ebeveynler veya akranlar tarafından reddedilme öyküsü olan kişiler arasında meydana geldiğini ortaya koymaktadır (163,164). Ayduk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, reddedilme duyarlığı yüksek olan insanların, kaygılı reddedilme beklentilerinin olduğu ve kişilerarası ve kişisel stres bağlamında riskli oldukları belirtilmiştir. Diğerleri tarafından kabul edilme ve ait olma ihtiyaçlarına yönelik insanların korkuları ya onların ilişkilerinin bitmesine ya da iyi oluşlarını sağlayacak şekilde davranmalarına neden olabilmektedir. Önemli diğerlerinden kabul beklentisinde olan kişilere göre, reddedilme beklentili kişiler ilişkilerinde daha saldırganca ve düşmanca eğilimler göstermektedirler. İlişkilerinde daha problemli ve hoşnutsuzdurlar ve bu sebeple kısa bir zaman içerisinde yalnızlığa, sosyal kaygıya ve depresyona girmeye eğilim gösterirler (76). Başkaları tarafından tanınmayı isteyen kırılgan narsistler, bu arzuları yerine getiremeyen durumlardan kaçınma eğilimindedir, bu da reddedilmenin öngörüldüğü ve kaçınıldığı reddedilme duyarlılığıyla yakından ilgilidir (165).

Kore'de Park ve arkadaşlarının ergenler üzerinde yaptığı bir çalışmada; kırılgan narsisizm ile sosyal kaygı, kırılgan narsisizm ile reddedilme duyarlılığı, reddedilme duyarlılığı ile sosyal kaygı arasında anlamlı pozitif ilişkiler olduğunu ve reddedilme duyarlılığının, gizli narsisizmin sosyal kaygı üzerindeki etkisine önemli ölçüde aracılık ettiğini saptamışlardır. Başka bir deyişle, kırılgan narsisistik eğilimleri olan kişiler, kendilerini anlamakta ve tanımakta daha fazla zorlandıkları için başkalarının kendilerini nasıl değerlendirdiğine daha duyarlıdır ve bu da

kişilerarası ilişkilerde daha fazla kaygıya neden olur (166). Özellikle reddedilme duyarlılığı ve sosyal kaygı, algılanan veya gerçek kişilerarası tehdit durumlarındaki duygulara atıfta bulunur. Reddedilme duyarlılığına odaklanmak, odağı sosyal kaygının genel kendini sunma kaygılarından, başkaları tarafından reddedilme ve dışlanmayla ilgili beklentiler ve bu beklentilerle ilgili kaygılara özel bir odaklanmaya daraltır. Sosyal anksiyete belirtileri, bireylerin sosyal etkileşimlere ve sosyal olaylara nasıl tepki verdiklerine odaklanırken, reddedilme duyarlılığı başkalarının tepkilerindeki beklentilere odaklanır. (167,168). Bazı kavramsal benzerlikleri paylaştıkları için, sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında reddedilme duyarlılığının semptom şiddeti ve işlevsellik kaybıyla ilişkili olabileceğini düşünmek şaşırtıcı olmayabilir.

Çalışmamızda RDÖ puanları ile SF-36 Genel Sağlık dışında SF-36 alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunmadığı, RDÖ ile SF-36 Genel Sağlık alt ölçek puanı arasında ters yönlü, Liebowitz total puanları ile arasında ise aynı yönlü korelasyon olduğu görülmüştür. SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı için kurulan hiyerarşik regresyona RDÖ eklendiğinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmadığı görüldü. Harb ve ark. yaptığı çalışmada SAB olan grupta kontrol grubuna göre kişilerarası reddedilme duyarlılığı ölçek puanları daha yüksek olduğu, SAB'li grupta kişilerarası reddedilme duyarlığı ölçek puanları yükseldikçe işlevsellik kaybının arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir (169). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada reddedilme duyarlılığı ile sosyal kaygı arasında aynı yönlü korelasyon olduğu gösterilmiştir (78). Gemberk ve arkadaşlarının ergenler üzerinde yaptığı 5 yıllık bir takip çalışmasında; reddedilme duyarlılığı en yüksek olan ergenler, en yüksek düzeyde sosyal kaygı belirtilerine sahipti ve yüksek reddedilme duyarlılığı, sosyal kaygı belirtilerinin artması ve devam etmesi ile ilişkili bulundu (170). Gardner ve arkadaşlarının 17-27 yaş arası sağlıklı kişiler arasında yaptığı 1 yıllık takip çalışmasında reddedilme duyarlılığı artıkça, anksiyete belirtilerinin ve duygu düzenleme güçlüğünün arttığı, duygu düzenleme güçlüğünün artan semptomları öngördüğü, artan semptomların sosyal kaçınmayı öngördüğünü gösterdi (171).

Mennin'in duygu düzenleme modelinde kaygı bozukluklarında 1) duygusal yoğunluğunun oldukça fazla olduğunu, 2) kendi duygu süreçlerine karşı tepkisel

olduklarını, 3) duygularını anlamak, ayırt etmek hususunda ve 4) duygularını yönetmede zorluklarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Bu teoriyi destekleyen veriler öncelikle YAB olan bireylere odaklanmıştır (172-174). Ancak yapılan bu çalışmalar, sosyal kaygının duygu düzenleme süreçlerinde benzer zorluklarla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir (175). Turk ve ark. yaptığı benzer bir çalışmada üniversite öğrencilerinde sosyal kaygı belirtileri yaşayan kişiler duygu düzenleme güçlüğü açısından kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, duyguları tanımada ve ifade etmekte, duygularını yönetme stratejilerinde zorluk yaşadıkları, kontrol grubu ve YAB olan bireylerle karşılaştırıldığında ise olumlu duyguları daha az ifade ettikleri, duyguları ifade etmekte zorlandıkları ve duygulara daha az dikkat ettikleri görülmüştür (90). Kashdan tarafından 19 çalışmanın meta analizi yapılmış, sosyal kaygısı yüksek olan kişilerin daha az sıklıkta ve yoğunlukta pozitif duygular arasında orta düzeyde bir ilişki bulmuştur (176). Masters ve arkadaşlarının ergenler üzerinde yaptığı 3 yıllık bir takip çalışmasında, duygu düzenleme güçlüğü yaklaşık 1 yıl sonra daha yüksek sosyal anksiyete belirtileri ile ilişkilendirildi ve sosyal anksiyete de 1 yıl sonra artan duygu düzenleme güçlüğünü öngördü (177). Küçük bir araştırma grubu SAB'nin farklı duygu düzenleme kalıplarıyla ilişkili olduğunu ve bunun sosyal tehdite özgü olduğu fikrini desteklemektedir. Çalışmada SAB'li bireylerde kontrol grubuna göre sosyal tehdit ile karşılaştığında duygu düzenleme için bilişsel-dilsel stratejileri daha az etkili kullandıkları, fiziksel tehdit ile karşılaşmada duygu düzenleme açısından her iki grupta fark olmadığı bulunmuştur (178). Yapılan başka bir araştırmada sosyal kaygı belirtileri gösteren bireylerde, sosyal kaygı puanları artıkça ddgö total ve alt ölçek puanlarının arttığı görülmüştür (179). Klinik örneklem üzerinde yapılmış bir çalışmada SAB olanlar kontrol grubuyla karşılaştırıldığında DDGÖ total ve alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (180). Yaptığımız çalışmada da literatürü destekler nitelikte ddgö total ve alt ölçek puanları artıkça liebowitz total puanlarının arttığı görüldü. Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda yapılmış bir çalışmada; olumsuz duyguları düzenleme inançları, hastalık şiddetiyle negatif, yaşam kalitesiyle pozitif ilişkisi olduğu gösterilmiştir (181). Kashdan ve ark. duygu düzenleme bozukluğunun belirli yönlerinin, özellikle yaşantısal kaçınmanın, SAB'li bireyler arasında düşük yaşam kalitesine katkıda bulunabileceğini öne sürmektedir. Yaşantısal kaçınma, istenmeyen düşünce, duygulara olumsuz tepki verme eğilimi ve

bunlara eşlik eden sıkıntıları kontrol etme veya bunlardan kaçınma isteği olarak tanımlanmaktadır (182). Kashdan ve Steger, sosyal kaygısı yüksek kişilerin, kaygılarını yönetmek için bastırmayı kullandıkları günlerde en az olumlu olay bildirdiklerini göstermiştir. Aşırı bastırma kullanımı, sosyal kaygısı yüksek kişilerin olumlu deneyimleri üzerinde küresel bir olumsuz etkiye de sahip olabilir (183). Üniversite öğrencileri arasında yapılmış bir çalışmada, on dört gün günlük tutulmuş, özellikle sosyal kaygısı yüksek kişilerin pozitif bastırmayı daha sık kullandıkları ve bu stratejinin kullanımı daha az pozitif duygulara ve daha az pozitif sosyal olaya (ertesi gün) yol açmıştır (184). Cisler ve arkadaşlarının (2010) modeline göre zamanla, kronik uyumsuz duygu düzenleme kalıplarının (örneğin, bastırmaya aşırı güvenme ve olumsuz yeniden değerlendirme) artan korkuyla sonuçlandığını, bunun da kaçınmaya yol açtığını ve yüksek düzeyde kaygıyı sürdürmeye hizmet ettiğini öne sürmektedirler. Bu duygu düzenleme stratejilerine sürekli olarak katı bir şekilde güvenmenin SAB hastalarında tipik olarak görülen okul, iş ve ilişkilerde bozulma türlerine yol açtığı varsayılmaktadır (88). Yaptığımız çalışma SAB'li hastalarda duygu düzenleme güçlüğü ile işlevsellik ilişkisini inceleyen ilk çalışma olup, DDGÖ total puanı ile SF-36 fiziksel rol güçlüğü dışında SF-36 alt ölçek puanları ile negatif yönlü korelasyon olduğu görüldü. DDGÖ total puanının SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanına etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmadığı, varyansa katkısı olduğu görülmüştür. Çalışmamız literatürü destekler nitelikte olup çalışma alanını genişletmiştir.

Hem geçmişte yapılmış çalışmalar hem de son zamanlarda sosyal anksiyetenin yeniden formüle edilmesinde tartışılan sosyal anksiyete ve narsisistik özellikler arasındaki güçlü örtüşme (40,41,185) ne DSM'de ne de ICD'de ele alınmamıştır. Kırılgan narsisizm, sosyal kaygı ile pek çok benzerliğe sahiptir; kırılgan narsisistik bireyler, utangaç, endişeli, eleştiriye karşı aşırı duyarlı ve utanç yaşamaya daha yatkın olarak tanımlanır (186). Hoffman narsisizmi sosyal kaygının temel bir özelliği olduğunu ve yüksek narsisizmin tüm sosyal olarak endişeli bireylerde görüleceğini, sosyal kaygılı bireylerde sosyal etkileşimlerin nasıl gelişmesi gerektiği ve diğerlerinin onlara nasıl tepki vermesi gerektiğine dair beklentilerinin onların büyüklenmeci benliklerine dayandığını öne sürdü (41). Masterson gizli narsisizm ile sosyal kaygı arasında güçlü bağlantılar olduğunu belirtmiştir (54).

Kırılgan narsisizmin düşük benlik saygısı ve büyüklenmeci narsisizmden farklı olarak yüksek kaçınma motivasyonuyla ilişkili olduğu ifade edilmiştir (187). Diğerleri tarafından değerlendirildiğini hissettiğinde kırılgan narsistler kolayca kırılabilmekte ve kaçınma davranışı gösterebilmektedir (69). Masterson, kırılgan narsistin, narsisistik yaralanmaya karşı savunmasının sıklıkla başarısız olduğunu ve kırılgan narsistin savunmanın sürekliliğini sürdürme kapasitesine sahip olmadığını öne sürmüştür. Sosyal kaygılı bireyler gibi, kırılgan narsistler de sosyal ilişkilerin hiyerarşik doğasının yoğun bir şekilde farkında olarak görülürler ve sosyal rütbe algılarına aşırı duyarlıdırlar (54). Wolven ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma daha kırılgan narsisistik özelliklere sahip kişilerin, kişilerarası reddedilme ve başarısızlık gibi tehdit edici bir durumun ardından daha fazla olumsuz duygulanım bildirdiklerini göstermektedir (188). Kendilik algıları tehdit edildiğinde, yoğun öfke veya kıskançlık yaşamak yerine, kırılgan narsistler duygulanım düzensizliklerinin bir sonucu olarak yoğun bir utanç duygusu yaşarlar ve reddedilmeye, eleştiriye karşı aşırı duyarlılıkları nedeniyle kişilerarası ilişkilerden kaçınırlar. (57) Morf ve Rhodewalt narsisizmi, büyüklenmeci ama kırılgan bir benlik kavramına dayanan bir kişilik süreci olarak tanımlamıştır (189). Sağlıklı bir benliğe sahip bir bireyin, içsel olarak duygularını düzenleyebileceği, kişilerarası ilişkileri sürdürebileceği, kendini ve önemli diğerlerini ayırt edebileceği ve değer verebileceği varsayılmaktadır (190). Benlik yapısı kırılgan olduğunda, kişi içsel rahatlık ve saygınlık duygusunu sürdürmekte daha fazla güçlük yaşar ve bu nedenle daha kolay yaralanır veya incinir (narsisistik açıdan daha savunmasızdır) ve başkalarının saygısına, onayına daha fazla bağımlıdır (191-194). Kırılgan narsisizm eğilimleri yüksek olan kişilerin reddedilmeye maruz kaldıklarında daha fazla duygusal tepki gösterdikleri saptanmıştır (195,196). Zhang ve arkadaşlarının 2015 ve 2017'de üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarda, kırılgan narsisizm ile duygu düzenleme güçlüğünün pozitif yönlü korelasyon gösterdiğini bulmuştur (197,198). Atlas ve arkadaşlarının yaptığı, narsisizm ve eleştiriye hassasiyet arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada; kırılgan narsistik özellikler gösteren katılımcıların performanslarına yönelik geri bildirim almayı reddettikleri, eleştiriye karşı hassasiyetlerinin olduğu, aşırıya kaçan geri bildirim durumlarına karşı negatif duyguların içselleştirmesiyle yanıt verdikleri, performanslarını rumine ettikleri ve performanslarına düşük puanlar verdikleri

gözlenmiştir. (199) Türkiye'de yapılmış bir çalışmada kırılgan narsistik özelliklere sahip kişilerin, daha yüksek düzeyde utanç, öfke ve duygu düzenleme güçlükleri yaşadıklarını ve yaşam doyumlarının daha az olduğu gösterilmiştir (200). Elibol ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada rededdilme duyarlılığının ve duygu düzenleme güçlüğünün kırılgan narsisizm için yordayıcı olduğunu bulmuştur (201).

Kırılgan narsisizmin birçok özelliği, sosyal kaygı eğilimleriyle ortaktır. Kırılgan narsisistik kişilikte, büyük benlik yanılsaması ve kararsız benlik saygısı gibi sosyal kaygıyı öngörebilen işlevsiz faktörler vardır. Kırılganlık önemli bir faktör olduğundan, sosyal kaygıya yol açması oldukça muhtemeldir. Ayrıca olumsuz bir olay meydana geldiğinde olayın nesnel yönlerine dikkat edemezler, benlik saygısı veya incinme tehditlerine dikkat ederek gerçeğin anlamını değiştirmeye eğilimlidirler, kolayca utanç ve aşağılanma hissederler, ancak olumsuz değerlendirilme korkusu nedeniyle duygusal ifadeyi bastırma eğilimindedir (202). Kırılgan narsisizmi olan kişilerin iyi bir izlenim bırakmak için yüksek motivasyona sahip oldukları, ancak sosyal durumlarla baş etme yetenekleri düşük olduğu için sosyal kaygı belirtileri gösterme eğiliminde olmaları, Leary ve arkadaşlarının kendini sunum modeli ile açıklanmaktadır. Kırılgan narsisizmi olan kişilerin büyük benlik fantezileri vardır ve olumsuz geri bildirimlere karşı çok savunmasızdırlar ve sosyal hedefleri, iyi görünmek ve herhangi bir olumsuz geri bildirim almamaktır. Ancak bu hedef o kadar gerçekçi değildir ki, bu kriteri karşılayan geri bildirim alma şansı düşüktür ve sosyal durumlarda sık sık gerilemeler ve başarısızlıklar yaşarlar (203). Kırılgan narsisizmin, sosyal fobinin bir semptomuna dönüşebilecek bir kırılganlık faktörü olarak hareket ettiği düşünülmektedir. Narsisizm, yaşamın erken dönemlerinde gelişen bir kişilik özelliği, sosyal anksiyete bozukluğu ise bir tür belirti bütünüdür ve en sık olarak geç çocukluktan erken ergenlik döneminde başladığı bilinmektedir. Dolayısıyla ilk ebeveynlik ortamından dolayı kırılgan narsisizm eğiliminde olan çocukların gelişim sürecinde stresörler karşısında sosyal anksiyete belirtisi geliştirdiği görülmektedir (202). Tüm bu yapılan çalışmalara bakıldığında sosyal anksiyete bozukluğunun kökü narsisistik arzu veya kırılgan narsisizm ise, (41,202) kırılgan narsisizmin sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında işlevsellik kaybının temel yordayıcısı olabileceği hipotezini kurduk.

Schurman, narsisizm, utanç ve sosyal kaygı arasındaki ilişkiyi ampirik olarak incelemiş, KNÖ puanı ile sosyal kaygı puanları arasında aynı yönlü korelasyon olduğunu saptamıştır. Schurman, sosyal kaygılara neden olan sosyal başarısızlıkların narsisistik savunmalara, özellikle de kırılgan narsisistik özelliklere neden olduğu sonucuna varmıştır (204). Üniversite öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada kırılgan narsisizm ile sosyal kaygı arasındaki ilişkide içselleştirilmiş utanç ve sosyal özyeterliğin aracı rol oynadığı bulunmuştur (205). Kore'de üniversite öğrencilerinde yapılmış başka bir çalışmada, kırılgan narsisizmi ile sosyal fobi arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak ve kırılgan narsisizminin sosyal öz-yeterlik yoluyla sosyal fobiyi etkileyebileceğini ortaya koymuştur (202). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada kırılgan narsisizm ile liebowitz kaygı ve kaçınma puanları arasında aynı yönlü korelasyon olduğu görülmüştür (206). Toplum örneklemi üzerinde yapılmış bir tez çalışmasında sosyal anksiyete bozukluğu gruplara ayrılmış 3 farklı narsistik sosyal anksiyete grubu ve 1 genel sosyal anksiyete grubu belirlenmiştir. Narsistik olarak belirlenmeyen sosyal anksiyete grubu bile kırılgan narsisizm ölçek puanı ile orta düzeyde ilişki içinde olduğu ve tüm örneklem üzerinde sosyal kaygı puanları ile kırılgan narsisizm ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu ve kırılgan narsistik eğilimleri yüksek olan sosyal kaygılı bireylerde daha fazla depresyon, anksiyete belirtisi ve aleksitimi görülmüştür (207).

Kore'de Yuri ve arkadaşlarının ergenler üzerinde yaptığı bir çalışmada; kırılgan narsisizm ile sosyal kaygı arasında pozitif ilişki olduğu, kırılgan narsisizm ile akademik öz-yeterlilik ve okul yaşamına uyum arasında negatif ilişkiler olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışma, kırılgan narsisizm eğiliminin akademik başarıyı ve sınav kaygısını etkilediğini ve akademik öz-yeterlik duygusu düşük olduğunda öğrenme motivasyonunun ve problem çözme yeteneğinin de düşük olduğunu ortaya koymaktadır (208). Yaptığımız araştırmada sosyal anksiyete bozukluğu bulunan hastalarda KNÖ puanıyla liebowitz toplam puanı arasında aynı yönlü korelasyon olduğu, SF-36 emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı alt ölçek puanları arasında ters yönlü korelasyon olduğu görülmüştür. SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçeği için yapılan hiyeraşik regresyon modelinde ilk modelde KNÖ'de bir birim artışın SF-36 sosyal işlevsellik puanını 1,575 düşmeye neden olduğu saptanmış ve modele diğer değişkenler eklendiğinde KNÖ puanlarının SF-36 sosyal işlevsellik alt

ölçek puanını istatiksel açıdan anlamlı derece yordamadığı, sadece varyansa katkı sağladığı görülmüştür. Bulduğumuz bu bulguların, kurduğumuz ikinci hipotezi desteklemediği görülmüştür. Kırılgan narsisistik özellikleri daha fazla olan kişilerde onaylanma ihtiyacı ile kendi durumlarının olduğundan daha iyi göstermek adına ölçek puanlarına yanlı cevaplar vermiş olabilirler.

Yaptığımız çalışma kırılgan narsisizm ile sosyal kaygı ilişkisini klinik örneklem üzerinde inceleyen ilk çalışma olmakla beraber daha önce toplum örneklemi üzerinde yapılmış çalışmaları desteklemesi ve genişletmesi açısında önemlidir. Literatüre bakıldığında sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında kırılgan narsisizm ile işlevsellik ilişkisini inceleyen bir çalışma olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır: Hasta grubunun yalnızca İstanbul'un belli bir bölgesine hizmet veren bir dal hastanesine tedavi amacıyla başvuran kişilerden oluşması ve SAB olan kişilerin daha az doktor başvurusu olması sebebiyle çalışmanın genellenebilirliği kısıtlanmaktadır. İleride yapılacak çalışmaların çok merkezli hastadan oluşması, örneklem çeşitliliği bakımında faydalı olacağı düşünülmektedir. Daha geniş örneklemli yapılacak çalışmaların, özellikle belirleyiciliği saptamak amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizinde daha doğru sonuç vereceği düşünülmektedir. Hasta grubunun hem kırılgan narsisizm hem de sosyal anksiyete bozukluğu için onaylanma ihtiyacı olması nedeniyle sorulara kendi durumlarını daha iyi göstermek adına yanlı cevaplar verilmiş olabilir. Sosyal anksiyete bozukluğu başlama yaşı geriye dönük hatırlama gerektirdiği için çalışmanın kısıtlıklarındandır. Ölçek maddelerinin doğru değerlendirilmesi, bireyin psikolojik içebakışının olmasını gerektirmektedir. Tüm katılımcılarda bu özellik bulunmayabilir.

6. SONUÇLAR

1. Çalışmamızda SAB hastalarında kadınlar erkeklerle karşılaştırıldığında SF-36 alt ölçek puanlarının her birinden daha düşük puan almıştır. Katılımcılar arasında semptom şiddeti ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmamıştır.

2. Sosyal anksiyete bozukluğu başlama yaşı ile SF-36 alt ölçek puanları arasında istatiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Sosyal anksiyete bozukluğu başlama yaşı ile liebowitz toplam puanları arasında ters yönlü korelasyon olduğu görülmüştür (p:0,038).

3. PHQ-somatik, depresyon, anksiyete alt ölçek puanları ile işlevsellik arasında ters yönlü, semptom şiddetiyle aynı yönlü korelasyon bulunmaktadır. PHQ-depresyon alt ölçek puanı SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanını için yordayıcıdır. (β=-1,935; p:0,010).

4. Reddedilme duyarlılığı genel sağlık algısı dışında işlevsellikle ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Katılımcılarda reddedilme duyarlılığı ile semptom şiddeti arasında aynı yönlü korelasyon bulunmaktadır (p:0,021).

5. Duygu düzenleme güçlüğü toplam puanı ile SF-36 fiziksel rol güçlüğü dışında işlevsellikle arasında ters yönlü korelasyon olduğu bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüğünün SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanına etkisine hiyerarşik regresyonla bakıldığında varyansa katkısı olduğu görülmüştür.

6. Kırılgan narsisizmin tek başına bakıldığında SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçeği için yordayıcı olduğu (p:0,03), hiyerarşik regresyon modeli oluşturulduğunda SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçeği üzerindeki etkisini kaybettiği, modelin varyansına katkı sağladığı görülmüştür. Kırılgan narsisizm artıkça ve semptom şiddetinin arttığı bulunmuştur (p:0,000).

7. KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri El Kitabından, Çev.Yay.Yön Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
2. Işık E, Taner Y. Çocuk, Ergen Ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print, 2006; S.409-424
3. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social Phobia. Review Of A Neglected Disorder. Arch Gen. Psychiatry 1985: 42: 729-36.
4. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik Ve Ayırıcı Tanı. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2000;3:3-21.
5. N Dilbaz, H Güz Sosyal Kaygı Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları. Nöropsikiyatri Arşivi, 2002; 39(2-4):79-86.
6. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S Ve Ark. Age Of Onset Of Mental Disorders: A Review Of Recent Literature. Curr Opin Psychiatry. 2007; 20:359-364.
7. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek ZT (Ed.). Ankara: Aydoğdu Ofset, T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997
8. Lampe, L., Slade, T., Issakıdıs, C. & Andrews, G. (2003). Social Phobia İn The Australian National Survey Of Mental Health And Well-Being (NSMHWB). Psychological Medicine, 33, 637–646
9. Dilbaz N, Güz H. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi; Anksiyete Bozuklukları; Turkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; Ankara; 2006; S.185-212.
10. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, Mcgonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, Simple Phobia And Social Phobia İn The National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 159-68
11. Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social Fears And Social Phobia İn A Community Sample Of Adolescents And Young Adults: Prevalence, Risk Factors And Co-Morbidity. Psychol Med 1999; 29: 309-23.
12. Turner SM, Beidel DC, Roberson-Nay R. Offspring Of Anxious Parents: Reactivity, Habituation, And Anxiety-Proneness. Behav Res Ther 2005; 90 43: 1263-79
13. Solmaz D, Gökalp PG, Babaoğlu AN. Sosyal Fobide Klinik Özellikler Ve Eş Tanı. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10: 207-14
14. Davidson JR, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The Epidemiology Of Social Phobia: Findings From The Duke Epidemiological Catchment Area Study. Psychol Med. 1993;23(3):709–18.
15. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social Phobia. Comorbidity And Morbidity İn An Epidemiologic Sample. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 282-8.
16. Lecrubier Y, Weiller E. Comorbidities İn Social Phobia. Int Clin Psychopharmacol 1997; 12 (Suppl. 6): 17-21.
17. Tillfors M, Furmark T, Marteinsdottir I, Fredrikson, M (2002). Cerebral Blood Flow During

Anticipation Of Public Speaking İn Social Phobia: A PET Study. Biological Psychiatry 52, 11, 1113- 1119.

18. Lorberbaum JP, Kose S, Johnson MR, Arana GW, Sullivan LK, Hamner MB, Ballenger JC, Lydiard RB, Brodrick PS, Bohning DE, George MS (2004). Neural Correlates Of Speech Anticipatory Anxiety İn Generalized Social Phobia. Neuroreport 15, 18, 2701-2705
19. Klumppa H, Angstadt M, Nathan J. P, Luan P.K. Amygdala Reactivity To Faces At Varying İntensities Of Threat İn Generalized Social Phobia: An Event-Related Functional MRI Study. Psychiatry Research.2010; 183(2), 167-169.
20. Malizia AL. PET Studies İn Experimental And Pathological Anxiety. J Psychopharmacol.1997; 11(3):88.
21. Yüksel N. Psikofarmakoloji.İç:Yüksel N.Editör.Ankara.Ada Basın Yayın Ltd. Şti. 2016.S.334-376
22. Keller MB. The Lifelong Course Of Social Anxiety Disorder: A Clinical Perspective. Acta Psychiatr Scand [Internet].2003;108(417):8594.Availablefrom:Http://Ezproxy.Usherbrooke.Ca/Login?Url=Https://Search.Ebscohost.Com/Login.Aspx?Direct=True&Db=Mn H&AN=12950439 &Site=Ehost-Live
23. Cervenka S, Hedman E, Ikoma Y, Djurfeldt DR, Rück C, Halldin C, Lindefors N (2012). Changes İn Dopamine D2- Receptor Binding Are Associated To Symptom Reduction After Psychotherapy İn Social Anxiety Disorder. Translational Psychiatry 2, 5, E120
24. Blair K, Geraci M, Devido J, Mccaffrey D, Chen G, Vythilingam M, Ng P, Hollon N, Jones M, Blair RJ, Pine DS (2008). Neural Response To Self- And Other Referential Praise And Criticism İn Generalized Social Phobia. Archives Of General Psychiatry 65, 10, 17.
25. 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):91–100.
26. Reich J, Yates W. Family History Of Psychiatric Disorders İn Social Phobia. Compr Psychiatry 1988;29(1):72-5.
27. Stein MB, Chartier MJ, Hazen AL, Kozak MV, Tancer ME, Lander S, Et Al. A Direct-İnterview Family Study Of Generalized Social Phobia. Am J Psychiatry 1998; 155(1):90-7.
28. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The Genetic Epidemiology Of Phobias İn Women. The İnterrelationship Of Agoraphobia, Social Phobia, Situational Phobia, And Simple Phobia. Arch Gen Psychiatry 1992;49(4):273-81
29. Van Ameringen M, Mancini C, Oakman JM. The Relationship Of Behavioral İnhibition And Shyness To Anxiety Disorder. J Nerv Ment Dis 1998; 186: 425-31
30. Fyer AJ, Mannuzza S, Gallops MS, Martin LY, Aaronson C, Gorman JM Ve Ark. Familial Transmission Of Simple Phobias And Fears. A Preliminary Report. Arch Gen Psychiatry 1990;47(3): 252-6.
31. LIEB, R. L., Wittchen, H., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. Ve Merikangas, K. R. (2000), "Parental Psychopathology, Parenting Styles, And The Risk Of Sicial Phobia İn Offspring: A

Prospective-Longtitudinal Community Study", *Archives Of General Psychiatry,* 57, 859-866.

32. PELEG-POPKO, O. Ve Dar, R. (2001), "Marital Quality, Family Patterns, And Children's Fears And Social Anxiety", *Contemporary Family Therapy*, 23(4), 465-487.
33. Gabbard GO. Stage Fright Int. J Psycho-Anal, 2003, 60:383-392.
34. Freud, S. (1914/1953). On Narcissism: An Introduction (A. Strachey, Trans.). In J. Strachey (Ed.), The Standard Edition Of The Complete Psychological Works Of Sigmund Freud (Vol. 14, Pp. 67-102). London: Hogarth Press)
35. Fenichel O. The Psychoanalytic Theory Of Neurosis. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co; 1946
36. Kaufman MR. A Clinical Note On Social Anxiety 1941:Psychoanal Rev;28:72- 77).
37. Schilder, P. (1938). The Social Neurosis. Psychoanalytic Review, 25, 1-19. Retrieved From Http://Search.Ebscohost.Com/Login.Aspx?Direct=True&Db=Psyh&AN=1938- 02478-001&Site=Ehost-Live)
38. Gabbard, G. O. (1979). Stage Fright. International Journal Of Psycho-Analysis, 60, 383-392. Retrieved From Http://Search.Ebscohost.Com/Login.Aspx?Direct=True&Db=Psyh&AN=1991-57539-001&Site=Ehost-Live
39. Gabbard, G. O. (1992). Psychodynamics Of Panic Disorder And Social Phobia. Bulletin Of The Menninger Clinic, 56, 3-13. Retrieved From Http://Search.Ebscohost.Com/ Login.Aspx? Direct=True&Db=Psyh&AN=1992-39396-001&Site=Ehost-Live
40. Hoffmann, S. O. (1999). Die Phobischen Störungen (Phobien). Eine Übersicht Zum Gegenwärtigen Verständnis İhrer Psychodynamik Und Hinweise Zur Therapie. [The Phobic Disturbances (Phobias). A Survey Of The Actual State Of Psychodynamic Concepts And Remarks On Therapy.]. Forum Der Psychoanalyse: Zeitschrift Für Klinische Theorie & Praxis, 15, 237-252. Doi:10.1007/S004510050064
41. Hoffmann, S. O. (2002). Die Psychodynamik Der Sozialen Phobien: Eine Ãœbersicht Mit Einem Ersen 'Leitfaden' Zur Psychoanalytisch Orientierten Psychotherapie [The Psychodynamics Of The Social Anxiety Disorder: An Overview With A First "Guide" For Psychoanalytically Oriented Psychotherapy]. Forum Der Psychoanalyse: Zeitschrift Für Klinische Theorie & Praxis, 18, 51-71. Doi:10.1007/S00451-002-0115-4
42. Cloitre MT, Shear MK. Social Phobia: Psychodynamic Perspectives, MB Stein (Ed), APP Inc, Washington, 1994; 163-187.
43. Türkçapar MH. Sosyal Fobinin Psikolojik Kuramı. Klin Psikiyatr Derg. 1999;2:247–53.
44. Clark DM, Wells A (1995) A Cognitive Model Of Social Phobia. Social Phobia: Diagnosis, Assessment And Treatment. Heimberg, Liebowitz, Hope Ve Ark. (Ed) The Guilford Press, New York.
45. Özsaydın, S. (1984). Psikiyatri Sanal Matbaacılık, Cilt:7, İstanbul.
46. İlkay, E. (2002). Cerrahpaşa Psikiyatri. İstanbul Üniversitesi, Yayın No: 4326, İstanbul. Hyman, Steven (1989), Acil Psikiyatri, Çev: İ. Doğaner, A. Ayan, Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova,

No:133, İzmir.

47. Dorland, W. A. Newman (1986), The American İllustrated Medical Dictionary, Press. Sounders Company, 22. Edition, Philadelphia.
48. Levy, K. N., Ellġson, W. D., & Reynoso, J. S. (2011). ‘‘A Historical Review Of Narcissism And Narcissistic Personality’’. In W. K. Campbell & J. D. Miller (Eds.), The Handbook Of Narcissism And Narcissistic Personality Disorder, Theoretical Approaches, Empirical Findings, And Treatments, (Pp. 3-13). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc
49. Grenyer, B. F. S. (2013). ’’Historical Overview Of Pathological Narcissism’’. In J.S. Ogrodniczuk (Ed.), Understanding And Treating Pathological Narcissism. Washington, DC: American Psychological Association, P.15-26
50. Freud, S. (1914). On Narcissism: An İntroduction. [E-Kitap Sürümü] Https://Www.Sigmundfreud.Net/On-Narcissism-Pdf-Ebook.Jsp
51. Kohut, H. (1971). The Analysis Of The Self, New York: International Universities Press.
52. Gabbard, G. O. (2000). Psychodynamic Psychiatry İn Clinical Practice. New York: American Psychiatric Publishing Incorporated
53. Kernberg, O. F. (1975). Borderline Conditions And Pathological Narcissism, New York, NY, Jason Aronson
54. Masterson, J. F. (1993). The Emerging Self: A Developmental Self And Object Relations Approach To The Treatment Of The Closet Narcissistic Disorder Of The Self. New York, NY: Brunner/Mazel.
55. Kohut, H. (1972).’’Thoughts On Narcissism And Narcissistic Rage’’, The Psychoanalytic Study Of The Child, Cilt 27, Sayı 1, Ss.360-400
56. Gunderson, J. G., Ronnıngstam, E. Ve Smıth, L. E. (1991). ‘’Narcissistic Personality Disorder: A Review Of Data On DSM-III-R Descriptions’’, Journal Of Personality Disorders, Cilt 5, Sayı 2, Ss.167-177
57. Pıncus, A.L. Ve Lukowıtsky, M.R. (2010). ‘’Pathological Narcissism And Narcissistic Personality Disorder’’, Annual Review Of Clinical Psychology, Sayı 6, Ss.421-446
58. Akhtar, S., & Thomson, J. A. (1982). Overview: Narcissistic Personality Disorder. The American Journal Of Psychiatry, 139(1), 12-20
59. Bateman, A. W. (1998). Thick- And Thin-Skinned Organizations And Enactment İn Borderline And Narcissistic Disorders. The International Journal Of Psychoanalysis, 79(1), 631-638.
60. Britton, R. (2000). Hyper-Subjectivity And Hyper-Objectivity İn Narcissistic Disorders. Fort Da: The Journal Of The Northern California Society For Psychoanalytic Psychology, 6, 18-23.
61. Cooper, A.M. (1981). Narcissism. S. Arieti, H. Keith, & H. Brodie, (Eds.), American Handbook Of Psychiatry İçinde (4, 297–316). New York: Basic Books
62. Gabbard, G. O. (1989). Two Subtypes Of Narcissistic Personality Disorder. Bulletin Of The Menninger Clinic, 53(6), 527-532
63. Masterson, J. F. (1981). The Narcissistic And Borderline Disorders: An İntegrated Developmental

Approach. New York, NY: Brunner/Mazel.

64. Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological Narcissism And Narcissistic Personality Disorder. Annual Review Of Clinical Psychology, 6, 421-446.

65. Rosenfeld, H. (1987). Narcissistic Patients With Negative Therapeutic Reactions. Impasse And Interpretation İçinde (85-104). London And New York: Tavistock Publications.

66. Wink, P. (1991). Two Faces Of Narcissism. Journal Of Personality And Social Psychology, 61(4), 590-597

67. Akhtar, S. (2003). New Clinical Realms: Pushing The Envelope Of Theory And Technique. Lanham, MD: Jason Aronson.

68. Cooper, A. M. (1998). Further Developments İn The Clinical Diagnosis Of Narcissistic Personality Disorder. E. F.

69. Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal Analysis Of Grandiose And Vulnerable Narcissism. Journal Of Personality Disorders, 17(3), 188-207

70. Hendin, H. M., & Cheek, J. M. (1997). Assessing Hypersensitive Narcissism: A Reexamination Of Murray's Narcism Scale. Journal Of Research İn Personality, 31(4), 588-599

71. Downey, G. & Feldman, S. (1996). Implications Of Rejection Sensitivity For İntimate Relationships, Journal Of Personality And Social Psychology, 70, 5, 1327-1343

72. Bowlby, J. (1969). Attachment And Loss: Attachment, Basic Books, New York.

73. Bowlby, J. (1973).Attachment And Loss: Separation, Anxiety And Anger, Basic Books, NY.

74. Bowlby, J. (1980). Attachment And Loss: Sadness And Depression, Basic Books, New York

75. Creasey, G. & Mcınnis, M. H. (2001). Affective Responses, Cognitive Appraisals, And Conflict Tactics İn Late Adolescent Romantic Relationships: Associations With Attachment Orientations, Journal Of Counseling Psychology, 48, 2, 85-96

76. Ayduk, Ö. N., Downey, G. & Feldman, S. (2000). Regulating The İnterpersonal Self Strategic Self-Regulation For Coping With Rejection Sensitivity, Journal Of Personality And Social Psychology, 79, 2, 776-792.

77. Liebowitz, M. R. (2000). Social Phobia Or Social Anxiety Disorder: What's İn A Name? Archives Of General Psychiatry, 57, 1, 181-192.

78. Erözkan, A. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Kişilerarası Duyarlılıkları İle Reddedilme Duyarlılıklarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, *5*(2), 85-98.

79. Denollet, J., Nyklicek I. And Vingerhoets, J.J.M., Introduction: Emotions, Emotion Regulation And Health. In Ed. A. M. Kring And D. M. Sloan, Emotion Regulation And Psychopathology (Pp. 3-11), The Guildford Press, New York, 2008

80. Gross, J.J., 2002, "Emotion Regulation: Affective, Cognitive, And Social Consequences" Psychophysiology, 39(3):Pp.281-291.

81 .Gross, J.J. And Thompson, R.A., Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In Ed. J. J. Gross, Handbook Of Emotion Regulation, Guildford Press, New York, 2007.

82. Kim, H.J., Sherman, D.K., Mojaverian, T., Sasaki, J.Y., Park, J., Sus, E. M. And Taylor, S.E., 2011, "Gene-Culture Interaction" Social Psychological And Personality Science, 2(6):Pp.665-672.

83. Gross JJ. The Emerging Field Of Emotion Regulation: An İntegrative Review. Review Of General Psychology. 1998;2(3):271-99.

84. J. J. Gross, "Emotion Regulation İn Adulthood: Timing Is Everything," 2001.

85. O. P. John And J. J. Gross, "Healthy And Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes,İndividual Differences, And Life Span Development," J. Pers., Vol. 72, No. 6, Pp. 1301–1334, 2004, Doi:10.1111/J.1467-6494.2004.00298.X.

86. K. L. Gratz And L. Roemer, "Multidimensional Assessment Of Emotion Regulation And Dysregulation: Development, Factor Structure, And Initial Validation Of The Difficulties İn Emotion Regulation Scale," J. Psychopathol. Behav. Assess., Vol. 26, No. 1, Pp. 41–54, 2004, Doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.

87. T. I. P. Fak, C. Kulakci, U. Tez, And E. D. A. Aslan, "Bipolar Bozuklukta Travmatik Yaşam Olaylarinin Baş Etme Tutumlari Ve Duygu Düzenleme Üzerine Etkilerinin İncelenmesi," 2020.

88. Cisler, J.M., Olatunji, B.O., Feldner, M.T. And Forsyth, J.P., 2010, "Emotion Regulation And The Anxiety Disorders: An Integrative Review" Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment, 32(1): Pp.68-82.

89. Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Turk, C.L. And Fresco, D.M., 2005, "Preliminaryevidence For An Emotion Dysregulation Model Of Generalized Anxiety Disorder"Behaviour Research And Therapy, 43(10):Pp.1281-1310.

90. Turk, C.L., Heimberg, R.G., Luterek, J.A., Mennin, D.S. And Fresco, D.M.,2005, "Emotion Dysregulation In Generalized Anxiety Disorder: A Comparison With Social Anxiety Disorder" Cognitive Therapy And Research, 29(1): Pp.89-106

91. Rusch, S., Westermann, S. And Lincoln, T.M., 2012, "Specificity Of Emotion Regulation Deficits In Social Anxiety: An Internet Study, Psychology And Psychotherapy: Theory" Research And Practice 85:Pp.268–277

92. Gross, J.J. Ve Munoz, R.F. (1995). Emotion Regulation And Mental Health. American Psychological Association, D12, 151-164.

93. First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015). User'S Guide To Structured Clinical İnterview For DSM-5 Disorders (SCID-5-CV) Clinical Version. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

94. DSM-5 Bozuklukları (SCID-5-CV) İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen İçin. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2018.

95. Dilbaz N, Güz H. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Geçerlilik Ve Güvenirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. S.132, İstanbul, 2001.

96. Soykan C, Ozguven HD, Gencoz T. Liebowitz Social Anxiety Scale: The Turkish Version. Psychological Reports 2003;93:1059-69

97. Ware JE, Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-İtem Short-Form Health Survey (SF-36). I.Conceptual Framework And İtem Selection. Medical Care; 30:473-83.

98. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memis A. (1999). SF-36'nın Türkçe İçin Güvenilirliği Ve Geçerliliği. Ege Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Dergisi.

99. Aydemir Ö (1999). Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisinde Yasam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, 7 (Ek. 2) 14-22.

100. Şengül, B. Z., Ünal, E., Akça, S., Canbolat F., Denizci, M.,Baştuğ, G. (2015). ―Validity And Reliability Study For The Turkish Adaptation Of The Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS)‖, The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences, Cilt 28, Sayı 13, Ss.231-241.

101. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Patient Health Questionnaire Primary Care Study - Group, & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation And Utility Of A Self-Report Version Of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *Jama*, *282*(18), 1737-1744.

102. Güleç, M. Y., Güleç, H., Şimşek, G., Turhan, M. Ve Sünbül, E. A. (2012). Psychometric Properties Of The Turkish Version Of The Patient Health Questionnaire–Somatic, Anxiety, And Depressive Symptoms. Comprehensive Psychiatry, 53(5), 623-629

103. Göncü Köse, A., Özen Çığlak, A., Ulaşan, E. T., & Sümer, N. (2017). Reddedilme Duyarlılığı Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması.

104. Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., Ve Gratz, K. L. (2016). Development And Validation Of A Brief Version Of The Difficulties İn Emotion Regulation Scale: The DERS-16. Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment, 38(2), 284-296.

105. Yiğit, İ., Ve Guzey, Yiğit, M. (2017). Psychometric Properties Of Turkish Version Of Difficulties İn Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). Current Psychology, 1-9.

106. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-Month And Lifetime Prevalence And Lifetime Morbid Risk Of Anxiety And Mood Disorders İn The United States. Int J Methods Psychiatr Res. 2012;21(3):169-184.

107. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Et Al. Prevalence Of Me, Ntal Disorders İn Europe: Results From The European Study Of The Epidemiology Of Mental Disorders (Esemed) Project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004(420):21-27.

108. Borwin Bandelow & Sophie Michaelis (2015) Epidemiology Of Anxiety Disorders İn The 21st Century, Dialogues İn Clinical Neuroscience, 17:3, 327-335, DOI: 10.31887/DCNS. 2015.17.3/Bbandelow

109. Heimberg RG, Juster HR. Cognitive Behavioral Treatments: Literature Review. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR (Ed) Social Phobia: Diagnosis, Assessment And Treatment. New York; Guilford, 1995, S. 261-309

110. Aimes PI, Gelder MG, Shaw PM. Social Phobia:A Comparative Clinical Study. Br J Psychiatry 1983;142:174-9.

111. Marks IM, Gelder Mg. Different Ages Of Onset İn Varieties Ofphobias. Am J Psychiatry 1966; 123: 218-21

112. Ohayon MM, Schatzberg AF. Social Phobia And Depression: Prevalence And Comorbidity. J Psychosom Res 2010; 68:235–243.

113. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social Phobia: Comorbidity And Morbidity İn An Epidemiologic Sample. Arch Gen Psychiatry 1992; 49:282-288.

114. Faravelli C, Zucchi T, Viviani B, Salmoria R, Perone A, Paionni A Ve Ark. Epidemiology Of Social Phobia : A Clinical Approach. Eur Psychiatry 2000; 15: 17-24.

115. Işık E (1996), Nevrozlar: Ankara Kent Matbaası, S147-1

116. Dilbaz N. Sosyal Fobi. Psikiyatr Dünyası.1997;1:18–24.

117. Pollard CA, Henderson JG (1994) Four Types Of Social Phobia İn A Community Sample. J Nerv Ment Dis, 176: 440-445.

118. Akdemir A, Cinemre B. Sosyal Fobi: Epidemiyoloji, Eşlik Eden Hastalıklar, Klinik Gidiş, Prognoz. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996; 4 (Ek Sayı 1): 11-7.

119. Güz H, Dilbaz N. Sosyal Kaygı Bozukluğu İle Panik Bozukluğu Olgularının Demografik Ve Bazı Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması. Klin Psikiyatr Derg. 2003;6:32–8.

119. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, Patterns Of Comorbidity, And Associated Disabilities Of Social Phobia. Psychiatr Clin N Am 2001; 24: 617-41

120. Acarturk C, De Graaf R, Van Straten A, Et Al. Social Phobia And Number Of Social Fears, And Their Association With Comorbidity, Health-Related Quality Of Life And Help Seeking: A Population-Based Study. Soc Psychiatry Psychiatrepidemiol. 2008;43:273–279. Http://Dx.Doi.Org/10.1007/S00127-008-0309-1

121. Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, Et Al. Lifetime Co-Morbidities Between Social Phobia And Mood Disorders İn The US National Comorbidity Survey. Psychol Med. 1999;29:555–567. Http://Dx.Doi.Org/10.1017/S0033291799008375

122. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Et Al. Social Fears And Social Phobia İn The USA: Results From The National Comorbidity Survey Replication. Psycholmed. 2008;38:15–28. Http://Dx.Doi.Org/10.1017/S0033291707001699

123. Chartier MJ, Walker JR, Stein MB. Considering Comorbidity İn Social Phobia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003;38:728–734. Http://Dx.Doi.Org/10.1007/S00127-003-0720-6

124. Weiller E, Bisserbe JC, Boyer P, Et Al. Social Phobia İn General Health Care: An Unrecognized Undertreated Disabling Disorder. Br J Psychiatry.1996;168:169–174. Http://Dx.Doi.Org/ 10.1192/Bjp.168.2.169

125. Bittner A, Goodwin RD, Wittchen HU, Et Al.What Characteristics Of Primary Anxiety Disorders Predict Subsequent Majör Depressivedisorderjclinpsychiatry.2004;65:618–626. Http://Dx. Doi. Org/ 10.4088/JCP.V65n0505

126. Beesdo K, Bittner A, Pine DS, Et Al. Incidence Of Social Anxiety Disorder And The Consistent Risk For Secondary Depression İn The First Three Decades Of Life. Arch Gen Psychiatry. 2007;64:903–912. Http://Dx.Doi.Org/10.1001/Archpsyc.64.8.903

127. Stein MB, Fuetsch M, Muller N, Et Al. Social Anxiety Disorder And The Risk Of Depression: A Prospective Community Study Of Adolescents And Young Adults. Arch Gen Psychiatry. 2001;58:251–256. Http://Dx.Doi.Org/10.1001/Archpsyc.58.3.251

128. Oliveira LM, Bermudez MB, Macedo MJA, Et Al. Comorbid Social Anxiety Disorder İn Patients With Alcohol Usedisord Er: Asystematic Review.Psychiatrres.2018;106:8–14. Http://Dx.Doi. Org/10.1016/J.Jpsychires.2018.09.008

129. Stein MB, Tancer ME, Gelerntner CS, Et Al. Major Depression İn Patients With Social Phobia. Am J Psychiatry. 1990;147:637–639. Http://Dx.Doi.Org/10.1176/Ajp.147.5.637

130. Koyuncu A, Ertekin E, Binbay Z, Et Al. The Clinical İmpact Of Mood Disorder Comorbidity On Social Anxiety Disorder. Compr Psychiatry. 2014;55(2):363–369. Http://Dx.Doi.Org/ 10.1016/J.Comppsych.2013.08.016

131. Wenzel, A. Relation To Clinical Syndromes İn Adulthood. In: Hofmann SG, Dibartolo PM, Eds. Social Anxiety: Clinical, Developmental, And Social Perspectives (Second Edition). London: Academic Press; 2010:183–205.

132. Nagata T, Suzuki F, Teo AR. Generalized Social Anxiety Disorder: A Still-Neglected Anxiety Disorder 3 Decades Since Liebowitz's Review. Psychiatry Clin Neurosci. 2015;69(12):724–740. Http://Dx.Doi.Org/10.1111/Pcn.12327

133. Cox, B. J., Direnfel, D. M., Swinson, R. P., & Norton, G. R. (1994). Suicidal İdeation And Suicide Attempts İn Panic Disorder And Social Phobia. The American Journal Of Psychiatry, 151(6), 882-887. Doi:10.1176/Ajp.151.6.882

134.Olfson, M., Guardino, M., Struening, E., Schneier, F. R., Hellman, F., & Klein, D. F. (2000). Barriers To The Treatment Of Social Anxiety. The American Journal Of Psychiatry, 157(4), 521 - 527. Doi:10.1176/Appi.Ajp.157.4.521

135. Thibodeau, M. A., Welch, P. G., Sareen, J., & Asmundson, G. J. (2013). Anxiety Disorders Are İndependently Associated With Suicide İdeation And Attempts: Propensity Score Matching İn Two Epidemiological Samples. Depression And Anxiety, 30(10), 947- 954. Doi:10.1002/ Da.22203

136. Cougle, J. R., Keough, M. E., Riccardi, C. J., & Sachs-Ericsson, N. (2009). Anxiety Disorders And Suicidality İn The National Comorbidity Survey-Replication. Journal Of Psychiatric Research, 43(9), 825-829. Doi:10.1016/j.jpsychires.2008.12.004

137. Lecrubier Y (1998) Comorbidity İn Social Anxiety Disorder: Impact On Disease Burden And Management. J Clin Psychiatry, 59(Suppl 17): 33-37.

138. Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., & Marom, S. (2012). Functional İmpairment İn Social Anxiety Disorder. Journal Of Anxiety Disorders, 26,

393-400.; Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal Processes İn Social Phobia. Clinical Psychology Review, 24, 857–882.

139. Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability And Quality Of Life İn Social Phobia: Epidemiologic Findings. The American Journal Of Psychiatry, 157, 1606-1613. Doi: 10.1176/Appi.Ajp.157.10.1606

140. Katzelnick, D. J., & Greist, J. H. (2001). Social Anxiety Disorder: An Unrecognized Problem İn Primary Care. Journal Of Clinical Psychiatry, 62, 11-16

141. Lecrubier, Y., Wittchen, H. U., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A., & Knapp, M. (2000). A European Perspective On Social Anxiety Disorder. European Psychiatry, 15, 5-16. Doi: 10.1016/S0924-9338(00)00216-9

142. Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability And Quality Of Life İn Pure And Comorbid Social Phobia: Findings From A Controlled Study. European Psychiatry, 15, 46-58. Doi: 10.1016/S0924-9338(00)00211-X). 146'da Da Var

143. Hendriks SM, Spijker J, Licht CMM, Beekman ATF, Penninx BWJH (2013). Two-Year Course Of Anxiety Disorders: Different Across Disorders Or Dimensions? Acta Psychiatr Scand. 128:212–21.

144. Lochner, C., Mogotsi, M., Du Toit, P. L., Kaminer, D., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2003). Quality Of Life İn Anxiety Disorders: A Comparison Of Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, And Panic Disorder. *Psychopathology*, *36*(5), 255-262.

145. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, Et Al (1994): Functional İmpairment İn Social Phobia. J Clin Psychiatry 55:8

146. Norton GR, Mcleod L, Guertin J, Hewitt PL, Walker JR, Stein MB. Panic Disorder Or Social Phobia: Which İs Worse? Behav Res Ther. 1996 Mar;34(3):273-6. Doi: 10.1016/0005-7967(95)00066-6. PMID: 8881097.

147. Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., …& Vollebergh ,W. A. M. (2004). Disability And Quality Of Life İmpact Of Mental Disorders İn Europe: Results From The European Study Of The Epidemiology Of Mental Disorders (Esemed) Project. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 38-46. Doi: 10.1111/J.1600- 00 47.2004.00325.X

148. Wunderlich, U., Bronisch, T., & Wittchen, H. U. (1998). Comorbidity Patterns İn Adolescents And Young Adults With Sucide Attempts. European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience, 248, 87-95. Doi: 10.1007/S004060050023

149. Wells JC, Tien AY, Garrison R, Eaton WW (1994). Risk Factors For Theincidence Of Social Phobia As Determined By Diagnostic İnterview Schedule İn A Population-Based Study. Acta Psychiatr Scand. 90(2):84-90.

150. Lecrubier Y (1997). Implications Of Early Onset Social Phobia On Outcome. Eur Neuropsychopharmacol. 7(Suppl 2):S85.

151. Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, Nutt DJ, Bobes J, Beidel DC, Et Al (1998). Consensus Statement On Social Anxiety Disorder From The International Consensus Group On Depression And Anxiety. J Clin Psychiatry.59(Suppl 17):54-60

152. Menezes GB, Fontenelle LF, Versiani M (2005) Early-Onset Social Anxiety Disorder İn Adults: Clinical And Therapeutic Features. Rev Bras Psiquiatr, 27:32-36.

153. Ahmet Koyuncu, Zerrin Binbay, İlker Özyıldırım, Erhan Ertekin. The Impact Of The Age At The Onset Of Social Anxiety Disorder On The Clinical Course. J Clin Psy. 2012; 15(2): 111-120

154. Turk CL, Heimberg RG, Orsillo SM Ve Ark. An İnvestigation Of Gender Differences İn Social Phobia. J Anxiety Disord 1998;12(3): 209-23.

155. Xu Y, Schneier FR, Heimberg RG Et Al (2012) Gender Differences İn Social Anxiety Disorder: Results From The National Epidemiologic Sample On Alcohol And Related Conditions. J Anxiety Disord 26:12–19

156. Mackenzie, M. B., & Fowler, K. F. (2013). *Social Anxiety Disorder İn The Canadian Population: Exploring Gender Differences İn Sociodemographic Profile. Journal Of Anxiety Disorders, 27(4), 427434.* Doi:10.1016/J.Janxdis.2013.05.006

157. Lampel, L., Slade, T., Issakidis, C., & Andrews, G. (2003). Avustralya Ulusal Akıl Sağlığı Ve Esenlik Anketinde (NSMHWB) Sosyal Fobi. Psikolojik Tıp, 33(4), 637-646

158. Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H., & Angst, J. (2002). The Spectrum Of Social Phobia İn The Zurich Cohort Study Of Young Adults. Biological Psychiatry, 51(1),81-91

159. Nelson, E. C., Grant, J. D., Bucholz, K. K., Glowinski, A., Madden, P. A. F., Reich, W., & Heath, A. C. (2000). Social Phobia İn A Population-Based Female Adolescent Twin Sample: Co-Morbidity And Associated Suicide-Related Symptoms. Psychological Medicine, 30, 797–804. Https://Doi.Org/10.1017/S0033291799002275

160. Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity Of Anxiety And Unipolar Mood Disorders. Annual Review Of Psychology, 49, 377–412. Https://Doi.Org/10.1146/ Annurev.Psych.49.1.377.

161. Katzelnick DJ, Kobak KA, Deleire T, Henk HJ, Greist JH, Davidson JR, Et Al. Impact Of Generalized Social Anxiety Disorder İn Managed Care. Am J Psychiatry 2001;158:1999-2007.

162. Downey, G., Bonica, C., & Rinc´On, C. (1999). Rejection Sensitivity And Adolescent Romantic Relationships. In W. Furman, B. B. Brown, & C. Feiring (Eds.), The Development Of Romantic RelationShips (Pp. 148–174). Cambridge University Press

163. Chango, J. M., Mcelhaney, K., Allen, J. P., Schad, M. M., & Marston, E. (2012). Relational Stressors And Depressive Symptoms İn Late Adolescence: Rejection Sensitivity As A Vulnerability. Journal Of Abnormal Child Psychology, 40(3), 369–379. Https://Doi.Org/ 10.1007/S10802-011-9570-Y

164. Rowe, S., Zimmer-Gembeck, M. J, Rudolph, J., & Nesdale, D. (2015). A Longitudinal Study Of Rejecting And Autonomy-Relevant Parenting, Rejection Sensitivity, And Socioemotional

Symptoms İn Early Adolescents. Journal Of Abnormal Child Psychology, 43(6), 1107–1118. Https://Doi.Org/10.1007/S10802-014-9966-6

165. Park, W. R., & Hong, S. H. (2015). The Relationships Between Rejection Sensitivity Of Children And Quality Of Friendship: The Mediating Effects Of Hostility And Relational Aggression. The Journal Of Korea Elementary Education, 26(2), 285-302. Http://Doi.Org/10.20972 /Kjee.26.2.201506.285

166. Ji Yun Park, Eun Ji Kim And 금창민. (2022). Effects Of Covert Narcissism On Social Anxiety: The Mediating Effects Of Self-Concept Clarity And Rejection Sensitivity. Journal Of Asia Pacific Counseling, 12(1), 97-116.

167. Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., & Richardson, C. E. (2019). Adolescent DevelopMent And Risk For The Onset Of Social-Emotional Disorders: A Review And Conceptual Model. Behaviour Research And Therapy. Https:// Doi.Org/10.1016/J.Brat.2019.103501

168. Spence, S. H., & Rapee, R. M. (2016). The Etiology Of Social Anxiety Disorder: An Evidence-Based Model. Behaviour Research And Therapy, 86(Nov), 50–67. Https://Doi.Org/ 10.1016/J.Brat.2016. 06.007

169. Harb, G. C., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Schneier, F. R. And Liebowitz, M. R. (2002). The Psychometric Properties Of The Interpersonal Sensitivity Measure İn Social Anxiety Disorder. Behaviour Research And Therapy, 40,961–979.

170. Zimmer-Gembeck, M. J., Gardner, A. A., Hawes, T., Masters, M. R., Waters, A. M., & Farrell, L. J. (2021). Rejection Sensitivity And The Development Of Social Anxiety Symptoms During Adolescence: A Five-Year Longitudinal Study. *International Journal Of Behavioral Development*, *45*(3), 204-215.

171. Gardner, A. A., Zimmer-Gembeck, M. J., & Modecki, K. (2020). A Longitudinal Model Of Rejection Sensitivity And İnternalizing Symptoms: Testing Emotion Regulation Deficits As A Mechanism And OutCome Of Symptoms. Journal Of Personality. Https://Doi.Org/10.1111/ Jopy.12549

172. Mennin, D. S. (2005). Emotion and the Acceptance-Based Approaches to the Anxiety Disorders. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 37–68). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/0-387-25989-9_2

173. Mclaughlin, K. A., Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). The Contributory Role Of Worry İn Emotion Generation And Dysregulation İn Generalized Anxiety Disorder. Behaviour Research And Therapy, 45(8), 1735–1752

174. Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness And Emotion Regulation Difficulties İn Generalized Anxiety Disorder: Preliminary Evidence For İndependent And Overlapping Contributions. Behavior Therapy, 40(2), 142–154

175. Mennin, D. S., Mclaughlin, K. A., & Flanagan, T. J. (2009). Emotion Regulation Deficits İn Generalized Anxiety Disorder, Social Anxiety Disorder, And Their Co-Occurrence. Journal Of Anxiety Disorders, 23(7), 866–871.

176. Kashdan, T. B. (2007). Social Anxiety Spectrum And Diminished Positive Experiences: Theoretical Synthesis And Meta-Analysis. Clinical Psychology Review, 27, 348–365. Doi:10.1016/J.Cpr. 2006.12.003

177. Masters, M. R., Zimmer-Gembeck, M. J., & Farrell, L. J. (2019). Transactional Associations Between Adolescents' Emotion Dysregulation And Symptoms Of Social Anxiety And Depression: A Longitudinal Study. Journal Of Early Adolescence, 39(Oct), 1085–1109. Https://Doi.Org/10.1177/0272431618806053

178. Goldin, P. R., Manber, T., Hakimi, S., Canli, T., & Gross, J. J. (2009). Neural Bases Of Social Anxiety Disorder: Emotional Reactivity And Cognitive Regulation During Social And Physical Threat. Archives Of General Psychiatry, 66(2), 170–180.

179. Rusch, S., Westermann, S., & Lincoln, T. M. (2011). *Specificity Of Emotion Regulation Deficits İn Social Anxiety: An İnternet Study. Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice, 85(3), 268–277.* Doi:10.1111/J.2044-8341.2011.02029.X

180. Helbig-Lang, S., Rusch, S., & Lincoln, T. M. (2014). *Emotion Regulation Difficulties İn Social Anxiety Disorder And Their Specific Contributions To Anxious Responding. Journal Of Clinical Psychology, 71(3), 241–249.* Doi:10.1002/Jclp.22135

181. Sung, S. C., Porter, E., Robinaugh, D. J., Marks, E. H., Marques, L. M., Otto, M. W., … Simon, N. M. (2012). *Mood Regulation And Quality Of Life İn Social Anxiety Disorder: An Examination Of Generalized Expectancies For Negative Mood Regulation. Journal Of Anxiety Disorders, 26(3), 435–*

182. Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). *Post-Traumatic Stress Disorder, Social Anxiety Disorder, And Depression İn Survivors Of The Kosovo War: Experiential Avoidance As A Contributor To Distress And Quality Of Life. Journal Of Anxiety Disorders, 23(2), 185–196.* Doi:10.1016/J.Janxdis.2008.06.006

183. Kashdan, T. B., & Steger, M. F. (2006). Expanding The Topography Of Social Anxiety: An Experience-Sampling Assessment Of Positive Emotions, Positive Events, And Emotion Suppression. Psychological Science, 17, 120–128. Doi:10.1111/J.1467-9280.2006.01674.X.

184. Farmer, A. S., & Kashdan, T. B. (2012). *Social Anxiety And Emotion Regulation İn Daily Life: Spillover Effects On Positive And Negative Social Events. Cognitive Behaviour Therapy, 41(2), 152–162.* Doi:10.1080/16506073.2012.666561

185. Dixon, J. J., De Monchaux, C., & Sandler, J. (1957a). Patterns Of Anxiety: An Analysis Of Social Anxieties. British Journal Of Medical Psychology, 30, 107-112. Retrieved From Http://Search.Ebscohost.Com/Login.Aspx?Direct=True&Db=Psyh&AN=1959-01677-001&Site=Ehost-Live

186. Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism At The Crossroads: Phenotypic Description Of Pathological Narcissism Across Clinical Theory, Social/Personality Psychology, And Psychiatric Diagnosis. Clinical Psychology Review, 28, 638-656.

187. Foster, J. D., & Trimm, R. F. (2008). On Being Eager And Uninhibited: Narcissism And Approach-Avoidance Motivation. Personality And Social Psychology Bulletin, 34, 1004-1017

188. Wolven, Katherine E., "Grandiose And Vulnerable Narcissism: Where Do The Emotional Differences Lie?" (2015). *USC Aiken Psychology Theses*. 18. Https://Scholarcommons. Sc.Edu/Aiken_Psychology_Theses/18

189. Morf, C., & Rhodewalt, F. (2001). Expanding The Dynamic Self-Regulatory Processing Model Of Narcissism: Research Directions For The Future. Psychological Inquiry, 12, 243–251

190. Pistole, M. C. (1995). College Students' Ended Love Relationships: Attachment Style And Emotion. Journal Of College Student Development, 36, 53–60

191. Armstrong, J., & Roth, D. M. (1989). Attachment And Separation Difficulties İn Eating Disorders: A Preliminary İnvestigation. International Journal Of Eating Disorders, 8, 141–155.

192. Belsky, J., & Nezworski, T. (Eds.). (1988). Clinical İmplications Of Attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

193. Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Clinical Applications Of Attachment Theory. London: Routledge.

194. West, M., & Sheldon, A. E. (1988). Classification Of Pathological Attachment Patterns İn Adults. Journal Of Personality Disorders, 2, 153–159

195. Besser, A., & Priel, B. (2009). Emotional Responses To A Romantic Partner's İmaginary Rejection: The Roles Of Attachment Anxiety, Covert Narcissism, And Self-Evaluation. *Journal Of Personality*, *77*(1), 287-325.

196. Besser, A., & Priel, B. (2010). Grandiose Narcissism Versus Vulnerable Narcissism İn Threatening Situations: Emotional Reactions To Achievement Failure And İnterpersonal Rejection. *Journal Of Social And Clinical Psychology*, *29*(8), 874

197. Zhang, H., Wang, Z., You, X., Lü, W., & Luo, Y. (2015). Associations Between Narcissism And Emotion Regulation Difficulties: Respiratory Sinus Arrhythmia Reactivity As A Moderator. *Biological Psychology*, *110*, 1-11

198. Zhang, H., Luo, Y., Zhao, Y., Zhang, R., & Wang, Z. (2017). Differential Relations Of Grandiose Narcissism And Vulnerable Narcissism To Emotion Dysregulation: Self-Esteem Matters. *Asian Journal Of Social Psychology*, *20*(3-4), 232-237.

199. Atlas, G. D., & Them, M. A. (2008). Narcissism And Sensitivity To Criticism: A Preliminary İnvestigation. *Current Psychology*, *27*(1), 62-76

200. Akıncı, İ. (2015). *The Relationship Between The Types Of Narcissism And Psychological Well-Being: The Roles Of Emotions And Difficulties İn Emotion Regulation* (Master's Thesis, Middle East Technical University).

201. Elibol, Ş., & TOK, E. S. S. (2019). Bağlanma Stilleri, Duygu Düzenleme, Reddedilme Duyarlılığı, Yakınlık Korkusu ve Kendini Saklamanın Kırılgan Narsisizm İle İlişkisi. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, *6*(2), 127-148.

202. Kwon, E. M., Shin, M. S., & Kim, E. J. (2009). The İnfluence Of Covert Narcissism On Social Phobia -The Mediating Effects Of Social Self-Efficacy-. The Korean Journal Of Psychology: General, 28(3), 627-642

203. Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1995). The Self-Presentation Model. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, And Treatment*, 94-112.

204. Schurman, C. L. (2000). Social Phobia, Shame And Hypersensitive Narcissism. (Phd Thesis), The Wright Institute, Berkeley, California.

205. Choi, I. S., & Choi. H. N. (2013). The Influences Of Covert Narcissism On Social Anxiety: The Mediating Effects Of Internalized Shame And Social Self-Efficacy. Korean Journal Of Counseling, 14(5), 2799-2815. Https://Doi.Org/10.15703/Kjc.14.5.201310.2799

206. Kahraman, A., SAPANCI, A., & Serbes, F. (2020). Ergenlerin Sosyal Medya Kullanımında Yaşadıkları Sosyal Anksiyetenin Kırılgan Narsisizm Bağlamında Değerlendirilmesi. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, *7*(2), 189-203.

207. Williams, J. S. (2016). When Social Anxiety And Narcissism Coincide: An Exploration Of Narcissistic Social Anxiety Subgroups. *Unpublished Swinburne University Of Technology Melbourne, Australia*.

208. Bae, Y.-R., & Sung, S.-Y. (2019). The Relationship Between Covert Narcissism And School Life Adaptation İn Adolescents: The Mediating Effects Of Social Anxiety And Academic Self-Efficacy. The Journal Of The Korea Contents Association, 19(3), 89–99. Https://Doi.Org/10.5392/JKCA.2019.19.03.089

.