

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

**BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI GRUP TERAPİSİ'NİN (BDGT) SOSYAL ANKSİYETE
BOZUKLUĞU (SAB) OLAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ANKSİYETE,
RUMİNASYON VE ÖZ-ŞEFKAT DÜZEYLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

HAZIRLAYAN
Mustafa KURTOĞLU

GAZİANTEP – 2019

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

**BİLİŞSEL DAVRANIŞCI GRUP TERAPİSİ'NİN (BDGT) SOSYAL ANKSİYETE
BOZUKLUĞU (SAB) OLAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ANKSİYETE,
RUMİNASYON VE ÖZ-ŞEFKAT DÜZEYLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

HAZIRLAYAN
Mustafa KURTOĞLU

TEZ DANIŞMANI
Doç.Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL

GAZİANTEP – 2019



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE
DOKTORA KABUL VE ONAY FORMU

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Mustafa KURTOĞLU tarafından hazırlanan "Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi'nin (BDGT) Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) Olan Üniversite Öğrencilerinde Anksiyete, Ruminasyon ve Öz-Şefkat Düzeyleri Üzerindeki Etkisi" başlıklı tez, 15 / 11 / 2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi

Unvanı, Adı ve Soyadı

İmzası:

Kurumu/Üniversitesi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ş. Sanem BAŞGÜL,
Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR,
Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Jüri Üyesi

Prof. Dr. Mucahit ÖZTÜRK,
İbni Haldun Üniversitesi

Jüri Üyesi

Doç. Dr. İtir Tari CÖMERT,
Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi

Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet DİNÇ,
Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mazlum ÇELİK
Enstitü Müdürü

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Doktora Tezi olarak sunduğum **“Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi'nin (BDGT) Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) Olan Üniversite Öğrencilerinde Anksiyete Düzeyi, Ruminasyon ve Öz-Şefkat Düzeyleri Üzerindeki Etkisi”** başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım. 15/11/2019

[İmza]

Mustafa KURTOĞLU

ÖNSÖZ

Bu çalışmada, Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi'nin sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerdeki sosyal anksiyete, ruminasyon ve öz-şefkat üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu çalışmanın planlanmasında ve gerçekleştirilmesinde birçok kişinin önemli katkıları olmuştur.

İlk olarak, tezim boyunca bana vermiş olduğu değerli destek ve beni her zaman motive ettiği için tez danışmanın canım hocam *Doç. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL'e*,

Mesleki birikimine hayran olduğum, insanlarla kurduğum ilişkilerde bana her zaman bir rol model olan sevgili hocam *Prof. Dr. Hakan TÜRKCAPAR'a*,

Çalışmamda değerli katkısını esirgemeyen sayın *Prof. Dr. Mücahit ÖZTÜRK'e*,

Tezimle ilgili zorlandığım yerlerde yardımlarını hiç esirgemeyen sayın hocalarım *Prof. Dr. Tolga ARICAK'a* ve *Doç. Dr. Kadir ÖZDEL'e*,

Tez jürimde bulunan değerli hocalarıma,

Gerek bir abi, gerek bir baba olarak her zaman yanımda hissettiğim, bana emek ve güç veren, en önemlisi de bana inanan çok sevgili *Prof. Dr. Şener BÜYÜKÖZTÜRK'e* ve *Prof. Dr. Yaşar ÖZBAY'a*,

Tezim boyunca yardımlarını esirgemeyen tüm çalışma arkadaşlarıma ve çok değerli hocalarıma,

Bir dosttan daha öte olan, sevgili kardeşim *Dr. Öğr. Üyesi İbrahim AKBEN'e*,

Çocukluğumdan beri her zaman yanımda olan, şefkatini hiçbir zaman esirgemeyen, bu hayat yolculuğunda benim tek emek verenim olarak kıymetli *annem Necla ÖZKARSLIGİL'e*,

Son olarak güleryüzü ile her zorlandığım anda beni motive eden ve en önemlisi de sevgisi ile her zaman yanımda olan *nişanlım Ayça'ya*,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Mustafa KURTOĞLU

Gaziantep – 2019

ÖZET

Bu tezin amacı, bilişsel davranışçı grup terapisinin sosyal anksiyete bozukluğu olan üniversite öğrencilerinin sosyal anksiyete, ruminatif düşünce ve öz-şefkat düzeylerindeki etkisini incelemektir.

Çalışmada, Hasan Kalyoncu Üniversitesi'nde öğrenim gören 1200 öğrenciye Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği uygulanmış ve sosyal anksiyete düzeyi en yüksek olan 30 üniversite öğrencisi seçilmiştir. Gerçek deneysel desenlerden ön-test, son-test, izleme ve plasebo desen kullanılmıştır. Seçilen öğrenciler tabakalı seçkisiz olarak deney ve plasebo gruplarına atanmıştır. Deney grubuna BDT grup terapisi, plasebo grubuna ise iletişime dayalı grup terapisi uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği ve Öz-şefkat Ölçeği kullanılmıştır. Deneysel işlemin sonucunda elde edilen bulgular Friedman, Mann Whitney-U ve Wilcoxon işaretli sıralar test teknikleri ile incelenmiştir.

Araştırmanın sonucunda bilişsel davranışçı grup terapisi uygulanan sosyal anksiyete bozukluğu olan öğrencilerin sosyal anksiyete ve ruminatif düşünce düzeylerinde azalma meydana gelmiştir. Bireylerin öz-şefkat düzeylerinde herhangi bir değişiklik görülmemiştir. Söz konusu sonuçlar ilgili alanyazın çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal anksiyete bozukluğu, Bilişsel davranışçı grup terapisi, Ruminatif düşünce, Öz-şefkat

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the effect of cognitive behavioral group therapy on social anxiety, ruminative thinking and self-compassion levels of university students with social anxiety disorder.

In this study, 1200 students from Hasan Kalyoncu University were implemented the Liebowitz Social Anxiety Scale and 30 university students with the highest social anxiety scores were selected among them. Pre-test, post-test, follow-up and placebo patterns were used. The selected students were randomly assigned to experimental and placebo groups. CBT group therapy was applied to the experimental group and communicative group therapy was applied to the placebo group. Personal Information Form, Liebowitz Social Anxiety Scale, Ruminative Thinking Scale and Self-Compassion Scale were used as data collection tools. The results obtained from the experimental process were examined by Friedman, Mann Whitney-U and Wilcoxon signed rank tests.

As a result of the study, social anxiety and ruminative thinking levels of the students with social anxiety disorder who took cognitive behavioral group therapy decreased significantly. There was no change in the self-compassion level of the individuals. These results were discussed in the context of the related literature.

Keywords: Social anxiety disorder, Cognitive-behavioral group therapy, Ruminative thinking, Self-compassion

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Durumu.....	1
1.1.1. Hipotez Cümlesi.....	4
1.1.2. Alt Hipotezler.....	4
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Önemi.....	5
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	6
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	6
1.6. Tanımlar.....	6

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	8
2.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi).....	8
2.1.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanımı.....	8
2.1.2. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Etiyolojisi.....	9
2.1.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Epidemiyolojisi.....	12
2.1.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu ile Benzerlik Gösteren Diğer Kavramlar.....	13
2.1.4.1. Utangaçlık.....	14
2.1.4.2. Çekingenlik ve Çekingen Kişilik Bozukluğu.....	15
2.1.4.3. Agorafobi.....	17
2.1.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanısı.....	18
2.1.5.1. DSM-V ve ICD-10 Tanı Ölçütleri.....	18

2.1.5.1.1. DSM-V Tanı Ölçütleri	19
2.1.5.1.2. ICD-10 Tanı Ölçütleri	19
2.1.6. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Alt Tipleri	20
2.1.7. Sosyal Anksiyete Bozukluğuna Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar.....	22
2.1.7.1. Biyolojik Modeller	22
2.1.7.2. Sosyo-Gelişimsel Modeller	23
2.1.7.3. Bilişsel Davranışçı Modeller	24
2.1.7.3.1. Clark ve Wells'in Sosyal Anksiyete Modeli (1995)	25
2.1.7.3.2. Rapee ve Heimberg'in Sosyal Anksiyete Modeli (1997).....	29
2.1.7.3.3. Yeni Bilişsel Davranışçı Modeller	33
2.2. Ruminasyon.....	34
2.2.1. Ruminasyonu Açıklamaya Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar	35
2.2.2. Tepki Stilleri Teorisi (Response Styles Theory)	36
2.2.3. Hedefe İlerleme Kuramı (The Goal Progress Theory).....	38
2.2.4.Öz-Düzenleyici Yürütücü İşlev Teorisi (The Self-Regulatory Executive Function Theory).....	38
2.2.5. Üzüntüyle İlişkili Ruminasyon Teorisi (Rumination on Sadness Theory)	39
2.2.6. Strese Tepki Olarak Ruminasyon Modeli (The Stress-Reactive Model of Rumination)	40
2.3. Öz-Şefkat Kavramı.....	41
2.3.1. Kristin Neff Öz-Şefkat Kavramı	41
2.3.2. Öz-Şefkat Alt Boyutları	42
2.3.3. Öz-Sevecenlik	42
2.3.4. Paylaşımların Bilincinde Olma	43
2.3.5. Bilgece Farkındalık	43
2.4. Ruminasyon ve Öz-Şefkat ile İlgili Çalışmalar.....	44
2.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi	49
2.5.1. Bilişsel Davranışçı Terapi	49
2.5.2. Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi	51
2.5.3. Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Teknikleri.....	52
2.5.4. Sosyal Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Uygulanışı.....	54

2.5.5. Sosyal Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkisi	56
---	----

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM.....	60
3.1. Araştırmanın Modeli	60
3.2. Evren ve Örneklem.....	61
3.3. Verilerin Toplanması.....	64
3.4. İşlem.....	64
3.5. Veri Toplama Araçları.....	64
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF).....	64
3.5.2. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ).....	65
3.5.3. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ).....	66
3.5.4. Öz-Şefkat Ölçeği	68
3.6. Verilerin Analizi.....	68
3.7. Verilerin Yorumlanması.....	69
3.7.1. Deney ve plasebo gruplarının testlerden elde ettikleri puanların betimsel istatistikleri nedir ?.....	69
3.7.2. Ön-Test Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırması.....	70
3.7.3. Deney Grubunun LSA, Ruminasyon ve Öz-Şefkat Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları.....	71
3.7.3.1. Deney Grubunun LSA Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları.....	72
3.7.3.2. Deney Grubunun Ruminasyon Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları.....	72
3.7.3.3. Deney Grubunun Öz-Şefkat Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları.....	73
3.7.4. Plasebo Grubunun LSA, Ruminasyon ve Öz-Şefkat Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları	74
3.7.4.1. Plasebo Grubunun LSA Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları.....	74
3.7.4.2. Plasebo Grubunun Ruminasyon Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları.....	74

3.7.4.3. Plasebo Grubunun Öz-Şefkat Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları.....	75
3.7.5. Son-Test Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırması.....	76

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA.....	78
4.1. BDGT ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	79
4.2. BDGT ve Ruminasyon.....	82
4.3. BDGT ve Öz-Şefkat.....	84

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	86
5.1. Sonuçlar.....	87
5.2. Öneriler.....	87
KAYNAKÇA.....	88
EKLER.....	117
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu (KBF).....	117
Ek 2. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ).....	119
Ek 3. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ).....	121
Ek 4. Öz-Şefkat Ölçeği.....	122
Ek 5. Bilimsel Araştırma Yayın Etiği Kurulu Kararı.....	124
Ek 6. Bilişsel-Davranışçı Grup Terapi Müdahale Programı.....	125

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. BDT ile Tedavi Edilmiş Hastalıkların Kısmi Listesi	56
Tablo 2. Araştırmanın şematik gösterimi	60
Tablo 3. Katılımcıların LSAÖ ön-test puanlarına ait betimsel istatistikler	62
Tablo 4. Deney grubundaki katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları.....	63
Tablo 5. Plasebo grubundaki katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları.....	63
Tablo 6. Deney grubu için ölçeklerden elde edilen puanların betimsel istatistikleri.....	69
Tablo 7. Plasebo grubu için ölçeklerden elde edilen puanların betimsel istatistikleri.....	70
Tablo 8. Katılımcıların LSA ön-test puanlarının gruba göre karşılaştırılması	70
Tablo 9. Katılımcıların Ruminasyon ön-test puanlarının gruba göre karşılaştırılması	71
Tablo 10. Katılımcıların öz-şefkat ön-test puanlarının gruba göre karşılaştırılması	71
Tablo 11. Deney grubunun LSA puanlarının ön-test, son-test ve izleme testi boyunca Friedman testi sonucu.....	72
Tablo 12. Deney grubunun ruminasyon puanlarının ön-test, son-test ve izleme testi boyunca Friedman testi sonucu	73
Tablo 13. Deney grubunun öz-şefkat puanlarının ön-test, son-test ve izleme testi boyunca Friedman testi sonucu.....	73
Tablo 14. Plasebo grubunun LSA puanlarının ön-test, son-test ve izleme testi boyunca Friedman testi sonucu.....	74
Tablo 15. Plasebo grubunun ruminasyon puanlarının ön-test, son-test ve izleme testi boyunca Friedman testi sonucu	75
Tablo 16. Plasebo grubunun öz-şefkat puanlarının ön-test, son-test ve izleme testi boyunca Friedman testi sonucu.....	75
Tablo 17. Katılımcıların LSA son-test puanlarının gruba göre karşılaştırılması.....	76
Tablo 18. Katılımcıların ruminasyon son-test puanlarının gruba göre karşılaştırılması	76
Tablo 19. Katılımcıların öz-şefkat son-test puanlarının gruba göre karşılaştırılması	77

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 1. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Bilişsel Modeli	28
Şekil 2. Sosyal Durumlarda Anksiyetenin Genelleştirilmiş Modeli	30
Şekil 3. Beck'in Bilişsel Üçlüsü	50



KISALTMALAR LİSTESİ

BDGT	:	Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi (Cognitive Behavioral Group Therapy)
BDT	:	Bilişsel Davranışçı Terapi (Cognitive-Behavioural Therapy)
ÇKB	:	Çekingen Kişilik Bozukluğu
DAT1	:	Dopamin Taşıyıcı Geni (Dopamine Transporter Gene)
ICD	:	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Diseases and Related Health Problems)
KBF	:	Kişisel Bilgi Formu
LSAÖ	:	Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği
MAOI	:	Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (Monoamine Oxidase Inhibitors)
OKB	:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PTSB	:	Post-travmatik Stres Bozukluğu
RDBÖ	:	Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği
RTSQ	:	Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (Ruminative Thought Style Questionnaire)
SAB	:	Sosyal Anksiyete Bozukluğu
S-REF	:	Öz-Düzenleyici Yürütücü İşlev Teorisi (The Self-Regulatory Executive Function Theory)
SSRI	:	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)
SNRI	:	Seçici Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (Selective Noradrenaline Reuptake Inhibitors)
TST	:	Tepki Stilleri Teorisi (Response Styles Theory)
WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Bu bölümde, çalışmanın problemi, hipotezleri, amacı ve önemi açıklanmıştır. Ayrıca, çalışmanın varsayımları ve sınırlılıkları belirtilmiş, çalışmada yer alan önemli kavramlar tanımlanmıştır.

1.1. Problem Durumu

Üniversite öğrenciliği bireylerin çocukluktan gençliğe geçiş döneminin ve bu dönemin getirdiği birtakım sıkıntıların tecrübe edildiği bir süreçtir (Kaçur ve Atak, 2011: 274). Öğrencilerin akademik hayatlarına ilişkin başarı beklentileri, içinde buldukları yeni ortama uyum sağlama çabaları, karşılaştıkları negatif durumlar karşısında bir yetişkin gibi karar vermeleri gerekliliği ve ailelerinden uzakta olmaları bir anda farklı problemlerle karşılaşmalarına neden olmaktadır (Özbay vd., 2011: 60). Yapılan çalışmalar söz konusu problemlerin üniversite öğrencilerinde depresyon, sosyal anksiyete ve stres gibi sorunlara neden olduğunu ortaya koymaktadır (Üstün ve Bayar, 2015: 387).

Son yıllarda ruh sağlığı alanında sıklıkla karşılaşılan sorunlardan biri de sosyal anksiyete bozukluğudur (Stein ve Stein, 2008: 1115). Sosyal anksiyete bozukluğu, sosyal veya performans koşullarında açığa çıkan, olumsuz değerlendirilmekten ya da anksiyete belirtilerini göstermekten korkma ile karakterize edilen ve genellikle kaçınma davranışına neden olan bir rahatsızlıktır (APA, 2013: 202). Sosyal anksiyete bozukluğu olan insanlarda, rezil olma korkusu, aşağılanma düşüncesi ve utanç hissetme ile birlikte fiziksel belirtiler de kendini gösterir. Başkaları tarafından nasıl değerlendirileceğine normalden fazla odaklanmaları sosyal anksiyete yaşayan bireylerin hem fiziksel belirtileri hem de anksiyete durumunu abartılı yaşamalarına ve aşırı bir korku duymalarına neden olmaktadır (Dilbaz, 2000: 3). Sosyal anksiyete yaratan durumlarda yaşanan stres, sıkıntı hali ve kaçınma durumu mesleki ya da günlük rutinde insanların yaşamına müdahale etmekte ve kişisel ilişkilerine önemli ölçüde zarar vermektedir (Boer, 1997: 797). Sosyal durumlarda yaşanan ve söz konusu durum ile uyumsuz bu duygu ve davranışlar tarihsel süreç içinde de pek çok insanın yaşamını etkilemiştir (Hofmann ve DiBartolo, 2014: 3). Sosyal anksiyetenin epidemiyoloji üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar ışığında, Amerika Birleşik Devletleri'nde her 100 kişiden 7'sinde 12 ay üzeri süren sosyal anksiyete bozukluğuna rastlanmıştır. Ortak tanı ölçütleri kullanan farklı dünya

ülkelerinde ise 12 ay altı süren sosyal anksiyetenin genele oranı yaklaşık % 0,5 ile % 2 arasında olup, Avrupa ülkelerinde ise bu oran % 12,3'tür (APA, 2013: 204). Sosyal anksiyete bozukluğunun yaygınlığı yetişkinlerde çocuklara kıyasla daha fazladır ve bu oran yaş ilerledikçe azalır. Hastalık genellikle erken ergenlik döneminde, 13.3-15.5 yaş arası başlayabildiği gibi erken çocukluk döneminde de görülebilmektedir (Schneier vd., 1992: 284).

Sosyal anksiyete bozukluğu kişilik özelliklerinin yanı sıra genetik, fizyolojik ve çevresel birçok faktörün bir arada yer aldığı bir rahatsızlık olarak görülmektedir (APA, 2013: 203). Sosyal anksiyete ile ilgili bilişsel kuramlar genellikle sosyal bilginin önyargılı işlenmesi üzerinedir. Bu modelin üç temel prensibi vardır; a) sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler seçici olarak toplumsal durumlar ile ilgili olumsuz bilgileri dikkate alır b) bu seçicilik toplumsal durumları hatırlarken veya değerlendirme yaparken önyargılı davranmalarına neden olur c) bu önyargı da toplumsal korkuları kötüleştirip sürekli hale getirir (Mellings ve Alden, 2000: 243). Clark ve Wells'e göre (1995) sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler özellikle anksiyete kaynaklı içsel duyularını, düşüncelerini ve davranışlarını gözlemlemeye odaklanırlar. Bu öz-odaklanma sonucunda bireyler sosyal durumları olumsuz olarak değerlendirirler (Clarks ve Wells, 1995: 70-71).

Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin, yaşayacakları bir durumun öncesinde, sırasında ve sonrasında kendilerine yönelik tekrarlayan olumsuz düşünceleri olabilir. Kişinin dikkatini sürekli kendi olumsuz düşüncelerine ve bu düşüncelerin anlamlarına yöneltmesi ruminasyon olarak tanımlanır (Nolen-Hoeksema, 1991: 539). Martin ve Tesser ise ruminasyonu çevresel isteklerin veya dış uyaranların olmadığı durumlarda, belirli bir konu üzerine tekrarlayan bilinçli düşünceler olarak tanımlamışlardır. Aynı zamanda rumisyonu, kişinin hedefleri ve gerçekleri arasındaki farklılık olarak da ifade etmişlerdir (Martin ve Tesser, 1996: 7). Sosyal anksiyete bozukluğunda olay öncesi ve sonrası ruminasyonun önceden belirlenmesi için farklı modellemeler yapılmıştır. Buna göre olay öncesi ruminasyon seviyesi, tehdit algısı, performansın kişisel değerlendirilmesi, öz-yeterlilik ve anksiyete seviyesi ile öngörülebilir (Modini ve Abbott, 2017: 74). Olay sonrası ruminasyon ise; deneyimlenen sosyal tecrübenin sürekli olumsuz yanlarının düşünülmesi ve hatta geçmişte yaşanan benzer olumsuz tecrübelerin de hatırlanması sonucu kişinin kendisini sosyal olarak yetersiz görmesi ile öngörülebilir (Morgan ve Banerjee, 2008: 1195, Kashdan ve Roberts, 2007: 295). Anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerde geçmiş olumsuz deneyimlerin hatırlanmasında ruminasyonun önemli bir rolü olduğu ve bu bireylerin daha fazla ruminasyon yaptıkları gösterilmiştir (Edwards vd., 2003: 612-613; Abbott ve Rapee, 2004: 142; Lundh ve Sperling, 2002: 133; Rachman vd., 2000: 616).

Sosyal anksiyeteli bireylerin sosyal durumlarda yaşamış oldukları bu zorluklar ve bu durumlara ilişkin tekrarlayıcı olumsuz düşünceler için Neff'e (2003) göre en etkili tedavi yöntemlerinden biri öz-şefkat'tir. Öz-şefkat psikolojide yeni bir kavramdır. Kavramı alanyazına kazandıran Kristin Neff öz-şefkati; a) kişinin kendi acı ve başarısızlığını sert bir şekilde eleştirmek yerine kendisine nazik ve anlayışlı bir tutum ile yaklaşması, b) söz konusu acı ve başarısızlıkları sadece kendisinin deneyimlemediği, bunların tüm insanlar için ortak olduğunun bilincinde olması c) acı içeren düşünceleri ve duyguları kendini tanımlayacak bir malzeme olarak görmek yerine bilinçli farkındalık ile kabullenmesi olarak tanımlar (Neff, 2003a: 89). Acı, başarısızlık veya yetersizlik karşısında, öz-şefkatli bireyler kendilerine acımak ya da önyargılı yaklaşmak yerine anlayışlı olmayı tercih ederler (Neff vd., 2005: 282). Öz-şefkat ve sosyal anksiyete bozukluğunun incelendiği çalışmalara bakıldığında, sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin anksiyetesi olmayan bireylere göre daha düşük öz-şefkat düzeyine sahip oldukları, ayrıca öz-şefkat ile sosyal anksiyete ve olumsuz değerlendirilme korkusu arasında negatif korelasyon olduğu görülmektedir (Neff, 2003b: 235, Deniz ve Sümer, 2010: 122, Neff vd., 2007: 140).

Bu bağlamda bireylerin olumsuz değerlendirileceklerini düşünmeleri ve bundan korku duymaları sosyal anksiyete bozukluğunun önemli nedenlerinden biri olarak görülebilir ve olumsuz düşünceleri değiştirmenin, alternatif düşünceler üretmenin, sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir. Sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde etkili bir terapi modeli olan bilişsel davranışçı terapide, kişinin kendine yönelik söz konusu olumsuz düşünceleri üzerine odaklanılır ve danışan ile birlikte bu düşünceler üzerinde çalışılır (Fresco ve Heimberg, 2001: 2-4).

Bilişsel davranışçı terapi Aaron T. Beck (1964) tarafından ilk kez depresyon hastalarının tedavisinde kullanılmış, zamanla farklı psikopatolojiler üzerinde de modellenmiştir. Psikolojik sorunların veya klinik rahatsızlıklar ile ilgili bilişsel yaklaşımın erken dönemlerindeki gözlemler, düşünce hataları üzerineydi. Bu gözlemler şema adı verilen yapıların varlığını ortaya çıkarmıştır. Şemalar uyaranları işleyen, anlam kazandıran ve ilgili psikobiyolojik sistemleri aktive eden karmaşık bilişsel yapılardır (Beck ve Haigh, 2014: 2). Beck'in çalışmaları bu şema veya inançların, hastalığın gelişiminde önemli rol oynadığını ve depresyon dışında sosyal anksiyete gibi farklı psikopatolojilerde de etkili olduğunu göstermiştir. Bilişsel davranışçı terapi, hastaları anksiyete duyulan duruma maruz bırakarak bilişsel yeniden yapılandırma ile hastaların hatalı düşüncelerini kontrol etmelerini ve söz konusu şema ve inançları değiştirirerek sosyal anksiyeteleri ile başa çıkmalarını hedefler (Boer, 1997: 799).

Sosyal anksiyete bozukluğunda öz-şefkat ve ruminasyon kavramlarının öneminden hareketle bu çalışmada, sosyal anksiyete bozukluğu yaşayan öğrencilerde bilişsel davranışçı terapi ile sosyal anksiyete, ruminasyon ve öz-şefkat kavramlarının birlikte incelenmesi amaçlanmıştır.

1.1.1. Hipotez Cümlesi

Bilişsel davranışçı grup terapisi, sosyal anksiyete bozukluğu olan üniversite öğrencilerinin anksiyete düzeylerinde ve ruminatif düşüncelerinde azalma, öz-şefkat düzeylerinde artma sağlar.

1.1.2. Alt Hipotezler

- Bilişsel davranışçı grup terapisi uygulanan öğrencilerin sosyal anksiyete düzeyleri azalır.
- Bilişsel davranışçı grup terapisi uygulanan öğrencilerin ruminatif düşünceleri azalır.
- Bilişsel davranışçı grup terapisi uygulanan öğrencilerin öz-şefkat düzeyleri artar.
- İletişime dayalı grup terapisi uygulanan öğrencilerin sosyal anksiyete düzeylerinde değişiklik yoktur.
- İletişime dayalı grup terapisi uygulanan öğrencilerin ruminatif düşüncelerinde değişiklik yoktur.
- İletişime dayalı grup terapisi uygulanan öğrencilerin öz-şefkat düzeylerinde değişiklik yoktur.
- Sosyal anksiyete son-test düzeylerinde gruba göre anlamlı farklılık vardır.
- Ruminasyon son-test düzeylerinde gruba göre anlamlı farklılık vardır.
- Öz-şefkat son-test düzeylerinde gruba göre anlamlı farklılık vardır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı bilişsel davranışçı grup terapisi ile sosyal anksiyete bozukluğu olan üniversite öğrencilerinin sosyal anksiyete, ruminatif düşünce ve öz-şefkat düzeylerindeki değişimi ve bu değişimin kalıcılığını araştırmaktır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Sosyal anksiyete bozukluğu günlük yaşamı büyük oranda olumsuz yönde etkileyen bir rahatsızlıktır. Sosyal anksiyete bozukluğunun ortalama 13-24 yaşları arasında başladığı ancak, kliniğe başvurma yaşının ise genellikle 30 yaş olduğu görülmektedir. Bunun sebebi sosyal anksiyetenin tedavi edilebilir bir rahatsızlık olduğunun bilinmemesi veya sosyal anksiyetenin kişiliklerinin bir parçası olarak görülmesidir (Dilbaz, 2000: 5). Bu rahatsızlığa sahip bireylerin diğer anksiyete bozuklukları (agorafobi, obsesif-kompulsif bozukluk veya yaygın anksiyete bozukluğu) olan bireylere göre, evli olmama ve mesleki işlevselsizlik oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Magee vd., 1996: 163). Bunun yanında, bu rahatsızlığa sahip bireylerde aynı zamanda, panik bozukluk (% 17-50), majör depresyon (% 35-80), madde kullanım bozukluğu (% 8-56), beden dismorfik bozukluğu (% 11-12) veya obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) (% 11-14) görülme ihtimali de vardır (Dilbaz, 2000: 10). Bu bilgiler doğrultusunda sosyal anksiyete bozukluğu tedavi edilmediğinde bireyin, psikolojik sağlığını ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkileyebileceği, aynı zamanda mesleki ve sosyal yaşamında da problemlere sebep olacağı söylenebilir.

Sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde psikofarmakoloji ve psikoterapi kullanılmaktadır (Fresco ve Heimberg, 2001: 3). Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin yaşadıkları bilişsel ve fiziksel belirtiler, korkulan durumdan kaçma ve kaçınma davranışına neden olabilir. Psikofarmakolojik tedaviler, hastalığa ait kaçma ve kaçınma davranışlarında veya fiziksel belirtilerinde azalma sağlar (Hofmann ve DiBartolo, 2014). Söz konusu tedavide farklı tipte ilaç gruplarının kullanıldığı görülmektedir. Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI), benzodiazepinler ve seçici serotonin/noradrenalin geri alım inhibitörleri (SSRI/SNRI) sıklıkla kullanılan ilaç gruplarıdır (Boer, 1997: 799). Sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde farklı psikoterapiler de kullanılmaktadır. Psikoanalitik, varoluşçu, hümanist, gestalt ve bilişsel davranışçı terapi kuramları en çok kullanılan terapi yaklaşımlarıdır. Bu kuramlar arasında bilişsel davranışçı grup terapilerinin sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde kullanıldığını gösteren pek çok çalışma mevcuttur (Chambless vd., 1997: 230; Heimberg vd., 1998: 1139; Hayward vd., 2000: 725). Bu çalışmalara göre bilişsel davranışçı grup terapisinin sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu görülmekle birlikte, ruminasyon ve öz-şefkat düzeyine olan etkisini araştıran çalışmaların oldukça sınırlı kaldığı görülmektedir (McEvoy vd., 2009: 621; Abbott ve Rapee, 2004: 142, Kocovski vd., 2013: 895, McEvoy vd., 2012: 263, Mellings ve Alden, 2000: 254, Allen ve Leary, 2010: 115).

Bu nedenle bu çalışma ile bilişsel davranış grup terapisinin, görülme sıklığı ve komorbid hastalıklar ile ilişkisi oldukça yüksek olan ve günlük yaşamı olumsuz etkileyen sosyal anksiyete bozukluğundaki etkililiği incelenmektedir. Bu çalışma, bilişsel davranışçı grup terapisinin sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin sosyal anksiyete, ruminatif düşünceler ve öz-şefkat düzeylerindeki değişimin birlikte incelenmesi ve alanyazında söz konusu kavramların birlikte çalışıldığı araştırma bulunmaması nedeniyle önem taşımaktadır.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırma örnekleminin evreni temsil ettiği varsayılmıştır. Örneklem grubunun araştırmada kullanılan Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği'ne, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği'ne ve Öz-şefkat Ölçeği'ne doğru ve içten cevaplar verdikleri varsayılmıştır. Örneklem gruplarının oluşturulmasında yansızlık temel alınmıştır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Hasan Kalyoncu Üniversitesi 2018-2019 yıllarında öğrenim gören Eğitim Fakültesi, Güzel Sanatlar ve Mimarlık Fakültesi, Hukuk Fakültesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, İletişim Fakültesi, Mühendislik Fakültesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ile sınırlıdır.

Araştırmada incelenen sosyal anksiyete düzeyleri Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği'nin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

Araştırmada incelenen ruminatif düşünce düzeyleri Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği'nin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

Araştırmada incelenen öz-şefkat düzeyleri Öz-şefkat Ölçeği'nin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

Araştırmada, katılımcıların akademik takvimlerinden dolayı izleme çalışması bir ay sonra yapılmıştır.

1.6. Tanımlar

Bilişsel Çarpıtma (Cognitive Biases): Bireylerin belirli durumlar karşısında dış uyaranları olduklarından farklı tanımlamaları ve bilgiyi işleme sürecinde sistematik olarak

yaptıkları düşünce hatalarıdır. En sık kullanılan hatalar ise; ya hep ya hiç, felaketleştirme, olumluyu görmezden gelme, duygusal akıl yürütme, etiketleme, büyütme/küçültme, zihinsel filtreleme veya akıl okumadır (Beck vd., 1985: 32-33).

Otomatik Düşünce (Automatic Thoughts): Bilişsel hataların bir sonucu olarak beklenmedik bir zamanda ve kendiliğinden ortaya çıkan, tekrarlayan ve doğruluğu sınanmadan kabul edilen olumlu ya da olumsuz düşüncelerdir. Otomatik düşünceler bireyde olumsuz duygu durumları yaratır ve bireyin olayları algılamasını değiştirir (Beck vd., 1985: 31).

Temel İnançlar / Şemalar (Core Beliefs / Schemas): Bireyin belirli bir olayı gözlemlerine göre yorumlaması sonucu geliştirdiği inanç ve varsayımlara temel inanç/şema denir. Şemalar deneyimler ile şekillenir ve insan gelişimi süresince pekiştirilir. Bu yüzden kişinin çevresini, kendisini ve etkileşimlerini değerlendirdikleri bir lens gibi düşünülebilirler (Beck, 1964: 562-563).

Ruminasyon (Rumination): Bireyin üzerinde kontrolünün olmadığı, birdenbire ortaya çıkan ve zihnini meşgul eden duyguları ve sorunları ile ilgili düşünme sürecine ruminasyon denir (Nolen-Hoeksema vd., 2008: 400). Ruminasyon; olumsuz çıkarım, olumsuz duyguların kontrolünde zorluk, işlevsiz tutum, umutsuzluk, kötümserlik, öz-eleştiri ve bağımlılık gibi işlevsel olmayan bilişsel süreçler ile de ilişkilidir (Ciesla ve Roberts, 2002: 446-447, Nolen-Hoeksema ve Jackson, 2001: 45, Smith vd., 2006: 452-453, Lyubomirsky ve Nolen-Hoeksema, 1995-186).

Öz-Şefkat (Self-Compassion): Bireylerin yaşamları boyunca karşılaşmış oldukları olumsuz durumlar karşısında kendilerine göstermiş oldukları anlayış olarak tanımlanır. Öz-şefkat birey ile olumsuz durumlar arasında koruyucu faktör görevi görmektedir. Kişinin bu olumsuz durumlara karşı olumlu duygular ve yaklaşımlar geliştirmesini sağlamaktadır. Öz-şefkat tüm deneyimlerin daha büyük bir insani deneyimin parçası olarak görülmesini sağlar (Neff, 2003b: 224-225).

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)

2.1.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanımı

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) ilk olarak 1980 yılında APA tarafından sosyal fobi adı altında ayrı bir psikopatoloji olarak tanımlanmıştır. DSM-III'te sosyal fobi, performans ya da sosyal ortamlarda gözlemlenme anksiyetesi olarak ifade edilmiş olup, söz konusu anksiyetenin 'aşırı ve nedensiz' olarak tanımlanması gerekli görülmüştür. DSM-IV'te sosyal fobi tanı kriterlerinde farklılık yapılmış olup, bireyin belirgin anksiyete belirtileri göstermesinden korkması şartı da eklenmiştir. DSM-V'te ise sosyal fobi isim değişikliği ile sosyal anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmıştır (APA, 2013: 202).

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) bireylerin utanma ya da aşağılanma yaşayabileceği bir ya da daha fazla sosyal ortamlarda bulunmaktan kaynaklı kalıcı ve aşırı korku duyma ile tanımlanan bir rahatsızlıktır. Bu korku duyma hali iletişim kurma, başkaları tarafından gözlemlenme ve performans gösterme durumları ile ilişkilidir (Leigh ve Clark, 2018: 8). Utanç, mahcubiyet ve aşağılanma duygularının yaşanacağından korkulması ve bunun kişinin anksiyete düzeyini tetiklemesiyle, içinde bulunulan sosyal ortamda performans düşüklüğü gösterme korkusu yaşanır ve bu korku SAB'a neden olur. Her insanda bulunan normal düzeydeki anksiyete, bu tarz duygusal tepkilerle tetiklenerek normallik spektrumunun dışına çıkmakta ve bir bozukluk halini almaktadır. Sosyal anksiyete, kişinin sosyal ortamlara girmesiyle her defasında tetiklenerek döngüsel bir sürece girer (Heimberg vd., 2010: 396-401, National Institute of Health and Care Excellence, 2013: 15). Heimberg ve Becker (2002), kişinin içinde bulunduğu toplum tarafından olumsuz bir eleştiriye maruz kalacağı düşüncesinin anksiyeteye neden olduğunu, söz konusu anksiyetenin de kişinin doğal davranışlarını göstermesini engellediğini belirtmiştir. Kişinin her sosyal ortama girmesiyle bu anksiyete süreci de tekrarlanmaktadır (Heimberg ve Becker, 2002: 4-5).

SAB yaşayan bireylerde bir takım bilişsel, fiziksel, davranışsal ve duygusal belirtiler görülebilmektedir. Bilişsel belirtiler, fonksiyonel olmayan olumsuz düşünceler ile beğenilmeyeceğine ve negatif eleştiriler alacağına dair önyargıları oluşturmaktadır. Yüzde kızarıklık oluşması, düzgün nefes alamama, mide bulantısı ve aritmi fiziksel belirtilere örnek

olarak verilebilir. Davranışsal belirtiler ise, anksiyete bozukluğuna neden olan ortamlardan ya da durumlardan kaçınma ve uzak durmaya çalışma olarak ifade edilebilir. Korkma, gergin hissetme, endişe duyma da bireylerin yaşayacağı duygusal belirtilerdir (Kearney, 2005: 9). Bu nedenle SAB, bireylerin yaşam kalitesinde azalma, ekonomik kayıplar, eğitim, sosyal ve mesleki alanlarda başarısızlıklar ve duygudurum bozuklukları gibi problemler yaşamalarına neden olmaktadır (National Institute of Health and Care Excellence, 2013: 27). Bireylerin pek çok alanda aslında sahip olduğu yeterlilikleri gösterememesine neden olduğu söylenebilir.

2.1.2. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Etiyolojisi

Sosyal anksiyete bozukluğu etiyolojisi ile ilgili yapılan çalışmalar bu anksiyete bozukluğunun tedavisi için önemli görölmektedir. SAB etiyolojisinde önem arz eden dış etkenler incelendiğinde, bu konuda yapılmış ve yapılmakta olan araştırmalar baz alınmakta ve böylece anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında rol oynayan her bilimsel etken incelenmektedir.

Genetikten ebeveyn tutumlarına kadar pek çok farklı değişkeni bulunduran SAB etiyolojisi, günümüzde diğer birçok psikolojik rahatsızlık gibi kesin bir çizgiye oturtulmasa da çeşitli etkenler üzerinden incelenmektedir. Kalıtımsal ve çevresel etkenler, davranışsal ketlenme, duygusal ve bilişsel yapılanmalar gibi pek çok değişken, SAB etiyolojisinde yer almaktadır (Demir, 2009: 104).

Genetik ve fizyolojik yapı SAB'ın gelişiminde önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (APA, 2013: 203). SAB'ın kalıtsal geçişi hastalığın önemli nedenleri arasında görölmektedir ve bu konuda yapılan birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda, SAB olan ebeveynlerin çocuklarında da söz konusu anksiyetenin olduğu, benzer şekilde SAB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin de aynı tanıyı aldıkları görölmektedir (Mancini vd., 1996: 1515, Elizabeth vd., 2006: 153; Knappe vd., 2010: 859; Lieb vd., 2000: 861). Yapılan çalışmalar birinci derece akrabalarında SAB olan bireylerin olmayan bireylere göre, üç kat daha fazla risk taşıdığını göstermiştir (Fyer vd., 1993: 289; Mannuzza vd., 1995: 234; Reich ve Yates, 1988: 74). Benzer şekilde SAB olan ailelerin çocuklarında söz konusu rahatsızlığın görünme riski anksiyete bozukluğu olmayan ailelere göre önemli derecede daha yüksektir (Lieb, 2000: 861). Yetişkin ikizlerle yapılan bir çalışmada, SAB'a eş hastalanma riskinin monozigotik ikizlerde dizigotik ikizlere göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Kendler vd., 2001: 259). İkiz çalışmaları, negatif değerlendirilme korkusu, utangaçlık, davranışsal ketlenmenin kalıtımla

aktarılabileceğini göstermiştir (Eley vd., 2003: 954; Stein vd., 2002-222; Warren vd., 1999: 1405-1406). Diğer yandan bazı çalışmalar ise belirli birtakım genlerin, doğrudan anksiyete bozukluğu ile ilişkili olmasa da; içe dönüklük (Stein vd., 2004: 221), davranışsal inhibisyon (Smoller vd., 2003: 1380), utangaçlık (Arbelle vd., 2003: 673) gibi anksiyete bozukluğu fenotipleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Rowe ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada dopamin transporter gen (DAT1) ekspresyonu ile çocuklardaki anksiyete bozukluğu semptomları arasında bir ilişki bulunmuştur (Rowe vd., 1998: 222). Özetlenecek olursa, genetik faktörlerin SAB'ın gelişiminde bir rol oynadığı bilinmesine rağmen, bu faktörlerin söz konusu bozukluğun spesifik gelişiminde doğrudan ya da dolaylı olarak etkisinin olup olmadığına dair henüz net bir bilgi bulunamamıştır (Ollendick ve Becker, 2002: 49).

Nöro görüntüleme çalışmalarına bakıldığında en fazla araştırılan beyin yolaklarının amigdala ve prefrontal korteks olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, SAB olan bireylerin herhangi bir tanı almamış bireylere göre sosyal anksiyete yaratacak bir durumda, amigdala aktivitesinde artış olduğu görülmüştür (Birbaumer vd., 1998: 1225; Tillfors vd., 2001: 1223; Rauch vd., 2003: 399; Kraus vd., 2018: 59). Ayrıca SAB olan bireylere bilişsel davranışçı terapi veya farmakolojik tedavi uygulandığında, her iki grupta da amigdala hacminde ve kan akış hızında azalma görülmüştür (Furmark vd., 2002: 429; Mansson vd., 2016: 5; Mansson vd., 2017: 49). SAB olan yetişkin bireylerde, sosyal duygusal uyarıcılara cevap olarak artmış bilateral amigdala aktivasyonu görülmüştür (Hattingh vd., 2013: 6) Bir başka çalışmada, Caouette ve Guyer (2014), SAB ya da davranışsal ketlenme olan çocuklarla ve ergenlerle beyin görüntüleme çalışmalarını yapmış ve anksiyeteli olmayan bireylere göre, bu gençlerin amigdala hiperaktivasyon gösterme eğiliminde oldukları sonucuna varmıştır (Caouette ve Guyer, 2014: 7). Yapılan çalışmalar amigdala gibi prefrontal korteksin de sosyal anksiyete ve davranışsal ketlenme ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Anksiyeteli bireylerin prefrontal korteksin ventrolateral bölgesinde, anksiyeteli olmayan bireylere göre daha fazla aktivasyon görülmüştür (Fox ve Kalin, 2014: 7; Detweiler vd., 2014: 260-261). Smoller ve arkadaşları farelerdeki RGS2 gen ekspresyonu ile çocukluk döneminde davranışsal ketlenme, SAB ve limbik sistem aktivasyon arasında bir ilişki olduğunu bulmuştur (Smoller, 2008: 304). Söz konusu genin ekspresyonu ile anksiyete yaratan durumlarda insula ve amigdala aktivasyonunda artış görülmüştür. Spence ve Rapee ise yaptıkları çalışmada, söz konusu anksiyete bozukluğuna sahip bireylerin dopaminerjik ve serotonerjik yolaklarında sorunlar olduğunu belirtmişlerdir (Spence ve Rapee, 2016: 3).

Çevresel faktörler açısından bakıldığında, akran ile olan ilişkiler, ebeveyn tutumları, davranışsal ketlenme gibi etkenlerin de SAB'ın gelişmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Knappe vd., 2015: 49-54). Spence ve Rapee, (2016), aşırı alay, eleştiri, zorbalık, reddetme, alay etme, küçük düşürme veya önemli kişiler tarafından dışlanma gibi olumsuz sosyal sonuçların sosyal anksiyetenin gelişimi ile ilişkili olacağını belirtmişlerdir (Spence ve Rapee, 2016: 9). Özellikle akranlarla olan olumsuz sosyal deneyimlerin SAB'ın gelişiminde ve sürmesinde rol oynadığına dair çalışmalar vardır (Ranta vd., 2012: 541; Kearney, 2005: 97; Ranta vd., 2009: 87; Blote vd., 2015: 152). Davranışsal ketlenme ve güvensiz bağlanma SAB riskinin artmasına neden olurken ailelerin çocuklara olan yaklaşımlarına göre söz konusu risk sosyal anksiyete bozukluğuna dönüşmeyebilir. Ailelerin destekleyici ve cesaretlendirici bir tutumla çocuklara yaklaşmaları halinde, zorlayıcı yaşam olayları karşısında bile sosyal olarak etkili bireyler olabilirler. Diğer yandan, ailelerin eleştirel, yargılayıcı, aşırı kontrolcü ve müdahaleci bir yaklaşım göstermeleri halinde davranışsal ketlenmenin arttığı belirtilmiştir (Fox vd., 2005: 247; Rubin vd., 2009: 150; Lewis-Morrarty vd., 2014: 11; Ollendick vd., 2014: 191). Annenin aşırı koruması ve babanın reddi olan çocukların, ergenliklerinde SAB geliştirme riskini taşıdıkları görülmüştür. Aynı çalışmada, hem annenin hem de babanın aşırı korumacı tavrı ise, özgül fobi ve panik bozukluğu riskinin artmasıyla ilişkili bulunmuştur (Knappe vd., 2012: 613). Bağlanma kuramları ise, çocukların erken yaşta bakım verenleri tarafından terk edilme korkusu yaşamaları halinde ileriki yaşlarında SAB geliştirebileceklerini söylemektedir. Bu sebepten dolayı güvenli bağlanma dışında yer alan her bağlanma türü çocuklarda ileriki yaşlarda SAB'ı tetikleyen önemli etiyolojik etkenlerdendir (Demir, 2009: 113). SAB'ın etiyolojisinde davranışçı kuram, bu bozukluğun gelişmesinde doğrudan koşullanma, bilgi aktarımı ve gözlemsel öğrenme ile açıklanmaktadır. Doğrudan koşullanma, kişinin toplumda yaşadığı travmatik bir olay sonrasında benzer durumlara karşı geliştirdiği tepkisel davranışlardır. Bilgi aktarımında ise bireyin başkalarından duyduğu veya okuduğu olaylar doğrultusunda korkulu bir hale gelmesidir. Gözlemsel öğrenme de başka birinin yaşadığı bir olaydan travmatize olup SAB geliştirmesidir (Türkçapar, 1999: 251).

Ayrıca yapılan çalışmalarda çocukluk dönemindeki, cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmal, ebeveynlerin evlilik uyumsuzlukları, ebeveynlerden ayrılma, aile şiddeti gibi stresli yaşam olayları ve travmalar, çocukluk hastalıkları ve ebeveyn psikopatolojisi (zihinsel sağlık, madde kötüye kullanımı ve cezai davranış dahil) yetişkinlikte SAB geliştirmede birer risk faktörü olarak gösterilmiştir (Chartier vd., 2001: 311-312; Bandelow vd., 2004: 403; Bishop

vd., 2014: 4; Bruce vd., 2012: 136; Cogle vd., 2010: 153; Kuo vd., 2012: 471; Simon vd., 2009: 1029).

Söz konusu çalışmalar, yetişkinlik dönemlerinde SAB yaşayan bireylerin önemli bir kısmının, çocukluk dönemlerinde fiziksel ya da duygusal travmalara maruz kaldıklarını göstermektedir.

SAB etiyojisi, pek çok diğer sosyal bozukluk gibi bugün de sıklıkla incelenmekte ve güncellenmektedir. SAB gelişiminde nedensel ve sürdürücü faktörlerin aynı olmayabileceği ve farklı risk faktörlerinin farklı yaşlarda daha az ya da daha çok etkili olabileceği söylenebilir. Risk faktörlerinin anksiyete bozukluğu gelişiminde birbiriyle etkileşimde olabileceği düşünülmektedir. Farklı yolların ve farklı faktörlerin kombinasyonunun söz konusu rahatsızlığının gelişiminde önemli bir etkisi bulunmaktadır (Spence ve Rapee, 2016: 2).

2.1.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Epidemiyolojisi

SAB epidemiyolojik çalışmaları hastalığın pek çok değişkene bağlı olduğunu göstermiştir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi gibi bireyin yaşamını şekillendiren pek çok temel olgu doğrultusunda incelendiğinde, SAB epidemiyolojisi de değişmektedir.

SAB'ın yaşam boyu prevalansı % 3 - % 13 civarındadır. Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülen SAB, klinik örnekleme ise erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir (Ertan, 2008: 29; Heimberg ve Becker, 2002: 13). Bandelow ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da benzer bir sonuç ortaya koymaktadır. Kadınlarda anksiyete bozukluğu prevalansının erkeklerden yaklaşık iki kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Hastalığın ergenlik döneminde başladığı ve yaşla birlikte prevalansında azalma olduğu görülmüştür (Bandelow ve Michaelis, 2015: 331). SAB'ın görülme sıklığı 13 – 24 yaş arasında değişebilmekle beraber, tedaviye başvurma yaşı ise genellikle 30 yaş olmaktadır (Schneier vd., 1992: 284, Davidson vd., 1993: 715). Ayrıca yapılan çeşitli çalışmalarda, bekar bireylerde evli bireylere göre SAB'a daha sık rastlanmıştır. Eğitim ve kültür düzeyinin de belirleyici olduğu epidemiyolojik çalışmalarda görülmektedir. SAB olanların hem eğitim düzeyleri hem de meslek sahibi olma oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Sosyal anksiyete bozukluğunun aile içinde görülmesi de hastalığın görülme sıklığını arttıran etkenlerden biridir (Dilbaz, 2000: 6; Acarturk, 2008: 275; Davidson vd., 1993: 711; Lampe vd., 2003: 639-640). Ailesinde SAB olan bireylerde, söz konusu hastalığın gelişme riski yaklaşık % 15 oranında artış

göstermektedir (Fyer vd., 1993: 289). Stein ve arkadaşları (2017) tarafından Dünya Ruh Sağlığı Örgütü verilerine dayanarak yürütülen bir çalışmada SAB'ın epidemiyolojisi incelenmiş ve bu bozukluğun yaşam boyu prevalansı ortalama % 4 iken, bu oranın yüksek gelirli ülkelerde % 5.5, orta gelirli ülkelerde % 3.1, düşük gelirli ülkelerde ise % 1.7 olduğu bulunmuştur. Hastalığın prevalansı Amerika ve Doğu Pasifik bölgelerinde en yüksekken, Afrika ve Doğu Akdeniz bölgelerinde en düşüktür. Hastalık başlangıç yaşı, ergenlik dönemi ile 40'lı yaşların başları arasındadır. SAB'ın yaşam boyu risk prevalansı incelendiğinde, ergenlik dönemi, kadın cinsiyeti, işsizlik, bekar olma, düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir ile ilişkili bulunmuştur (Stein vd., 2017: 7-9).

SAB'ın eş tanı alması yaşam boyu prevalansta % 80'dir (Boer, 1997: 798). SAB ile yaşam boyu prevalansı en yüksek olan hastalıklar, agorafobi, majör depresyon, panik bozukluk, OKB ve bazı fobik rahatsızlıklardır. Agorafobi ve özgül fobiler en çok karşılaşılan eş tanılardır (Schneier, 1992: 284-285; Magee vd., 1996: 164; Lampe vd, 2003: 640, Kessler vd., 2005: 5). Herhangi bir psikolojik rahatsızlık yaşayan bireylerin SAB eş tanı alma oranı % 70'lere kadar çıkabilmektedir. Madde ve alkol kullanımı ile ilgili de araştırmalar yapılmış olup, bu maddeleri kullanan kişilerdeki SAB oranının % 17-25 aralığında değiştiği bulunmuştur (Turan vd., 2000: 173). Costello ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma, çocukluk döneminde SAB tanısı almış bireylerin yetişkinliklerinde de sosyal anksiyete ve eş tanı alma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Costello vd., 2003: 840). Stein ve arkadaşları ise, SAB olan bireylerin diğer anksiyete bozuklukları ile eş tanı almasını en fazla, duygu durum bozuklukları ve madde kullanımı ile eş tanı almasını orta düzey ve dürtü kontrol bozuklukları için eş tanı alma olasılığını ise en düşük olarak bulmuşlardır (Stein, 2017: 11).

2.1.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu ile Benzerlik Gösteren Diğer Kavramlar

SAB'ı diğer psikolojik kavramlardan tamamen ayrı düşünmek olanaksızdır. Sosyal anksiyeteye dayalı kavramlar incelendiğinde bu terimlerin çoğunlukla iç içe geçtiği, kimi zaman birbirinin yerine dahi kullanıldığı ve beklenen anlamı karşıladığı görülmektedir. Alanyazında bu kavramlardan en çok karşılaşılanları utangaçlık, çekingenlik ve agorafobidir (Heimberg ve Becker, 2002: 7; Hoffman ve Dibartolo, 2014: 47). Bu kavramların zaman zaman birbiri yerine kullanılması ve birbiri yerine geçiyor olmasından dolayı; SAB'ı anlamak için bu kavramları tanımak da önem arz etmektedir. 1980'den bu yana psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilen SAB, tetikleyici veya artırıcı özelliklerin bir araya gelmesiyle utangaçlık,

agorafobi ve çekingenlik kavramlarıyla benzerlik gösterebilmektedir. Utangaçlık ve çekingenliğin, SAB ve agorafobiye nazaran daha az tanımlanmış terimler olduğu görülmektedir.

İncelenen kavramlar arasında ilk sırada gelen utangaçlık, çoğunlukla SAB ile benzerlik göstermektedir. Somatik ve davranışsal tepkiler, bilişsel süreçler ve sosyal işlevsellik açısından utangaçlık ve SAB'ın benzerlik gösterdiği gözlemlenmiştir (Turner vd., 1990: 498). Titreme, terleme, kızarma, hızlı kalp çarpıntısı gibi somatik tepkiler, anksiyete ya da utangaçlığa sebep olan durumdan kaçınma gibi davranışsal tepkiler, reddedilme ya da olumsuz değerlendirilme korkusu gibi bilişsel süreçler ve kişinin günlük yaşamını ve sosyal işlevselliğini etkilemesi açısından benzerlik gösterdiği için her iki rahatsızlıkta sıklıkla birbirine karıştırılmaktadır (Turner, 1990: 498-500).

SAB ile karıştırılan diğer bir kavram ise agorafobidir. Agorafobi kavramının başlı başına bir fobi olması ve SAB'ın dışında da görülmesine rağmen, bu iki kavram sıklıkla karıştırılmaktadır. Panik ataklarla ortaya çıkan agorafobi, kişiye yaşattığı kaçınma dürtüsüyle SAB ile benzerlik göstermektedir (Hofmann vd., 2002: 35). Her iki rahatsızlıkta da bireyler, yaşayacakları sosyal korkudan kaçınmak için evde kalma ve dışarıya çıkmama eğilimindedirler (Baltacı, 2010: 229). Sonuç olarak SAB ile oldukça sık karıştırılan utangaçlık, çekingenlik ve agorafobi kavramlarının ayrı ayrı incelenmesi ve sınırlarının belirlenmesi ile daha etkili tedavi yöntemlerinin bulunacağı söylenebilir.

2.1.4.1. Utangaçlık

1980 yılında DSM-III kapsamında bir rahatsızlık olarak kabul edilmeye başlanan sosyal fobi ile beraber, araştırmacılar da utangaçlık ve sosyal fobi arasındaki ilişkiyi kuramsallaştırmaya başlamışlardır. Günümüzde de utangaçlık kavramı SAB çerçevesinde incelenmektedir. Bedensel ve zihinsel semptomlar açısından oldukça benzerlik gösteren utangaçlık ve SAB zaman zaman aynı durum olarak ele alınmakla birlikte, bu iki kavramın ayrı ayrı incelenmesi gerekmektedir (Turner vd., 1990: 497). Somatik ve davranışsal tepkiler, bilişsel özellikler ve sosyal işlevsellik açısından utangaçlık ve SAB benzerlik göstermesine karşın, iki kavramın farklılık gösterdiği alanlar da mevcuttur (Baltacı, 2010: 228).

Utangaçlık, orta şiddette sosyal anksiyeteyi tanımlamak için kullanılır ve “rahatsızlık verici, hoş olmayan fakat genellikle yeti yıkımına yol açmayan bir kavram” olarak tanımlanmaktadır (Boztaş ve Sungur, 2001: 74). Bu nedenle utangaçlık tek başına bir rahatsızlık

olarak görülmez ancak SAB'ı tanımak ve tanımlamak açısından önem arz eder. Utangaçlık, şiddeti ve beraberindeki diğer belirtiler ile bir tanı alabilirken, tek başına klinik bir problem olarak görülmemektedir (Rettew, 2000: 292).

SAB ve utangaçlığın ele alındığı çalışmalarda, utangaç bireylerde sosyal anksiyete bozukluğu görülme sıklığının, utangaç olmayan bireylere göre anlamlı oranda yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca utangaçlığın şiddeti arttıkça, anksiyete bozukluğu görülme riski de artmaktadır (Heiser vd., 2003: 213-214). Prior, Smart, Sanson ve Oberklaid'in (2000) çocukluklarında utangaç davranışlar gösteren bireyler ile yapmış oldukları bir çalışmada, utangaçlığın ileriki yaşlarda anksiyete bozukluğunu yordamada rolü olduğunu göstermişlerdir (Prior vd., 2000: 465). Kadınlarda SAB ile utangaçlık bir arada bulunurken, erkeklerde söz konusu rahatsızlıklar birlikte bulunmamakla birlikte, SAB olmadan da utangaçlığın görülebileceği belirtilmektedir (Snyder vd.,1985: 977).

SAB ile oldukça fazla ilişkilendirilen utangaçlık kimi zaman olumlu bir durum olarak da görülebilmektedir. Utangaç insanların gözlem yeteneği utangaç olmayan kişilere göre daha çok gelişmiştir. Utangaçlığın kişilik özelliklerine pozitif katkı sağladığı bilinmekle birlikte, sosyal anksiyetenin bir tetikleyicisi, semptomu veya sonucu olarak kabul görmesi daha yaygındır (Zimbardo, 1977: 20-21).

Heiser ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu çalışma söz konusu iki kavramın farklılıklarını ortaya koymaktadır. SAB olan bireylerin tamamı sosyal korku yaşadıklarını belirtirken, utangaç bireylerin % 65'inde söz konusu korkuların varlığı belirtilmiştir. Diğer bir ifadeyle, utangaç olduğunu belirten insanların 1/3'ünün herhangi bir sosyal korku yaşamadıklarını söyleyebiliriz. Başka bir farklılık ise, SAB olan bireylerin tamamının korktukları sosyal durumdan kaçınma davranışı göstermesi, diğer yandan utangaç insanların ise sadece % 50'sinin kaçınma davranışında bulunmasıdır. Aynı çalışmada anksiyete bozukluğu olan bireylerin tamamı sosyal korku yaratan bir durumla karşılaştıklarında somatik tepkiler gösterirken, utangaç insanlarda bu oranın % 65 olduğu görülmektedir (Heiser vd., 2009: 471-472).

2.1.4.2. Çekingenlik ve Çekingen Kişilik Bozukluğu

Çekingenlik, bireyin herhangi bir eylemin gerçekleştirilmesinden önce bu eylemin engellenmesi veya kısıtlanması anlamına gelmektedir. Çekingen kişi gerçekleştirmek istediği eylemi veya vermek istediği tepkiyi ortaya koyamaz ve bunun sebebi genellikle olumsuzlukları önlemektir. Böylece çekingenlik yaşayan birey, toplumun onu onaylamaması ve yargılamaması

durumundan kaçınılmaktadır. Bir strateji olarak başlayan çekingenlik durumu bir süre sonra kişilik bozukluğu halini alabilmekte, bu durumda birey sürekli olarak çekingen bir ruh halinde olmakta ve bu da bireyin gündelik yaşamda karar vermesini ve harekete geçmesini zorlaştırmaktadır (Kearney, 2005: 5).

SAB yaşayan bireylerde sıklıkla karşılaşılan çekingenlik, bir kişilik bozukluğu olarak kabul edilmektedir. Sosyal anksiyeteden farklı bir tanı olan çekingen kişilik bozukluğu sosyal anksiyete olmadan da kendini gösterebilir (Heimberg ve Becker, 2002: 40). İlk defa Millon tarafından tanımlanan Çekingen Kişilik Bozukluğu (ÇKB), yaygın bir utangaçlık, ketlenme ve kaçınma olarak ifade edilmiştir. ÇKB kişilerle ilişkili bir problemken, SAB performans ile alakalı bir problemdir. ÇKB’de düşük özgüven gözlemlenirken, SAB’da böyle bir öz-eleştirel yargı yoktur (Miller, 1991: 356). Genel olarak çekingen kişilik bozukluğu, düşük özgüven, sosyal izolasyon ve reddedilmeye duyarlılık olarak ifade edilir (Reich, 2010: 207). ÇKB’li bireyler, beğenileceklerinden emin olmadıkça insanlarla iletişim kurmada isteksiz olurlar. Bu bireyler, eleştirilme ve reddedilme düşünceleri ile meşgul olup, söz konusu düşünceler nedeniyle kaçınma davranışında bulunabilirler. Aynı zamanda yetersizlik duygusu nedeniyle risk almada ve herhangi bir yeni faaliyete ya da ortama girme konusunda olağandışı isteksizlik gösterirler (Rettew, 2000: 284).

ÇKB olan bireyler sosyal olmayan durumlarda bile korku yaşar ve bu korku süreklilik arz eder. ÇKB olan bireyler SAB olan bireylere göre daha yoğun anksiyete, depresyon, başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği korkusu ve kaçınma yaşarlar. ÇKB olan bireylerin günlük hayattaki riskleri büyütme daha yatkın olmaları ve söz konusu bireylerin yakın arkadaşlarının olmaması ile SAB olan bireylerden ayrılırlar. (Schneier vd., 1991: 497-500). Çekingen kişilik bozukluğu olan bireyler daha fazla işlevselsizlik ve daha düşük içgörüyeye sahiptirler. Söz konusu kişilik bozukluğu sosyal anksiyetenin daha ağır bir görünümü olarak ifade edilmiştir (Hummelen vd., 2007: 354-355). Ayırıcı tanıda önemli nokta ise, sosyal anksiyetenin kendine özgü durumlarda ortaya çıkması, ÇKB’nin ise belirli durumlarla sınırlı olmamasıdır. Ayrıca ÇKB sosyal anksiyeteye göre daha erken yaşlarda başlamaktadır (Sevinçok vd., 1998: 23).

Herbert ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ÇKB kriterlerini karşılayan bireylerin tamamı SAB kriterlerini de karşılarken, SAB olan bireylerde ise ÇKB kriterleri gözlenmemiştir. Çekingen kişilik bozukluğu daha çok sosyal anksiyete, işlevselsizlik ve eş tanı ile ilişkilendirilmiştir. Aynı çalışmada sosyal beceri ve performans açısından iki rahatsızlık arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Herbert, 1992: 337). Taylor ve arkadaşlarının yapmış

olduğu çalışma ise her iki rahatsızlıkta da bireylerde, düşük düzey dışa dönüklük ve yüksek düzey nevrozizm olduğunu göstermiştir (Taylor vd., 2004: 4). Ayrıca çekingen kişilik bozukluğu olan bireylerin temelde insanlarla ilişki kurmakta sorun yaşadığını, SAB'ın ise performans durumlarına özgü bir sorun olduğu belirtilmiştir (Moutier ve Stein, 1999: 4-7). Söz konusu iki rahatsızlığa genetik açıdan baktığımızda ÇKB ile SAB'ın genetik risk faktörlerinin benzer olduğu, ancak iki rahatsızlığı etkileyen çevresel faktörlerin farklı olduğu görülmüştür (Reichborn-Kjennerud vd., 2007: 1725). Özetle, SAB ile klinik açıdan pek çok benzerlik gösteren çekingen kişilik bozukluğu gerek tanılardaki değişimler gerek psikiyatrinin ilerlemesi neticesinde günümüzde sosyal anksiyete bozukluğundan ayırımı yapılabilen bir noktaya ulaşmıştır.

2.1.4.3. Agorafobi

Agorafobi, kaçmanın zor olduğu ortam ya da durumlarda bulunmaktan dolayı hissedilen korku ve anksiyete olarak tanımlanabilir. Kişinin kendisini tehlikede hissetmesi ile bağlantılı olarak kaçınma davranışlarında bulunması olarak da ifade edilebilir. Agorafobik belirtiler arasında kişinin başına kötü bir şey gelmesi ihtimali ve bu ihtimalden kaçamayacağı düşüncesi ağırlık göstermektedir. Kapalı bir yerde kalmak, asansöre binmek, toplu taşımayla yolculuk etmek gibi kalabalığa ve sınırlı alana dair korkular agorafobiyi tetiklemektedir (Turner vd., 1989). Agorafobik bireyler kusma, yönelim bozukluğu ya da altına kaçırma gibi utanç verici veya panik benzeri semptomlar göstereceği durumlarda, kaçmanın ya da yardım bulmanın zor olacağını düşünerek söz konusu durumlardan korkar ve kaçınırlar (Nathan ve Gorman, 2015: 411). Her ne kadar kaçınma davranışı durum anında yaşanacak anksiyeteyi azaltsa da panik atağı önlememekte, bu da agorafobisi olan kişilerin gündelik hayatında sıkıntılara sebep olmaktadır. Bu nedenle sosyal ortamlardan kaçınma davranışı olması ile SAB ve agorafobi birbirine sıklıkla karıştırılabilmektedir.

Agorafobi ve SAB olan kişilerde sıklıkla eve kapanma ve toplumdan kaçınma gözlenmektedir. Söz konusu rahatsızlıklar arasındaki temel fark, agorafobili bireylerin ana korkularının şiddetli anksiyete semptomlarını yeniden yaşayacak olmalarıdır. Bu korku, onların panik atak semptomları göstermelerine neden olabilir. SAB olan bireyler ise sosyal durumlardan korkarlar. Bir diğer ifadeyle, bireyleri korkutan agorafobide olduğu gibi semptomlar değil, gösterecekleri semptomlara başkalarının tanıklık edecek olması ve diğer insanların önünde küçük düşeceği düşüncesidir. İki rahatsızlık arasındaki bir diğer fark ise agorafobisi olan bireyler rahatsızlıkları için başkalarını aramaktan kaçınmazken, sosyal

anksiyete bozukluğu olan bireyler başkalarından kaçınma isteğindedir (Alloy'dan [1996] aktaran Yıldırım, 2006: 25).

Karacan ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, SAB ve agorafobiyi ayırmak için, benzer semptomları gösteren kişilere kimseyi grmeyeceklerinin garantisi verilse dışarı çıkıp ıkmayacakları sorusu yneltiľmiştir. Agorafobi hastaları bu duruma hayır yanıtı verirken, SAB olan bireylerin yanıtı evet olmuştur. Bu sonuçtan yola çıkıldığında grlmektedir ki, SAB daha çok içine girilmesi talep edilen sosyal durum ve etkileşimle alakalıyken, agorafobide sorun dışarıda olmanın kendisi ve bunun yaratabileceği olumsuzlukların içselleştirilmiş korkularıdır (Karacan vd., 1996: 28). Biyolojik durumlar incelendiğinde ise, SAB ergenlik ve daha öncesinde de başlayabilirken, agorafobi korkularının gelişmesine ve yaşanan travmanın ağırlığına bağlı olarak daha geç yaşlarda, çoğunlukla yirmili yaşlarda başlamaktadır (Dilbaz, 2000: 10). Ayrıca, SAB olan bireylerde olmayanlara kıyasla daha fazla agorafobi görülmüştür (Wittchen ve Fehm, 2001: 628).

2.1.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanısı

Sosyal anksiyete bozukluğu, ilk kez 1903 yılında Fransız psikiyatrist Janet tarafından, konuşurken, piyano çalarken ya da yazı yazarken diğer insanlar tarafından izlenme korkusu olarak tanımlanmıştır (Dilbaz 1997: 18). şimdiki güncel formuyla ise Marks ve Gelder tarafından 1966 yılında tanımı yapılmıştır. Bir bozukluk olarak ilk kez Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı III'te (DSM 3) yer almıştır (APA, 1980).

2.1.5.1 DSM-V ve ICD-10 Tanı ltleri

SAB'ın oluşumunda tek bir faktörden bahsetmek mümkün değildir. Bu bozukluk birçok biyolojik ve psikolojik etkenin rol aldığı ruhsal bir rahatsızlıktır (Türkçapar, 1999: 252). Tanı için gerekli olan en önemli özellik, kişinin diğer insanlar tarafından değerlendirileceği, utanç duyacağı, aşağılanacağı, rezil olacağı davranışlardan korkma halidir (Gültekin ve Dereboy, 2011: 151). DSM tanı ltleri aşağıda verilmiştir.

2.1.5.1.1. DSM-V Tanı Ölçütleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın en güncel basımı olan DSM-V'de sosyal anksiyete bozukluğu ile ilgili tanı ölçütleri şu şekilde açıklanmıştır (APA, 2013: 116):

- A.** “Kişi, başkalarınınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da anksiyete yaşar. Örnekler arasında toplumsal etkileşimler (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 anksiyete duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkaları tarafından dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).
- C.** Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da anksiyete doğurur.
- D.** Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da anksiyete ile bunlara katlanılır.
- E.** Duyulan korku ya da anksiyete, söz konusu toplumsal ortamlarda çekinilen duruma ve toplumsal-kültürel bağlama göre orantısızdır.
- F.** Korku, anksiyete ya da kaçınma sürekli bir durumdur, 6 ay veya daha uzun sürer.
- G.** Korku, anksiyete ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur.
- H.** Korku, anksiyete ya da kaçınma bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.
- İ.** Korku, anksiyete ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
- J.** Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, anksiyete ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı düzeydedir.”

Varsa belirtiniz: Yalnızca eylem gerçekleştirme sırasında: korku toplum içinde konuşma ya da bir performans sergileme ile sınırlı ise.

2.1.5.1.1. ICD-10 Tanı Ölçütleri

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından hazırlanan “Uluslararası Hastalık Sınıflandırması” (International Classification of Diseases and Related Health Problems-9; ICD-9) yalnızca fobi sendromuna yer verirken, ICD-10’da (WHO, 1992) ilk kez sosyal fobi tanısı yer almıştır (Dilbaz, 1997: 19).

ICD-10’a (WHO, 1992) göre sosyal fobi tanı belirleyicileri aşağıdaki gibidir:

1. Aşağıdaki tanı ölçütlerinden biri olmalıdır:

A. Dikkat odağı olmaktan veya utanılacak ya da aşağılanacak şekilde davranmaktan duyulan belirgin bir korku

B. Dikkat odağı olmaktan veya utanılacak ya da aşağılanacak şekilde davranmaktan duyulan korku durumlarından belirgin bir kaçınma

Bu korkular toplulukla yemek yemek, topluma karşı konuşmak, insanların arasındayken tanıdık birileriyle karşılaşmak veya küçük grup ortamlarına girmek ya da kalmakta zorlanmak gibi sosyal durumlarda ortaya çıkar.

2. Hastalığın başlangıcından itibaren, agarofobide sayılan en az iki anksiyete belirtisinin aşağıdaki belirtilerden en az biriyle birlikte görülmesi:

A. Kızarma veya titreme

B. Kusmaktan korku duyma

C. İdrara sıkışma veya idrar, dışkı kaçırmaktan korku duyma

3. Söz konusu belirtiler ve kaçınma davranışı bireyin duygusal sıkıntılar yaşamasına neden olur. Ayrıca birey bu belirti ve davranışlarının abartı olduğunun ve mantıklı bir nedeni olmadığını farkındadır.

4. Söz konusu belirtiler korkulan durumla sınırlıdır ya da en yoğun olarak bu durumlarda görülmektedir. Birey korkulan durumların gerçekleşmesini beklediğinde daha belirgin bir hal alır.

5. 1. ve 2. maddelerde yazan belirtilerin nedenleri, organik mental bozukluklar, şizofreni ve benzeri bozukluklar, sanrılar, varsanılar, duygu durum bozuklukları ya da saplantı zorlantı bozukluğu olmamalıdır. Ayrıca bu belirtiler, kültürel inançlara da ikincil olmamalıdır.

2.1.6. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Alt Tipleri

SAB ilk kez DSM-III’de sosyal fobi olarak yer almıştır. Sonrasında yapılan çalışmalar, SAB yaşayan bireylerin homojen belirtiler göstermediğini ortaya çıkarmıştır (Heimberg vd.,

1993: 250). Sosyal anksiyete'nin alt tiplerine ilişkin alan yazında farklı görüşler vardır. DSM-IV komitesi sosyal anksiyete ve sosyal fobi kavramlarını birlikte kullanmış ve sosyal anksiyete bozukluğunun üç alt tipi olduğuna dair görüş bildirmiştir. *Özgül tip, yaygın tip ve performans tipi* olarak adlandırılan bu üç grup, anksiyete bozukluklarının farklı ortamlarda ortaya çıkabildiğini göstermektedir. Özgül tipte, sadece belirli durumlarda ortaya çıkan anksiyete bozuklukları bulunmaktadır. Bunun en bilinen örneği topluluk önünde konuşma yapma anksiyetesidir. Bireylerin, topluluk önünde konuşma yapma fikrinden özenle kaçınması ve herhangi bir kalabalık karşısında konuşma yapmadan önce veya yapma sırasında yaşadığı anksiyete durumuna “özgül tip” denmektedir. Yaygın tip ise, birçok farklı sosyal etkileşim alanlarında ortaya çıkmaktadır. Telefon ile konuşmaktan topluluk önünde sunum yapmaya kadar çeşitli sosyal durumlarda görülebilir. Performans tipi ise, kişinin yalnız olduğunda yapmaktan anksiyete duymadığı ancak performansının değerlendirileceğini düşündüğü sosyal ortamlarda yaşadığı anksiyete bozukluğudur. Sahne ya da konferans gibi kişinin izleneceği durumlar bu alt tipe örnek olarak verilebilir (Dilbaz, 1997: 19).

DSM-V'te ise, sosyal fobi çıkartılmış ve sadece sosyal anksiyete kavramı yer almıştır. Diğer bireyler tarafından izlenme ve değerlendirilme ihtimalinin olduğu ortamlarda hissedilen anksiyete veya söz konusu ortamdan kaçınma davranışı olarak tanımlanmıştır. Bireylerin yalnızca bir eylemi gerçekleştirme veya topluluk önünde konuşma ile sınırlı olması bir belirleyici olarak kabul edilmiştir (APA, 2013: 202-205).

Heimberg ve arkadaşları ise sosyal anksiyete bozukluğunu *genellenmiş, genellenmemiş ve sınırlanmış* olmak üzere üç alt tipte incelemiştir. Birçok farklı sosyal ortamda yaşanan anksiyete genellenmiş alt tip, en az bir sosyal ortamda yaşanan ve klinik olarak anlamlı bulunmayan anksiyete genellenmemiş alt tip ve belli başlı bir ya da birkaç sosyal ortamda anksiyete yaşanması ise sınırlanmış tip olarak tanımlanmıştır (Heimberg vd., 1993: 250-251). Diğer taraftan Liebowitz sosyal anksiyete bozukluğunu, kaygı ve kaçınma deneyimlenen sosyal ortamları göz önüne alarak tiplere ayırmıştır. *Formal konuşma ve etkileşim, formal olmayan konuşma ve etkileşim, sosyal etkileşimde bulunma ve başkaları tarafından değerlendirilme* olarak alt gruplarda incelemiştir (Liebowitz, 1987: 152). Genel olarak SAB'ın alt tiplerinde ortak özellik olan bireylerle ve topluluklarla etkileşime geçme korkusu, SAB yaşayanların pek çoğunda görülmüştür. İçinde buldukları toplumdan olabildiğince soyutlanmak isteyen bireyler, sosyal alanlarda yaşadıkları korkularla yüzleşmenin zorluğundan dolayı yaşadıkları anksiyetenin seviyesine göre ya bu durumdan kaçınmakta ya da bu duruma korku ile katlanmaya devam etmektedirler (Köroğlu, 2013: 198).

2.1.7. Sosyal Anksiyete Bozukluğuna Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar

2.1.7.1. Biyolojik Modeller

Sosyal anksiyete bozukluğunun etiyojisinde genetik faktörlerin rolünü araştırmak için yapılan ikiz ve aile çalışmaları, genetik faktörlerin anksiyete bozukluğunda orta düzeyde bir etkisinin olduğunu ortaya koymuştur. Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı % 24,4 iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran % 15,3 seviyesinde ve SAB'ın kalıtsal geçiş hızı % 30 dolaylarındadır (Kendler vd., 1992: 277). Fyer ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan çalışmada, SAB'ın ailesel geçişi incelenmiş ve deney grubunda kontrol grubunun iki katı olarak bulunmuştur (Fyer vd., 1993: 290). Manuzza ve arkadaşları tarafından gerçekteştirilen diğer bir çalışmada, yaygın ve yaygın olmayan sosyal anksiyete bozukluğunun kalıtımsallığı araştırılmıştır. Yaygın sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin akrabalarında da SAB görölme sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Manuzza vd., 1995: 235).

1987 yılında Kagan ve arkadaşları tarafından yapılan uzun süreli çalışmada ise, yenidoğan bebeklerin okul çağı da dahil gelişimsel süreçleri izlenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, bebeklik dönemlerinde huzursuz olanların, okul öncesi dönemde yaşıtlarına göre daha çekingen ve korkak, okul yıllarında ise daha içe dönük ve dikkatli olduğu görölmüştür (Kagan vd., 1987: 1460). Kagan ve arkadaşları (1988) bu durumu, ketlenmiş çocukların hipotalamus ve amigdalarının doğuştan düşük uyarılma eşiğine sahip olması, bunun da kendini sempatik aktivasyon artışı ile göstermesi şeklinde açıklamaktadırlar (Kagan vd., 1987: 241). Bu sonuçlar doğrultusunda, çocukların davranışsal ketlenme yaşamasının ileriki dönemlerinde patolojik anksiyete geliştirmelerinde bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Ayrıca anksiyete bozukluğu tanısı almış ebeveynlerin çocukları, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bir davranışsal ketlenme yaşamaktadır (Rosenbaum vd., 1991: 57-59).

Trower ve Gilbert (1989) ile Cloitre ve Shear'ın (1995) Psikobiyolojik Savunma/Güvenlik Modeli'ne göre, bireyin savunma düzeneği doğuştan çok güçlü ve güvenlik düzeneği yapısal olarak çok zayıf olduğunda, ayrıca ebeveynleri disiplin yönelimli ve ebeveynler arasında işbirliği zayıf olduğunda bu bireylerde SAB gelişebilir (Trower ve Gilbert, 1989: 32; Cloitre ve Shear, 1995: 172). Diğer bir çalışmada ise LeDoux (1998), anksiyete ile ilgili beyin bölümleri üzerine çalışmalar yapmıştır. Amigdala, anksiyetede en önemli rol oynayan beyin bölümlerinden biridir. Kişi sosyal bir tehdit algıladığında, olumsuz bir eleştiri aldığında, kalabalık bir ortamda konuşma yapması gerektiğinde, amigdala aşırı duyarlılık

göstermektedir (LeDoux, 1998: 1230). Davranışsal inhibisyon sürecinde amigdala, potansiyel olarak tehlikeli bir şey olup olmadığını tespit etmek için çevresel uyaranları değerlendirir. SAB, normal amigdala fonksiyonunun düzensizliği ya da hiperaktivitesi ile ilişkili olabilir. Bir nesnenin, bireyin veya durumun tehlikeli olduğuna karar vermede uyarılma eşiğindeki düzensizlikler sonucu aslında tehlikeli olmayan çevresel uyaranlar tehlikeli olarak değerlendirilebilir ve bu uyaranlardan kaçınılabılır (Amaral, 2002: 15-16).

Sonuç olarak yapılan çalışmalar, sosyal anksiyete bozukluğunda genetik faktörlerin önemli bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte konu ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olması nedeniyle bu etkinin nasıl oluştuğuna ilişkin yeni çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

2.1.7.2. Sosyo-Gelişimsel Modeller

Sosyal anksiyete bozukluğu da diğer birçok psikolojik bozukluklar gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıkmaktadır (Tillfors, 2004: 273). Bu yaklaşıma göre kişinin mizacı, ailesi ve sosyal çevresi, yetiştirildiği ebeveynlik stili, akran ilişkileri gibi erken dönem yaşantıları sosyal anksiyetenin oluşmasında etkili belirleyicilerdendir (Demir, 2009: 101).

SAB'a sebep olan mizaçlar arasında nörotizm, korkulu olma ve davranışsal inhibisyon önemli bir yere sahiptir (Fox vd., 2005: 238; Hettema vd., 2006: 861). Bu üç mizaç özelliği arasında özellikle davranışsal ketlenme, sosyal anksiyete bozukluğunu açıklayan modeller arasında en dikkat çekenlerden biridir. Tanıdık olmayan insanlara, durumlara ve nesnelere karşı aşırı bir korku duyma olarak nitelendirilen davranışsal ketlenmenin, SAB'ın çocukluk dönemlerindeki belirleyicisi olduğu düşünülmektedir (Rosenbaum vd., 1991: 58). Bu modele göre, bazı çocuklar yapısal olarak dışarıdan gelen negatif söz ve tavırlara karşı utanma ve aşağılanma tepkisi vermede diğer çocuklara göre daha hassas olmaktadır. 1991 yılında Rosenbaum ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, davranışsal ketlenme olmayan çocukların ailelerinde SAB görülmezken, davranışsal ketlenme olan çocukların ailelerinde ise % 18 oranında olduğu görülmüştür. Farklı bir çalışmada ise yüksek davranışsal ketlenme gösteren çocukların anne ve babalarının, kendilerini ifade etmede zorlandıkları, utangaçlık ve kaçınma yaşadıkları, belirsiz durumlarda anksiyeteli davranışlarda buldukları gösterilmiştir (Rickman ve Davidson, 1994: 351). Bu çalışmalar hem genetik hem de psikososyal açıdan aile faktörünün davranışsal ketlenmede önemli olduğunu göstermektedir.

West ve Newman yapmış oldukları çalışma ile çocukluk çağında davranışsal ketlenme yaşayan bireylerin, ergenlik çağında sosyal anksiyete yaşayabileceklerini bildirmişlerdir (West ve Newman, 2007: 203). Schwartz ve arkadaşlarının yapmış oldukları boylamsal bir çalışmada, davranışsal ketlenmesi yüksek olan bireylerin düşük olan bireylere göre daha fazla sosyal anksiyete yaşadıklarını göstermektedir (Schwartz vd., 1999: 1012). Davranışsal ketlenme, SAB yaşayan kişilerin kaçınma davranışını tetiklemekte ve sosyal performanslarından alıkoymaktadır. Kaçınmanın bir davranışsal duygu düzenleme stratejisi olarak kullanılması sosyal anksiyeteyi artırabilmektedir (Glick ve Orsillo, 2011: 8). Yapılan çalışmalar ışığında, çocukluk çağında davranışsal ketlenme gösteren bireylerin ilerleyen yaşlarda çeşitli anksiyete bozuklukları yaşama risklerinin fazla olduğu ve ailelerin davranışsal ketlenme gösteren çocuklara olan yaklaşımının da bu riskte önemli bir payı olduğu söylenebilir (Rosenbaum vd., 1993: 12-13). Davranışsal ketlenme SAB için önemli bir erken risk faktörü olmasına rağmen (Clauss ve Blackford, 2012: 5), SAB veya başka anksiyete bozukluklarının gelişiminde tek başına yeterli olmayabilir (Degnan ve Fox, 2007: 742). Bu nedenle, bireylerin ileriki yaşlarda SAB yaşamasının davranışsal ketlenme dışında anne ve baba tutumu, genetik faktörler, akran ilişkileri ve bağlanma stilleri gibi birçok farklı etkeni olabilir.

2.1.7.3. Bilişsel Davranışçı Modeller

Bilişsel modeller, sosyal anksiyete bozukluğu ile alakalı çeşitli açıklamalar yapmaktadır. Beck ve Emery'nin bilişsel modeline göre (1985), bireylerin sahip olduğu düşünce, inanç ve olaylara bakış açısı sosyal anksiyetenin gelişmesinde ya da var olan sosyal anksiyetenin artmasında önemli rol oynamaktadır. Bu yaklaşıma göre, sosyal anksiyetenin temelinde yatan neden, düşüncenin yanlış yönlendirilmesidir. Düşüncenin yanlış yönlendirilmesi sonucu olumsuz duygu ve davranışlar ortaya çıkmaktadır. Kazanılmış yanlış bilişsel şemalar da sosyal anksiyetenin ortaya çıkmasında etkilidir.

Yanlış inançların yönlendirdiği davranışlar ve bu davranışlardan çıkarılan sonuçlar, kişinin tehdit altında hissetmesine ve anksiyete yaşamasına neden olur. Yanlış inanışlar SAB hastalarında anksiyeteyi artırır ve olumsuz düşünmenin artmasına neden olur. Sosyal etkileşimlerden negatif sonuçlar beklendiği için birey sosyal ortamlarda devamlı olarak tetikte bulunur ve dikkat problemi yaşar. Bu nedenle yeterli bir sosyal performans gösteremez. Bu süreçte sosyal ipuçlarına dikkat etmeye başlar. Yanlış kelime telaffuzu ya da konuşurken ufak bir takılma, önemi büyütülerek duygusal tepkilere sebep olur. Anksiyete belirtileri arttıkça bireyin performansı daha da engellenir, böylece sosyal yetersizlik ve başarısızlık duygusu artar.

Bunun sonucunda, kaçınma davranışlarının olması da sosyal becerilerin başlamasını ve sürdürülmesini engeller (Beck ve Emery, 1985: 150-161).

Sosyal ortamlarda yaptıkları ufak hatalar ve anksiyetenin anlamı ile ilgili sahip oldukları inançlar bu bireylerin olaylara verdikleri duygusal tepkileri arttırır. Önemli olmayan bu hataların felaket gibi algılanmasına sebep olan çarpık inançlar şu şekildedir:

- Sosyal performans için aşırı yüksek standartlar ve gerçekçi olmayan kurallar,
- Performans sonuçlarıyla ilgili koşullu varsayımlar,
- Kendilik algısına ilişkin koşulsuz negatif inançlar.

Bu çarpık inançlar kişinin sosyal performansının gerçek düzeyi ile alakasızdır ancak kendilerini sosyal olarak yetersiz hissetmelerine sebep olur. Bu kişilerin hissettikleri, başkaları tarafından değerlendirilmeleri ile şekillenir (McEwan ve Devins, 1983: 419). Bu durum ise beraberinde anksiyeteyi getirir. Yaşanılan bu anksiyete, olumsuz inançları daha da güçlendirerek, kişinin daha fazla sosyal sorun yaşamasına, yetersiz sosyal performans göstermesine ve sosyal ilişkilere odaklanamamasına neden olur. Zamanla bu kişilerin sosyal performansları ile ilgili standartları daha da yükselir. Bununla beraber bu kişiler, sosyal ortamlardaki performanslarının yetersiz olduğunu ve insanların kendilerini beğenmediklerini düşünürler (Türkçapar, 1999: 250; Gümüş, 2006). Bilişsel yaklaşıma göre, sosyal anksiyete bozukluğunun başlamasında ya da devam etmesinde, bilişsel çarpıtmalar, hatalı bilgi işleme, negatif otomatik düşünceler gibi uyum bozucu ve işlevsel olmayan bilişsel süreçler rol oynamaktadır (Clark ve Wells, 1995: 72; Rapee ve Heimberg, 1997: 743; Clark ve McManus, 2002: 96-97; Curtis vd., 2004: 4; Stravynski vd., 2004: 434).

2.1.7.3.1. Clark ve Wells'in Sosyal Anksiyete Modeli (1995)

Clark ve Wells (1995), sosyal anksiyete bozukluğunun temeli olarak bireylerin sosyal durumlar ile ilgili sahip oldukları olumsuz beklentileri işaret etmektedir. Bu beklentiler, genel olarak olumsuz sosyal performans gösterme ile ilgili kaygı ve korkulardır (olumsuz değerlendirilme, her şeyi berbat etmekten, sıkıcı olmaktan korkma vb.). Bu olumsuz beklentilerle birlikte anksiyetede bir artış meydana gelmektedir (Clark ve Wells, 1995: 70). Söz konusu anksiyetenin devam etmesinde, olay öncesi ve sonrası işleme, endişe ve ruminasyon, önemli bir role sahiptir. Sosyal anksiyete bozukluğuna sahip olan bireyler, sosyal ortamlarda olumsuz durumlar yaşama beklentisi ile sürekli tetiktir. Bu sürekli tetikte olma hali, önemli olmayan olumsuz durumların anksiyeteli birey tarafından fark edilerek tehdit olarak algılanmasına neden olur. Birey bu tehdit algısına bilişsel, duygusal ve fiziksel tepkiler

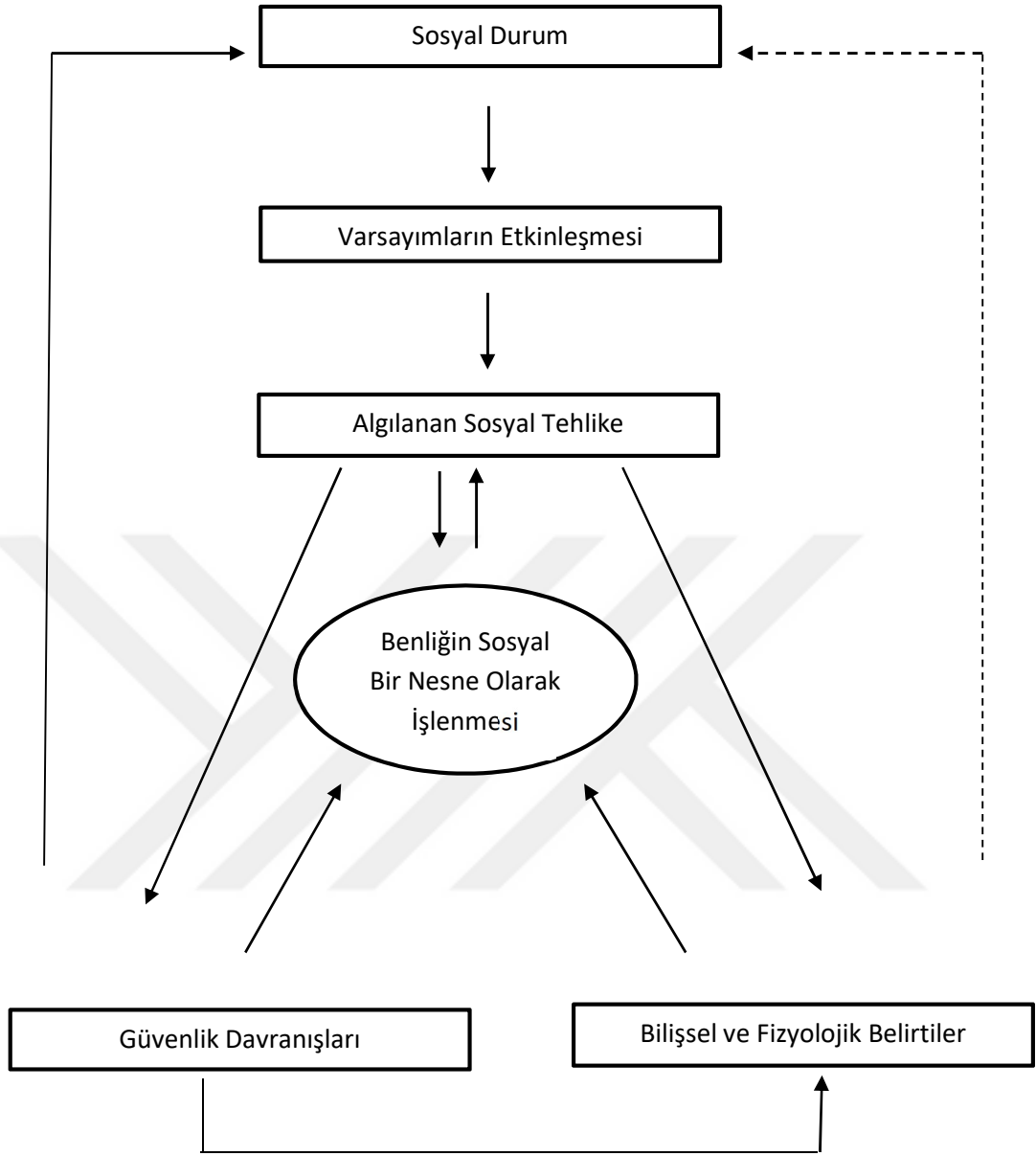
ile cevap verir. Söz konusu tepkiler kısır bir döngü oluşturarak, bireyin olumsuz düşünce ve inançlarına odaklanmasına ve bunun sonucunda da gerçek ve düşünceyi ayırt edememesine neden olur. Bu kısır döngüyü devam ettiren üç faktör vardır; güvenlik sağlama davranışları, dikkat odağındaki değişim ve benliğin sosyal bir nesne olarak algılanması, olay öncesi ve sonrası işleme (Heimberg vd., 2010: 401; Leigh ve Clark, 2018: 17).

Güvenlik sağlama davranışları arasında göz kontağı kurmama, daha az konuşma ya da konuşmayı önceden tasarlama, çok soru sorma, gruba katılmama ya da grupta kendini açmama ve alkol kullanımı vardır. Söz konusu bu davranışlar, birey için korkulan durumun gerçekleşmeme ihtimalini görmesini azaltır. Aynı zamanda, bireyin sadece kendine odaklanmasına neden olur. Bir diğer sonuç ise, korkulan semptomun gerçekleşmesidir. Bu duruma örnek olarak, elinin titremesinin fark edilmesini istemeyen birey konuşma esnasında bir bardağı sıkıca tutabilir. Kaslarda oluşacak gerginlik bireyin gerçekten elinin titremesine sebep olur. Bazen de bu güvenlik davranışları, bireylerin topluluk içinde çekingen ve soğuk olarak algılanmalarına neden olur. Aslında anksiyeteli bireylerin istediği diğer insanlar tarafından kabul edilmektir ama ironik bir şekilde yapmış oldukları bu güvenlik sağlama davranışları ile diğer insanlarla ilgilenmediği ve onları önemsemediği mesajını verirler. Son olarak, güvenlik davranışları çevredekilerin ilgisini anksiyeteli kişilerin üzerine çekebilir. Sosyal ortamlara girmekten kaçınan ve kısık sesle konuşan anksiyeteli bir bireyi düşündüğümüz zaman, çevresindekiler onu duymak için dikkatlerini daha fazla söz konusu kişiye yönelteceklerdir. Bu da onların anksiyetelerini daha çok arttıracaktır (Clark ve Wells, 1995: 218-219).

Anksiyeteli bireyler sosyal durumlarda odaklarını çevredekilerden uzaklaştırarak kendilerine yoğunlaştırır ve kendilerini gözlemlerler. Söz konusu gözlemler üç nedenden dolayı faydasız olarak değerlendirilebilir. Birincisi, kişi korkulan anksiyete tepkilerini daha fazla deneyimler ve bu tepkilerin farkında olur. İkincisi, kişinin dikkatini kendi üzerine yoğunlaştırması, başkaları tarafından nasıl algılandığını ve kendisine nasıl davranıldığını kaçırmasına neden olur. Bireyin çevresini gözlemek yerine kendine yoğunlaşması olumsuz düşüncelerinin üstünde daha fazla durmasına sebep olur. Üçüncüsü ve en önemlisi, anksiyeteli bireyler, kendileriyle ilgili düşüncelerini ve dikkatlerini başkaları tarafından nasıl göründüklerine dair bir izlenim oluşturmak için kullanırlar. Anksiyeteli hissettiğini düşünen ve dikkatini de anksiyete semptomlarına yönelten bireyde, “Anksiyete hissediyorum, o halde anksiyeteli görünüyor olmalıyım.” düşüncesi hakimdir (Leigh ve Clark, 2018: 22-23).

Bir diğerk ifadeyle, anksiyeteli bireyler anksiyeteli hissetmeyle anksiyeteli görünmeyi ya da kontrolsüz hissetmeyle kontrolsüz olmayı aynı görürler (Türkçapar, 1999: 251).

Anksiyeteli bireylerde olay öncesi ve sonrası kaygıyı işleme vardır. Bireylerin anksiyete yaratan sosyal durum öncesi, neler yaşayacaklarını ayrıntılı bir şekilde düşünmeleri anksiyetelerini ve olumsuz düşüncelerini arttırabilir. Negatif sosyal beklentiler ile negatif sonuçlar için bekleme ve tetikte olma hali anksiyete semptomlarının artmasına neden olur. Anksiyete semptomlarının artması ve sosyal ilişkilerin sonuçlarının yanlış yorumlanması da sosyal durumlardan kaçınmaya neden olur. Bu kaçınma davranışı kısa bir süreliğine anksiyetede azalma sağlar. Ancak, birey sonrasında sosyal durum ve performansı ile alakalı abartılı olumsuz bir sonuç oluşturur ve bunu geçmiş başarısızlık olarak kaydeder. Olumsuz değerlendirileceğini ve utanç hissedeceğini düşündüğü her sosyal ilişkide de bu olumsuz anıları tekrar tekrar düşünür (Leigh ve Clark, 2018: 23-24). Kaçınma davranışı olumsuz beklentilerin gerçekleşmemesine sebep olduğu için pekişebilir ve kalıcı bir davranışa dönüşebilir. Böylelikle sosyal korkuların pekiştiği söylenebilir.



Şekil 1. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Bilişsel Modeli

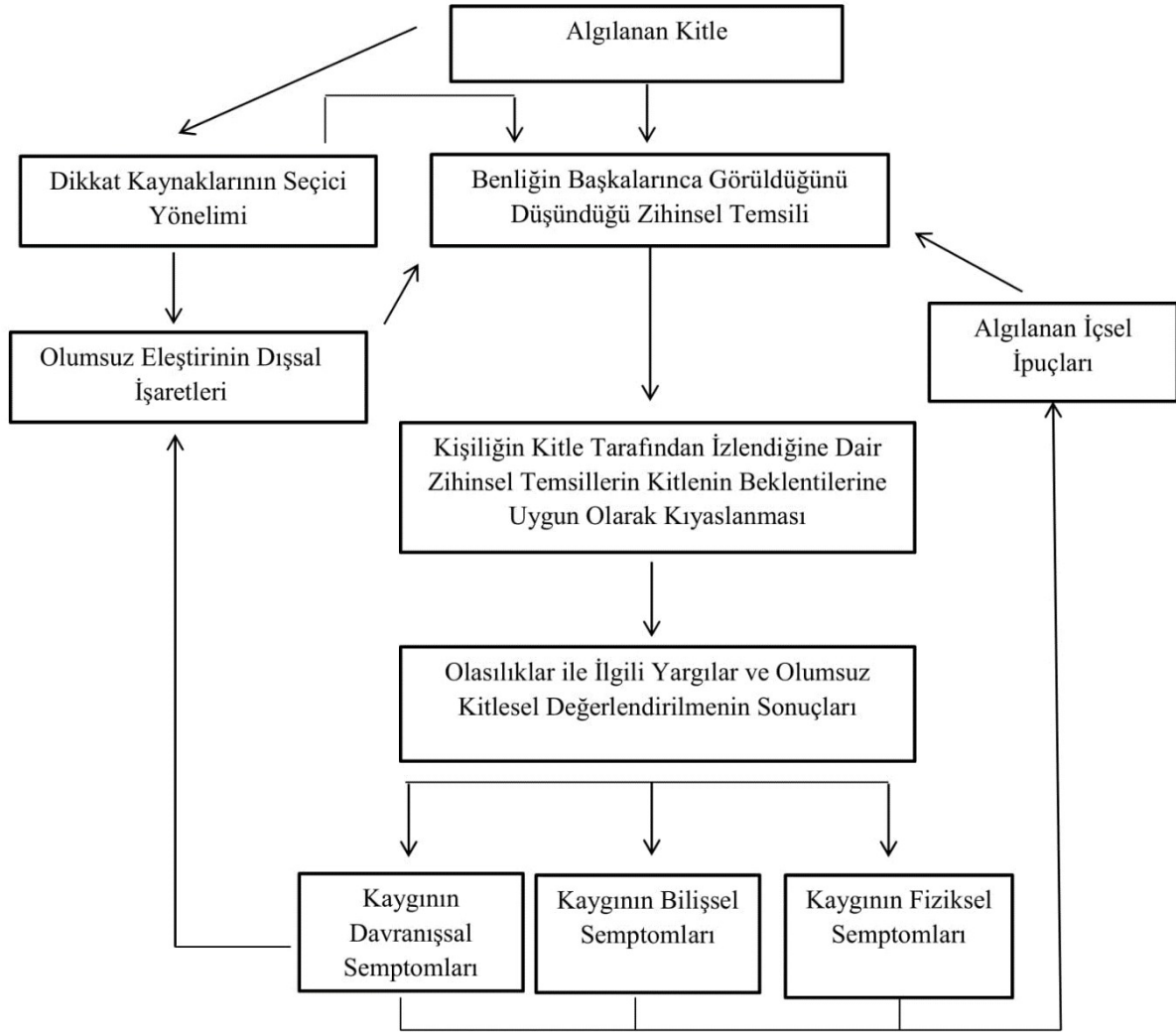
Kaynak: Leigh ve Clark, 2018

Yukarıda anlatılan durumun aksine, sosyal anksiyete yaşamayan bireylerde, sosyal performans negatif sonuç beklentileri yerine sosyal ipuçları ile ilişkilidir. Bu nedenle, bu bireylerde yeterli ve kaçınmacı olmayan bir sosyal performans görülür (Dilbaz, 2000: 13).

2.1.7.3.2. Rapee ve Heimberg'in Sosyal Anksiyete Modeli (1997)

Sosyal anksiyete bozukluğuna dair bilişsel davranışçı modellerin en bilinenlerinden biri Rapee ve Heimberg (1997) tarafından ortaya konulmuştur. Her ne kadar Clark ve Wells'in (1995) modeli ile benzer özellikler gösterse de, olumsuz değerlendirme ve dikkat gibi konulara yaklaşımı yönünden bu modelden ayrılmaktadır. Bu model, sosyal anksiyete bozukluğunu, bireyin izleyiciler tarafından nasıl görüldüğüne dair zihinsel bir imaj yarattığını ve kendi standartları ile bu imajı karşılaştırdığını öne sürerek açıklar. Rapee ve Heimberg'e göre SAB, bireyin insanların kendisinden beklediğı standartlar ile kafasında yarattığı zihinsel imaj arasında uyumsuzluk olması ile başlamakta ve devam etmektedir. Rapee ve Heimberg (1997) de, Clark ve Wells (1995) gibi, sosyal ilişkilerde başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme düşüncesinin kişi tarafından tehdit olarak algılandığını ve bu tehditin algılanması sonucu ortaya çıkan anksiyete ile gelişen davranış şekillerinin söz konusu anksiyetenin devamlılığında önemli bir rol oynadığını belirtmişlerdir (Rapee ve Heimberg, 1997: 742-743).

Rapee ve Heimberg'in (1997) sosyal anksiyete bozukluğu modeli Şekil 2'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.



Şekil 2. Sosyal durumlarda Anksiyetenin Genelleştirilmiş Modeli

Kaynak: Rapee ve Heimberg, 1997

Bu modele göre sosyal anksiyete bozukluğunu döngüsel sürecini açıklayan üç temel unsur vardır (Heimberg vd., 2010: 396-397):

- Algılanan izleyici,
- Kendiliğin zihinsel temsili,
- İzleyicilerin bekledikleri yüksek standartlar.

Algılanan izleyici: Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişiler için sosyal ortamlardaki temel tehlike kaynağı izleyicilerken, izleyicilerden geleceği düşünülen negatif değerlendirmeler ise temel tehdittir.

Bunun altında yatan temel varsayım, kişinin diğer insanların kesinlikle eleştirel olduğuna ve bu yüzden negatif değerlendirmenin çok olası olduğuna dair varsayımlarıdır. Sosyal anksiyetesi olan bireyler, bu sebeple negatif geri bildirimleri henüz almadan dahi sosyal ortamlarda kendilerini kötü hissederler (Ediger, 2005: 25). Algınan izleyici; kalabalık bir ortamda yapılan konuşmadaki dinleyiciler, iş görüşmesi yapan bir üst, sosyal ilişkilerde iletişime geçilen kişiler ve bu kişilerin iletişim halinde olduğu kişiler ve negatif değerlendirilebileceğine inandığı yakın çevresinden olmayan kişilerden oluşur. Sosyal anksiyeteli bireyler, yolda yürürken, bir restoranda otururken veya durakta otobüs beklerken karşılaşılabileceği her kişiyi izleyici olarak değerlendirebilir. İzleyicilerin özellikleri (önem, çekicilik) ve durumun önemi, yaşanan endişe düzeyini etkilemektedir (Heimberg vd., 2010: 396-397).

Kendiliğin zihinsel imajı: Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişiler başkaları tarafından nasıl görüldüklerine ilişkin zihinsel bir imaja sahiptirler. Bu imaj, bireyin kendini başkalarının gözünden görmesini içeren, belirsiz bir duygu ya da imge olabilir. Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler sosyal bir ortama girdiklerinde, devamlı olarak davranışları ve dış görünüşleri üzerine düşünürler. Bu düşüncedeki amaç izleyiciler tarafından olumlu değerlendirilmektir. Bu nedenle anksiyeteli bireyler, davranış ve görünüşleri ile ilgili nasıl değerlendirildiklerini anlayabilmek adına ipuçlarına aşırı dikkat ederler. Aynı zamanda sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler, izleyiciler tarafından sevilmenin ve saygı duyulmanın da önemli olduğuna inanırlar (Heimberg vd., 2010: 396). Clark ve Wells (1995) modelinden farklı olarak, bu modelde anksiyeteli bireyler yalnızca içsel kaynaklara değil, dışsal kaynaklara da yönelmektedirler (Veljaca ve Rapee, 1998: 320; Eng vd., 2001: 312-316).

İzleyicilerin bekledikleri yüksek standartlar: Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin, izleyicilerin standartları ile ilgili inançları vardır. Bu modele göre anksiyeteli bireyler, diğer insanların kendileri için bir standart belirlediğine ve kendilerinden bu standartlar doğrultusunda davranışlar beklediklerine inanmaktadırlar. Bu inancın temeli, anksiyeteli kişilerin diğer insanlar üzerinde olumlu bir izlenim bırakma isteğidir. Bu yüzden SAB olan bireyler sosyal bir ortama girdiklerinde ortama göre insanların kendilerinden bekledikleri standartları tahmin etmeye çalışırlar. Kendilerinden talep edildiğine inandıkları standartlar ile izleyicilerin gördüğüne inandıkları standartları, yani zihinsel imajlarını karşılaştırırlar. Kişinin geçmiş yaşam deneyimleri sonucu oluşan olumsuz inançları ve şeması ile başkaları tarafından nasıl görüldüğüne ilişkin düşünceleri söz konusu zihinsel imajın oluşmasında etkilidir (Heimberg vd., 2010: 397). Rapee ve Heimberg'e (1997) göre, bu durum SAB'ı devam ettiren

faktörlerden biridir. Anksiyeteli bireylerin zihinsel imajları, terleme ya da kızarma gibi başkaları tarafından fark edilebilecek olan otonom kaygı semptomlarından etkilenir. Anksiyeteli kişilerin, kekemelik, susup kalma veya ne söyleyeceklerini bilememe gibi durumlar yaşamalarının yanı sıra, bu kişiler kendi zihinsel imajlarına ilişkin “sıkıcı veya sessiz” olarak görünebileceklerini de düşünürler (Heimberg vd., 2010: 398).

Zihinsel imaj, içsel geribildirimlerin (aşırı) yorumlanması, kişinin kendi davranışlarını sürekli gözlemlemesi ve başkalarının kendisi hakkındaki tepkilerini anlamlandırmaya çalışması ile oluşur. Kişi zihinsel imajında, sürekli başkaları tarafından nasıl görüldüğüne dikkat eder ve olumsuz değerlendirildiğine dair kanıtlar arar (Heimberg vd., 2010: 398). Söz konusu kanıtları içsel ve dışsal geri bildirimler üzerinden oluşturur. Anksiyeteli bireyler içsel geri bildirimleri, izleyicilerin kendilerini nasıl gördüklerine ilişkin bir kaynak olarak kullanırlar. Örneğin; hafif bir irkilme bile birey için izleyiciler tarafından titrediğinin ve davranışlarının kontrolünü kaybettiğinin bir işareti olarak görülebilir. Bu işaret bireyin olumsuz değerlendirileceğine dair bir kanıt olarak görülür. Otonom sinir sisteminin bu olağan geri bildirimleri bireyin postüründe de değişime neden olabilir ve bireyin olumsuz değerlendirilme yargılarını arttırabilir. İçsel geri bildirimler bireylerin sosyal performansını düşürür ve bireylerin sözel veya sözel olmayan olumsuz geri bildirimler almasına neden olabilir. Bu sözel veya sözel olmayan bildirimler dışsal geri bildirimler olarak adlandırılır ve bireylerin olumsuz olarak değerlendirildiklerine ilişkin bir kanıt olarak görülür (Hofmann ve DiBartolo, 2014: 120-121).

Anksiyeteli bireylerin içsel geri bildirimleri sonucunda, dışsal tehdit işaretlerine odaklanmaları ve izleyiciler tarafından nasıl değerlendirileceğine dair zihinsel imajları var olan anksiyetelerini şiddetlendirir ve SAB'ı sürdürür. Bu geri bildirimler birbirini etkileyerek bir döngü oluşturur. Örneğin, olumsuz izleyici davranışlarının önyargılı olarak değerlendirilmesi (örneğin, kaş çatma ya da esneme) muhtemelen bireylerin zihinsel imajları üzerinde daha fazla odaklanmalarıyla sonuçlanacaktır (örneğin, ilginç olmadıklarına dair düşünceler). Anksiyeteli bireyler, izleyiciler tarafından nasıl değerlendirildiklerine dair zihinsel imajlarına baktıklarında, gerçekte olumsuz bir değerlendirmeyi destekleyecek kanıtlar yokken, anksiyeteleri ve varsayımları sonucu olumsuz değerlendirildiklerini düşünürler. Anksiyeteli bireyler daha sonra bu korkularını kanıtlamak için izleyicilere bakabilir ve kendi olumsuz değerlendirmelerine uygun bilgiler bulabilirler. Bu değerlendirmeler zihinsel imajlarında yer eder ve devam eden birçok sosyal durumda tekrarlanması muhtemel bir döngüye dönüşür (Heimberg vd., 2010: 401).

Bireyin olumsuz değerlendirileceği düşüncesi anksiyetenin bilişsel, fiziksel ve davranışsal semptomlarını ortaya çıkarır. Bilişsel semptomlara baktığımızda, başkaları tarafından negatif değerlendirileceği düşüncesiyle içsel konuşmalar yaparlar ve diğer insanların kendileri ile ilgili düşüncelerini felaketleştirirler. Söz konusu düşünceleri bir gerçek olarak kabul eder ve iletişim kurarken sürekli olarak bu felaket düşünceler üzerine yoğunlaşırlar. Davranışsal semptomlar ise anksiyeteli bireylerin güvenlik arama davranışlarını kapsar. Sosyal anksiyeteli bireyler sosyal durumda kalmaya devam etseler bile başkalarının olumsuz düşüncelerinden uzaklaşmak için kaçınma davranışlarında bulunabilirler. Bu davranışlara "güvenlik arama davranışları" denir (Heimberg vd.,2010: 400). Göz teması kurmama, kalabalıktan uzakta durma ve söz almama gibi kaçma veya kaçınma davranışları kişinin sosyal performansını düşürücü etkiye sahiptir (Heimberg vd., 2010: 398). Bilişsel ve davranışsal semptomlar ile beraber anksiyeteli bireyde fizyolojik uyarılma da görülür. Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireyler ile karşılaştırıldığında sosyal anksiyetesi olan bireylerin kızarma, kas gerginliği ve terleme gibi fiziksel semptomları daha çok gösterdiği gözlemlenmiştir. Sosyal anksiyeteli bireyler söz konusu fiziksel semptomlara olduğundan fazla değer verir. Bunları felaketleştirirler ve alacağı olumsuz eleştirilerin bir nedeni olarak görürler (Hofmann ve DiBartolo, 2014: 714).

2.1.7.3.3. Yeni Bilişsel Davranışçı Modeller

Kuramsal olarak 1925’lerde başlayıp günümüze kadar geçerliliğini sürdüren bilişsel davranışçı modeller genel hatlarıyla üç temel kuşaktan oluşur. Birinci kuşak daha çok davranışa odaklanırken, ikinci kuşak davranışçı bilişsel yaklaşımlar üzerinden psikopatolojileri ele almıştır. Üçüncü kuşak adı verilen yeni bilişsel davranışçı yaklaşımlarda ise, farkındalık ve kabul ile ilgili yaklaşımlar temel alınmıştır (Vatan, 2016: 191-192). Bu kuşakta odak daha çok içsel yaşantılarla ilgilidir, bu nedenle kişinin farkındalığını temel alan bir yaklaşımla ele alınmıştır (Herbert ve Forman, 2011: 251). Üçüncü kuşak terapiler, farkındalığın dışında, duygular, kabullenme, ilişkiler, değerler, hedefler ve metabiliş gibi konulara odaklanır. Söz konusu terapilerde, felsefi varsayımların müdahale yöntemlerinin ve analizlerinin önemi daha fazla tanınmaktadır. Yeni modeller ve müdahale yöntemlerinde, kabul ve kararlılık terapisi, diyalektik davranış terapisi, farkındalığa dayalı bilişsel terapi, fonksiyonel analitik psikoterapi, ve metabilişsel terapi örnek olarak gösterilebilir. Bu yöntemler, kişilerin duygu, dikkat, kabullenme, benlik duygusu, metabiliş, ilişki, dikkat esnekliği ve değerler gibi konularına odaklanır (Hofmann ve Sawyer, 2010: 701; Hofmann ve Hayes, 2018: 5).

2.2. Ruminasyon

Sosyal anksiyete bozukluğu ile yakından ilişkili kavramlardan biride ruminatif düşüncedir. Ruminasyon kelimesi, etimolojik köken olarak Latince ‘Rumen’ kelimesinden gelmektedir. Rumen, selülozu fermantasyon yardımıyla sindirebilen (geviş getirebilen) hayvanların midesinin ilk bölümü anlamındadır. Ruminasyon kelimesi 16. yüzyıldan itibaren ise, Batı kökenli dillerde, “tekrarlayıcı bir şekilde sebeplere ilişkin düşüncelerin zihinde dönüp durması” anlamında kullanılmaktadır. Ruh sağlığı literatüründe ilk kez 1960 yılında, Ingram (1960) tarafından OKB ile ilgili araştırmalar sırasında kullanılmış ve zaman içerisinde, “zihinsel geviş getirmek” olarak tarif edilmeye başlanmıştır (Merriam-Webster’dan [2010] aktaran Karatepe, 2010: 6).

Farklı psikolojik yaklaşımlar, ruminasyon kavramına farklı açıklamalar getirmiştir. Post-travmatik stres bozukluğu (PTSB) ile ilgili 1970’li yıllarda yapılan çalışmalarda araştırmacılar girici/zorlayıcı ruminasyon kavramını kullanmışlardır. Bu terim “istemsiz bir biçimde ortaya çıkan, kişinin sürdürmekte olduğu eylemlerini engelleyen, çoğunlukla geçici, kontrol edilmesi zor ve bastırmak için bir çaba gerektiren tekrarlayıcı düşünceler” şeklinde açıklanmaktadır (Clark ve Rhyno, 2005: 4). Ruminasyon kavramı 1990’lı yıllara kadar obsesif-kompulsif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları araştırmalarında kullanılmış, ilk kez 1991 yılında Nolen-Hoeksama tarafından geliştirilen depresyon kuramı olan, Depresyonun Tepki Stilleri Teorisi (The Response Styles Theory of Depression) kapsamında yeniden tanımlanmıştır. Bu kuram ile ruminasyon kavramı “depresyonun belirtileri, olası sebep ve sonuçları hakkında edilgen ve tekrarlayıcı bir düşünme biçimi” şeklinde ifade edilmiştir (Nolen-Hoeksema, 1991: 569).

Bir diğer kavramsallaştırma Gold ve Wegner tarafından yapılmış ve araştırmacılar ruminasyon kavramını, bireyin dikkatini geçmişe dönük, istemsiz bir şekilde sıkıntı verici belirli noktalara yönlendiren tekrarlayıcı düşünceler olarak tanımlamışlardır (Gold ve Wegner, 1995: 1246). Martin ve Tesser ise ruminasyon kavramını ortak bir tema etrafında dönen tekrarlayan bilinçli bir düşünce sınıfı olarak açıklamışlardır (Martin ve Tesser, 1996: 7). Yani ruminasyon, tekrarlama eğilimi olan bütün düşünce sınıflarına atıfta bulunur. Rachman ile arkadaşlarının (2000) SAB ve depresyon ile ilgili yapmış oldukları çalışmalarda bu kavram, “genellikle olumsuz duyguduruma bir tepki olarak ortaya çıkan tekrarlayıcı, sebat eden, depresif düşünceler” olarak açıklanmıştır (Rachman vd., 2000: 616).

2000’li yıllardan itibaren, ruminasyonu etkileyen faktörler ve ruminasyonun etkileşimde olduğu psikolojik faktörler ile ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.

Conway ve arkadaşlarına göre (2000), çevresel koşullarla ilişkilendirilen, bireyin sıkıntıları ve üzüntüsü üzerine tekrar eden düşünceler ruminatif düşünceleri oluşturmaktadır. Ruminatif kişiler kendilerini daha fazla sorgulamakta ve kendilerine karşı daha az net olmaktadır. Ayrıca yüksek ruminasyon skorları daha az dışa dönüklük, dürüstlük ve anlaşılabilirlik ile ilişkilendirilmiştir (Conway vd., 2000: 422).

Ruminatif düşünceler zinciri disfori veya klinik depresyonun semptomu olabilirken, bunların sebebi olarak da gösterilebilir (Nolen-Hoeksema vd., 2008: 402-404). Depresyon başlangıcı, süreci ve tekrarlama mekanizmalarına dair bilgimiz göz önüne alındığında, ruminasyon son 15 yılda artan teorik ve ampirik ilgiyi çekmiştir (Papageorgio ve Wells, 2004: 3). Depresyonun tepki biçimleri teorisi ile beraber, ruminasyon kavramı ile ilgili çalışmalar hız kazanmış, ruminatif düşüncenin SAB, OKB, PTSS, uyku bozuklukları ve intihar eğilimi gibi durumlar ile etkileşimi, farkları ve ilişkisi araştırılmaya başlanmıştır (Smith ve Alloy, 2009: 21-27; Nolen-Hoeksema vd., 2008: 406).

Watkins (2008), bireyin yaşantıları ve anksiyeteleri hakkında sahip olduğu süregelen ve tekrarlayıcı düşüncelerin tüm insanlarda görüldüğünün altını çizmiştir. Bir diğer ifadeyle, ruminatif düşüncelerin herhangi bir psikopatolojisi olmayan bireylerde de olabileceğini belirtmiştir (Watkins, 2008: 163). Sonuç olarak bu düşünce yapısı, normal bireylerde görülebileceği gibi birçok psikolojik rahatsızlıkla birlikte de görülebilmektedir.

2.2.1. Ruminasyonu Açıklamaya Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar

Ruminasyon kavramı 1990'lı yılların başına kadar depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere birçok psikolojik rahatsızlığın belirtisi olarak görülmüştür. 1991 yılında Nolen-Hoeksema, Tepki Stilleri Teorisi'ni (TST) ortaya çıkardıktan sonra ruminasyon kavramı, depresyona ve depresif ruh haline bilişsel yatkınlık yaratan bir faktör olarak birçok araştırmannın da odak noktası olmuş, buna bağlı olarak farklı ruminasyon kuramları ve ölçekleri geliştirilmiştir.

Tepki Stilleri Teorisi, Hedefe İlerleme Kuramı, Öz-Düzenleyici Yürütücü İşlev Teorisi, Üzüntüyle İlişkili Ruminasyon Teorisi ve Stres Tepkisi Ruminasyon Modeli başlıca ruminasyon kuramları olup, söz konusu kuramlar aşağıda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

2.2.2. Tepki Stilleri Teorisi (Response Styles Theory)

Tepki Stilleri Teorisi (TST), ruminasyon kavramını temel alan ve sonraki çalışmalara da bu anlamda öncülük etmiş ilk kuramdır. Ruminatif düşünceyi ölçen ilk ölçek, TST bulunduğundan sonra oluşturulmuştur. Tepki Stilleri Teorisi, ruminasyonu “kişinin sıkıntılarının neden olduğu depresif belirtilere, bu belirtilerin olası sebep ve sonuçlarına odaklanmış tekrarlayıcı ve edilgen bir düşünme biçimi” olarak tanımlar (Butler ve Nolen-Hoeksema, 1994: 339). Nolen-Hoeksema (1991: 569) ruminasyonu bireye sorunu çözmesinde fayda sağlamayan ve depresif ruh haline karşı verilen bir tepki biçimi olarak ele almaktadır.

Ruminatif düşünceler, bireylerin olayların olumsuz yönlerine ve yaşadıkları sıkıntılara daha fazla dikkat etmelerine neden olur. Söz konusu düşünceler depresif semptomlara odaklı olduğunda, depresif semptomların süresi ve şiddeti artmakta, belirtiler kronikleşmekte ve depresyona dönüşmektedir (Nolen-Hoeksema, 1991: 569). Yapılan çalışmalar depresif semptomlar sonucu ruminatif düşünce şekli geliştiren yetişkinlerin, depresyon sürelerinin uzadığını, daha şiddetli bir depresyon yaşadıklarını ve ilerleyen dönemlerde daha sık depresif ruh halinde olduklarını ortaya koymuştur (Nolen-Hoeksema vd., 1994: 100; Nolen-Hoeksema vd., 1993: 26). Aynı zamanda ruminatif düşünceleri olan bireylerin olumsuz duygu ve düşüncelere odaklanması sosyal etkileşimlerini de azaltmakta ve toplumdan uzaklaşmalarına neden olmaktadır. Sağlıklı katılımcılarla gerçekleştirilen prospektif bir çalışmada, ruminasyonu başa çıkma yöntemi olarak kullanan bireylerin, ruminasyon yapmayan bireylere göre daha çok depresif atak yaşadıkları gözlemlenmiştir (Just ve Alloy, 1997: 227). Çocuk, ergen ve geriyatrik gruplarla yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar alınmıştır (Garnefski vd., 2002: 608; Kraaij vd., 2002: 279; Abela vd., 2002: 524). TST, depresyon ve anksiyete ataklarını 4 mekanizmaya bağlı olarak açıklamaktadır:

Olumsuz düşünme: Ruminasyon, disforik duygu durumunun düşünceler üzerindeki etkisini artırarak bireyin mevcut durumları anlamlandırma ve değerlendirme esnasında daha karamsar olmasına neden olur (Papageorgio ve Wells, 2004: 7). Disfori ve klinik depresyonu olan bireyler, ruminasyon sebebiyle geçmiş, bugün ve geleceklerini daha negatif bir tutum ile değerlendirme eğilimindedirler. Ruminatif kişiler, geçmiş yaşantılarını değerlendirdiklerinde olumsuz anılarını daha sık hatırlamakta, yaşamlarını olumsuz olayların oluşturduğunu düşünmekte, hatalarını genelleştirme ve başarılarını görmezden gelme gibi negatif ve çarpık düşüncelere daha sık başvurumaktadırlar (Lyubomirsky vd., 1998: 174; Greenberg vd., 1992: 964; Beck, 1964: 564). Birçok teorisyen, ruminasyon sonucu kendini negatif değerlendirme

eğilimini ve gelecekle ilgili umutsuz olma durumunu depresyonu ortaya çıkaran temel kavramlar olarak değerlendirmişlerdir (Beck, 1964: 571; Abramson vd., 1989: 363).

Sorunla baş etme yeteneğinde azalma: Ruminatif düşünmeye eğilimli olan kişiler, sorunlarının sebebini anlamak ve bunlara çözüm bulmak için ruminatif düşünceleri sorunlarla başa çıkmada bir strateji olarak kullanırlar. Ancak, bu alandaki deneysel çalışmalar, ruminasyon tetiklendiğinde bireylerin problemlerini daha bunaltıcı ve çözülmesi zor olarak değerlendirdiklerini göstermiştir. Aynı zamanda bireylerin problem çözme becerilerinde de azalma gözlemlenmiştir (Lyubomirsky ve Nolen-Hoeksema, 1995: 187; Lyubomirsky vd., 1999: 1056-1057). Ruminatif düşüncelere sahip kişiler, kendileriyle ilgili durumları yorumlarken kendilerine karşı suçlayıcı ve eleştirel yaklaşmakta ve mevcut problemlerini daha olumsuz değerlendirmektedirler. Bu sebeple, kendilerine güvenmeyen, çözüme yönelik harekete geçmekte isteksiz, problem çözme noktasında daha karamsar bireyler olmaktadır (Lyubomirsky vd., 1999: 1058).

Davranışsal tutumlarda azalma: Yorgun hissetme ve isteksizlik, depresyonun temel semptomlarından biridir. Disforik kişiler, duygu durumlarına iyi geleceğini bilmelerine rağmen, keyif verici aktivitelerden kaçınmaktadır. Bu bireylerin içinde buldukları isteksizlik halinin ruminasyon ile ilgili olup olmadığına dair yapılan araştırmalar, kendine dönen ve negatif duygu durumlarına odaklanan kişilerin dikkat dağınıcı ve keyif veren aktivitelerin disfori durumunu ortadan kaldıracağını bilmelerine rağmen, bunlara katılma motivasyonlarının azaldığını göstermiştir (Lyubomirsky, Nolen-Hoeksema, 1993: 344; Wenzlaff vd., 1988: 890).

Sosyal destekte azalma: McCullough ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmada, sürekli ruminasyon durumunda olan bireylerin, diğer kişilerle olan ilişkilerinde yapıcı bir tutum sergilemedikleri görülmüştür. Ruminatif düşünceleri olan bireylerin, diğer kişilerle yaşadıkları anlaşmazlıklarda, affetme ve bağışlama tutumlarında azalma, öç alma isteklerinde ise artış gözlenmiştir (McCullough vd., 1998: 1599). Ruminasyon ile aşırı öz-eleştiri, muhtaçlık ve bağımlılık hissi arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur (Spasojevic ve Alloy, 2001: 33). Nolen-Hoeksema ve Jackson'ın yaptıkları çalışma, kadınların erkeklerden daha fazla ruminatif düşüncelere sahip olduğunu göstermiştir. Bunun sebebini ise kadınların olumsuz düşünmeye daha eğilimli olmaları ve ilişkide daha fazla sorumluluk hissetmeleri olarak açıklamışlardır. Diğer yandan erkeklerin ise olumsuz duygu ve düşünceler üzerinde daha kontrollü olduklarını belirtmişlerdir (Nolen-Hoeksema ve Jackson, 2001: 44-45). Ayrıca TST, olumsuz düşünme, sorunla baş etme yeteneğinde, davranışsal tutumlarda ve sosyal destekte azalma üzerinden depresyon ve anksiyeteyi açıklamaktadır. Bu modele ilişkin yapılan çalışmalarda da,

ruminasyonun depresyon, anksiyete (Nolen-Hoeksema, 2000: 509), posttraumatik stres bozukluğu (Nolen-Hoeksema ve Morrow, 1991: 119) ve yeme bozukluğu (Lyubomirsky vd., 2015: 14) gibi diğer psikolojik rahatsızlıklarla ilişkili olduğu görülmektedir.

2.2.3. Hedefe İlerleme Kuramı (The Goal Progress Theory)

Hedefe İlerleme Kuramı (The Goal Progress Theory), Martin ve Tesser (1996) tarafından Nolen-Hoeksama'nın teorisine alternatif bir yaklaşım olarak ortaya konulmuştur. Ruminatif düşüncelerin yalnızca depresif ruh haline bir tepki olarak görülmediği, hedefe yönelik bireyi tatmin eden bir ilerleme olmaması halinde de ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir (Martin ve Tesser, 1996: 7; Smith ve Alloy, 2009: 2). Martin ve Tesser (1996) ruminasyonu Zeigarnik etkisi ile açıklar. Zeigarnik etkisi (Zeigarnik, 1938), tamamlanmamış bir işin tamamlanmış bir işe göre daha çok hafızada yer etmesi olarak açıklanmaktadır. Ruminasyon, söz konusu teoriye göre, henüz tamamlanmamış, önem atfedilen hedefler ile ilgili tekrarlayıcı düşüncelerdir. Ancak bireyler, henüz tamamlanmamış her hedefe aynı derecede ruminatif tepki vermezler. Bireylerin söz konusu hedeflere ruminatif bir tepki vermeleri için, bu hedeflerin birey için yüksek standartlarda olması gerekmektedir (Martin ve Tesser, 1996: 12).

Bu modelde ruminasyon, bir öz-düzenleme (self-regulation) metodu olarak da karşımıza çıkmaktadır. Bu metot, kişiye hedefe yönelik kullanabileceği kaynakları sunar. Bu sayede bireyin problem çözme becerisi artar ve amaca yönelik harekete geçer (Nolen-Hoeksema vd., 2008: 415). Hedefe ilerleme kuramı teorisyenleri, hedefe ulaşmak isteyen kişinin iki temel yeteneğe sahip olması gerektiğini savunur. Bunlardan ilki, zorluklara ve yenilgilere rağmen hedefe odaklanabilme, ikincisi ise hedefe ulaşma tutumundan geçici olarak vazgeçebilme becerisidir. İkinci yetenek, hedefe giden yola çıkarken uygulanması düşünülen planın çalışmadığı durumda, hedeften uzaklaşıp durumu değerlendirmek açısından önemlidir (Martin vd., 2004: 158).

2.2.4. Öz-Düzenleyici Yürütücü İşlev Teorisi (The Self-Regulatory Executive Function Theory)

Öz-Düzenleyici Yürütücü İşlev Teorisi (The Self-Regulatory Executive Function Theory / S-REF), Wells ve Matthews (1996) tarafından, Beck'in Şema modelini merkeze alarak duygusal bozuklukların bilişsel modelini açıklamak amacıyla ortaya çıkarılmıştır (Wells ve Matthews, 1996: 881). Wells ve Matthews, bireyin hedefleri ve gerçekte sahip oldukları

arasında bir uyumsuzluk ortaya çıktığında, bireyin ruminatif düşünce döngüsüne girebildiğini söyler. Yani ruminasyon her zaman istemli olarak ortaya çıkmamaktadır. Somatik belirtilerin ve girici düşüncelerin üzerinde kontrolün kaybedildiği hissedildiğinde, durumlar zorlayıcı ve tehdit edici olarak nitelendirildiğinde durumla başedebilmek için ruminatif düşünce otomatik olarak başlamaktadır (Matthews ve Wells, 2004: 129).

S-REF modeline göre ruminasyon, hedeflenen durum ile benliğin halihazırdaki durumunun uyumsuzluğu ile baş etme esnasında ortaya çıkan ve direkt olarak amaca yönelik olmayan bir düşünce biçimidir. Zorlayıcı ya da tehdit olarak algılanan bir durumla karşılaşıldığında, zihin bu durum karşısında duygu ve düşünceleri nasıl değiştireceği, nasıl hissetmesi gerektiği ya da ileride benzer bir şey yaşama ihtimaline karşı kendini nasıl koruyacağı ile ilgili sorulara cevap aramaya başlar (Matthews ve Wells, 2004: 130-131).

Bu modelin ruminasyon ile açıklaması aşağıdaki şekilde maddeler halinde özetlenebilir;

- Ruminasyonun içeriği, kendine güvenin ve yeterlilik hissinin azalması ile tetiklenen, halihazırdaki durum ile hedeflenen durum arasındaki farkı uyumsuzluk olarak algılayan benlik algısı ile ilişkilidir.
- Ruminasyon bir baş etme yöntemi olarak kullanıldığında, dışsal etkilerden ziyade, içsel etkilerden etkilenerek devam eder.
- Ruminatif düşünce, otomatik ve kontrollü olarak işleyen iki farklı özelliğe sahiptir.
- Ruminasyon bir baş etme yöntemi olarak kullanıldığında patolojiyi ve uyumsuzluğu artırır.

Görüldüğü gibi ruminasyon açıklamasının sadece depresif semptomlar üzerinden olmadığıdır. Model, ruminasyonun, obsesif-kompulsif bozukluk ve anksiyete bozuklukları çalışmalarından geliştiğini vurgulamakta ve ruminasyonu endişenin bir alt kategorisi olarak tanımlamaktadır (Matthews ve Wells, 2004-130-135; Wells ve Matthews, 1994: 882-883).

2.2.5. Üzüntüyle İlişkili Ruminasyon Teorisi (Rumination on Sadness Theory)

Üzüntüyle İlişkili Ruminasyon Teorisi, Conway ve arkadaşlarının (2000) depresyon ve depresyona bilişsel yatkınlık konularındaki araştırmaları sonucunda ortaya koydukları bir modeldir. Bu modele göre ruminasyon, bireylerin anlık üzüntü ve sıkıntıları sonucunda ortaya çıkan tekrarlayıcı düşünceler olarak tanımlanmaktadır. Teoriye göre bu düşünceler;

- a) Negatif duyguların geçmişi ve doğası ile alakalıdır,
- b) İyileştirici bir davranışa dönüşmeyen, hedefe yönelik nitelikte değildir,

c) Ruminasyon devam ederken sosyal olarak paylaşılmamaktadır.

Tepki biçimleri teorisinde olduğu gibi, Conway ve arkadaşları ruminasyonu, depresyona bilişsel yatkınlığın bir aracı olarak görürler (Conway vd., 2000: 404). Ancak Tepki Stilleri Teorisi, ruminatif düşüncelerin sosyal ilişkilerde dile getirilmesini ve paylaşılmasını da ruminasyon olarak değerlendirirken (Nolen-Hoeksema vd., 1993; Nolen-Hoeksama, 1991), Conway ve arkadaşları ise bu modelde, içsel bir süreç olarak tekrar edilen düşüncelerin sosyal olarak paylaşılmayacağını öne sürerler (Conway vd., 2000: 405). Ayrıca bu model, kim olduklarına dair kafalarında soru işaretleri olan, disforik ve içsel durumlarını sorgulama eğiliminde olan bireylerin daha çok ruminasyon yapma eğiliminde olduklarını söylemektedir. Bununla birlikte, ruminatif bireylerin ruminasyon yapma skorları ile imajinasyon yapma skorlarının doğru orantılı olduğu, bu bireylerin daha hızlı hayale daldıkları, kendi düşünce ve duygularına daha çok odaklandıkları gözlenmiştir (Convey vd., 2000: 422).

2.2.6. Strese Tepki Olarak Ruminasyon Modeli (The Stress-Reactive Model of Rumination)

Strese Tepki Olarak Ruminasyon Modeli (The Stress-Reactive Model of Rumination), Alloy ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilmiştir. Bu teori de ruminatif düşünceleri, Tepki Stilleri Teorisi gibi, depresyona bilişsel yatkınlık boyutunda ele alır. Ancak, ruminasyonun depresif duygu durumuna tepki olarak ortaya çıkmadığını, sıkıntı veren bir yaşam olayının sonrasında negatif yorumlamaları içeren düşünceler sebebiyle tetiklendiğini öne sürer.

Bir diğer ifadeyle, Nolen-Hoeksema'nın aksine, Alloy ve arkadaşları, ruminasyonun depresif belirtilere tepki değil, depresif ataklara sebep olabilecek bir bilişsel süreç olduğunu ifade etmişlerdir (Alloy vd., 2000: 414; Robinson ve Alloy, 2003: 290; Spasojevic vd., 2004: 47).

Robinson ve Alloy, 2.5 sene boyunca takip ettikleri depresyonda olmayan ama Strese Tepki Olarak Ruminasyona eğilimli olan üniversite öğrencileri izlemiş ve olumsuz bilişler ile Strese Tepki Olarak Ruminasyonun depresif atakların gelişmesinde ve devam etmesinde etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Araştırmanın sonucuna göre olumsuz bilişler ve Strese Tepki Olarak Ruminasyon etkileşiminin, depresif ruminasyon ve olumsuz biliş etkileşiminden daha etkili olduğu söylenebilir (Robinson ve Alloy, 2003: 287).

2.3. Öz-Şefkat Kavramı

Olumsuz yaşam deneyimleri, hayatta tüm bireyler için kaçınılmazdır. Yaklaşık 2600 yıl önce Buddha'nın da belirttiği gibi, hayatta herkes acı çeker (Neff ve Tirsch, 2013: 81). Hayatta karşılaşılan zorlayıcı durumlara, sıkıntı ve olumsuzluklara karşı geliştirilen pozitif tutumlar, son dönemlerde psikoloji araştırmalarının ilgilendiği konulardan biri olmuştur. Söz konusu pozitif tutumlar arasında, kişinin kendisini olduğu gibi kabul etmesi, öz-saygı, öz-yeterlilik, umut, minnettarlık, ve öz-şefkat gibi yaklaşımlar yer almaktadır. Bu kavramlardan biri olan öz-şefkat, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi birçok psikopatoloji ile ilişkili bulunmuştur (Neff, 2003b: 244; Raes, 2011: 35; Van Dam vd., 2011: 127; Neely vd., 2009: 95).

Şefkat, bireyin merhamet etme, acıya yeteneğinden gelen bir duygudur. Şefkat duygusu, başkalarının acısını fark edebilen ve bu acıyı paylaşabilen kişilerde gelişmektedir (Goetz vd., 2010: 2). Kişilerin kendileriyle ve diğer insanlarla sağlıklı ilişkiler kurabilmesi için, başkalarına şefkat duyduğu kadar kendine de şefkat duyması önemlidir. Kişinin kendisini hatalarıyla kabul etmesi ve bu hatalar karşısında kendisine anlayış göstermesi literatürde öz-şefkat kavramıyla açıklanmaktadır. Öz-şefkat, “benlik” anlamına gelen “öz” ve “merhamet etmek, acımak” anlamına gelen şefkat sözcüklerinin birleşiminden oluşmakta ve kişinin kendisine duyduğu merhamet anlamına gelmektedir (Türk Dil Kurumu, 2018).

2.3.1. Kristin Neff Öz-Şefkat Kavramı

Öz-şefkat kavramı kaynağını Budist felsefeden almaktadır. Budist felsefesinde birey benliğine yönelik içgörü kazandıkça “ben”liğin bir öneminin olmadığını anlamaktadır.

Birey bu içgörüsü ile kendisini olduğu gibi kabul eder, kendisine ve başkalarına şefkat ile yaklaşır (Fulton ve Siegel, 2005: 40-41). Buradan hareketle öz-şefkat kavramı, ilk olarak Kristen Neff (2003a) tarafından geliştirilmiştir. Neff'in tanımına göre öz-şefkat, bireyin kendi acısını kabul etmesi ve ondan kaçmaması, bu acıyı yaşamın bir parçası olarak görmesi, kendine merhamet etmesi ve anlayış ile yaklaşmasıdır (Neff, 2003b: 224).

Neff'e göre öz-şefkatli bireyler, olumsuz duygu ve deneyimler yaşadıklarında bunları bastırmak ve bunlardan kaçmak yerine bu deneyimlerin kalıcı olmadığını farkında olur ve diğer insanların da benzer duygu ve deneyimler yaşadıklarına dair bir anlayış geliştirirler. (Neff, 2003b: 224, 2003a: 87; Werner vd., 2012: 2). Bireyin her zaman kendisine ideal olarak belirlediği birtakım hayat standartları vardır. Birey, bu standartlar için çalışırken hatalar yaptığı veya başarısız olduğunda, öz-şefkat bireyin kendisini bu hataları karşısında

eleştirmeden kabul etmesini sağlar. Böylece birey, amacına ulaşmak için çalışırken insan olduğunun ve herkes gibi hatalar yapabileceğinin farkında olur. Yalnızca olumsuz durumlara ve hatalara odaklanmaktansa şefkat becerisiyle olumlu durumları ve gösterdiği gayreti düşünerek problemlerini çözebilir (Neff vd., 2005: 274-275). Başka bir ifadeyle, öz-şefkat olumsuz durumlar karşısında birey için koruyucu bir rol üstlenir. Kişinin bu olumsuz durumlara karşı olumlu duygular geliştirmesini sağlar.

2.3.2. Öz-Şefkat Alt Boyutları

Neff'in (2003a) teorisine göre, öz-şefkati oluşturan 3 temel alt boyut vardır. Bunlar;

- Öz-sevecenlik (Öz-yargılamanın aksine),
- Paylaşımların bilincinde olma (İzolasyonun aksine),
- Bilgece farkındalık (Aşırı özdeşleşme aksine).

Bu üç boyut, birbirlerini etkileyerek kişinin hataları ve yetersizlikleri karşısında kendilerine şefkat ile yaklaşabilmelerini sağlar. Neff, öz-şefkati oluşturan bu üç temel ögenin birbirleriyle etkileşim içinde olduğunu ve birbirlerini beslediklerini öne sürer. Bu üç öge, bir araya gelerek öz-şefkat kavramını oluşturur (Neff, 2003b: 224).

2.3.3. Öz-Sevecenlik

Öz-sevecenlik, bireyin hataları, zorlayıcı hayat deneyimleri ve kişisel yetersizlikleri karşısında kendisine karşı anlayışlı, destekleyici ve kabul edici bir tutum gösterebilmesidir (Neff, 2003b: 225). Öz-sevecen bireyler, başarısızlıkları karşısında kendilerine nezaket ve sevecenlikle yaklaşır ve hatalarının sorumluluğunu alırlar (Reyes, 2012: 83). Öz-sevecen tutum, kişinin sonunda kendini affedeceği düşüncesi ve vurdumduymaz bir tavır ile canının istediği gibi davranması anlamına gelmemektedir (Neff, 2003b: 225). Aksine, bireyin yaşadığı problemlere çözüm bulması için gereken özgüven duygusunu yaratarak, bireyi motive etmektedir. Hayattaki zorlayıcı durumlar karşısında kişinin kendisine karşı kabul edici ve sevgi dolu bir tutumla yaklaşması, bireyin ben-merkezci olduğu anlamına da gelmez. Çünkü hataları, eksiklikleri ve başarısızlıkları karşısında kendine karşı anlayışlı olan ve kendini yargılamayan kişi, kendisinin de diğer insanlar gibi kusursuz olmadığına dair bir anlayışa sahip olmaktadır (Werner, 2012: 2).

2.3.4. Paylaşımların Bilincinde Olma

Paylaşımların bilincinde olmak, yaşanan problemlerin ve sıkıntıların tüm insanlığın ortak deneyimi olarak algılanması anlamına gelmektedir (Neff ve Dahm, 2013: 5). Hayat her zaman planlandığı şekilde ilerlemeyebilir. Hayattaki başarısızlıklar, hayalkırıklıkları ve acılar her birey için kaçınılmazdır. Kişi yaşadığı bu olumsuz olayların sadece kendi yaşamına özgü olmadığını tüm insanlığın bir parçası olduğunu bilmelidir. Ortak paylaşımın farkında olan bireyler kendilerini diğer insanlardan ayırmazlar (Neff vd., 2007: 140). Kişinin zorlayıcı yaşam deneyimleri karşısında kendini diğer insanlardan soyutlaması (örn. “Herkesin mutlu bir hayatı var, bir tek ben acı çekiyorum” düşüncesi), insanlara yabancılaşmasına ve kendisine acımasına sebep olur (Kıcalı, 2015: 2). Kendisine acıma duyguyla yaklaşan birey, içinde bulunduğu duygu durumuna odaklanır ve diğer insanlarla ilişki kurmayı önemli görmez. Ancak, paylaşımların bilincinde olan birey, yaşantısını değerlendirirken insanların kusurluluk ve yanılabilirlik özelliğinin bilincinde olduğu için kimsenin mükemmel olmadığını farkında olur. Kendisine ve diğer insanlara şefkat ile yaklaşan birey, acıların veya problemlerin tüm insanlık için olduğunu görmekte ve diğer insanlarla yakınlık kurarak öz-şefkat’ini beslemektedir (Neff, 2003a: 87; Wei vd., 2011: 193).

2.3.5. Bilgece Farkındalık

Bilgece farkındalık, Jon Kabat-Zinn’in tanımına göre, dikkatin sistemli ve yargısızca, anlık deneyimlerin akışına yönetilmesidir (Kabat-Zinn, 2003: 145). Neff (2003a), farkındalığı, “kişinin olumsuz duygu ve düşüncelerinin bilinçli olarak farkında olması ve böylece onları dengeli ve soğukkanlı bir şekilde ele alabilmesi” olarak tanımlar.

Bilinçli farkındalık ile içinde bulunulan anın gerçekliği, yargılamadan, bastırmadan ve kaçınmadan gözlemlenebilir (Bishop vd., 2004).

Neff (2003a), bireylerin zor durumlarda, hızlıca problemi çözmeye çalıştıklarını ve durup, içinde buldukları anın zor bir an olduğunun değerlendirmesini yapmadıklarını söyler. Bilinçli farkındalığa sahip bireyler ise, dikkatini içinde bulunulan şimdi ve buraya odaklar. Zorlayıcı durumlarla ilgili bağlantılar kurmak, çıkarımlar yapmak ve ruminasyon sürecine girmek yerine, yaşadığı durumun bedeninde ve zihninde yarattığı değişimlerin gözlemcisi olur (Atalay, 2018: 19). Gözlemci olabilmek, bireyin deneyimlediği zorlayıcı durumlara objektif bir bakış açısı geliştirmesine, onları inkar etmeden, kaçınmadan olduğu gibi ele alabilmesine

olanak verir. Böylelikle, bireyin içgörüsü gelişmiş olur. Diğer taraftan, kişinin olumsuz düşünce ve duygularla yoğun bir özdeşim kurması, gerçek benliği yerine olumsuz bir benlik algısına neden olabilmektedir (Neff, 2003b: 224). Aşırı özdeşim kuran bireylerin, başa çıkamadıkları problemler karşısında kendilerine yönelik olumsuz duygu ve düşünceleri vardır. Bu duygu ve düşünceler bireylerin eksik, sevilmez ve değersiz olduklarına yönelik inançlarını kanıtlayan veriler olarak değerlendirilir. Diğer yandan bilinçli farkındalığa sahip bireyler, duyguları ile aralarına olması gereken kadar bir mesafe koyar. Aşırı özdeşleştirme yapmadan düşünce ve duygularının farkında olur ve onlarla bağ kurarlar. Bu bağlamda öz-şefkatin geliştirilmesinde bilinçli farkındalığın önemi büyüktür (Neff, 2003a: 88-89; Neff, 2004: 29).

Birey, içinde bulunduğu zorlayıcı, acı veren deneyimi insanlığın ortak paydası olarak değerlendirirse, kendine karşı daha az yargılayıcı olur ve durumu daha sakin ve dengeli olarak ele alır. Bilgece farkındalık geliştiremeyen bireyler ise kendilerine şefkat gösteremez ve bu duyguların evrenselliğini yani ortak insanlık paylaşımını göremezler.

2.4. Ruminasyon ve Öz-Şefkat ile İlgili Çalışmalar

Nolen-Hoeksema (1991) ruminasyonu, kişinin kendi depresif semptomlarına dair çıkarımlarına dikkatini odaklarken kullandığı tekrarlayıcı düşünce ve davranışlar olarak tanımlar.

Yapılan bazı çalışmalara göre bu düşünce ve davranışların depresyon sürecini uzattığı ve şiddetini arttırdığı söylenebilir (Trask ve Sigmon, 1999: 242-243). Nolen-Hoeksema, depresif semptomlar ile anksiyete semptomları arasında bir ilişki olduğunu, depresif ve anksiyete semptomlarının genellikle bir arada görüldüğünü ve depresyonu ön görmede yararlı olabilecek işaretleyicilerin anksiyete bozuklukları için de geçerli olabileceğini belirtmiştir (Nolen-Hoeksema, 2000: 509). Klinik çalışmalarda da depresyon ve SAB sıklıkla bir arada görülmektedir (Solmaz vd., 2000: 236). Majör depresyonun SAB'a ikincil olarak geliştiği kabul edilir ve SAB olanların yaklaşık % 20'sinde major depresyon da görüldüğü bildirilmiştir (Sanderson vd., 1994: 170, Stein vd., 2001: 255; Beesdo vd., 2007: 909). Bu nedenle, ruminatif düşüncelerin anksiyeteli bireylerde de görüldüğü gibi bu düşüncelerin anksiyete bozukluğu geliştirmede rolü olabileceği düşünülmüş ve konuyla alakalı birçok çalışma yapılmıştır.

Kocovski ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma, yüksek anksiyeteli bireylerin düşük olanlara göre daha fazla ruminasyon yaptıklarını ve ruminatif düşüncelerine daha fazla dikkat ettiklerini göstermiştir. Sosyal anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin, düşük olanlara göre daha fazla olumsuz ve keşke düşünceleri olduğu görülmüştür (Kocovski vd., 2005: 980). Bu

sonuçlar sosyal anksiyetenin bilişsel modellerini desteklemektedir (Clark ve Wells, 1995: 70-71; Rapee ve Heimberg, 1997: 743). Wong ve Moulds (2009) yapmış oldukları çalışmada SAB yüksek olan bireylerin düşük olanlara göre daha fazla anksiyeteye ve işlevsel olmayan inançlara sahip olduklarını göstermiştir. Ruminasyonun, düşük ve yüksek anksiyeteli bireylerde anksiyeteyi devam ettirdiği, ancak sadece yüksek anksiyeteli bireylerde işlevsel olmayan inançları da sürdürdüğü görülmüştür. Olay sonrası ruminasyonun hem anksiyete düzeyini hem de işlevsel olmayan inançları sürdürdüğü söylenebilir (Wong ve Moulds, 2009: 866). Benzer bir çalışmada da olumsuz değerlendirilme ihtimali olan sosyal bir durumun sonrasında, sosyal anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin, daha fazla olay sonrası ruminasyon gösterdikleri bildirilmiştir (Edwards vd., 2003: 614).

Sosyal anksiyete ile olay sonrası ruminasyon arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu Kashdan ve Roberts'in yapmış olduğu çalışmada da gösterilmiştir. Aynı çalışmada yüksek sosyal anksiyeteli bireylerin, kişiler arası iletişime girdikten sonra olay sonrası ruminasyon ve olumsuz duygulardaki artış arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Kashdan ve Roberts, 2007: 295).

Rapee ve arkadaşları, olumsuz değerlendirilme ihtimali olan bir sosyal durumu takiben sosyal anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin, olay sonrası ruminasyona eğilim gösterdiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca ruminasyonun, anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerde geçmiş olumsuz deneyimlerin hatırlanmasında rolü olduğu gösterilmiştir. Söz konusu sonuçların, sosyal anksiyetenin bilişsel modelleri ile (Clark ve Wells, 1995: 70; Rapee ve Heimberg, 1997: 743) tutarlı olduğu grlmektedir. Sosyal anksiyeteleri yüksek olan bireylerin olumsuz değerlendirilme ihtimali içeren olayların analizi ile daha fazla meşgul oldukları görülmüştür (Edwards vd., 2003: 612-613). Abbott ve Rapee'nin yapmış oldukları farklı bir çalışmada, SAB ile öz-değerlendirme, semptom şiddeti ve olay sonrası ruminasyon arasındaki ilişki araştırılmış ve bilişsel davranışçı terapinin bu değerkenler üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmada katılımcılar deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmış ve bireylerden hazırlıksız bir konuşma yapmaları, sonrasında da kendi performanslarını değerlendirmeleri istenmiştir. Konuşmayı takip eden hafta boyunca olay sonrası ruminasyon sıklığı değerlendirilmiştir. Deney grubundaki anksiyeteli bireylerin hafta boyunca konuşmalarını olumsuz olarak değerlendirmeyi sürdürdüğü, kontrol grubundaki anksiyetesi olmayan bireylerin ise performansları hakkında daha pozitif yorumlarda bulunduğu gözlenmiştir. Ayrıca anksiyeteli bireylerin kontrol grubundakilere göre daha fazla olumsuz ruminasyon yaptıkları görülmüştür. Sonrasında ise

bilişsel davranışçı terapi uygulanan anksiyeteli bireylerin performansları ile ilgili algıları iyileşmiş ve olumsuz ruminasyonun azaldığı bildirilmiştir (Abbott ve Rapee, 2004: 142).

Farklı bir çalışmada, sosyal ilişkiler sırasında anksiyeteli bireylerin seçici olarak olumsuz benlik algısı ile ilgili bilgilere dikkat ettikleri görülmüştür. Bu dikkatin, olayla ilgili önyargılı değerlendirmelere ve hatırlamalara yol açtığı, bunun da sosyal anksiyeteli bireylerde anksiyeteli olmayanlara göre daha belirgin olduğu görülmüştür. Ayrıca, olay sonrası işlemlenin de, benlikle ilgili olumsuz bilgileri hatırlamaya neden olduğu görülmüştür (Mellings ve Alden, 2000: 254). Yüksek sosyal anksiyetenin, daha fazla olumsuz olay sonrası işleme ile ilişkili olduğu ve sosyal anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin anksiyeteleri ile ilişkili olumsuz değerlendirmeyi içeren olayların ardından, daha fazla olay sonrası işleme yaptıkları görülmüştür (Lundh ve Sperling, 2002: 133). Farklı bir çalışmada da olay sonrası işlemlenin genellikle anksiyete uyandıran veya utandırıcı bir sosyal olayın ardından gerçekleştiği ve olay sonrası işleme puanlarının sosyal anksiyete ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Söz konusu çalışmada, sosyal olayın hatırlanmasının tekrarlı ve girici düşünceler ile gerçekleştiği bildirilmiştir. Olay sonrası işleme, benzer sosyal durumlardan kaçınma davranışı gösterme ile de ilişkilendirilmiştir. Sosyal anksiyete düzeyi yüksek olan insanların, hem geçmiş başarısız sosyal deneyimleri ile ilgili, hem de yeni deneyimlenen olayları yok sayma ve gelecekte benzer olayların yaşanmasından kaçınma ile ilgili daha fazla düşündükleri görülmüştür. Ayrıca bu tür düşüncelerin girici bir niteliğe sahip olup bireylerin konsantre olma yeteneklerini de engellediğini bildirilmiştir. Clark ve Wells'in teorisi düşünüldüğünde olay sonrası işleme ve sosyal anksiyete arasındaki ilişkiyi destekleyen sonuçlar bulunmuştur. Söz konusu sonuçlar sadece "bakış açısı" kavramı yönünden Clark ve Wells'in görüşlerinden ayrılmaktadır. Sosyal anksiyete düzeyi yüksek olan bireyler, geçmiş sosyal deneyimleri diğer insanların bakış açılarından ziyade kendi bakış açılarıyla gözden geçirme eğilimi göstermektedirler (Rachman vd., 2000: 616).

Mellings ve Alden'in (2000) SAB olan bireyler üzerinde yaptığı bir çalışmaya göre, SAB olan bireyler dikkatlerini etkileşimde buldukları kişilerden çok kendilerine odaklamakta ve hasta olmayan gruba göre kendileri ile ilgili daha fazla olumsuz yargıda bulunmaktadır. SAB olan bireyler aynı zamanda bu yargılarını ertesi günlerde de sürdürmekte ve etkileşimde buldukları kişiler ile ilgili duygu ve düşüncelerini daha az hatırlamaktadırlar (Mellings ve Alden, 2000: 254).

Yukarıda yer verilen alanyazın çalışmaları göz önüne alındığında, ruminasyonun SAB'ın gelişmesinde ve sürmesinde önemli bir etken olduğu söylenebilir. Bu sebeple

ruminasyonu azaltmaya yönelik yaklaşımların SAB'ı tedavi etmede önemli bir yere sahip olduğu düşünülebilir.

Öz-şefkat ile ilgili alanyazına baktığımızda ise, öz-şefkatin de farklı psikopatolojiler ilişkilendirildiği görülmektedir. Neff'e (2003b) göre öz-şefkat yaşam doyumu, sosyal ilgi, kendini kabul ve mutluluk ile pozitif olarak ilişkilirken; anksiyete, depresyon ve mükemmeliyetçilik ile negatif yönde ilişkilidir (Neff, 2003b: 235).

Neff ve arkadaşları tarafından yapılan diğer bir çalışmada (2007) öz-şefkatin anksiyeteye karşı koruyucu bir faktör olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, katılımcılara "Gestalt boş sandalye" uygulamaları yapılmış ve katılımcıların öz-şefkat düzeylerinde artış, depresyon ve anksiyete düzeylerinde ise azalma gözlemlenmiştir (Neff vd., 2007: 149). Benzer bir araştırmada da, yüksek öz-şefkat seviyeleri olan üniversite öğrencilerinin düşük olan öğrencilere göre daha az depresyon ve stres yaşadıkları görülmüştür. Aynı çalışmada, yüksek öz-şefkat ile anksiyetenin negatif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (Deniz ve Sümer, 2010: 122). Bayramoğlu'nun yapmış olduğu çalışma, öz-şefkat ile anksiyete ve depresyon arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir (Bayramoğlu, 2011: 118). Benzer şekilde literatürde öz-şefkatin; depresyon (Raes, 2011: 35; Van Dam vd., 2011: 127), anksiyete (Pauley ve McPherson, 2010: 137) ve travma sonrası stres (Thompson ve Waltz, 2008: 557) ile negatif yönde ilişkisinin olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur.

Werner ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise, SAB olan bireylerin daha düşük öz-şefkat düzeylerine sahip oldukları görülmüştür. Aynı çalışmada SAB şiddeti ile düşük öz-şefkat düzeyi arasında bir ilişki olmadığı da belirtilmiştir (Werner vd., 2012: 7-8).

Kristen Neff'e göre öz-şefkatin, bilişsel çarpıtmalar ve sosyal zorluklar için tedavi edici bir rolü olabilir. SAB olan bireylerin tedavisinde öz-şefkat, kişinin sosyal başarısızlıkları kabul edebilmesinde, kontrol edemediği olumsuz düşünceleri ve bunun sonucu oluşan fiziksel semptomları tedavi edebilmesinde etkili olabilir (Neff, 2003b: 235). Çünkü, sosyal anksiyete yaşam boyu süren, kronik ve kendiliğinden iyileşmeyen bir durumdur. Allen ve Leary'nin (2010) yapmış olduğu çalışmada yüksek öz-şefkat sahibi bireylerin bilişsel yeniden yapılandırmaya daha uygun bireyler oldukları ve bu kişilerin stres yaratan durumları daha iyi yönetebildikleri görülmüştür (Allen ve Leary, 2010: 109).

Yapılan çalışmalardan hareketle, düşük öz-şefkatin SAB ve diğer birçok psikopatolojiler ile ilişkili olduğu söylenebilir. Bu bağlamda SAB'ın tedavisinde öz-şefkati arttırmaya yönelik müdahalelerin önemli bir yer edinebileceği görülmektedir.

Alanyazına bakıldığında, ruminasyon ve öz-şefkat kavramlarının birlikte çalışıldığı çok fazla çalışma görülmektedir. Samaie ve arkadaşlarının ruminasyon ve öz-şefkat üzerine yapmış oldukları çalışma, ruminasyon ve kendi üzerine düşünme ile stres arasında bir ilişki olduğunu ve bu ilişkide de öz-şefkatin aracı bir rolünün olduğunu göstermiştir. Çalışmanın sonuçları, yüksek düzeyde öz-şefkatin, ruminasyon ile stres arasındaki ilişkiyi azalttığını göstermektedir (Samaie ve Farahani, 2011: 981). Raes'in yapmış olduğu bir çalışma ise, ruminasyonun öz-şefkat ve depresyon arasındaki ilişkide aracı olduğunu, öz-şefkat ile anksiyete arasındaki ilişkide ise hem ruminasyonun hem de endişenin önemli araçlar olduğunu göstermektedir (Raes, 2010: 760). Başka bir çalışmada öz-şefkatin, ruminasyon ve kendini yansıtma ile stres arasındaki ilişkide yordayıcı bir rolünün olabileceği görülmüştür (Samaie ve Farahani, 2011: 981). Svendsen ve arkadaşlarının bilinçli farkındalık ile depresif semptomlar üzerine yapmış oldukları çalışma, bu iki kavram arasında düşük ruminasyonun ve yüksek öz-şefkatin aracı rolü olduğunu göstermiştir (Svendsen vd., 2017: 77).

Leary ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, yüksek öz-şefkat sahibi bireylerin olumsuz olaylar ile daha iyi başa çıktıklarını, bu olaylar karşısında sorumluluk alabildiklerini ve öz-şefkati düşük bireylere göre daha az ruminasyon yaptıklarını göstermiştir (Leary vd., 2007: 901).

Depresyon hastaları ile yapılan bir çalışmada ise, bu hastaların daha önce depresyon yaşamamış bireylere göre daha düşük öz-şefkat seviyesine sahip oldukları ve bu hastalarda öz-şefkat ile depresyon ve semptom odaklı ruminasyon arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Krieger vd., 2013: 509). Odou ve Brinker de, öz-şefkat ile iyi ruh hali arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, ruminasyon ile iyi ruh halinin ise negatif olarak ilişkilendirildiğini göstermişlerdir (Odou ve Brinker, 2014: 7-8).

Yukarıdaki çalışmalar, ruminasyonun olumsuz sonuçları ile baş etmede öz-şefkatin önemine dikkat çekmektedir. Ancak, SAB olan bireylerde ruminasyon ve öz-şefkat kavramlarının birlikte çalışıldığı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, söz konusu çalışmanın alanyazına katkı sunacağı düşünülmektedir.

2.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi

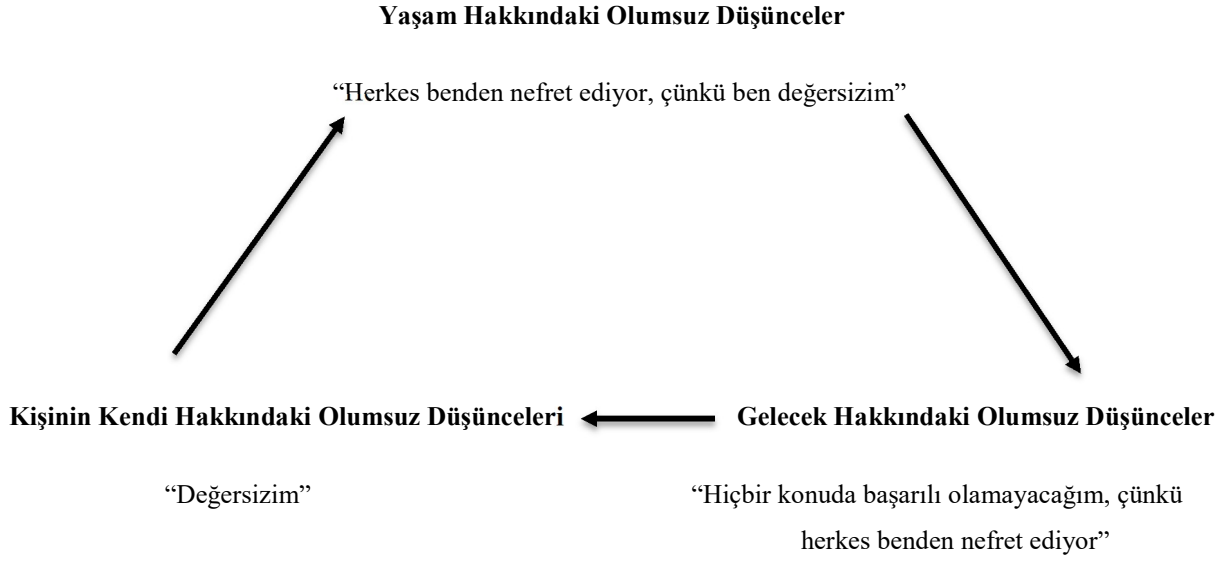
2.5.1. Bilişsel Davranışçı Terapi

Depresyon hastaları için yapılandırılmış, mevcut problemleri çözmeyi ve işlevsel olmayan düşünce ile davranışları değiştirmeyi amaçlayan şimdiki zamana odaklı ve kısa süreli bir psikoterapi yaklaşımı olan 'Bilişsel Terapi' 1960'ların başında Aeron Beck tarafından geliştirilmiştir (Beck, 1964: 568). 80'li yıllarda davranışçı terapistler de bu yaklaşımı benimsemiş ve kendi alanlarında 'Bilişsel Davranışçı Terapi' adı altında bu yaklaşımdan yararlanmışlardır (Türkçapar, 2015: 37-38). Bu terapi yaklaşımı, farklı psikopatolojiler üzerinde etkinliği yaklaşık 400 klinik çalışmayla gösterilmiş tek terapi yaklaşımıdır (Beck, 1979). Depresyona yönelik bir kuram olarak geliştirilen BDT, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları ve SAB gibi birçok çeşitli psikopatolojinin tedavisinde kullanılmaktadır (Türkçapar, 2015: 53).

Bilişsel Davranışçı Terapi (Cognitive-Behavioural Therapy) yöntemi; kısa süreli, "şimdi ve burada" ilkesine dayalı, maladaptif düşünce ve davranışları değiştirmeye yönelik bir psikoterapi yaklaşımıdır (Beck, 1970: 184). Bilişsel yaklaşımlarda, işlevsel olmayan düşünceler işlevsel olmayan duygu ile davranışlara neden olabilir. Bilişsel davranışçı terapi de işlevsel olmayan söz konusu şemaları tanımlar ve bunların değiştirilmesini amaçlamaktadır (Leahy ve Holland, 2000: 275). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), danışanın sorunlarına neden olan bozulmuş algıların tanımlanması ile başlar. Danışanın kendi inançlarını ve davranış biçimlerini temel alarak, söz konusu inanç ve davranış biçimlerini bilişsel olarak değiştirmek için çeşitli yollar arar (Beck, 2011: 2).

Bu modelin öncelikli hedefi danışanın düşünce süreçlerini anlamasını sağlamaktır. Terapist bu anlamda danışanın otomatik düşüncelerini yakalamaya çalışır. Danışanın söz konusu düşüncelerindeki bilişsel çarpıtmalarını test etmesini ve alternatifler düşünceler üretmesini amaçlayarak davranışsal müdahaleler kullanır (Leahy ve Holland, 2000: 275). Bu bağlamda BDT her danışana özel olarak formüle edilmesine karşın ortak temel ilkelere sahiptir. Bu ilkeler tüm danışanlar için geçerlidir ve özellikle karşılaşılan zorlukları anlamak açısından oldukça önemlidir. Judith Beck (2014) bu temel ilkeleri on maddede toplamıştır:

Bilişsel Formülasyon: BDT danışanın bilişsel terimleri anlamasına ve bu terimler ile sorunlarını formüle etmesine dayanmaktadır. Bu formülasyon Beck'in bilişsel üçlü (cognitive triad) olarak bilinen sistemi üzerinden yapılır.



Şekil 3. Beck'in Bilişsel Üçlüsü

Kaynak: Gross, 2015

Terapötik İttifak: BDT danışan ve terapist arasında iyi ve etkin bir terapötik ittifak gerektirir. İttifak zaman içinde gelişir ve sürecin başında karşılaşılan zorluklar terapistin empati becerileri, yetkinliği, özeni ve yakınlığı ile çözülür.

Aktif Katılım: Psikanalitik psikoterapiden farklı olarak BDT, danışanın aktif katılımını gerektirir. Seans hedefleri ve ev ödevleri konularında terapist danışan ile bir ekip çalışması yapacağını vurgular.

Sorun Odaklı Terapi: BDT’de ilk seanstan itibaren danışanın sorun ve amaçları belirlenmeye çalışılır. Sorunlar hakkında kanıtlar toplanır ve amaçlar danışanın yetkinliğine göre bölünür.

Şimdi ve Burada: BDT mevcut durum, durumun yarattığı duygulanım ve davranışlara odaklanır. Bunun nedeni danışanların geçmiş durumlara dair fikirlerini değiştirmede katkı olmaları ve işlevsiz düşüncelerine takılı kalmalarıdır.

Kendini Eğitim: Terapideki amaç danışanın davranışlarında değişim yapmak ve bu değişimlerin kalıcı olmasını sağlamaktır. Davranışların kalıcı olmasında birinci koşul terapi içinde bilişsel modelin anlaşılması ve günlük hayat içinde kullanılmasıdır. Bunun için sadece terapi içinde değil, dışında da danışanın durumlara karşı kendini eğitmesi gerekir.

Sınırlı Zaman: BDT'nin amaçları; şikayetlerde azalma sağlamak, rahatsızlığı hafifletmek, çözüm yolları üretmek ve sorunların nüksetmesini önlemektir. Katı inanışları olan danışanlar dışında bu süre 6 ile 14 seans arasındadır.

Yapılandırılmış Seans: Danışanın şikayeti, bilişsel durumu ve tedavinin süresi değişkenlik gösterebilir ancak, her seansın kendi içinde yapılandırılması verimliliği arttırmaktadır.

Bozuk Düşünce ve İnançların Belirlenmesi: Seans içinde danışanın otomatik düşünce, varsayım ve temel inanışlarını farklı yöntemler (sokratik sorgulama, yönlendirilmiş keşif v.b.) ile değerlendirmek ve alternatif düşünce biçimleri oluşturmak terapistin görevidir (Beck, 2011: 10).

Teknikler: Diğer psikoterapi yöntemleri gibi BDT de sözel etkileşim ve sorgulamaya dayalıdır. BDT'de en sık kullanılan teknikler ise "sokratik sorgulama" ve "yönlendirilmiş keşif"tir. Bu teknikler ile başta otomatik düşünceler olmak üzere varsayımlar (ara inançlar) ve şemalar belirlenir. Sokratik sorgulama ile danışanın halihazırda bildiği cevapları bulması sağlanır. Yönlendirilmiş keşif ise beş aşamadan oluşur: bilgi edinme, dinleme, özetleme, analitik sentez soruları ve uygulama soruları (Türkçapar, 2015: 223-229).

2.5.2. Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi

Sosyal anksiyete bozukluğunun bilişsel modeli temel alınarak oluşturulan ve yaygın olarak kullanılan iki tedavi programı vardır. Bunlardan ilki Amerika'da Heimberg ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilmiş olan Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi (Cognitive Behavioral Group Therapy) tedavi programıdır. Bu program olumsuz sosyal bilişleri belirleyip, bunları yeniden yapılandırma ve maruz bırakma alıştırmaları üzerinden ilerler. Diğerisi ise İngiltere'de Clark ve Wells'in (1995) geliştirdiği BDGT programıdır.

Heimberg'in sosyal anksiyete formülasyonu ile benzer olan program, bireysel tedavinin grup formatına uygulanmış biçimdir (McCarthy vd., 2013: 2).

Heimberg'in grup terapisinin, SAB'ı karakterize eden anksiyeteyi ve kaçınma davranışını azaltmada etkili olduğu kanıtlanmıştır. BDGT'de hem terapi odasında hem de günlük hayatta bilişsel yeniden yapılandırma ve maruz bırakma teknikleri birleştirilerek SAB olan danışanın yaşadığı kısır döngü kırılmaya çalışılır. SAB'da bilişsel davranışçı grup terapisinin amacı maruz bırakma tekniği ile irrasyonel otomatik düşüncelerin doğruluğunu tartışmak, bu irrasyonel düşüncelerin ve anksiyete yaratan uyaranlar ile ilgili olan inançların geçersiz olduğunu göstermektir (Heimberg ve Becker, 2002: 129-130).

Clark ve Wells'in grup terapisinde ise sokratik sorgulamalar ile anksiyete yaratan durumların tanımlanması ve değerlendirilmesi yapılarak bireylerin alternatif düşünceler geliştirmesi sağlanır. Ayrıca bireylerin dikkat ve güvenlik arama davranışlarının odağını bulmaları ve söz konusu odağı değiştirmeleri üzerine çalışılır. Bu amaçla, bireylerin başkalarına nasıl göründüklerini düşündükleri ve gerçekte nasıl göründükleri arasındaki fark görsel ve işitsel geri bildirimler ile tartışılır. Ayrıca, bireylerin olay öncesi ya da sonrasındaki olumsuz önyargılarının değiştirilmesi de grup terapisinde amaçlanır (Clark, 2001: 419-426).

Genel olarak SAB'a yönelik psikoterapide, bilişsel yeniden yapılandırma, korkulan sosyal durumlar için çeşitli maruz bırakma teknikleri ve sosyal beceri eğitimleri temel alınır. Davranışçı yaklaşım, seans içi ve seans dışı ödevler vererek danışanları korkulan sosyal duruma maruz bırakmayı içerir. Bilişsel yaklaşım ise danışanın kendisi ve çevresi hakkındaki işlevsiz inançlarını, özellikle olumsuz değerlendirilme olasılığına ve bunun sonuçlarına olduğundan fazla anlam yükleyen şemaları düzeltmeyi amaçlayan tekniklere dayanır. Bilişsel davranışçı terapi ise bilişsel yeniden yapılandırma ve maruz bırakma tekniklerini içerir (Deacon ve Abramowitz, 2004: 432, Rapee ve Heimberg, 1997).

2.5.3. Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Teknikleri

BDGT seanslarında bilişsel yeniden yapılandırma ve maruz bırakma yöntemleri sıklıkla kullanılan teknikler içerisindedir. Bilişsel yeniden yapılandırma ile danışanların, inançları, varsayımları ve beklentileri üzerine düşünmeleri ve bunları sorgulamaları sağlanır. Daha sonra, bu inanç, varsayım ve beklentilerin mantıklı olup olmadığı ve anksiyetelerine yardımcı olup olmayacağı sorgulanır. Danışanların daha gerçekçi alternatif düşünceler üretmeleri amaçlanır. Maruz bırakma yöntemi kendi içinde seans içi ve seans dışı (in vivo) maruz bırakma olarak ikiye ayrılır. Grup terapisinde danışanlar, kendi durumlarına uygun olan korkulan sosyal durumlar ile yüzleştirilir. Seans içi maruz bırakma çalışmaları danışanlara güvenli bir alanda ve tecrübeli bir terapist eşliğinde sosyal anksiyete süreçlerini deneyimleme fırsatı verir (Heimberg ve Becker, 2002: 129-130). Seans içi maruz bırakmanın bir diğer avantajı ise, danışanların kendi bilişsel yapılandırma becerilerini geliştirmeleri ve gerçek duruma yakın uygulama yapmaları için imkan sunmasıdır. Heimberg ve Becker (2002) SAB'da seans içi maruz bırakmanın; kullanışlı, düzenlenebilir, kontrol edilebilir, bireysel ihtiyaçlara göre şekillendirilebilir, bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri ile birleştirilebilir olduğunu ve kaçınma davranışını azalttığını söylemişlerdir (Heimberg ve Becker, 2002: 201). Bu teknik gerçek yaşam deneyimlerinin yerini tutmamakla beraber amacı danışanların anksiyeteyi

tetikleyen dış çevreye karşı olabildiğince yetkin olmalarını sağlamaktır (Heimberg ve Becker, 2002: 129-130).

SAB olan bireylerde seans dışı maruz bırakma bilişsel davranışçı terapide önemli bir role sahiptir. Danışanlar, gerçek yaşamda korkulan durum ile baş başa bırakılırlar. Ancak, sosyal anksiyetenin diğer anksiyete bozukluklarından daha karmaşık olması bu yöntemin uygulanmasında zorluklar yaşanmasına neden olabilir. Herhangi bir anksiyete bozukluğunda danışan sadece kendisini rahatsız eden durumla veya nesne ile baş ederken, SAB'da ise danışanın kendisini rahatsız eden durumun yanında kişilerarası ilişkiler ile de baş etmesi gerekir. Ayrıca, söz konusu yöntemin uygulanmasında sınırlılıklar olabilir. Farklı anksiyete bozukluklarında (örn; agorafobi) danışanın günlük yaşam içinde evden çıkma veya alışveriş yapma gibi kendini maruz bırakabileceği durumlar her zaman yaratılabilir. Ancak, haftalık bir iş toplantısında konuşması gereken SAB olan danışanın seans dışı maruz bırakma çalışması yapabileceği ortamlar oldukça sınırlıdır (Heimberg ve Becker, 2002: 200).

Kendisi de bilişsel davranışçı terapist olan Gillian Butler, SAB olan danışanlarda seans dışı maruz bırakma çalışmalarını günlük pratiğe geçirmede karşılaşılan zorlukları 4 maddede açıklar:

- Toplumsal olaylar doğaları gereği değişken ve öngörülemezdir. Bu yüzden, danışan için seans dışı maruz bırakma çalışmaları planlanırken, olayın meydana gelme zamanı, tekrar edilebilirliği ve zorluk seviyesini ayarlamak oldukça zordur.
- Birçok sosyal durumun kendine özgü bir zaman sınırı vardır ve uzatılamaz. Örneğin, bir odaya girmek ve merhaba demek kısa zamanlı bir durum olduğu için danışanın anksiyetesi en üst seviyedeyken anksiyete yaratan durum sona erer ve danışanın anksiyetesini anlaması zorlaşır.
- Çoğu danışanlar kendileri için anksiyete verici durumlardan kaçmazlar aksine bu durumlara katlanmaya devam ederler. Bu anksiyete veren durumlara sürekli maruz kalma onlar için yararlı olmayıp anksiyetelerinin devam etmesine neden olur.
- Danışanlar genellikle diğer insanlar üzerindeki izlenimleri ile meşgul olur ve bunun olumsuz olduğunu varsayarlar. Maruz kalma diğer insanların onlar hakkındaki izlenimleri ile ilgili bilgi vermez ve bu nedenle sorunun devam etmesine neden olur (Butler, 1989: 95).

2.5.4. Sosyal Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Uygulanışı

Birinci grup seansı grubun sürekliliği için en kritik seanstır. Aralarında belki de yeni insanlarla tanışmaktan korkan danışanların ilk defa kendilerini tanıtacakları ve konuşacakları seans birinci seanstır. Danışanlar ilk seans sırasında ve sonrasında anksiyete yaşayabilir veya sonrasında günlerce seans hakkında düşünebilir. Terapistin ilk seansta en çok dikkat etmesi gereken konu, ilk seanstaki her durumun danışanlar için sosyal anksiyeteyi tetikleyebileceği ve danışanların gruba katılım sağlamada güçlükler yaşayabilecek olmalarıdır. Terapist bu durumlar karşısında anlayışlı bir tutum sergilemelidir (Heimberg ve Becker, 2002: 150).

Birinci seans tanışma ile başlar. Terapist önce kendini tanıtır. Bu tanışma grubun bağlılığını kuvvetlendirmek için kişisel bilgi de içerebilir. Ardından danışanlar kendileri hakkında az ya da çok bilgi verirler. Eğer danışanlardan biri veya birkaçı kendileri hakkında bilgi veremiyorsa terapist danışanı diğer danışanlara tanıtır ve bilinmesi gereken bazı bilgileri diğer danışanlara aktarır (Türkçapar, 2015: 106).

Tanışma bölümünden sonra grubun kuralları tartışılır ve grup kuralları belirlenir. Bu kurallar gerekirse yazılı olarak da verilebilir. Devamlılık, dakiklik, ödev yapımı, gruba katılım ve gizlilik her grupta önceden belirlenen grup kurallarıdır. Bu kurallar zorunluluktan ziyade tedavi gerekliliği olarak grup üyelerine aktarılmalıdır (Sank ve Shaffer, 2012: 35-36).

Danışanların kendilerini tanıtip kurallar konuşulduktan sonra her bir danışandan tekrar grupta bulunma nedenleri, yaşanan soruların duygulanımı nasıl etkilediği ve tedaviden beklentileri yani sorun ve amaçları öğrenilir. Danışanların anksiyetelerini tetiklememek için bu paylaşım kendilerini tanıttıkları sıradan farklı bir sıra ile yapılır. Bu süreçte terapist yeterli bilgi alamadığı durumlarda danışanlara anksiyeteleri ile ilgili sorular sorar ve bilgi almaya çalışır (Heimberg ve Becker, 2002: 154).

Sonrasında, danışanlara sosyal anksiyetenin bilişsel davranışçı modeli hakkında bilgi verilir. Bilgi verilirken özellikle danışanın otomatik düşünceleri, inançları ve bunların davranışsal, fizyolojik ve duygusal sonuçları üzerinde durulur. Bilişsel davranışçı model anlatılırken terapist, grup üyelerinde anksiyete yaratan durumları kullanır. Ardından terapist grup üyelerini bilişsel yeniden yapılandırma, seans içi maruz bırakma ve ev ödevlerini (yerinde maruz bırakma ve otomatik düşünce bulma gibi) kapsayan tedavi teknikleri hakkında bilgilendirir.

Birinci seansın sonunda terapist grup üyelerine seans dışı uygulama için ev ödevi verir. Bilişsel yeniden yapılandırmanın uygulanabilmesi için ödev genellikle otomatik düşünceleri

gözlemlene ve kaydetme formunun doldurulmasıdır. Ayrıca, grup terapisi için kaynak kitap kullanılacaksa üyelere kitabı edinmeleri ve sorunları hakkında detaylı bilgi alabilecekleri bölümlerin okunması istenir (Heimberg ve Becker, 2002: 173).

İkinci seansın başında danışanlara önceki hafta verilen otomatik düşünceleri gözlemlene ve kaydetme formlarına bakılarak ödev kontrolü yapılır. Ödev yapılırken varsa karşılaşılan zorluklar tartışılır ve danışanlara geri bildirim verilir. Ödev kontrolü tamamlandıktan sonra üyelere otomatik düşüncelerindeki bilişsel çarpıtmaları bulmaları öğretilir. Bu süreçte danışanlara bilişsel çarpıtmaların yazılı olduğu bir kağıt verilerek yardımcı olunabilir (Gümü, 2010: 50-51). Bu seansın amacı danışan deneyimlerinden yararlanarak bilişsel yeniden yapılandırma becerilerinin kazandırılmasıdır. Bu yüzden, otomatik düşünceler belirlendikten sonra danışanlardan durum hakkında ne hissettikleri ve sonrasında ne yaptıkları konusunda bilgi alınır, otomatik düşüncelerine alternatif düşünce oluşturmaları istenir. İkinci seans danışanlara onların seans içi maruz bırakmaya hazırlanması ve ödev verilmesi ile sonlanır. Seans içi maruz bırakma çalışması üçüncü seansa başlar ve çoğu danışan için zorlu bir süreçtir. Bu yüzden, ikinci seansın sonunda danışanlara sonraki seansın genel hatları hakkında bilgi verilir. Ödev ise, anksiyete yaratan durumları ve otomatik düşünceleri kaydetme ile bilişsel çarpıtmalarını bulmayı içeren bilişsel yeniden yapılandırma uygulamasıdır (Heimberg ve Becker, 2002: 199-200).

Üçüncü seansın temel hedefi önceki bölümde bahsedildiği gibi seans içi maruz bırakma çalışmalarını uygulamaktır. Ancak, bundan önce yapılması gereken üç görev vardır: a) danışanlara, varsa seans öncesi formların doldurulması, b) ikinci seans sonunda verilen ödevler hakkında geri bildirim alınması ve c) maruz bırakma ile ilgili formların sunulması.

Üçüncü seans ve sonrasındaki sekiz seans (11. seansa kadar) boyunca uygulanacak ana şablon aşağıdaki gibidir:

- Ev ödevlerinin kontrolü,
- Seans içi maruz bırakma,
- Bilişsel hazırlık,
- Maruz bırakma uygulaması,
- Bilişsel sorgulama,
- Takip eden hafta için ödevlendirme.

On ikinci seans son seans olması bakımından önemlidir. Bu seans içinde de birkaç tane maruz bırakma çalışması yapılabilir ancak, diğerlerinden farklı olarak danışanları gerçek yaşam koşullarına hazırlayacak şekilde olmalıdır.

Terapist grup üyelerine süreç içerisindeki kazanımları hakkında sorular sorar ve bilişsel yapılandırma becerileri hakkında geri bildirim alır. Seansın sonunda gerekliyse grup sonrası bireysel terapiler programlanır ve veda edilir (Heimberg ve Becker, 2002: 199).

2.5.5. Sosyal Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkisi

Son yıllarda BDT'nin farklı hasta ve yaş grupları üzerindeki etkisini değerlendiren pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar arasında BDT'nin diğer yöntemlere göre daha etkili ve her yaş veya hastalık grubuna uygun olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Ancak, aksini iddia eden çalışmaların da sayısı fazladır (Del Vecchio ve O'Leary, 2004: 29; Eddy vd., 2004: 1026; James vd., 2005: 8; Salzer vd., 2005: 506).

BDT psikolojik bozukluklarda, psikolojik bileşenler içeren sorunlarda ve tıbbi kökenli psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılmaktadır (Tablo.1).

Tablo 1. BDT ile Tedavi Edilmiş Hastalıkların Kısmi Listesi

Psikolojik Bozukluklar	Psikolojik Bileşenler İçeren Sorunlar	Tıbbi Kökenli Psikiyatrik Bozukluklar
Majör Depresif Bozukluk	Çift Sorunları	Kronik Sırt Ağrısı
Geriatric Depresyon	Aile Sorunları	Orak Hücreli Anemi Ağrısı
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Kumar Bağımlılığı	Migren Ağrısı
Panik Bozukluk	Kompleks Yas	Kanser Ağrısı
Agorofobi	Öfke ve Düşmanlık	Kronik Yorgunluk Sendromu
Sosyal Anksiyete Bozukluğu		Romatizma Ağrısı
OKB		Uyku Bozuklukları
Davranım Bozukluğu		Obezite
Madde Kullanımı		Hipertansiyon
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu		Vulva Ağrısı
Beden Dismorfik Bozukluk		
Kişilik Bozuklukları		
Bipolar Bozukluk (İlaç ile)		
Şizofreni (İlaç ile)		

Kaynak: Beck, 2014

Yakın zamanlarda Hofmann ve arkadaşları (2012) farklı psikiyatrik bozuklukların incelendiği 106 derleme ve 256 meta-analiz çalışmasında BDT'nin farklı yaş grupları ve hastalıklar (madde kullanımı, şizofreni/diğer psikotik bozukluklar, depresyon/distimi, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları, insomnia, tıbbi durumlardan kaynaklı stres, öfke problemleri, kişilik bozuklukları, kronik ağrı, yorgunluk ve hamilelik stresi v.b.) üzerinde etkisini değerlendirdikleri bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada BDT yararlılığı düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırılmıştır. Bilişsel davranışçı terapi kullanılarak tedavi edilen madde kullanım bozukluğu olan hastalarda BDT yararlılığı düşükten ortaya değişim göstermektedir. Örneğin; kenevir ve nikotin kullanımında bilişsel terapi oldukça etkiliyken, opioid (morfin, eroin, v.b.) ve alkol kullanımında düşük bir etkisi vardır. Şizofreni ve psikotik bozuklukların kronik semptomlarında diğer tedavi yöntemlerine göre (aile terapisi, psikofarmakolojik yöntemler, v.b.) oldukça düşük bir etkiye sahipken, pozitif semptomlar veya hastalığın ikincil etkilerinde gözle görülür olumlu bir etkisi vardır. BDT karşılaştırma koşulları, anksiyete bozukluklarının farklı türleri ve takip çalışmalarında değişkenlik gösterse de yararlı olduğu bulguların sayısı oldukça fazladır. Bunun yanında BDT'nin sosyal anksiyete, travma sonrası stres bozuklukları ve agorafobi rahatsızlıklarında etkisi orta düzeyde iken obsesif-kompulsif bozuklukta yüksek seviyededir. Somatoform ve beden dismorfik bozukluklarda da etkisi ortadan yükseğe değişkenlik göstermektedir (Hofmann vd., 2012: 435).

Cuijpers ve arkadaşlarına göre (2010) BDT'nin etkisi, depresyon ve distimik bozuklukların tedavisinde değişkenlik göstermektedir. Bazı çalışmalar BDT'nin yararını oldukça yüksek olduğunu belirtse de bu yarar çalışmalarda abartılmış olabilir. Aynı durum bipolar bozukluğun tedavisi için de geçerlidir. Bunun yanında, duygudurum bozukluklarının tedavisinde kullanılan psikofarmakolojik yöntemler ile kıyaslandığında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (Cuijpers vd., 2010: 176).

Tok ve arkadaşlarının (2016) anksiyete bozukluğu olan çocuklar ile ilgili olan çalışmasında sadece BDT, sadece standart ilaç tedavisi, BDT ve ilaç tedavisi birlikte, olmak üzere üç farklı uygulama yapılmış olup sonuçlar tüm tedavi yöntemlerinde hastaların anksiyete düzeylerinde azalma olduğunu göstermektedir. Ancak, BDT ve ilacın birlikte uygulandığı grupta istatistiksel olarak daha anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir. Olumsuz otomatik düşüncelerin azalması ve yaşam kalitesinin artması ise sadece BDT içeren gruplarda daha anlamlı sonuçlar vermiştir (Tok vd., 2016: 115).

Bilişsel davranışçı grup terapisinin etkisi ile ilgili çalışmalara baktığımızda ise, BDGT'nin etkisini direkt inceleyen, ilaçla tedavinin etkisi ile karşılaştıran ve tedavi

sonrasındaki izleme çalışmalarındaki etkisini araştıran farklı çalışmaların olduğu grlmektedir.

Heimberg ve arkadaşlarının (1998) 72 SAB hastasını dört farklı tedavi yöntemi (BDGT, kontrol psikoeğitim, fenelzin ve ilaç plasebo) ile değerlendirdiği çalışmada, BDGT ve fenelzin tedavisi alan hastaların kontrol grubuna göre gözle görülür iyileşme gösterdikleri gözlenmiştir. Bunun yanında, BDGT ve fenelzinin etkisi birbirlerine yakındır. Ancak fenelzin akut hastalarda BDGT'ye göre daha etkili olsa da, on iki haftalık takip süresinin sonunda BDGT ile ilaç tedavisinin etkisinin benzer olduğu görülmüştür (Heimberg vd., 1998: 1139). Otto ve arkadaşları ise klonazepam veya BDGT ile klinik tedavi gören hastalar ile çalışmış ve bu hastaların akut tedaviye verdikleri yanıtın Heimberg'in çalışmasındaki gibi birbirlerine yakın olduğunu göstermişlerdir (Otto vd., 2000: 354). Blanco ve arkadaşları daha fazla katılımcı ile dört evrede SAB olan hastaları değerlendirmiştir. Sonuçlara göre fenelzin ve BDGT % 78, sadece BDGT % 53, sadece fenelzin % 49 ve plasebo % 33 oranında etkili olmuştur. Ayrıca BDGT ve fenelzinin birlikte uygulandığı hastalardaki remisyon oranı da daha fazla bulunmuştur (Blanco vd., 2010: 292). Farklı bir çalışmada ise fluoksetin ve BDGT etkileri karşılaştırılmış, pleseboya kıyasla iki tedavinin de SAB'da iyileştirici etkisinin olduğu gösterilmiştir. Ancak Blanco ve arkadaşlarının gösterdiklerinin aksine, tedavilerin birlikte uygulanması ile ayrı ayrı uygulanması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İlacın terapiye göre ilk haftalarda daha hızlı tepki verdiğini ancak tedavi sonrasında terapi ya da ilaç arasında anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Sonuçlar bu anlamda Heimberg'in fenelzin ile yaptıkları araştırmanın sonuçlarına yakındır (Davidson vd., 2004: 1010-1011).

Farmakolojik tedaviler olmadan sadece BDGT uygulanarak tedavi amaçlanan çalışmalar da mevcuttur. Ashbaugh ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmada, 12 seanslık BDGT sonrasında danışanların SAB'ın ve depresyonun farklı belirtilerinde azalma gösterdiği gözlemlenmiştir (Ashbaugh vd., 2007: 175). Benzer bir çalışma da Chen ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmış ve tedavi sonrasında danışanların anksiyete semptomlarında % 20-30 oranında azalma tespit edilmiştir (Chen vd., 2007: 7). BDGT'nin SAB olan hastalarda iyileşme sağladığı ve bu iyileşmenin 6 ay sonraki izleme çalışmalarında da devam ettiği farklı bir çalışmada da gösterilmiştir (Piet vd., 2010: 408). Kişinin kendisine olan dikkat yönelimi, belirsizliğe tahammülsüzlük ya da olumsuz düşünce ve inançlara sahip olma, olay sonrası işlemeleme SAB ile ilişkili bulunmuştur. BDGT uygulanan hastalarda söz konusu durumlarda azalma görülmüş ve aynı zamanda bu hastaların anksiyete düzeylerinde de iyileşme görülmüştür (Hofmann vd., 2004: 593; Norton ve Hope, 2005: 91; McEvoy vd., 2009: 621;

Mahoney ve McEvoy, 2012: 852; Koerner vd., 2013: 261; Abbott ve Rapee, 2004: 142). Ashbaugh ve arkadaşlarının anksiyeteli bireylerdeki hata yapmaktan korkma, sorumluluk almaktan emin olamama ve mükemmeliyetçilik üzerine yaptıkları çalışmada ise, BDGT'nin anksiyeteli bireylerdeki söz konusu değişkenlerde azalma sağladığı gösterilmiştir (Ashbaugh, 2007: 175).

BDGT ve izleme çalışmalarına baktığımızda ise sonuçların birbiriyle çelişkili olduğu söylenebilir. Yetişkin kadınlarla yapılan bir BDGT çalışmasında, tedavi alanlar almayanlara göre SAB semptomlarında iyileşme göstermişlerdir. Ancak 1 yıl sonraki izleme çalışmasında bu iki grup arasında anksiyete semptomları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Hayward vd., 2000: 725). Farklı bir çalışmada ise SAB olan çocuklara BDGT uygulanmış ve tedavi alanların kontrol grubuna göre anksiyete semptomlarında iyileşme olmuş ve bu iyileşmenin 3 ay, 6 ay ve 12 ay izleme çalışmalarında da korunduğu görülmüştür (Silverman vd., 1999: 1001). Grup ve bireysel terapinin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, her iki terapinin de SAB olan hastalarda iyileşme sağladığı ve 1 yıllık izleme çalışmasında ise bireysel terapide % 75'inin, grup terapisinde % 66'sının artık SAB tanı kriterlerini taşımadığı gösterilmiştir (Mörtberg vd., 2007: 151).

BDT ve BDGT'nin etkinliğinin incelendiği farklı çalışmalar mevcuttur. Wergeland ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, bireysel ve grup terapisi alan SAB hastalarında önemli ölçüde iyileşme görülürken, iki tedavinin etkinliği açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca 1 yıllık izleme çalışmasında da söz konusu iki tedavi yöntemi arasında bir fark görülmemiştir (Wergeland vd., 2014: 9-10). Farklı bir çalışmada da BDT ve BDGT'nin anksiyete semptomlarını azaltmada ve sosyal yetenekleri iyileştirmede etkili olduğu gösterilirken, iki tedavi yönteminin etkinliği açısından anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Aynı çalışmada 6 aylık izleme çalışması sonrası grup terapi alanlarda iyileşme oranı bireysel olanlara göre anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur (Herbert, 2009: 14). Her iki tedavi de SAB olan çocuklarda etkili olurken, iki tedavinin etkinliği açısından anlamlı bir fark olmadığını Liber ve arkadaşları da göstermiştir (Liber, 2008: 38-39).

Sonuç olarak, yapılan çalışmalar BDGT'nin kişinin sosyal anksiyete bozukluğu ve anksiyete ile ilişkili semptomları azaltmada ve yaşam kalitesini arttırmada önemli bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, evren ve örneklem, veri toplama araçları, işlem ve verilerin analizi üzerinde durulmuştur.

3.1. Araştırmanın Modeli

BDT grup terapisinin sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerde anksiyete, ruminasyon ve öz-şefkat üzerindeki etkisinin belirlenmesinin amaçlandığı bu araştırma nicel araştırma desenlerinden gerçek deneysel model kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada deney ve plasebo kontrol gruplu ön-test, son-test ve izleme modeline dayalı 2x3 karışık desen (split-plot) kullanılmıştır. Birinci faktör işlem gruplarını yani deney ve plasebo kontrol gruplarını tanımlarken, ikinci faktör tekrarlı ölçümleri yani ön-test, son-test ve izleme ölçümlerini tanımlar (Büyüköztürk vd., 2019: 221-222).

Deneklerin, deney ve deney uygulayıcısı ile olan etkileşimleri sonucunda ortaya çıkan beklentilerinin onların davranışlarında deneyin dışında ekstra bir etkiye yol açabileceği ön görülmektedir. Bu durum plasebo etki (Hawthorne) olarak tanımlanmaktadır. Hawthorne etkisini kontrol etmek amacıyla plasebo kontrol grubu kullanılmıştır (Büyüköztürk vd., 2019: 182). Bir diğer ifadeyle, deney grubunda ön-test, son-test ve izlemede beklenen değişimin uygulanan BDGT programından mı yoksa diğer grup üyeleriyle bir arada olup iletişim kurmaktan mı kaynaklandığını anlamak için plasebo kontrol grubu ile de çalışılmıştır. Araştırmanın şematik gösterimi Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Araştırmanın şematik gösterimi

Grup	Seçim	Ön-Test	Deneysel İşlem	Son-Test	İzleme Testi
Deney (n = 15)	R	Ruminasyon-O ₁	X (BDT içerikli grupla danışma programı)	Ruminasyon-O ₂	Ruminasyon-O ₃
		Öz-şefkat-O ₁		Öz-şefkat-O ₂	Öz-şefkat-O ₃
		LSAÖ-O ₁		LSAÖ- O ₂	LSAÖ-O ₃
Plasebo Kontrol (n = 15)	R	Ruminasyon-O ₁	Y (İletişime dayalı grup terapisi)	Ruminasyon-O ₂	Ruminasyon-O ₃
		Öz-şefkat-O ₁		Öz-şefkat-O ₂	Öz-şefkat-O ₃
		LSAÖ-O ₁		LSAÖ- O ₂	LSAÖ-O ₃

Tablo 2 incelendiğinde, iki grubun (deney ve plasebo kontrol) olduğu ve grupların seçkisiz (random) olarak belirlendiği görülmektedir. Bu araştırmada gruplar Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği kullanılarak anksiyete puanı yüksek olan kişiler arasından seçkisiz olarak belirlenmiştir. Tabloda grup sütunundaki R harfi seçkisiz atamayı göstermektedir. Bireylerin deney ve plasebo kontrol gruplarına atanmasının yapılma şekli, grupların karşılaştırılabilirliği açısından önem teşkil etmektedir. Bireylerin olasılığa dayalı olarak gruplara atanması, grupların oluşmasında araştırmacıdan kaynaklanabilecek bir yanlılık problemini engellemektedir. Söz konusu yöntemde, evrendeki bütün birimler örnekte yer almak için eşit ve bağımsız bir şansa sahip olurlar. Bu tür seçkisiz desenlerde işlem gruplarındaki deneklerin deneysel çalışmalar boyunca farklı desenler açısından olgunlaşmalarının benzer ve olası dışsal değişkenlerin etkilerinin de benzer olacağı kabul edilir. Bu durum ise deneysel çalışmalarda odak noktalardan biri olan iç geçerliliğin sağlanmasına önemli katkı sağlar (Büyüköztürk vd., 2019: 88).

Deneysel işlem olarak deney grubuna 8 hafta süren BDT içerikli grupla psikolojik danışma programı uygulanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkeni BDT içerikli grupla psikolojik danışma programıdır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise sosyal anksiyete, ruminasyon ve öz-şefkattir. Bağımlı değişkenleri ölçmeye yönelik ölçme araçları ise işlem öncesinde, sonrasında ve izleme testinde her iki gruba da uygulanmıştır. Bu sayede deneysel işlemin (BDT içerikli grupla psikolojik danışma programı) yukarıda belirtilen değişkenler üzerindeki etkililiği tespit edilmeye çalışılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Hasan Kalyoncu Üniversitesi lisans programlarında öğrenim görmekte olan tüm öğrenciler (6117 öğrenci) oluşturmaktadır. İzgiç ve arkadaşları, (2000) üniversite öğrencilerinde sosyal anksiyete görülme sıklığının % 9.60 olduğunu ifade etmişlerdir (İzgiç vd., 2000: 209). Ayrıca Soykan ve arkadaşları da LSAÖ'de kesme puanını 48 olarak belirtmişlerdir (Soykan vd., 2003: 1067). Bu sebeple toplam 30 öğrenci deneysel işleme tabi tutulacağından çalışma gruplarını oluşturmak için 300 öğrenciye ulaşılmasının yeterli olacağı kabul edilmiştir. Ancak kesme puanının altında puan alan öğrenciler olabileceğinden dolayı daha fazla sayıda öğrenciye ölçek uygulanmasının uygun olacağı öngörülmüştür. İncelenen değişken evrendeki bireyler herhangi bir özelliğe (eğitim, yaş, cinsiyet vb.) göre farklılık gösteriyorsa, evrendeki bireyleri önce bu özelliğe göre tabakalayıp, sonra her tabakadan yeteri kadar bireyi basit seçkisiz örnekleme yöntemiyle seçmek, basit seçkisiz örnekleme yöntemini doğrudan kullanarak seçim yapmaktan daha doğru sonuç verir. Kısacası tabakalı örnekleme

daha yüksek bir temsil yeteneği olan bir rastlantılı örneklemedir. Tabakalı örnekleme, basit seçkisiz örneklemeye oranla daha küçük bir örnek ve daha düşük bir maliyetle çok daha yüksek temsil düzeyine ulaşma olanağı sağlayan bir tekniktir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2005). Bu doğrultuda fakülteye ve cinsiyete göre tabakalı seçkisiz olarak belirlenen 1200 öğrenciye LSAÖ uygulanmıştır. Uygulama sonrasında gönüllülük esasına bağlı olarak çalışmaya katılacağını bildiren ve ölçekten yüksek puan alan 30 kişi örnekleme alınmış ve bu grup seçkisiz olarak iki alt gruba ayrılmıştır. Gruplardan biri seçkisiz olarak deney grubu, diğeri ise referans, kontrol grubu olarak tanımlanmıştır. Kontrol grubuna plasebo uygulama yapıldığı için bu grup, plasebo grubu olarak isimlendirilmiştir.

Çalışmada yer alacak 30 öğrenci belirlenmiş ancak seanslar başladıktan sonra denek kaybı yaşanmıştır. 12 katılımcı yoğun ders programları ve sınavları, kursları, şehir dışı seyahat gibi nedenler göstererek çalışmayı bırakmıştır. Araştırmanın sonunda on kişi deney, sekiz kişi plasebo olmak üzere 18 kişi (Deney grubu: 10, Plasebo grubu: 8) ile çalışma tamamlanmıştır. Analizler çalışmada kalan denekler üzerinden yapılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin LSAÖ ön-test puanlarına göre betimsel istatistikleri Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların LSAÖ ön-test puanlarına ait betimsel istatistikler

	n	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	\bar{X}	Ss
Deney LSAÖ Ön	10	71,00	106,00	85,40	11,94
Plasebo LSAÖ Ön	8	73,00	111,00	91,38	14,72

Tabloya göre deney grubundaki katılımcının LSA ölçeğinden elde ettikleri en düşük puanın 71, en yüksek puanın 106; plasebo grubunda ise en düşük puanın 73, en yüksek puanın 111 olduğu görölmektedir. Puan ortalamaları ise 85.40 ± 11.94 ve 91.38 ± 14.72 olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların dermografik özelliklere göre dağılımları ise Tablo 4 ve Tablo 5’de görölmektedir.

Tablo 4. Deney grubundaki katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları

Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kız	8	80.0
Erkek	2	20.0
Alan		
Sağlık	5	50.0
Sosyal Bilimler	3	30.0
Eğitim	2	20.0
Sınıf*		
1	2	20.0
2	1	10.0
3	5	50.0

*2 kişi söz konusu bilgiye cevap vermemiştir.

Tablo 5. Plasebo grubundaki katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları

Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kız	6	75.0
Erkek	2	25.0
Alan		
Sağlık	2	25.0
Sosyal Bilimler	2	25.0
Eğitim	4	50.0
Sınıf		
1	2	25.0
2	1	12.5
3	2	25.0
4	3	37.5

Tablolara göre deney grubundaki ve plasebo grubundaki kişi sayıları birbirine yakın olmakla birlikte deney grubunda daha fazla sayıda kişi bulunmaktadır.

Cinsiyete göre, hem deney hem de plasebo gruplarında kadın katılımcı sayısı daha fazladır. Katılımcılar, alanlara göre deney grubunda en fazla sağlık bilimlerinde, plasebo grubunda ise eğitim fakültesinde yer almaktadır. Sınıfa göre deney grubunda en çok üçüncü, plasebo grubunda ise dördüncü sınıf öğrencileri yer almaktadır.

3.3. Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamında öncelikle Hasan Kalyoncu Üniversitesi Öğrenci İşleri Müdürlüğü'nden fakültelere ve cinsiyete göre öğrenci sayıları alınmıştır. Daha sonra etik kuruldan araştırma yapmak için izin alınmıştır. Onay yazısından sonra tabakalı seçkisiz olarak belirlenen 1200 öğrenciye sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyleri belirlemek için Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Uygulamalar araştırmacı tarafından sınıflarda yapılmıştır. Bu ölçek sonucuna göre sosyal anksiyete bozukluğu tespit edilen 30 öğrenci deney ve plasebo gruplarına seçkisiz olarak atanmıştır. Deney grubuna BDT grup terapisi, plasebo grubuna ise iletişime dayalı grup terapisi uygulanmıştır.

3.4. İşlem

Bu çalışmanın amacına uygun olarak, sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylere Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. LSAÖ'den yüksek puan alan 15 kişi deney grubuna 15 kişi plasebo grubuna seçkisiz olarak seçilmiştir. Gruplara seanslardan önce Liebowitz Sosyal Anksiyete, Ruminatif Düşünce Biçimi ve Öz-şefkat ölçekleri uygulanmıştır. Daha sonra, deney grubuna BDT terapi içerikli grupla psikoloji danışma seansı 8 hafta süresince uygulanmıştır. Plasebo grubuna ise iletişime dayalı yine 8 hafta süren grupla psikolojik danışma gerçekleştirilmiştir. Programlar uygulandıktan sonra Liebowitz Sosyal Anksiyete, Ruminatif Düşünce Biçimi ve Öz-şefkat ölçekleri gruplara tekrar uygulanmıştır. Ayrıca seanslar bittikten dört hafta sonra, söz konusu testler gruplara izleme testi olarak üçüncü kez uygulanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği ve Öz-şefkat Ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama araçları aşağıda tanıtılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Çalışmaya katılan kişilerin sosyo-demografik niteliklerini tanımlayabilmek için Kişisel Bilgi Formu (KBF) oluşturulmuştur. Bu formda çalışmaya katılan kişilerin; yaş, cinsiyet, doğum yeri, kardeş sayısı, ebeveyn bilgileri (eğitim, çalışma ve aylık gelir durumları, sağ, ölü,

birlikte ve ayrı vb.), hobileri, kişinin ya da ailesinin psikoloğa ve/veya psikiyatrise gidip gitmeme durumlarına ilişkin bilgiler elde etmeye yönelik sorular yer almaktadır.

3.5.2. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ), sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin, korku ve/veya kaçınma davranışı gösterdikleri sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirmek üzere Liebowitz tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Ölçek sosyal ilişkilerde ve performans gerektiren durumlarda SAB olan kişilerin kaygı ve/veya kaçınma düzeylerini belirlemek üzere oluşturulmuştur (Liebowitz, 1987: 152).

Ölçek toplamda 48 madde olmak üzere 24'er maddeden oluşan 4'lü Likert'li bir ölçek olup kaygı ve kaçınma alt başlıkları altında değerlendirilir. Ölçekte bulunan 24'er madde korku ve kaçınma davranışı için ayrı ayrı 1- 4 arasında (Kaygı: 1= Yok ya da çok hafif, 2= Hafif, 3= Orta derecede, 4= Şiddetli; Kaçınma: 1= kaçınma yok ya da çok ender, 2= Zaman zaman kaçınırım, 3= Çoğunlukla kaçınırım, 4= Her zaman kaçınırım) puanlanmaktadır. Toplam puan, korku ve kaçınma puanlarının toplamıyla elde edilir.

Ölçeğin yapı geçerliliğine yönelik; yakınsak ve ayırıcı geçerlilik kanıtları Heimberg ve arkadaşları tarafından (1999) araştırılmıştır. Ölçeğin, Sosyal Kaçınma ve Endişe, Sosyal Etkileşim Kaygısı, Korku Envanteri Sosyal Fobi, Sosyal Fobi ve Olumsuz Değerlendirilme Korkusu ölçekleri ile arasındaki ilişki yakınsak geçerlilik için hesaplanmıştır. İstatistiksel olarak yüksek ve anlamlı olan korelasyon değerleri yapı geçerliliği için kanıt olarak gösterilmiştir ($r=.63, .73, .63, .61, ve .49$) Yapı geçerliliği için ayırıcı geçerlilik de araştırılmıştır. Ölçeğin, Hamilton Kaygı, Hamilton Depresyon Derecelendirme ve Beck Depresyon ölçekleri arasındaki ilişki hesaplanmıştır. İstatistiksel olarak düşük ve anlamlı bulunan korelasyon değerleri yapı geçerliliği için kanıt olarak gösterilmiştir ($r= .48, .39 ve .52$). Ölçeğin güvenilirliği ise Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı kullanılarak hesaplanmıştır. Ölçeğin kaygı ve kaçınma boyutlarının güvenilirlik katsayısı 0.92, ölçeğin tamamının güvenilirlik katsayısı 0.96 olarak hesaplanmıştır (Heimberg vd., 1999: 205-208).

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği'nin (LSAÖ) Türkçe'ye uyarlaması Soykan, Özgüven ve Gençöz tarafından 2003'de yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini bulmak için test-tekrar test güvenilirliğinden, iç güvenilirlik ve iç tutarlılık katsayısından (Cronbach alfa) yararlanılmıştır. Yapılan çalışmada test-tekrar test güvenilirliği .97 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin iç güvenilirlik katsayıları, korku boyutu ile ilgili alt ölçeği ve kaçınma boyutu ile ilgili

olan alt ölçeği olarak ayrı ayrı hesaplanmış ve korku alt ölçeğinin iç güvenilirliği $\alpha=.96$, kaçınma alt ölçeğinin iç güvenilirliği, $\alpha=.95$ ve ölçeğin toplam güvenilirliği ise $\alpha=.96$ olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin iç tutarlılığı da yine korku ve kaçınma alt ölçekleri olarak ayrı ayrı hesaplanmış ve korku alt ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı $\alpha=.96$, kaçınma alt ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı $\alpha=.95$ ve bütün ölçeğin Cronbach alfa katsayısı $\alpha=.98$ olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin geçerliliğini bulmak için ise benzerlik geçerliliği, ayırt edici geçerlilik ve ölçüt geçerliliği yöntemlerinden yararlanılmıştır. Genel sosyal anksiyete tanısı almış bireylere LSAÖ ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır. Benzerlik ve ayırt edicilik geçerliliğinde LSAÖ'den elde edilen kaygı, kaçınma ve toplam puanlar ile BAÖ'den elde edilen puanlar arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Ayırt edici geçerlilikte anlamlı bir korelasyon bulunmamışken, benzerlik geçerliliği incelemesinde genel sosyal anksiyete hasta grubunda ölçekler arasındaki korelasyonların anlamlı olduğu bulunmuştur. Ölçüt geçerliliğinde ise LSAÖ'den alınan kaygı, kaçınma ve toplam puanların genel sosyal anksiyete tanısı alan hastaları, hem başka anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalardan hem de kontrol grubu hastalarından anlamlı olarak ayırdığı bulunmuştur (Soykan vd., 2003: 1063).

Ayrıca bu ölçeğin Türkçe versiyonunda, kesme puanı korku boyutu için 26, kaçınma boyutu için 20 olarak alınmıştır. Sosyal anksiyete bozukluğu tanısı için 48 olarak hesaplanmıştır (Soykan vd., 2003: 1065).

Bütün bu sonuçlar ölçeğin 48 maddelik yapısının Türk kültüründe geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir.

3.5.3. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

Orijinal ismi “Ruminative Thought Style Questionnaire (RTSQ)” yani, “Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)” olan bu ölçek Brinker ve Dozois (2009) tarafından geliştirilmiş olup, toplam 20 maddeden oluşan 7’li Likert tipi bir ölçektir. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği ‘nde (RDBÖ) 7 (Çok iyi) ve 1 (Hiç) olarak katılımcılardan her bir maddeyi kendilerini ne kadar yansıttıklarına göre puanlamaları istenmektedir. Ölçek içeriğinde tekrar eden, kontrol edilemeyen, girici ve geri dönüşlü bir düşünce biçimi olarak ruminatif düşünce ele alınır ve içerdiği maddeler de söz konusu özellikleri araştırır (Karatepe, 2010: 60).

Brinker ve Dozois, (2009) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin iç tutarlılığı mükemmel düzeyde saptanmıştır ve cronbach $\alpha=.92$ olarak hesaplanmıştır. Yapılan faktör analizi sonucu tek faktör içerdiği belirlenen ölçeğin eşzaman geçerliliği de yapılmış ve ölçek toplam

puanlarının anksiyete, depresyon ve diğer tekrarlayıcı düşünme stilleri ile pozitif korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir (Brinker ve Dozois, 2009: 7).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Karatepe, (2010) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık ve test-tekrar test analizleri yapılmıştır. Yapılan çalışmada ölçeğin bütün test için iç tutarlılık katsayısı, Cronbach alfa değeri, $\alpha=.907$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Madde analizinde ise madde toplam puan korelasyonu hesaplanmıştır. Maddelerin toplam puan korelasyonları 0.474 ile 0.699 arasında bulunmuştur ($p<0.01$). Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için test-tekrar test yöntemi kullanılmış ve korelasyon katsayısı $r=.84$ ($p<0.01$) olarak hesaplanmıştır. Bütün maddeler arasındaki korelasyonlar anlamlı olarak bulunmuştur. Test-tekrar test korelasyon katsayıları ölçekteki maddeler için $r=.55$ ile $r=.857$ arasında bulunmuştur. Bu bulgular RDBÖ'nin, ruminatif düşünce değerlendirilmesi açısından Türkiye koşullarında güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin geçerliliğine ilişkin olarak, yapı geçerliliği ve madde ilişkileri analizleri yapılmıştır. Yapı geçerliliğinde, maddelerin faktör yapısını belirlemek için temel bileşenler yöntemi ve Varimax dönüştürmesi uygulanmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliliği 0.881 olarak bulunmuş, bu değer de verilerin faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir (Bartlett's Kikare=2320.547; $p=.000$). Faktör yapısını belirlemek için Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) uygulanmıştır. Öz-değer istatistiği 1'den büyük olan faktörler anlamlı olarak kabul edilmiştir. Temel bileşenler analizi sonucunda, öz-değeri 1'in üzerinde beş madde bulunmuştur. Faktör yapısını değerlendirmek için ise Scree-plot testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda, ölçeğin tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu görülmüştür. Temel bileşenler analizi ile tüm maddeler birinci faktörde yüklü olarak görülmüş bu da ölçeğin tek faktörlü olduğunu göstermiştir. Yapı geçerliliği analiz sonucunda toplam varyansın % 63.43'ünü açıklayan tek faktör kabul edilmiştir. Madde ilişkileri analizinde Pearson momentler çarpımı tekniği kullanılmış ve maddeler arası korelasyon katsayıları 0.01 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Bu ölçeğin ruminasyon ile ilgili diğer ölçeklerden farkı kişinin içinde bulunduğu anlık duygu durumunu göz ardı ederek genel düşünce eğilimini değerlendirmesidir. Ölçekte herhangi bir kesme puanı da bulunmamaktadır. Ölçek, sadece katılımcıların ruminatif düşünce eğilimlerini değerlendirmektedir (Karatepe, 2010: 60).

Bu bulgular RDBÖ'nün 20 maddelik yapısının, ruminatif düşüncenin değerlendirilmesi açısından Türkiye koşullarında güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

3.5.4. Öz-Şefkat Ölçeği

Neff (2003), tarafından geliştirilen Öz-Şefkat (Öz-Duyarlılık) Ölçeği, toplam 26 maddeden ve 6 boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; öz-sevecenlik, öz-yargılama, paylaşımların bilincinde olma, izolasyon, bilinçlilik, farkındalık ve aşırı özdeşleşmedir. Ölçek, 5'li Likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.92$ olarak bulunmuş ve alt boyutların iç tutarlılık katsayıları ise .78 ile .81 arasında değiştiği görülmüştür. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Öz-şefkat Ölçeği yüksek seviyede test-tekrar test güvenirliliği sağlamıştır (Neff, 2003b: 239).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Deniz ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmış olup, güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık ve test-tekrar test analizleri yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık analizi sonucu Cronbach'ın alfa katsayısı $\alpha=.89$ ve test-tekrar test güvenirliliği ise $\alpha=.83$ bulunmuştur. Ölçeğin ölçüt-bağıntılı geçerliliği, öz-şefkat ile benlik saygısı arasında $r=.62$; yaşam doyumu arasında $r=.45$; pozitif duygu arasında $r=.41$ ve negatif duygu arasında ise $r=-.48$ düzeyinde ilişkiler bulunmuştur. Ölçeğin faktör yapısını belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda uyum indeksleri $X^2= 1523.02$ ($df=299$, $p<.01$), $(X^2 /df)=5.09$, $RMSEA=0.123$, $RMS=0.128$ olarak bulunmuş ve $RMS=0.255$, $GFI=0.692$ ve $AGFI=0.638$ değerlerine standardize edilmiştir. Yapılan uyarlama çalışmasında 1. madde ve 22. maddeler madde toplam korelasyon değerleri $r=.30$ 'dan düşük olduğu için çıkarılarak ölçek 24 maddeye indirilmiş ve tek boyutlu bir yapıya dönüştürülmüştür.

Bütün bu sonuçlar ölçeğin Türkiye şartlarında geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir (Deniz vd., 2008: 1157).

3.6. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında verileri analiz etmede IBM SPSS 25 programından yararlanılmıştır. Araştırmada veriler normal dağılım göstermediğinden dolayı parametrik olmayan testler uygulanmıştır. Deney ve plasebo gruplarının ilgilenilen değişken bakımından benzer dağılıma sahip olup olmadıkları hakkında bilgi edinmek için Mann Whitney U testinden, grupların ön-test, son-test ve izleme sonuçlarını karşılaştırmak için Friedman testinden yararlanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı değişimlerin etki büyüklükleri, Wilcoxon işaretli sıralar testleri kullanılarak Bonferroni düzeltmesi ile hesaplanmıştır. Gruplar arasında etki büyüklüğünü hesaplamak amacıyla $r=Z/(\sqrt{n})$ formülünden yararlanılmıştır.

Ölçüt 0.1 civarında olduğunda zayıf, 0.3 civarında olduğunda orta, 0.5 civarında olduğunda yüksek etki büyüklüğü olarak yorumlanmaktadır (Field, 2009: 57).

3.7. Verilerin Yorumlaması

3.7.1. Deney ve plasebo gruplarının testlerden elde ettikleri puanların betimsel istatistikleri nedir ?

Araştırma sorusuna yanıt vermek amacıyla betimsel istatistikler hesaplanmış ve deney grubu için Tablo 6’da, plasebo grubu için ise Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 6. Deney grubu için ölçeklerden elde edilen puanların betimsel istatistikleri

	n	En Düşük	En Yüksek	\bar{X}	Ss
Öz-şefkat Ön	10	46	92	67.30	11.53
Öz-şefkat Son	10	58	84	67.40	7.50
Öz-şefkat İzleme	10	58	82	68.00	7.18
Ruminasyon Ön	10	33	96	68.80	20.23
Ruminasyon Son	10	33	113	54.50	22.37
Ruminasyon İzleme	10	30	94	57.30	16.79
LSA Ön	10	71	106	85,40	11,94
LSA Son	10	56	97	74,00	14,83
LSA İzleme	10	56	97	69,70	15,10

Tabloya göre deney grubu için ortalama puanlar Öz-şefkat ölçeği için 67.30 ile 68, Ruminatif Düşünce Biçimi ölçeği için 54.50 ile 68.80, LSA ölçeği için ise 69.7 ile 85.40 arasında değişmektedir. Öz-şefkat ölçeğinden en düşük 46, en yüksek 92; Ruminatif Düşünce Biçimi ölçeğinden en düşük 30, en yüksek 113; LSA ölçeğinden ise en düşük 56, en yüksek 106 puan elde etmişlerdir.

Tablo 7. Plasebo grubu için ölçeklerden elde edilen puanların betimsel istatistikleri

	n	En Düşük	En Yüksek	\bar{X}	Ss
Öz-şefkat Ön	8	50	84	73.13	10.66
Öz-şefkat son	8	58	76	69.88	6.22
Öz-şefkat izleme	8	37	85	68.88	15.28
Ruminasyon Ön	8	77	95	88	6.23
Ruminasyon Son	8	25	121	81.63	32.58
Ruminasyon İzleme	8	71	119	94.75	17.48
LSA Ön	8	73	111	91,38	14,72
LSA Son	8	93	104	98,50	3,82
LSA İzleme	8	95	108	101,13	4,39

Tabloya göre plasebo grubu için ortalama puanlar Öz-şefkat ölçeği 68.88 ile 73.13, Ruminatif Düşünce Biçimi ölçeği için 81.63 ile 94.75, LSA ölçeği için ise 91.38 ile 101.13 arasında değişmektedir. Öz-şefkat ölçeğinden en düşük 37, en yüksek 85; Ruminatif Düşünce Biçimi ölçeğinden en düşük 25, en yüksek 121; LSA ölçeğinden ise en düşük 73, en yüksek 111 puan elde etmişlerdir.

3.7.2. Ön-Test Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırması

Deney ve plasebo grupları arasında LSA, ruminatif düşünce ve öz-şefkat değişkenleri açısından farklılık olup olmadığını anlamak amacıyla ön-test puanları karşılaştırılmıştır.

a) LSA ön-test düzeyleri gruba göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

Araştırma sorusuna yanıt vermek amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların LSA ön-test puanlarının gruba göre karşılaştırılması

Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Deney	10	8.50	85	30	.374
Plasebo	8	10.75	86		

Tablo 8 incelendiğinde, katılımcıların LSA ön-test puanlarının gruba göre anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p > .05$).

Buna göre deneysel işlem öncesinde deney ve plasebo grupları benzer düzeyde sosyal anksiyeteye sahiptir. Bu bulgu birbirine denk iki grup oluşturulduğu şeklinde de yorumlanabilir.

b) Ruminasyon ön-test düzeyleri gruba göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

Araştırma sorusuna yanıt vermek amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Ruminasyon ön-test puanlarının gruba göre karşılaştırılması

Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Deney	10	7.35	73.50	18.50	.055
Plasebo	8	12.19	97.50		

Tablo 9 incelendiğinde, katılımcıların ruminasyon ön-test puanlarının gruba göre anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p > .05$). Buna göre deney ve plasebo gruplarının terapi öncesinde benzer düzeyde ruminatif düşüncelere sahip olduğu söylenebilir.

c) Öz-şefkat ön-test düzeyleri gruba göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

Araştırma sorusuna yanıt vermek amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların öz-şefkat ön-test puanlarının gruba göre karşılaştırılması

Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Deney	10	7.55	75.50	20.50	.083
Plasebo	8	11.94	95.50		

Tablo 10 incelendiğinde, katılımcıların öz-şefkat ön-test puanlarının gruba göre anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p > .05$). Buna göre araştırma başlangıcında deney grubunda ve plasebo grubunda yer alan katılımcılar benzer düzeyde öz-şefkate sahiptiler.

3.7.3. Deney Grubunun LSA, Ruminasyon ve Öz-Şefkat Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları

Deney grubunun BDGT öncesinde, sonrasında ve terapi bittikten 1 ay sonra izlemede sosyal anksiyete, ruminatif düşünce ve öz-şefkat düzeyleri analiz edilmiş, aşağıda ayrıntılı olarak yorumlanmıştır.

3.7.3.1. Deney Grubunun LSA Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları

Deney grubunun LSA ön-test, son-test ve izleme puanları Fridman testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Deney grubunun LSA puanlarının ön-test, son-test ve izleme testi boyunca Friedman testi sonucu

Test	n	Sıra Ortalaması	χ^2	p	Anlamlı Fark	η^2
LSA ön	10	2.80	11.55	.003	Ön-test İzleme	0.55
LSA son	10	1.80				
LSA izl.	10	1.40				

Tablo 11 incelendiğinde deney grubunun LSA puanlarının ön-testten son-teste ve ondan da izleme testine değiştiği görülmektedir ($p < .05$). Bu değişimin, ön-testten izlemeye anlamlı olduğu ve farkın negatif sıralar lehine olduğu görülmüştür. Buna göre izleme testinde deney grubunun sosyal anksiyete puanlarının ön-teste göre azalma gösterdiği ifade edilebilir. Bir diğer ifadeyle, deneysel işlemin katılımcıların sosyal anksiyetelerini azaltmada etkili olduğu söylenebilir. İstatiksel olarak anlamlı bulunan bu azalmanın pratik anlamlılığını incelemek için ise etki büyüklüğüne bakılmış ve 0.55 olarak hesaplanmıştır. Buna göre yüksek düzey bir etki olduğunu söyleyebiliriz. Deneysel işlemin deney grubunun sosyal anksiyete düzeyi üzerinde önemli bir etkisi olmuştur.

3.7.3.2. Deney Grubunun Ruminasyon Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları

Deney grubunun ruminasyon ön-test, son-test ve izleme puanları Fridman testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Deney grubunun ruminasyon puanlarının ön-test, son-test ve izleme testi boyunca Friedman testi sonucu

Test	n	Sıra Ortalaması	χ^2	p	Anlamlı Fark	η^2
Ruminasyon ön	10	2.65	8.67	.013	Ön-test İzleme	0.56
Ruminasyon son	10	1.35				
Ruminasyon izl.	10	2.00				

Tablo 12 incelendiğinde deney grubunun ruminasyon puanlarının ön-testten son-teste ve ondan da izleme testine değiştiği görülmektedir ($p < .05$). Bu değişimin, ön-testten izlemeye anlamlı olduğu ve farkın negatif sıralar lehine olduğu görülmüştür. Buna göre izleme testinde deney grubunun ruminasyon puanlarının ön-teste göre azalma gösterdiği söylenebilir. Bir diğer ifadeyle, deneysel işlemin katılımcıların ruminatif düşüncelerinde azalmayı sağladığı söylenebilir. İstatiksel olarak anlamlı bulunan bu azalmanın pratik anlamlılığını incelemek için ise etki büyüklüğüne bakılmış ve 0.56 olarak hesaplanmıştır. Buna göre yüksek düzey bir etki olduğunu söyleyebiliriz. Deneysel işlemin deney grubunun ruminatif düşünce düzeyi üzerinde önemli bir etkisi olmuştur.

3.7.3.3. Deney Grubunun Öz-Şefkat Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları

Deney grubunun ruminasyon ön-test, son-test ve izleme puanları Friedman testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Deney grubunun öz-şefkat puanlarının ön-test, son-test ve izleme testi boyunca Friedman testi sonucu

Test	n	Sıra Ortalaması	χ^2	p	Anlamlı Fark
Öz-şefkat. ön	10	1.70	2.18	.336	-
Öz-şefkat. son	10	2			
Öz-şefkat. izl.	10	2.30			

Tablo 13 incelendiğinde deney grubunun öz-şefkat puanlarının ön-testten son-teste ve ondan da izleme testine değişmediği görülmektedir ($p > .05$). Buna göre deneysel işlemin deney grubunun öz-şefkat düzeyi üzerinde herhangi bir etkisi olmamıştır.

3.7.4. Plasebo Grubunun LSA, Ruminasyon ve Öz-Şefkat Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları

Plasebo grubunun iletişime dayalı grup terapisinin öncesinde, sonrasında ve terapi bittikten 1 ay sonra izlemede LSA, ruminatif düşünce ve öz-şefkat düzeyleri analiz edilmiş, aşağıda ayrıntılı olarak yorumlanmıştır.

3.7.4.1. Plasebo Grubunun LSA Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları

Plasebo grubunun LSA ön-test, son-test ve izleme puanları Friedman testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14. Plasebo grubunun LSA puanlarının ön-test, son-test ve izleme testi boyunca Friedman testi sonucu

Test	n	Sıra Ortalaması	χ^2	p	Anlamlı Fark
Plasebo ön	8	1.63	5.07	.079	-
Plasebo son	8	1.75			
Plasebo izl.	8	2.63			

Tablo 14 incelendiğinde plasebo grubunun LSA puanlarının ön-testten son-teste ve ondan da izleme testine değişmediği görülmektedir ($p > .05$). Buna göre iletişime dayalı grup terapisinin plasebo grubunun sosyal anksiyete düzeyi üzerinde herhangi bir etkisi olmamıştır.

3.7.4.2. Plasebo Grubunun Ruminasyon Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları

Plasebo grubunun ruminasyon ön-test, son-test ve izleme puanları Friedman testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15. Plasebo grubunun ruminasyon puanlarının ön-test, son-test ve izleme testi boyunca Friedman testi sonucu

Test	n	Sıra Ortalaması	χ^2	p	Anlamlı Fark
Plasebo ön	8	2.00	2.25	.325	-
Plasebo son	8	1.63			
Plasebo izl.	8	2.38			

Tablo 15 incelendiğinde plasebo grubunun ruminasyon puanlarının ön-testten son-teste ve ondan da izleme testine değişmediği görülmektedir ($p > .05$). Buna göre iletişime dayalı grup terapisinin plasebo grubunun ruminasyon düzeyi üzerinde herhangi bir etkisi olmamıştır.

3.7.4.3. Plasebo Grubunun Öz-Şefkat Puanlarının Ön-Test, Son-Test ve İzleme Karşılaştırmaları

Plasebo grubunun öz-şefkat ön-test, son-test ve izleme puanları Friedman testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Plasebo grubunun öz-şefkat puanlarının ön-test, son-test ve izleme testi boyunca Friedman testi sonucu

Test	n	Sıra Ortalaması	χ^2	p	Anlamlı Fark
Öz-şef. ön	8	2.25	1.36	.508	-
Öz-şef. son	8	1.69			
Öz-şef. izl.	8	2.06			

Tablo 16 incelendiğinde plasebo grubunun öz-şefkat puanlarının ön-testten son-teste ve ondan da izleme testine değişmediği görülmektedir ($p > .05$). Buna göre iletişime dayalı grup terapisinin plasebo grubunun öz-şefkat düzeyi üzerinde herhangi bir etkisi olmamıştır.

3.7.5. Son-test Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırması

Deney ve plasebo grupları arasında LSA, ruminatif düşünce ve öz-şefkat değişkenleri açısından farklılık olup olmadığını anlamak amacıyla son-test puanları karşılaştırılmıştır.

a) LSA son-test düzeyleri gruba göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

Araştırma sorusuna yanıt vermek amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların LSA son-test puanlarının gruba göre karşılaştırılması

Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Deney	10	6.10	61.00	6	.002
Plasebo	8	13.75	110.00		

Tablo 17 incelendiğinde, katılımcıların LSA son-test puanlarının gruba göre anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($p < .05$). Sıra ortalamalarına göre plasebo grubunun LSA son-test sıra ortalaması (13.75), deney grubunun LSA son-test sıra ortalamasından (6.10) daha yüksektir. Buna göre plasebo grubunun son-test sosyal anksiyetelerinin deney grubundan daha yüksek olduğu söylenebilir. Bir diğer ifadeyle deneysel işlemin anksiyete üzerinde etkisinin olduğu görülmektedir. Etki büyüklüğü 0.71 olarak hesaplanmıştır. Bu etki büyüklüğünün yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

b) Ruminasyon son-test düzeyleri gruba göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

Araştırma sorusuna yanıt vermek amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların ruminasyon son-test puanlarının gruba göre karşılaştırılması

Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Deney	10	7.20	72.00	17.00	.041
Plasebo	8	12.38	99.00		

Tablo 18 incelendiğinde, katılımcıların ruminasyon son-test puanlarının gruba göre anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($p < .05$). Buna göre araştırma sonunda deney grubunun ruminasyon düzeyi plaseboya göre daha düşük çıkmıştır. Deneysel işlemin ruminasyon üzerindeki etki büyüklüğü 0.48 olarak hesaplanmıştır. Bu etki büyüklüğünün yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

c) Öz-şefkat son-test düzeyleri gruba göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

Araştırma sorusuna yanıt vermek amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların öz-şefkat son-test puanlarının gruba göre karşılaştırılması

Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Deney	10	8.25	82.50	27.50	.265
Plasebo	8	11.06	88.50		

Tablo 19 incelendiğinde, katılımcıların öz-şefkat son-test puanlarının gruba göre anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p > .05$). Buna göre araştırma sonunda deney grubunda ve plasebo grubunda yer alan katılımcılar benzer düzeyde öz-şefkate sahiptiler.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerde bilişsel davranışçı grup terapisinin anksiyete, ruminasyon ve öz-şefkat üzerindeki etkisini araştırmaktır. Çalışmanın birinci bölümünde, çalışmanın amacı, hipotezleri, sınırlılık ve varsayımları anlatılmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde ise SAB, ruminasyon, öz-şefkat ve bilişsel davranışçı grup terapisi ile ilgili alanyazın sunulmuştur. Üçüncü bölümde katılımcılar, ölçekler, çalışmanın prosedürü, verilerin analizi ve yorumları anlatılmıştır. Bu bölümde araştırma kapsamında BDGT sonrası katılımcıların sosyal anksiyete, ruminatif düşünceler ve öz-şefkat düzeyine ilişkin bulgular ilgili alanyazın ışığında tartışılmıştır.

Heimberg (2002) BDGT'nin genellikle 6-8 kişiyle, 12 seans olarak uygulanabileceğini belirtmiştir (Heimberg ve Becker, 2002: 104). Bu çalışmada, deneysel çalışmalardaki denek kaybı olma ihtimali göz önünde bulundurularak, gruplar oluşturulurken üye sayıları on beşer kişi olarak belirlenmiştir. Ayrıca Aydın (2006) yapmış olduğu çalışmada, danışan sayısının azlığının BDGT'nin etkisini azaltabileceğini belirtmiştir (Aydın, 2006: 118). Bu nedenle denek sayısı çalışma öncesinde plasebo ve deney grubu olmak üzere toplam otuz kişi olarak belirlenmiştir. Nitekim, birinci seans sonrasında deney grubundan bir, plasebo grubundan iki kişi; ikinci seans sonrasında deney grubundan bir, plasebo grubundan üç kişi; maruz bırakmanın uygulandığı üçüncü seanstan itibaren ise deney grubundan üç kişi, plasebo grubundan ise iki kişi daha grupları bırakmıştır. Grupları bırakan kişiler, yoğun ders programları, sınavları, kursları ve şehir dışı seyahat gibi nedenlerle gruba devam edemeyeceklerini belirtmişlerdir. Diğer yandan, deney grubunda özellikle maruz bırakma seansları sonrasında daha fazla denek kaybının yaşandığı görülmüştür. Deney grubundaki katılımcıların maruz bırakma seansları sonrasında daha yoğun anksiyete yaşamaları ve bunun sonucunda terapiyi bırakmaları, yoğun anksiyete durumlarında yaşanan kaçınma davranışları ile açıklanabilir.

BDGT programı oluşturulurken, Heimberg ve Becker (2002), Greenberger ve Padesky (2014), Türkçapar (2018), Beck (2015) ve Gümüş (2010) kaynaklarından yararlanılmıştır. Programın içeriğinde, SAB ile ilgili psikoeğitim, SAB'daki deneyimlerin tetikleyici duygu, düşünce, davranış ve fizyolojik tepkiler çerçevesinde açıklanması, maruz bırakma alıştırmaları ve görsel/işitsel geri bildirimler, gevşeme egzersizleri, bilişsel yeniden yapılandırma ile ev ödevleri yer almaktadır. Programın son seansında da sosyal anksiyetenin nüksünü önlemeye yönelik stratejiler ele alınmıştır.

4.1. BDGT ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu

SAB'ın yoğun olarak yaşandığı dönemlerden birisi de üniversite dönemidir (Gültekin ve Dereboy, 2011: 1151; Shah ve Kataria, 2009: 4; Tillfors ve Furmark, 2006: 85). Öğrencilerin, ailelerinin sağladıkları güvenli ortamın dışında olmaları, karşılaşılabilecekleri problemlere çözüm üretmeleri, sosyal ilişkiler kurmaları, akademik başarı beklentileri ve yetişkin yaşamına geçişte önemli bir ara evrede olmaları bu süreçte anksiyete düzeylerini arttırabilmektedir. Böylece bu bireyler kişiler arası ilişkiler kurma, performans gösterme ve gözlemlenme gibi durumlar ile ilişkilendirilen, sosyal ortamlarda rahatsızlık duymaya ya da kaçınmaya sebep olan sosyal anksiyete bozukluğu ile karşı karşıya kalabilmektedirler (Leigh ve Clark, 2018: 8). Bu dönemde tedavi edilmeyen sosyal anksiyetenin, bireylerin ilerleyen dönemlerde yaşam kalitelerini ciddi anlamda azaltacağı, hatta toplumdaki soyutlanmalarına ve daha farklı psikopatolojiler geliştirmelerine neden olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla bu durum anksiyete bozukluğuna ilişkin yapılacak çalışmaların önemini daha da arttırmaktadır.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, uygulanan bilişsel davranışçı grup terapisinin üniversite öğrencilerinin sosyal anksiyete düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Deneysel uygulama öncesi ile karşılaştırıldığında deney grubunda yer alan katılımcıların anksiyete düzeylerinde anlamlı bir düşüşün olduğu ve bu durumun izleme ölçümünde de devam ettiği görülmektedir. Deneysel işlem sonrasında, BDGT ile bireylerin sosyal anksiyete düzeylerinde anlamlı bir azalma olmuş ve katılımcıların anksiyete düzeylerinde iyileşme sağlanmıştır. Uygulanan program ile on katılımcıdan dokuzunun anksiyete seviyelerinde azalma olduğu görülmüştür. Etki büyüklüğüne baktığımızda ise yüksek düzey bir etki görülmekte, bu da BDGT'nin anksiyeteyi azaltmada etkili bir terapi modeli olduğunu desteklemektedir. Programdan 4 hafta sonra yapılan izleme çalışmalarında anksiyete düzeyindeki azalmanın korunduğu, diğer bir ifadeyle BDGT programının etkisinin sürdüğu görülmüştür. BDGT'nin sosyal anksiyete üzerindeki etkisini gösteren bu sonuçlar literatür ile de tutarlılık göstermektedir. Alanyazına bakıldığında BDGT uygulanan bireylerin anksiyete düzeylerinde iyileşme olduğu görülmektedir (Ashbaugh vd., 2007: 175; Chen vd., 2007: 7; Piet vd., 2010: 408; Hofmann vd., 2004: 593; Norton, 2005: 91; McEvoy vd., 2009: 621; Mahoney, 2012: 852; Koerner, 2013: 261; Abbott ve Rapee, 2004: 142). İzleme çalışmaları açısından da sonuçlarımızın alanyazın ile tutarlılık gösterdiği söylenebilir. Yapılan izleme çalışmalarına bakıldığında grup terapisinin etkisinin 1 ay, 3 ay ve 6 ay sonrasında korunduğu görülmektedir (Silverman, 1999: 1001; Mörtberg vd., 2007: 151; Herbert vd., 2009: 14, McEvoy ve Saulsman 2014: 5; Blanco vd., 2010: 292). Süre olarak çalışmamıza yakın başka bir araştırmada, Herbert

ve arkadaşları (2002) 6 haftalık BDGT programı uygulanan SAB olan bireylerin anksiyete düzeylerinin, 12 haftalık BDGT programı uygulanan bireylerin anksiyete düzeylerinden daha yüksek olduğunu göstermiş ancak, 3 ay sonra yapılan izleme çalışmalarında her iki grupta da BDGT'nin benzer düzeyde bir etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir (Herbert vd., 2002: 6). Bu çalışmanın, öğrencilerin akademik takvimlerinden dolayı 12 hafta yerine 8 hafta olarak uygulanması ve de 1 aylık izleme çalışması sonrasında BDGT'nin etkisinin devam ettiğinin görülmesi söz konusu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bir diğer ifadeyle BDGT'nin 6, 8 ya da 12 hafta uygulanmasının sosyal anksiyeteyi azaltmada benzer etkiye sahip olduğu şeklinde yorumlanabilir. Benzer şekilde yapılan bazı çalışmalar bu yaklaşımın boylamsal olarak da sosyal anksiyeteyi azaltmada etkili bir terapi yaklaşımı olduğuna işaret etmektedir (Heimberg vd., 1993: 336-337).

Diğer yandan iletişime dayalı grup terapisinin uygulandığı plasebo grubunda ise, anksiyete düzeylerinde herhangi bir değişme gözlenmemiştir. Ancak, plasebo grubunun son-test ve ön-test sıra ortalamalarına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir artış görülmektedir. Ulaşılabilir alanyazına baktığımızda, Heimberg ve arkadaşlarının yapmış olduğu BDGT çalışmasında plasebo grubunun anksiyete düzeyinde azalma görülmüş ancak bu azalmanın etkisi deney grubuna göre daha az olmuştur (Heimberg vd., 1998: 1139). Bu çalışmada ise söz konusu bulgunun aksine plasebo grubunun anksiyete düzeyinin artmasında, sekiz haftalık terapi boyunca bireylerin anksiyete üzerine paylaşımlarda bulunmaları, bu paylaşımlar üzerine konuşmaları ve terapinin sağladığı güvenli ortamın bitmesine takiben bireylerin anksiyete ve olumsuz sosyal deneyimleri üzerine daha fazla düşünceleri etkili olmuş olabilir. Deney ve plasebo gruplarının son-test sonuçları karşılaştırıldığında ise, deney grubundakilerin anksiyetesinin azaldığı görülmektedir. Deney grubunun son-test sonuçlarının gruba göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermesi de BDGT'nin sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde etkili bir yöntem olabileceğini göstermektedir.

SAB'ın tedavisinde farklı terapi yaklaşımlarının olduğu bilinmektedir. Ülkemizde SAB olan bireyler ile yapılan deneysel çalışmalarda bilişsel terapi, gerçeklik terapisi, çözüm odaklı terapi ve akılcı duygusal terapi yaklaşımları kullanılmıştır (Akacan ve Seçim, 2015: 263; Ateş ve Gençdoğan, 2017: 199; Bal ve Öner, 2014: 342; Palancı, 2004: 151). BDT ve BDGT ise söz konusu rahatsızlığın tedavisinde sıklıkla kullanılan terapi yaklaşımlarındandır. BDT'de hasta sadece danışman ile birebir ilişki kurarken, BDGT'de ise danışman dışında benzer sorunlar yaşayan diğer grup üyeleri ile de ilişki kurar.

Bireylerin kendisi gibi benzer sorunlar yaşayanlar ile bir arada olmalarının, söz konusu anksiyetenin başkaları tarafından da yaşandığını görerek bu sorunları normalleştirmelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bireylerin sorunlarını diğer üyelerin önünde anlatması, iç dünyalarını paylaşması ve diğer üyeler tarafından da kabul görmesi hastalığın tedavisinde önemli görülebilir. Çünkü kişinin hatalı, sorunlu ya da sevilmez biri olmadığını görmesi, grup içinde sevgiyi, anlaşılmayı ve korunmayı hissedebilmesi kişinin kendisine anlayış gösterebilmesinde ve sorunlarını çözmesinde etkili olabilir. Ayrıca grup terapisinde bireylerin dış çevreye göre güvenli bir ortamda, diğer grup üyeleri ile birlikte sosyal anksiyete yaratan durumlara maruz kalmaları ve sonrasında grup üyelerinden aldıkları geri bildirimler ile yaşamış oldukları anksiyeteye yönelik bir iç görü kazanmaları amaçlanır. Bireylerin danışman dışındaki üyelerden de kendilerine yönelik aldıkları geri bildirimler, sorunlarına ilişkin farklı bakış açısı geliştirmelerine, gerçekçi ve olumlu değerlendirmeler yapmalarına yardımcı olur. BDGT'nin grup ortamında yapılmasının sağlamış olduğu söz konusu avantajlar bu çalışmada terapi yöntemi olarak BDGT'nin seçilmesinde etkili olmuştur.

Bu çalışmaya katılan bireyler, olumsuz performans göstermekten, bireylerle etkileşime girmekten, diğer bireyler tarafından olumsuz olarak eleştirilmekten, rezil olmaktan korkmakta ve yoğun anksiyete ile bu sosyal durumlara katlanmakta ya da bu durumlardan kaçınmaktadırlar. Bu çalışmada, danışanların yaşadıkları anksiyeteye ilişkin var olan bilişsel çarpıtmaları belirleyerek, anksiyeteye yönelik duygu, düşünce ve davranış bağlantısı kurmaları amaçlanmıştır. Seans içi ve seans dışı maruz bırakmalar ile danışanların sosyal anksiyetenin duygusal, bilişsel ve davranışsal semptomlarına ilişkin iç görü kazanmaları, bireylerin olumsuz düşüncelerinin gerçekliğini sınamaları, bilişsel yeniden yapılandırma ile bu olumsuz düşüncelere alternatif olumlu ve yeni düşünceler üretmeleri sağlanmıştır. Bunun sonucunda da deneyimlenen anksiyetenin azalması hedeflenmiştir. Nitekim, sekiz haftalık terapi sonunda danışanların sosyal anksiyete seviyelerinin terapi öncesine göre azaldığı görülmüştür. Son seansta danışanlar, maruz bırakma tekniğinde başlangıçta zorlandıklarını ancak sonrasında kendilerine oldukça faydalı olarak gördüklerini, terapi öncesi sosyal anksiyetelerine ilişkin korkuları ile ilgili hatalı düşündüklerini ve diğer grup üyelerinden memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca bu çalışmanın, onlara sadece sosyal anksiyetede değil, yaşadıkları diğer zorluklar ile baş etmede de iyi geldiğini belirtmişlerdir. Sonuç olarak, ilgili alanyazınla tutarlı olarak bu çalışmadan elde edilen bulgular BDGT'nin SAB olan bireylerin anksiyete düzeylerini azaltmada etkili bir terapi yöntemi olduğunu ve bu etkinin devam ettiğini ortaya koymuştur.

4.2. BDGT ve Ruminasyon

Bu çalışmadan elde edilen bulgular BDGT uygulanan grubun ruminatif düşüncelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğunu göstermektedir. Bir diğer ifadeyle, uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşımın SAB olan bireylerde gözlenen ruminatif düşüncelerde azalma sağladığı söylenebilir. Etki büyüklüğüne bakıldığında, BDGT'nin bu düşünceler üzerinde yüksek bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Sosyal anksiyeteli bireylerin BDGT sonrasında ruminatif düşüncelerindeki azalmanın 1 ay sonraki izleme çalışmasında da aynı kaldığı gözlemlenmiştir. Bu sonuç, BDGT'nin sadece anksiyetede değil, ruminatif düşünceler üzerinde de etkili olduğunu göstermektedir. Bir diğer ifadeyle BDGT'nin yarattığı etkinin devam ettiğini ve tedaviye katılan sosyal anksiyeteli bireylerin tedavi süresince edindikleri deneyimlerini günlük hayatlarında uyguladıklarını düşünebiliriz. Terapideki deneyimlerin hayata uygulanması ile kişinin kendisi ve çevresi hakkındaki ruminatif düşüncelerinde etkili bir azalma sağlanmış olabilir. Plasebo grubuna baktığımızda ise, herhangi bir değişim gözlenmemiştir. Sonuçlar iletişime dayalı grup terapisinin, sosyal anksiyeteli bireylerde ruminatif düşünme üzerinde etkisinin olmadığını göstermektedir. Deney ve plasebo gruplarının son-test sonuçları karşılaştırıldığında ise, deney grubundakilerin ruminatif düşünceleri azalırken, plasebo grubunun ruminatif düşüncelerinde ise bir değişiklik olmamıştır. Bu sonuçlar da BDGT'nin SAB'ın tedavisinde ruminatif düşünceleri azaltmada etkili bir yöntem olabileceğini göstermektedir.

Alanyazında SAB olan bireylerde bilişsel davranışçı grup terapisinin ruminatif düşünceler üzerindeki etkisinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma olmasına rağmen, yapılan çalışmalar bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ile tutarlı olarak bilişsel davranışçı grup terapisinin ruminatif düşüncelerin azaltılmasında etkili bir yöntem olduğunu desteklemektedir. Örneğin Price ve Anderson (2011) tarafından yapılan bir çalışmada, SAB olan bireylere bilişsel davranışçı terapi uygulanmış ve olay sonrası ruminasyonun azaldığı gözlemlenmiştir (Price ve Anderson, 2011: 135). Benzer bir çalışma da Abbott ve Rapee (2004) tarafından yapılmış olup, bilişsel davranışçı terapi ile SAB olan hastaların ruminatif düşüncelerinde azalma sağlanmıştır (Abbott ve Rapee, 2004: 142) Brozovich ve arkadaşları da bilişsel davranışçı terapi süresince ruminatif düşünceleri fazla olan bireylerin daha fazla anksiyete semptomları taşıdıklarını göstermiştir (Brozovich vd., 2014: 8). Sosyal anksiyeteli bireylerde ruminatif düşüncelerin anksiyete semptomları ile ilişkili olması ve terapi sonrasında söz konusu düşüncelerin anksiyete semptomları ile birlikte azalması ruminasyonun hastalığın tedavisinde önemli bir etken olabileceğini düşündürmektedir.

Ruminasyon olumsuz duygu duruma tepki olarak ortaya çıkan, tekrarlayıcı olumsuz düşüncelerdir (Nolen-Hoeksema, 1991: 539; Gold ve Wegner, 1995: 1246; Rachman, 2000: 616). Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler sağlıklı bireylere göre, anksiyete yaratan durum sonrasında yaşadıklarını olumsuz ve önyargılı olarak daha fazla düşünmektedirler (Morgan ve Banerjee, 2008: 1190). Bu bireyler ayrıca düşüncelerindeki standartlar ile şu anki durumlarını karşılaştırmakta ve bu da anksiyete semptomlarını daha da arttırmaktadır (Brazovich vd., 2014: 2). Nolen-Hoeksema (2000) depresyon ve anksiyete semptomlarının sıklıkla bir arada gözlemlendiğini ve bu nedenle ruminatif düşüncelerin depresyon hastaları gibi anksiyete hastalarında da görülebileceğini belirtmiştir (Nolen-Hoeksema, 2000: 509). Alanyazına baktığımızda, anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin daha fazla ruminasyon yaptıklarını, anksiyete düzeyi düşük olan bireylere göre daha fazla olumsuz ve işlevsel olmayan düşüncelere sahip oldukları görülmektedir (Kocovski, 2005: 980; Wong ve Moulds, 2009: 866). Ayrıca, anksiyete düzeyi yüksek olan bireyler genellikle kendilerine odaklanmakta ve olay sonrası ruminatif düşünceler ile kendileri hakkında olumsuz yorumlarda bulunmaktadır (Kashdan, 2007: 295; Rachman, 2000: 616; Mellings ve Alden, 2000: 254). Herdman ve arkadaşları (2013), SAB olan bireylere bilişsel davranışçı terapi ve bilişsel davranışçı grup terapisi uygulamış ve bu çalışma sonuçları bireylerin anksiyete düzeylerinde azalma olduğunu göstermiştir. Bu azalmanın, bireylerin kendilerine yönelik dikkat ve olay sonrası ruminatif düşünceleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Herdman vd., 2013: 702).

Sonuç olarak, bu araştırmanın bulguları ve ilgili alanyazın dikkate alındığında, SAB olan bireyler, anksiyete yaratan durum öncesinde sıklıkla geçmişteki olumsuz deneyimlerini düşünmekte ve gelecekte karşılaşılabileceği herhangi bir durum karşısında bu olumsuz deneyimlerini referans olarak kabul etmektedirler. Odak noktalarında söz konusu olumsuz yaşantıları olması sebebiyle de sosyal ve performans gerektiren durumlarda başarısız olacağı düşünceleri ile anksiyete duyabilirler. Ayrıca, sosyal anksiyeteli bireyler yaşadıkları olumsuz durumlar sonrasında da olay sonrası işleme ile performanslarını sürekli düşünmekte ve kendileri ile ilgili olumsuz yargılarda bulunmaktadır. Bu nedenlerden dolayı, BDGT ile anksiyete düzeyi azalan sosyal anksiyeteli bireylerin ruminatif düşüncelerinde de azalma olması açıklanabilir bir sonuçtur. BDGT’de bireylerin düşünceleri hakkında düşünmeleri sağlanarak anksiyete yaratan durumlar ile alakalı alternatif düşünceler üretmeleri amaçlanmıştır. Söz konusu bilişsel davranışçı terapi ile bireyler anksiyete yaratan durum öncesinde ve sonrasında düşüncelerinden bağımsız olarak daha gerçekçi yaklaşımlar göstermişlerdir. Bu yaklaşımın da bireylerin ruminatif düşüncelerinin azalmasında etkili olduğu söylenebilir.

4.3. BDGT ve Öz-Şefkat

Bu çalışmada son olarak bilişsel davranışçı grup terapisinin üniversite öğrencilerinin öz-şefkat düzeyi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırma sonuçları incelendiğinde, BDGT uygulamasının bireylerin öz-şefkat düzeyleri üzerinde anlamlı bir değişime yol açmadığı görülmüştür. Plasebo grubuna baktığımızda ise yine anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Bu bulgular, iletişime dayalı grup terapisinin de anksiyeteli bireylerdeki öz-şefkati arttırmada bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Deney ve plasebo gruplarının son-test sonuçları karşılaştırıldığında da anlamlı bir fark görülmemesi BDGT'nin sosyal anksiyeteyi azaltırken öz-şefkat üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı yönünde ifade edilir.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçların aksine, SAB tanısı almayan bireylerde tanı alanlara göre daha yüksek öz-şefkat düzeylerinin görülmesi, ayrıca düşük anksiyeteli bireylerde yüksek anksiyeteli bireylere göre daha yüksek öz-şefkat görülmesi nedeniyle, BDGT uygulanan bireylerde öz-şefkat düzeyinin artması beklenmektedir (Pauley ve McPherson, 2010: 137; Werner vd., 2012: 7-8). Benzer şekilde, düşük öz-şefkatli bireylerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Neff, 2003b: 235; Deniz ve Sümer, 2010: 122; Pauley ve McPherson, 2010: 137; Bayramoğlu, 2011: 118). Van Dam ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışma, öz-şefkatin anksiyetenin yordayıcısı olduğunu göstermektedir (Van Dam vd., 2011: 127). SAB olan bireylerin sosyal başarısızlıkları kabul edebilmelerinde ve olumsuz otomatik düşüncelerinin yerine işlevsel düşünceler geliştirebilmelerinde öz-şefkat önemli bir kavram olarak değerlendirilebilir (Neff, 2003b: 235). Nitekim, öz-şefkati yüksek olan bireylerin bilişsel yeniden yapılandırmaya daha uygun oldukları gösterilmiştir (Allen ve Leary, 2010: 109).

İlgili alanyazın dikkate alındığında, şefkat odaklı terapinin anksiyetenin azaltılmasında etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir. Şefkat odaklı terapi ile klinik hastaların öz-şefkat seviyelerinde artma, anksiyete seviyelerinde ise azalma meydana geldiği belirtilmiştir (Gilbert ve Procter, 2006: 370; Judge vd., 2012: 427). SAB tanısı almayan bireylerde tanı alanlara göre daha yüksek öz-şefkat düzeylerinin görülmesi, düşük anksiyete düzeyi olan bireylerin yüksek anksiyeteli bireylere göre daha fazla öz-şefkate sahip olması ve BDGT ile şefkat odaklı terapide psikoeğitim, sokratik diyaloglar, maruz bırakma, nefes egzersizleri, güvenlik davranışlarını azaltmaya çalışma, kanıt arama ve alternatif düşünceler üretme gibi ortak yaklaşımların bulunması nedeniyle BDGT ile de öz-şefkat düzeylerinde artma sağlanabileceği düşünülmüştür (Gilbert, 2010: 5-6). Ancak, grup terapisi sonrasında bireylerin öz-şefkat seviyelerinde herhangi bir değişiklik olmaması her iki tedavide ortak olan yaklaşımların tek başına yeterli

olmayacağını düşündürmektedir. Bu sebeple, şefkat odaklı terapide olan ve BDGT’de olmayan, şefkat odaklı imajinasyon ile merhametli düşünme ve davranma öğretilerinin öz-şefkati arttırmada önemli yaklaşımlar olduğu söylenebilir.

Germer (2009) ise öz-şefkati geliştirmede fiziksel, zihinsel, duygusal, ilişkisel ve manevi alt boyutlardan bahsetmiştir (Germer, 2009: 101). Fiziksel gerginliğin nefes egzersizleri ile azaltılması ve olumsuz durumlar karşısında kişinin neye ihtiyacı olduğunu bulabilmesi öz-şefkat geliştirmenin fiziksel alt boyutudur. Kişinin gerginliğini azaltması ve gevşemesi zihinsel olarak da rahatlamasını sağlayarak kişinin kendine şefkat ile yaklaşabilmesine olanak tanır. Olumsuz düşünceleri ele alma, sokratik sorgulamalar yapma, düşünceleri ile ilgili kanıt arama ya da imajinasyon yöntemleri ise öz-şefkat geliştirmenin zihinsel alt boyutu olarak düşünülebilir. Kişinin duygularını kabul ederek, olumsuz duygulara anlayış, ilgi, merhamet, hoşgörü ve bağışlayıcılık ile yaklaşabilmesi duygusal alt boyutu oluşturur. İlişkisel boyuta baktığımızda ise, kişinin kendisini izole etmek yerine başkaları ile iletişim kurabilmesi ve yaşamış olduğu anksiyetenin başkaları tarafından da yaşandığını farketmesi öz-şefkat geliştirmede bir diğer alt boyuttur. Manevi alt boyuta baktığımızda, kişinin maneviyata önem vermesi kendisini daha az önemsemesine, öz-benliğin değerli ama geçici olduğunu farketmesine neden olur ve kendine şefkat ile yaklaşmasını sağlayabilir (Germer, 2009: 102-106; Gilbert, 2010: 6). Ancak, BDGT programında söz konusu duygusal ve manevi boyutların öz-şefkat programındaki gibi yoğun olarak çalışılmaması, aynı zamanda fiziksel boyutta yer alan nefes egzersizlerinin azlığı, bireylerin terapi sonrası öz-şefkat seviyelerinde herhangi bir değişiklik görülmemesinin nedeni olarak gösterilebilir.

Bununla birlikte alanyazın incelendiğinde öz-şefkat odaklı grup terapisinin farklı psikopatolojilerde genellikle 12-16 hafta olarak uygulandığı görülmektedir (McEwan ve Gilbert, 2012: 422; Lucre ve Corten, 2012: 393; Kelly vd., 2016: 477). Bu çalışmanın ise 8 hafta sürmesi öz-şefkati arttırmak için yeterli bir süre olmayabileceği şeklinde yorumlanabilir. Bu nedenle, daha uzun dönemli BDGT programı ile çalışma tekrar edilebilir. Diğer yandan, öz-şefkat ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını gösteren araştırmaların olması da, bu çalışmada BDGT’nin öz-şefkat üzerinde bir etkisinin olmamasını açıklayabilir (Hegney vd., 2013: 513; Akdeniz ve Deniz, 2014: 195; Williamson, 2014: 59). Ayrıca, yapılan bazı çalışmalar kadınların öz-şefkat düzeylerinin erkeklere göre daha düşük olduğunu göstermektedir (Neff ve McGehee, 2010: 231; Yarnell vd., 2015: 512). Bu çalışmada da kadın katılımcıların (14) erkek katılımcılara (4) göre fazla olması, öz-şefkat düzeylerinde sekiz haftalık terapi sonrasında herhangi bir değişiklik görülmemesinin alternatif bir nedeni olabilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Bu çalışmada bilişsel davranışçı grup terapisinin, sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin sosyal anksiyetelerine ve ruminatif düşüncelerini azaltmada etkili olduğu görülmüştür.

Bilişsel davranışçı grup terapinin öz-şefkati arttırmada ise herhangi bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Bir ay sonraki izleme çalışmasında da bilişsel davranışçı grup terapisinin sosyal anksiyete ve ruminatif düşünceler üzerindeki etkisinin korunduğu görülmüştür.

Öz-şefkat düzeyinde ise herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir.

5.2. Öneriler

Çalışmamız Türkiye'deki bir üniversitede öğrenim görmekte olan on sekiz öğrenci ile gerçekleştirilmiş olup, sonraki çalışmalarda daha fazla sayıdaki sosyal anksiyeteli bireyler ile BDGT'nin etkisi tekrar araştırılabilir.

Çalışmamız sadece üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilmiş olup, sonraki çalışmalarda farklı örneklem gruplarından bireyler ile de tekrarlanabilir. Ayrıca, çalışmada kadın öğrencilerin fazla olması nedeniyle, daha uygun kadın erkek oranı ile çalışma tekrarlanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, ön-test, son-test ve izleme ölçümleri yapılmıştır. Bireylerin hangi seansta ne kadar ilerleme sağladığını görmek açısından, gelecek çalışmalarda söz konusu ölçümler her seanstan sonra yapılabilir.

Çalışmamızda izleme ölçümleri bir ay sonra yapılmış olup, BDGT ile yapılacak olan yeni çalışmalarda izleme çalışmasının daha geç yapılması ve belirli aralıklarla tekrar edilmesi BDGT'nin etkisinin uzun zamanda incelenmesi açısından önemlidir.

Uygulanan BDGT programı üçüncü kuşak terapi yöntemleri ile zenginleştirilerek, tedavinin etkisinin arttırılabileceği düşünülmektedir. Özellikle de öz-şefkati arttırmaya yönelik terapi yaklaşımları ile başka çalışmalar yapılabilir.

Ülkemizde BDGT ile yapılan çalışmaların azlığı nedeniyle, daha fazla çalışma yapılması alanyazına katkı sağlayabilir. Ayrıca bu araştırmalarda terapi süresinin daha uzun tutulmasının tedavinin etkisini arttırabileceği düşünülmektedir.



KAYNAKÇA

- Abbott, M. J., and Rapee, R.M. (2004). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 113 (1), 136-144. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.113.1.136>
- Abela, J.R.Z., Brozina, K. and Haigh, E.P.J. (2002). An examination of the response styles theory of depression in third - and seventh - grade children: a short-term longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (5), 515-527. <https://doi.org/10.1023/A:1019873015594>
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. and Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96 (2), 358-372. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Acarturk, C., de Graaf, R., van Straten, A., Have, M.T., and Cuijperw, P., (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (4), 273-279.
- Akacan, B. ve Secim, G. (2015). Social anxiety experiences and responses of university students. *Cypriot Journal of Educational Sciences*. 10 (3), 257-264. doi: <http://dx.doi.org/10.18844/cjes.v1i1.72>
- Akdeniz, S.ve Deniz M. E. (2014). Farklı merhamet düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete, stres ve duygusal zekanın incelenmesi. *Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2. Sayı.
- Alden, L. E., Laposa, J. M., Taylor, C. T., and Ryder, A. G. (2002). Avoidant personality disorder: current status and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 16 (1), 1-29. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.16.1.1.22558>
- Allen, A. B., and Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and personality psychology compass*, 4 (2), 107-118. doi: 10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., and Lapkin, J. B. (2000). The temple-wisconsin cognitive vulnerability to depression project: lifetime history of axis 1 psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (3), 403-418.
- Amaral, D.G. (2002). The primate amygdala and the neurobiology of social behavior: implications for understanding social anxiety. *Biological Psychiatry*, 51 (1), 11-17.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-3). Washington DC: APA
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-5). Washington DC: APA
- Antony, M. M., and Stein, M. B. (Eds.). (2009). *Oxford library of psychology. Oxford handbook of anxiety and related disorders*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Arbelle, S., Benjamin, J., Golin, M., Kremer, I., Belmaker, R. H., and Ebstein, R. P. (2003). Relation of shyness in grade school children to the genotype for the long form of the serotonin transporter promoter region polymorphism. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (4), 671-676. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.671>
- Ashbaugh, A.R., Antony, M.M., Liss, A., Summerfeldt, L.J., McCabe, R.E., and Swinson, R.P. (2007). Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Depression and Anxiety*, 24 (3), 169-77.
- Atalay, Z., (2018). *Mindfulness: Şimdi ve Burada Bilinçli Farkındalık*, Bilişsel ve Davranışçı Terapiler Serisi, Psikonet Yayınları
- Ateş, B., ve Gençdoğan, B. (2017). Üniversite öğrencilerinin sosyal fobi ile başa çıkma yöntemlerinde çözüm odaklı grupla psikolojik danışmanın etkisinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18 (1), 188-203. DOI: 10.17679/inuefd.306513
- Aydın A (2006) *Ergenlerde sosyal anksiyete belirtilerini azaltmaya yönelik bilişsel-davranışçı bir müdahale programının etkililiğinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Bal, N. P.ve Öner, M. (2014). Sosyal kaygı ile başa çıkma psiko eğitim programının ortaokul öğrencileri üzerindeki etkisi, *Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 4 (1), 335-348.

- Baltacı, O., and Hamarta E. (2013). Analyzing the relationship between social anxiety, social support and problem solving approach of university students. *Education and Science*, 38 (167), 226-240.
- Bandelow, B., and Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17 (3), 327–335.
- Bandelow, B., Torrente, A.C., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., and R  ther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254 (6), 397–405. doi: 10.1007/s00406-004-0521-2
- Bayramoğlu, A. (2011). *Self-compassion in relation to psychopathology*, Yayınlanmamış doktora tezi, Orta Doğu Teknik   niversitesi, Ankara.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10 (6), 561-571. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Beck, A. T., Emery G., and Greenberg R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Basic Book
- Beck, A.T., and Emery G. (2006). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler bilişsel bir bakış açısı*. (T.   zakkaş   ev.) İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beck, A.T., and Haigh, E.A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.
- Beck, A.T. (2016). Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy – republished article, *Behavior Therapy*, 47 (6), 776-784. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.003
- Beck, J.S., (2011). *Bilişsel davranışçı terapi temelleri ve   tesi*. (M. Şahin   ev), Nobel Yayın Dağıtım.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D.S., Stein, M.B., Hoefler, M., Lieb, R., and Wittchen, H. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64 (8), 903-912.
- Birbaumer, N., Grodd, W., Diedrich, O., Klose, U., Erb, M., Lotze, M., Schneider, F., Weiss, U., and Flor, H. (1998). fMRI reveals amygdala activation to human faces in social phobics. *Neuroreport*, 9 (6), 1223-1226.

- Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S., and Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Annals of General Psychiatry*, 13 (16). doi: 10.1186/1744-859X-13-16
- Bishop, S.R., Lau, M.A., Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S.E., Speca, M., Velting, D.M., and Devins, G.M. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology*, 11 (3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Blanco, C., Heimberg, R.G., Schneier, F.R., Fresco, D.M., Chen, H., Turk, C.L., Vermes, D., Erwin, B.A., Schmidt, A.B., Juster, H.R., Campeas, R., and Liebowitz, M.R. (2010). A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67 (3), 286-295.
- Blöte, A. W., Miers, A. C., Heyne, D. A., and Westenberg, P. M. (2015). Social Anxiety and the School Environment of Adolescents. *Social Anxiety and Phobia in Adolescents*, 151–181. doi: 10.1007/978-3-319-16703-9_7
- Boer, J. A. (1997). Social phobia: epidemiology, recognition, and treatment. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 315 (7111), 796–800. doi: 10.1136/bmj.315.7111.796.
- Boztaş, M.H. ve Sungur M. Z. (2001). Kaçınan Kişilik Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*; 2001; 5 (3), 71-79
- Brinker, J.K., and Dozois, D.J. (2009). Ruminative thought style and depressed mood. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (1), 1-19.
- Brozovich, F. A., Goldin, P., Lee, I., Jazaieri, H., Heimberg, R. G. and Gross, J. J. (2014). The Effect of Rumination and Reappraisal on Social Anxiety Symptoms During Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71 (3), 208–218. doi: 10.1002/jclp.22132
- Bruce, L.C., Heimberg, R.G., Blanco, C., Schneier, F.R., and Liebowitz, M.R. (2012). Childhood maltreatment and social anxiety disorder: implications for symptom severity and response to pharmacotherapy. *Depression and Anxiety*, 29 (2), 131-138.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9 (1), 91–106. doi: 10.1016/0272-7358(89)90049-4

- Butler, L.D. and Nolen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, 30 (5-6), 331-346.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak E. K., Akgün Ö. E., Karadeniz Ş. Demirel F. (2019). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Pegem Akademi, 25.baskı.
- Caouette, J.D. and Guyer, A.E. (2014). Gaining insight into adolescent vulnerability for social anxiety from developmental cognitive neuroscience. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 8, 65-76.
- Chambless, D.L., Tran, G.Q. and Glass, C.R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11 (3), 221-240.
- Chartier, M.J., Walker, J.R. and Stein, M.B. (2001). Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine*, 31 (2), 307-315.
- Chen, J., Nakano, Y., Ietzugu, T., Ogawa, S., Funayama, T., Watanabe, N. and Furukawa, T.A. (2007). Group cognitive behavior therapy for Japanese patients with social anxiety disorder: preliminary outcomes and their predictors. *BMC Psychiatry*, 7 (1), 69-69.
- Ciesla, J.A. and Roberts, J. E. (2002). Self-directed thought and response to treatment for depression: a preliminary investigation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16 (4), 435-453. <http://dx.doi.org/10.1891/jcop.16.4.435.52528>
- Clark, D. A. and Rhyno, S. (2005). Unwanted Intrusive Thoughts in Nonclinical Individuals: Implications for Clinical Disorders. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: theory, research, and treatment* (1-29). New York, NY, US: Guilford Press.
- Clark, D. M. and Wells, A. (1995). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*, Guilford Press
- Clark, D. M. (2001). *A Cognitive Perspective on Social Phobia*. International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness. John Wiley & Sons Ltd.
- Clark, D.M. and McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51 (1) 92-100. DOI: 10.1016/s0006-3223(01)01296-3

- Clauss, J.A. and Blackford, J.U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51 (10), 1066–1075.e1. doi: 10.1016/j.jaac.2012.08.002
- Cloitre, M. and Shear, M. K. (1995). Psychodynamic perspectives. In M. B. Stein (Ed.), *Social phobia: clinical and research perspectives*. (163-187). Arlington, VA, US: American Psychiatric Association.
- Conway, M., Csank, P.A., Holm, S.L. and Blake, C. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75 (3), 404-25. DOI: 10.1207/s15327752jpa7503_04
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. and Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60 (8), 837-844. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- Cogle, J.R., Timpano, K.R., Sachs-Ericsson, N.J., Keough, M.E. and Riccardi, C.J. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the national comorbidity survey-replication. *Psychiatry Research*, 177 (1-2), 150-155. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.03.008
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D. and Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *British Journal of Psychiatry*, 196 (3), 173–178. doi: 10.1192/bjp.bp.109.066001
- Curtis, R. C., Kimball, A. and Stroup, E. L. (2004). Understanding and treating social phobia. *Journal of Counseling & Development*, 82 (1), 3-9.
- Dam, N.T., Sheppard, S.C., Forsyth, J.P. and Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (1), 123-130.
- Davidson, J.R., Foa, E.B., Huppert, J.D., Keefe, F.J., Franklin, M.E., Compton, J.S., Zhao, N., Connor, K.M., Lynch, T.R. and Gadde, K.M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61 (10), 1005-1013.

- Davidson, J.R., Hughes, D.L., George, L.K. and Blazer, D.G. (1993). The epidemiology of social phobia: findings from the duke epidemiological catchment area study. *Psychological Medicine*, 23 (3), 709-718. DOI: 10.1017/s0033291700025484
- Davis, R.N. and Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (6), 699-711. DOI: 10.1023/A:1005591412406
- Deacon, B. J. and Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (4), 429–441. doi: 10.1002/jclp.10255
- Degnan, K.A. and Fox, N.A. (2007). Behavioral inhibition and anxiety disorders: multiple levels of a resilience process. *Development and Psychopathology*, 19 (3), 729-746.
- Del Vecchio, T., & O’Leary, K. D. (2004). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 24 (1), 15–34. doi: 10.1016/j.cpr.2003.09.006
- Demir, G.Ö. (2009). Sosyal fobinin etiyolojisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmalara genel bir bakış. *Akademik İncelemeler*, 4 (1), 101-123.
- Deniz, M. E., Kesici, ř., ve Sümer, A. S. (2008). The validity and reliability of the Turkish version of the self-compassion scale. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 36 (9), 1151-1160.
- Deniz, M.E., ve Sümer, A.S. (2010). Farklı öz-anlayış düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi. *Eğitim ve Bilim*, 35 (158), 115-127.
- Detweiler, M.F., Comer, J.S., Crum, K.I. and Albano, A.M. (2014). Social Anxiety in Children and Adolescents: Biological, Developmental, and Social Considerations. *Clinical, Developmental, and Social Perspectives*, 253-309. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394427-6.00010-8>
- Dilbaz, N., (1997). Sosyal fobi. *Psikiyatri temel kitabı*. C. Güleç, E Koroğlu (Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.483-492.
- Dilbaz, N., (2000). Sosyal kaygı bozukluğu: tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3 (Ek 2), 3-21.

- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R. and Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24 (8), 1011–1030. doi: 10.1016/j.cpr.2004.08.004.
- Ediger, C. P. (2005). *Meta-perceptive accuracy in social anxiety*. Unpublished Doctoral Dissertation. University of Monitoba, Canada.
- Edwards, S. L., Rapee, R. M. and Franklin, J. (2003). Postevent rumination and recall bias for a social performance event in high and low socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (6), 603-617. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1026395526858>
- Eley, T. C., Bolton, D., O'Connor, T. G., Perrin, S., Smith, P. and Plomin, R. (2003). A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (7), 945-960. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00179>
- Elizabeth, J., King, N., Ollendick, T.H., Gullone, E., Tonge, B., Watson, S. and Macdermott, S., (2006). Social anxiety disorder in children and youth: a research update on aetiological factors, *Counselling Psychology Quarterly*, 19 (2), 151-163. DOI: 10.1080/09515070600811790
- Eng, W., Roth, D. A., and Heimberg, R. G. (2001). Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15 (4), 311-319.
- Erkuş, A. (2011). *Davranış bilimleri için bilimsel araştırma süreci*. (3. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Ertan, T. (2008). Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. *Sempozyum Dizisi*, (62), (25-30).
- Field A., (2009). *Discovering Statistics Using Spss*. SAGE Publications Ltd, 3. Edition
- Fox, A. S. and Kalin, N. H. (2014). A translational neuroscience approach to understanding the development of social anxiety disorder and its pathophysiology. *The American Journal of Psychiatry*, 171 (11), 1162-1173. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14040449>
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall P. J., Nichols K. E. and Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology*. 56 (1), 235-262.
- Fresco, D. M. and Heimberg, R. G. (2001). Empirically supported treatments for social phobia. *Psychiatric Annals*, 31 (8), 489-500.

- Fulton, P. R. and Siegel, R. D. (2013). Buddhist and western psychology: Seeking common ground. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (36-56). New York, NY, US: Guilford Press.
- Furmark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Långström, B. and Fredrikson, M. (2002). Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 59 (5), 425-433. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.59.5.425>
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R. and Klein, D. F. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 50 (4), 286-293. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820160056007>
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van den Kommer, T., Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *J. Adolesc*, 25 (6), 603–611.
- Germer, C. (2009). *The mindful path to self-compassion: freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. Guilford Press.
- Gilbert, P. (2010). *The cbt distinctive features series. Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge / Taylor & Francis Group, New York.
- Gilbert, P. and Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13 (6), 353–379. doi: 10.1002/cpp.507
- Glick, D. M. and Orsillo, S. M. (2011). Relationships among social anxiety, self-focused attention, and experiential distress and avoidance. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 11(1), 1-12.
- Goetz, J. L., Keltner, D. and Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136 (3), 351-374. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018807>
- Gold, D. B., & Wegner, D. M. (1995). Origins of ruminative thought: trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25 (14), 1245-1261. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb02617.x>

- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Burling, J. and Tibbs, K. (1992). Depression, self-focused attention, and the self-serving attributional bias. *personality and individual differences*, 13 (9), 959-965. [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90129-D](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(92)90129-D)
- Greenberger, D. and Padesky, C. A. (2013). *Evinizdeki terapist - klinisyen el kitabı*. (D. Dağyaran, Çev.), Altın Kitaplar, İstanbul.
- Greenberger, D. and Padesky, C. A. (2014). *Evinizdeki terapist*. (Z. Armay Çev.). Altın Kitaplar, İstanbul.
- Gültekin, B.K. ve Dereboy, F., (2011). Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkileri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (3), 150-158.
- Gümüş, A., (2010). *Sosyal Kaygı ile başa çıkma*. Uğur Öner (Ed). Nobel Yayın Dağıtım
- Gümüş, E. A. (2002). Sosyal kaygıyla başa çıkma grup programının üniversite öğrencilerinin sosyal kaygı düzeylerine etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Hattingh, C. J., Ipser, J., Tromp, S. A., Syal, S., Lochner, C., Brooks, S. J. and Stein, D. J. (2013). Functional magnetic resonance imaging during emotion recognition in social anxiety disorder: an activation likelihood meta-analysis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 17 (6), 347. doi: 10.3389/fnhum.2012.00347
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A.M., Thienemann, M, Henderson, L. and Schatzberg A.F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (6), 721-726. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-200006000-00010>
- Hedman, E., Mörtberg, E., Hesser, H., Clark, D. M., Lekander, M., Andersson, E. and Ljótsson, B. (2013). Mediators in psychological treatment of social anxiety disorder: Individual cognitive therapy compared to cognitive behavioral group therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 51 (10), 696–705. doi: 10.1016/j.brat.2013.07.006
- Hegney, D. G., Craigie, M., Hemsworth, D., Osseiran-Moisson, R., Aoun, S., Francis, K., and Drury, V. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *Journal of Nursing Management*, 22 (4), 506–518. doi: 10.1111/jonm.12160

- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A. and Rapee, R. M. (2010). A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: clinical, developmental, and social perspectives* (395-422). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-375096-9.00015-8>
- Heimberg, R. G. and Becker, R. E. (2002). *Treatment manuals for practitioners. cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic Mechanisms and Clinical Strategies*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L. and Liebowitz, M. R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7(3), 249-269. [http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185\(93\)90006-7](http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185(93)90006-7).
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. and Schneier, F. R. (Eds.). (1995). *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S. and Blendell, K. A. (1993). Cognitive ? behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. *Cognitive Therapy and Research*, 17 (4), 325–339. doi: 10.1007/bf01177658
- Heimberg, R.G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R. and Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29 (1), 199–212. doi: 10.1017/s0033291798007879
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R., Holt, C.S., Welkowitz, L.A., Juster, H.R., Campeas, R., Bruch, M.A., Cloitre, M., Fallon, B. and Klein, D.F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55 (12), 1133-1141. DOI: 10.1001/archpsyc.55.12.1133
- Heiser, N.A, Turner S.M. and Beidel D.C. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behav Res Ther*. 41 (2), 209–221.
- Heiser, N. A., Turner, S. M., Beidel, D. C. and Roberson-Nay, R. (2009). Differentiating social phobia from shyness. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (4), 469–476. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.10.002

- Herbert, J. D., Hope, D. A. and Bellack, A. S. (1992). Validity of distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (2), 332-339.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Moitra, E., Myers, V. H., Dalrymple, K. L. and Brandsma, L. L. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (2), 167–177. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.06.004
- Hettema, J.M., Neale, M.C., Myers, J.M., Prescott, C.A. and Kendler, K.S., (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163 (5), 857–864.
- Hofmann S.G., Alpers G. W., Pauli P. (2008). *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*, Oxford University Press
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T. and Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36 (5), 427–440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Hofmann, S.G. and DiBartolo, P.M., (2014). *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives*, Third Edition, Elsevier.
- Hofmann, S.G. and Hayes, S.C. (2018). The future of intervention science: process-based therapy. *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 7 (1), 37-50. DOI: 10.1177/2167702618772296.
- Hofmann, S.G., Moscovitch, D.A., Kim, H. and Taylor, A. (2004). Changes in self-perception during treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (4), 588-596.
- Hofmann, S. G., Sawyer AT. and Fang A. (2010). The empirical status of the “new wave” of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin North Am.* 33 (3), 701–710. DOI: 10.1016/j.psc. 2010.04.006.
- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G. and Karterud, S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia. *Compr Psychiatry*; 48 (4), 348–356. DOI: 10.1016/j.comppsy.2007.03.004
- İzgiç, F., Akyüz G., Doğan O. ve Kuğu N. (2000). Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1 (4), 207-214

- James, A. A., Soler, A., and Weatherall, R. R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.cd004690.pub2
- Johnson, B. and Christensen, L. (2008). *Educational research: quantitative, qualitative and mixed approaches*. (3rd Edition). California: Sage Publications.
- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K. and Gilbert, P. (2012). An Exploration of Group-Based Compassion Focused Therapy for a Heterogeneous Range of Clients Presenting to a Community Mental Health Team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5 (4), 420–429. doi: 10.1521/ijct.2012.5.4.420
- Just, N. and Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (2), 221-229. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.221>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144-156. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
- Kacur, M. ve Atak, M., (2011). Üniversite öğrencilerinin sorun alanları ve sorunlarla başetme yolları: erciyes üniversitesi örneği. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2, 273-297.
- Kagan, J., Reznick, J. S. and Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58 (6), 1459-1473. <http://dx.doi.org/10.2307/1130685>.
- Kagan, J., Reznick, J. S. and Snidman, N., (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240 (4849), 167-171. <http://dx.doi.org/10.1126/science.3353713>
- Karacan, E., Şenol, ve S., Şener, Ş. (1996). Çocukluk ve ergenlik çağında sosyal fobi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 4 (Ek 1), 28-34.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel araştırma yöntemi*. (23. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karatepe, H. T. (2010). *Ruminatif düşünce biçimi ölçeğinin türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması*, Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi, İstanbul.

- Kashdan, T.B. and Roberts, J.E. (2007). Social anxiety, depressive symptoms, and post-event rumination: affective consequences and social contextual influences. *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (3), 284-301.
- Kearney, C. (2005). *Social anxiety and social phobia in youth, characteristics, assessment, and psychological treatment*. Springer US, DOI: 10.1007/b99417
- Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C. and Hoffman, E. (2016). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24 (2), 475–487. doi: 10.1002/cpp.2018
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C. and Eaves, L.J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49 (4), 273-81.
- Kendler, K.S., Myers, J.M., Prescott, C.A. and Neale, M.C. (2001). The genetic epidemiology of irrational fears and phobias in men. *Archives of General Psychiatry*, 58 (3), 257-265.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O.V., Merikangas, K.R. and Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 617-627.
- Kıcalı, Ü.Ö. (2015). *Öz-şefkat ve tekrarlayıcı düşünmenin olumsuz duygulanım ve depresyon ile ilişkilerinin incelenmesi*, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K. and Wittchen, H. (2010). Familial risk factors in social anxiety disorder: calling for a family-oriented approach for targeted prevention and early intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19 (12), 857-871.
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Lieb, R. and Wittchen, H. (2012). Characterizing the association between parenting and adolescent social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (5), 608-616.
- Knappe, S., Sasagawa, S. and Creswell, C. (2015). Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. In K. Ranta, A. M. La Greca, L.-J. Garcia-Lopez, & M. Marttunen (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (39-70). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.

- Kocovski, N.L., Endler, N.S., Rector, N.A. and Flett, G. L. (2005). Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (8), 971–984. doi: 10.1016/j.brat.2004.06.015
- Kocovski, N.L., Fleming, J.E., Hawley, L.L., Huta, V. and Antony, M.M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51 (12), 889-898.
- Koerner, N., Antony, M. M., Young, L. and McCabe, R. E. (2012). Changes in Beliefs about the Social Competence of Self and Others Following Group Cognitive-Behavioral Treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 37 (2), 256–265. doi: 10.1007/s10608-012-9472-5
- Köroğlu, E., (2013). *Kaygılarımız korkularımız nedir? nasıl baş edilir ?*. Boylam Psikiyatri Enstitüsü, HYB Basın Yayım, 5. Baskı.
- Kraaij, V., Pruyboom, E. and Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 6 (3), 275-281.
- Kraus, J., Frick, A., Fischer, H., Howner, K. and Furmark, T. (2018). Amygdala reactivity and connectivity during social and non-social aversive stimulation in social anxiety disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 280, 56-61.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Dörig, N. and Holtforth, M.G. (2013). Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44 (3), 501-513.
- Kuo, J.R., Goldin, P.R., Werner, K.H., Heimberg, R.G. and Gross, J.J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (4), 467-473.
- Lampe, L.A., Slade, T., Issakidis, C. and Andrews, G. (2003). Social phobia in the Australian national survey of mental health and well-being (NSMHWB). *Psychological Medicine*, 33 (4), 637-646.
- Leahy, L. Robert and Holland Stephen (2009). *Depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedavi plânları ve girişimleri*. (E.Köroğlu, H. Türkçapar ve S. Aslan Çev). HYB Basın Yayın

- Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., Allen, A.B. and Hancock, J.C. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92 (5), 887-904.
- LeDoux, J. (1998). Fear and the brain: where have we been, and where are we going? *Biol. Psychiatry*, 44 (12), 1229–1238. doi: 10.1016/s0006-3223(98)00282-0
- Leigh, E. and Clark, D.M. (2018). *Cognitive therapy for social anxiety disorder in adolescents. CT-SAD-A Manual*
- Lewis-Morrarty, E., Degnan, K.A., Chronis-Tuscano, A., Pine, D.S., Henderson, H.A. and Fox, N.A. (2015). Infant attachment security and early childhood behavioral inhibition interact to predict adolescent social anxiety symptoms. *Child Development*, 86 (2), 598-613.
- Liber, J. M., Van Widenfelt, B. M., Utens, E. M. W. J., Ferdinand, R. F., Van der Leeden, A. J. M., Gastel, W. V. And Treffers, P. D. A. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (8), 886–893. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01877.x
- Lieb, R., Wittchen, H., Hoefler, M., Fuetsch, M., Stein, M.B. and Merikangas, K.R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57 (9), 859-866.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Mod. Probl. Pharmacopsychiat.* 22, 141-173.
- Lucre, K. M. and Corten, N. (2012). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86 (4), 387–400. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x
- Lundh, L. and Sperling, M., (2002). Social anxiety and the post-event processing of socially distressing events, *Cognitive Behaviour Therapy*, 31 (3), 129-134. DOI: 10.1080/165060702320338004
- Lyubomirsky, S. and Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (2), 339-349.

- Lyubomirsky, S. and Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (1), 176-190.
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N.D. and Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (1), 166-177.
- Lyubomirsky, S., Layous, K., Chancellor, J. and Nelson, S.K. (2015). Thinking about rumination: the scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen-Hoeksema. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 1-22.
- Lyubomirsky, S., Tucker, K.L., Caldwell, N.D. and Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (5), 1041-1060.
- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H., McGonagle, K.A. and Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53 (2), 159-168.
- Mahoney, A.E. and McEvoy, P.M. (2012). Changes in intolerance of uncertainty during cognitive behavior group therapy for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43 (2), 849-854.
- Mancini, C.L., Ameringen, M.V., Szatmari, P., Fugère, C. and Boyle, M. (1996). A high-risk pilot study of the children of adults with social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (11), 1511-1517.
- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F. and Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52 (3), 230-237. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950150062011>
- Månsson, K. N. T., Salami, A., Frick, A., Carlbring, P., Andersson, G., Furmark, T. and Boraxbekk, C.-J. (2016). Neuroplasticity in response to cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *Translational Psychiatry*, 6 (2), e727–e727. doi: 10.1038/tp.2015.218
- Månsson, K.N., Salami, A., Carlbring, P., Boraxbekk, C. and Furmark, T. (2017). Structural but not functional neuroplasticity one year after effective cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder. *Behavioural Brain Research*, 1 (318), 45-51.

- Marteinsdottir, I., Svensson, A.V., Svedberg, M., Anderberg, U.M. and Knorrning, L.V. (2007). The role of life events in social phobia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61 (3), 207-212.
- Martin, L. L. and Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In R. S. Wyer, Jr. (Ed.), *Advances in social cognition*, Vol. 9. *Ruminative thoughts* (1-47). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Martin, L. L., Shrira, I. and Startup, H. M. (2008). Rumination as a function of goal progress, stop rules, and cerebral lateralization. *Depressive Rumination*, 153–175. doi: 10.1002/9780470713853.ch8
- Matthews, G. and Wells, A. (2004). Rumination, Depression, and Metacognition: the S-REF Model. *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*, 125–151. doi: 10.1002/9780470713853.ch7
- McCarthy, O., Hevey, D., Brogan, A. And Kelly, B. D. (2013). Effectiveness of a cognitive behavioural group therapy (CBGT) for social anxiety disorder: immediate and long-term benefits. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 6. doi: 10.1017/s1754470x13000111
- McCullough, M.E., Rachal, K.C., Sandage, S.J., Worthington, E.L., Brown, S.W. and Hight, T.L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (6), 1586-1603.
- McEvoy, P. M. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (12), 3030–3040. doi: 10.1016/j.brat.2007.08.002
- McEvoy, P. M. and Saulsman, L. M. (2014). Imagery-enhanced cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 1–6. doi: 10.1016/j.brat.2014.01.006
- McEvoy, P.M., Mahoney, A.E., Perini, S.J. and Kingsep, P. (2009). Changes in post-event processing and metacognitions during cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (5), 617-623.
- McEvoy, P.M., Nathan, P.R., Rapee, R.M. and Campbell, B.N. (2012). Cognitive behavioural group therapy for social phobia: evidence of transportability to community clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 50 (4), 258-265.
- McEwan, K.L. and Devins, G.M. (1983). Is increased arousal in social anxiety noticed by others ?. *Journal of Abnormal Psychology*, 92 (4), 417-421.

- Mellings, T. M. . and Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (3), 243–257. doi: 10.1016/s0005-7967(99)00040-6
- Modini, M. and Abbott, M.J. (2017). Negative rumination in social anxiety: a randomised trial investigating the effects of a brief intervention on cognitive processes before, during and after a social situation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 73-80
- Mongrain, M., Chin, J. M. and Shapira, L. B. (2011). Practicing compassion increases happiness and self-esteem. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 12 (6), 963-981. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-010-9239-1>
- Morgan, J.T. and Banerjee, R.N. (2008). Post-event processing and autobiographical memory in social anxiety: the influence of negative feedback and rumination. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (7), 1190-1204.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö. and Åberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115 (2), 142–154. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x
- Moutier, C. Y. and Stein, M. B. (1999). The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (19), 4-8.
- Nathan, P. E. and Gorman, J. M. (2015). *A guide to treatments that work*. Baskı 4, Yayıncı Oxford University Press; ISBN 0199342229, 9780199342228
- Neely, M., Schallert, D.L., Mohammed, S.S., Roberts, R. and Chen, Y.J. (2009). Self-kindness when facing stress: the role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33 (1), 88-97.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2 (2), 85-101. <http://dx.doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2 (3), 223-250. <http://dx.doi.org/10.1080/15298860309027>

- Neff, K. D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9 (2), 27-37.
- Neff, K. D. and Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41 (1), 139–154. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K.D. and Dahm K.A. (2013). Self-Compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In: Ostafin B., Robinson M., Meier B. (eds) Handbook of mindfulness and self-regulation. Springer, New York, NY
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P. and Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4 (3), 263–287. doi: 10.1080/13576500444000317
- Neff, K. D. and McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9 (3), 225-240. <http://dx.doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Neff, K.D. and Tirsch D. (2013). Self-Compassion and ACT. Kashdan, T., & Ciarrochi, J. *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: the seven foundations of well-being. mindfulness & acceptance for positive psychology*. Chapter 4, 79-107. Oakland, CA: New Harbinger.
- NICE, (2017). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment*. Clinical Guideline 159. www.nice.org.uk/guidance/cg159
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 569-582. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (3), 504-511. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Nolen-Hoeksema, S. and Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25 (1), 37–47. doi: 10.1111/1471-6402.00005
- Nolen-Hoeksema, S. and Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 loma prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (1), 115-121.

- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J.A. and Fredrickson, B.L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (1), 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L.E. and Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (1), 92-104.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E. and Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 3 (5), 400-424.
- Norton, P.J. and Hope, D.A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36 (2), 79-97.
- Odou, N. and Brinker, J. (2013). Exploring the Relationship between Rumination, Self-compassion, and Mood. *Self and Identity*, 13 (4), 449-459. doi: 10.1080/15298868.2013.840332
- Ollendick, T. H., Benoit, K. E. and Grills-Taquechel, A. E. (2014). *Social anxiety disorder in children and adolescents*. The Wiley Blackwell Handbook of Social Anxiety Disorder, 179-200. doi: 10.1002/9781118653920.ch9
- Ollendick, T.H. and Hirshfeld-Becker, D.R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51 (1), 44-58.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J., McArdle, E. T., Rosenbaum, J. F. and Heimberg, R. G. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (4), 345-358. doi: 10.1016/s0887-6185(00)00027-x
- Özbay, Y., Terzi, Ş., Erkan, S. ve Cihangir Çankaya, Z. (2011). A primary investigation of professional help-seeking attitudes, self-concealment and gender roles of university students. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 1 (4), 59-71. <https://doi.org/10.14527/C1S4M7>.
- Palancı, M. (2004). *Üniversite öğrencilerinin sosyal kaygı problemlerini açıklama ve gidermeye yönelik gerçeklik terapisi oryantasyonlu bir yardım modelinin geliştirilmesi*. Yayınlanmamış doktora tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.

- Papageorgiou, C. and Wells, A. (n.d.). Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*, 1–20. doi: 10.1002/9780470713853.ch1
- Pauley, G. and McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83 (2), 129–143. doi: 10.1348/147608309x471000
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S. and Rosenberg, N. K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 403-410. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00801.x
- Price, M. and Anderson, P. L. (2011). The impact of cognitive behavioral therapy on post event processing among those with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (2), 132–137. doi: 10.1016/j.brat.2010.11.006
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A.V. and Oberklaid, F. (2000). Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (4), 461-468.
- Rachman, S.J., Grueter-Andrew, J. and Shafran, R. (2000). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (6), 611-617.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48 (6), 757–761. doi: 10.1016/j.paid.2010.01.023.
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2 (1), 33-36.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Fröjd, S. and Marttunen, M. (2012). Peer victimization and social phobia: a follow-up study among adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (4), 533-544.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Pelkonen, M. and Marttunen, M. (2009). Associations between peer victimization, self-reported depression and social phobia among adolescents: The role of comorbidity. *Journal of Adolescence*, 32 (1), 77–93. doi: 10.1016/j.adolescence.2007.11.005

- Rapee, R.M. and Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (8), 741-756.
- Rauch, S.L., Shin, L.M. and Wright, C.I. (2003). Neuroimaging studies of amygdala function in anxiety disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 985 (1), 389-410.
- Reich, J. and Yates, W.H. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 29 (1), 72-75.
- Reich, J.H. (2010). Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia. *Current Psychiatry Reports*, 11 (1), 89-93.
- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N.O., Torgersen, S., Neale, M.C., Ørstavik, R.E., Tambs, K. and Kendler, K.S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: a population-based twin study. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (11), 1722-1728.
- Rettew, D.C. (2000). Avoidant personality disorder, generalized social phobia, and shyness: putting the personality back into personality disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 8 (6), 283-297.
- Reyes, D.M. (2012). Self-compassion: a concept analysis. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 30 (2), 81-89.
- Rickman, M. D. and Davidson, R. J. (1994). Personality and behavior in parents of temperamentally inhibited and uninhibited children. *Developmental Psychology*, 30 (3), 346–354. doi: 10.1037/0012-1649.30.3.346
- Robinson, M.S. and Alloy, L.B. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: a prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 275-291.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc-Murphy, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R. and Kagan, J. (1993). Behavioral inhibition in childhood: a risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 1 (1), 2–16. doi: 10.3109/10673229309017052.

- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld, D. R., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Kagan, J. and Reznick, J. S. (1991). Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: results from a family study of children from a non-clinical sample. *Journal of Psychiatric Research*, 25 (1-2), 49–65. doi: 10.1016/0022-3956(91)90015-3.
- Rowe, D.C., Stever, C., Gard, J.M., Cleveland, H.H., Sanders, M.L., Abramowitz, A., Kozol, S.T., Mohr, J.H., Sherman, S.L. and Waldman, I.D. (1998). The relation of the dopamine transporter gene (DAT1) to symptoms of internalizing disorders in children. *Behavior Genetics*, 28 (3), 215-225.
- Rubin, K.H., Coplan, R.J. and Bowker, J.C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60, 141-171.
- Salzer, S., Winkelbach, C., Leweke, F., Leibing, E. and Leichsenring, F. (2011). Long-Term Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioural Therapy in Generalized Anxiety Disorder: 12-Month Follow-up. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (8), 503–508. doi: 10.1177/070674371105600809
- Samaie, G. and Farahani, H. A. (2011). Self-compassion as a moderator of the relationship between rumination, self-reflection and stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 978–982. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.190
- Sanderson, W.C., Wetzler, S.E., Beck, A.T. and Betz, F.S. (1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 51 (2), 167-174.
- Sank, L.I. and Shaffer C.S., (2012). *A therapist's manual for cognitive behavior therapy in groups*. Springer. ISBN 978-1-4615-8332-5.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R. and Weissman, M.M. (1992). Social phobia. comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49 (4), 282-288.
- Schneier, F.R., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Fyer, A.J. and Liebowitz, M.R. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 32 (6), 496-502.
- Schwartz, C.E., Snidman, N.C. and Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (8), 1008-1015.

- Sevinçok, L., Dereboy F. ve Dereboy Ç. (1998). Çekingen kişilik bozukluğunun klinik özellikleri ve tedavisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1 (1), 22-26.
- Shah, P.G. ve Kataria, L. (2009). Social phobia and its impact in Indian university students. *The Internet Journal of Mental Health*. Volume 6 Number 2
- Silverman, W., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S., Weems, C.F., Lumpkin, P.W. and Carmichael, D.H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (6), 995-1003.
- Simon, N.M., Herlands, N.N., Marks, E.H., Mancini, C.L., Letamendi, A.M., Li, Z., Pollack, M.H., Ameringen, M.V. and Stein, M.B. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26 (11), 1027-1032.
- Smith, J.M. and Alloy, L.B. (2009). A roadmap to rumination: a review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29 (2), 116-128.
- Smith, J.M., Alloy, L.B. and Abramson, L.Y. (2006). Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: multiple pathways to self-injurious thinking. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36 (4), 443-454.
- Smoller, J. W., Paulus, M. P., Fagerness, J. A., Purcell, S., Yamaki, L. H., Hirshfeld-Becker, D., ... and Stein, M. B. (2008). Influence of RGS2 on Anxiety-Related Temperament, Personality, and Brain Function. *Archives of General Psychiatry*, 65 (3), 298. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2007.48
- Smoller, J.W., Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Kennedy, J. and Slaugenhaupt, S.A. (2003). Association of a genetic marker at the corticotropin-releasing hormone locus with behavioral inhibition. *Biological Psychiatry*, 54 (12), 1376-1381.
- Snyder, C.R., Smith, T.W., Augelli, R.W. and Ingram, R.E. (1985). On the self-serving function of social anxiety: shyness as a self-handicapping strategy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (4), 970-980.
- Solmaz, M., Sayar, K., Özer, Ö.A., Öztürk M, ve Acar, B. (2000). Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: kontrollü bir çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 3 (4), 235-241.

- Soykan, C., Ozguven, H.D. and Gencoz, T. (2003). Liebowitz social anxiety scale: the Turkish version. *Psychol Rep*, 93 (3), 1059-1069.
- Spasojevic, J. and Alloy, L.B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1 (1), 25-37.
- Spasojević, J., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Maccoon, D. and Robinson, M. S. (n.d.). *Reactive rumination: outcomes, mechanisms, and developmental antecedents*. Depressive Rumination, 43–58. doi: 10.1002/9780470713853.ch3
- Spence, S. H. and Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: an evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 50–67. doi: 10.1016/j.brat.2016.06.007
- Stein, D.J., Lim, C.C., Roest, A.M., Jonge, P.D., Aguilar-Gaxiola, S.A., Al-Hamzawi, A.O., Scott, K.M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: data from the world mental health survey initiative. *BMC Medicine*.
- Stein, M. B. and Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371 (9618), 1115–1125. doi: 10.1016/s0140-6736(08)60488-2
- Stein, M.B., Fuetsch, M., Müller, N.D., Hoefler, M., Lieb, R. and Wittchen, H. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58 (3), 251-256.
- Stein, M.B., Jang, K. and Livesley, W.J. (2002). Heritability of social anxiety-related concerns and personality characteristics: a twin study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (4), 219-224.
- Stein, M.B., Schork, N.J. and Gelernter, J. (2004). A Polymorphism of the β 1-adrenergic receptor is associated with low extraversion. *Biological Psychiatry*, 56 (4), 217-224.
- Stravynski, A., Bond, S. and Amado, D. (2004). Cognitive causes of social phobia: a critical appraisal. *Clinical Psychology Review*, 24 (4), 421-440.
- Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. (2005). *Klinik ve saha araştırmalarında örnekleme yöntemleri ve örnekleme büyüklüğü*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- Svendsen, J.L., Kvernenes, K. V., Wiker, A. S. and Dundas, I. (2017). Mechanisms of mindfulness: rumination and self-compassion. *Nordic Psychology*, 69 (2), 71–82. doi: 10.1080/19012276.2016.1171730

- Thompson, B.L. and Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (6), 556-558.
- Tillfors, M. (2004). Why do some individuals develop social phobia? a review with emphasis on the neurobiological influences. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58 (4), 267-726.
- Tillfors, M. and Furmark, T. (2006). Social phobia in swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42 (1), 79–86. doi: 10.1007/s00127-006-0143-2
- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissioti, A., Långström, B., and Fredrikson, M. (2001). Cerebral blood flow in subjects with social phobia during stressful speaking tasks: a pet study. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (8), 1220-1226.
- Tok, S., Arkar H., ve Bildik T. (2016). Çocukluk çağı kaygı bozukluklarında bilişsel davranışçı terapi, ilaç tedavisi ve kombine tedavinin etkililiğinin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 27 (2), 110-118.
- Trask, P.C. and Sigmon, S.T. (1999). Ruminating and distracting: the effects of sequential tasks on depressed mood. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (3), 231-246.
- Trower, P. and Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9 (1), 19-35. [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(89\)90044-5](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(89)90044-5)
- Turan, M., Çilli, A.S., Aşkın, R., Herken, H., Kaya, N., ve Kucur, R. (2000). Klinik sosyal fobinin diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği. *Psikiyatri Dergisi*, 3 (3), 170-175.
- Türk Dil Kurumu, (2018). <http://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 25.04.2019).
- Türkçapar, H. (1999). Sosyal fobinin psikolojik kuramı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2 (4), 247-253.
- Türkçapar, H., (2015). *Bilişsel terapi*. HYB Yayıncılık, Ankara.
- Turner, S. M., Beidel, D.C. and Townsley, R. M. (1990). Social phobia: relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28 (6), 497-505. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90136-7](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(90)90136-7)

- Üstün, A., ve Bayar A. (2015). Üniversite öğrencilerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4 (1), 384-390.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P. and Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (1), 123–130. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.08.011
- Vatan, S., (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8 (3), 190-203.
- Veljaca, K.A. and Rapee, R.M. (1998). Detection of negative and positive audience behaviours by socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (3), 311-321.
- Warren, S.L., Schmitz, S.L. and Emde, R.N. (1999). Behavioral genetic analyses of self-reported anxiety at 7 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (11), 1403-1408.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134 (2), 163–206. doi: 10.1037/0033-2909.134.2.163
- Wei, M., Liao, K.Y., Ku, T. and Shaffer, P.A. (2011). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of Personality*, 79 (1), 191-221.
- Wells, A. and Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (11-12), 881-888.
- Wenzlaff, R.M., Wegner, D.M. and Roper, D.W. (1988). Depression and mental control: the resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (6), 882-892.
- Wergeland, G.J., Fjermestad, K.W., Marín, C.E., Haugland, B.S., Bjaastad, J.F., Oeding, K., Bjelland, I., Silverman, W., Ost, L., Havik, O.E. and Heiervang, E. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 1-12.
- Werner, K.H., Jazaieri, H., Goldin, P.R., Ziv, M., Heimberg, R.G. and Gross, J.J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress, and Coping*, 25 (5), 543-558.

- West, A. E. and Newman, D. L. (2007). Childhood behavioral inhibition and the experience of social anxiety in American Indian adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13 (3), 197-206. <http://dx.doi.org/10.1037/1099-9809.13.3.197>
- White, J.R. and Freeman, A.S. (2000). *Cognitive-behavioral group therapy: for specific problems and populations*. American Psychological Association.
- Williamson, J.R., (2014). Addressing Self-Reported Depression, Anxiety, and Stress in College Students via Web-Based Self-Compassionate Journaling. *Electronic Theses and Dissertations. Paper 2402*. <http://dc.etsu.edu/etd/2402>
- Wilson, K. G., Bordieri, M., Flynn, M. K., Lucas, N. and Slater, R. (2010). Understanding Acceptance and Commitment Therapy in Context: A History of Similarities and Differences with Other Cognitive Behavior Therapies. In J. Herbert & E. Forman (Eds.), *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Wittchen, H. and Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24 (4), 617-641.
- Wong, Q.J. and Moulds, M.L. (2009). Impact of rumination versus distraction on anxiety and maladaptive self-beliefs in socially anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (10), 861-867.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.
- Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C. and Mullarkey, M. (2015). Meta-Analysis of Gender Differences in Self-Compassion. *Self and Identity*, 14 (5), 499–520. <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1029966>
- Yıldırım, T. (2006). *Sosyal fobik üniversite öğrencilerine uygulanan kısa-yoğun acil psikoterapinin etkinliği*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Zimbardo, P. (1977). *Shyness: What it is, what to do about it*. Addison-Wesley Publishing: New York.

EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Sayın Katılımcı,

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Temelli Grup Terapisinin Sosyal Anksiyete Bozukluğu olan Bireylerde, Ruminasyon ve Öz-Şefkat Üzerindeki Etkisini araştırmak üzere bir doktora tez çalışması yürütmekteyiz. Bu forma vermiş olduğunuz samimi ve doğru cevaplar çalışmanın sonuçlarını doğrudan etkileyecektir. Ayrıca çalışma sonuçları tamamen bilimsel amaçlı olarak kullanılacak olup kişisel verilerin korunması kanununa göre üçüncü şahıs ve kurumlarla paylaşılmayacaktır.

Doç.Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi
Psikoloji Bölümü

Öğr.Gör. Mustafa KURTOĞLU
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Klinik Psikoloji Doktora Programı
Doktora Öğrencisi

Adı, Soyadı:

Bölüm:

Sınıf:

Telefon numarası:

e-mail:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: Bayan () Bay ()

3. Doğup büyüdüğünüz yer: Köy () Kasaba () İlçe () Şehir () Büyükşehir ()

4. Ailenizin aylık geliri:TL

5. Sizinle birlikte kaç kardeşiniz: ve kaçınıcı çocu sunuz (lütfen belirtiniz)

6. Anne: Sağ () Yaş: Eğitim: Meslek:

Ölü () Öldüğünde kaç yaşındaydınız:

7. Baba: Sağ () Yaş: Eğitim: Meslek:

Ölü () Öldüğünde kaç yaşındaydınız:

8. Anne baba boşanması / ayrılığı var mı? Hayır () Evet () Evet ise siz kaç yaşında iken ayrıldılar?

9. Anne Babanız ayrı ise kiminle birlikte kalıyorsunuz: () Anne ile () Baba ile () İkisi ile de kalmıyorum

10. Düzenli olarak yaptığınız bir spor var mı? () Yok () Var

11. Var ise lütfen belirtiniz.....

12. Düzenli olarak yaptığınız bir hobiniz var mı? () Yok () Var

13. Var ise lütfen belirtiniz:

14. Ruhsal rahatsızlık nedeniyle tedavi gördünüz mü? () Evet () Hayır

Evet ise rahatsızlığınız neydi: (Lütfen belirtiniz)

15. Ailenizde herhangi bir ruhsal hastalığı olan veya bu nedenle tedavi gören var mı? () Evet () Hayır

Evet ise kim ve rahatsızlığı neydi:(Lütfen belirtiniz)

Ek 2: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre, 1 ile 4 arasında puan verin. Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine göre yine 1 ile 4 arasında puan verin. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın.

Teşekkürler.

Kaygı	Kaçınma
1: Yok ya da çok hafif	1: Kaçınma yok ya da çok ender
2: Hafif	2: Zaman zaman kaçınıyorum
3: Orta derecede	3: Çoğunlukla kaçınıyorum
4: Şiddetli	4: Her zaman kaçınıyorum

Kaygı	Puan	Kaçınma	Puan
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak		1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	
2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak		2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	
3. Dikkatleri üzerinde toplamak		3. Dikkatleri üzerinde toplamak	
4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak		4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	
5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak		5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	
6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek		6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	
7. Kendisinden daha yetkili biriyle		7. Kendisinden daha yetkili biriyle	

konuşmak		konuşmak	
8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek		8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	
9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi		9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	
10. Gözlendiği sırada çalışmak		10. Gözlendiği sırada çalışmak	
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak		11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	
12. Bir eğlenceye gitmek		12. Bir eğlenceye gitmek	
13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak		13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	
14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması		14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	
15. Gözlendiği sırada yazı yazmak		15. Gözlendiği sırada yazı yazmak	
16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak		16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	
17. Umumi yerlerde yemek yemek		17. Umumi yerlerde yemek yemek	
18. Evde misafir ağırlamak		18. Evde misafir ağırlamak	
19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak		19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak	
20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek		20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek	
21. Umumi telefonları kullanmak		21. Umumi telefonları kullanmak	
22. Yabancılarla konuşmak		22. Yabancılarla konuşmak	
23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak		23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	
24. Umumi tuvalette idrar yapmak		24. Umumi tuvalette idrar yapmak	

Ek 3: Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

Aşağıdaki her bir madde için, ifadelerin sizi ne kadar tarif ettiğini cümlelerin başındaki boşluğa yazınız.

1 2 3 4 5 6 7

(Hiç)

(Çok iyi)

1. ___ Zihnimin sürekli bazı şeyleri tekrar tekrar gözden geçirdiğini fark ederim.
2. ___ Bir sorunum olduğunda bu durum uzun süre zihnimi kemirir.
3. ___ Gün boyu bazı düşüncelerin tekrar tekrar zihnime üşüştüğünü fark ederim.
4. ___ Bazı şeyleri sürekli düşünmekten kendimi alamam.
5. ___ Birileriyle karşılaşma öncesinde olabilecek bütün senaryoları ve konuşmaları zihnimde canlandırırım.
6. ___ Önceden yaşadığım hoşuma giden olayları hayalimde tekrar canlandırmaya yatkınım.
7. ___ Kendimi, gün içerisinde “Keşke yapsaydım” dediğim şeyleri hayal ederken bulurum.
8. ___ Kötü geçtiğini düşündüğüm bir görüşme sonrasında, “keşke şöyle davransaydım” dediğim farklı senaryolar hayal ederim.
9. ___ Karmaşık bir problemi çözmeye çalışırken çözüme ulaşmak yerine problemin başına döndüğümü fark ederim.
10. ___ Yaklaşan önemli bir olay varsa, bu durumu o kadar çok düşünürüm ki sonunda sinirli ve mutsuz bir hale gelirim.
11. ___ İstenmeyen düşünceleri zihnimden bir türlü atamam.
12. ___ Bir problem hakkında saatlerce düşünsem de sorunu açıkça anlamak için biraz daha zamana ihtiyaç duyarım.
13. ___ Hakkında ne kadar düşünürsem düşüneyim, bazı sorunlarla ilgili net bir çözüme ulaşmam benim için çok zordur.
14. ___ Bazen bir şeyler hakkında saatlerce oturup düşündüğüm olur.
15. ___ Bir meseleyi çözmeye çalışırken, zihnimde farklı noktalara dağılan uzun bir tartışma yaşar gibi olurum.
16. ___ Oturup geçmişteki güzel olayları hatırlamak hoşuma gider.
17. ___ Heyecan verici bir olayı beklerken, bu olay ile alakalı düşünceler, o anda yaptığım işi engeller.
18. ___ Bazen, bir konuşma sırasında bile, alakasız düşüncelerin zihnime hücum ettiği olur.
19. ___ Yakın zamanda önemli bir görüşme yapacaksam, zihnimde sürekli olarak bunu tekrar etme eğilimim vardır.
20. ___ Önemli bir olay yaklaşıyorsa bununla ilgili düşünmekten kendimi alamam.

Ek 4: Öz-Şefkat Ölçeği

Öz-Şefkat Ölçeği

Aşağıdaki cümleler, zor durumlar karşısında kendinize genel olarak nasıl davrandığınızla ilgilidir. Ne sıklıkla aşağıda belirtildiği şekillerde davranma eğiliminde olduğunuza içtenlikle karar vererek size uygun ifadeyi işaretleyiniz.

	1	2	3	4	5
	Neredeyse hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğu zaman	Neredeyse her zaman
1. Kişiliğimin beğenmediğim yanlarına karşı anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
2. Kendimi bir şekilde yetersiz hissettiğimde, çoğu insanın da böylesi yetersizlik duyguları yaşayabileceğini kendime hatırlatmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3. Kendimi üzgün hissettiğimde, yanlış giden her şeyi kafama takma ve kurma eğilimindeyimdir.	1	2	3	4	5
4. Ben zorluklarla mücadele ederken, başka insanların yaşam koşullarının benimkinden daha kolay olduğunu hissetme eğilimi gösteririm.	1	2	3	4	5
5. Acı veren bir şey olduğunda, durumu belirli bir zihinsel mesafeden, dengeli bir bakış açısıyla görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
6. Sıkıntı çektiğim dönemlerimde, kendime karşı biraz katı yürekli olabilirim.	1	2	3	4	5
7. Kendimi üzgün ve her şeyden kopmuş hissettiğimde, dünyada benim gibi hisseden daha pek çok insan olduğunu kendime hatırlatırım.	1	2	3	4	5
8. Duygusal olarak acı çektiğim zamanlarda kendime karşı sevecen olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
9. Yetersizliklerimi düşünmek, kendimi daha yalnız ve dünyadan kopuk gibi hissetmeme neden olur.	1	2	3	4	5
10. Kişiliğimin beğenmediğim yanlarına karşı hoşgörüsüz ve sabırsızımdır.	1	2	3	4	5
11. Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik hisleriyle kendimi tüketirim.	1	2	3	4	5

12. Kendi hatalarıma ve yetersizliklerime karşı hoşgörölüyümdür.	1	2	3	4	5
13. Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, bu konudaki duygularımı bastırmak veya abartmak yerine durumu olduğu gibi açık yüreklilikle anlayıp kabullenmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
14. Sıkıntılı dönemlerimde kendime karşı şefkatliyimdir.	1	2	3	4	5
15. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, bu başarısızlığın yalnız benim başıma geldiğini hissetme eğiliminde olurum.	1	2	3	4	5
16. Hatalarıma ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcıyım.	1	2	3	4	5
17. Beğenmediğim yanlarımı gördüğümde kendime yüklenir, moralimi bozarım.	1	2	3	4	5
18. Kendimi üzgün hissettiğimde, duygularımı merakla ve açık yüreklilikle anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
19. İşler benim için kötü gittiğinde, bu zorlukların, yaşamın bir parçası olarak, herkesin başına gelebileceğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
20. Acı veren bir şey olduğunda, olayı gereğinden fazla büyütme eğilimi gösteririm.	1	2	3	4	5
21. Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun benden daha mutlu olduğunu düşünme eğilimi gösteririm.	1	2	3	4	5
22. Bir şey beni üzdüğünde, kendimi duygularıma kaptırır giderim.	1	2	3	4	5
23. Çok zor bir dönemden geçerken kendime ihtiyacım olan duyarlılık ve sevecenliği gösteririm.	1	2	3	4	5
24. Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
25. Herhangi bir şey beni üzdüğünde, duygularımı bir denge içerisinde tutmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
26. Gerçekten zor zamanlarda, kendime karşı sert ve acımasız olma eğilimindeyim.	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularla ilgili vereceğiniz samimi cevabınız büyük önem arz etmektedir.

- 1) Soruları içtenlikle cevapladım veriler bilimsel amaçla kullanılabilir ()
- 2) Cevaplar bilimsel amaçlar için kullanıma uygun değildir ()

Ek 5: Bilimsel Araştırma Yayın Etiği Kurulu Kararı

Tarihi: 03.10.2018 No: 16



HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA YAYIN ETİĞİ KURULU KARARI

ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	Doktora Tezi
KONU:	
BAŞLIK:	"Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Temelli Grup Terapisinin, Toplumsal Kaygı Bozukluğu Olan Bireylerde Ruminasyon ve Öz-Şefkat Üzerindeki Etkisi"
ARŞ. PROJE/TEZ YÜRÜTÜCÜ:	Öğr.Gör. Mustafa KURTOĞLU
TEZ YAZARI:	—
KARAR:	Olumlu

ETİK KURUL ÜYELERİ

İMZA/TARİH
03.10.2018

Prof. Dr. Şener BÜYÜKÖZTÜRK
Eğitim Fak./Etik Kurul Başkanı
Karar sürecinde tartışmalara katılmamıştır.

Prof.Dr. Yaşar ÖZBAY
Eğitim Fak. / Etik Kurul Üyesi
Karar sürecinde tartışmalara katılmamıştır.

Prof.Dr. Hasan TUNÇ
Hukuk Fak. /Etik Kurul Üyesi

Prof.Dr. Kezban BAYRAMLAR
Sağlık Bilimleri Fakültesi / Etik Kurul Üyesi

Prof.Dr. Emine Görün ARUN
GSMF /Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. İbrahim YILDIRIM
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Yusuf ARAYICI
Mühendislik Fak. / Etik Kurul Üyesi

(Handwritten signatures of Prof. Dr. Şener Büyükoztürk, Prof. Dr. Yaşar Özbay, Prof. Dr. Hasan Tunç, Prof. Dr. Kezban Bayramlar, Prof. Dr. Emine Görün Arun, Prof. Dr. İbrahim Yıldırım, and Prof. Dr. Yusuf Arayıcı)



EK 6: Bilişsel-Davranışçı Grup Terapi Müdahale Programı

BİLİŞSEL-DAVRANIŞCI GRUP TERAPİ MÜDAHALE PROGRAMI

Müdahale kısa süreli bilişsel-davranışçı grup terapisi olarak hazırlandı. Grup terapisi ile katılımcıların sosyal anksiyete düzeylerinde ve ruminatif düşüncelerinde azalma, öz-şefkat düzeylerinde ise artış hedeflendi. Oturumlar 8 haftalık (her seans 90 dakika) kapalı grup olarak planlandı.

Seansların İçeriği

Aşağıda; grup öncesi, sonrası ve her bir oturumun hedef ve içerikleri detaylı biçimde açıklanmıştır.

GRUP ÖNCESİ BİREYSEL SEANS

(Çalışma ve Plasebo Grubuna Uygulanacaktır)

Hedefler:

1. Danışanların değerlendirilmesi
2. Danışanların *Sosyal Anksiyete*, *Öz-Şefkat* ve *Ruminasyon* konularında bilgilendirilmesi
3. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği, *Öz-Şefkat Ölçeği* ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeklerinin doldurulması
4. Danışanlar ile birlikte “Terapi Hedefleri Formu’nun” doldurulması

Terapist, danışanın mevcut problemlerini, geçmiş öyküsünü, varsa eski tanılarını, işlevsellik düzeyini ve tedavi beklentilerini değerlendirir. Bunlara ek olarak danışanın maruz bırakma tedavisine medikal olarak (kardiyovasküler, nörolojik hastalıklar v.b.) uygunluğunu sorgular. Gerekli durumlarda uzman bir hekimden danışan ile ilgili konsültasyon alınır. Danışan grup formatı ve süreç hakkında bilgilendirilir. Eğer danışan gruba katılmayı kabul ederse terapi hedefleri ile bireysel beklentilerinin üzerinden geçilir ve “Terapi Hedefleri Formu” (Form 1.0) doldurulur.

1. GRUP SEANSI

Bu oturumun amacı; müdahale süreci, bilişsel-davranışçı grup terapisinin mantığı ve bilişsel model hakkında bilgi vermektir.

Hedefler:

1. Tanışma ve hedeflerin gözden geçirilmesi (15 dakika)
2. Grup kurallarının tartışılması ve grup sözleşmesinin imzalanması (15 dakika)
3. Danışanlara bilişsel-davranışçı grup terapisinin modelinin açıklanması ve danışanların otomatik düşünceler hakkında bilgilendirilmesi (25 dakika)
4. Sosyal anksiyete bozukluğu hakkında psiko-eğitim verilmesi (25 dakika)
5. Ev çalışmalarının belirlenmesi (5 dakika)
6. Özetleme ve geribildirim alınması (5 dakika)

Uygulama:

Tanışma ve hedeflerin gözden geçirilmesi: İlk seansta, danışanların birbirleriyle tanışmaları sağlanır, danışanlar bireysel hedeflerini açıklamaları konusunda teşvik edilir. Danışanların hedeflerini açıklayarak birbirlerini desteklemeleri sağlanır.

Grup kurallarının tartışılması ve grup sözleşmesinin imzalanması: Terapist, danışanlara uyulması gereken kuralları ve temel ilkeleri açıklar. *Gizlilik İlkesi:* Grup içinde konuşulan hiçbir bilginin paylaşılmayacağı. *Saygı İlkesi:* Danışanların birbirine karşı eleştiri yapmaması gerektiği. *Sorumluluk İlkesi:* Seans sonunda verilen görevlerin yapılması, seanslara zamanında ve düzenli gelinmesi. Diğer belirlenen kurallar okunduktan sonra terapist danışanlara önerilerini sorar. Eğer eleştiri yoksa kuralların yazılı olduğu “Grup Sözleşmesi” (Form 1.1) danışanlara okutulup imzalatılır.

Danışanlara bilişsel-davranışçı grup terapisinin modelinin açıklanması ve danışanların otomatik düşünceler hakkında bilgilendirilmesi: Terapist, danışanlara beş alan modelini (çevresel değişimler/yaşam durumları, düşünceler, duygular, fiziksel tepkiler, davranışlar) ve düşüncelerin duygu ve davranışlar ile bağlantılarını anlatır. Danışanların sosyal anksiyete

bozukluğu deneyimleri ile beş alan modeli hakkında açıklamalar yapar ve örnekler sunar. Sonrasında danışanlara “Örnek 1.0” dağıtılarak incelemeleri istenir ve sürece dair ne anladıklarına dair geribildirim alınır.

Sosyal anksiyete bozukluğu hakkında psiko-eğitim verilmesi: Sosyal anksiyete bozukluğunun ne olduğu, nasıl devam ettiği, bilişsel, davranışsal ve fiziksel boyutları ve kişinin hayatı üzerinde ne gibi olumsuz sonuçlara yol açtığı ile ilgili bilgi verilir. Danışanlardan kendi sosyal anksiyete bozukluklarının nasıl geliştiği ile alakalı kendilerini ifade etmelerini istenir.

Ev çalışmalarının belirlenmesi: Birinci seansın sonunda danışanlara hafta içinde yaşadıkları sosyal anksiyete yaratan durumlara göre "Otomatik Düşünceleri Kayıt Formu'ndaki" (Form 1.2) ‘Durum, Duygu, Otomatik Düşünceler ve Davranışlar’ sütunlarını doldurmaları ev ödevi olarak verilir.

Özetleme ve geribildirim: Terapist danışanları seansın kendileri için yararlarını ve değiştirmek istedikleri sorunları belirtmeleri konusunda cesaretlendirir. Seans boyunca bireysel öğrenme ile ilgili önemli noktalar özetlenir. Danışanlardan geribildirim alınarak seans bitirilir.

2. GRUP SEANSI

Bu oturumun amacı sosyal anksiyete ile ilgili bilişsel modelin anlaşılması ve otomatik düşüncelere rasyonel cevaplar geliştirmektir.

Hedefler:

1. Seans gündeminin belirlenmesi (5 dakika)
2. Otomatik düşünce formlarının kontrol edilmesi (20 dakika)
3. Daha önceki sosyal anksiyete deneyimlerinin paylaşılması ve söz konusu sosyal anksiyete bozukluğuna ilişkin otomatik düşüncelerin ortaya çıkarılması (40 dakika)
4. Otomatik düşüncelerdeki hataların tanımlanması, tartışılması ve rasyonel cevapların geliştirilmesi
5. Ev çalışmalarının belirlenmesi (5 dakika)

6. Özetleme ve geribildirim alınması (5 dakika)

Uygulama:

Gündemin belirlenmesi ve çalışmaların kontrol edilmesi: Seans "Otomatik Düşünceleri Kayıt Formu'nun" kontrolü ile başlar. Çalışmada karşılaşılan olası sorunlar değerlendirilir. Varsa yanlış anlaşılmalara düzeltilir. Danışanlarla birlikte seansın gündemi oluşturulur.

Sosyal anksiyete deneyimlerinin paylaşılması ve otomatik düşüncelerin belirlenmesi: Sosyal anksiyetenin bilişsel modeli anlatılır. Otomatik düşünce kavramı ve bilişsel terapidaki etkisi anlatılır. Olumsuz otomatik düşüncelere sebep olan "Düşünce Hataları Listesi" (Form 1.3) katılımcılara dağıtılır. Danışanlardan son dönemde yaşadıkları bir sosyal anksiyete deneyimini anlatmalarını istenir.

Otomatik düşüncelerdeki hataların tanımlanması, tartışılması ve rasyonel cevapların geliştirilmesi: Danışanlara "Kaygı Durum Formu" (Form 1.4) verilerek sosyal anksiyete yaşadığı bir durumdaki otomatik düşüncelerini yazmaları ve olumsuz otomatik düşüncelerine sebep olan düşünce hatalarını "Düşünce Hataları Listesi'nden" (Form 1.3) bulmalarını istenir. Belirlenen düşünce hatalardan bir tanesi grubun isteği doğrultusunda gündeme alınır ve "Tartışma Formu'ndaki" (Form 1.5) sorular ile alternatif düşünceler oluşturulur.

Ev çalışmalarının verilmesi: Danışanlardan hafta içinde yaşadıkları sosyal anksiyete yaratan durumlara göre "Otomatik Düşünceleri Kayıt Formu'nu" (Form 1.2) doldurmalarını istenir.

Özetleme ve geribildirim: Terapist danışanlardan sosyal anksiyetenin bilişsel modeli ve seans içinde öğrendikleri hakkında geri bildirim alır.

3. GRUP SEANSI

3. oturumdan 7. oturuma kadar amaç danışanlara seans içi (in-session exposure) ve seans dışı (out-session exposure) maruz bırakma egzersizlerini yaparak bilişsel becerilerini yeniden yapılandırmaktır.

Hedefler:

1. Seans gündeminin belirlenmesi (5 dakika)
2. Ev çalışmalarının kontrol edilmesi (10 dakika)
3. Maruz bırakma eğitiminin verilmesi ve seans içi maruz bırakma egzersizinin uygulanması (35 dakika)
4. Alternatif ve gerçekçi düşüncelerin belirlenmesi (25 dakika)
5. Ev çalışmalarının belirlenmesi (10 dakika)
6. Özetleme ve geribildirim alınması (5 dakika)

Uygulama:

Gündemin belirlenmesi ve çalışmaların kontrol edilmesi: Seans ev çalışmalarının gözden geçirilmesi ile başlar. "Otomatik Düşünceleri Kayıt Formu" (Form 1.2) kullanılarak olay, otomatik düşünce, duygu ve davranış arasındaki bağlantıları anlama ve yeniden yapılandırma becerileri değerlendirilir. Danışanlarla birlikte seansın gündemi oluşturulur.

Maruz bırakma eğitiminin verilmesi ve seans içi maruz bırakma egzersizinin uygulanması: Sosyal anksiyetede maruz bırakmanın önemi ve nasıl yapılacağı hakkında katılımcılar bilgilendirilir. "Anksiyete Düzeyi Belirleme Formu'nu" (Form 1.6) kullanarak danışanlardan anksiyete sıralaması oluşturmaları istenir. En az anksiyete duyulan durumdan başlanıp, en çok anksiyete duydukları duruma kadar 10 farklı anksiyete durumunu listelemeleri istenir. Bu listeden skoru %50 olan durum seçilir ve danışanlardan birine seçilen duruma ilişkin in vitro maruz bırakma yapılır. Maruz bırakılma öncesinde danışandan ne olmasını beklediği ve olabilecekler ile ilgili tahminlerine dair bilgi alınır ve maruz bırakılma sırasında nasıl görüneceğine ilişkin fiziksel belirtilerin yoğunluğunu "Görsel İşitsel Geri Bildirim Formu'nu" kullanarak (Form 1.7) puanlaması istenir.

Maruz bırakma sırasında, diğer danışanlardan da maruz bırakılan danışanın anksiyete durumunu, başarısını ve fiziksel belirtilerini Form 1.7'yi kullanarak puanlamaları istenir. Sonrasında, maruz bırakılan danışana kendi video görüntüsü izletilir, diğer danışanların geri bildirimleri aktarılır. Görsel ve işitsel geri bildirimlerden sonra danışanın tekrar anksiyete ve fiziksel belirtilerin yoğunluğunu puanlaması istenir. Maruz bırakılma deneyimi sonrası tüm

danışanlarla anksiyete durumu ve fiziksel belirtilere ilişkin olası tahminler ve gözlemlenen durum arasındaki farklar tartışılır.

Alternatif ve gerçekçi düşüncelerin belirlenmesi: Terapist danışanlar ile maruz bırakma sonrasında danışanların düşünce hatalarını ve gerçekçi düşüncelerini belirlemeye çalışır. Danışanın yapamadığı veya gerçekçi bir düşünce üretmediği durumda diğer danışanlardan yardım etmelerini ister. Anksiyete yaratan durumun en gerçekçi sonuçları belirlenir.

Ev çalışmalarının belirlenmesi: Danışanlara ev çalışması olarak in vitro maruz bırakma egzersizi verilir. Maruz bırakma bittikten sonra, "Otomatik Düşünceleri Kayıt Formu'nun" (Form 1.2) doldurulması istenir.

Özetleme ve geribildirim: Terapist danışanlara seansı özetler ve danışanlardan seans içinde öğrendikleri hakkında geri bildirim alır.

4. GRUP SEANSI

Hedefler:

1. Seans gündeminin belirlenmesi (5 dakika)
2. Bireysel hedeflerin gözden geçirilmesi (10 dakika)
3. Ev çalışmalarının kontrol edilmesi (10 dakika)
4. Gevşeme ve nefes egzersiz eğitiminin verilmesi (10 dakika)
5. Seans içi maruz bırakma çalışmasının yapılması (30 dakika)
6. Maruz bırakılma sonrası bilişsel yeniden yapılandırma (15 dakika)
7. Ev çalışmalarının belirlenmesi (5 dakika)
8. Özetleme ve geribildirim alınması (5 dakika)

Uygulama:

Gündemin belirlenmesi ve çalışmaların kontrol edilmesi Seans ev çalışmalarının kontrol edilmesi ile başlar. Terapist danışanların maruz bırakma çalışması sonrası doldurdukları "Otomatik Düşünceleri Kayıt Formu'nu" inceler ve danışanlardan geribildirim yapmalarını ister. Danışanlarla birlikte seansın gündemi oluşturulur.

Bireysel hedeflerin gözden geçirilmesi: Danışanların bu zamana kadar gösterdikleri ilerlemenin gerçek olup olmadığı tartışılarak değerlendirilir. Anksiyete durumlarından kaçınan danışanların etkin otomatik düşüncelerinin ve bunun sonucu oluşan duygularının belirlenmesine yardımcı olunur.

Gevşeme ve nefes egzersiz eğitiminin verilmesi: Sorunların anlaşılması ve üzerinde etkili çalışılması için doğru nefes alma ve gevşeme egzersizleri öğretilir. Gevşeme egzersizlerinin maruz bırakma yöntemi ile ilişkisi anlatılır.

Seans içi maruz bırakma çalışmasının yapılması: Maruz bırakılma öncesinde danışandan ne olmasını beklediği ve olabilecekler ile ilgili tahminlerine dair bilgi alınır ve maruz bırakılma sırasında nasıl görüneceğine ilişkin fiziksel belirtilerin yoğunluğunu “Görsel İşitsel Geri Bildirim Formu’nu” kullanarak (Form 1.7) puanlaması istenir.

Maruz bırakma sırasında, diğer danışanlardan da maruz bırakılan danışanın anksiyete durumunu, başarısını ve fiziksel belirtilerini Form 1.7’yi kullanarak puanlamaları istenir. Sonrasında, maruz bırakılan danışana kendi video görüntüsü izletilir, diğer danışanların geri bildirimleri aktarılır. Görsel ve işitsel geri bildirimlerden sonra danışanın tekrar anksiyete ve fiziksel belirtilerin yoğunluğunu puanlaması istenir. Maruz bırakılma deneyimi sonrası tüm danışanlarla anksiyete durumu ve fiziksel belirtilere ilişkin olası tahminler ve gözlemlenen durum arasındaki farklar tartışılır.

Maruz bırakılma sonrası bilişsel yeniden yapılandırma: Danışanlardan, maruz bırakılma sonrasında onları en çok etkileyen otomatik düşüncenin ve bu otomatik düşüncüyü destekleyen/desteklemeyen kanıtların belirlenmesi ve alternatif düşüncelerin oluşturulması istenir. Danışanların maruz bırakılma sonrası otomatik ve alternatif düşüncelere olan inançları ve yeni duyguları ölçülür.

Ev çalışmasının belirlenmesi: Danışanlardan bu hafta maruz kalacakları bir deneyim belirlemeleri istenir. Örnek olarak bir kahveciye gidip içecek bir şeyler almaları ve dükkandan çıkmadan içmeleri istenir. Maruz bırakılmadan sonra "Otomatik Düşünceleri Kayıt Formu'nun" (Form 1.2) doldurulması istenir.

Özetleme ve geribildirim: Terapist danışanlara seansı özetler ve danışanlardan seans içinde öğrendikleri hakkında geri bildirim alır.

5. GRUP SEANSI

Hedefler:

1. Seans gündeminin belirlenmesi (5 dakika)
2. Ev çalışmalarının kontrol edilmesi (15 dakika)
3. Örnekler ile varsayım ve temel inançların belirlenmesi (25 dakika)
4. Seans içi maruz bırakma çalışmasının yapılması (35 dakika)
5. Ev çalışmalarının belirlenmesi (5 dakika)
6. Özetleme ve geribildirim alınması (5 dakika)

Uygulama:

Gündemin belirlenmesi ve çalışmaların kontrol edilmesi: Seans ev çalışmalarının kontrol edilmesi ile başlar. Terapist danışanların maruz bırakma çalışması sonrası doldurdukları "Otomatik Düşünceleri Kayıt Formu'nu" (Form 1.2) inceler ve danışanlardan geribildirim yapmalarını ister. Danışanlarla birlikte seansın gündemi oluşturulur.

Varsayım ve temel inançların belirlenmesi: Aşağı doğru ok yöntemi kullanılarak etkin otomatik düşüncelerin altındaki varsayımların nasıl bulunacağı anlatılır. Danışanların yaşadıkları örnekler kullanılarak varsayım ve temel inançları bulmaları sağlanır.

Seans içi maruz bırakma çalışmasının yapılması: Seans içinde rol oynama etkinliği yapılır. Etkinliğin ne olacağına danışanlarla birlikte karar verilir. Danışanlardan "Maruz Bırakma Değerlendirme Formu 1-A'yi" (Form 1.8.1) doldurmaları istenir. Örnek olarak bu çalışmada danışanlardan hoşlanma ihtimali oldukları biri ile telefon konuşması yapmaları istenir. Terapist çalışmadan sonra danışanların varsayımlarını bulmalarına yardımcı olur.

Maruz bırakılma öncesinde danışandan ne olmasını beklediği ve olabilecekler ile ilgili tahminlerine dair bilgi alınır ve maruz bırakılma sırasında nasıl görüneceğine ilişkin fiziksel belirtilerin yoğunluğunu “Görsel İşitsel Geri Bildirim Formu’nu” kullanarak (Form 1.7) puanlaması istenir.

Maruz bırakma sırasında, diğer danışanlardan da maruz bırakılan danışanın anksiyete durumunu, başarısını ve fiziksel belirtilerini Form 1.7’yi kullanarak puanlamaları istenir.

Sonrasında, maruz bırakılan danışana kendi video görüntüsü izletilir, diğer danışanların geri bildirimleri aktarılır. Görsel ve işitsel geri bildirimlerden sonra danışanın tekrar anksiyete ve fiziksel belirtilerin yoğunluğunu puanlaması istenir.

Maruz bırakılmadan sonra danışanlardan “Maruz Bırakma Değerlendirme Formu 1-B’yi” (Form 1.8.2) doldurmaları istenir. Sonrasında danışanlarla maruz bırakma sürecindeki deneyimleri tartışılır. Maruz bırakılma deneyimi sonrası tüm danışanlarla anksiyete durumu ve fiziksel belirtilere ilişkin olası tahminler ve gözlemlenen durum arasındaki farklar tartışılır.

Ev çalışmalarının belirlenmesi: Danışanlardan o hafta içinde bir gün az tanıkları bir iş arkadaşlarına öğle yemeğini beraber yemeyi teklif etmeleri istenir. Maruz bırakılmadan sonra "Otomatik Düşünceleri Kayıt Formu’nun” (Form 1.2) doldurulması istenir.

Özetleme ve geribildirim: Terapist danışanlara seansı özetler ve danışanlardan seans içinde öğrendikleri hakkında geri bildirim alır.

6. GRUP SEANSI

Hedefler:

1. Seans gündeminin belirlenmesi (5 dakika)
2. Ev çalışmalarının gözden geçirilmesi (15 dakika)
3. Seans içi maruz bırakma çalışmasının yapılması (60 dakika)
4. Ev çalışmalarının belirlenmesi (5 dakika)
5. Özetleme ve geribildirim alınması (5 dakika)

Uygulama:

Gündemin belirlenmesi ve çalışmaların kontrol edilmesi: Seans ev çalışmalarının kontrol edilmesi ile başlar. Terapist danışanların maruz bırakma çalışması sonrası doldurdukları "Otomatik Düşünceleri Kayıt Formu'nu" (Form 1.2) inceler ve danışanlardan geribildirim yapmalarını ister. Danışanlarla birlikte seansın gündemi oluşturulur.

Seans içi maruz bırakma çalışmasının yapılması: Rol oynama etkinliği yapılır. Etkinliğin ne olacağına danışanlarla birlikte karar verilir. Danışanlardan "Maruz Bırakma Değerlendirme Formu 1-A'yı" (Form 1.8.1) doldurmaları istenir. Örnek olarak bu çalışmada danışanlardan biri aşırı eleştirel bir işveren diğer danışan ise çalışan rolündedir. Etkinlik sırasında çalışan rolündeki danışandan kendini kaygılanmadan işveren danışana ifade etmesi istenir. Etkinlikten sonra aşağı doğru ok yöntemi ile danışanların kendileriyle ilgili olarak varsayım ve temel inançlarını bulmaları istenir. Maruz bırakılmadan sonra danışanlardan "Maruz Bırakma Değerlendirme Formu 1-B'yi" (Form 1.8.2) doldurmaları istenir. Sonrasında danışanlarla maruz bırakma sürecindeki deneyimleri tartışılır.

Ev çalışmalarının belirlenmesi: Danışanlardan yapmaktan hoşlandıkları bir etkinliğe az tanıdıkları birini çağırmaları istenir. Ayrıca danışanların belirledikleri temel inançların hayatlarını nasıl etkilediklerini not almaları istenir. Maruz bırakılmadan sonra "Otomatik Düşünceleri Kayıt Formu'nun" (Form 1.2) doldurulması istenir.

Özetleme ve geribildirim: Terapist danışanlara seansı özetler ve danışanlardan seans içinde öğrendikleri hakkında geri bildirim alır.

7. GRUP SEANSI

Hedefler:

1. Seans gündeminin belirlenmesi (5 dakika)
2. Ev çalışmalarının kontrol edilmesi (15 dakika)

3. Alternatif varsayım ve temel inançların belirlenmesi (35 dakika)
4. Seans içi maruz bırakma çalışmasının yapılması (20 dakika)
5. Ev çalışmalarının belirlenmesi (5 dakika)
6. Özetleme ve geribildirim alınması (5 dakika)

Uygulama:

Gündemin belirlenmesi ve çalışmaların kontrol edilmesi: Seans ev çalışmalarının kontrol edilmesi ile başlar. Terapist danışanların maruz bırakma çalışması sonrası doldurdukları "Otomatik Düşünceleri Kayıt Formu'nu" (Form 1.2) inceler ve danışanlardan geribildirim yapmalarını ister. Danışanlarla birlikte seansın gündemi oluşturulur.

Alternatif varsayım ve temel inançların belirlenmesi: Bu oturumun önemli bir kısmı varsayım ve temel inançların belirlenmesi ve örneklenmesine ayrılır. Terapist, danışanların örneklerini kullanarak alternatif inanç üretmelerini teşvik eder. Temel inançların danışanların hayatlarını nasıl etkilediği kendi örnekleri ile açıklanır.

Seans içi maruz bırakma çalışmasının yapılması: Bu oturumda yine rol oynama etkinliği yapılır. Etkinliğin ne olacağına danışanlarla birlikte karar verilir. Danışanlardan "Maruz Bırakma Değerlendirme Formu 1-A'yı" (Form 1.8.1) doldurmaları istenir. Örnek olarak bu çalışmada danışanlardan sürmekte olan ve bilgileri olmadığı bir sohbetin içine dâhil olmaları istenir.

Maruz bırakılma öncesinde danışandan ne olmasını beklediği ve olabilecekler ile ilgili tahminlerine dair bilgi alınır ve maruz bırakılma sırasında nasıl görüneceğine ilişkin fiziksel belirtilerin yoğunluğunu "Görsel İşitsel Geri Bildirim Formu'nu" kullanarak (Form 1.7) puanlaması istenir.

Maruz bırakma sırasında, diğer danışanlardan da maruz bırakılan danışanın anksiyete durumunu, başarısını ve fiziksel belirtilerini Form 1.7'yi kullanarak puanlamaları istenir. Sonrasında, maruz bırakılan danışana kendi video görüntüsü izletilir, diğer danışanların geri bildirimleri aktarılır. Görsel ve işitsel geri bildirimlerden sonra danışanın tekrar anksiyete ve fiziksel belirtilerin yoğunluğunu puanlaması istenir.

Maruz bırakılmadan sonra danışanlardan “Maruz Bırakma Değerlendirme Formu 1-B’yi” (Form 1.8.2) doldurmaları istenir. Sonrasında danışanlarla maruz bırakma sürecindeki deneyimleri tartışılır. Maruz bırakılma deneyimi sonrası tüm danışanlarla anksiyete durumu ve fiziksel belirtilere ilişkin olası tahminler ve gözlemlenen durum arasındaki farklar tartışılır.

Ev çalışmasının belirlenmesi: Terapist danışanlardan hafta içinde en az bir yeni kişi ile tanışmalarını ve kendilerini anlatmalarını ister. Ayrıca danışanların belirledikleri temel inançların hayatlarını nasıl etkilediklerini not almalarını ister. Maruz bırakılmadan "Otomatik Düşünceleri Kayıt Formu'nun" (Form 1.2) doldurulması istenir.

Özetleme ve geribildirim: Terapist danışanlara seansı özetler ve danışanlardan seans içinde öğrendikleri hakkında geri bildirim alır.

8. GRUP SEANSI

Son oturumun amacı; tedavi sonrası olabilecek nüksü tanımlama ve grup sonrası sürecin nasıl işleyeceğine dair bilgilendirme yapmaktır.

Hedefler:

1. Ev çalışmalarının gözden geçirilmesi (15 dakika)
2. Nüksü önlemenin ele alınması (15 dakika)
3. Danışanların öğrendiklerine dair özetleri ve hedeflerini gözden geçirme (30 dakika)
4. Grup sonrası bireysel seansların düzenlenmesi (15 dakika)
5. Veda (15 dakika)

Uygulama:

Nüksü önlemenin ele alınması: Terapist, bu seansta nüksü önlemek için bireysel planlar ve devam eden çalışmaları gözden geçirir. Danışanların oturumlar süresince yaşadıkları tehdit edici durum ve olumsuz duygularına karşı öğrendikleri stratejilerin üstünde durur.

Danışanların öğrendiklerini özetlemeleri ve hedeflerin değerlendirilmesi: Danışanlardan var olan problemlerine yönelik değerlendirme yapmaları istenir. “Yineleme Önleme Formu” (Form 1.9) danışanlara verilir. Terapi sonlandıktan sonra ilerlemeye devam etmek için eylem planları tartışılır. Danışanlar, seanslar süresince öğrenilen tekniklerin devamlılığı yönünde teşvik edilirler.

Seans sonunda sürecin özeti yapılır ve deneyimler paylaşılır. Ardından, grup sonrası bireysel terapi seansının amacı anlatılır. Danışanlar birbirleri ile vedalaşarak seans bitirilir.

GRUP SONRASI BİREYSEL SEANS

Hedefler:

1. Seans gündeminin belirlenmesi
2. Hedeflere yönelik ilerlemenin gözden geçirilmesi
3. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği, Öz-Şefkat Ölçeği ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeklerinin doldurulup incelenmesi
4. Sürecin devam etmesi için bireysel planların tartışılması

Uygulama:

Bu seansta terapist her danışanın grup seansında neler öğrendiğini gözden geçirir. Terapi hedeflerini ve bu hedeflere yönelik ilerlemelerini kontrol eder. Alternatif temel inançların sağlamlaştırılması için olası eylem planları belirlenir. Ayrıca terapist nüksü önleme stratejilerinin daha detaylı üstünden geçebilir.