

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
EMPATİ BECERİSİ, ALEKSİTİMİ, DEPRESYON, ANKSİYETE
DÜZEYLERİ İLE SEMPATİK DERİ YANITI İLİŞKİSİ VE TIBBİ
TEDAVİNİN ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MUSTAFA BAYRAKTUTAN

DANIŞMAN

PROF.DR. NALAN KALKAN OĞUZHANOĞLU

DENİZLİ - 2014

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKYATRİ ANABİLİM DALI**

**SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
EMPATİ BECERİSİ, ALEKSİTİMİ, DEPRESYON, ANKSİYETE
DÜZEYLERİ İLE SEMPATİK DERİ YANITI İLİŞKİSİ VE TIBBİ
TEDAVİNİN ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MUSTAFA BAYRAKTUTAN

DANIŞMAN

PROF.DR. NALAN KALKAN OĞUZHANOĞLU

Bu çalışma Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
Koordinasyon Birimi'nin 15.01.2014 tarih ve 2013TPF013 nolu kararı
ile desteklenmiştir.

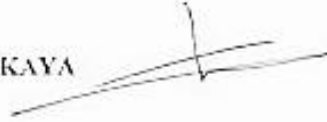
DENİZLİ - 2014

Prof. Dr. Nalan Kalkan OĞUZHANOĞLU danışmanlığında Dr. Mustafa BAYRAKTUTAN tarafından yapılan "Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Empati Becerisi, Aleksitimi, Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ile Sempatik Deri Yanıtı İlişkisi ve Tıbbi Tedavinin Etkileri" başlıklı tez çalışması 06/06/2014 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Psikiyatri Anabilim/Bilim Dalı'nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN: Prof. Dr. Nalan Kalkan OĞUZHANOĞLU



ÜYE: Doç. Dr. Selim TÜMKAYA



ÜYE: Doç. Dr. Eylem DEĞİRMENCI



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

21/06/2014

Prof. Dr. Hasan HERKEN
Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Nalan K. OĞUZHANOĞLU' na, Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Attila OĞUZHANOĞLU' na ve Doç. Dr. Eylem DEĞİRMENCİ' ye, yetişmemde katkıları ve emeği olan değerli hocalarım; Prof. Dr. Filiz KARADAĞ' a, Prof. Dr. Osman ÖZDEL' e, Prof. Dr. Figen ATEŞÇİ' ye, Prof. Dr. Hasan HERKEN' e, Doç. Dr. Selim TÜMKAYA'ya, Doç. Dr. Cem ŞENGÜL'e, Doç. Dr. Gülfizar VARMA'ya, Yrd. Doç. Dr. Ceyhan Balcı ŞENGÜL' e; istatistik konusunda yardımları için Hande ŞENOL' a, EMG ölçümleri esnasında yardımları için Semra ERGEN' e, tez çalışmamın ilerlemesinde katkısı olan ve desteklerini esirgemeyen birlikte çalıştığım tüm değerli doktor ve personel arkadaşlarıma; ayrıca bugünlere gelmemde büyük emeği olan aileme...

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ.....	x
ÖZET	xii
İNGİLİZCE ÖZET	xiii
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	2
SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU (SAB)	2
Tanım.....	2
Tarihçe.....	2
Tanı Ölçütleri.....	3
Alt Tipleri.....	5
Demografik Özellikler.....	7
Epidemiyoloji.....	8
Risk Etkenleri.....	9
Eştanılar.....	9
Klinik Görünüm.....	12
Gidiş.....	13
Oluş nedenleri.....	15
Nörobiyolojisi.....	18
Genetik ve Ailesel Faktörler.....	23
Tedavi.....	25
EMPATİ	29
Tanım.....	29
Empatinin Bileşenleri.....	30
Gelişimsel Özellikler ve Genetik.....	31
Empatinin Biyolojik Yönü ve Otonom Sistemle İlişkisi.....	32

ALEKSİTİMİ	34
Tanım	35
Tarihçe	35
Alt Tipleri	37
Aleksitimik Özellikler	37
Oluş Nedenleri	41
Epidemiyoloji	44
Yaklaşım	46
Aleksitiminin Depresyon, Anksiyete ve Sosyal Anksiyete	
Bozukluğu ile İlişkisi	47
Aleksitimi ve Empati İlişkisi	49
Aleksitimi ve Otonom Sinir Sistemi İlişkisi	49
SEMPATİK DERİ YANITI	51
Tanım ve Özellikler	51
GEREÇ VE YÖNTEM	55
ÖRNEKLEM	55
ÇALIŞMANIN AŞAMALARI	56
VERİ TOPLANMASI	56
Sosyodemografik Veri Formu	56
DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID-I)	56
Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)	57
Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)	57
Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)	57
Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)	58
Empati Ölçeği (EQ)	58
Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma Testi (YD TT)	59
Yüzde Dışa Vuran Duyguları Ayırt Etme Testi (YDAT)	59
Sempatik Deri Yanıtı Ölçümü	60
İSTATİSTİKSEL ANALİZLER	61
BULGULAR	62
SOSYODEMOGRAFİK VERİLER	62
KLİNİK VERİLER	64

CİNSİYETE GÖRE VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	69
TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI DEĞİŞKENLER.....	71
ALEKSİTİMİ DÜZEYİNE GÖRE VERİLERİN	
KARŞILAŞTIRILMASI.....	78
VERİLERİN KORELASYONLARI.....	81
TARTIŞMA	87
SONUÇLAR	103
KAYNAKLAR	105
EKLER	
Hasta kayıt formu	
Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)	
Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)	
Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)	
Empati Ölçeği (EQ)	
Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)	
Gönüllü Hasta Olur Formu	
Gönüllü Sağlıklı Olur Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDT:	Bilişsel Davranışçı Terapi
BOS:	Beyin Omurilik Sıvısı
CRF:	Kortikotrop Salgılayıcı Faktör
ÇKB:	Çekingen Kişilik Bozukluğu
DAT:	Dopamin Taşıyıcı Gen
DEHB:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-IV:	Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders (Zihinsel Bozukluklara İlişkin Tanı ve İstatistik El Kitabı)
EQ:	Empati Ölçeği
fMRI:	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GABA:	γ -aminobutirikasit
GH:	Growth Hormon
HAM-A:	Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
HAM-D:	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HHAA:	Hipotalamik-Hipofizer-Adrenal Aks
ICD:	International Clacification of Disease (Uluslararası Hastalık Sınıflaması ve İlişkili Sağlık Sorunları)
LSAÖ:	Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği
MAOI:	Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
MMPI:	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
NA:	Noradrenalin
OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PB:	Panik Bozukluk
PRL:	Prolaktin
SAB:	Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SABy:	Yaygın tip Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SCID I:	Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IVAxis I Disorders)
SDY:	Sempatik Deri Yanıtı

SGİ:	Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SNGİ:	Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri
TAÖ:	Toronto Aleksitimi Ölçeği
VİP:	Vasoaktif İntestinal Peptit
YAB:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YDAT:	Yüzde Dışa Vuran Duyguları Ayırt Etme Testi
YDTT:	Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma Testi
5-HT:	Serotonin

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1 Epidemiyolojik Alan Çalışması'na göre SAB 'ye en sık eşlik eden hastalıklar.....	10
Tablo 2 Çalışma Gruplarına Göre Sosyodemografik Özellikler.....	63
Tablo 3 Çalışma gruplarına göre sigara-alkol kullanımı.....	63
Tablo 4 Gruplara göre HAM-A ve HAM-D puanları	65
Tablo 5 Gruplara göre LSAÖ ve alt ölçek puanları	65
Tablo 6 Gruplara göre Empati Ölçeği puanları.....	66
Tablo 7 Gruplara göre TAÖ-20 ve alt ölçek puanları	66
Tablo 8 Gruplara göre YDTT ve YDAT puanları	67
Tablo 9 SAB hastalarında ve sağlıklı kontrol grubunda, farklı duygu dışavurumlarını içeren görsel uyaranlar karşısında oluşan sempatik deri yanıtı sayılarının karşılaştırılması.....	68
Tablo 10 Empati Ölçeği (EQ) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması.....	71
Tablo 11 SAB hasta grubunda tedavi öncesinde ve sonrasında HAM-A ve HAM-D puanları.....	72
Tablo 12 SAB hasta grubunda tedavi öncesinde ve sonrasında LSAÖ ve alt ölçek puanları	73
Tablo 13 SAB hasta grubunda tedavi öncesi ve sonrasında Empati Ölçeği puanları	74
Tablo 14 SAB hasta grubunda tedavi öncesi ve sonrasında TAÖ-20 ve alt ölçek puanları	75
Tablo 15 SAB hasta grubunda tedavi öncesi ve sonrasında YDTT ve YDAT puanları	76
Tablo 16 SAB hastalarında tedavi öncesi ve sonrasında, sempatik deri yanıtı sayılarının karşılaştırılması.....	78
Tablo 17 SAB hastalarında tedavi öncesi aleksitimik olan ve olmayan grupta verilerin karşılaştırılması.....	80

Tablo 18	SAB hastalarında tedavi öncesinde elde edilen verilerin SDY yanıt sayıları ile korelasyonu.....	85
Tablo 19	SAB hastalarında tedavi sonrasında elde edilen verilerin SDY yanıt sayıları ile korelasyonu.....	86

ÖZET

Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Empati Becerisi, Aleksitimi, Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ile Sempatik Deri Yanıtı İlişkisi ve Tıbbi Tedavinin Etkileri

Dr.Mustafa BAYRAKTUTAN

Bu çalışmada Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) hastalarında depresyon, anksiyete, aleksitimi, empati becerileri ve sempatik deri yanıtı (SDY) arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. 2 aylık süreç içerisinde ayaktan takip ve tedavileri düzenlenen SAB hastalarında ve kontrol grubunda depresyon, anksiyete, aleksitimi düzeyleri, empati becerileri ve sempatik deri yanıtı ölçümleri arasındaki ilişki incelenmiş, bu veriler tedavi öncesi ve sonrasında karşılaştırılmıştır. Katılımcılara Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Empati Ölçeği (EQ), Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma ve Ayırt Etme testleri (YDTT, YDAT) uygulanmış, YDTT uygulanması esnasında sempatik deri yanıtı (SDY) ölçümleri yapılmıştır. SAB hastalarında aleksitimik birey oranının % 41,7 olduğu, kontrol grubuna oranla daha fazla aleksitimik özellikler gözlemlendiği ve tedavi sonrasında aleksitimi düzeylerinde anlamlı oranda azalma olduğu saptanmıştır. SAB hastalarında kontrol grubuna oranla SDY oranlarının yüksek olduğu, negatif uyarılara karşı daha fazla otonom aktivite gözlemlendiği, pozitif uyarılara karşı duyarlılıklarının ise kontrol grubuna göre daha az olduğu, tedavi sonrasında oluşan SDY oranında anlamlı düzeyde azalma olduğu saptanmıştır. Aleksitimik bireylerin toplam ve negatif uyarılarla oluşan SDY ölçümlerinde daha fazla duyarlılık gösterdiği saptanmıştır. SAB hastalarında EQ puanlarının kontrol grubu ile benzer değerler gösterdiği, tedavi sonrasında EQ puanlarında anlamlı değişiklik olmadığı, SDY ile EQ arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ancak SAB hastaları ve kontrol grubunda kadın cinsiyette empati becerilerinin anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: sosyal anksiyete, aleksitimi, empati, deri yanıtı

SUMMARY

Social Anxiety Disorder in Patients with Empathy skill, Alexithymia, Depression, Anxiety Levels and Sympathetic Skin Response Relationship and Effects of Medical Treatment

Dr. Mustafa BAYRAKTUTAN

In this study was aimed to evaluate patients with Social Anxiety Disorder (SAD) and their relationship between depression, anxiety, alexithymia, empathy skills and sympathetic skin response (SSR). In the process for 2 months outpatient follow-up and treatment held SAD patients and control group examined about depression, anxiety, alexithymia degrees, empathy skills and sympathetic skin response measurements, and the data before and after treatment were compared. Participants were applied Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Empathy Quotient (EQ), Facial Emotion Identification and Discrimination tests (FID, FDSC); during the application FID, sympathetic skin responses were measured. Its found that to be 41,7 % of alexithymia in patients with SAD, which is higher alexithymia scores than the control group, after treatment significant reduction in the levels of alexithymia was observed. Patients with SAD compared to control group SSR rates are found higher, more autonomous activity to negative stimuli, sensitivity to positive stimuli was less than control group, after the treatment; SSR ratio was determined to be decreased significantly. Patients with alexithymia were determined to be more sensitive on SSR measurements with total and negative stimuli. Patients with SAD had similar EQ scores with control group, after treatment there was no significant changes on EQ scores, there was no significant relation between SSR and EQ but both in the SAD and control group the empathy of female gender was found to be significantly higher.

Key words: social anxiety, alexithymia, empathy, skin conductance

GİRİŞ

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), diğer adıyla sosyal fobi, kişinin tanımadığı insanlarla karşılaştığı, başkalarının gözünün üzerinde olabileceği bir ya da birden fazla toplumsal durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyması, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkması ve anksiyete belirtileri göstermesidir (1). Sosyal anksiyete bozukluğu zamanla süregelen bir hastalığa dönüşebilir. Aynı süreç içerisinde bu tabloya depresyon gibi ektanılar da eklenebilir. Bu durum hastalık sürecini daha da kötüleştirerek yeti yitimine neden olabilir.

Aleksitimi, kavramsal olarak “duygulara söz bulamamak” anlamına gelmektedir. Temel olarak duyguları fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğüdür (2). Aleksitimik özellikler gösteren bireylerin duygularını fark etme ve ifade etmede ve uyum sağlama yani adaptasyon süreçlerinde bilişsel olarak önemli eksikliklerin olduğu çeşitli araştırmalar sonucu belirlenmiştir (2). Aleksitiminin depresyon, anksiyete bozuklukları ile yakından ilişkili olduğu çalışmalarda bildirilmiştir (3). Toplumumuzda sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda aleksitimi oranları % 58 oranında bildirilmiştir (4). Bu yüksek oran, birliktelik gösteren bu iki durum arasındaki ilişkiye ilgiyi artırmaktadır.

Sempatik deri yanıtı (SDY) sudomotor sempatik fonksiyonun bir göstergesi olarak kullanılmaktadır (5). Sempatik deri yanıtının, empatik tepkilerle ilişkili olduğu yapılan psiko-davranışsal çalışmalarla gösterilmiştir (6). Aleksitimi vakalarının incelendiği bir çalışmada aleksitimik bireylerin empati yeteneklerinin zayıf olduğu bildirilmektedir (7).

Çalışmamızda Sosyal anksiyete bozukluğunda aleksitimi, anksiyete ve depresyon düzeyleri, sempatik deri yanıtı ve empati becerilerinin değerlendirilmesi, sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında tedavi sürecinin bu veriler üzerindeki etkilerinin araştırılması amaçlanmaktadır.

GENEL BİLGİLER

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Tanım

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), diğer adıyla sosyal fobi, kişinin tanımadığı insanlarla karşılaştığı, başkalarının gözünün üzerinde olabileceği bir ya da birden fazla toplumsal durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyması, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkması ve anksiyete belirtileri göstermesidir. Korkulan sosyal durumlarla karşılaşma kişide belirgin bir anksiyete uyandırır ve kişi bu anksiyeteyi doğuran durumlar karşısında kaçınma davranışı sergileyebilir. Kişinin yaşadığı sosyal anksiyete ya da kaçınma davranışı, işlevsellik üzerinde olumsuz etki yaratır ya da korku ile ilişkili belirgin anksiyete veya sıkıntı yaşatır (1).

Tarihçe

Sosyal anksiyete ve fobilerle ilgili tanımlamalar antik dönemlere kadar uzanmaktadır. Sosyal fobi, ABD’ de ilk kez Beard tarafından 1879 yılında tanımlanmıştır (8). “Sosyal fobi” kavramı, konuşurken, piyano çalarken veya yazı yazarken başkaları tarafından gözlenme korkusu duyan hastaları tanımlamak için ilk kez Fransa’da 1903 yılında Janet (phobies des situations sociales) tarafından kullanılmıştır (9). Sosyal fobi, 1960’da Marks tarafından diğer fobilerden ayrılmıştır. 1966 yılında da Marks ve Gelder, agorafobi, sosyal fobi, hayvan fobisi ve özgül fobiler olarak fobileri dörde ayırmış ve böylelikle sosyal fobinin ayrı bir antite olarak DSM sistemine girmesi yönünde önemli bir adım atılmıştır (10).

Uzun bir süre bir grup klinisyenin bu hastalığı normal bir kişilik özelliği veya aşırı utangaçlık gibi ele alması, diğer taraftan bir başka grubun ise kişilik bozuklukları sınıfı içinde değerlendirmesi SAB konusunun göz ardı edilmesine yol açmıştır. 1985’ te Liebowitz ve arkadaşlarının “ihmal edilmiş anksiyete bozukluğu” başlıklı yayını ile psikiyatri biliminde bu konuda çalışmalar büyük bir ivme kazanmıştır (11). Fobiler, DSM-I de yer almaya başlamış ve bozukluk için “fobik reaksiyon” tanımı kullanılmıştır. DSM-II de “fobik nevrozlar” olarak isimlendirilmiş

ve herhangi bir alt tiplendirme yapılmamıştır. DSM-III (APA 1980) de fobiler arasında niteliksel ayrım olduğu gözlenmiş ve fobik bozukluk, sosyal fobi, agorafobi ve özgül fobi olarak üç alt tipe ayrılmıştır. Bu şekilde sosyal fobi ilk kez DSM-III de ayrı bir psikopatoloji olarak yer almıştır. DSM-III-R (APA 1987) de “yaygın tip sosyal fobi” tanımlanmış ve sosyal fobi, başkaları tarafından değerlendirileceği bir veya birden çok durumdan sürekli ve gerçeğe uygun olmayan korku duyma ve bu durumdan kaçınma, davranabileceğinden korkma şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca DSM-IV de DSM III-R dan farklı olarak bireyin belirgin anksiyete belirtileri göstermesinden korkması koşulu eklenmiştir ve sosyal fobide anksiyete belirtilerinin önemi vurgulanmış ve adı “Sosyal Anksiyete Bozukluğu” olarak değiştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan ICD-9’ da DSM-II’ ye benzer şekilde sadece fobik sendrom mevcut iken, sosyal fobi tanısına ICD-10 (WHO,1992) da DSM-IV deki gibi yer verilmiştir (9). ICD-10 tanı sisteminde anksiyete belirtilerine ağırlık verilirken, DSM-IV’ de bilişsel belirtilere ağırlık verilmiştir. Sosyal Fobi, ICD-10’ da sınırlı (discrete) ve yaygın (diffuse); DSM-IV’ de ise genelleşmiş ve genelleşmiş olmayan tip olarak ikiye ayrılmaktadır (12).

Tanı Ölçütleri

Sosyal Fobi (Sosyal Anksiyete Bozukluğu) DSM-IV-TR ’e göre tanı ölçütleri:

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir).

Not: Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete, sadece erişkinlerle olan etkileşimlerinde değil, yaşlılarıyla karşılaştığı ortamlarda da ortaya çıkmalıdır.

B. Korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir Panik Atağı biçimini alabilir.

Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma ya da tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurulabilir.

C. Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.

Not: Çocuklarda bu özellik olmayabilir.

D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin yoğun bir sıkıntı vardır.

F. 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Korku veya kaçınma bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkinliklerine bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Agorafobi ile Birlikte ya da Olmadan Panik Bozukluğu, Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, Vücut Dismorfik Bozukluğu, Yaygın bir Gelişimsel Bozukluk ya da Şizoid Kişilik Bozukluğu)

H. Genel tıbbi bir durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir. Örn. Kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme ya da Anoreksiya Nevroza ya da Bulimia Nervozadaki yemek yeme davranışı ile ilişkili değildir.

Varsa belirtiniz:

Yaygın: Korkular, çoğu toplumsal durumu kapsıyorsa (örn söyleşileri başlatma ve sürdürme, küçük topluluklara katılma, karşı cinsle çıkma, üstleriyle konuşma, partilere gitme).

Not: Çekingen Kişilik Bozukluğu ek tanısını koymayı da düşününüz.

Sosyal Fobi (Toplumsal Kaygı Bozukluğu) DSM-V 'e göre tanı ölçütlerindeki değişiklikler:

B tanı ölçütünden yaşanan anksiyetenin panik atağı biçimini alabileceği ifadesi kaldırılmış olup, “küçük düşeceği ya da utanç duyacağı biçimde; başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak biçimde” ifadesi eklenmiştir.

C tanı ölçütünden “Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.” ifadesi kaldırılmıştır.

E tanı ölçütüne duyulan korku ya da kaygının, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısız olduğu belirtilmiştir.

F tanı ölçütünde “18 yaş” sınırlaması kaldırılmıştır.

Alt Tipleri

DSM IV 'e göre, “Kişinin korkularının çoğunun sosyal durumlara bağlı olması.” koşulunda yaygın tip düşünülmelidir. Fakat DSM yaygın tipi oluşturan sosyal durumların türü ve sayısı net bir şekilde tanımlanmamıştır. Bu nedenle çeşitli çalışma grupları, yaygın tip ve rezidüel tip SAB için kullanışlı bir tanım oluşturmaya çalışmışlardır. Özellikle konuşmayı başlatma veya sürdürme korkusu veya toplantılara katılma korkusunun yaygın tipe özgü belirtiler olduğu, ancak sadece konuşma yapma, toplum içinde yemek yeme ya da yazma ve/veya topluma açık tuvaletleri kullanma gibi performans odaklı durumlardan korkuluyorsa bunun “özgül” bir alt-tip olabileceği öne sürülmüştür (13). Alternatif olarak Heimberg ve arkadaşları (1993), sosyal fobinin alt-ipleri olarak; “yaygın”, “yaygın olmayan” ve “sınırlanmış” alt-tipi önermişler ve yaygın tipi, en az bir sosyal alanda belirgin bir kaygı yaşamak olarak tanımlamışlardır. Sınırlanmış sosyal fobisi bulunan kişiler ise sadece bir ya da iki ayrı durumda kaygı yaşarlar. Sınırlanmış sosyal fobisi olan kişiler oldukça küçük bir oranda olduğundan, diğer araştırmacıların çoğu tarafından ya hiç ele alınmamış ya da yaygın olmayan alt-tipin içinde değerlendirilmiştir. Sınırlanmış tip sosyal fobiyi inceleyen araştırmaların çoğunda; topluluk içinde konuşma, en yaygın korkulan sosyal durum olarak tarif edilmiştir (14).

Bir Alt Tip Belirteci Olarak ‘Korkulan Sosyal Durumlar’

Korkulan sosyal durumların tipi ve sayısını değerlendirmeyi amaçlayan çalışmalar, SAB anketleri ve kendini değerlendirme ölçeklerini temel almışlardır. 24 maddelik Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) kullanarak yapılan bir araştırmada resmi konuşma/etkileşim, resmi olmayan konuşma/etkileşim, kendine güvenli etkileşim ve başkaları tarafından gözlenme gibi dört farklı durum belirlenmiştir (15). Bunun yanı sıra başka bir çalışmada SAB belirtilerinin faktör analizinde yabancılarla ilişki, resmi performans ya da ilgi odağı olma, izlenirken yemek yeme ya da içme ve resmi olmayan ortamlarda ya da davetlerdeki davranışlar olarak dört farklı faktör belirtilmiştir (16). SAB ’si olan hastalara MMPI-2 uygulandığı bir çalışmada elde edilen sonuçlara göre hastaların üç farklı grupta kümelendiğini saptanmıştır. İlk kümenin MMPI ölçeğinde özgül bir yükselme göstermediği, ikinci kümenin depresyon ve psikastenik skalalarında yükselme gösterdiği ve üçüncü kümenin ise ikinci kümenin özelliklerine ek olarak şizofreni skalasında yükseklik gösterdiği gösterilmiştir (17). Araştırmacılar ilk kümenin sosyal fobinin “sınırlanmış” alt-tipine, üçüncü kümenin ise “yaygın” alt-tipine karşılık gelebileceğini öne sürmüştür.

Tanısal Altıpler Arasındaki Farklar

Çalışmalar, hem yaygın tip sosyal fobinin hem de çekingen kişilik bozukluğunun yüksek düzeyde sosyal anksiyeteye, genel psikososyal yetersizlikle, genel psikopatolojideki yükseklikle, anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğunu belirtmektedirler (18). Bu bakımdan araştırmacılar, alt-tiplerin, özgül (yaygın olmayan) sosyal fobiden, çekingen kişilik bozukluğu (ÇKB) ile birlikte yaygın tip sosyal fobiye kadar uzanan bir yelpaze olarak ele alınmasını önermişlerdir (19).

Tüm sosyal fobi hastalarının yaklaşık %50’sinin yaygın tip, %50’sinin özgül tip olduğunu belirtilmektedir. Demografik veriler bakımından yaygın tip olgularının üçte ikisi, yaygın olmayan tip olgularının ise üçte birinin bekar olduğu ve yaygın tip sosyal fobisi olanların daha genç ve daha düşük sosyoekonomik düzeyde oldukları belirtilmiştir (18).

Yaygın tip sosyal fobi hastalarında başlangıç yaşı ortalama 16,9 iken, yaygın olmayan tipte 10,9 olarak belirtilmektedir (20). Etiyolojik değişkenler açısından bakıldığında yaygın tip sosyal fobide çocukluk çağı utangaçlık öyküsü sık iken, özgül tip sosyal fobide geçmişte travmatik bir yaşantı öyküsünün sık olduğu saptanmıştır. Tedavi sonucu elde edilen veriler yaygın olmayan tip sosyal fobinin bilişsel tedavilere yanıtının, yaygın tipten daha iyi olduğunu göstermiştir (21).

Demografik Özellikler

Epidemiyolojik çalışmalarda sosyal anksiyete bozukluğunun alt tipine de bağlı olarak erken yaşlarda özellikle çocukluk ve erken adolesanlıkta başlayan bir rahatsızlık olduğu bildirilmiştir. Genel olarak bakıldığında SAB hastalarının yaklaşık olarak %80 kadarında belirtiler 20 yaşından önce başlamaktadır (22). Bir çalışmada ise SAB' nin en erken başlayan anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (23). SAB her ne kadar tipik olarak erken yaşlarda başlasa da yaşamın ilerleyen dönemlerinde nadir olmadığı, 35 yaşlarında başlayan olgular bildirilmiştir. Belirtiler ne kadar erken başlasa da yapılan çalışmalar SAB hastalarının belirtiler başladıktan ortalama 10 yıl sonra tedavi için başvurduğunu göstermiştir.

Epidemiyolojik çalışmalarda, sağlıklı bireylere kıyasla SAB olan bireylerin, sıklıkla kadın cinsiyetinde, daha sıklıkla yalnız yaşayan, evlenmemiş ya da boşanmış, düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim düzeyine sahip oldukları bildirilmektedir. Ancak eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyin SAB yaygınlığını etkileyip-etkilemediği tam olarak bilinmemektedir. SAB olanların sosyoekonomik ve eğitim durumlarının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalara karşın kontrol grubu ile bir farklılık bulunmadığı yönünde sonuçlar da mevcuttur. Bekar oranının diğer anksiyete bozukluklarına oranla en fazla görüldüğü grup SAB olarak saptanmıştır (24).

Eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin belirtileri yüzünden daha çok işlevsel kayıp bildirdikleri ve buna bağlı olarak tedaviye daha çok başvurdukları öne sürülmektedir. Buna karşılık, bazı araştırmalar sosyal fobiklerin eğitim düzeylerini kontrol grubuna göre daha düşük bulmuştur; ancak bu bulgunun sosyal fobinin okul başarısını etkilemesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. SAB

hastalarının üçte ikisini kadınların oluşturduğu bildirilmektedir. Ancak klinik çalışmalar gözden geçirildiğinde, tedavi için başvuran kadın ve erkek sayısının eşit olduğu gözlenmektedir (25). Bu bulgular kadın hastaların daha az tedavi arayışında bulduklarını düşündürmektedir. Toplumda yapılan çalışmalarla, klinik örneklerle yapılan çalışmalar arasındaki bu fark, kadınlarla erkeklerin durumlarına uyumda farklı stratejiler kullanması ile ilişkilendirilmiştir. Aynı zamanda bu durum, 'sosyal ataklık' konusundaki beklentilerin cinsiyet farklılığı gösterdiği, kadınların daha pasif ve utangaç olmalarının daha çok kabul gördüğü ve bu beklentilerin tedavi arama davranışını etkileyebileceği ileri sürülmüştür (26).

Epidemioloji

Sosyal anksiyete bozukluğunun toplumda en sık rastlanan anksiyete bozukluğu olmasına rağmen çeşitli ülkelerde yürütülen çalışmalarda prevalans oranlarında farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar çalışmalardaki örneklem yaş aralığının, sosyal işlevsellik ölçütü yorumlarının, kültürel etkenlerin ve kullanılan tanı araçlarının farklı oluşu ile açıklanmıştır (27). Örneğin Tayvan, Taipei ve Kore gibi Uzakdoğu ülkelerinde yaşam boyu prevalans %0,4 – 0,5 arasında değişmekte iken, İsviçre'de yaşam boyu prevalans %16 olarak saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde yürütülen "Ulusal Komorbidite Araştırması'nda SAB' nun bir yıllık prevalansı % 7,9, yaşam boyu prevalansı %13,3 olarak saptanmıştır. Bu oran ABD'de majör depresyon (%17) ve alkol bağımlılığından (%14) sonra SAB'nin 3 yaygın psikiyatrik rahatsızlık ve en sık rastlanılan anksiyete bozukluğu olduğuna işaret etmektedir (28). SAB prevalansının araştırıldığı bir çok farklı çalışmada SAB'nin yaşam boyu prevalansı Kanada'da % 7,1, Almanya' da % 8,7, İsviçre'de % 16, İtalya'da % 4, ülkemizde üniversite öğrencileri üzerine yapılan çalışmalarda ise %9 - 22 arasında saptanmıştır (29).

Kırkpınar ve arkadaşları (1997), üniversite öğrencileri arasında sosyal fobinin yaşam boyu görülme sıklığını %17, 12 aylık yaygınlığını ise %14,4 olarak bulmuştur. Türkiye Ruh Sağlığı Profili alan çalışmasında ise yaşam boyu SAB prevalansı %1,8 olarak gösterilmiştir.

Risk Etkenleri

Kötü maddi durum, düşük sosyoekonomik düzey, hiç evlenmemiş olma, işsizlik ve düşük eğitim düzeyi gibi etmenler hastaların sosyalleşmesine daha da engel olduğundan birer risk etmeni olarak değerlendirilmektedir.

Eştanılar

Sosyal anksiyete bozukluğu başka psikiyatrik bozukluklarla beraber görüldüğünde daha şiddetli seyrederek ve tedaviye daha az yanıt verir. Bununla beraber bu durumda intihar girişimi oranları da artmaktadır (26). Ancak SAB olgularında depresyon eşlik etmediği sürece özkıyım girişimi oranlarının kontrollerden farklı olmadığı bildirilmiştir. Hastalığın başlangıç yaşı küçüldükçe, komorbid bir hastalığın görülme oranı da artmaktadır. Aynı zamanda özellikle yaygın tip SAB' de ikincil gelişen psikiyatrik rahatsızlık sıklığı yüksektir.

Klinik gözlemlerde genelde hastaların SAB tedavisi için değil, eklenen hastalığın iyileşmesi için doktora başvurdukları gözlenmiştir. Ek hastalığın kendisi SAB tanısını gizleyebilir. Bu nedenle altta yatan SAB'nin atlanması tedavi başarısını etkilemektedir (26). Çoğu olguda SAB belirtileri komorbid hastalıktan önce başlar, bu da SAB'nun ortaya çıkan diğer bozukluğa zemin hazırladığını düşündürmektedir. SAB ile en sık birliktelik gösteren hastalıklar; diğer anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (30).

Epidemiyolojik alan çalışması sonuçlarına göre, SAB olgularının yaklaşık üçte ikisinde ek bir bozukluğun bulunduğu belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada SAB olan hastaların %52,3'ünün başka bir Eksen 1 bozukluğuna sahip oldukları, bunlar arasında depresyon ile agorafobili panik bozukluğun %33 ile başı çektiği saptanmıştır (31). SAB 'ye eşlik eden diğer hastalıklar ve bunların görülme oranları Tablo 1'de gösterilmiştir (32).

Tablo 1: Epidemiyolojik Alan Çalışması'na göre SAB 'ye en sık eşlik eden hastalıklar:

Eşlik eden hastalık	Görülme yüzdesi
Basit fobi	%59
Agorafobi	%44,9
Alkol kötüye kullanımı	%18,8
Major depresyon	%16,6
Madde kötüye kullanımı	%13
Distimik bozukluk	%12,5
Obsesif kompulsif bozukluk	%11,1
Bipolar bozukluk	%4,7
Panik bozukluk	%4,7
Somatizasyon bozukluğu	%1,9
Eşlik eden hastalık yok	%31

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

SAB 'de en sık görülen eştanıların yaşam boyu yaygınlıkları sırasıyla; böcek ve yükseklik korkusu başta olmak üzere özgül fobiler (% 37,6 – 60,8), agorafobi (%8 – 45), panik bozukluk (%4,7 – 26,5), yaygın anksiyete bozukluğu (%2-27), obsesif kompulsif bozukluk (%2 -19) ve travma sonrası stres bozukluğu (%5 - 16) oranları arasında görüldüğü bildirilmiştir.

SAB 'ye eşlik eden bozuklukların nokta yaygınlığı değerlendirildiğinde; major depresyon (%40 - 85) ve distimik bozukluk (%20 - 50), anksiyete bozuklukları ve alkol ve madde kullanım bozuklukları takip etmektedir.

Eştanı gösteren olguların çoğunluğunda SAB' nin başlangıç yaşı duygudurum bozukluklarından daha erkendir. SAB 'nin kişiler arası ilişkilerdeki işlevselliği olumsuz yönde etkileyerek ikincil depresyona neden olması sık görülen bir durumdur. SAB hastalarının üçte ikisinde, ikincil olarak gelişen depresyon bulunduğu tespit edilmiştir (30). SAB hastalarında depresyon ve distimi gelişme ihtimali SAB olmayan hastalara göre yaklaşık 3 kat artmaktayken, SAB hastalarındaki korkulan sosyal durum sayısı arttıkça depresyon görülme oranı ve kronikleşme ihtimalinin de arttığı gösterilmiştir (27). Depresyonun eşlik ettiği olgularda, hastalık şiddeti, sosyal yetersizlik ve intihar oranlarının, yükseldiği

gösterilmiştir. SAB' ye depresif belirtilerin sık eşlik etmesine karşın distimi tanı ölçütlerini karşılayan hasta oranı % 12,5 olarak saptanmıştır.

Panik bozukluğu ile SAB belirtileri bazen birbiriyle örtüşmekte ve bu nedenle ayırıcı tanıda zorluklarla karşılaşılmaktadır. Bazı çalışmalarda panik bozukluğu olan hastalarda %46 – 49,1 oranlarında SAB görüldüğü bildirilmiştir (33). Hem agorafobili hem de agorafobisiz panik bozukluğana ikincil gelişen SAB olgularına da sık rastlanmaktadır. Panik bozukluğu olan hastalar SAB olan hastalardan farklı olarak sosyal durumlara maruz kalmaktan korkmazlar fakat panik ataklarının başkaları tarafından görülebileceği durumlardan korkma ve kaçınma davranışının ikincil SAB 'ye neden olabileceği öne sürülmüştür (26).

Birçok çalışmada SAB ile alkol kullanım bozukluğu tanıları arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiş olmasına karşın bu ilişkinin yönü ya da nedenselliği konusunda halen belirsizlik bulunmaktadır. Alkol kullanımının SAB belirtilerini yatıştırıyor olması SAB hastalarında alkol bağımlılığı gelişmesinde kolaylık sağladığı düşünülmektedir. Aynı zamanda bazı bireylerde alkol kullanım bozukluğuna bağlı olarak sosyal alanlarda yetersizlikler yaşamak, bir sonraki sosyal etkileşimde olumsuz değerlendirilme ile ilgili korkuları sonucu sosyal anksiyete artabilmektedir. SAB 'de alkol bağımlılığı oranı özellikle erkeklerde daha sıktır. Aynı zamanda Lepine ve Pelissolo alkol bağımlılarında sosyal anksiyete bozukluğu yaygınlığını araştıran ve sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozukluğunu araştıran çalışmaları gözden geçirdikleri çalışmalarında; alkol bağımlısı örneklemelerinde SAB yaygınlığının %2,4 ile %57 (ortalama %21) arasında değiştiğini, SAB olan örneklemelerde ise alkol bağımlılığı tanısının %14,3 ile %43,3 (ortalama %26,5) arasında değiştiği saptanmıştır (34) . SAB olanlarda yaşam boyu madde kötüye kullanımının yaygınlığı %16, alkol kötüye kullanımının yaygınlığı ise %28 olarak belirtilmiştir (33). SAB' de alkol kötüye kullanımı komorbiditesinin yaygın tipte % 25, yaygın olmayan tipte % 6 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Bağımlılık tedavi merkezinde yatarak tedavi gören Türk alkol bağımlılarında SAB ek tanı oranları ise %9,8 – 11,4 olarak saptanmıştır (35). YAB'nin görülme sıklığı ise SAB ile ilişkili bulunmamıştır (36).

Cinsel işlev bozuklukları açısından değerlendirildiğinde SAB ile prematür ejakülasyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Prematür ejakülasyonlu

olgularda %47 oranında, kontrol vakalarında ise %9 oranında SAB tespit edilmiştir (37).

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında ikinci eksen tanısı alma oranı %76 olup, en sık görülen ikinci eksen tanısı % 60 oranla Çekingen Kişilik Bozukluğu (ÇKB)' dir. Ardından %38 oranla Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu ve % 33 oranla Paranoid Kişilik bozukluğu gelmektedir. İkinci eksen eştanı oranlarının farklı çalışmalarda değişiklik göstermesi, yöntem ve kullanılan tanı ölçütlerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

SAB ile ÇKB arasındaki benzerlikler oldukça dikkat çekmektedir. ÇKB ile SAB tanı kriterleri arasında büyük oranda ilişki ve örtüşme gözlenmektedir. Yaygın tip SAB' nun tanımlanması bu bozukluk ile ÇKB arasında büyük oranda kavramsal örtüşmeye yol açmıştır. Ayrıca her ikisinin de başlangıç yaşı geç çocukluk dönemi ya da ergenliğin erken dönemlerindedir. Yaygın tip SAB ile ÇKB' nin sadece işlevsellik ve eşlik eden depresyonun şiddeti bakımından farklılık gösterdiğini belirttiği çalışmalar da bulunmaktadır. Ancak ÇKB ile yaygın tip SAB arasındaki ayrımın nasıl yapılacağı halen tartışmalıdır. SAB kronik gidişi, erken yaşta başlaması, yaygın oluşu gibi özellikleri ile bir kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılar niteliktedir.

Ülkemizde SAB ile ÇKB arasındaki ilişkiyi gözden geçirmek amacı ile yapılan bir çalışmada SAB olgularında ÇKB varlığı araştırılmış ve SAB olguların tümünde ÇKB saptanmıştır. Bu sonuç, bu iki tanının birlikte ele alınması gerekliliğini düşündürmektedir (38).

Klinik Görünüm

SAB fiziksel, bilişsel ve davranışsal belirtilerle karakterize bir hastalıktır. Dünya Psikiyatri Birliği Sosyal Fobi Çalışma Grubu, sosyal fobinin temel özelliklerini üç grupta toplamıştır;

1. Sosyal bağlamlarda diğer kişiler tarafından incelenme ve yargılanma korkusu,
2. Küçük düşme, utanç duyma olasılığı olan koşullarda belirgin ve sürekli olan performans korkusu yaşama,
3. Korku duyulan koşullardan kaçma.

DSM-IV tanı sistemine göre B tanı ölçütünde, korkulan durumla karşılaşmanın hemen her zaman anksiyete doğurduğu ve anksiyetenin duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağı biçimini alabileceği belirtilmiştir. Kişi korktuğu durumlarla karşılaşması için zorlandığında veya beklenmedik anda böyle bir durumla karşılaştığında yoğun anksiyete yaşar ve çeşitli bedensel belirtiler ortaya çıkar. Bu belirtiler çarpıntı, tremor, terleme, gastrointestinal rahatsızlık, diyare, kas gerginliği, yüz kızarması, konfüzyon gibi belirtilerdir.

SAB' nda kişinin korkulan durumla karşılaşması halinde panik atak belirtileri de gözlenebilmektedir. Ancak, panik bozukluğunda daha çok çarpıntı, göğüste ağrı ya da sıkışma hissi görülürken SAB' de daha çok terleme, yüz kızarması ve ağız kuruluğu görülür. Güz ve Dilbaz' ın panik bozukluğu ve SAB tanısı konmuş hastaları karşılaştırdıkları bir çalışmada, yüz kızarması, titreme gibi dışardan da belli olabilecek belirtilerin SAB olan hastalarda daha sık görüldüğünü saptamışlardır (26).

SAB' de en sık görülen fiziksel belirtiler; çarpıntı (%79), titreme (%74), kaslarda gerginlik (%64), karında huzursuzluk hissi (%63), ağız kuruluğu (%61), sıcak basması-ürperme hissi (%57), başta basınç-baş ağrısı (%46) olarak bildirilmiştir.

Gidiş

SAB belirtileri genellikle çocukluk dönemi gibi çok erken bir yaşta başlar ve üretken yaşama katılmayı sağlayacak sosyal becerilerin geliştiği ergenlik döneminde tepe noktasına ulaşır. Başlangıç yaşı çeşitli çalışmalarda 10 ile 16,6 arasında değişmektedir, 25 yaşından sonra başlangıç nadirdir. Topluluk içinde konuşma gibi izole korkuların SAB' nun yaygın alt tipine (SABy) göre daha geç ortaya çıkabildiği bilinmektedir (27). Başlangıç yaşı, SAB yaygın olmayan tipte 22,6, çekingen kişilik bozukluğu ile birlikte yaygın tip sosyal fobide 16, çekingen kişilik bozukluğu olmaksızın SABy tipte ise 10,9 olarak bildirilmiştir.

Tedavi için başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından yaklaşık 10 yıl sonra olmaktadır. Bu gecikme sosyal fobinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve sosyal fobiklerin bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanmaktadır.

Wittchen ve arkadaşlarının (1998), 14 - 24 yaşları arasındaki 3021 vaka üzerinde yürüttükleri çalışmalarında erken ergenlikte başlayan klinik tablonun 19 yaşına gelindiğinde ya progresif kötüleşme ya da dalgalı bir örüntüyle devam ettiği, hastaların klinik veya eşik altı aşamalar arasında geçiş gösterebilmelerine rağmen çok azının istikrarlı spontan remisyon gösterdiği saptanmıştır (39).

SAB hastalarında artan klinik belirtilerle orantılı olarak çok sayıda alkol ve madde bağımlılığı gibi zararlı baş etme yöntemleri gelişebilmektedir. Hastalığın gidişatı eşzamanlı başka bir hastalığın varlığından büyük ölçüde olumsuz olarak etkilenmektedir.

SAB tanısı almış 1116 bireyde iyileşme belirtilerinin incelendiği bir çalışmada, olguların %50'sinin süregenlik gösterdiği gözlenmiştir (24).

Yeti Yitimi ve Yaşam Kalitesi

Uzun yıllar ruhsal bozukluklar ve özellikle anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesine etkisi göz ardı edilmiş ve sadece semptomlardaki düzelme dikkate alınmıştır. Son yıllarda bu konuyla ilgili çalışmaların arttığı ve SAB' nin yaşam kalitesi üzerindeki belirgin olumsuz etkileri gündeme gelmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada SAB olanlarda yaşam kalitesi alan skorlarının tümünde sağlıklı kontrollere göre belirgin düzeyde düşüklük saptanmıştır (40). SAB hastalarında ruh sağlığı, genel sağlık, toplumsal rolleri yerine getirememe ve sosyal işlevsellikte bozulmanın bir sonucu olarak yaşam kalitesi daha düşük bulunmaktadır. SAB tanı ölçütlerini karşılayan hastaların yaklaşık yarısından fazlasında günlük rutin işleri yapabilme performansında orta ve şiddetli düzeyde kayıp olduğu saptanmıştır (41).

SAB hastalarının yüksek yeti yitimine rağmen diğer anksiyete bozukluğuna sahip hastalardan daha nadir yardım arama davranışı sergiledikleri belirtilmektedir. Duke Epidemiyolojik Alan Çalışmasında kişilerin %32,6 sının fizyolojik belirtileri nedeniyle, %3 ünün ise SAB belirtileri nedeniyle doktora başvurdukları belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada, hastalığın 11 yaşından sonra başlamış olmasının, psikiyatrik bir komorbid hastalığın bulunmamasının ve eğitim düzeyinin yüksek olmasının iyi gidişat göstergeleri olduğu belirtilmiştir (42).

Ulusal Eştanı Çalışmasında ise, SAB olan hastaların %19 unun, agorafobisi olanların ise %41 inin profesyonel yardım için başvurduğu, SAB' nda hastaların yalnızca %6,2 sinin tıbbi tedavi altında olduğu gösterilmiştir (43).

Oluş Nedenleri

Sosyal anksiyete bozukluğu yaşam boyu görülme sıklığı oldukça yüksek bir rahatsızlık olmasına rağmen bu bozukluğun kaynağını saptamaya yönelik çalışmaların sayısı oldukça azdır. SAB oluş nedenlerini açıklayan biyolojik, bilişsel ve psikodinamik kuramlar mevcuttur.

Psikodinamik akım genel olarak fobileri; cezalandırılma tehlikesi içeren yasaklanmış cinsel veya saldırgan dürtülerin bilince yükselme tehlikesi olduğunda anksiyetenin ortaya çıktığı, bu anksiyetenin yer değiştirme, yansıtma ve kaçınma savunma mekanizmalarını harekete geçirerek fobik belirtilerin ortaya çıktığı şeklinde açıklamaktadır. Bu savunma mekanizmayla klasik psikanalitik perspektiften sosyal fobi belirtileri, kabul edilemez nitelikteki bilinçdışı arzu ve fantezilerle bunlara karşı gelişen savunmaların bir ürünü olarak görülür (12).

Duygusal ve bilişsel yapılandırmalara dayalı açıklamalar; Southam-Gerow ve Kendall çalışmalarında (2000) duyguları anlama becerisindeki gelişimin psikopatolojiler üzerindeki rolünü incelemiş, kaygı bozukluğu gösteren kişilerin duyguların saklanması ve değişebilmesi konusundaki algılarında sorunlar olduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuç kaygı bozukluklarına sahip kişilerin duygularını düzenleyebilmeleri (emotional regulation) konusunda sorunlar yaşadıklarına dair bir ipucu olabilmektedir (44).

Psikanalitik kuramcılardan Fenichel ise sosyal anksiyetenin narsistik ve oral özellikler ile ilişkili olabileceğini, bu kişilerin narsistik ve libidinal gereksinimleri arasında ayırım yapamadıklarını, bu nedenle öz-saygılarını intrapsişik bir süperegö işlevi ile tesis etmek yerine bu gereksinimlerini diğer insanlara üzerinden karşıladıkları şeklinde yorumlamıştır. Buradan hareketle Kaufman sosyal anksiyete bulguları gösteren bir vakasını babasını fazlasıyla kastre edici bir figür olduğu için içselleştiremediği ve kendi yansıtması sonucu babasını temsil etmeye başlayan çevresindeki insanların kendisini cezalandırmasından (kastre etmesinden) korktuğu şeklinde formülize etmiştir (45).

Gilbert ve Trower tarafından kavramlaştırılmış olan temelde psikodinamik kuram ve bağlanma kuramına dayanan Savunma/Emniyet modeline göre; sosyal anksiyetesi olan bireylerde savunma-emniyet sistemi arasındaki denge savunma lehinde bozulmuştur ve kişi diğerlerinden gelen yardımlaşmacı ve arkadaşça tepkileri saptayamaz (12). Bu durum yardımlaşmacı bir modan yarışmacı bir moda geçmelerine neden olarak uyumsuz olmayan biçimde güç toplama ve konumunu koruma duygusunu ön plana çıkarır. Ebeveynin, çocuk için otorite figürü ve yardımlaşmacı rollerinden birinin eksik olması SAB gelişimine yol açabilir.

Mineka ve Zinbarg'ın Şartlanma Modeli'ne göre; bir ya da daha fazla travmatik şartlandırıcı yaşantının sonucu olarak SAB gelişebileceği varsayılmaktadır. Sosyal fobinin etiyojisi ile ilgili davranışçı görüşe ait "Doğrudan Koşullanma"ya göre, SAB olan kişiler fobilerinin kaynağını oluşturan yaşantıları belleğe geri çağırabilirler. Gözlemsel şartlanmada ise kişinin sosyal ortamda olumsuz bir deneyim yaşayan kişiyi gözlemesi ile korkulu hale gelebilmektedir (46).

Leary ve Kowalski'nin Kendilik Sunumu Modeli'ne göre; SAB hastalarında bilinçdışı olarak dikkat çekme ve çevreden onaylayıcı tepkiler alma isteği yoğundur. Bu arzu otomatik olarak onaylayıcı olmayan ebeveyn tarafından utandırılma veya eleştirilme duygusunu doğurmaktadır. Bu hayali aşağılanma veya utandırılma duygusu kaçınmayı doğurur ve kişi diğer insanlar üzerinde özellikle iyi izlenim bırakma konusunda istekli olduğunda ve istediği izlenimi elde etme konusunda şüpheleri olduğunda sosyal anksiyete yaşar (47).

Heimberg ve Juster'in Sosyal Beceri Modeline göre; sosyal anksiyetenin sosyal beceri eksikliği sonucu geliştiği savunulmuştur. Hem olumsuz değerlendirilme korkusu, hem de şartlanma dönemleri ana zorluğun epifenomenini oluşturur. Sosyal Beceri Eğitimi ile bu davranış becerilerinin arttırıldığına ve belirtilerin azaltılabileceğine inanılmaktadır (48).

Albert Ellis'in geliştirdiği bir kognitif model olan Rasyonel Emotif Modele göre SAB hastaları irrasyonel bir biçimde "iyi performans göstermek zorunda oldukları" ve "performans esnasında rahatsızlık duymamak zorunda oldukları" komutlarını kendilerine vererek SAB belirtilerini ortaya çıkarmaktadırlar. Buradaki irrasyonel inanç "Topluma karşı iyi ve rahat konuşmak istediğim için, mutlaka böyle yapmak zorundayım. Eğer bunu yapamazsam bu sadece şanssızlık değil berbat bir

durum olur ve benim yetersiz, değersiz bir insan olduğumu gösterir" düşüncesidir. SAB ile ilgili bu anksiyeteyi Ellis bu kişilerin düşük engellenme toleransına bağlamaktadır (49).

Wells ve Clark' ın Kognitif Modeli' ine göre; SAB 'nin temel özelliği kişinin çok güçlü bir biçimde çevresinde özel bir olumlu izlenim bırakma isteği duyması ama diğer yandan da bunu gerçekleştirebilme yeteneğine olan belirgin güvensizlik ve sosyal durumlar ile ilgili olarak getirdikleri olumsuz beklentilerinin olmasıdır. Kişi dikkatini sosyal ipuçlarından uzaklaştırarak kendisini gözleme ve değerlendirmeye döndürerek, çok küçük olumsuz olayları bile fark ederek kaygı biçiminde algılar. Bunun nedeni kişinin kendisini değerlendirmede kullandığı içsel-öznel bilgiyi diğer insanların kendisiyle ilgili düşündüklerine özdeş saymasıdır (12).

Sosyal olarak kaygı hisseden her birey için kaçma davranışının amacı katastrofik korkudan kaçınmayı başarmaktır. Sosyal ortamla karşı karşıya kalmaya devam eden bireyde doğal olarak korkularda bir azalma olmamasının nedeninin "incelikle hazırlanmış kaçınma davranışına" yani kendilerini güvende hissedecekleri davranışlara bağlı olduğu öne sürülmüştür. Bu güven davranışları başlangıçta kişinin güvenini arttırıp, kaygısını azaltmakla birlikte potansiyel olarak katastrofik olan sosyal durumlardan şanslı olarak kaçabildiği düşüncesine de neden olmaktadır. Böylece kişinin sosyal korkuları devam eder. Olumsuz beklentiler nedeniyle kişinin sosyal durumlar konusunda sürekli olarak tetikte bulunması sonucu kişinin dikkatini odaklamada zorluk çekmesi ve yeterli sosyal performans gösterememesi kişinin sosyal ipuçlarına daha fazla dikkat etmesine neden olur. Bu olumsuz sosyal ipuçları başlangıç kaygısı, yanlış telafuz edilen bir kelime veya konuşma sırasında ufak bir duralama gibi belirsiz olmasına karşın bu bilişlerin önemi abartılır ve daha aşırı duygusal tepkilere yol açar. Anksiyete belirtilerinin artışı sonucu performansın daha fazla engellenmesi sosyal olarak başarısız olduğu duygusunu arttırır. Bunu takip eden kaçma ve kaçınma davranışının sosyal becerilerin edinilmesini veya sürdürülmesini engellemesi daha fazla olumsuz beklentilerin oluşmasına yol açar ve sonuçta kişinin performansı belirgin ölçüde sınırlanır.

Sosyal kaygısı olmayan kişilerde ise sosyal performans olumsuz duygulanım veya olumsuz beklentilerle ilişkili değildir. Dikkat doğrudan sosyal ipuçlarına yönelir; eğer otonomik olarak bir uyarılma söz konusu olursa bu ipuçlarına yönelen

dikkatte de artış meydana gelir. Sonuçta da yeterli ve aversiv özelliği olmayan bir sosyal performans ortaya konur (24).

Nörobiyolojisi

Nöroendokrin Bozukluklar

Hipotalamik-Hipofizer-Adrenal Aks (HHAA)

Akut stres ile HHAA 'nın aktive oluşu sonucunda plazma kortizolunun artışı akut anksiyetede de aynı değişikliğin olabileceği düşüncesini doğurmuştur. Sosyal ortamlar ve sosyal etkileşim SAB hastaları için bir stres faktörüdür ancak SAB olan hastalarda yapılan çalışmalarda idrar serbest kortizol, plazma kortizol düzeyleri ile anormal deksametazon supresyon testi sonuçları açısından normal kontrollerden farklılık saptanmamıştır. Bu durum depresyonu olmayan SAB hastalarının HHAA aktivitesinde herhangi bir anormallik olmadığı şeklinde yorumlanmıştır (50). Bir çalışmada, çocuklarda SAB 'nin öncülü olarak kabul edilen “davranışsal ketlenme” (behavioural inhibition) kortikotrop salgılayıcı faktör (CRF) genindeki bir nokta mutasyon ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (51).

Hipotalamik-Hipofizer-Tiroid Aksı

Hipertiroidizmin anksiyete ile ilişkisi bilinmesine karşın SAB hastalarında yapılan bir çalışmada, SAB hastalarında T3, T4, serbest T4, TSH, antitiroid antikor düzeylerinin yanı sıra tirotropin releasing hormon (TRH) ya TSH yanıtı da incelenmiştir. Sonuçta tiroid fonksiyon bozuklukları ile SAB arasında nöroendokrin bir bağ olmadığı gösterilmiştir (52). Tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının incelendiği bir çalışmada SAB genel popülasyonla eşit oranda görüldüğü saptanmıştır (53).

Oksitosin

İlk olarak doğum ve emzirmedeki rolü ile bilinen oksitosinin, sonraki çalışmalarda anneçocuk bağlanması, çift oluşturma, cinsel davranış ve cinsel olmayan toplumsal davranışlardaki rolü gösterilmiştir. Oksitosinin sosyal etkileşimdeki bilinen etkilerinden yola çıkarak yapılan bir çalışmada, yaygın tip SAB

olan hastalarda plazma oksitosin düzeyleri incelenmiş ve kontrollerle benzer sonuçlar elde edilmiştir. Aynı zamanda SAB grubunda oksitosin düzeylerinin sosyal anksiyete skorları ile doğru orantılı ve sosyal ilişkilerde memnuniyet ile ters orantılı olduğunu saptanmıştır (54).

Yakın zamanda yapılan farklı bir çalışmada oksitosin reseptör genindeki rs2254298 tek nükleotid polimorfizminin kızlarda depresyon, fiziksel ve sosyal anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (55).

Yaygın tip SAB ve kontrol grubunda, plasebo ve 24 IU oksitosin uygulaması ardından emosyonel yüz ifadelerini inceledikleri sırada fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) uygulanmıştır. Yaygın tip SAB grubunda -kızgın yüz ifadelerine daha belirgin biçimde olmak üzere- amigdala aktivitesinin kontrollere göre belirgin düzeyde arttığı saptanmıştır. Oksitosin uygulamasının kontrol grubuna belirgin etkisi bulunmamış, yaygın tip SAB grubunda ise amigdala aktivitesindeki artışı baskıladığı gösterilmiştir. Bulgular oksitosinin özellikle tehdit içeren sosyal sinyallere yanıt olarak patolojik düzeyde anksiyete oluşmasını baskılayabileceği yönünde yorumlanmıştır (56).

Sosyal anksiyete bozukluğu hastaları üzerinde randomize çift kör kontrollü bir çalışmada davranışçı maruz bırakma tedavisine (behavioral exposure therapy) ek olarak oksitosin denenmiş, oksitosinin maruz kalma durumundaki anksiyete düzeylerini anlamlı ölçüde azalttığı fakat genel olarak tedavi başarısında belirgin etkisinin saptanmadığı gösterilmiştir (57).

Growth Hormon (GH)

Yapılan çalışmalar anksiyete bozuklukları ile growth hormon (GH) arasında bir ilişki olduğuna dair oldukça fazla kanıt göstermektedir. Panik bozukluğu ve SAB 'nda klonidine GH yanıtında küntleşme olduğunun gösterilmesi, noradrenerjik sistemin aşırı aktif olması ile açıklanmış olsa da, bu hastalarda GH işlevinde genel bir azalma olduğu da düşünülmektedir. Bu konuda yapılmış bazı insan ve hayvan çalışmaları sonucunda, GH eksikliği olan sıçanlarda korku düzeyinin yüksek olduğu, benzer şekilde gelişim geriliği olan insanlarda anksiyete düzeyinin yüksek olduğu ve GH tedavisi ile anksiyete belirtilerinin yatıştığı gösterilmiştir. Bu değişimin anksiyete ve korku ile ilişkili nöroreseptör sistemi üzerinden olduğu

düşünülmektedir. Bu bulgular, anksiyete bozuklukları ile GH arasında iki yönlü bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir (57).

Turner Sendromlu çocuklarda iki yıl süreyle yürütülen GH replasman tedavisi sonucunda çocukların sosyal anksiyete skorları değişmemekle birlikte, sosyal davranışlarının daha olgunlaştığı ve daha fazla sosyal etkileşime girebildikleri gözlenmiştir.

Oksitosinin in vitro olarak GH salınımını doza bağımlı biçimde inhibe ettiğinin gösterilmesi de GH ile SAB etiyojisi arasındaki bağlantıya işaret eden farklı bir ilişki olduğunu düşündürmektedir.

Nörotransmitterlerde Gelişen Anormallikler

Sosyal anksiyete bozukluğu nörobiyolojisinde en fazla üzerinde durulan nörotransmitterler serotonin (5-HT), noradrenalin, serotonin, GABA ve dopamindir.

Serotonin

Serotonin ile ilgili yapılan hayvan çalışmaları, kimyasal uyarım çalışmaları ve 5-HT üzerine belirgin etkileri olan monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) ve essitopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin ve sertralin gibi birçok serotonin geri alım inhibitörlerinin (SGİ) tedavide etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalar SAB' de 5-HT 'nin rolü olduğunu düşündürmektedir (58).

Yapılan hayvan çalışmalarında 5-HT_{1C} antagonizmasının sosyal etkileşimi arttırdığı, diğer 5-HT reseptör antagonizmasının ise böyle bir etki yaratmadığı gözlenmiştir (59). Benzer şekilde fluoksetin, triptofan ve paroksetin ile yapılan hayvan çalışmalarında, sosyal davranışlar üzerinde belirgin değişiklikler gözlenmiştir.

SAB'de 5-HT rolünü anlamaya yönelik kimyasal uyarım çalışmalarında ise serotonerjik agonistik ajanlar olan fenluramin ve m-kloro-fenil-piperazin (m-CCP) kullanılmıştır. Bu ajanlar verildikten sonra anksiyete ve kortizol düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre belirgin düzeyde arttığı, prolaktin (PRL) yanıtının ise kontrol grubu ile değişiklik göstermediği gözlenmiştir. Bu bulgular SAB olan hastalarda merkezi postsinaptik 5-HT₂ reseptör duyarlılığının arttığı, PRL yanıtından sorumlu olan 5-HT₁ reseptörünün normal işlevsellik gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır (60). Farklı

çalışmalarda 5-HT düzeyinin artmasının amigdalayı aktive eden kortikal ve talamik girdileri inhibe ederek anksiyete düzeyini azalttığı gösterilmiştir (61). Periferik 5-HT işlevlerinin karşılaştırıldığı bazı çalışmalarda SAB olan hastalar ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Sağlıklı kontrollerde sitolopram uygulanması sonrasında emosyon tanıma becerilerinin arttığı, boyun eğici davranışların azalması, göz temasının ve sosyal yakınlaşmanın arttığının saptanması; SAB olan hastalarda amigdalada 5HT-1A reseptör bağlanmasının azaldığının, talamusta ise serotonerjik taşıyıcı bölgelerine bağlanmanın arttığının gösterilmesi SAB etiolojisinde serotonerjik fonksiyonların rolü olduğunu doğrulamaktadır.

Aynı zamanda anksiyete bozukluklarında davranışçı terapinin 5-HT sistemi üzerinden tedaviye katkıda bulunduğu belirtilmektedir (62).

SAB'deki ruminatif olumsuz bilişlerin obsesyonele niteliği ve OKB ile sık eş tanı olabilmesi göz önüne alındığında, SAB'de etkilenen 5-HT yolaklarının OKB'dekine benzer özellikler gösterdiği düşünölmektedir.

Noradrenalin

Sosyal anksiyete bozukluğunda tipik fiziksel belirtilerin sempatik aktivitede aşırı artış ve katekolaminlerin hızlı salınımı ile ilişkili olduğu hipoteziyle noradrenerjik sistem araştırma konusu olmuştur.

Toplum önünde konuşma gibi sosyal kışkırtma paradigmaları ile yürütölen çalışmalarda SAB bulguları ile birlikte kalp tepe atım hızı ve arteryel kan basıncı değişiklikleri çeşitli çalışmalarda araştırılmış, SAB olan kişilerin genel olarak bu otonomik belirtilerin diğerleri tarafından anlaşılacağına dair daha yoğun bir kaygı yaşadıkları saptanmakla beraber, kontrol grubuna göre daha yoğun uyarılmışlık gösterip göstermedikleri konusunda değişken sonuçlar elde edilmiştir.

Sempatik etkinliği ölçmenin dolaylı bir yolu olan ortostatik uyarım yönteminin kullanıldığı bir çalışmada, sempatik uyarımdan hemen sonra gelişen arteryel kan basıncındaki düşüşün SAB olan hastalarda kontrollerden daha fazla düzeyde olduğu ve bunun sempatik hiperaktivite göstergesi olduğu belirtilmiştir (63).

Doğal uyarım yöntemi olan toplum önünde konuşma uyarımının kullanıldığı bir çalışmada yaygın tip SAB olan hastalarla normal kontroller arasında kalp hızı

açısından bir fark olmadığı gösterilmiştir ancak özgül tip SAB de bu uyarım ile kalp hızı artışının normal kontrollerden fazla olduğu gösterilmiştir (64).

Bir α_2 adrenerjik agonist olan yohimbin uygulamasının SAB hastalarının sosyal anksiyete düzeylerini arttırdığı saptanmıştır (65). SAB hastalarına bir başka α_2 adrenerjik agonist olan klonidinin intravenöz uygulanmasıyla growth hormon (GH) yanıtı kontrollere göre baskılanmış olarak bulunmuştur. Klonidin ile GH yanıtının baskılanması yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve major depresif bozuklukta da gözlenen ve aşırı norepinefrin aktivitesine bağlı olarak postsinaptik adrenerjik reseptör aktivitesinin azaldığının göstergesi olduğu düşünülen bir bulgudur (66).

Performans kaygısı olan bireylerde beta blokör ilaçlar etkili olmasına karşın yaygın tip SAB olan hastalarda beta blokör ilaçların belirtiler üzerinde etkili olmadığı gösterilmiştir. Toplum önünde konuşma gibi davranış challenge testi ile yapılan iki çalışmada da performans kaygısı olanlarda meydana gelen kalp hızındaki artışın SABy 'deki artıştan daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu da yaygın ve özgül tip SAB 'nin altında yatan nedenlerin farklı olabileceğini düşündürmektedir (67).

Dopamin

Diğer anksiyete bozukluklarından farklı olarak, SAB nörobiyolojisinde merkezi dopaminin azaldığı görüşü, hayvan modelleri, klinik ve nörogörüntüleme çalışmaları ile desteklenmiştir. Aynı zamanda dopaminerjik fonksiyonu arttıran bupropion ve MAOI 'lerinin SAB tedavisinde etkili olması, dopamini blokajı ile SAB benzeri belirtilerin ortaya çıkması, depresyonu olan hastalarda beyin omurilik sıvısındaki (BOS) dopamin düzeyinin düşüklüğü ile içe dönüklüğün yakın ilişkisi ve Parkinson hastalarında SAB prevalansının artması; SAB' nin düşük dopamin düzeyi ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür (24).

Nörogörüntüleme çalışmaları SAB hastalarında striatiumda dopamin taşıyıcı bölgelerinin ve dopamin reseptörlerinin yoğunluğunun azaldığını göstermiştir. Fakat daha güncel bir çalışmada bu bulgular doğrulanamamış, SAB olan hastaların striatal dopamin taşıyıcısı yoğunluğu, striatal D2 reseptör bağlanma oranı ve amfetamin uygulanması ardından dopamin salınımı parametrelerinin kontrollerden farklı olmadığı gösterilmiştir.

SAB' de dopaminin etiyolojisini araştırmak için yapılan bir çalışmada L-dopa uygulanması sonrası PRL düzeyleri ve göz kırpm hızları değerlendirilmiş ve SAB hastaları ile kontroller arasında anlamlı bir fark gösterilememiştir. SAB tanısı alan hastalarda BOS'ndaki dopamin metaboliti olan homovanillik asit (HVA) düzeyleri hem PB hastalarına, hem de sağlıklı kontrollere göre anlamlı lde düşük bulunmuştur (68).

Gamma-aminobterik asit (GABA)

Alkolün ve gabapentin tedavisinin SAB belirtilerini azaltması, SAB' de alkol bağımlılığının yüksek oranda eş tanı olarak görülmesi, tedavide kullanılan benzodiazepinlerin klinik belirtiler üzerinde gösterdiği etkinlik, GABA 'nın SAB nörobiyolojisinde rol oynadığını düşündürmektedir. Ancak SAB hastalarına flumazenil ve plasebo infüzyonu yapılarak panik belirtileri açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

SAB olan hastalarda gabapentin tedavisi ile SAB belirtilerinde azalma gözlenirken, yüksek dozda kullanılan gabapentine yanıtın erkek ve 35 yaş üzeri hastalarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (69).

Genel olarak bakıldığında her ne kadar GABAerjik ajanların SAB belirtilerini azalttığı ve periferel benzodiazepin reseptörlerinin GABAerjik işlev bozukluğunun bir parçası olduğu dşnlseyde, SAB nörobiyolojisinde GABA 'nın özgül rolü halen netlik kazanmamıştır (70).

Genetik ve Ailesel Faktörler

Anksiyetenin tek başına kalıtımsal bir yönünün olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Benzer şekilde SAB etiyolojisinde de ailesel etmenler üzerinde durulmuş, genetik etmenlerin rolünü araştırmak için yapılan aile ve ikiz çalışmalarının sonuçları, tüm olgularda genetik etmenlerin orta düzeyde katkısı olduğu gösterilmiştir. SAB hastalarında yapılan çalışmalarda monozigot ikizlerde konkordans hızı %24,4, dizigotik ikizlerde ise %15,3 olarak bulunmuştur. Aynı alışmalarda SAB 'nun kalıtsal geçip, indeksinin %22 - 50 civarında olduğu öne srlmştir.

Genetik çalışmalarda SAB için özgül bir kalıtsallık saptanmamasına karşın, çocuğun sosyal ortamlara girmesinin yöreklendirilmediği ailelerde SAB'nun daha sık görülebileceği öne sürülmüştür. Yanı sıra çocukluk döneminde davranışların daha çok ketlendiği kişilerde, gelecekte SAB gelişme riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiş, kalıtımsal olarak aktarılan şeyin SAB'den çok "davranışsal ketlenme" olduğunu öne sürülmüştür (71).

Yenidoğan dönemindeki çocuklarda davranışsal ketlenme'nin incelendiği bir çalışmada, çocuklarda "davranışsal ketlenme" olmasının ileri gelişim dönemlerinde de patolojik kaygı geliştirme açısından bir risk oluşturduğu ve kaygı bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında kontrol grubuna göre davranışsal ketlenme prevalansının daha yüksek bulunduğu gösterilmiştir (72).

İkizler üzerinde yapılan bir çalışmada ikizlerden birinde SAB olması durumunda diğesinde de SAB olma olasılığı özgül tipte %6, yaygın tipte ise %16 olarak belirlenmiştir (20). Çift yumurta ikizleri üzerinde yürütölen bir çalışmada SAB'nda, genetik yapının varyansın %50 sini açıkladığı bildirilmiştir. Bu oran analize dahil edilen Panik Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Majör Depresif Bozukluk için hesaplanan oranların en yüksekidir (73). 707 monozigot ve 491 dizigot ikiz üzerinde yürütölen bir çalışmada da ikizlerden birinde SAB olmasının diğesinde SAB riskini artırdığı saptanmış ve bu riskin % 36 oranında genetik etkenlerden, % 59 oranında çevresel etkenlerden kaynaklandığını bildirilmiştir (74).

İngiltere'de 867 çocuk üzerinde yapılan toplum taramasında utangaçlık puanları yüksek çıkan 43 çocuğun annelerinde SAB prevalansı artmış olarak bulunmuştur (75).

Selektif mutizm yaşayan çocuklarla ilgili çalışmalarda, selektif mutizm yaşayan çocukların 1. derece akrabalarında SAB görölme oranının normal kontrollerden yaklaşık 2 kat fazla olduğu saptanmıştır. Dopamin taşıyıcı geni (DAT1) polimorfizminin, çocuklarda SAB ile birlikte genel anlamda internalizasyon sorunlarıylada ilişkili olduğu gösterilmiştir (76).

Otistik ve Down Sendromlu çocukların 1 ve 2. derece akrabalarıyla yapılan bir çalışmada otistik çocukların akrabalarında, Down Sendromlu grubun akrabalarına göre SAB prevalansının arttığı gözlenmiştir (77). Benzer bir çalışmada otistik

çocuklar ile epileptik çocukların ailelerinde SAB prevalansı incelenmiş, otistik çocukların ailelerinde SAB prevalansının epileptik gruba göre 10 kat fazla olduğu saptanmıştır (78). Tüm bu çalışmalar SAB nin genetik yönünün de etiyojide baskın olduğunu göstermektedir.

Tedavi

İlaç dışı yaklaşımlar

SAB tedavisinde psikofarmakolojik yöntemlerin yanı sıra psikoterapilerin de etkinliğinin belirgin olduğu gösterilmiştir. Psikoterapi yöntemi olarak üzerinde en çok çalışılan bilişsel davranışçı terapidir ve hem bireysel, hem de grup terapisi olarak uygulandığında, SAB tedavisinde faydalı olduğu gösterilmiştir (79). Bu yaklaşımlar içinde yüzleştirme, bilişsel yeniden yapılandırma ve sosyal beceri eğitiminin erişkinler için en temel, etkin BDT teknikleri olduğu bildirilmiştir (80).

Sosyal beceri eğitiminde SAB hastalarının göz teması veya iletişim yetenekleri gibi konulardaki yetersizliklerinden ötürü kişilerarası ilişkilerinde sorunlar yaşayabildikleri ve diğer insanlarda olumsuz tepkiler uyandırdıkları düşüncesinden yola çıkarak yapılan sosyal beceri eğitimleri, hastaları bir tür eğitim ve maruziyet tekniği ile geliştirmektedir. Gevşeme eğitimi ile hastaların sıklıkla kaygılandıkları fiziksel belirtilerle başa çıkabilmeleri amaçlanır. Aynı zamanda bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri ile hastanın sosyal durumuyla ilgili düşünce ve inanışlarını daha nesnel biçimde tekrar ele alması sağlanır. Bazı yazarlar psikoterapilerin SAB hastalarının tedavisinde etkin olduğu kadar aynı zamanda hastalık sürecinde öğrenilmiş bir nüks önleme aracı olduğunu savunmaktadırlar (81).

Psikodinamik yönelimli grup terapisi, psikoanalitik özellikli, tekrarlayan bilinçdışı iç çatışmalarla klinik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi ile etkinlik yaratmaktadır. Bu yöntemle fobik belirtilerle ilişkili olan bilinç dışı düşünce ve çatışmaların dikkatlice bilince yükseltilmesi hedeflenir. Kişinin kendine özgü savunma mekanizmalarının incelenmesi ile bazı verilerin yeniden değerlendirilmesi sonucunda hastalarda bazı psişik değişiklikler gözlenebilmektedir.

SAB hastalarında psikodinamik grup terapisinin etkinliğinin değerlendirildiği plasebo kontrollü bir çalışmada, herhangi bir ilaç tedavisi almayan 80 SAB hastasına haftada bir kez olmak üzere 12 seans grup terapisi uygulanmış, SAB hastalarında

kontrol grubuna göre Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeğın (LSAÖ) puanlarında daha belirgin düşme, SAB hastalarındaki belirtilerde plasebo grubuna göre belirgin düzelme gözlenmiştir (81). Farklı bir çalışmada ise SAB tanısı olan hastalarda yapılan grup terapisinin SAB belirtilerinde azalma sağladığı ancak hastaların sosyal korkularında değişiklik olmadığı gösterilmiştir (82).

Yapılan bir metaanalizde, SAB hastalarında farmakolojik ve psikodinamik yönelimli kontrollü çalışmaların tedavi sonuçları üzerindeki etkinliği değerlendirilerek, 1079 SAB hastasının tedavi sonuçları karşılaştırılmış ve sonuçta ilaç tedavileri ile elde edilen sonuçların psikodinamik yaklaşımlardan daha etkin sonuçlar doğurduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada tedaviler ile maliyet - etkinlik karşılaştırılması yapıldığında BDT yaklaşımların maliyet - etkinlik açısından daha olumlu sonuçlar verdiği bildirilmiştir (79).

İlaç tedavileri

Tedavi etkinliğine dair üzerinde en fazla kanıt bulunan ilaçlar SGİ (Serotonin Gerilim İnhibitörü) olan paroksetin, sertralin, fluvoksamin ve essitalopram ile SNGİ olan venlafaksin ve duloksetindir. Ayrıca geri dönüşümsüz MAOI olan tranilsipromin, SGİ olan fluoksetin, merkezi alfa-2 agonisti klonidin ve buspiron ile yapılan açık çalışmalarda da bu ilaçların SAB belirtileri üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (24).

SGİ grubu ilaçlar SAB tedavisinde ilk seçenek olarak değerlendirilmektedir (83). SGİ grubu ilaçlarının SAB tedavisindeki etkinliği üzerine yapılan çalışmalarda fluoksetin ve sitalopramın SAB tedavisindeki etkinliği, aynı gruptan olan diğer ilaçlara göre daha düşük bulunmuştur (84). Paroksetin ile ilgili yapılan bir çalışmada paroksetin alan grubun (yanıt oranı: % 63 – 69), plaseboya göre anlamlı ölçüde etkinlik gösterdiği bulunmuştur (85). Farklı bir çalışmada ise essitalopramın SAB tedavisinde hem plaseboya hem de paroksetine oranla üstün olduğu gösterilmiştir (86).

Yapılan plasebo kontrollü çalışmalarda fluvoksaminin SAB tedavisinde etkili olduğu ve etkinliğinin MAO-A inhibitörlerinden moklobemid ve brofaromininden daha fazla olduğu gösterilmiştir (87). Bir başka çalışmada SAB hastalarındaki

fluvoksaminin etkinliğinin paroksetin ve sertralin grubundakilere benzer olduğu bildirilmiştir (88).

Sertralinin SAB tedavisindeki etkinliğinin incelendiği plasebo kontrollü çalışmalarda, sertralinin SAB tedavisinde etkin olduğu gösterilmiş olup, ortalama yanıt oranı sertralin alan grupta % 53 - 47 iken, plasebo grubunda % 29 – 26 olarak saptanmıştır (89). Sertralin kullanan SAB hastalarında yapılan bir izlem çalışmasında, 8 haftalık sertralin tedavisi sonrasında hastaların % 36 sında tam, % 29 unda kısmi yanıt olduğu gözlenmiştir (90). Yaygın tip SAB tanısı olan hastalarda yapılan başka bir çalışmada ise tedavi yanıtının erişkin başlangıçlı yaygın tip SAB hastalarında daha iyi olduğu bildirilmiştir (91).

SNGİ grubu ilaçların SAB tedavisindeki etkinliği üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Venlafaksinın SAB tedavisindeki etkinliğine dair kanıtlar, son yıllarda yapılmış olan randomize, kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir. Venlafaksinın plasebo ile karşılaştırıldığı çalışmalarda yanıt oranı venlafaksin alan grup için %55 - 66, plasebo grubu için %24 - 32 olarak bulunmuştur (92). Venlafaksin ile paroksetinin karşılaştırıldığı çalışmalarda ise her ikisi de plaseboya göre anlamlı ölçüde etkin bulunmuştur. Bu çalışmalarda venlafaksine yanıt oranları % 59 – 69, paroksetine yanıt oranları % 63 – 69 olarak bulunmuş olup, cevap oranları açasından her iki ilaç arasında anlamlı fark bulunmamıştır (85).

Atipik antipsikotiklerin etkinliği hakkında yeterli sayıda çalışma yoktur ancak SAB hastalarında monoterapide olanzapinin plasebo grubuna göre anlamlı etkinlik gösterdiği bildirilmiştir (93). Tedaviye dirençli SAB hastalarında antipsikotik tedavinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda, SGI tedavisine risperidon ve aripiprazol eklendiğinde SAB belirtilerinde azalma gözlendiği bildirilmiştir (94). Benzer şekilde tedaviye dirençli SAB hastalarında buspiron ekleme tedavisinin de etkinliği artırdığı bildirilmiştir.

Geri dönüşümsüz MAOI olan fenelzinin SAB tedavisinde plaseboya üstün olduğu gösterilmiş olsa da, yan etkileri ve diyet kısıtlaması gerekmesi açasından kullanımı kısıtlanmaktadır. Geri dönüşümlü MAO-A inhibitörlerinden moklobemidin SAB tedavisinde etkin olduğu bildirilmiş olsa da (95), moklobemid ve brofarominin SAB tedavisinde plaseboya üstün olmadığının gösterildiği çalışmalar da mevcuttur (96).

β blokör ajanlar ve trisiklik antidepresanların SAB tedavisindeki etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda ise yaygın tip SAB tedavisinde etkinliğinin yeterli düzeyde olmadığı lehinde bilgiler sunmuştur (97). Benzer şekilde β blokör ilaçların anksiyetenin yarattığı otonomik belirtilerin yatıştırılmasında etkili olduğu, performans anksiyetesi tedavisinde sıklıkla kullanıldığı bilinmektedir. Ancak β blokör ilaçların performans anksiyetesinde belirtileri yatıştırmakta etkinliği göze çarparken, yaygın tip SAB tedavisinde belirgin etkilerinin olmadığı gösterilmiştir (98).

Trisiklik antidepresanlardan klomipraminle ilgili yapılmış eski tarihli çalışmalar vardır ve SAB tedavisinde olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir. Fakat bunların açık çalışmalar olması ve hasta popülasyonunun yeterince tanımlanmamış olması nedeniyle sonuçlar güvenilir değildir. Yapılan bir çalışmada klomipraminin SAB ve agorafobinin bazı belirtilerini diazepamla kıyasla belirgin ölçüde azalttığı gösterilmiştir. Imipraminle yapılmış açık bir çalışmada ise SAB tedavisinde etkin olmadığı gösterilmiştir (99).

Benzodiazepinlerden klonazepam ve alprazolamın etkinliği plasebo kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir. Fakat SAB hastalarında sıklıkla alkol kullanımının eşlik etmesiyle ortaya çıkan aşırı sedasyon riski ve benzodiazepinlerin uzun süreli kullanımda bağımlılık yapması, bu ajanların kullanımını kısıtlamaktadır (98).

Gabaerjik ajanlardan gabapentinin SAB olan hastalarda kullanılması ile SAB belirtilerinde azalma gözlenirken, etkinlik gözlenebilmesi için kullanılması gereken gabapentin dozunun çok yüksek olmasının kullanımı kısıtladığı, gabapentine yanıt gözlenen hastaların özellikle erkek ve 35 yaş üzeri hastalar olduğu bildirilmiştir (69). Farklı plasebo kontrollü çalışmalarda da gabapentin ve pregabalinin SAB tedavisindeki etkinliği gösterilmiştir ancak çalışmaların kısıtlı olmasında dolayı gelecekte yapılan çalışmalarla sonuçların desteklenmesi gerekmektedir (97).

Antikonvülzan ilaçlardan valproik asit ve topiramatin tedaviye dirençli olmayan SAB hastalarında monoterapide etkin olduğu bazı çalışmalarda bildirilmiştir (94).

EMPATİ

Tanım

Empati kelimesi Yunanca *empathēi*’ den köken almaktadır. Bu kelime “en - içeride” ve “*pathia* - hissetme” kelimelerinin bir birleşimidir. Anlamı ise “bir duygu veya his içine girmek”tir. Genel bir tanım olarak bir kişinin kendisini bir başkasının yerine koyabilmesi ve bu yolla onun duygu, düşünce, tutumları ve yaşantısını anlayabilmesidir.

Sharma, empatinin tarihte ilk olarak Aristo ’nun “Rhetoric” adlı eserinde yer aldığını bildirmiştir. 1887 de Lips, empatiyi, “bir kişinin kendi farkındalığını kaybederek, başka bir şeyle kaynaşması” olarak tanımlanmıştır. Almanca’da empatiye karşılık kullanılan "*Einfühlung*" kelimesi, bir başkasının yerine geçebilme yetisi anlamına gelmekte; İngilizce’de ise "bir başkasının ayakkabısını giyebilme" şeklinde kullanılmaktadır (100). 1909 yılında Titchener, *emfuhlung* terimini, eski Yunancadaki “*empathēi*” teriminden yararlanarak İngilizceye “*empathy*” olarak tercüme etmiş ve kişinin özünün, algılanan nesneye yüklenmesi anlamını korumuştur. Böylece “*empathy*” kelimesi, psikiyatri literatürüne girmiştir (101).

Yüzyılımızın başlarından, 1950’lerin sonlarına kadar empati kavramının bilişsel yönü ön planda tutulmuştur. Bu dönemde empati karşısındaki insanı anlama ve kendini onun yerine koyarak onun özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak anlamında ele alınmıştır. 1960’larda empatinin bilişsel yönünün yanında duygusal yönü de vurgulanmış, karşıdakini anlamının empatinin ön koşulu olduğu fakat tek başına yeterli olmadığı, aynı zamanda karşısındakinin duygularını da aynı şekilde hissetmenin gerekliliği vurgulanmıştır.

Adler’e göre empati, başkasının gözleriyle görme, başkasının kulaklarıyla işitme ve başkasının işittiklerini hissetmek olarak tanımlanmıştır. Psikanalitik kuramın öncülerinden Kohut ise empatiyi kendilik (*self*) psikolojisinde kullanılan analitik tekniğin temel unsurlarından birisi olarak görmüş ve özel olarak karmaşık psikolojik durumların algılanışına olanak sağlayan bir biliş şekli olarak tanımlamıştır (102).

Filies’e göre empati, kendini diğzerinin yerine koyma, onun kalıbına girme ve onun iç düşünce tarzını edinme yeteneğidir ki, Filies bunu “kimlik tanıma denemesi”

olarak adlandırmıştır. Bu gibi çeşitli tanımlamalara karşın günümüzde empati Carl Rogers'in tanımladığı şekilde; 'bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak algılaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi süreci' şeklinde tanımlanmaktadır (103).

Güncel tanımlamalarda empati; geçici, bilinç ya da bilinç öncesinde sınırlı, regresif olmayan, kolayca geri dönebilen bir yapıyla karakterize özel bir özdeşim şekli olarak tanımlanmakta; özü ve amacının başka bir insanı entelektüel olarak kavramaktan çok "duygusal anlama" olması gerekliliği vurgulanmaktadır.

Empatinin Bileşenleri

Empati çok sayıda bileşenden oluşmaktadır. Her ne kadar bu bileşenler halen tartışma konusu olsa da empatiyi tanımlarken bu bileşenlerin de değerlendirilmesi empati kavramının anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır.

Barrett- Lennard, birey ile empati kurarken bu sürecin dört aşamada gerçekleştiğini ifade etmektedir. Birinci aşama; bireyin duygularını fark etmesi ve anlaması, ikinci aşama; iletişim kurması, üçüncü aşama; bireyin dinlendiğini ve anlaşıldığını hissetmesi, dördüncü aşama ise, bireyin kendini ifade etmesidir (105).

Bilişsel Bileşeni

Empati; bilişsel açıdan, bireyin karşısındaki kişiyle aynı duyguları yaşamadan karşısındaki kişinin düşüncelerini sözel ve sözel olmayan ipuçları sayesinde anlayarak karşısındakinin duygularını anlayabilmesidir.

Duygusal Bileşeni

Empatinin duygusal bileşeni, kişinin kendisini başkasının yerine koyarak, kişinin iç dünyasını, düşüncelerini, hissettiklerini algılaması ve bunun sonucunda, paylaşmanın ortaya çıktığı önemli bir süreçtir. Empatinin duygusal yönü ele alınmadığında, empati, sadece diğer bireyin yaşantısını tanımlama becerisi haline gelir.

Bildirişim Bileşeni

Bildirişim bileşeni, empatinin bilişsel ve duygusal bileşenlerinin karşımızdaki bireye iletilmesi olarak tanımlanır.

Algısal Bileşeni

Algısal empatinin, bilişsel ve duygusal empati becerilerinin artması için gerekli olduğu bilinmektedir. Algısal bileşende empati kuracak kişi, karşısındaki kişinin hareketlerine, yüzüne, sözlerine, konuşma içeriğine, zamanlamasına ait tüm ipuçlarını algılamalı ve gözlemlemelidir. Bunları algıladıktan sonra ancak duygusal ve bilişsel bileşenler kullanılabilir (105).

Gelişimsel Özellikler ve Genetik

Literatürde empati kavramını konu alan araştırmalarda, bu becerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiğine dair bulgular görülmektedir. Her ne kadar tersini gösteren çalışmalar mevcut olsa da bu konuda yapılan çalışmaların çoğunda, kadınların empatik olma eğilimlerinin erkeklerden daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Empati kurma becerisinin annene ve babanın eğitim seviyesi, ailenin sosyoekonomik durum, ebeveyn tutumu, bağlanma stilleri gibi faktörlerle de ilişkili olduğu farklı çalışmalarda bildirilmektedir. Cezalandırıcı ve kısıtlayıcı olmayan, eşitlikçi, çocuklarıyla aralarındaki duygusal ilişkiyi korumaya eğilimli olan, çocuklarını, problemlerini kendileriyle paylaşmaları için teşvik eden ve çocuklarının başkaları üzerinde iyi izlenim oluşturmalarına önem veren annelerin çocuklarının da empati düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (106). Benzer bir şekilde farklı bir araştırmada, ebeveynin demokratik tutumunun, çocuklarda empati gelişimi açısından izin verici ve otoriter ebeveynliğe göre daha avantajlı olduğunu ortaya koymuştur. İzin verici ebeveynliğin ise empatiyi negatif yönde etkilediği ileri bildirilmiştir (107).

Hoffman, başkasının sıkıntısını gözlemenin yardım etme davranışını arttırdığını öne sürerek, eğlence ve heyecan gibi olumlu duyguların paylaşılmasının da yardım etme davranışına etki ettiğini ancak bu etkinin daha zayıf olduğunu vurgulamıştır. Bir başkasının sıkıntısına verilen empatik tepkinin temelde olumsuz bir durumun deneyimlenmesinden kaynaklandığını varsayarak, empatik sıkıntı

kavramını, başka bir kişinin acı verici duygusal deneyimine karşı gösterilen güçlü bir tepki olarak tanımlamıştır (108).

Empatinin genetik yönünün incelendiği çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmalardan birinde 94 monozigotik, 90 dizigotik ikiz dahil edilmiş, empatik özellikler farklı bileşenleri ile birlikte incelenmiştir. Sonuçta empatinin özellikle duygusal bileşeni açısından genetik bir yönünün olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada hastalar cinsiyet açısından değerlendirilmiş olup, kadınların erkeklerden daha yüksek empati puanları edindiği bildirilmiştir (109).

Empatinin Biyolojik Yönü ve Otonom Sinir Sistemi ile İlişkisi

Empati kavramı ilk olarak psikolojik kuramlar içerisinde tanımlanmakla birlikte; son yıllarda psikolojik kuramların biyolojik yansımalarına ilişkin araştırmalar yoğunluk kazanmaktadır.

Beynin kortikal ve subkortikal birçok alanı empatinin duygusal ve bilişsel yönleri ile yakından ilişkilidir. Anterior singulat ve insular korteks aktivitesinin empatik tepkiler sırasında artması, bu bölgelerin aleksitimi ile ilgili çalışmalarda da ilişkili bulunması, aynı zamanda her iki bölgenin otonom uyarılmanın regülasyonunda rol alması bu ilişkinin bir kanıtı niteliğindedir (110). Benzer şekilde son yıllarda yapılmış bazı beyin görüntüleme çalışmalarında empati ile ilgili olan nöronal devreler gözden geçirilmiştir. Empati ile beynin farklı bölümlerinde aktivite artışları gözlenirse de, anne-bebek ilişkisini anlamada singulat korteksin rolü neredeyse tüm çalışmalarda sürekli olarak vurgulanmıştır.

Lorberbaum ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir görüntüleme çalışmasında; anne ve bebek arasındaki ilişkiye dair ilk biyolojik kanıtlar ortaya konmuştur. Bu çalışmada annelere görüntüleme yapıldığı sırada belirli aralıklarla bebek ağlama sesleri ve nötral sesler dinletilmiş ve görüntüleme sonrası duygularını puanlamaları istenmiş. Tüm annelerin nötral sese kıyasla bebek ağlama seslerinde daha büyük bir üzüntü hissettiği ve bir an önce yardım etme duygusu taşıdıkları saptanmıştır. Görüntüleme sırasında da ortak olarak tüm annelerde sağ anterior singulat korteks, sağ orta ve üst frontal giruslarda aktivite artışı belirlenmiştir (111). Opiat ve oksitosin reseptörlerinden oldukça zengin bir bölge olan singulat korteksin

empatik yaklaşım ve sosyal bağlanma ile ilişkilerinin incelendiği diğer çalışmalar bu bulguları destekler niteliktedir.

Makak maymunlarında ve daha sonra insanlarda yapmış olan çalışmalarda "ayna nöronlar" olarak tanımladıkları bir grup sinir hücresi "empati nöronları" olarak önerilmiş, ayna nöronların keşfiyle birlikte empatinin biyolojik yansımalarına ilişkin araştırmalar farklı bir boyut kazanmıştır (112). Farklı görüntüleme çalışmalarında prefrontal korteks hasarlarından sonra empatik anlamının bozulduğu, frontal hasarın kendi ve başkasının yaklaşımını anlama becerisinde ve bilişsel esneklikte azalmaya neden olduğu, frontopolar korteksin ötekinin öznel bakış açısının benimsenmesinde inhibitör görevinin olduğu bildirilmiştir (112).

Duyguları ifade güçlüğündeki bir bozukluk ayna nöron sistemindeki bir bozuklukla ilintili gibi görünmektedir. Nitekim aleksitimik bireylerde ağrı ve empati ölçeği skorlarının daha düşük bulunduğu gösterilmiştir. Ayrıca beyin görüntüleme çalışmalarında aleksitimik bireylerin beyinlerinde sol dorsolateral prefrontal korteks, dorsal pons, serebellum ve sol kaudal anterior singulat korteks'te düşük aktivite saptanmış ve bunun duygu işlenmesinin düzenleme ve yürütülmesi açısından kognitif bozukluğu düşündürdüğü belirtilerek, kendi duygularının farkında olmanın önemi vurgulanmıştır (113).

Fizyolojik açıdan empatik süreçler değerlendirildiğinde bir dizi bilişsel ve duygusal sürecin bir yanıtı olarak ortaya çıkan belirtiler açısından otonom sinir sistemi de bu nörobiyolojik süreçlere dahil olmaktadır. Otonom sinir sisteminin uyarılması ile oluşan yanıtların empati ile yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir (114). Bu açıdan bakıldığında empatinin sempatik deri yanıtı ve pupil boyutu değişiklikleri ile ilişkisinin incelendiği farklı çalışmalar da empatinin biyolojik yönünün bir diğer göstergeleridir.

Harrison ve arkadaşlarının pupil boyutunun duyguların dışavurumundaki rolünü sorguladıkları araştırmalarında, tüm yüz ifadeleri için daha küçük pupil boyutlarında empati yoğunluk skorlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca pupil boyutu değişikliklerine duyarlılık gösterenlerin empati ölçeği skorları da yüksek bulunmuştur. Ancak yalnızca hüzünlü yüz ifadesi için pupil büyüklüğü ile emosyonel dışavurum arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (115).

Marci ve arkadaşlarının deri iletkenliği ile empati skorları arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri araştırmalarında, terapist ve hastalarda görüşme sürecinde deri iletkenliği llerek ve eşzamanlı olarak gözlemci ve hastalara empati leği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda deri iletkenliği değişimindeki uyumun empatinin skorları ile ilişkili olduğu, deri iletkenliği değişimindeki uyumun empatinin biyolojik bir göstergesi olabileceği ileri sürülmüştür (116).

Otistik ocuklarda empati eksikliği görüldüğü bilinmektedir. Bu konuda 1999 yılında yapılan, otizm ve kontrol grubunda tehlike ipuçları, tehdit edici ve nötr uyaranlar karşısında oluşturulan sempatik deri yanıtlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, empati yeteneği düşük olan otizm grubunda nötr uyaranlar ve tehdit edici uyaranlara karşı oluşturulan sempatik deri yanıtlarının kontrol grubuna göre düşük olduğu bildirilmiştir (117).

ALEKSİTİMİ

Duygu genel anlamda bireyle ilişkili öznel yaşantıları, birey için önemli olan olaylarla ilişkili olarak bireyin neler yapabileceğini, bağlamın değerlendirmesini içeren, tanımlanabilir dönemleri olan bir süreç olarak ifade edilebilir. Duygu bireyin harekete hazır olmasına, önceliklerini belirlemesine ve planların yapılmasına öncülük eder (118). Duygulara bedensel değişimler, sözel ve sözel olmayan duygusal ifadeler ve hareket tarzları gibi öğeler eşlik eder (119). Lewis'in bilişsel-gelişimsel bakış açısına göre, potansiyel olarak doğuştan var olan olumlu ve olumsuz duygular olgunlaşma, sosyalizasyon ve bilişsel faktörlerin etkisiyle farklılaşmaktadırlar. Kuramsal olarak duyguları yönetme becerilerini fizyolojik tepkileri farketme, duyguları etiketleyebilme, duyguları sözel ve davranışsal olarak ifade etme, duygularla ilgili başaçıkma süreçleriyle açıklamaktadır. Buna ek olarak yaşanılan duygu deneyiminde, duygu durumlarının sosyalizasyona bağlı olarak birey tarafından nasıl yönetileceğini belirlemede bireysel, ailesel ve kültürel faktörlerin de önem kazandığını belirtmektedir (120).

Uyumlu duygusal işlevsellik, ruhsal olarak iyilik hali ile ilişkisi açısından bakıldığında kişinin duygularını tanınması, anlaması ve kabul etmesi önem arz

etmektedir. Bunu yapmak için yetersiz olma durumu ise ‘aleksitimi’ olarak ifade edilmektedir.

Tanım

Aleksitimi en basit tanımıyla “duygularını fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü” olarak tanımlanmıştır (121). Bu kavram ilk kez 1972 yılında Sifneos tarafından psikosomatik hastalıkları olan hastaların psikolojik özelliklerini tanımlamak için kullanılmıştır (122). Başlangıçta psikosomatik hastalarda görülen belirtileri açıklamak amacıyla ortaya atılmışsa da sonraları aleksitiminin sadece psikosomatik tablolara özgü bir durum olmadığı, ruhsal rahatsızlıkların hepsinde ve sağlıklı bireylerde de sıkça görüldüğü anlaşılmıştır (123).

Aleksitimi, öncelikle bireyin duygusal işlevlerinde ve kişiler arası ilişkilerinde güçlük çekmesi şeklinde ortaya çıkan bir sorundur ve duygularını açıklama ve ayırt etmede zorlukla karakterizedir (124). Aleksitimi, kişinin duygularını tanıma, tanımlama, söze dökebilme zorluğu, somut düşünme eğilimi, fiziksel duyumlarla duygusal duyumları ayırt etme güçlüğü ve hayal kurabilme yeteneğinde azalma ile giden kişilik özelliklerini ifade eder (125). Bu kişilik özellikleri, psikosomatik hastaların kişilik özellikleri olarak düşünülüp, oluşan sıkıntıyı bedensel belirti geliştirerek yanıt verme ya da duygulanımın bedensel dilin kullanılarak iletilmesi şeklinde de yorumlanabilmektedir (126).

Kelime anlamı olarak ise aleksitimi Yunanca’da a= yok, lexis= söz, thymos=duygu anlamına gelen kelimelerin birleşmesinden meydana gelmiş bir kavramdır. Bu kavram Türkçe’ye “duygular için söz yokluğu” şeklinde çevrilmiştir. Şahin ise aleksitiminin, sadece “duygular için söz yitimi” anlamına gelen duygulara karşı “dilsiz” olmakla sınırlandırılmayacağını, çünkü aleksitimik bireylerin aynı zamanda duygularına karşı “sağır” olduklarını vurgulamaktadır. Buradan hareketle aleksitimi için “duygusal ahrazlık (duygusal açıdan sağır ve dilsiz olmak)” karşılığının kullanılmasını önermiştir (127).

Tarihçe

İlk başlarda aleksitimi ruh sağlığı alanında psikosomatik bir durumu ve belirtiyi anlatmak amacıyla incelenmiştir. Ancak bazı hastalarda somatik belirtilere neden olduğu düşünülerek bilinçdışı çatışmaların çözümlenmesi amacı ile yapılan

nevrotik patolojiye yönelik girişimlerin etkili olmadığı gözlenmiştir. Buradan doğan ihtiyaç araştırmacıları psikosomatik hastalarda farklı nedenleri araştırmaya yönlendirmiştir (128).

İlk olarak 1948 yılında Ruesch psikosomatik hastaların diğer nevrotik hastalardan farklı olarak duygularını sözel ya da sembolik olarak ifade edemediklerini, aynı zamanda sosyal ortamlarda bu hastalara oranla daha uyumlu olduklarını belirtmiştir. Bu kişilerin duygularını veya gerilimlerini ifade etmelerinin tek yolunun bedensel tepkiler olduğunu kaydetmiştir. Ruesch bu özellikleri “çocuksu kişilik (infantil personality)” olarak kavramsallaştırmıştır (129).

1949 yılında Mac Lean bir çok psikosomatik hastanın duygularını sözel yolla ifade etmekte güçlük çektiğini kaydetmiştir (128). Mac Lean, psikosomatik kişilerde duyguların, neokortekse ulaşır sözel yolla simgesel anlatım bulamadığını, otonom yollarla ifade edildiğini, yani organ diline çevrilerek bedensel belirtiler olarak kendini gösterdiklerini vurgulanmıştır. Visseral ve duygusal fonksiyonların birbiri ile rhinencephalon üzerinden ilişki kurdukları, iç ve dış uyaranların hipotalamus ile yoğun ilişkisi bulunan bu alan üzerinde işlendiği belirtilmektedir (128). Yani psikosomatiklerde yaşanan duygular hipotalamustan geçerek neokortekse ulaşamamakta, amigdalada takılıp kalmaktadır. Bu durum duygu ve deneyimlerin oral ya da visseral yolla ifade biçimini etkilemektedir.

1963 yılında Marty ve M’Uzan inceledikleri bazı psikosomatik hastaların bir kısmının fantezi üretmekte zorluk yaşadıklarını, yaratıcı olmadıklarını ve gerçeklik sınırlarından çıkmadıklarını fark etmişlerdir (131). Bu belirtiler 1970 yılında Nemiah ve Sifneos tarafından psikosomatik hastalarda iletişim stillerini incelemeye yöneltmiştir.

1975 yılında Shands ve 1977 yılında Von Rad, bazı psikosomatik hastaların farklı iletişim şekilleri, duygularını ifade etmekte güçlük, fantezi kurmakta güçlük, dış merkezli düşünme gibi karakterize özellikler gösterdiğini belirtmişlerdir (132). Yine aynı yıllarda Krystal ve Raskin psikosomatik hastalardan bağımsız olarak, benzer özellikleri madde bağımlılarında tanımlamıştır. Bu durum aleksitimi kavramını psikosomatik hastalıklarla bütünleştirme yolundan ayırmıştır.

1977 yılında Jackson, aleksitimik özellikleri taşıyan hastalarda sosyal uyumu değerlendirerek, “yalancı normallik (pseudonormality)” kavramını gündeme

getirmiştir (133). Sonraki çalışmalarla aleksitimik yapının çeşitli ölçüm cihazları kullanılarak daha net bir tanımı yapılmaya çalışılmış, fenomenolojisi, bilişsel ve affektif yapısı ve farklı klinik populasyonlarda yaygınlığı ve sosyodemografik verilerle ilişkisi incelenmeye başlanmıştır (128). Zaman içinde aleksitiminin sağlıklı bireylerde de sıkça görüldüğü fark edilmiştir (7).

Alt Tipleri

Aleksitiminin bir kişilik özelliği olduğunu bildiren görüşlerin yanı sıra, aleksitiminin bir durum (state) ya da özellik (trait) olabileceğine dair görüşler de bulunmaktadır. 1971 yılında Freyberger bu tanımı netleştirmek üzere birincil ve ikincil aleksitimi tanımlamalarını yapmıştır. Birincil aleksitimi psikosomatik hastalarda bedensel bozuklukların ortaya çıkmasına yatkınlık sağlayan uzun süreli olan kişilik özelliği olarak tanımlanırken, ikincil aleksitimi ise ağır stres altında çalışan, üzücü bir olay sonucunda travma yaşayan bireylerde ortaya çıkan, geçici ve kalıcı olabilen bir çeşit savunma olarak tanımlanmıştır (134).

Aleksitimik Özellikler

Aleksitimi kavramının yaratıcısı olan Sifneos, aleksitimik bireyler için şu ifadeleri kullanmaktadır; “Aleksitimi öncelikle bireyin duygusal işlevlerinde ve kişiler arası ilişkilerinde güçlük çekmesi şeklinde ortaya çıkan bir sorundur. Duyguların merkezi bir öneme sahip olduğu toplumsal yaşantıda aleksitimikler yabancı, hatta başka bir dünyadan gelmiş izlenimi verirler. Aleksitimiklerin en belirgin özellikleri duygularını fark edip ifade etme güçlüğü çekmeleridir. Günlük yaşamda düşünebilen, anlatabilen, ilişkiler kurabilen kimselerdir. Ancak duygu ve düşünceleri arasında bağ kurup ayırt etmekte ve bunları ifade etmekte sorunlar yaşarlar. Zeki olabilirler fakat bu zekâlarını daha çok duygularından kaçmak için kullanırlar” (135).

Aleksitimi kavramına ilişkin farklı yaklaşım ve tanımlamalar mevcuttur ancak temel özelliklerine bakıldığında;

Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve Söze Dökme Güçlüğü

Aleksitimik kişilerin en belirgin özellikleri duygularını fark edip ifade etme güçlüğü çekmeleridir. Bu kişilerin bir duyguyu diğerinden ayırt etmekte zorlandıkları, duyguları sorulduğunda kendilerini karışık hissettikleri, hangi duyguyu yaşadıklarını ifade etmekte güçlük çektikleri görülmektedir. Bu kişilerin duygularını yaşayabildiği ancak bu duyguların inandırıcı niteliğinin kaybolduğu belirtilmektedir (136). Duygularını çok kabaca “rahatlama ve rahatsız olma” gibi basit kelimelerle ifade edebilmekte veya “gevşeme ve gergin olma” gibi bedensel tepkilerle gösterebilmektedirler. Kendilerine duyguları sorulduğunda sanki bu kelimenin anlamını bilmez gibi görünürler. Duygusal yaşamlarındaki kısıtlılık, bazen duruşlarındaki donukluk ve duygularının yüzlerinden anlaşılabilmesiyle da kendini belli eder (137).

Duyguların merkezi bir öneme sahip olduğu toplumsal yaşantıda aleksitimik kişiler yabancı hatta başka bir dünyadan gelmiş izlenimi verirler. Aleksitimik kişiler, çevrelerindeki insanlar tarafından donuk, sıkıcı, kaba ve duygusuz olarak tanımlanırlar. Oysa bu kişiler, günlük yaşamda iletişim kurabilen, düşünebilen, anlatabilen kişilerdir. Ancak duygu, düşünce ve bedensel duyuları arasındaki farkı ayırt etmede, bağlantı kurmada ve bunları ifade etmede güçlük yaşamaktadırlar (138).

Hayal Kurma ve Düşlem (Fantezi) Yaşamında Kısıtlılık

Aleksitimik kişilerin, kendi iç dünyalarından uzak, son derece sade, mekanik yaşantıları vardır. Düşlem ve fantezi yaşamındaki kısıtlılıkları, onların daha çok detaylara dikkat etmesine ve işlemsel düşünmelerine neden olmaktadır. Hayal güçleri oldukça zayıftır. Kurdukları hayaller genellikle gerçeklik sınırları içindedir. Ancak hayallerini canlı, yoğun, duygu yüklü olarak canlandıramazlar. Çoğu kez de duygularını çağrıştıracak hayallerden uzak durmayı tercih ederler (137).

Hayal kurma becerilerindeki eksikliklere bağlı olarak yaratıcı olmakta da zorlanabilmektedirler. Hassas değildirler ve düşünmeden davranma eğilimleri yüksektir. Aynı konu üzerinde ısrarlı ve tekrarlayıcı konuşmaları vardır. Genellikle “kendi bildiğini yapma” şeklinde davranış gösterirler. Eylem ve düşünceleri daha çok dış uyaranlar doğrultusundadır. Ayrıca kendilerini sıradan, zayıf, aciz gösterme

çabalarının yanı sıra, gergin ve katı kurallara sahip olmaları dikkat çekici özelliklerdir.

Aleksitimikler rüyalarını çok seyrek hatırlamaktadırlar. Rüyaların öğeleri arasında ilişki kurmaları istendiğinde bunu gerçekleştirmekte zorlandıkları görülür. Rüyalarında ki anlatımlarının daha çok günlük olaylara ilişkin gerçekleri içerdiği ve somut nitelikte olduğu gözlenmektedir (137). Bu konuda yapılan çalışmaların çoğunda aleksitimik bireylerin azalmış veya zayıf imajinasyonlu rüyalar gördüğü bildirilmiştir (139).

Aleksitimik kişilerin düşlem ve fantezi yaşantılarındaki eksiklik, onların daha çok detaylara dikkat etmesine ve işlemsel (operative) düşüncelerine neden olmaktadır. Bu nedenle aleksitimik bireylere imajinasyona dayalı, psikodrama gibi tekniklerin uygulanması terapist/danışman için sorun oluşturmaktadır (140).

İşlemsel (Operational Thinking) Düşünme

Aleksitimik bireyler duygularını tanıma ve ifade güçlüğü yaşamalarına düşlem ve fantezi yaşantılarındaki kısıtlılığa rağmen, çevreleriyle uyum içinde yaşayabilmektedirler. Çünkü pragmatik ve mekanik tarzda düşünme eğilimindedirler. Kendi iç dünyalarından uzak, son derece sade, mekanik bir yaşantıları vardır. Karşılaştıkları sorunlara somut ve kestirme çözümler bulmaya yönelirler. Sorunların kökenine inmektense görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenmeyi tercih ederler. Aleksitimiklerin bu tutumları çevreyle kurdukları ilişkilere de yansımaktadır. Sorunlarının kökeninde yatan duygusal etmenleri, engellemeleri, çatışmaları aramaz, sadece yüzeysel nedenlerle yetinirler. Karşılaştıkları sorunlara ilişkin konuyu en kısa yoldan kapamanın yöntemlerini araştırmaya ve aynı sorunu yeniden yaşamamak için gerekli tedbirleri düşünüp önlem almaya çalışırlar. Bu özellikler aleksitimik bireylerin çevreleri tarafından genellikle büyük ölçüde uyumlu ve sorunsuz insanlar olarak algılanmasına neden olmaktadır (137).

Dış Merkezli Düşünme

Aleksitimik kişiler daha çok dışa dönük kişilik özellikleri ile öne çıkarlar ve çevreleriyle olan ilişkilerinde, tutum ve davranışlarına iç etkenler ve onlara bağlı duygular değil daha çok dış uyaranlar yön verir. Çünkü çevrelerine uyum sağlamaya

yönelik aşırı istek ve çabaları vardır, çevresel beklentilere ve ayrıntılara çok fazla önem verirler. Sosyal olarak uyum göstermeye ve çatışmalardan kaçınmaya eğilimlidirler, sorunsuz, uyumlu ilişkiler kurabilen, çevreleriyle uyum içinde yaşayan kişiler olarak bilinebilirler (137). Ancak bu durumun “yalancı normallik” olduğu, gerçekte bu kişilerin kendi ruhsal gerçekleriyle pek az ilişki içinde oldukları belirtilmektedir (141). Karşılaştıkları sorunlara somut ve kestirme çözümler bulmaya yönelirler. Sorunların kökenine inmektense görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenmeyi tercih ederler (137).

Detaylarla ilgilendikleri için empati yetenekleri sınırlıdır. Yakın sosyal ilişkilerden kaçınmalarına ve kişiler arası ilişkilerinin karmakarışık olmasına rağmen çevreleri ile uyum sağlamaya çalışırlar (142). Bu yüzden daha çok dış kontrollü olup yalnızlığı tercih ederler ve bağımlı olma eğilimi gösterirler (137).

Diğer özellikler

Aleksitimik kişilerde belirgin olarak görülen bu temel özelliklerin yanı sıra önemli bazı özelliklerden de bahsedilmektedir.

Aleksitimik kişilerin başkaları ile empati kurma, onları anlama yetenekleri zayıftır. Duyguları ifade etmede yaşanan güçlüğü ayna nöron sistemindeki bir bozuklukla ilişkili olduğu düşüncesinden yola çıkılarak yapılan bir görüntüleme çalışmasında aleksitimik bireylerde empati ölçeği skorlarının aleksitimik olmayanlara oranla daha düşük olduğu gösterilmiştir (113).

Aleksitimik bireyler empati yeteneklerinin zayıf olması nedeniyle klinik olarak her ne kadar birlikteliği seven ve paylaşımına açık bireylermiş gibi görünmeyi tercih etseler de bu konuda doğal davranamazlar. Sosyal durumlara uyum sağlıyor gibi görünürler. Fakat diğerleri gibi olmadıklarının da farkında olup bunu gizlemeyi tercih ederler (136).

Aleksitimiklerin hassas olmamaları, dürtüsel davranma eğilimleri diğer önemli özellikleridir (7). Bu bağlamda aleksitimi ve antisosyal davranışlar arasındaki ilişkiye yönelik yapılan araştırmalarda, aleksitiminin yetişkinlerde suça ilişkin davranışlarla ve şiddet ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Benzer çalışmalarda aleksitimi ile dürtüsel saldırganlık ve güvensiz bağlanma arasında ilişki bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (143).

Duygularını işlemede zorluk çeken aleksitimik kişiler duygulara bağlı bedensel duyularını abartarak çok ani tepkiler vermekte ve buna bağlı olarak da yeme bozuklukları, psikoaktif madde bağımlılığı geliştirme riskleri de artmaktadır (144). Ciddi ve kronik bir zorlanmayla ortaya çıkan yoksunluklar aleksitimiye zemin hazırlamakta, aleksitimik bireyin korku, öfke, üzüntü gibi duygularının ikna edici özelliklerinin kaybolmasına neden olmaktadır (136). Davranışlarında duyguların rehberliğini kullanma kapasitesinin azalması, bireyin strese dayanma gücünü azaltmakta ve uyum kapasitesini sınırlandırmaktadır (145). Aynı zamanda bu durum somatik yakınmaların artmasına da neden olduğundan dolayı aleksitimik bireyler nevrotik olarak değerlendirilebilir. Fakat aleksitimikler belirli özellikleriyle nevrotiklerden ayrılırlar. Duygu ve düşünme yokluğu nevrotik kişilerde psikolojik çatışma alanıyla sınırlı kalırken, aleksitimiklerde her alana yayılmış durumdadır. Genel olarak narsisistik, psikosomatik, pasif-agresif veya pasif-bağımlı kişilik özellikleri gösterebilirler (7). Ülkemiz kültürüne paralel olarak genellikle çekirdek aile içerisinde yaşamlarını devam ettirdiği ve yalnız yaşama oranlarının çok düşük olduğu belirtilmektedir (137).

Oluş Nedenleri

Aleksitiminin etiolojisine ilişkin ilk temel çalışmalardan birisi kommissürotomili hastalar üzerinde yapılmıştır. Kommissürotomili hastalarda belirgin aleksitimik özelliklerin görülmesi araştırmacılara aleksitiminin beynin sağ ve sol hemisferi arasındaki bir bağlantı kopukluğundan kaynaklandığını düşündürmüştür. Bu düşünceden yola çıkılarak yapılan çalışmalar da bu hipotezi desteklemektedir (146). Sağ ve sol hemisferin baskınlık özellikleri ile aleksitimi arasında bir ilişki olabileceği düşünülerek yapılan bir çalışmada yalnızca sağ elini kullananlarda aleksitimik özelliklerin, yalnızca sol elini veya her iki elini kullananlara kıyasla anlamlı ölçüde fazla olduğu tespit edilmiştir (147). Bu bilgiler ışığında yapılan sonraki çalışmalarda sol beyni sağ beyne oranla daha yoğun kullanan bireylerde bedensel yakınmalar; duygusal yaşantılarda kısıtlılık ve PB belirtilerinin görülmesi aleksitimik özelliklerle bağdaştırılmıştır (148).

2004 yılında sağ anterior singulat korteks hacmi ile aleksitimi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, aleksitimi puanları ile anterior singulat korteks hacmi arasında pozitif yönde anlamlı veriler elde edilmiştir (149). Ayrıca fMRI görüntüleme çalışmalarında aleksitimik bireylerin beyinlerinde sol dorsolateral prefrontal korteks,

dorsal pons, serebellum ve sol kaudal anterior singulat korteks'te düşük aktivite saptanmış ve bunun duygu işlenmesinin düzenleme ve yürütülmesi açısından kognitif bozukluğu düşündürdüğü belirtilmiştir (113).

Diğer nörobiyolojik çalışmalarda sağ hemisfer hasarı olan kişilerin aleksitimik belirtiler gösterdiği, yine beynin sağ ve sol hemisferleri arasındaki corpus callosum disfonksiyonunun da aleksitimiye neden olduğu gösterilmiştir. Sağ hemisferin duyguları işlemede ve düzenlemede, dilin duygusal öğelerini tanıma ve ifade etmede önemli rol oynadığı ve buna bağlı olarak aleksitimik belirtilerin oluştuğu bulgularına ulaşmışlardır. Aleksitimi oluşumunda duyguların dışavurumunda önemli rolü olan frontal lobda meydana gelen sorunların da önemli yer tuttuğu bildirilmektedir (150).

Aleksitimi ile otonom sinir sistemi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda aleksitiminin norepinefrin/kortizol oranı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (151). Nörobiyolojik araştırmalar ışığında değerlendirilen psikanalitik gözlem ve bulgular, aleksitimi gelişiminde nörofizyolojik etkenlerle birlikte gelişimsel deneyimler, sosyokültürel faktörler ve toplumsal iletişim içerisinde öğrenilen duyu ifade biçimlerinin de etkili olduğu gösterilmiştir (128).

Psikoanalitik yaklaşıma göre, acı verici algı veya duyguların yadsınması, sözel olarak ifade edilememesi, sağlıksız ego savunma mekanizmalarına veya duygusal travmalara bağlıdır. Bilinç dışında ifade edilmeyen ve sözel olarak paylaşılmayan duygular sonuçta çatışmalar, gerilimler ve somatik yakınmalar ile anlatım bulur. Bu yönüyle nevrotik kişilerde ortaya çıkan klinik tablolar aleksitimik özelliklere benzemektedir.

Mc Dougal, erken dönem anne-çocuk ilişkilerindeki bozukluğun çocukta içsel temsiller oluşturma, imge kurma yeteneğini engellediğini savunmuştur. Anne imgesini oluşturma şansı bulamayan çocuk, daha sonraları içsel gereksinimleri için gerekli olan hayal kurma ve fantezi yeteneğinden yoksun kalacaktır. Erken yaştaki anne-çocuk ilişkilerindeki düzensizliğin gerçek benliğin oluşmasını engellediği ve içgüdülerin sözel ifadesini güçleştirdiği için aleksitimik özelliklerin oluşumuna zemin hazırladığını belirterek aleksitimik özelliklerin psikotik nitelikli çatışma ve kaygılara karşı bir savunma mekanizması olduğu iddia etmiştir (152) .

Aleksitimiye psikanalitik yaklaşıma göre açıklayan diğer araştırmacıların çoğu bebeklik ve çocukluk dönemi ebeveyn-çocuk ilişkisine yönelmekte ve ebeveyn

tutumuna göre çocuklarda aleksitimik özellikler gelişebileceğini öne sürmektedirler. Wolff'a göre çocuğun duygusal yönden kendini ifade etmesini, duygusal öz anlatımını (emotional self expresion) ve oyunculuğunu (playfulness) reddeden ebeveynler, çocuğun duygu ve fantezilerini pekiştirmek yerine en yakınları ile bile paylaşmasını engellediklerinden, çocuk zamanla duygusuz iletişim kurarak sahte bir benlik (false-self) geliştirir. Duygusal alanda oluşturulan baskı ve karmaşalar çocuğu duygularını tanımamaya, yaşamamaya ve ifade etmemeye yöneltmektedir. Sonuçta bu durum aleksitimi gelişimi için zemin hazırlamaktadır (137). Von Rad ise ayrılma-birleşme sürecindeki aksamaya bağlı olarak self ve kimlik duygusunun eksik gelişmesi sonucu aleksitiminin ortaya çıktığını ileri sürmektedir (153).

Genetik çalışmalarında aleksitiminin genetik yönünün olduğu kanıtlanmıştır (154). 2011 yılında yapılan bir çalışmada bireysel farklılıklar dikkate alındığında aleksitimide genetik faktörlerin % 42 oranında sorumlu olduğu bildirilmiştir (155).

Gelişimsel ve bağlanma çalışmaları açısından aleksitimi algılanan destek azlığı, yakın ilişki azlığı, aile içi ve sosyal yalnızlık, sosyal beceri azlığı ve travmatik yaşam olayları ile ilişkili bulunmuştur (156). Duygu düzenleme zorlukları ile ilgili olarak güvensiz bağlanma ve duygusal ifadelerin engellenmesine neden olan çocukluk dönemi travmalarının da aleksitimi gelişiminde etkisi olduğu, bunun regresif özelliklerle açığa çıktığı vurgulanmaktadır. Prospektif olarak 12000 çocuğun incelendiği bir çalışmada, 31 yıllık izlem sonunda 6000 kişiye TAÖ-20 uygulanmış ve istenmeyen çocuklar, kalabalık aileler ve boşanmış ailelerin çocuklarında aleksitimi puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada erken konuşan çocuklarda TAÖ-20 puanlarının daha düşük saptanması aleksitiminin dil gelişimi ile de ilişkili olduğunu düşündürmektedir (157).

Aleksitimi gelişimini sosyal öğrenme-davranışçı yaklaşıma göre açıklayan çalışmalarda ise doğu kültürlerinde psikiyatrik hastalıkları ve duygu dışavurumlarını inceleyen araştırmacılar, doğu kültürlerinde duygunun sözel ifadesinin çok yaygın olmadığını saptamışlardır. Psikik distressin somatizasyon şeklinde ya da entellektüalize edilmiş sözel anlatımları şeklinde ifade bulduğu, kültürel yapının da aleksitimik özellikler üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (158). Stoudemire aleksitimiye bireyin görgü, eğitim ve yaşantıyla ilgili kültüre bağlı sosyal kökenli bir olgu olarak tanımlamıştır. Aile içinde öğrenme, model olma sonucu ortaya çıktığını

vurgulamıştır. Stoudemire'e göre, çocuklar aile içinde ve yaşadıkları çevrede kendilerini duygu ve düşüncelerini ifade etmeyi öğrenecekleri yerde bastırmayı ya da bedensel ifade etmeyi görüyorsa, bu durumun bireyde "hasta rolüne adapte" olarak aleksitimik özellikler göstermeye zemin hazırlayacağını belirtmiştir. Aynı çalışmada aleksitiminin bilişsel gelişim dönemlerindeki bir eksiklikten kaynaklandığı savunulmuştur (159). Bilişsel kuramı benimseyen araştırmacılar, benzer şekilde aleksitiminin bilişsel gelişim dönemlerindeki bazı eksikliklerden kaynaklandığını ya da bilişsel süreçlerdeki çarpıtmalar, mantık dışı düşünceler sonucu geliştiğini savunmuşlardır.

Epidemiyoloji

Ülkemizde aleksitimi ile ilgili çalışmaların son yıllarda artış gösterdiği gözlenmektedir. Aleksitiminin toplum çalışmalarında bildirilen yaygınlığı % 6,7 – 18,8 arasında değişmektedir (4). Farklı araştırmalarda genel nüfus içinde aleksitimi yaygınlığının %10 – 15 arasında değiştiği belirtilmektedir.

Sağlıklı popülasyonda %5 – 16,3 oranında görülürken ülkemizde yapılan bir çalışmada %29,6 oranında bulunmuştur (127).

Ülkemizde sağlıklı popülasyonda yapılan bir çalışmada TAÖ-20 ölçeğinden yüksek puan alanların oranı % 16,7 olarak bulunmuştur (160). Ülkemizde psikosomatik hastalarda aleksitimi düzeyinin incelendiği bir çalışmada psikosomatik hastalıklarda aleksitimi düzeyinin %22 oranında olduğu saptanmıştır (161). Bir diğer çalışmada bedensel belirtilerle çeşitli kliniklere başvuran ancak organik bir patoloji saptanamayan hastalarda aleksitimi düzeyi % 64,2 oranında bulunmuş ve bunun en çok anksiyete, depresyon ve düşük eğitim düzeyiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir ancak bu çalışmada sağlıklı kontrol grubu kullanılmamıştır (162).

5993 kişilik örneklem grubunda yürütülen bir çalışmada erkeklerin % 9,4 ünün, kadınların ise % 5,2 sinin aleksitimik özellikler gösterdiği gösterilmiştir (163). Erkeklerde aleksitimi düzeyinin yüksek olması, erkekler için duygularını ifade etmenin içinde bulunduğu toplumun kültürel özelliklere da bağlı olarak genelde muhtaçlık ve zayıflık olarak değerlendirilmesinin etkisinin olduğunu düşündürmektedir. Bir başka çalışmada da erkeklerin yaygın olarak dışa yönelik düşünmeye daha eğilimli olduğu, kadınların duygularını açıklamada erkeklerden

daha az zorluk yaşadıkları ve düşüncelerinin daha az dış odaklı olduğu belirtilmektedir (164).

Kauhanen ve arkadaşları duygularını kelimelere dökme yetenekleri azalan ve yüksek aleksitimik özellik gösteren erkeklerin sıklıkla bekar olduğunu belirtmektedir (136). Aleksitimik özelliklerin kadın cinsiyet, artan yaş, düşük eğitim düzeyi, zayıf sağlık algılaması ve depresyonla ilişkili olduğu belirtilmektedir (165).

Aleksitiminin bazı sosyo-demografik özellikler ve depresyonla ilişkisininin araştırıldığı bir çalışmada, aleksitimiye % 67,9 oranında en sık psikiyatrik grupta rastlandığı ve kontrol grubunda % 38,5 oranında izlediği, depresyon ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (166). Honkalampi de aleksitimi ile depresyon arasında sıkı ilişki olduğunu ve bu nedenle depresyonda aleksitimik özelliklerin tanınması gerekliliğini belirtmiştir (3).

Aleksitim yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada, Panik Bozukluğu olan hastaların % 54 ünün, SAB hastalarının % 58 sinin aleksitimik olduğu bildirilmiştir (167). Ülkemizde yapılan bir çalışmada aynı şekilde SAB hastalarında aleksitimi yaygınlığı % 58 olarak bulmuş, psikiyatrik tedavi sonrası aleksitimik özelliklerin azaldığı bildirilmiştir (4).

Mattila ve arkadaşları eğitim düzeyinin aleksitimiyle negatif ilişkili olduğunu ve yüksek eğitime sahip kişilerde aleksitimik özelliklerin %3,3, düşük eğitim düzeyindeki kişilerde %16,5 olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca aleksitimik özelliklerin yaşla birlikte arttığı ve aleksitimik özelliklerin gençlerde %4,7, yaşlılarda %29,3 olduğu belirtilmektedir (165). Sağlıklı gönüllülerle yapılan bir çalışmada, aleksitimik özelliklerin yaşlılarda daha fazla olduğu belirtilmiştir (168). Yine Mattila ve arkadaşları 30-64 yaş arası çalışan kişilerle yaptığı aleksitimi çalışmasında, hem hafif hem de şiddetli mesleksi tükenme yaşayan kişilerin % 13 ünün, mesleksi tükenme yaşamayan kişilerin % 2,8 inin aleksitimik özelliklere sahip olduğunu belirtmektedir (165). Kojima ve arkadaşları da sosyal destek ile aleksitimi ilişkili bulmuşlar ve aleksitimiklerin bireysel yakın ilişki kurma yeteneğinin bozulmuş olması ve duygularındaki bilişsel kayıplar nedeniyle sosyal desteklerinin az olduğunu, diğer insanların duygularını uygun şekilde tanıyıp, yanıtlamada zorluk çekmeleri nedeniyle de sosyal destekten yararlanamadıklarını belirtmişlerdir (169).

Yaklaşım

Klinik gözlemlerde ve psikosomatik hastalıklarla birlikte ortaya çıkmasından dolayı başlangıçta aleksitimi ile ilgili çeşitli klinik tedavi yaklaşımları önerilmiştir. Ancak daha sonraları aleksitiminin sosyo-kültürel ve bilişsel yönünün keşfedilmesiyle psikolojik yardım yaklaşımları tercih edilmeye başlanmıştır (7).

Başlangıçta aleksitimiklerin genel özellikleri dikkate alındığında, duygularının farkında olmalarını gerektiren ve anksiyete uyandıran terapi odaklı tedavi yöntemlerinin uygulanmasının zor ve tatmin edici olmadığı görüşü hakim görülmektedir. Bazı psikanalist ve psikiyatrlar aleksitimik hastaların içgörü yönelimli psikoterapiler açısından uygun adaylar olmadıklarını belirtmişlerdir (128). Ancak aleksitimik kişiler grup yaşantısında üyelerden aldıkları geri bildirimlerle sosyal ilişki ve iletişimlerde neden geri kaldıkları konusunda ve yaşadıkları duygusal problemler hakkında içgörü kazanmaktadırlar. Bu kişilerin grup içindeki etkileşimlerinde, duygusal yaşantıları diğer bireylerde de gördüklerinden kendi duygularını fark ederek kolaylıkla ifade eder duruma geldikleri belirtilmektedir (137).

Aleksitimik özelliklerin giderilmesi ya da tedavisinde hangi yaklaşımın daha etkili olduğu konusunda yapılan araştırmalar henüz yetersiz sayıdadır (7). Ancak psikoterapi yönelimli yaklaşımların yakınmaları körüklemesinden dolayı destekleyici ve eğitici yaklaşımların tercih edilmesi önerilmektedir (170).

Koçak ve arkadaşlarının (2002) aleksitimik bireylerde psikodinamik psikoterapi ve davranışçı yöntemlerin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında, aleksitimik bireylerin çoğunun psikodinamik psikoterapi tedavisini sürdüremediğini bildirmişlerdir. Buna karşın Krystal, geleneksel psikodinamik teknikler yerine yapılandırılmış teknikler ile yapılacak yaklaşımın aleksitimik hastalarda faydalı olabileceğini savunmuştur. Bazı kuramcılar ise aleksitimi gelişimine neden olan çocukluk yaşantıları karşısında gelişen sahte benliğin tedavisinde drama ve oyun tekniklerinin etkili olabileceğini savunmuşlardır (7).

Temel yaklaşım olarak aleksitimik bireyin duygulanım ve biliş açısından ne tip bir bozukluk yaşadığı konusunda bilgilendirilmesi, duyguya toleransını artırmasında yardımcı olma, bilişsel çarpıklıkları ve otomatik düşünceleri fark etme ve empati becerisini geliştirmesi yönündeki girişimler yararlı olabilmektedir. Bu

yaklaşımların yanı sıra psikodrama, geştalt yaklaşımı, kendi kendine gevşeme eğitimi ve bağlanma terapisi, biofeedback, grup terapisi, sözsüz iletişim rüya-hayal eksersizleri ve rol oynamayı içeren grup etkileşimi gibi yaklaşımlar da denenerek önerilmiştir (7).

Aleksitiminin Depresyon, Ansiyete ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu ile İlişkisi

Aleksitimik kişilerin normal kişilere göre fiziksel ve psikolojik belirtilerini doğru bir şekilde yaşama, tanıma, anlama veya onlarla ilgilenme konusunda zorluk yaşadıkları bildirilmektedir (171). Bu nedenle bu kişiler fiziksel semptomlarını tanımada zorluk çekmekte ve fiziksel semptomlarını daha yüksek düzeyde algılayabilmektedir (124). Bu durum SAB hastalarında ortaya çıkan fiziksel belirtilerle başa çıkmayı zorlaştırmaktadır. Ayrıca aleksitimiklerin duygularını tanıyamama ve söze dökmemesinin, duygusal açıdan sıkıntı içine düştüğü durumlarda, fiziksel belirtiler geliştirmesine yol açacağı belirtilmektedir (172).

Sosyal anksiyete bozukluğu olan Türk hastalarda aleksitimi oranının %58 olarak bildirilmiş olması, SAB ile aleksitimi arasındaki ilişkinin yoğunluğunu göstermektedir (4). Ülkemizde yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında yapılan bir çalışmada LSAÖ'nün her iki alt ölçeğinin, depresyon, anksiyete ve aleksitimi şiddeti ile korele olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada LSAÖ'nün kaygı ve kaçınma alt boyutlarının TAÖ'nün üç alt boyutuyla da korele olduğu, LSAÖ'deki kaygı boyutunun TAÖ alt boyutlarından duyguları tanımada güçlük boyutu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (173).

SAB ile aleksitimi ilişkisinin incelendiği 6 aylık bir izlem çalışmasında, tedavi öncesinde Panik Bozukluk ve SAB tanısı alan hastalarda kontrol grubuna oranla aleksitimi puanlarının belirgin şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada Panik Bozukluk hastalarındaki aleksitimi oranı % 54, SAB hastalarında % 58,3 ve kontrol grubunda ise % 15 olarak belirtilmiştir. Tedavi sonrasında hastaların aleksitiminin duyguları tanımada zorluk ve duyguları ifade etmede zorluk alt boyutlarında belirgin düzelme saptanmıştır. Aleksitimi puanlarındaki bu düzelme anksiyete düzeylerindeki düzelmeden çok depresyon belirtilerindeki düzelme ile ilişkilendirilmiştir (174). Benzer bir çalışmada Panik Bozukluk ve SAB tanısı almış

hastalarda aleksitimi puanları değerlendirilmiştir. Panik Bozukluk grubunda % 34, SAB hastalarında % 28,3 oranında aleksitimi görüldüğü bildirilmiştir. Aynı zamanda SAB hastalarında belirti düzeyleri ile aleksitiminin alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiş, anksiyete belirtilerinin duyguları tanımada zorluk ve duyguları ifade etmekte zorluk boyutları ile pozitif yönde ilişkide olduğu bildirilmiştir (175).

Fukunishi ve arkadaşları, SAB olanlarda aleksitiminin duyguları tanımada güçlük ve duyguları ifade etmekte güçlük boyut puanlarının SAB tedavisi sonrasında anlamlı düzelme gösterdiğini saptamıştır (174).

Bilişsel yön ve belirtiler açısından SAB ile aleksitimi arasındaki yakın ilişkinin yanı sıra Çekingen Kişilik Bozukluğunda da aleksitimi puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (176). Aleksitimik bireylerin çekingen özellikleri de dikkate alındığında SAB ve aleksitimi arasında iki yönlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir.

Depresyon ve aleksitimi arasındaki ilişki özellikle son yıllarda pek çok araştırmanın temel konusu olarak görülmektedir ve aleksitimi boyutlarının depresyon ve anksiyete ile kendilerine özgü ilişkileri birçok çalışmada bildirilmiştir. Bagby ve arkadaşları, aleksitimi ile kişilik-psikopatoloji ilişkisini TAÖ-20 ölçeği yardımıyla araştırmış ve aleksitiminin depresyon ve anksiyete ile güçlü bir ilişkisi olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada depresyon ve anksiyete belirtileri kontrol altına alındığında, aleksitiminin diğer klinik ilgi odağı olabilecek kavramlarla ilişkisinin daha sağlıklı şekilde tespit edilebileceğini vurgulanmıştır (177).

Depresyonun aleksitiminin alt boyutları ile ilişkisinin ayrı ayrı incelendiği çalışmalarda, duyguları tanımada zorluk ve duyguları ifade etmede zorluk boyutlarının depresyon ile ilişkili olduğu, dış merkezli düşünme boyutunun depresyon ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada anksiyete ile aleksitiminin benzer ilişki gösterdiği, anksiyete ile aleksitiminin hayal kurmada zorluk boyutunun negatif ilişkide olduğu belirtilmiştir (178). Ülkemizde yapılan bir çalışmada aleksitiminin duyguları ifade etmede zorluk boyutunun depresyonla pozitif yönde bir ilişkilde olduğu, aleksitiminin duyguları tanımada güçlük boyutu ve duyguları ifade etmede zorluk boyutlarının anksiyete düzeyleri ile yine pozitif yönde bir ilişkisinin olduğu bildirilmiştir (179).

Anksiyete ve aleksitimi ilişkisi ele alındığında, çalışmaların çoğunluğunda aleksitiminin duyguları tanımada ve duyguları ifade etmede güçlük boyutları ile

anksiyete ilişkisine rastlanılmaktadır (180). Aleksitimi düzeylerine göre sınıflandırılmış 105 hastada aleksitimi ve anksiyete ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, aleksitimi ve anksiyetenin birlikte görüldüğü hastalarda elektrodermal aktivitenin daha fazla olduğu ve iyileşme sürecinin daha yavaş ilerlediği bildirilmiştir (181).

Aleksitimi ve Empati İlişkisi

Barrett- Lennard, birey ile empati kurarken bu sürecin dört aşamada gerçekleştiğini ifade etmektedir. Birinci aşama; bireyin duygularını fark etmesi ve anlaması, ikinci aşama; iletişim kurması, üçüncü aşama; bireyin dinlendiğini ve anlaşıldığını hissetmesi, dördüncü aşama ise, bireyin kendini ifade etmesidir (104). Aleksitimik kişilerin başkaları ile empati kurma, onları anlama yetenekleri zayıftır. Empati sürecinin tamamlanması için gerekli bu aşamalar gözden geçirildiğinde, aleksitimik bireylerin duygularını tanımlama ve ifade etmede yaşadıkları güçlüklerin, empati sürecini sekteye uğrattığı düşünülebilir.

Duyguları ifade güçlüğünün ayna nöron sistemindeki bir bozuklukla ilintili olduğunu düşünen araştırmacılar, yaptıkları bir görüntüleme çalışmasında aleksitimik bireylerde empati ölçeği skorlarının daha düşük bulunduğunu göstermiştir (113).

Duyguları ifade güçlüğündeki bir bozukluk ayna nöron sistemindeki bir bozuklukla ilintili gibi görünmektedir. Nitekim aleksitimik bireylerde ağrı ve empati ölçeği skorlarının daha düşük bulunduğu gösterilmiştir. Ayrıca beyin görüntüleme çalışmalarında aleksitimik bireylerin beyinlerinde sol dorsolateral prefrontal korteks, dorsal pons, serebellum ve sol kaudal anterior singulat korteks'te düşük aktivite saptanmış ve bunun duygu işlenmesinin düzenleme ve yürütülmesi açısından kognitif bozukluğu düşündürdüğü belirtilerek, kendi duygularının farkında olmanın önemi vurgulanmıştır (113).

Aleksitimi ve Otonom Sinir Sistemi İlişkisi

Aleksitimi bazı araştırmacılara göre fizyolojik mekanizmaların bir sonucudur. Ancak çeşitli deneysel çalışmalar da farklı sonuçlar elde edilmektedir. Bunun nedeni çalışmalar sırasında, farklı emosyonel uyarıların kullanılması veya farklı fizyolojik

değişkenlerin monitorize edilmesi olabilir. Aleksitimi ve otonom aktivite alanındaki bazı çalışmalar sempatik aktivite, vagal tonus ve affekt regülasyonu üzerine kurulmuştur.

Aleksitimik hastalarda bazal otonom sistem aktivitesinin yüksek olduğu, aynı zamanda görsel uyarı ile oluşturulan bilişsel süreçler esnasında otonom sistem aktivitesinin aleksitimik olmayan bireylere oranla daha fazla olduğu çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (182). Aynı zamanda bu hastalar affektif ve otonom yanıtlar arasında ayrışma göstermektedir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada emosyonel uyarı ile oluşan sempatik deri yanıtlarının aleksitimi ve empati ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada aleksitimik bireylerin alışılmadık şekilde yüksek bazal elektrodermal reaktiviteye sahip oldukları bildirilmektedir (110). 2001 yılında yapılan benzer bir çalışmada yüksek ve düşük aleksitimik özellikler gösteren bireylerde duygu tanıma ve duygulara verilen fizyolojik yanıtlar incelenmiştir. Nötr ve negatif görsel uyaranlar karşısında yüksek aleksitimi puanları olan bireylerde bazal elektrodermal aktivitenin daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (183).

Aleksitimi düzeylerine göre sınıflandırılmış 105 hastada aleksitimi ve anksiyete ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, aleksitimi puanları yüksek olan grubun elektrodermal aktivitelerinin aleksitimi puanları düşük olan gruba göre daha yüksek düzeyde olduğu, aleksitimi ve anksiyetenin birlikte görüldüğü hastalarda elektrodermal aktivitenin daha fazla olduğu ve iyileşme sürecinin daha yavaş ilerlediği bildirilmiştir (181). Yüksek aleksitimi düzeylerine sahip kişilerde otonom sistem belirtilerinin incelendiği bir başka çalışmada, aleksitimi düzeyleri yüksek olan bireylerde vagal tonusun azaldığı, aleksitimi düzeyleri düşük olan bireylerde ise vagal tonusun arttığı bildirilmiştir (184).

Aleksitimik kişilerde emosyonel uyarı boyunca EEG kaydının yapıldığı çalışmalarda özellikle emosyonel uyarının erken dönemlerinde anterior kortikal alanlarda disregülasyon olduğu gözlenmiştir (144). Tüm bu çalışmalardan elde edilen verilere rağmen bir başka çalışmada aleksitimik hastalarda aleksitimi düzeyi ile bazal kalp hızı ve deri iletkenliği arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (185).

SEMPATİK DERİ YANITI

Otonom sinir sistemi, dolaşım sistemini, salgı bezlerini, iç organların işlevlerini ve benzer bilinç dışı işlevleri yöneten bir sistemdir. Klasik olarak otonom sinir sistemi parasempatik ve sempatik sinir sistemi olmak üzere iki büyük bölümden oluşmaktadır. Parasempatik otonom sinir sistemi, primer olarak kolinerjik fonksiyonlara sahiptir. Organlar üzerine etkisi asetilkolinin nöroeffektör hücrel sekresyonu ile olur. Sempatik sistemde nöromediatör norepinefrindir. Genel bir terimle, sempatik sinir sistemi primer olarak vücudu herhangi bir acil duruma karşı hazırlayan organ fonksiyonlarını uyarır. Aynı zamanda bu fonksiyon için gerekli olmayan organlara olan kan akımını azaltır.

Sempatik sinir sistemi spinal kordun T1-L2 segmentleri arasında intermediolateral yerleşimli preganglionik nöronlardan başlar. Sempatik preganglionik nöronların çoğu spinal sinirin radiks anteriorları içinde ramus communicans albus (myelinli lifler) ile paravertebral gangliyona gelir ve burada postganglionik liflerle sinaps yapar. Paravertebral gangliyonlar servikal bölgede 3, torasik bölgede 12, lomber bölgede 4 ya da 5, pelvik bölgede 4 ya da 5, koksigeal bölgede 1 adet olup sempatik zinciri oluştururlar. Paravertebral gangliyonlardan çıkan postganglionik lifler ramus communicans griseus yoluyla spinal sinire geri döner ve spinal sinirin dalları boyunca damar duvarlarındaki düz kaslara, piloerektör kaslara, ter bezlerine ulaşır. Spinal sinirdeki liflerin %8'i sempatik liflerden oluşur (186).

Tanım ve Özellikler

Herhangi bir iç veya dış uyarı ile uyarılma sonrası ciltte meydana gelen elektriksel potansiyel değişim sempatik deri yanıtı (SDY) olarak ifade edilir. Sudomotor lifler buharlaşma yoluyla olan ısı kaybını regüle etmek için ter bezlerini inerve eder. Bu şekilde SDY sudomotor (periferik sempatik aktivite) aktiviteyi yansıtan polisaptik refleksin bir göstergesi olarak değerlendirilir. Çok değişik yollarla uyarılabilen bu refleks efferent yol olarak preganglionik ve postganglionik sempatik sudomotor lifleri kullanır. Son organ olan ter bezlerine ulaşır (187).

Derinin elektriksel olarak aktif olduğu uzun yıllardır bilinmesine rağmen SDY ile ciltteki ter bezlerinin ilişkisi ilk olarak 1890' da Tarchanoff tarafından tanımlanmıştır (188). Sonraki yıllarda Vergaut psikogalvanik refleks fenomenini

tanımlanmış, bu da SDY' nin temelini oluşturmuştur (187). İnsanda ilk klinik uygulama 1960'lı yıllarda yapılmış, 1973'te Goadby ve Dowman, 1984'te ise Shahani ve arkadaşları disotonik bazı hasta gruplarında sempatik deri yanıtını inceleyerek SDY' nin klinik nörofizyolojide kullanımına olanak sağlamışlardır (187). Sempatik deri yanıtının santral ve periferik sinir sisteminde sempatik sudomotor akışı temsil ettiği ileri sürülmüştür. Aynı zamanda serebral korteksten eksitator suprasegmental girdiler ve striatumdan inhibitör girdiler içerdiği ve posterior hipotalamus ve beyin sapı retiküler formasyonun aktivitesini yansıttığı bilinmektedir (189).

İnsanda apokrin ve ekrin olmak üzere iki tür ter bezi bulunur. Apokrin bezler dolaşımdaki adrenalin hormonu ile uyarılır. Bu bezlerin SDY oluşmasında önemli bir rolünün olmadığı ileri sürülür. Tüm bedende yaygın olarak bulunan ekrin bezler bedenin termoregülasyonunda rol alır ve el ve ayakta bulunanlar ter salgırlar. Ter salgılama, özellikle mental ve emosyonel uyarımla artar ve sığağı karşı yanıtları çok zayıftır (187). Ekrin ter bezleri sempatik sinir sistemine ait postganglioner lifler tarafından innerve edilir. Sinaptik aracı madde asetilkolin'dir. Asetilkolin ile birlikte bir ko-transmitter nöropeptid olan vasoaktif intestinal peptit (VIP), nöropeptid – Y ve ATP 'de salgılanır.

Sempatik deri yanıtı oluşumu genellikle başlangıçtaki (negatif) komponentin ter bezleri kökenli olduğu, buna karşılık daha sonra gelen daha uzun süreli pozitif komponentin derinin epidermal yüzeyi ile ilgili olduğu öne sürülmektedir (187).

İki farklı tipte elektrodermal aktivite olduğu bilinmektedir. Birinde derinin iki ayrı bölgesine birer yüzeyel elektrot yerleştirilir ve ilişkili deri bölgesinden bir dış kaynaktan sağlanan elektrik akımı geçirilir ve elektrik akımının geçişine karşı olan deri direnci ölçülür. Bu biçimde elde edilen değer, derinin elektriksel direncini verir. Bir diğesinde ise, spontan ya da uzaktan verilen değişik afferent uyarımlarla deri yüzeyine yerleştirilen iki elektrot arasında oluşan elektriksel potansiyel farkı ölçülür. Bir osiloskop veya bir osilogram yardımı ile iki elektrot arasında ortaya çıkan gerilim farkı yazdırılır. İşte buna da deri potansiyeli denir. Nöroloji pratiğinde sık olarak tercih edilen de bu yöntemdir.

Refleks sempatik deri yanıtları dış ve iç uyaranlarla, örneğin öksürme, gözlerin açılması veya inspiyrium ile ani değişmeler gösterirler. Tüm deri aktiviteleri

mental, aritmetik ve psikofizyolojik süreçlerle de ortaya çıkar veya değişirler. Bu nedenle deneysel psikolojide, emosyonları ölçmede kullanılırlar (187).

Kayıt için standart yüzey gümüş klorür disk elektrodlar kullanılır. Sempatik deri yanıtları kayıtları klasik incelemelerde deri direncinin en düşük olduğu avuç içeri ve ayak tabanlarından alınır. Genelde aktif kayıt elektrodu erkin bezlerin en fazla olduğu avuç içi ya da ayak tabanına, referans elektrod ise el ya da ayak dorsumuna, topraklama elektrotları ise bileğe yerleştirilir. Sempatik deri yanıtlarının kayıtlamasında dalga formu genellikle bifazik, trifazik ve nadiren monofaziktir (190). Ölçümlerde artan yaşla birlikte SDY latansında artma, amplitüdünde azalma gözlenir (191).

Sempatik deri yanıtı değerlendirilirken sık karşılan ve yanlış sonuçlara neden olan iki sorun mevcuttur. Bunlar yetersiz uyarım ve habitüasyondur. Ardı sıra uyarım sonrasında SDY amplitüdünde azalma görülür. Daha şiddetli uyarılar verilse bile daha düşük amplitüdü yanıtlar elde edilir. Buna habitüasyon (alışma etkisi) denir. Habitüasyonu engellemek için uyarılar düzensiz aralıklarla beklenmedik şekilde verilmelidir (192).

Sempatik deri yanıtı latansını; somatik duyu iletimi, santral retiküler işleme, pre ve postganglionik liflerde iletim ve nöroglandüler kavşaktan geçiş süresi kapsamaktadır. SDY 'nin latans değerinin başlıca sudomotor yolların efferent iletimi, yani miyelinsiz C liflerinin iletimini yansıttığı düşünülmektedir. Bu nedenle afferent sinir iletimi ve santral gecikme zamanının latansa katkısı düşüktür. Ancak SDY latansının tanısal değeri miyelinsiz liflerinin iletiminde “ya hep ya hiç” prensibine uygun olarak yavaşlamanın söz konusu olamayacağına dair görüşler nedeniyle sorgulamaktadır. Bu nedenle bazı araştırmacılar SDY latansının yorumlanmasının anlamlı olmayacağını bildirmişlerdir (193).

Amplitüd ölçümü ise teorik olarak, aktive olabilen ter bezlerinin yoğunluğunu göstermektedir. Amplitüdün olgular arasında hatta aynı olguda farklı zamanlarda fazla değişken olması nedeniyle amplitüdün değerlendirilmesinin sağlıklı olmayacağı bildirilmiştir (194). SDY yanıtlarının morfolojisindeki değişkenlik de amplitüdlere değerlendirilmesini güçleştirir. SDY 'ler oldukça değişikendir ve anormalliği tanımlayan kesin bir ölçek yoktur. Bu yüzden SDY sonuçları ile tanı değerlendirmesi yapmadan önce önce çok sayıda uyarı verilerek değerlendirme yapılmalıdır.

Günümüzde yanıtın var veya yok olması yeterli kabul edilir. Bu nedenle, SDY'nın otonomik sınırların daha çok kalitatif değerlendirilmesini sağladığı, ancak mutlak yokluğu söz konusu olduğunda kesin bir anormallik bulgusu olabileceği görüşü hakimdir (195). Sempatik deri yanıtının, empatik tepkilerle ilişkili olduğu yapılan psiko-davranışsal çalışmalarla gösterilmiştir (6). Marci ve arkadaşları çalışmalarında (2007) SDY 'nin empatinin biyolojik bir göstergesi olabileceğini ileri sürülmüştür (116). Moscovitch' in çalışmasında (2010) SAB hastalarında SDY 'nin kontrol grubundan daha fazla artış gösterdiği bildirilmiştir (196). Evren' in çalışmasında (2008) SAB' nun aleksitimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (173). Fukunishi' nin çalışmasında (1997) SAB hastalarında tedavi ile aleksitimi puanlarındaki düzelmelerin ilişkili olduğu bildirilmiştir (174). Aynı zamanda aleksitimi vakalarının incelendiği çalışmalarda aleksitimik bireylerin empati yeteneklerinin zayıf olduğu da bildirilmektedir. Aleksitimi ve empati düzeylerinin otonom sistemle ilişkisinin yanı sıra SAB hasta grubunda aleksitimi oranlarının yüksek oranda gözlenmesi, bu üç klinik durum arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örnekleme

Çalışmamız, PAÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuran, yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme formu (SCID-I) ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre SAB tanısı konarak ayaktan takip ve tedavisi düzenlenen, çalışmaya katılma ölçütlerini karşılayan, bilgilendirilen ve onam veren 36 hasta ve yaş, cinsiyet ve eğitim bakımından benzer 30 sağlıklı kontrol grubu ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma projesi Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Etik Kurul onayına sunulmuş, 27.02.2013 tarih ve 2013/32 sayılı yazısıyla etik kurul onayı alınmıştır.

Hastalar çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş, gönüllü olanlardan sözel ve yazılı onay alınarak çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastalara çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanmış, kayıtlarının gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir.

Hasta grubunun çalışmaya alınma ölçütleri; Ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar arasında sosyal anksiyete bozukluğu belirtilerine sahip olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, okuduğunu anlayabilecek düzeyde okuma-yazma bilmek, onay vermek olarak belirlendi. Kontrol grubu için çalışmaya alınma ölçütleri; Çalışma grubuna benzer yaş, cinsiyette ve eğitim düzeyinde olmak, ruhsal açıdan sağlıklı olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve onay vermek olarak belirlendi.

Hasta grubunun çalışmadan dışlanma ölçütleri; Tanısal amaçlı psikiyatrik görüşme ve yapılacak testlere engel olacak düzeyde eğitim ve zekâ problemi olmak, Hamilton Depresyon Ölçeği ile değerlendirmede şiddetli depresyon düzeyine sahip olmak, fiziksel kısıtlılık, merkezi sinir sistemini etkileyebilecek herhangi bir fiziksel hastalık, travma ya da madde kullanım bozukluğu, psikotik bozukluk, nörolojik ve organik mental bozukluğun bulunması, onay vermeme olarak belirlendi. Kontrol grubu için çalışmadan dışlanma ölçütleri; Tanısal amaçlı psikiyatrik görüşme ve yapılacak testlere engel olacak düzeyde eğitim ve zekâ probleminin olması, nörolojik ve organik mental bozukluğun bulunması ve onay verilmemesi olarak belirlendi.

Çalışmanın Aşamaları

SAB tanısı konan 36 hasta çalışmaya alındı. Sosyodemografik bilgileri ve hastalıklarının klinik özelliklerine ilişkin bilgilerin kaydedilmesi için tarafımızdan hazırlanan formlar uygulandı. DSM-IV ve Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID- I) uygulanarak SAB tanısı teyit edildi. 36 SAB hastası 2 aylık süreç içerisinde bireysel psikoterapötik ve tıbbi tedavileri düzenlenerek ayaktan takip edildi. Kontrol grubuna ve SAB hastalarına, tedavi öncesinde ve sonrasında depresyon belirtilerini değerlendirmek için Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), genel kaygı şiddetini ölçmek için Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), aleksitimi düzeyini ölçmek için Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), sosyal anksiyete şiddetini belirlemek için Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ), empati düzeyini belirlemek için Empati Ölçeği (EQ) uygulandı. Tedavi öncesi ve sonrasında Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma ve Ayırt Etme Testleri (Facial Emotion Identification Test – YDTT) uygulanarak, uygulama esnasında sempatik deri yanıtı ölçümleri kaydedildi. Uygulanan ölçek sonuçları ve sempatik deri yanıtı ölçümlerinden elde edilen sonuçlar her iki grup için karşılaştırıldı.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Hastaların sosyodemografik bilgileri ve hastalıklarının klinik özelliklerine ilişkin bilgilerin kaydedilmesi için tarafımızca hazırlanmış formlar kullanıldı.

DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)

DSM-IV'e göre eksen I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Kişilerin “şu anda” ve “yaşam boyu” Eksen I psikiyatrik bozukluk tanılarını göz önüne alarak araştıran yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Türkçe'ye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (197).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Depresyon ölçekleri içinde klinikte en yaygın kullanılan, görüşmeci tarafından doldurulan bu ölçek, son 1 hafta içerisindeki depresyonun şiddetini ölçmek ve belirti örüntüsünü saptamak için kullanılan bir testtir. Max Hamilton tarafından 1960' ta yayımlanmıştır. 17 maddeli geliştirilen bu ölçeğe aynı araştırmacı tarafından son hali verilmiştir. Toplam 17 madde 0–4 arasında puanlanır. Toplam 0 ile 53 arasında ölçek puanı elde edilir. Tüm maddelerin puanları toplanarak toplam puan elde edilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (198).

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0 - 4 arasında, ölçeğin toplam puanı 0 – 56 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (199).

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)

Kaygı için 24, kaçınma için 24 olmak üzere toplam 48 sorudan oluşan Likert tipinde bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Çeşitli sosyal durumlarla ilgili olarak ortaya çıkan kaygı ve kaçınma şiddetini sorgulamaktadır. İlki sosyal ortamlarda yaşanan kaygı düzeyini, ikincisi kaçınma davranışının şiddetini ölçmeye yönelik iki alt ölçek içermektedir. Her bir soru 1 ile 4 arası puan verilerek hesaplanır ve her bir alt ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ve 72 arasında değişebilmektedir. Bu şekilde toplam ölçek puanı 0 ile 144 arasında değişebilmektedir. Alınan puanın yükselmesi sosyal kaygının ve kaçınmanın şiddetlendiğini göstermektedir. Ölçek Liebowitz tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Heimberg ve arkadaşları (1999), Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Soykan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (200). Ölçeğin Türkçe versiyonunun çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır.

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

TAÖ-20, yirmi maddeden oluşan, Likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. 4, 5, 10, 18 ve 19. maddeler ters biçimde puanlanır. Düz maddeler için; hiç katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), kararsızım (3), katılıyorum (4), tamamen katılıyorum (5) puan almaktadır. Olumlu maddeler için hiç katılmıyorum (5), katılmıyorum (4), kararsızım (3), katılıyorum (2), tamamen katılıyorum (1) puan almaktadır. Bir bireyin aleksitimik özellikler göstermesi için 61 ve üzeri puan alması gerekmektedir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi göstermektedir.

Duygularını Tanımada Güçlük (TAÖ-1), Duyguları Söze Dökmede Güçlük (TAÖ-2), Dışa-Dönük Düşünme (TAÖ-3) alt-ölçekleri vardır. Duygularını Tanımada Güçlük alt ölçeği, yedi maddeden oluşmakta olup (madde 1, 3, 6, 7, 9, 13 ve 14), duyguları belirleme ve onları duygusal uyarılmaya eşlik eden bedensel duyumlardan ayırt etmede güçlük şeklinde tanımlanır. Duyguları Söze Dökmede Güçlük alt ölçeği, beş maddeden oluşmakta olup (madde 2, 4, 11, 12 ve 17), duyguların başkalarına aktarılmasında güçlük şeklinde tanımlanır. Dışa Dönük Düşünme alt ölçeği, sekiz maddeden oluşmakta olup (madde 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 ve 20), dışadönük bilişsel bir yapının varlığı, içedönük düşünme ve imgelem gücünün zayıflığı olarak tanımlanır.

Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Türkçe uyarlaması Sayar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 61 olarak bulunmuştur (138).

Empati Ölçeği (EQ)

Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ve empatiyi ölçen 40 soru ve çeldirici özellikte 20 soruyu içeren bir öz bildirim ölçeğidir. EQ, empatiyi ölçmeye yönelik 40 (1, 4, 6, 8, 10-12, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 25-29, 32, 34-39, 41-44, 46, 48-50, 52, 54, 55, 57-60) ve kişinin testin amacına odaklanmasına engel olmaya yönelik 20 çeldirici maddeden oluşmaktadır. Kişi soruları, iki ucunda “kesinlikle katılıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” yanıtları olan 4 seçenek arasından işaretlemektedir. Puanlandırmada sadece empatiyi ölçen 40 soru dikkate alınmaktadır. En az empatik 2 yanıt 0 puan, en empatik yanıt 2, ikinci empatik yanıt 1 puan verilir. Ölçekten alınabilen toplam puan 0 ile 80 arasında

değişmektedir. Maddelerin bir kısmında “kesinlikle katılıyorum” bazılarındaysa “kesinlikle katılmıyorum” empatik bir yanıtı işaret etmektedir. Empati Ölçeğinin (EQ) Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve öngüçerliliği Bora ve Baysan tarafından 2007 yılında gerçekleştirilmiştir (201).

Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma Testi (Facial Emotion Identification Test – YDIT)

Kerr ve Neale tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Sosyal işlevselliğın değerlendirildiği bir testtir. Değişik duygu dışavurumları gösteren 19 siyah beyaz yüz fotoğrafı içeren bir slayt sunumu biçimindedir. Fotoğraflar altı ana duyguyu (neşe, hüzün, öfke, korku, şaşkınlık, utanç) içermektedir. Test, fotoğraflar sırayla on beşer saniye süreyle görünecek ve fotoğraflar arasında onar saniye zaman aralığı olacak biçimde ayarlanmıştır. Olgulara ve kontrol grubuna bir monitör yardımı ile fotoğraflar gösterilmiştir. Katılımcılara her sorunun karşısında seçenek olarak altı ana duygunun yazılı olduğu, 19 maddelik bir yanıt anahtarı verilir. Denekten karşısına sıra ile gelen fotoğrafları izlerken her fotoğraftaki duygunun elindeki anahtarda yazılı olan altı ana duygudan hangisine en çok uyduğunu işaretlemesi istenir. Doğru yanıtlar için 1, yanlış yanıtlar için ise 0 puan alınır. Testten alınabilecek en yüksek puan 19’dur. Türk kültürü için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Erol ve ark. tarafından 2009 yılında yapılmıştır (202).

Yüzde Dışa Vuran Duyguları Ayırt Etme Testi (Facial Emotion Discrimination Test - YDAT)

Kerr ve Neale tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Altı ana duyguyu (neşe, hüzün, öfke, korku, şaşkınlık, utanç) içeren 30 siyah-beyaz fotoğraf çiftinden oluşur. Fotoğraf çiftleri aynı ya da farklı duygulanımları gösterir. Bu test de slayt sunumu biçiminde düzenlenmiştir. Her fotoğraf çifti, 15 er saniye süre ile ve arada 10 ar saniye zaman aralığı olacak biçimde bir monitör yardımı ile gösterilir. Denekten her fotoğraf çifti için, iki yüzdeki dışa vuran duygunun aynı mı, yoksa farklı mı olduğunu ayırt etmesi istenir. Yanıt anahtarında her soru karşısında ‘farklı’ ve ‘aynı’ seçenekleri yazılıdır. Denek her fotoğraf çifti için elindeki forma aynı ya da farklı seçeneklerinden birini işaretler. Yanıt doğru ise 1, yanlış ise 0 puan alınır. Testten alınabilecek en yüksek puan 30’dur (202).

Sempatik Deri Yanıtı Ölçümü

Olguların elektrofizyolojik incelemeleri PAÜTF Nöroloji Anabilim Dalı EMG laboratuvarında yapıldı. Sempatik deri yanıtı çalışmaları öncesinde hastalara son 24 saat içinde ağır iş yapmamaları, uykusuz kalmamaları, sıkı giysiler giymemeleri, testten 2 saat önce aç kalmaları ve son öğünde çay, kahve içmemeleri söylendi. Normal oda ısısında (24–26°C), loş ve sessiz bir ortamda, hasta ve kontrol grubuna yöntem hakkında bilgi verildikten sonra 5-10 dakika kadar dinlendirildikten sonra SDY ölçümlerine başlandı.

Olgular oturur pozisyonda ve gözler açık konumda incelendi. SDY kayıtlanması olgu ve kontrol grubunda günün aynı saatlerinde EMG cihazı ile yapıldı. Kayıtlar için iletim azalmasını engellemek için Ag-AgCl yüzeyel disk elektrotlar kullanıldı. Kayıtlar sağ el-el bileği cildi temizlendikten sonra avuç içine aktif, el sırtına referans yüzeyel elektrotların konularak yapıldı.

Ölçüm esnasında hastalara çeşitli duygu ifadeleri taşıyan 19 fotoğraftan oluşan Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma Testi (Facial Emotion Identification Test – FID) uygulanarak, her bir emosyonel görsel uyaran karşısında oluşabilecek SDY yanıtları kayıt altına alındı. Her bir fotoğraf yaklaşık 15 saniyelik periyod boyunca gösterilerek SDY kayıtları alındı.

Kayıt esnasında habitüasyonu önlemek amacı ile her görsel uyarı arasında 10 saniye zaman aralığı olmak üzere toplam 19 uyaran gösterilerek SDY kayıtları alındı. 4 kez farklı sıralamada gösterilen duygusal uyaranlar ile kaydı alınan bu işlemin tekrarları arasında hastalar 10 ar dakika dinlendirildi.

Art arda 4 ölçümden herhangi birinde yanıt alınması yanıt var olarak, tüm ölçümlerin tamamına yanıt alınmaması yanıt yok olarak kabul edildi.

İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Veriler SPSS 21,0 paket programıyla analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, minimum-maksimum değerleri ve kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak verildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk normal dağılıma uygunluk testi ile incelendi. Kategorik değişkenlerin incelenmesinde χ^2 (Ki Kare) testi kullanıldı. Bağımsız grup karşılaştırmalarında, parametrik test varsayımları sağlandığında İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Bağımlı grup karşılaştırmalarında, parametrik test varsayımları sağlandığında İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkiyi incelemek için Spearman Korelasyon Katsayısı kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak değerlendirildi.

BULGULAR

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Sosyal anksiyete bozukluğu ve sağlıklı kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, eğitim süresi ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Tüm katılımcıların ortalama yaşı $21,65 \pm 2,04$, eğitim süresi $14,21 \pm 2,39$ yıldır. Katılımcıların 37' si (%56,1) erkek, 29' u (43,9) kadın cinsiyettedir. Medeni durumları incelendiğinde tüm katılımcıların 60' ı (%90,9) bekar, 6' sı (%9,1) evlidir. Tüm katılımcıların 58' i (%87,9) lise mezunu, 1' i (%1,5) ortaokul mezunu, 7' si (%10,6) üniversite mezunu olup, 55' i (%83,3) öğrenci, 8' i (%13,1), 3' ü (%4,6) çalışmamaktadır.

Gruplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde; SAB hasta grubundaki katılımcıların 20' si (%55,6) erkek, 16' sı (%44,4) kadın cinsiyette, yaş ortalaması $22,02 \pm 0,33$, eğitim süresi $14,19 \pm 0,41$ yıldır. Hastaların tamamı PAÜ Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniklerine başvurmuşlardır. Sağlıklı kontrol gurubunun 17'si (%56,7) erkek, 13'ü (%43,3) kadın cinsiyette, yaş ortalaması $21,2 \pm 0,37$, eğitim süresi $14,23 \pm 0,41$ yıldır.

Her iki grubun sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2: Çalışma Gruplarına Göre Sosyodemografik Özellikler

		SAB		Kontrol		U	p*
		Ort. ± SS		Ort. ± SS			
Yaş		22,02 ± 0,33		21,20 ± 0,37		378	0,073
Eğitim Süresi (yıl)		14,19 ± 0,41		14,23 ± 0,41		506	0,661
		S	%	S	%		
Cinsiyet	Erkek	20	55,6	17	56,7		
	Kadın	16	44,4	13	43,3	412	0,928
Medeni Durum	Bekar	34	94,4	26	86,7		
	Evli	2	5,6	4	13,3	498	0,66
Eğitim Durumu	Ortaokul	1	2,8	0	0		
	Lise	34	94,4	24	80		
	Üniversite	1	2,8	6	20		
Meslek	Öğrenci	31	86,1	24	80		
	Çalışan	3	8,4	5	16,7		
	Çalışmıyor	2	5,6	1	3,3		

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Tablo 3' te gruplara göre sigara-alkol kullanımı gösterilmiştir. Çalışmaya katılan 66 kişiden 51' i (%77,3) alkol ya da sigara kullanmamakta, 6' sı(%9,1) sigara, 4' ü (%6,1) alkol, 5' i (%7,6) hem alkol hem de sigara kullanmaktadır.

Tablo 3: Çalışma gruplarına göre sigara-alkol kullanımı

	SAB		Kontrol	
	S	%	S	%
Yok	27	75	24	80
Sigara	4	11,1	2	6,7
Alkol	1	2,8	3	10
Sigara ve Alkol	4	11,1	1	3,3

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarının 7' sinin (%19,4) ve sağlıklı kontrol grubunun 4' ünün (%13,3) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. SAB hastalarının 29' unun (%80,6) ve sağlıklı kontrol grubunun 26' sının (%86,7) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktadır. SAB hastaları ve kontrol grubu arasında ailede psikiyatrik rahatsızlık bulunma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarının 31' i (%86,1) ve sağlıklı kontrol grubunun 25'i (%83,3) baskın olarak sağ elini kullanmaktadır. SAB hastalarının 5'i (%13,9) ve sağlıklı kontrol grubunun 5'i (%16,7) baskın olarak sol elini kullanmaktadır.

Çalışmaya katılanlardan SAB hastalarının tamamı bir Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü (SGİ), Serotonin-Noradrenalin Geri Alım inhibitörü (SNGİ) ya da Trisiklik Grubu antidepresan (TSA) tedaviye ek olarak bireysel psikoterapötik yaklaşım (yüzleştirme, sosyal beceri eğitimi) ile 2 aylık süre içerisinde takip edildi ve tedavi öncesinde elde edilen veriler tedavi sonrasında elde edilen verilerle karşılaştırıldı. Hasta grubunun 9' u (%13,6) Paroksetin, 2' si (%3) Fluoksetin Hidroklorür, 9' u (%13,6) Sertralin Hidroklorür, 4' ü (%6,1) Bupropion Hidroklorür, 7' si (%10,6) Essitalopram Okzalat, 1' i (%1,5) Sitalopram Hidrobromür, 3' ü (%4,5) Fluvoksamin Maleat, 1' i (%1,5) Klomipramin Hidroklorür kullanmaktadır. Sağlıklı kontrol grubunun tamamı (%45,5) herhangi bir ilaç ya da psikiyatrik müdahale almamaktadır.

KLİNİK VERİLER

Sosyal anksiyete bozukluğu grubundaki 36 hastanın SCID-I formu ile değerlendirilmesi yapılarak SAB tanıları doğrulanmıştır. Ayrıca ek tanı olarak SAB hastalarının 13' ünde (%36,1) Majör Depresif Bozukluk, 5' inde (% 13,9) Özgül fobi, 4' ünde (%11,1) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, 4' ünde (%11,1) Obsesif Kompulsif Bozukluk, 1' inde (%2,8) Yaygın Anksiyete Bozukluğu, 1' inde (%2,8) Tik Bozukluğu tanıları saptanmıştır. SAB hastalarının 13' ünde (%36,1), sağlıklı kontrol grubunun ise 23' ünde (%76,7) psikiyatrik ek tanı saptanmamıştır.

Çalışmaya katılan 66 kişinin ortalama HAM-D ölçek puanları SAB hastalarında $9,86 \pm 3,59$ ve sağlıklı kontrol grubunda $6,83 \pm 4,73$ puan olarak belirlenmiş olup HAM-D ölçek puanları, SAB hasta grubunda anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (**p: 0,001**). Aynı şekilde HAM-A ölçek puanları SAB hastalarında ortalama $15,56 \pm 4,29$, sağlıklı kontrol grubunda ise $6,13 \pm 3,99$ puan olarak belirlenmiş olup HAM-A ölçek puanları, SAB hasta grubunda anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (**p: 0,001**). Gruplara göre HAM-A ve HAM-D puanları belirtilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Gruplara göre Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) ve Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) puanları

	SAB	Kontrol		
	Ort. \pm SS	Ort. \pm SS	U	p*
HAM-A	15,56 \pm 4,29	6,13 \pm 3,99	64	0,001 **
HAM-D	9,86 \pm 3,59	6,83 \pm 4,73	275	0,001 **

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

SAB hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun LSAÖ toplam ölçek puanları ve Kaygı ve Kaçınma alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Gruplara göre Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği ve alt ölçek puanları

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)				
	SAB	Kontrol		
	Ort. \pm SS	Ort. \pm SS	U	p*
Kaygı	39,33 \pm 10,25	10,9 \pm 6,59	4,5	0,0001 **
Kaçınma	33,58 \pm 11,2	7,8 \pm 5,16	1	0,0001 **
LSAÖ toplam	73,14 \pm 19,76	18,7 \pm 11,62	1	0,0001 **

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun Empati Ölçeği (EQ) puanları özetlenmiştir (Tablo 6). EQ puanları SAB hasta grubunda,

sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük saptanmış olup, her iki grup arasında EQ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak gruplar cinsiyete göre değerlendirildiğinde her iki grupta da EQ puanları kadınlarda, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p:0,0001$).

Tablo 6: Gruplara göre Empati Ölçeği puanları

Empati Ölçeği				
	SAB	Kontrol		
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	t	p*
EQ	40,36 ± 9,17	44,37 ± 8,49	-1,828	0,072

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (independent samples t test) uygulanmıştır.

SAB hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun TAÖ-20 ve alt ölçek puanları özetlenmiştir (Tablo 7). TAÖ-20 puanlarının SAB hasta grubunda, sağlıklı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p:0,001$). TAÖ alt ölçek puanları değerlendirildiğinde de benzer ilişki görülmüş olup TAÖ-1 ve TAÖ-2 alt ölçek puanlarında daha belirgin olmak üzere tüm TAÖ alt ölçek puanlarının SAB hasta grubunda sağlıklı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 7: Gruplara göre Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt ölçek puanları

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)				
	SAB	Kontrol		
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	U-t	p*
TAÖ-1	20,42 ± 5,34	14,8 ± 5,61	t:4,157	0,0001 **
TAÖ-2	16 ± 3,6	12,07 ± 3,35	U:222	0,0001 **
TAÖ-3	21,19 ± 3,95	19,2 ± 3,56	U:355	0,017 **
TAÖ toplam	57,53 ± 8,95	46,07 ± 10,54	U:291	0,001 **

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

**İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (independent samples t test) uygulanmıştır.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastaları ve sağlıklı kontrol grubunda Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma Testi ve Yüzde Dışa Vuran Duyguları Ayırt Etme Testi puanları özetlenmiştir (Tablo 8). SAB ve Kontrol grubu arasında YDDT ve YDAT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8: Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma Testi ve Yüzde Dışa Vuran Duyguları Ayırt Etme Testi puanları

	SAB	Kontrol		
	Ort. \pm SS	Ort. \pm SS	U	p*
YDIT	15,61 \pm 1,54	16,07 \pm 1,36	508	0,231
YDAT	26,89 \pm 1,41	26,7 \pm 0,99	449	0,671

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma Testi (YDDT) ve Yüzde Dışa Vuran Duyguları Ayırt Etme Testi (YDAT) puanları

Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma Testi (YDIT) ile değişik duygu dışavurumlarının gösterildiği 19 siyah beyaz yüz fotoğrafı karşısında hastalarda oluşan toplam Sempatik deri yanıtları (SDY) karşılaştırıldığında; tüm görsel uyaranlar karşısında oluşan toplam SDY sayısı (min 0, max 19) SAB hastalarında $11,13 \pm 3,01$ ve sağlıklı kontrol grubunda ise $7,4 \pm 3,57$ olup, SAB hastalarında yanıt oranının kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (**p: 0,0001**).

Görsel uyaranlar pozitif ve negatif duygular olarak ayrı ayrı ele alındığında; pozitif duyguları içeren görsel uyaranlar karşısında oluşan sempatik deri yanıt sayısı (min 0, max 2) SAB hastalarında $0,58 \pm 0,69$ ve sağlıklı kontrol grubunda ise $1,03 \pm 0,8$ olup, pozitif duyguları içeren görsel uyaranlar karşısında gözlenen sempatik yanıt sayısı SAB grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır (**p: 0,022**). Negatif duyguları içeren görsel uyaranlar karşısında oluşan sempatik yanıt sayısı (min 0, max 17) SAB hastalarında $10,55 \pm 2,82$ ve sağlıklı kontrol grubunda ise $6,36 \pm 3,64$ olup, SAB hastalarında negatif duyguları içeren görsel uyaranlar

karşısında gözlenen sempatik yanıt sayısı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (**p: 0,0001**).

YDTT içeriğindeki farklı duygu dışavurumlarını (neşe, hüzn, öfke, korku, şaşkınlık, utanç) içeren görsel uyarılar, temsil ettikleri duygular ayrı ayrı değerlendirildiğinde oluşan sempatik deri yanıtları özetlenmiştir (Tablo 9). Görsel uyarılar ayrı ayrı değerlendirildiğinde “neşe” duygusu karşısında oluşan sempatik yanıt sayısının sağlıklı kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (**p:0,022**). “korku, öfke, hüzn ve utanç” duyguları karşısında oluşan sempatik deri yanıt sayısının ise SAB hastalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (**p:0,001**). “Şaşkınlık” duygusu karşısında oluşan sempatik yanıt sayısı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9: SAB hastalarında ve sağlıklı kontrol grubunda, farklı duygu dışavurumlarını içeren görsel uyarılar karşısında oluşan sempatik deri yanıt sayılarının karşılaştırılması

Araştırma ve sağlıklı kontrol grubunda farklı duygu ifadeleri karşısında oluşan sempatik deri yanıt ölçümleri					
		SAB	Kontrol		
		Ort. ± SS	Ort. ± SS	U	P*
Neşe	0 - 2	0,58 ± 0,69	1,03 ± 0,8	374	0,022
Korku	0 – 6	4,36 ± 1,45	2,6 ± 1,69	238,5	0,0001
Öfke	0 – 4	2,66 ± 1,37	1,56 ± 1,25	294,5	0,001
Hüzn	0 – 3	1,47 ± 0,69	0,9 ± 0,99	361	0,016
Utanç	0 – 2	1,22 ± 0,76	0,7 ± 0,71	341,5	0,006
Şaşkınlık	0 - 2	0,83 ± 0,77	0,6 ± 0,67	453	0,224

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

CİNSİYETE GÖRE VERİLER KARŞILAŞTIRILDIĞINDA;

SAB hastalarında HAM-D puanları tedavi öncesinde kadınlarda $9,68 \pm 3,07$, erkeklerde $10 \pm 4,02$ (p: 0,799), tedavi sonrasında ise kadınlarda $6,5 \pm 1,83$, erkeklerde $6,7 \pm 2,47$ (p: 0,888) puan olup her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sağlıklı kontrol grubunda HAM-D puanları kadınlarda $7 \pm 5,16$, erkeklerde $6,7 \pm 4,53$ (p:0,99) puan olup her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

SAB hastalarında HAM-A puanları tedavi öncesinde kadınlarda $15,18 \pm 4,15$, erkeklerde $15,85 \pm 4,48$ (p: 0,652), tedavi sonrasında ise kadınlarda $9,88 \pm 2,6$, erkeklerde $10,4 \pm 3,97$ (p: 0,651) puan olup her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sağlıklı kontrol grubunda HAM-A puanları kadınlarda $6,61 \pm 3,54$, erkeklerde $5,76 \pm 4,36$ (p:0,341) puan olup, her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

SAB hastalarında Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) toplam puanları tedavi öncesinde kadınlarda $55,81 \pm 8,15$, erkeklerde $58,09 \pm 9,51$ (p: 0,310) ve tedavi sonrasında kadınlarda $48,69 \pm 9,39$, erkeklerde $52,6 \pm 7,49$ (p: 0,173) puan olup, her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sağlıklı kontrol grubunda TAÖ toplam puanları kadınlarda $45,15 \pm 9,76$, erkeklerde $46,76 \pm 11,33$ (p:0,686) puan olup, her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

SAB hastalarında TAÖ-1 alt ölçek puanları tedavi öncesinde kadınlarda $20,18 \pm 4,27$, erkeklerde $20,6 \pm 6,16$ (p: 0,822) ve tedavi sonrasında kadınlarda $16,38 \pm 4,87$, erkeklerde $17,6 \pm 4,39$ (p: 0,434) puan olup TAÖ-1 alt ölçek puanları açısından her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sağlıklı kontrol grubunda TAÖ-1 alt ölçek puanları kadınlarda $14,46 \pm 5,37$, erkeklerde $15,05 \pm 5,93$ (p:0,778) puan olup, her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

SAB hastalarında TAÖ-2 alt ölçek puanları tedavi öncesinde kadınlarda $14,93 \pm 3,54$, erkeklerde $16,85 \pm 3,49$ (p: 0,109) ve tedavi sonrasında kadınlarda $12,94 \pm 2,86$, erkeklerde sırasıyla $14,25 \pm 3,23$ (p: 0,223) puan olup TAÖ-2 alt ölçek puanları açısından her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

saptanmamıştır. Sağlıklı kontrol grubunda TAÖ-2 alt ölçek puanları kadınlarda $11,61 \pm 2,56$, erkeklerde $12,41 \pm 3,89$ (p:0,529) puan olup, her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

SAB hastalarında TAÖ-3 alt ölçek puanları tedavi öncesinde kadınlarda $20,75 \pm 4,56$, erkeklerde $21,55 \pm 3,45$ (p: 0,553) ve tedavi sonrasında kadınlarda $19,44 \pm 4,79$, erkeklerde $20,75 \pm 2,95$ (p: 0,319) puan olup TAÖ-3 alt ölçek puanları açısından her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sağlıklı kontrol grubunda TAÖ-3 alt ölçek puanları kadınlarda $19,07 \pm 3,61$, erkeklerde $19,29 \pm 3,61$ (p:0,934) puan olup, her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

SAB hastalarında Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) toplam puanları tedavi öncesinde kadınlarda $74,81 \pm 17,96$, erkeklerde $71,8 \pm 21,45$ (p: 0,582) ve tedavi sonrasında kadınlarda $53,88 \pm 12,44$, erkeklerde $58,85 \pm 23,43$ (p: 0,421) puan olup LSAÖ toplam puanları açısından her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sağlıklı kontrol grubunda LSAÖ toplam puanları kadınlarda $23,92 \pm 13,83$, erkeklerde $14,70 \pm 7,87$ puan olup, sağlıklı kontrol grubunda LSAÖ toplam puanlarının kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır (**p: 0,045**).

SAB hastalarında LSAÖ-kaygı alt ölçek puanları tedavi öncesinde kadınlarda $40 \pm 8,7$, erkeklerde $38,8 \pm 11,54$ (p: 0,733) ve tedavi sonrasında kadınlarda $30,25 \pm 8,17$, erkeklerde $33,05 \pm 12,08$ (p: 0,434) puan olup LSAÖ kaygı alt ölçek puanları açısından her iki cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sağlıklı kontrol grubunda LSAÖ-kaygı alt ölçek puanları kadınlarda $13,53 \pm 8,03$, erkeklerde $8,88 \pm 4,49$ (p:0,077) puan olup, her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

SAB hastalarında LSAÖ-kaçınma alt ölçek puanları tedavi öncesinde kadınlarda $34,81 \pm 10,52$, erkeklerde $32,6 \pm 11,88$ (p: 0,422) ve tedavi sonrasında kadınlarda $23,63 \pm 5,6$, erkeklerde $25,8 \pm 12,53$ (p: 0,493) puan olup LSAÖ-kaçınma alt ölçek puanları açısından her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sağlıklı kontrol grubunda LSAÖ-kaçınma alt ölçek puanları kadınlarda $10,38 \pm 5,89$, erkeklerde $5,82 \pm 3,55$ puan olup, sağlıklı kontrol grubunda

LSAÖ-kaçınma alt ölçek puanlarının kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (**p: 0,024**).

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında Empati Ölçeği (EQ) puanları tedavi öncesinde kadınlarda $44,68 \pm 9,42$, erkeklerde $36,9 \pm 7,49$ (**p: 0,003**), tedavi sonrasında ise kadınlarda $46,25 \pm 10,57$, erkeklerde $37,5 \pm 7,86$ (**p: 0,005**) puan olup EQ ölçek puanları tedavi öncesinde ve sonrasında kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (Tablo 10). Sağlıklı kontrol grubunda EQ ölçek puanları kadınlarda $51,15 \pm 5,33$, erkeklerde $39,17 \pm 6,57$ puan olup, her iki cinsiyette de EQ ölçek puanları SAB hastalarına oranla daha yüksek saptanırken, sağlıklı kontrol grubunda EQ ölçek puanlarının kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (**p: 0,0001**).

Tablo 10: Empati Ölçeği (EQ) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

EQ	Erkek	Kadın	U-t	P*
	Ort. \pm SS	Ort. \pm SS		
SAB (Tedavi Öncesi)	$36,9 \pm 7,49$	$44,68 \pm 9,42$	U:179,5	0,003
SAB (Tedavi Sonrası)	$37,5 \pm 7,86$	$46,25 \pm 10,57$	U:73	0,005
Sağlıklı Kontrol	$39,17 \pm 6,57$	$51,15 \pm 5,33$	t:-1,828	0,0001

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

**İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (independent samples t test) uygulanmıştır.

SAB HASTALARINDA TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI DEĞİŞKENLER

SAB hastalarında tedavi öncesinde ortalama HAM-D ölçek puanları $9,86 \pm 3,59$ ve tedavi sonrasında $6,61 \pm 2,18$ puan olarak değerlendirilmiş olup tedavi sonrasında HAM-D ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede azalma

olduğu gözlenmiştir (**p:0,0001**). Aynı şekilde HAM-A ölçek puanları SAB hastalarında tedavi öncesinde ortalama $15,56 \pm 4,29$ ve tedavi sonrasında $10,17 \pm 3,39$ puan olarak değerlendirilmiş olup tedavi sonrasında HAM-A ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede azalma olduğu gözlenmiştir (**p:0,0001**). Elde edilen veriler özetlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 11: SAB hasta grubunda tedavi öncesinde ve sonrasında Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ve Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği puanları

SAB hastalarında Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri				
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort. \pm SS	Ort. \pm SS	t	p*
HAM-A	$15,56 \pm 4,29$	$10,17 \pm 3,39$	-5,123	0,0001 **
HAM-D	$9,86 \pm 3,59$	$6,61 \pm 2,18$	-5,168	0,0001 **

*Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi uygulanmıştır.

SAB hastalarında HAM-A puanları, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; tedavi sonrası SAB hastalarında HAM-A puanları $10,17 \pm 3,39$, kontrol grubunda $6,13 \pm 3,99$ puan olup SAB hastalarında tedavi sonrasında HAM-A puanları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (**p:0,0001**).

SAB hastalarında HAM-D puanları, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; tedavi sonrası SAB hastalarında HAM-D puanları $6,61 \pm 2,18$, kontrol grubunda $6,83 \pm 4,73$ puan olup SAB hastalarında tedavi sonrasında ve kontrol grubu arasında HAM-D puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

SAB hastalarında tedavi öncesi ve sonrasında LSAÖ toplam ölçek puanları ve Kaygı ve Kaçınma alt ölçek puanlarındaki değişimler özetlenmiştir (Tablo 12). SAB hastalarında LSAÖ ve tüm alt ölçek puanlarında tedavi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma gözlenmiştir (**p: 0,0001**).

Tablo 12: SAB hasta grubunda tedavi öncesinde ve sonrasında Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği ve alt ölçek puanları

	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	t	p*
	Ort. ± SS	Ort. ± SS		
LSAÖ Kaygı	39,33 ± 10,25	31,81 ± 10,48	-4,721	0,0001
LSAÖ Kaçınma	33,58 ± 11,2	24,83 ± 10	-4,94	0,0001
LSAÖ toplam	73,14 ± 19,76	56,64 ± 19,25	-5,233	0,0001

*Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi uygulanmıştır.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında tedavi sonrasında LSAÖ toplam puanları, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; SAB hastalarında tedavi sonrasında LSAÖ toplam puanları 56,64 ± 19,25, kontrol grubunda 18,7 ± 11,62 puan olup SAB hastalarında tedavi sonrasında LSAÖ toplam puanları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (**p:0,0001**). SAB hastalarında tedavi sonrasında LSAÖ kaygı alt ölçek puanları 31,81 ± 10,48, kontrol grubunda 10,9 ± 6,59 puan olup SAB hastalarında tedavi sonrasında LSAÖ kaygı alt ölçek puanları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (**p:0,0001**). SAB hastalarında tedavi sonrasında LSAÖ kaçınma alt ölçek puanları 24,83 ± 10, kontrol grubunda 7,8 ± 5,16 puan olup SAB hastalarında tedavi sonrasında LSAÖ kaçınma alt ölçek puanları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (**p:0,0001**).

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında tedavi öncesi ve sonrasında Empati Ölçeği (EQ) puanındaki değişimler özetlenmiştir (Tablo 13). SAB hastalarında tedavi sonrasında EQ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı olmayan düzeyde bir artış olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 13: SAB hasta grubunda tedavi öncesi ve sonrasında Empati Ölçeği puanları

SAB hasta grubunda Empati Ölçeği (EQ)				
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	t	p*
EQ	40,36 ± 9,17	41,39 ± 10,04	-1,889	0,067

*İki eş arasındaki farkın önemlilik testi (paired samples t test) uygulanmıştır.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında tedavi sonrasında EQ puanları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; SAB hastalarında tedavi sonrasında EQ puanları 41,39 ± 10,04, kontrol grubunda 44,37 ± 8,49 puan olup SAB hastalarında tedavi sonrasında EQ puanları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında tedavi öncesi ve sonrasında Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) toplam puanları ve alt ölçek (Duygularını tanımada güçlük: TAÖ-1, Duyguları söze dökmede güçlük: TAÖ-2, Dışa dönük düşünme: TAÖ-3) puanlarındaki değişimler özetlenmiştir (Tablo 14). SAB hastalarında TAÖ-20 toplam ölçek puanlarında tedavi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptanmıştır (**$p:0,0001$**). Tedavi ile TAÖ alt ölçek puanlarında gözlenen değişim değerlendirildiğinde; TAÖ-1 ve TAÖ-2 alt ölçek puanlarında daha belirgin olmak üzere tüm alt ölçek puanlarında tedavi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 14: SAB hasta grubunda tedavi öncesi ve sonrasında Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ve alt ölçek (TAÖ-1, TAÖ-2, TAÖ-3) puanları

SAB hastalarında Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)				
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	t	p*
TAÖ-1	20,42 ± 5,34	17,06 ± 4,59	6,338	0,0001
TAÖ-2	16 ± 3,6	13,67 ± 3,1	6,39	0,0001
TAÖ-3	21,19 ± 3,95	20,17 ± 3,87	-3,39	0,001
TAÖ-20	57,53 ± 8,95	50,86 ± 8,49	-4,91	0,0001

*Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi uygulanmıştır.

**İki eş arasındaki farkın önemlilik testi (paired samples t test) uygulanmıştır.

SAB hastalarında tedavi sonrasında TAÖ-20 puanları, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; SAB hastalarında tedavi sonrasında TAÖ-20 toplam puanları $50,86 \pm 8,49$, kontrol grubunda $46,07 \pm 10,5$ puan olup SAB hastalarında tedavi sonrasında TAÖ-20 puanları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (**p:0,0001**). SAB hastalarında tedavi sonrasında TAÖ-1 alt ölçek puanları $17,06 \pm 4,59$, kontrol grubunda $14,8 \pm 5,61$ puan olup SAB hastalarında tedavi sonrasında TAÖ-1 ölçek puanları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (**p:0,0001**). SAB hastalarında tedavi sonrasında TAÖ-2 alt ölçek puanları $13,67 \pm 3,1$, kontrol grubunda $12,7 \pm 3,35$ puan olup SAB hastalarında tedavi sonrasında TAÖ-2 alt ölçek puanları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (**p:0,001**). SAB hastalarında tedavi sonrasında TAÖ-3 alt ölçek puanları $20,17 \pm 3,87$, kontrol grubunda $19,2 \pm 3,56$ puan olup SAB hastalarında tedavi sonrasında TAÖ-3 alt ölçek puanları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (**p:0,001**).

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında tedavi öncesi ve sonrasında Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma Testi ve Yüzde Dışa Vuran Duyguları Ayırt Etme

Testi puanlarındaki değişimler özetlenmiştir (Tablo 15). SAB hastalarında tedavi sonrasında YD TT puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede artış saptanırken (**p: 0,01**), YDAT puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 15: SAB hasta grubunda tedavi öncesi ve sonrasında Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma Testi ve Yüzde Dışa Vuran Duyguları Ayırt Etme Testi puanları

	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort. \pm SS	Ort. \pm SS	t	p*
YD TT	15,61 \pm 1,54	16,08 \pm 0,94	-2,573	0,01
YDAT	26,89 \pm 1,41	27,08 \pm 1,08	-1,46	0,144

*Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında tedavi sonrasında YD TT ve YDAT puanları, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; YD TT puanları SAB hastalarında 16,08 \pm 0,94 , kontrol grubunda 16,07 \pm 1,36 puan, YDAT puanları SAB hastalarında 27,08 \pm 1,08 , kontrol grubunda 26,7 \pm 0,99 puan olup SAB hastalarında tedavi sonrasında YDAT ve YD TT puanları açısından kontrol grubu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Yüzde Dışa Vuran Duyguları Tanıma Testi (YD TT) ile değişik duygu dışavurumlarının gösterildiği 19 siyah beyaz yüz fotoğrafı karşısında hastalarda oluşan toplam Sempatik deri yanıtı (SDY) sayıları tedavi öncesi ve sonrasında karşılaştırıldığında; 19 görsel uyaran karşısında oluşan toplam sempatik deri yanıtı sayısı (min 0, max 19) tedavi öncesinde 11,13 \pm 3,01 ve tedavi sonrasında 8,61 \pm 3,46 olup, tedavi sonrasında oluşan sempatik deri yanıtı sayısında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptanmıştır (**p: 0,0001**).

SAB hastalarında tedavi sonrasında elde edilen SDY yanıt sayıları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; SAB hastalarında tedavi sonrasında toplam SDY yanıt

sayıları $8,61 \pm 3,46$, kontrol grubunda $7,4 \pm 3,57$ olup her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Görsel uyaranlar pozitif ve negatif duygular olarak ayrı ayrı ele alındığında; SAB hastalarında pozitif duyguları içeren görsel uyaranlar karşısında oluşan sempatik deri yanıt sayısı (min 0, max 2) tedavi öncesinde $0,58 \pm 0,69$ ve tedavi sonrasında $0,71 \pm 0,62$ olup, tedavi sonrasında oluşan sempatik deri yanıt sayısında istatistiksel olarak anlamlı oranda artış olduğu saptanmıştır (**p:0,005**). SAB hastalarında negatif duyguları içeren görsel uyaranlar karşısında oluşan sempatik deri yanıt sayısı (min 0, max 17) tedavi öncesinde $10,55 \pm 2,82$ ve tedavi sonrasında $7,47 \pm 2,93$ olup, tedavi sonrasında oluşan sempatik deri yanıt sayısında istatistiksel olarak anlamlı oranda azalma olduğu saptanmıştır (**p:0,0001**).

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında tedavi sonrasında elde edilen pozitif ve negatif duygular karşısında oluşan SDY yanıt sayıları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; SAB hastalarında tedavi sonrasında pozitif uyaranlar karşısında oluşan SDY yanıt sayıları $0,71 \pm 0,62$, kontrol grubunda $1,03 \pm 0,8$ olup tedavi sonrasında SAB hastalarında pozitif uyaranlar karşısında oluşan SDY sayıları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (**p:0,001**). SAB hastalarında tedavi sonrasında negatif uyaranlar karşısında oluşan SDY yanıt sayıları $7,47 \pm 2,93$, kontrol grubunda $6,36 \pm 3,64$ olup tedavi sonrasında SAB hastalarında negatif uyaranlar karşısında oluşan SDY sayıları ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

YDIT içeriğindeki farklı duygu dışavurumlarını (neşe, hüzün, öfke, korku, şaşkınlık, utanç) içeren görsel uyaranlar, temsil ettikleri duygular ayrı ayrı değerlendirildiğinde tedavi öncesi ve sonrasında oluşan sempatik deri yanıt sayılarındaki değişiklikler özetlenmiştir (Tablo 16). Görsel uyaranlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde SAB hastalarında “neşe” duygusu karşısında oluşan sempatik yanıt sayısı tedavi öncesinde $0,58 \pm 0,69$ ve tedavi sonrasında $0,71 \pm 0,62$ olup, tedavi sonrasında oluşan sempatik deri yanıt sayısının tedavi öncesine oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı saptanmıştır (**p:0,005**). SAB hastalarında “korku” duygusu karşısında oluşan sempatik deri yanıt sayısı tedavi öncesinde $4,36 \pm 1,45$ ve tedavi sonrasında $2,69 \pm 1,56$ olup, tedavi sonrasında oluşan sempatik deri yanıt sayısının tedavi öncesine oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı

saptanmıştır (**p:0,0001**). SAB hastalarında “öfke” duygusu karşısında oluşan sempatik yanıtı sayısı tedavi öncesinde $2,66 \pm 1,37$ ve tedavi sonrasında $1,8 \pm 1,19$ olup, tedavi sonrasında oluşan sempatik deri yanıtı sayısının tedavi öncesine oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır (**p:0,0001**). SAB hastalarında “hüzün, utanç ve şaşkınlık” duyguları karşısında oluşan sempatik deri yanıtı sayısı açısından tedavi öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı değişiklik saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16: SAB hastalarında tedavi öncesi ve sonrasında, sempatik deri yanıtı sayılarının karşılaştırılması

SAB hastalarında SDY					
		Tedavi öncesi	Tedavi sonrası		
	Min-Max	Ort. \pm SS	Ort. \pm SS	t	p*
Neşe	0 - 2	$0,58 \pm 0,69$	$0,71 \pm 0,62$	-2,802	0,005
Korku	0 - 6	$4,36 \pm 1,45$	$2,69 \pm 1,56$	5,356	0,0001
Öfke	0 - 4	$2,66 \pm 1,37$	$1,8 \pm 1,19$	3,936	0,0001
Hüzün	0 - 3	$1,47 \pm 0,69$	$1,42 \pm 0,1$	-1,125	0,260
Utanç	0 - 2	$1,22 \pm 0,76$	$1,17 \pm 0,71$	-0,619	0,536
Şaşkınlık	0 - 2	$0,83 \pm 0,77$	$0,81 \pm 0,67$	-1,078	0,281

*Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi uygulanmıştır.

**İki eş arasındaki farkın önemlilik testi (paired samples t test) uygulanmıştır.

ALEKSİTİMİ DÜZEYİNE GÖRE VERİLER KARŞILAŞTIRILDIĞINDA;

TAÖ-20 ölçeğine göre kesme puanı 61 puan olarak alındığında SAB hastalarının 15' i aleksitimik (%41,7), 21' i aleksitimik olmayan (%58,3) şeklinde sınıflandırılmıştır. SAB hastalarında tedavi öncesi aleksitimik olan ve olmayan vakalara ait veriler tabloda özetlenmiştir (Tablo 17).

Sosyal anksiyete bozukluğu hasta grubunda HAM-D, HAM-A ve LSAÖ toplam ve alt ölçek puanları aleksitimik grupta daha yüksek saptanmış olup, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p:0,207$). SAB hasta

grubunda EQ ölçek puanlarının aleksitimik olmayan grupta aleksitimik gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (**p: 0,029**). SAB hasta grubunda toplam SDY sayısının aleksitimik grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (**p: 0,043**). SAB hastalarında aleksitimik olan ve olmayan gruplar arasında pozitif ve negatif duygular karşısında oluşan sempatik deri yanıtı sayıları ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise her iki grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). SAB hastalarında aleksitimik olan ve olmayan gruplar arasında görsel uyaranlar karşısında oluşan sempatik deri yanıtı sayıları, temsil ettikleri duygular ayrı ayrı değerlendirildiğinde; aleksitimik olan grupta “korku” duygusu içeren yüz ifadeleri karşısında oluşan sempatik deri yanıtı sayısının aleksitimik olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu (**p: 0,002**), “neşe, öfke, hüzn ve şaşkınlık” duyguları içeren yüz ifadeleri karşısında oluşan sempatik deri yanıtı sayılarının ise her iki grup arasında anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 17: SAB hastalarında tedavi öncesi aleksitimik olan ve olmayan grupta verilerin karşılaştırılması

SAB hastalarında tedavi öncesi aleksitimi düzeyine göre verilerin karşılaştırılması				
SAB hastaları	Aleksitimik	Aleksitimik değil	U-t	p*
	Ort. ± SS	Ort. ± SS		
HAM-D	10,8 ± 3,36	9,19 ± 3,67	U:118,5	0,207
HAM-A	16,93 ± 4,19	14,57 ± 4,17	t:-1,669	0,104
LSAÖ toplam	78,93 ± 22,29	69 ± 17,1	U:113,5	0,157
Kaygı	42,06 ± 12,15	37,38 ± 8,42	t:-1,368	0,180
Kaçınma	36,33 ± 11,69	31,61 ± 10,67	U:119,5	0,221
EQ	36,46 ± 6,6	43,14 ± 9,85	t:2,28	0,029
SDY toplam (0-19)	12,33 ± 2,55	10,28 ± 3,08	t:-2,105	0,043
SDY negatif (0-17)	11,53 ± 2,23	9,85 ± 3,03	t:-1,813	0,079
SDY pozitif (0-2)	0,8 ± 0,77	0,42 ± 0,6	U:115,5	0,133
SDY neşe (0-2)	0,8 ± 0,77	0,42 ± 0,6	U:115,5	0,133
SDY korku (0-6)	5,26 ± 0,8	3,71 ± 1,48	U:62,5	0,002
SDY-öfke (0-4)	2,6 ± 1,29	2,71 ± 1,45	U:145	0,677
SDY-hüzün (0-3)	1,66 ± 0,98	1,33 ± 0,96	U:125,5	0,283
SDY-utanç (0-2)	1,13 ± 0,74	1,28 ± 0,78	U:138,5	0,511
SDY-şaşkınlık (0-2)	0,87 ± 0,74	0,8 ± 0,81	U:149,5	0,783

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

**İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (independent samples t test) uygulanmıştır.

SAB HASTA GRUBUNDA TEDAVİ ÖNCESİNDE ELDE EDİLEN VERİLERİN BİRBİRİ İLE KORELASYONLARI

Sosyal anksiyete bozukluğu hasta grubunda HAM-A puanları ile HAM-D puanları (**r: 0,5, p: 0,002**), HAM-A puanları ile TAÖ toplam puanları arasında pozitif ancak zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,357, p: 0,033**). HAM-A puanları ile TAÖ alt ölçek puanları, Empati ölçeği (EQ), YDTT, YDAT puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). HAM-A puanları ile LSAÖ arasında da pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,364, p: 0,029**). HAM-A ile farklı duyu dışavurumlarını içeren görsel uyaranlar karşısında oluşan SDY ölçümleri arasındaki ilişki incelendiğinde HAM-A puanları ile toplam SDY ölçümleri arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,589, p: 0,0001**). YDTT içeriğindeki farklı duyu dışavurumlarını içeren görsel uyaranlar, pozitif ve negatif duygular olarak ayrı ayrı değerlendirildiğinde; HAM-A puanları ile negatif duygular karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,552, p: 0,0001**), HAM-A ile pozitif duygular karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). YDTT içeriğindeki farklı duyu dışavurumlarını (neşe, hüzün, öfke, korku, şaşkınlık, utanç) içeren görsel uyaranlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde; HAM-A puanları ile “korku” duygusu karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,522, p: 0,001**), HAM-A ile diğer duygular (neşe, hüzün, öfke, şaşkınlık, utanç) karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 18).

Sosyal anksiyete bozukluğu hasta grubunda HAM-D puanları ile TAÖ toplam puanları, TAÖ-1, TAÖ-2, LSAÖ (alt ölçek puanları dahil), EQ puanları arasında da anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak HAM-D puanları ile TAÖ-3 alt ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,333, p: 0,047**). HAM-D puanları ile toplam SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,447, p: 0,006**). YDTT içeriğindeki farklı duyu dışavurumlarını içeren görsel uyaranlar, pozitif ve negatif duygular olarak ayrı ayrı değerlendirildiğinde; HAM-D puanları ile negatif duygular karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r:**

0,445, p: 0,007), HAM-D ile pozitif duygular karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Farklı duygu dışavurumlarını içeren görsel uyaranlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde; HAM-D puanları ile uyaranlar (neşe, korku, hüzn, öfke, şaşkınlık, utanç) karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 18).

Sosyal anksiyete bozukluğu hasta grubunda TAÖ toplam puanları ile HAM-A (**r: 0,357, p: 0,033**) puanları ve toplam SDY ölçümleri (**r: 0,461, p: 0,005**) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. TAÖ toplam ölçek puanları ile LSAÖ toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). TAÖ toplam puanları ile EQ ölçek puanları (**r: -0,468, p: 0,004**), YDAT (**r: -0,467, p: 0,004**) ve YDTT (**r: -0,324, p: 0,045**) arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Pozitif ve negatif duygular olarak ayrı ayrı değerlendirildiğinde; TAÖ toplam puanları ile negatif duygular karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,416, p: 0,012**). TAÖ toplam puanları ile pozitif duygular karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). YDTT içeriğindeki farklı duygu dışavurumlarını içeren görsel uyaranlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde; TAÖ toplam puanları ile “korku” duygusu karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,494, p: 0,002**), TAÖ toplam puanları ile diğer duygular (neşe, hüzn, öfke, şaşkınlık, utanç) karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 18).

SAB hasta grubunda TAÖ-1 alt ölçek puanları ile HAM-D, HAM-A, LSAÖ (LSAÖ kaygı, LSAÖ kaçınma alt ölçek puanları dahil) toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). TAÖ-1 alt ölçek puanları ile EQ puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: -0,386, p: 0,02**). TAÖ-1 alt ölçek puanları ile YDAT arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: -0,452, p: 0,006**). Benzer şekilde TAÖ-1 alt ölçek puanları ile YDTT arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: -0,305, p: 0,007**). TAÖ-1 alt ölçek puanları ile farklı duygu dışavurumlarını içeren görsel uyaranlar ile oluşan SDY ölçümleri arasındaki ilişki incelendiğinde TAÖ-1 alt ölçek puanları ile toplam SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde (**r: 0,359, p: 0,032**), negatif duygular karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf

düzeyde (**r: 0,332, p: 0,048**) korelasyon saptanmıştır. TAÖ-1 alt ölçek puanları ile pozitif duygular karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). YDTT içeriğindeki farklı duygu dışavurumlarını içeren görsel uyarılar ayrı ayrı değerlendirildiğinde; TAÖ-1 alt ölçek puanları ile “korku” duygusu karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,392, p: 0,018**), TAÖ-1 alt ölçek puanları ile diğer duygular (neşe, hüzn, öfke, şaşkınlık, utanç) karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

SAB hasta grubunda TAÖ-2 alt ölçek puanları ile HAM-D, HAM-A, LSAÖ (LSAÖ kaygı, LSAÖ kaçınma alt ölçek puanları dahil) toplam, EQ, YDAT, YDTT puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). TAÖ-2 alt ölçek puanları ile farklı duygu dışavurumlarını içeren görsel uyarılar ile oluşan SDY ölçümleri arasındaki ilişki incelendiğinde TAÖ-2 alt ölçek puanları ile toplam SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,390, p: 0,019**). Farklı duygu dışavurumlarını içeren görsel uyarılar, pozitif ve negatif duygular olarak ayrı ayrı değerlendirildiğinde; TAÖ-2 alt ölçek puanları ile negatif duygular karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,375, p: 0,024**). TAÖ-2 alt ölçek puanları ile pozitif duygular karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Farklı duygu dışavurumlarını içeren görsel uyarılar ayrı ayrı değerlendirildiğinde; TAÖ-2 alt ölçek puanları ile “korku” duygusu karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,473, p: 0,004**), TAÖ-2 alt ölçek puanları ile diğer duygular (neşe, hüzn, öfke, şaşkınlık, utanç) karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

SAB hasta grubunda TAÖ-3 alt ölçek puanları ile HAM-A, LSAÖ (LSAÖ kaygı, LSAÖ kaçınma alt ölçek puanları dahil) toplam, YDAT, YDTT puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). TAÖ-3 alt ölçek puanları ile EQ puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: - 0,354, p: 0,034**). TAÖ-3 alt ölçek puanları ile HAM-D puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,333, p: 0,047**). TAÖ-3 alt ölçek puanları ile farklı duygu dışavurumlarını içeren görsel uyarılar karşısında oluşan sempatik deri yanıtı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

SAB hasta grubunda LSAÖ toplam puanları ile HAM-A puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,369, p: 0,029**). LSAÖ toplam puanları ile HAM-D, EQ, YDTT, YDAT, TAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). LSAÖ ölçek puanları ile SDY ölçümleri arasındaki ilişki incelendiğinde LSAÖ ölçek puanları ile toplam SDY ölçümleri ve negatif duygular karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). LSAÖ ölçek puanları ile pozitif duygular karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,423, p: 0,01**). Farklı duygu dışavurumlarını içeren görsel uyaranlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde; LSAÖ ölçek puanları ile “neşe” duygusu karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde (**r: 0,423, p: 0,01**), “şaşkınlık” duygusu karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,38, p: 0,022**). LSAÖ ölçek puanları ile diğer duygular (korku, hüzn, öfke, utanç) karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 18).

Sosyal anksiyete bozukluğu hasta grubunda EQ puanları ile TAÖ-20 puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: -0,468, p: 0,004**). EQ puanları ile TAÖ-1 (**r: -0,386, p: 0,02**) ve TAÖ-3 (**r: -0,354, p: 0,034**) alt ölçek puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. EQ puanları ile TAÖ-2 alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,005$). EQ ile YDTT puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,382, p: 0,021**). EQ puanları ile toplam SDY ölçümleri, pozitif ve negatif duygular karşısında elde edilen SDY ölçümleri ve tüm duygular ayrı ayrı ele alındığında elde edilen SDY ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 18).

Tablo 18: SAB hastalarında tedavi öncesinde elde edilen verilerin SDY yanıt sayıları ile korelasyonu

SAB hastalarında tedavi öncesinde elde edilen veriler ve SDY yanıt sayıları ile korelasyonu

SAB hastaları	HAM-A		HAM-D		LSAÖ		EQ		TAÖ-20	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
SDY toplam	0,589	0,0001	0,447	0,006	0,176	0,304	-0,196	0,251	0,461	0,005
SDY negatif	0,552	0,0001	0,445	0,007	0,102	0,552	-0,131	0,448	0,416	0,012
SDY pozitif	0,282	0,095	-0,001	0,995	0,423	0,01	-0,313	0,063	0,231	0,175
SDY neşe	0,282	0,095	-0,001	0,995	0,423	0,01	-0,313	0,063	0,231	0,175
SDY korku	0,522	0,001	0,252	0,138	-0,004	0,980	-0,126	0,465	0,494	0,002
SDY-öfke	0,32	0,057	0,275	0,104	0,051	0,766	-0,105	0,544	0,049	0,779
SDY-hüzün	0,114	0,507	0,235	0,167	0,007	0,967	-0,004	0,983	0,107	0,534
SDY-utanç	0,088	0,610	0,16	0,35	0,025	0,886	-0,081	0,639	0,088	0,609
SDY-şaşkınlık	0,211	0,217	0,09	0,603	0,38	0,022	-0,034	0,845	0,136	0,429

* pearson bağıntı analizi. p<0,05.

Korelasyonları anlamlı bulunan değişkenler üzerinde yapılan regresyon analizleri incelendiğinde; Toplam SDY ‘nın HAM-A ölçek puanını %31,5 oranında açıkladığı ($R^2:0,315$) görülmüştür (p:0,0001, B:0,799, Beta:0,561). Toplam SDY’ nın HAM-D ölçek puanını % 15,6 oranında açıkladığı ($R^2:0,156$) görülmüştür (p:0,0017, B:0,47, Beta:0,395). Toplam SDY’ nın TAÖ-20 ölçek puanını % 20 oranında açıkladığı ($R^2:0,2$) görülmüştür (p:0,006, B:1,33, Beta:0,448). Toplam SDY’ nın EQ ve LSAÖ ölçek puanları üzerinde anlamlı etkisi saptanmamıştır.

Diğer değişkenlerin (pozitif, negatif, neşe, korku, öfke, hüzün, utanç, şaşkınlık) ölçek puanları ile ilişkisi birlikte değerlendirildiğinde anlamlı bulunan değerler incelendiğinde; Negatif SDY’ nın HAM-A ölçek puanını % 28 oranında açıkladığı ($R^2:0,28$) görülmüştür (p:0,001, B:0,80,, Beta:0,528). Negatif SDY’ nın HAM-D ölçek puanını % 18,6 oranında açıkladığı ($R^2:0,186$) görülmüştür (p:0,009,

B:0,548, Beta:0,431). Korku SDY' nin TAÖ-20 ölçek puanını % 22,4 oranında açıkladığı ($R^2:0,224$) görülmüştür ($p:0,004$, B:2,909, Beta:0,474). Şaşkınlık SDY' nin LSAÖ ölçek puanını % 11,6 oranında açıkladığı ($R^2:0,116$) görülmüştür ($p:0,042$, B:8,706, Beta:0,341). Diğer değişkenler ile EQ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

SAB HASTA GRUBUNDA TEDAVİ SONRASINDA ELDE EDİLEN VERİLERİN BİRBİRİ İLE KORELASYONLARI

Sosyal anksiyete bozukluğu hasta grubunda tedavi sonrasında HAM-A puanları ile HAM-D, TAÖ toplam ve alt ölçek puanları, EQ, LSAÖ toplam ve alt ölçek puanları, YDTT ve YDAT puanları ile SDY ölçümleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Benzer sonuçlar HAM-D için de bulunmuştur ancak farklı olarak HAM-D ile “hüzün” duygusunu içeren görsel uyaranlarla oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**r: 0,355, p: 0,033**).

SAB hasta grubunda tedavi sonrasında TAÖ toplam puanları ile HAM-A, HAM-D, EQ, LSAÖ toplam ve alt ölçek puanları ve tüm SDY ölçüm değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 19). TAÖ toplam ölçek puanları ile YDAT puanları (**r: -0,398, p: 0,016**) ve YDTT (**r: -0,331, p: 0,049**) arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. TAÖ alt ölçek puanları ile YDAT puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; YDAT puanları ile TAÖ-1 (**r: -0,41, p: 0,013**) ve TAÖ-2 arasında (**r: -0,348, p: 0,038**) negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmış olup, TAÖ-3 alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). TAÖ alt ölçek puanları ile YDTT puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; YDTT puanları ile TAÖ-2 alt ölçek puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmış olup (**r: -0,382, p: 0,022**), YDTT puanları ile TAÖ-1 ve TAÖ-3 alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19: SAB hastalarında tedavi sonrasında elde edilen verilerin SDY yanıt sayıları ile korelasyonu

SAB hastalarında tedavi sonrasında elde edilen veriler ve SDY yanıt sayıları ile korelasyonu

SAB hastaları	HAM-A		HAM-D		LSAÖ		EQ		TAÖ-20	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
SDY toplam	-0,34	0,844	0,187	0,275	-0,71	0,680	-0,043	0,803	0,233	0,171
SDY negatif	0,0001	0,999	0,224	0,189	0,03	0,864	-0,048	0,779	0,298	0,078
SDY pozitif	-0,207	0,225	-0,003	0,987	-0,218	0,202	0,007	0,969	-0,019	0,914
SDY neşe	-0,207	0,225	-0,003	0,987	-0,218	0,202	0,007	0,969	-0,019	0,914
SDY korku	-0,120	0,485	0,052	0,763	0,016	0,925	-0,068	0,695	0,196	0,252
SDY-öfke	0,037	0,83	0,107	0,536	-0,119	0,489	-0,136	0,428	0,102	0,555
SDY-hüzün	0,89	0,606	0,355	0,033	-0,008	0,965	-0,118	0,494	0,325	0,053
SDY-utanç	0,203	0,236	0,078	0,652	0,003	0,988	-0,050	0,771	0,164	0,338
SDY-şaşkınlık	-0,154	0,369	0,059	0,732	0,012	0,945	0,228	0,181	0,004	0,984

* pearson bağıntı analizi. p<0,05.

TARTIŞMA

Çalışmamızda; Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) ve sağlıklı kontrol grubunda depresyon, anksiyete, aleksitimi düzeyleri, empati becerileri, yüzde dışa vuran duyguları tanıma ve ayırt etme testleri uygulanarak yapılan sempatik deri yanıtı ölçümleri arasındaki ilişki ve bu verilerin birbirleriyle ilişkisi incelenmiş, mevcut veriler tedavi öncesi ve sonrasında karşılaştırılmıştır. Sosyodemografik veriler açısından anlamlı fark bulunmayan SAB hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında tüm bu verilerin birlikte değerlendirilmesi, tedavi süreçlerinin değerlendirilen veriler ile bağıntısının bir bütün olarak değerlendirilmesi, hasta ve kontrol grubundaki aleksitimi vakalarının yaygınlığının birlikte değerlendirildiği bir çalışma olması açısından önem arz etmektedir.

Sosyal anksiyete bozukluğu alt tipine de bağlı olarak çoğunlukla erken yaşlarda başlayan bir rahatsızlıktır (203). İzgiç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2000) SAB hastalarının 21-24 yaşları aralığında olduğu bildirilmiştir (204). Çalışmamızda SAB hastalarının ortalama başvuru yaşı $22,02 \pm 0,33$ olarak tespit edilmiştir.

Sağlıklı bireylere kıyasla SAB olan bireylerin, sıklıkla kadın cinsiyetinde olduğu, kadın/erkek oranının 2/1 olduğu bildirilmiştir ancak klinik çalışmalar incelendiğinde bu oranının birbirine neredeyse eşit olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur (25). Toplumda yapılan çalışmalarda kadın hastaların daha az tedavi arayışında buldukları, bu durumun ‘sosyal ataklık’ konusundaki beklentilerin cinsiyetler arasında farklılığı göstermesinden kaynaklandığı, kadınların daha pasif ve utangaç olmalarının daha çok kabul gördüğü ve bu beklentilerin tedavi arama davranışını etkileyebileceği bildirilmektedir (26). Çalışmamızda sosyal anksiyete bozukluğu grubunda kadın oranı % 44,4, erkek oranı % 55,6 olup, her iki cinsiyet açısından oranların dağılımı farklı değildir. Bu benzerlik araştırma grubunuz için eğitim düzeyinin yüksek olması ve katılımcıların çoğunun çalışıyor ve öğrenci olmasından etkilenmiş olabilir.

Çalışmamızda SAB hasta grubunda bekar oranı % 94,4, evli oranı % 5,6 olarak tespit edilmiştir. Bu oran diğer çalışmalarla (Weissman ve ark. 1996; %38-85,7) benzer bulunsa da (25), SAB’ nun klinik belirtileri ile ilişkili olabileceği,

hastalığın başlangıç yaşının ortalama evlenme yaşından küçük olduğu ve muhtemel sosyal uyarıcı durumların hastane başvurularında etkili olabileceği göz ardı edilmemelidir. Benzer şekilde SAB hastalarının sıklıkla yalnız yaşayan, evlenmemiş ya da boşanmış oldukları farklı çalışmalarda da bildirilmektedir (24).

SAB hastalarında eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyin SAB yaygınlığını etkileyip-etkilemediği tam olarak bilinmemektedir. SAB olanların sosyoekonomik ve eğitim durumlarının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalara karşın kontrol grubu ile bir farklılık bulunmadığı yönünde sonuçlar da mevcuttur. Çalışmamızda SAB hastalarının eğitim süresi ortalama $14,19 \pm 0,41$ yıl olup, sağlıklı kontrol grubu ile ($14,23 \pm 0,41$ yıl) SAB hastaları arasında farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda SAB hastalarında ya da kontrol grubunda alkol kötüye kullanımı ya da alkol bağımlılığı tanılarını karşılayan bir vaka saptanmamıştır. Epidemiyolojik çalışmalarda alkol kullanımı ile SAB eştanısının yüksek olduğunu gösterilmiştir (205). SAB hastalarında alkol kötüye kullanımı olanların oranı % 13,9, sağlıklı kontrol grubunda ise % 13,3 olarak bildirilmektedir. Alkol bağımlılığı olan hasta örneğinde SAB yaygınlığının %2,4 ile %57 (ortalama %21) arasında değiştiği, SAB olan örneklemlerde ise alkol bağımlılığı tanısının %14,3 ile %43,3 (ortalama %26,5) arasında değiştiği bildirilmiştir (34). Evren ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada alkol bağımlılarında SAB oranları % 9,8 – 11,4 olarak saptanmıştır (35). Benzer birçok çalışmada SAB ile alkol kullanım bozukluğu tanıları arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiş olmasına karşın bu ilişkinin yönü ya da nedenselliği konusunda halen belirsizlik bulunmaktadır. Alkol kullanımının SAB belirtilerini yatıştırıyor olması, aynı zamanda alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde sosyal alanlarda yetersizlikler yaşanması da olumsuz değerlendirilme ile ilgili gözlem korkuları nedeniyle sosyal anksiyeteyi artırabildiği bildirilmektedir. Çalışmamızda alkol kötüye kullanımı ya da alkol bağımlılığı tanılarını karşılayan herhangi bir vaka bulunmaması diğer çalışmalara göre sosyo-kültürel farklılıklar ve katılımcıların erken yaş grubunda olması ve yüksek eğitim düzeyi ile ilgili olabilecek sosyal anksiyete belirtileri ile erken karşılaşmaya bağlı erken başvuru süresi ile ilişkili olabilir.

Sigara kullanımı ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki birçok çalışmada incelenmiştir. Literatürde Sonntag ve arkadaşlarının (2000) 3021 hastada yaptıkları

bir çalışmada, sigara içenlerin %27 'sinde en azından bir sosyal korku bulunduğu, %7,2' sinde ise SAB geliştiği ve SAB gelişenlerin çoğunda korkuların sigara içmeye başlamadan önce geliştiğini, sigara kullanımının sosyal olarak kabullenebilirliği arttırdığını ve bunun da kişideki anksiyeteyi azalttığını, SAB olmadan mevcut sosyal korkuların da daha sonraki sigara alışkanlıklarının gelişmesi için bir belirleyici olabileceğini bildirmişlerdir (206). Bizim çalışmamızda katılımcıların sigara bağımlılığı oranları SAB hasta grubunda % 11,1, kontrol grubunda % 6,7 olarak belirlenmiştir. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Sigara ile SAB arasındaki ilişkinin değişik boyutlarını belirlemenin daha fazla sayıda örnekleme mümkün olacağı kanaatindeyiz (207).

İzgiç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2000) SAB olan genç yetişkinlerin ailelerinde psikiyatrik rahatsızlık bulunma yüzdelerinin, olmayan gruba göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ailelerinde psikiyatrik hastalık tanımlayan kişilerin oluşturduğu grupta SAB yaşam boyu yaygınlığı % 12,5 , tanımlamayanlarda ise % 9,4 olarak bulunmuştur (204). Çalışmamızda da SAB hasta grubunda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü oranlarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla %19,4 , %13,3).

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında psikiyatrik eştanıların sık görüldüğü bilinmektedir. En sık anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları SAB ile birliktelik göstermektedir (203). Çalışmamızda SAB hastalarında eştanı oranlarının kontrol grubundan fazla olduğu saptanmıştır (sırasıyla %63,9 , % 23,3). Bu bulgu önceki çalışmalarla da uyumludur (25).

Solmaz ve arkadaşlarının (1999) yaptığı bir çalışmada SAB hastalarının %52,3' ünün eksen 1 eştanıya sahip oldukları, bunlar arasında depresyonun en sık görülen eştanı olduğu bildirilmiştir. Çeşitli araştırmalarda SAB ve MDB' nun yaşam boyu beraber görülme oranları %17-80 arasında bildirilmiştir (31). Schneier ve arkadaşlarının ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında SAB hastalarında MDB eştanı sıklığı % 17 olarak bildirilmiştir (25). Kashdan ve arkadaşlarının çalışmasında (2011) SAB hastalarında MDB eştanısının olması durumunda belirtilerin daha şiddetli olduğu, kronik bir seyir gösterdiği, işlevsellik kaybını daha fazla artırdığı, madde kullanımı ve özkıyım riskinin arttığı bildirilmiştir (208). Turan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2000) SAB hastalarında MDB

eşanı oranı % 35,4 olarak bildirilmiştir (209). Çalışmamızda SAB hastalarının %36,1' inde MDB eşansı saptanmış olup HAM-D ölçek puanları, SAB hasta grubunda anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Diğer eşanı oranlarına bakıldığında Yaygın Anksiyete Bozukluğu % 2-27 , Obsesif Kompulsif Bozukluk %2-19 olarak bildirilmiştir (210). Bizim çalışmamızda da SAB hastalarının %11,1' inde Obsesif Kompulsif Bozukluk, %2,8' inde Yaygın Anksiyete Bozukluğu eşanılarının olduğu saptanmıştır.

SAB hastalarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) eşansı daha az araştırılmıştır. Nedenlerinden DEHB' nin bir çocukluk dönemi hastalığı olarak görülmesi olabilir. Van Ameringen ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada SAB tanılı hastalarda DEHB eşanı oranının % 27,9 olduğu bildirilmiştir (211). Safren ve arkadaşlarının çalışmasında (2001) 33 SAB hastasında DEHB sıklığı % 3 olarak bildirilmiştir (212). Park ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında erişkin DEHB ile SAB eşansı varlığı ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada DEHB tanılı erişkinlerin %29,3 'ü eşzamanlı olarak SAB eşansını almışlardır (213). Sobanski ve arkadaşlarının çalışmasında (2007) erişkin DEHB hastalarında SAB eşanı oranı %18,6 olarak bildirilmiştir (214). Çalışmamızda SAB hastalarında DEHB eşansının % 11,1 oranında olduğu saptanmıştır. Sosyal kaygı ve sosyal kaçınma şiddetinin DEHB varlığında artmış olması, SAB tedavi yaklaşımında önemli olabilir. DEHB olan ve olmayan SAB hastalarında antidepresan ilaç yanıtlarını ya da SAB tedavi edilirken eşzamanlı olarak DEHB tedavisinin katkılarını gösteren yeni çalışmalar konuyu aydınlatacaktır.

Turan ve arkadaşlarının yaptığı (2000) çalışmada SAB hastalarında Özgül fobi oranı % 3,1 olarak bildirilmiştir. Özgül fobisi olan hastalarda SAB eşanı oranları % 20,1 ile % 60,8 arasında bildirilmiştir (209). Çalışmamızda SAB hastalarında özgül fobi eşanı oranı % 13,9 olarak saptanmıştır.

Güz ve Dilbaz' ın çalışmasında (2003) SAB hastalarında HAM-D ölçek puanları $7,8 \pm 4,9$ puan, HAM-A ölçek puanları $17,2 \pm 5,8$ puan olarak bildirilmiştir (215). Uğurlu' nun çalışmasında (2009) SAB hastalarında HAM-D ölçek puanları $11,82 \pm 7,2$ ve HAM-A ölçek puanları $15,6 \pm 5,9$ puan olarak belirtilmiştir (216). Çalışmamızda da SAB hastalarında HAM-D ölçek puan ortalaması $9,86 \pm 3,59$ puan ve HAM-A ölçek puan ortalaması $15,56 \pm 4,29$ puan olarak saptanmıştır. Sağlıklı

kontrol grubunda HAM-D ölçek puan ortalaması $6,83 \pm 4,73$ puan ve HAM-A ölçek puan ortalaması ise $6,13 \pm 3,99$ puan olarak belirlenmiş olup HAM-D ve HAM-A ölçek puanları, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu puanlar depresyon ve anksiyete eştanılarının sıklığını destekleyen kanıtlar ortaya koymaktadır.

Uğurlu' nun çalışmasında (2009) SAB hastalarında LSAÖ toplam ölçek puanları $63,59 \pm 19,9$, LSAÖ-kaygı alt ölçek puanları $37,56 \pm 10,6$ ve LSAÖ-kaçınma alt ölçek puanları $26,03 \pm 10,25$ puan olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada kontrol grubu LSAÖ toplam ölçek puanları oldukça düşük saptanmıştır (sırasıyla $16,47 \pm 6,54$, $11,82 \pm 7,2$ ve $5,27 \pm 2,5$) (216). Türe' nin çalışmasında (2013) SAB hasta grubunda LSAÖ-kaygı alt ölçek puanları $43,96 \pm 12,02$, LSAÖ-kaçınma alt ölçek puanları $43,29 \pm 12,12$ olarak bildirilmiştir (217). Çalışmalarda bildirilen sonuçlar arasındaki farklılığın, çalışmada kullanılan tanı ölçütlerinin farklılığı, çalışmaya katılan SAB hastalarda hastalık süresi, yaş ve eğitim düzeylerindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde SAB hasta grubunda LSAÖ-toplam ölçek puanları $73,14 \pm 19,76$, LSAÖ-kaygı alt ölçek puanları $39,33 \pm 10,25$ ve LSAÖ-kaçınma alt ölçek puanları $33,58 \pm 11,2$ olarak saptanmış olup mevcut değerler kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlar Uğurlu' nun çalışmasına (2009) daha yakın durmaktadır. Uğurlu' nun çalışmasındaki hasta grubuna bakıldığında çalışmaya katılan hasta grubunun cinsiyet oranlarının (kadın % 44,1, erkek % 55,9), yaş aralığı ortalamasının ($29,8 \pm 9,1$) ve eğitim süresi ortalamasının ($13,82 \pm 3,8$) bizim çalışmamızdaki hasta grubu ile benzerlik göstermesi bu uyumluluğu desteklemektedir.

SAB hasta grubunda empati düzeyinin değerlendirildiği çalışmalarda SAB ile empati düzeyleri arasında net bir ilişki ortaya konulamamıştır. Morrison çalışmasında (2009) EQ düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığını bildirmiştir (218). Jason ve arkadaşları (2009) SAB olanlarda kontrol grubuna göre empati skorlarının daha düşük olduğu, ancak bu durumun SAB ile ilişkisinin zayıf olduğu, SAB ile düşük empati skorları arasındaki ilişkinin net olmadığı ancak SAB olan erkeklerde empati skorlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (218). Elhanany' in çalışmasında (2011) sosyal anksiyete ile empati

düzeyleri arasında pozitif yönde korelasyon olduğu bildirilmiştir (219). Jason ve arkadaşları (2009) SAB hastalarında anksiyete düzeyi ile empati skorları arasında negatif ilişki olduğu ve EQ puanlarının $43,33 \pm 13,18$ olup, kontrol grubundan ($51,6 \pm 10,15$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğunu saptamışlardır (218). Çalışmamızda EQ puan ortalaması $40,36 \pm 9,17$ olup, sağlıklı kontrol grubuna göre ($44,37 \pm 8,49$) istatistiksel olarak önemli olmayan düzeyde düşük saptanmıştır ($p>0,05$). Tedavi sonrasında EQ puanları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Ancak SAB hasta grubunda EQ puanları literatürle uyumlu şekilde kadın cinsiyette erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmalar arasındaki farklı değerlerin empati becerilerinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler (duygusal ve bilişsel empati düzeylerinin ayrı ayrı değerlendirildiği kişiler arası duyarlılık endeksi- the Interpersonal Reactive Index, Elhanany ve ark 2011), hasta grubu (ayaktan ve yatan hastaların çalışmaya alındığı, anksiyete bozukluklu grubunda SAB grubunun ayrı ele alındığı, Jason ve ark 2009) , yöntem (tedavi alan SAB hastalarının dışlanmadığı, Jason ve ark 2009 vb) farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Marci ve arkadaşlarının SDY ile empati skorları arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri araştırmalarında (2011), terapist ve hastaların görüşme sürecinde deri iletkenliği ölçülerek ve eşzamanlı olarak gözlemci ve hastalara empati ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda SDY değişimindeki uyumun empatinin skorları ile ilişkili olduğu, deri iletkenliği değişimindeki uyumun empatinin biyolojik bir göstergesi olabileceği ileri sürülmüştür (116). Davranım bozukluğu olan çocuklarda kederli ruh hali ile indüklenen otonom aktiviteler incelenmiş, daha fazla olumlu davranış gösteren kızlarda erkeklere oranla sempatik deri iletkenliklerinin fazla olduğu, bunun empati becerileri ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (220). Volodymyr ve arkadaşlarının duygusal uyararla oluşan otonom değişikliklerle EQ puanları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında (2013) yüksek otonomik uyarılma (SDY) ile EQ puanları arasında pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (110). Ancak çalışmamızda EQ puanları ile toplam SDY ölçümleri, pozitif ve negatif duygular karşısında elde edilen SDY ölçümleri ve tüm duygular ayrı ayrı ele alındığında elde edilen SDY ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Elde edilen bu verilerdeki farklılığın kullanılan yöntem (otonom

sistem aktivitesi ölçümünde solunum sayısı ve vagal tonus kullanımı, Zahn-Waxler 1995), tercih edilen uyaran çeşidi-süresi (tek duygu karşısında oluşan otonom yanıtın tekrarlayan ölçümlerle değerlendirilmediği, Zahn-Waxler 1995) ve hasta grubu (davranım bozukluğu olan hasta grubu seçimi, Zahn-Waxler 1995 ve SAB hastalarının ayrı değerlendirilmediği, Marci ve ark 2007) seçimindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Daha büyük örneklem grubunda otonom sistem aktivitesini değerlendiren farklı parametrelerin SDY ölçümü ile birlikte kullanımı ve EQ düzeylerini etkileyebilecek diğer faktörlerin kontrolü ile yapılacak değerlendirmelerin bu konuya ışık tutacağı düşünülmektedir.

Solmaz ve arkadaşlarının çalışmasında (2000) SAB hastalarında aleksitimi düzeylerinin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, SAB hasta grubunda aleksitimik birey sayısının %58 oranında görüldüğü bildirilmiştir (4). Cox ve arkadaşları (1995) SAB hastalarının %28,3 'ünde aleksitimi saptamışlardır (175). Fukunishi ve arkadaşları, SAB hastalarında TAÖ-1 ve TAÖ-2 alt ölçek puanlarının kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirmiştir (167). Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde SAB hastalarında TAÖ-20, TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 puanlarının kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, TAÖ-20 ölçeğinde kesme puanı 61 puan olarak alındığında SAB hasta grubunda aleksitimik bireylerin oranının % 41,7 olduğu, kontrol grubuna oranla aleksitimik bireylerin belirgin şekilde fazla olduğu, TAÖ toplam puanlarının kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. SAB hastalarında TAÖ alt ölçekleri değerlendirildiğinde Fukunishi ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde TAÖ-1 ve TAÖ-2 alt ölçek puanları ile daha belirgin olmak üzere tüm alt ölçek puanlarının SAB hastalarında kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmalarda elde edilen verilerin farklı çalışmalarda değişiklik göstermesi yöntem, aleksitimi için kullanılan kesme puanı, kullanılan tanı ölçütleri, aleksitimi düzeylerini etkileyebilecek eğitim düzeyi, eşlik eden kronik metabolik hastalıklar ve psikiyatrik eşanlı durumlar gibi faktörlerin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

SAB olan bireylerin diğer insanları eleştirel, yargılayıcı ve alaycı olarak algılamaya yönelik önyargıları vardır. Sosyal anksiyetesi olan insanların duyguları

tanıma konusunda güçlük yaşadıkları yönünde ön kanıtlar mevcuttur (218). Simonian'ın çalışmasında (2001) SAB hastalarının kontrol grubuna göre duyguları tanımlamakta güçlük çektikleri, özellikle mutluluk, üzüntü ve tiksinti ifadeleri içeren yüzlerde duyguların tanımlanmasında güçle birlikte anksiyete belirtilerinin arttığı bildirilmiştir (221). Demenescu ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) SAB hastalarında kızgınlık, neşe, korku ve nötr duygusal uyaranlar karşısında sağlıklı kontrollere oranla amigdala ve lingual girusta hipoaktivasyon saptandığı, özellikle "korku" duygusunu içeren uyaranlarla nöroanatomik bağlantılar arasındaki anormalliğin belirginleştiği bildirilmiştir (222). Çalışmalar SAB hastalarının negatif ve nötr duygulanıma karşı daha duyarlı olduklarını göstermektedir (218). SAB hastalarının negatif uyaranları değerlendirme becerilerinin daha yüksek olduğu, bu durumun olumsuz değerlendirilme korkusu nedeniyle indüklenen sosyal tehdit algısı ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (223). McClure'nin çalışmasında (2003) bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu ve sağlıklı kontrol gruplarında yüzde dışa vuran duyguların tanıma oranları incelenmiş, bipolar bozuklukta daha belirgin olmak üzere anksiyete bozukluğu grubunda kontrol grubuna oranla yüzde dışa vuran duyguları tanıma oranlarının istatistiksel olarak anlamlı oranda düşük olduğu saptanmıştır (224). Erol ve arkadaşlarının çalışmasında (2009) yüzde dışavuran duyguların algılanmasının sosyal işlevselliğin önemli yordayıcılarından olduğu belirtilmiştir (202). Anksiyete düzeyi düşük olan gruba göre anksiyete düzeyi yüksek olan grubun korku ve şaşkınlık duygularını tanıma becerilerinin daha fazla; nötral yüz ifadeleri, hüzn, tiksime, mutluluk ve öfke ifadeleri içeren yüzleri tanıma becerilerinin daha az olduğu (225) ve SAB hastalarının yüzlerden negatif duyguları tanımda daha başarısız oldukları bildirilmiştir (Montagne ve ark. 2006) (226). Sousa ve ark. (2006) SAB ve panik bozukluk hastalarına YDTT ve YDAT testlerini uygulamış, panik bozukluk hasta grubunda duyguları tanıma hatalarının olduğu ancak SAB grubun test performansının kontrol grubu ile aynı olduğu bildirilmiştir (227). Çalışmamızda SAB hastaları ve kontrol grubu arasında YDDT ve YDAT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aynı zamanda YDTT testinde kullanılan yüz ifadelerini tanıma becerisinin kültürel özelliklere göre farklılık gösterebileceği düşünülmektedir.

Labuschagne' nin çalışmasında (2010) SAB hastalarında -kızgın yüz ifadelerine daha belirgin biçimde olmak üzere- amigdala aktivitesinin kontrollere göre belirgin düzeyde arttığı saptanmıştır (56). Moscovitch' in çalışmasında (2010) SAB hastalarında pozitif ve negatif duygusal uyarılar karşısında oluşan SDY yanıtlarının kalp hızı ile orantılı şekilde kontrol grubundan daha fazla artış gösterdiği bildirilmiştir (196). Doberenz ve arkadaşlarının çalışmasında (2010), önceki çalışmaları destekler nitelikte, anksiyete bozukluğu olan bireylerde SDY düzeylerinde artış olduğu bildirilmiştir (228). Çalışmamızda literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu şekilde SAB hastalarında SDY oranının kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Hasta grubunda sağlıklı kontrollere oranla pozitif uyarılar karşısında oluşan SDY sayısı daha düşük, negatif uyarılar karşısında oluşan SDY sayısı yüksek saptanmıştır. “Neşe” duygusu karşısında oluşan sempatik yanıt sayısının düşük, “korku, öfke, hüzn ve utanç” duyguları karşısında oluşan sempatik yanıt sayısının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum SAB hastalarının korku, utanç, öfke ve hüzn gibi negatif uyarılara karşı daha duyarlı olduklarını, neşe duygusu gibi pozitif uyarılara karşı duyarlılıklarının ise kontrol grubuna göre daha az olduğunu göstermektedir. Tedavi öncesi ve sonrasında SDY yanıtları karşılaştırıldığında tedavi sonrasında oluşan SDY sayısında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu, pozitif duygular karşısında artış olurken, negatif duygular karşısında (özellikle “korku” ve “öfke”) anlamlı oranda azalma olduğu saptanmıştır. Mevcut yanıt sayılarındaki değişimin SAB hastalarında tedavi sonrasında HAM-D ve HAM-A skorlarındaki azalma ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda SAB hastalarında tedavi sonrasında HAM-D ve HAM-A puanları ile toplam SDY ve negatif uyarılarla oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde korelasyon saptanmış olması bunu desteklemektedir. Veith ve arkadaşlarının çalışmasında MDB hastalarında sempatik sistem aktivitesinin arttığı bildirilmiştir (229). Saric' in çalışmasında anksiyete düzeylerinin sempatik sistem aktivitesinde farklı tepkilere neden olabileceği bildirilmiştir (230). SGI, SNGI, TSA tedavilerinin sempatik sistem üzerindeki etkilerinin de SDY ölçüm sonuçları üzerindeki etkiden sorumlu olabileceği göz ardı edilmemelidir. Ikeda' nın çalışmasında antidepressanların otonom sistem üzerindeki etkileri bildirilmiştir (231).

Literatürde SAB, aleksitimi düzeyleri ile görsel duygusal uyaranlar arasındaki ilişkinin SDY ölçümleri ile birlikte değerlendirildiği çalışmalar yetersiz sayıdadır. Volodymyr ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) emosyonel uyarı karşısında oluşan SDY' nin aleksitimi ve empati ile ilişkisi incelenmiş olup, aleksitimik bireylerin alışılmadık şekilde yüksek bazal elektrodermal reaktiviteye sahip oldukları bildirilmiştir (110). Benzer bir çalışmada nötr ve negatif görsel uyaranlar karşısında yüksek aleksitimi puanları olan bireylerde bazal elektrodermal aktivitenin daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (183). Çalışmamızda SAB hastalarında aleksitimik grupta toplam ve negatif uyaranlar karşısında oluşan sempatik yanıt sayısı, aleksitimik olmayan bireylere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Pozitif uyaranlar karşısında oluşan sempatik yanıt sayısı aleksitimik olan ve olmayan grup arasında anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Görsel uyaranlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise “korku” duygusu karşısında oluşan sempatik yanıt sayısı, aleksitimik SAB hastalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış göstermiştir. Çalışmamızda aleksitimik grupta negatif uyaranlara artmış sempatik yanıt gözlenmiştir ancak “korku” duygusu karşısında artmış SDY yanıt oranlarının, diğer insanları, içinde buldukları kaygı oluşturan durumlarla ilişkili olan negatif uyaranlarla bağıntılı biçimde eleştirel, yargılayıcı ve alaycı olarak algılamaya yönelik yatkınlıkları ile oluşan seçici dikkatten kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

SAB hastalarında HAM-D, HAM-A, LSAÖ, TAÖ-20, EQ düzeylerinin tedavi öncesi ve sonrasında değerlendirildiği çalışmalar yeterli sayıda değildir. Amr ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında SAB hastalarında HAM-A, HAM-D, LSAÖ ölçek puanları tedavi öncesi ve sonrasında değerlendirilmiş olup, ölçek puanlarındaki değişimin her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark göstermediği bildirilmiştir (232). Çalışmamızda da mevcut bulgularla uyumlu şekilde SAB hasta grubunda tedavi öncesinde ve sonrasında HAM-A, HAM-D, LSAÖ (alt ölçekler dahil), TAÖ-20 (alt ölçekler dahil), EQ puanlarındaki değişim açısından her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

SAB hastalarında SGI, SNGI, TSA tedavileri, psikoterapötik yöntemler ve bu tedavilerin çeşitli kombinasyonları ile elde edilen tedavi sonuçlarındaki değişimin farklı tedavi teknikleri ile değerlendirildiği birçok çalışma mevcuttur. Tedavi

etkinliğine dair üzerinde en fazla kanıt bulunan ilaçlar SGİ ve SNGİ leridir. Çeşitli çalışmalarda SGİ ve SNRİ tedavileri ile SAB hastalarındaki yanıt oranının % 17-69 oranlarında olduğu ve tedaviye yanıtın değerlendirilebilmesi için çalışmamızda uygulandığı gibi 8 haftalık bir süreç sonrasında değerlendirme yapılmasının uygun olacağı bildirilmektedir (57). Baldwin ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında SAB hastalarında SGİ tedavisi sonrasında LSAÖ toplam puanlarında ortalama 29,4 puan değişim olduğu bildirilmiştir (233). Simon' un çalışmasında (2004) 8 haftalık SGİ tedavisi süresi sonrasında LSAÖ toplam puanlarında ortalama 20,5 puan değişim gözlenmiştir (234). Farklı tedavi yöntemleri ile SAB belirtilerindeki düzelmelerin LSAÖ ile değerlendirildiği çalışmalarda bu oran 12,9 ile 29 puanları arasında değişmektedir (235). Çalışmamızda SAB hastalarında LSAÖ ve tüm alt ölçek puanlarında tedavi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma gözlenmiş olup, literatürle uyumlu biçimde 8 haftalık tedavi süreci sonrasında LSAÖ toplam puanlarında ortalama 16,5 puan değişim olduğu gözlenmiştir.

Schneier ve arkadaşlarının SAB hastalarında tedavi öncesi ve sonrasında anksiyete ve depresyon düzeylerindeki değişimin değerlendirildiği çalışmalarında (2011) SAB hasta grubunda 8-12 haftalık tedavi sonrasında HAM-D ve HAM-A ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu bildirilmiştir (236). Çalışmamızda mevcut verilerle uyumlu şekilde SAB hastalarında tedavi öncesi ve sonrasında HAM-D ve HAM-A ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptanmıştır. Ek olarak çalışmamızda SAB hastalarında tedavi sonrasında HAM-D ve HAM-A puanları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında HAM-A puanları kontrol grubuna oranla yüksek saptanırken, HAM-D puanlarının kontrol grubu ile istatistiksel olarak farklılık göstermediği saptanmış ($p>0,05$), tedavi sonrasında SAB hastalarında depresif belirtilerde anlamlı düzeyde azalma olduğu gözlenmiştir.

SAB ile aleksitimi arasındaki ilişkinin yoğunluğunu farklı çalışmalarla gösterilmiştir (4). Anksiyete ve aleksitimi ilişkisi ele alındığında, çalışmaların çoğunluğunda sosyal anksiyetenin TAÖ-1 ve TAÖ-2 alt ölçek puanları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (180). Fukunishi' nin çalışmasında (1997) tedavi sonrasında SAB hastalarının TAÖ-1 ve TAÖ-2 alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu bildirilmiştir. Ancak aleksitimi puanlarındaki bu düzelmelerin

anksiyete düzeylerindeki düzelmeden çok depresyon belirtilerindeki düzelme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (167). Benzer bir çalışmada SAB hastalarında anksiyete belirtilerinin aleksitiminin TAÖ-1 ve TAÖ-2 alt ölçek puanları ile pozitif yönde korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (175). Evren ve arkadaşlarının çalışmasında (2008) çalışmamıza benzer şekilde LSAÖ'nin kaygı ve kaçınma alt boyutlarının TAÖ-20' nin üç alt boyutuyla da korele olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada LSAÖ-kaygı alt ölçeğinin TAÖ alt boyutlarından duyguları tanımada güçlük boyutu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (173). Çalışmamızda da mevcut verilerle uyumlu şekilde SAB hastalarında tedavi sonrasında TAÖ-20, TAÖ-1 ve TAÖ-2 alt ölçek puanlarında daha belirgin olmak üzere TAÖ-3 ölçek puanlarında da tedavi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır. Çalışmalar arasında TAÖ-3 alt ölçek puanları ile LSAÖ puanları arasındaki ilişki konusunda elde edilen farklı verilerin, kullanılan yöntem ve tanı araçlarındaki farklıktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda aleksitiminin depresyon, anksiyete belirtileri ve diğer ilgi odağı olabilecek klinik durumlarla ilişkisi (çekingen kişilik bozukluğu belirtileri ile aleksitimik belirtiler arasındaki iki yönlü ilişki vb.) göz önüne alındığında; depresyon, anksiyete ve diğer ilişkili klinik durumlara ait belirtiler kontrol altına alındığında, aleksitiminin SAB ile ilişkisinin daha sağlıklı şekilde tespit edilebileceği düşünülmektedir.

Aleksitimik olan ve olmayan SAB hastalarında aleksitimi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar yetersiz sayıdadır. Yurt' un çalışmasında (2006) aleksitimik özellikler gözlenen hastalarda HAM-D skorlarının daha yüksek olduğu, HAM-D puanlarının TAÖ' nün 3 alt boyutuyla da doğrusal bir ilişki gösterdiği, depresif belirtilerdeki azalmanın aleksitimi puanlarında da azalmaya neden olduğu bildirilmiştir (137). Benzer şekilde Bagby ve arkadaşları aleksitiminin depresyon ve anksiyete ile güçlü bir ilişkisi olduğunu bildirmiştir (177). Cox ve arkadaşlarının çalışmasında (1995) SAB hastalarında anksiyete belirtilerinin TAÖ-1 ve TAÖ-2 alt ölçek boyutları ile pozitif yönde ilişkide olduğu bildirilmiştir (175). Fukunishi ve arkadaşlarının çalışmasında SAB hastalarında TAÖ-1 ve TAÖ-2 puanlarının tedavi sonrasında anlamlı düzelme gösterdiğini saptamıştır. Bu çalışmada aleksitimi puanlarındaki genel azalmanın anksiyetede azalma ile ilişkili olduğu, depresyon düzeyindeki değişimle ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada

anksiyeteye bağlı ikincil aleksitiminin SAB hastalarında durumsal tepki olarak yer aldığı bildirilmiştir. Buna karşıt olarak Evren ve arkadaşlarının çalışmasında aleksitiminin SAB hastalarında depresyondan ve anksiyeteden bağımsız olarak yaygın kişilik özelliği şeklinde bulunduğu, yani bu durumların sonucu olarak görülemeyeceği bildirilmektedir (35). Berthoz' un çalışmasında depresyonun TA-1 ve TA-2 alt ölçek puanlarının depresyonla ilişkili olduğu, TA-3 alt ölçek puanları ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, anksiyete ile aleksitiminin de benzer ilişki gösterdiği bildirilmiştir (178). Motan ve arkadaşlarının çalışmasında da (2007) benzer sonuçlar bildirilmiştir (179). Devine ve arkadaşlarının çalışmasında (1999) HAM-A inin aleksitimi düzeylerinde TA-1 ve TA-2 alt ölçek boyutları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (180). Çalışmamızda SAB hasta grubunda HAM-D, HAM-A ve LSA toplam ve alt ölçek puanları literatürle uyumlu şekilde aleksitimik grupta daha yüksek saptanmıştır ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır. Çalışmalardaki verilerin çelişkili olması seçilen hasta grubu, kullanılan yöntem ve tanı aralarındaki farklılıktan kaynaklanabilir. Yanı sıra aleksitimi ile sosyal anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin iki yönlü ve çoğul faktörlerden etkileniyor olmasının ve yazarlar arasında aleksimi konusundaki tanımlama farklılıklarının, çalışmalardan elde edilen sonuçların aynı doğrultuda olması konusunda zorlayıcı bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Duygusal uyarılar karşısında oluşan fizyolojik yanıtlar aleksitimik bireylerde artmış, nötr yada azalmış olarak bildirilmektedir. Volodymyr ve arkadaşlarının çalışmalarında (2013) yüksek otonomik uyarılma (SDY) ile aleksitimi düzeyleri arasında pozitif yönde ilişki olduğu bildirilmiştir (110). Stone' un çalışmasında (2001) aleksitimisi olan bireylerin alışılmadık derecede yüksek elektrodermal aktivite gösterdikleri bildirilmektedir (183). İnfрасca' nın çalışmasında (1997) ayaktan takip edilen aleksitimik ve diğer psikiyatrik bozukluğu olan hastalar karşılaştırılmış, aleksitimik olan hastalarda görsel uyarılar ile artmış bazal otonom reaktivite saptanmıştır (182). Benzer şekilde farklı çalışmalarda (Luminet 2004, Waldstein 2002) aleksitimik bireylerde artmış otonom aktivite belirtileri olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda toplam sempatik deri yanıtı sayısının aleksitimik grupta aleksitimik olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmalarda elde edilen verilerdeki farklılığın kullanılan otonom uyarılma tekniklerindeki farklılık, duygusal uyarıların çeşit ve süresi, seçilen hasta grubu ve sempatik sistem aktivitesinin ölçümünde kullanılan parametrelerin farklı oluşu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bermond ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) aleksitimik bireylerde farklı duygusal uyarılar karşısında oluşan SDY yanıtlarının “korku” duygusu içeren görsel uyarılar karşısında daha güçlü olduğu bildirilmiştir (237). Çalışmamızda SAB hastalarında aleksitimik olan ve olmayan gruplar arasında pozitif ve negatif duygular karşısında oluşan SDY sayıları her iki grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ancak SAB hastalarında aleksitimik olan grupta “korku” duygusu içeren yüz ifadeleri karşısında oluşan sempatik deri yanıtı sayısının aleksitimik olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, “neşe, öfke, hüzn ve şaşkınlık” duyguları içeren yüz ifadeleri karşısında oluşan sempatik deri yanıtı sayılarının ise her iki grup arasında anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu verilerin tersine aleksitimisi olan bireylerde duygusal içerikli görsel uyarılar karşısında bazal SDY düzeylerinin azalmış olduğunun bildirildiği çalışmalar da mevcuttur (185). Ancak bu çalışmalarda mevcut olan yöntem farklılıklarının yanı sıra farklı duygusal uyarılar karşısında oluşan yanıtların niteliği ayrı ayrı değerlendirilmemiştir. Veriler arasındaki bu değişiklik aleksitimi hastalarında incelenen farklı otonomik değişiklikler (kalp hızı, deri iletkenliği, pupil çapı, solunum hızı ölçümü vb.), grup seçimindeki farklılıklar ve eşlik eden ek tanıları tedavilerdeki farklılıkların aleksitimi ve otonom sistem üzerindeki etkilerinin yaratabileceği değişik sonuçlardan kaynaklanabilir.

Kramer’ in çalışmasında medial prefrontal korteks aktivasyonunun düşük empati düzeyi, aleksitimik özellikler ve SDY yanıtları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (238). Moriguchi ve arkadaşlarının çalışmasında (2007) aleksitimik bireylerin empati alanında defisitlere sahip olduğu bildirilmiş, kişinin kendi duygusal durum alanında yaşadığı içgörü açığının başkalarının duygularını anlama yeteneğini de etkileyebileceği savunulmuştur (113). Volodymyr ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) ise empati skorları ve aleksitimi düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığı ancak aleksitimik olan grupta SDY yanıtlarının arttığı, aleksitimik bireylerin artmış otonom aktivite gösterdikleri bildirilmiştir (110). Çalışmamızda aleksitimi düzeyi ile

toplam SDY yanıtları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Empati puanlarının SAB hastalarında aleksitimik grupta, aleksitimik olmayan gruba oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuç SAB hastalarında aleksitimik olanların olmayanlara oranla empati becerilerinin daha düşük olduğu ve daha fazla otonom aktivite gösterdikleri şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda da TAÖ-20 puanları ile negatif duygular karşısında oluşan SDY ölçümleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Negatif görsel uyaranların aleksitimik bireylerde bozulmuş bilişsel kontrol nedeni ile otonom hiperaktivite yarattığı bildirilmektedir (110).

Sousa ve arkadaşlarının çalışmasında (2006) SAB ve panik bozukluk hastalarına yüzde dışa vuran duyguları tanıma ve ayırt etme testlerinin uygulandığı, panik bozukluk hasta grubunda duyguları tanıma hatalarının olduğu ancak SAB grubun test performansının kontrol grubu ile aynı olduğu bildirilmiştir (227). Çalışmamızda SAB hastalarında tedavi sonrasında YDAT puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim gözlenmezken ($p>0,05$), YDTT puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede artış saptanmıştır. Bu sonucun SAB hastalarında yüzde dışa vuran duyguları tanıma becerisinde yaşanan bir bozukluk olduğunu gösterebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte SAB hastalarında tedavi sonrasında YDTT ve YDAT puanları, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; SAB hastalarında tedavi sonrasında YDAT ve YDTT puanları ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiş olup ($p>0,05$), tedavinin YDTT puanlarında gösterdiği artış ile SAB hastalarındaki YDTT puanlarının kontrol grubu ile eşdeğer düzeye gelmesine neden olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından birisi araştırma için alınan örneklem sayısının azlığı ve bu nedenle örneklemin temsil yeteneğinin düşük olmasıdır. Küçük örneklem boyutu analizin istatistiksel gücünü de azaltmaktadır. Çalışma grubumuzu oluşturan hastaların farklı tıbbi tedaviler alıyor olmasının SDY ölçümlerini etkileme olasılığı, tedavi süresinin 8 haftalık süreç boyunca sınırlandırılmış olması da araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır. Otonom sistem aktivitesi ölçümü için kullanılan SDY ölçümü dışındaki ölçümlerin de SDY değerleri ile birlikte değerlendirilmesi sempatik sistem belirtilerinin değerlendirilmesindeki güvenilirlik oranını artırabileceği düşünüldüğünde, ek ölçüm tekniklerinin kullanılamaması da

çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Özellikle geniş örneklemlı SAB hasta gruplarında daha uzun süreli tedavi süreçleri içerisinde, her tedavi yönteminin veriler üzerindeki etkilerinin ayrı ayrı incelenebilmesi, çalışmada değerlendirilen verilerin eş tanılı durumlar ve eksen 2 bozukluklarla bağıntısının birlikte değerlendirilmesi, sempatik tepkinin tüm sempatik inervasyon sistemlerinde oluşturabileceği farklı tipte tepkilerin birlikte değerlendirilebilmesi durumunda SAB hastalarında aleksitimi, empati becerileri, otonom aktivasyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi anlamada önemli kanıtlar sunabilecektir.

SONUÇLAR

Bu çalışmada 2 aylık süreç içerisinde ayaktan takip ve tedavileri düzenlenen SAB hastaları ve sağlıklı kontrol grubunda depresyon, anksiyete, aleksitimi düzeyleri, empati becerileri, yüzde dışa vuran duyguları tanıma ve ayırt etme testleri uygulanarak yapılan sempatik deri yanıtı ölçümleri arasındaki ilişki incelenmiş ve bu veriler tedavi öncesi ve sonrasında karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda SAB hastalarının %36,1' inde MDB, %11,1' inde OKB, %2,8' inde YAB, % 11,1' inde DEHB, % 13,9' ünde özgül fobi eştanıları saptanmıştır.

SAB hastalarında EQ puanlarının kontrol grubu ile benzer değerler gösterdiği, tedavi sonrasında EQ puanlarında anlamlı değişiklik olmadığı, SDY ile EQ arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ancak SAB hastaları ve kontrol grubunda kadın cinsiyette empati becerilerinin anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır.

SAB hastalarının kontrol grubuna oranla daha fazla aleksitimik özellikler (TAÖ-20 ve tüm alt ölçeklerinde) taşıdığı, % 41,7 sinin aleksitimik olduğu, TAÖ-20 ve tüm alt ölçeklerinde tedavi sonrasında anlamlı oranda azalma olduğu saptanmıştır.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında kontrol grubuna oranla SDY oranlarının yüksek olduğu, korku, utanç, öfke ve hüzn gibi negatif uyaranlara karşı daha fazla otonom aktivite gözleendiği, neşe duygusu gibi pozitif uyaranlara karşı duyarlılıklarının ise kontrol grubuna göre daha az olduğu saptanmıştır.

Tedavi öncesi ve sonrasında SDY yanıtları karşılaştırıldığında SAB hastalarında tedavi sonrasında oluşan SDY sayısında anlamlı düzeyde azalma olduğu, pozitif duygular karşısında oluşan SDY oranında artış olurken, negatif duygular karşısında (özellikle "korku" ve "öfke") anlamlı oranda azalma olduğu saptanmıştır.

Aleksitimik bireylerin toplam ve negatif uyaranlarla oluşan SDY ölçümlerinde daha fazla duyarlılık gösterdiği saptanmıştır.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında tedavi öncesi ve sonrasında HAM-D ve HAM-A ölçek puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu, tedavi sonrasında HAM-D puanlarındaki değişimin kontrol grubu ile eşdeğer düzeylere gerilediği saptanmıştır.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında tedavi sonrasında YDAT puanlarında değişim gözlenmezken, YDTT puanlarında anlamlı derecede artış saptanmış olup, SAB hastalarında tedavinin YDTT puanlarında gösterdiği artış ile YDTT puanlarının tedavi sonrasında kontrol grubu ile eşdeğer düzeye ilerlediği gözlenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Işık E, Taner Y. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print, 2006; 409-424.
2. Dereboy F. Aleksitimi: Bir gözden geçirme. Turk Psikiyatri Derg. 1990 : 1, 157-165.
3. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression Is Strongly Associated With Alexithymia In The General Population. J Psychosom Res. 2000; 48 (1): 99-104.
4. Solmaz M, Sayar K, Ozer OA, Ozturk M, Acar B. Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: Kontrollü bir çalışma. Klinik Psikiyatri Derg. 2000; 3:235-241.
5. Altınbaş K, Gülöksüz S, Özçetinkaya S, Oral E. Empatinin Biyolojik Yönleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010; 2(1):1525.
6. Ikezawa S, Corbera S, Liu J, Wexler B. Empathy in electrodermal responsive and nonresponsive patients with schizophrenia. Schizophr Res. 2012.
7. Koçak R. Aleksitimi: Kurumsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2002. cilt: 35, sayı 1-2.
8. Beard GM. Morbid fear as a symptom of nervous disease. Hos. Gaz.6: 305-308. 1879.
9. Dilbaz N, Sosyal Fobi, Psikiyatri Dünyası 1997;1:18-24.

10. Marks IM, Gelder MG. Different ages of onset in varieties of phobia. *Am J Psychiatry*. 1966; 123: 218-2
11. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia. Review of a neglected disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 729-36.
12. Türkçapar H. Sosyal Fobinin Psikolojik Kuramı, *Klinik Psikiyatri Derg.* 1999; 2:247-253.
13. Turner SM, Beidel DC, Townsley RM. Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol*. 1992; 101, 326–331.
14. Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS, Becker RE. DSM-III-R subtypes of social phobia—Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *J Nerv Ment Dis*. 1990; 176, 172–179.
15. Holt CS, Heimberg RG, Hope DA, Liebowitz MR. Situational domains of social phobia. *J Anxiety Disord*. 1992; 6, 63–77.
16. Slavkin SL, Holt CS, Heimberg RG, Jaccard JJ, Liebowitz MR. The liebowitz social phobia scale: An exploratory analysis of construct validity. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC. November, 1990.
17. Levin JB, Hermesh H, Marom S. Social phobia subtyping with the MMPI-2. *J Clin Psychol*. 2001; 57, 1489–1502.
18. Brown EJ, Heimberg RG, Juster HR. Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*. 1995; 26, 467– 489.

19. McNeil DW. Terminology and evolution of the constructs. In SG Hofmann, & PM DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives*. Needham Heights, MA7 Allyn and Bacon. 2001; pp. 8–19.
20. Mannuzza S, Schneier FR, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein D F, Fyer AJ. Generalized social phobia. Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*. 1995; 52, 230–237.
21. Stemberger RT, Turner SM, Beidel DC, Calhoun KS. Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *J Abnorm Psychol*. 1995; 104, 526–531.
22. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S ve ark. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20:359-364.
23. McEvoy PM, Grove R, Slade T. Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011; 45:957-967.
24. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı tanı. *Klinik Psikiyatri Derg*. 2000; Ek 2:3-21.
25. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry*. 1992; 49, 282–288.
26. Dilbaz N, Güz H. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun fenomenolojisi; Anksiyete Bozuklukları; *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*; Ankara; 2006; s.185-212.
27. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003;(417):4-18.

28. Crozier WR, Alden LE (editors). The Essential Handbook of Social Anxiety for Clinicians. West Sussex:John Wiley&Sons, 2005:2.
29. Gültekin BK, Dereboy İF. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri. Turk Psikiyatri Derg. 2011, 1;22(3):150-58.
30. Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, Stein M, Walters EE. Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. Psychol Med; 1999; 29: 555-567.
31. Solmaz D, Gökalp PG, Babaoğlu AN. Sosyal fobide klinik özellikler ve eştanı. Turk Psikiyatri Derg. 1999; 10:207-214.
32. Hazan AL, Stein MB. Clinical phenomenology and comorbidity. Stein MB (ed.) Social phobia clinical and research perspectives. Washington, DC; American Psychiatric Press. 1995; s.3-4.
33. Van Ameringen M, Mancini C, Stayan G. Relationship of social phobia with other psychiatric illness. J Affect Disord. 1991; 21: 93-98.
34. Lepine JP, Pelissolo A. Social phobia and alcoholism: a complex relationship. J Affect Disord. 1998; 50(Suppl 1):23-28.
35. Evren C. Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 2010;2(4):473-515.
36. Akdemir A, Cinemre B. Sosyal fobi: Epimiyoloji, eşlik eden hastalıklar, klinik gidis, prognoz. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Derg. 1996; 4 (ek sayı 1): 11-17.

37. Tignol J, Martin-Guehl C, Aouizerate B ve ark. Social phobia and premature ejaculation:a case-control study. *Depress Anxiety* 2006, Feb 24.
38. Sevinçok L. Sosyal Fobi ve Çekingen Kişilik Bozukluğu Arasındaki Tanısal Güçlükler. *Psikiyatri Dünyası* 2000; 4(1):3-6.
39. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998;28(1):109-26.
40. Gültekin BK, Dereboy İF. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri. *Turk Psikiyatri Derg.* 2011;22(3):150-58.
41. Lecribier Y, Weiller E. Comorbidities in social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*; 1997; 12:17-21.
42. Davidson JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*. 1993; 23, 709–718.
43. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*; 1996; 53: 159-168.
44. Demir G. Sosyal Fobinin Etiyolojisinin İncelenmesi Amacıyla Gerçekleştirilen Araştırmalara Genel Bir Bakış. *Akademik İncelemeler*. 2009; Cilt:4 Sayı:1.
45. Fenichel O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co; 1946.

46. Beidel DC. Social anxiety disorder: etiology and early clinical presentation. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 (Suppl):27-31.
47. Leary MR, Kowalski RM. Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment. 1995.
48. Heimberg RG, Juster HR, Hope DA, Mattia JI. Cognitive behavioral group treatment: Description, case presentation and empirical support. In: Stein MB, editor. *Social Phobia: Clinical and Research Perspectives*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1995; 293–321.
49. Ellis A. Rational-emotive treatment of simple phobias. *Psychotherapy*. 1991; 28:452-456.
50. Uhde T, Tancer ME, Gelertner CS. Normal urinary free cortisol and postdexamethasone cortisol in social phobia: comparison to normal volunteers. *J Affect Dis*. 1994; 30:155-161.
51. Smoller JW, Yamaki LH, Fagerness AJ, Biederman J, Racette S, Laird NM. The Corticotropin-Releasing Hormone Gene and Behavioral Inhibition in Children at Risk for Panic Disorder. *Biological Psychiatry*. Volume 57, Issue 12, 15 June 2005, Pages 1485–1492.
52. Tancer ME, Stein MB, Bessette BB. The hypothalamic-pituitary-thyroid axis in social phobia. *Am J Psychiatry*. 1990a; 147:929-933.
53. Placidi GPA, Boldrini M, Patronelli A, Fiore E, Chiovato L, Perugi G et al. Prevalence of Psychiatric Disorders in Thyroid Diseased Patients. *Neuropsychobiology* 1998;38:222–225.

54. Hoge EA, Pollack MH, Kaufman RE, Zak PJ, Simon NM. Oxytocin levels in social anxiety disorder. *NS Neurosci Ther.* 2008 Fall;14(3):165-70.
55. Thompson RJ, Parker KJ, Hallmayer JF, Waugh CE, Gotlib IH. Oxytocin receptor gene polymorphism (rs2254298) interacts with familial risk for psychopathology to predict symptoms of depression and anxiety in adolescent girls. *Psychoneuroendocrinology.* 2011; 36, 144—147.
56. Labuschagne I, Phan K.L, Wood A, Angstadt M, Chua P, Heinrichs M, Stout JC et al. Oxytocin attenuates amygdala reactivity to fear in generalized social anxiety disorder. *Neuropsychopharmacology.* 2010 Nov;35(12):2403-13.
57. Sayın A. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Derg.* 2007;10(Ek 2):3-10.
58. Li D, Chokka P, Tibbo P. Toward an integrative understanding of social phobia. *J Psychiatry Neurosci.* 2001;26(3):190-202.
59. Kenet GA (1992) 5-HT_{1C} receptor antagonists have anxiolyticlike actions in the rat social interaction model. *Psychopharmacology*, 107: 379-384.
60. Tancer ME. Neurobiology of social phobia. *J Clin Psychiatry.* 1993; 54 (Suppl): 26-30.
61. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, Coplan JD. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry.* 2000; 157, 493-505.
62. Baer L. Behavior therapy: Endogenous serotonin therapy? *Journal of Clinical Psychiatry.* 1996; 57, suppl 6, 33-35.
63. Coupland NJ, Bailey JE, Potakar JP. Abnormal cardiovascular responses to standing in panic disorder and social phobia. *J Psychopharmacol.* 1995; 9: 73.

64. Levin AP, Saoud JB, Strauman T ve ark. Responses of "generalized" and "discrete" social phobics during public speaking. *J Anxiety Disord.* 1993; 7: 207-221.
65. Goddard AW, Woods SW, Goodman WK, Price LH, Heninger GR. Responses To Yohimbine in Social Phobia. *Neuropsychopharmacology.* 1994; 11 270-270.
66. Manuel ET, Murray BS, Thomas WU. Growth hormone response to intravenous clonidine in social phobia. *Biological Psychiatry.* Volume 34, Issue 9, 1 November 1993, Pages 591–595.
67. Peet M. The treatment of anxiety with beta-blocking drugs. *Postgrad Med J.* 1988;64 (Suppl 2):45–49.
68. Johnson MR, Lydiard RB, Zealberg JJ ve ark. Plasma and CSF HVA levels in panic patients with comorbid social phobia. *Biol Psychiatry.* 1994; 36: 425-427.
69. Pande AC, Davidson JR, Jefferson JW, Janney CA, Katzelnick CA, Weisler RH ve ark. Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo- controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19:341-348.
70. Coupland NJ, Bell C, Potokar JP ve ark. Flumazenil challenge in social phobia. *Depress Anxiety.* 2000; 11: 27-30.
71. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science;* 1988; 240: 167-171.
72. Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld DR ve ark. Behavioral inhibition in children: A possible precursor to panic disorder or social phobia. *J Clin Psychiatry.* 1991a; 52 (Suppl 11):5-9.

73. Middeldorp CM, Birley AJ, Cath DC, Gillespie NA, Willemsen G, Statham DJ ve ark. Familial clustering of major depression and anxiety disorders in Australian and Dutch twins and siblings. *Twin Res Hum Genet* 2005;8(6):609-15.
74. Fyer AJ, Mannuzza S, Gallops MS, Martin LY, Aaronson C, Gorman JM ve ark. Familial transmission of simple phobias and fears. A preliminary report. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47(3): 252-6.
75. Cooper PJ, Eke M. Childhood shyness and maternal social phobia: a community study. *Br J Psychiatry* 1999;174:439-43.
76. Rowe DC, Stever C, Gard JM, Cleveland HH, Sanders ML, Abramowitz A ve ark. The relation of the dopamine transporter gene (DAT1) to symptoms of internalizing disorders in children. *Behav Genet* 1998;28(3):215-25.
77. Piven J, Palmer P. Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *Am J Psychiatry*. 1999;156(4):557-63.
78. Smalley S.L, McCracken J, Tanguay P. Autism, affective disorders, and social phobia. *Am J Med Genet* 1995;60(1):19-26.
79. Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW, Yap L. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A metaanalysis. *Clinical Psychology – Science & Practice* 1997;4(4):291-306.
80. Işık E, Işık Taner Y (Editörler). Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. 1inci Baskı, İstanbul: Golden Print, 2006:29-30.
81. Knijnik DZ, Kapczinski F, Chachamovich E, Margis R, Eizirik CL. Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(2):77-81.

82. Carrie LM, Rachel GK, Eric AS, Bernard C. School-Based Behavioral Treatment for Social Anxiety Disorder in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Volume 40, Issue 7, July 2001, Pages 780–786.
83. Stein DJ, Ipser JC, van Balkom AJ. Pharmacotherapy for social anxiety disorder/Review. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. The Cochrane Collaboration. 2009.
84. Hedges DW, Brown BL, Shwalb DA ve ark. The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in adult social anxiety disorder: A meta-analysis of double-blind, placebo-controlled trials. *J Psychopharmacol.* 2007; 21: 102-111.
85. Liebowitz MR, Gelenberg AJ, Munjack D. Venlafaxine extended release vs placebo and paroxetine in social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2005b; 62: 190-198.
86. Stein DJ, Andersen EW, Lader M. Escitalopram versus paroxetine for social anxiety disorder: An analysis of efficacy for different symptom dimensions *Eur Neuropsychopharmacol.* 2006; 16: 33-38.
87. Stein MB, Fryer AJ, Davidson JRT, Pollack MH, Wiita B. Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind placebo-controlled study. *Am J Psychiatry.* 1999, 156: 756-760.
88. Asakura S, Tajima O, Koyama T. Fluvoxamine treatment of generalized social anxiety disorder in Japan: a randomized double-blind, placebo-controlled study. *International Journal of Neuropsychopharmacology.* 2007, 10, 263–274.
89. Liebowitz MR, DeMartinis NA, Weihs K ve ark. Efficacy of sertraline in severe social anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry.* 2003; 64:785-792.

90. Compton SN, Grant PJ, Chrisman AK, Gammon PJ, Brown VL, March JS. Sertraline in Children and Adolescents With Social Anxiety Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 May;40(5):564-71.
91. Van Ameringen MA, Lane RM, Walker JR, Bowen RC, Chokka PR, Goldner EM ve ark. Sertraline treatment of generalized social phobia: a 20-week, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2001 Feb;158(2):275-81.
92. Rickels K, Mangano R, Khan A. A double-blind placebocontrolled study of a flexible dose of venlafaxine ER in adult outpatients with generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2004; 24: 488-496.
93. Barnett SD, Kramer ML, Casat CD, Connor KM, Davidson JR. Efficacy of olanzapine in social anxiety disorder: a pilot study. *J Psychopharmacol*. 2002;16(4):365-8.
94. Menezes GB, Fontenelle L, Mululo S, Versiani M. Treatment-resistant anxiety disorders: social phobia, generalized anxiety disorder and panic disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(Supl II):S55-60.
95. Stein DJ, Cameron A, Amrein R, Montgomery SA. Moclobemide is effective and well tolerated in the longterm pharmacotherapy of social anxiety disorder with or without comorbid anxiety disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 2002;17(4):161–70.
96. Davidson JRT. Pharmacotherapy of social phobia. *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 108 (Suppl 417): 65-71.
97. Canadian Psychiatric Association Clinical practice guidelines: Management of anxiety disorders. Social anxiety disorder. *Can J Psychiatry*.2006; 51 (Suppl 2): 35-41.

98. Blanco C, Schneier FR, Schmidt A ve ark. Pharmacological treatment of social anxiety disorder: a metaanalysis. *Depress Anxiety*. 2003; 18: 29-40.
99. Den Boer JA. Social anxiety disorder/social phobia: epidemiology, diagnosis, neurobiology and treatment. *Compr Psychiatry*. 2000; 41: 405-415.
100. Sharma RM. Empathy: A retrospective on its development in psychotherapy. *Austr NZJ Psychiatry* 1992; 26:377-390.
101. Ay F. Hemşirelerin Empati Becerilerinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.1999.
102. Kohut H. *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, New York, International Universities Press, 1971.
103. Rogers CR. Çev: Akkoyun F. Empatik Olma Değeri Anlaşılmamış Bir Var Oluş Şeklidir. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1983; 16(1)s. 103-123.
104. Barret E.C. *The Study of Learning: A Thought Paper*. *Principles of Instruction and Learning*, Vol:23. November,2003.
105. Katman HA. Okul Yöneticilerinin Empatik Eğilimlerinin incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek lisans tezi, 2010.
106. Eisenberg N, Mussen P. "Empathy and Moral Development in Adolescence", *Developmental Psychology*, 14(2), 185-186, 1978.
107. Schaffer M, Clark S, Jeglic EL. "The Role of Empathy and Parenting Style in the Development of Antisocial Behaviors", *Crime&Delinquency*. 2009; 55(4), 586-599.

108. Hoffman ML. Developmental Synthesis of Affect and Cognition and Its Implications for Altruistic Motivation, *Developmental Psychology*, 11(5), 607-622. 1975.
109. Zahn-Waxler C, Robinson JL, Emde RE. The development of empathy in twins. *Developmental Psychology*. 1992; 28, 1038–1047.
110. Volodymyr B, Bogdanov VB, Bogdanova OV, Gorlov DS, Gorgo YP, Makarchuk MY ve ark. Alexithymia and Empathy Predict Changes in Autonomic Arousal During Affective Stimulation. *Cogn Behav Neurol*. V 26, N 3, Sept 2013.
111. Lorberbaum JP, Newman JD, Dubno JR, Horwitz AR, Nahas Z, Teneback CC ve ark. Feasibility of using fMRI to study mothers responding to infant cries. *Depr Anxiety* 1999; 10:99–104.
112. Altınbaş K, Gülöksüz S, Özçetinkaya S, Oral T. Empatinin Biyolojik Yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches In Psychiatry* 2010; 2(1):1525.
113. Moriguchi Y, Decety J, Ohnishi T, Maeda M, Mori T, Nemoto K ve ark. Empathy and judging other's pain: An fMRI study of alexithymia. *Cereb Cortex* 2007; 17:2223-2234.
114. Preston SD, de Waal FB. Empathy: its ultimate and proximate bases. *Behav Brain Sci*. 2002; 25:1–20.
115. Harrison NA, Wilson CE, Critchley HD. Processing of observed pupil size modulates perception of sadness and predicts empathy. *Emotion* 2007; 7:724–729.
116. Marci C, Ham J, Moran E, Orr S. Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195:103-111.

117. Blair RJ. Psychophysiological responsiveness to the distress of others in children with autism. *Personality and Individual Differences*. 1999; 26, 477–485.
118. Frijda NH. Emotion require cognitions, even if simple one, (Ed: Ekman, P, Davidson, J.R). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*, New York-Oxford University Press. 1994; 197-203.
119. Ekman P. All emotions are basic, (Ed: Ekman P, Davidson JR). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*, New York-Oxford University Press. 1994; 15-20.
120. Lewis M. The emergence of human emotions, (Ed: Lewis M; Haviland MJ). *Handbook of Emotions*, New York-The Guilford Press,1993 .223-237.
121. Batıgün AD, Büyükşahin A. Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler Ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11 (3): 105-114.
122. Sifneos PE. The Prevalance Of Alexithymia Characteristics In Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1973; 22 (2): 255-262.
123. Gıl FD, Weigl M, Wessels T, Irmich D, Baumüller E, Winkelmann A. Parental Bonding And Alexithymia In Adults With Fibromyalgia. *Psychosomatics* 2008; 49 (2): 115-122.
124. Kooiman CG, Bolk JH, Brand R, Trijburg RW, Rooijmans HG. Is Alexithymia A Risk Factor For Unexplained Physical Symptoms In General Medical Outpatients? *Psychosomatic Medicine* 2000; 62 (6): 768-778.
125. Özkorumak E, Güleç H, Köse S, Borckardt J, Sayar K. Depresyon Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı: Aleksitimi Bir Etken Olabilir Mi? *Klinik Psikiyatri* 2006; 9 (4): 161-169.

126. Aksu G, Hoccoğlu . Mastalji Yakınmasıyla Radyolojik İncelemeye Alınan Bir Grup Hastada Aleksitimi, Anksiyete, Kaygı Ve Depresyon Düzeylerinin Araştırılması. Klinik Psikiyatri Derg. 2004; 7 (2): 95-102.
127. Şahin RA. Peptik Ülserli Hastalarda Aleksitimik Özellikler. Turk Psikiyatri Derg. 1992; 3 (1): 26- 30.
128. Taylor JI. Alexithymia: History Validation of the Concept. Transcultural Psychiatry 1987 24: 85.
129. Ruesch J. The infantile personality. Psychosomatic Medicine. 1948; 10:134-144.
130. MacLean PD. Psychosomatic disease and the 'visceral brain': recent developments bearing on the Papez theory of emotion. Psychosom Med. 1949; 11:338 –353.
131. Marty P, M'Uzan M. La "pensee operateire". Revue Française de Psychanalyse (Suppl). 1963; 27:1345-1356.
132. Vonrad M, Luluat L, Lolas F. Differences of verbal behavior in psychosomatic and psychoneurotic patients. Psychotherapy and Psychosomatics. 1977, 28:83-97.
133. Jackson M. Psychopathology and "pseudonormality" in ulcerative colitis. Psychotherapy and Psychosomatics. 1977; 28:179-186.
134. Freyberger H. Supportive Psycho Therapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia. Psychotherapy Psychosomatic. 1977; 28, 337-342.
135. Sifneos PE. Alexithymia and Its Relationship to Hemispheric Specialization Affect and Creativity. Psychiatric Clinics of North America, 1988,11(3):287-293.

136. Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW, Salonen JT. Social Factors In Alexithymia. *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34 (5): 330-335.
137. Yurt E. Uzmanlık Tezi; “Şizofreni Hastalarında Aleksitimi; Negatif Belirtiler, İlaç Yan Etkileri, Depresyon Ve İç Görü İle İlişkisi” T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi; İstanbul – 2006.
138. Sayar K, Güleç H, Ak İ. Yirmi Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, İstanbul- 2001, ss: 130.
139. Genaro L, Ferrara M, Cristani R. Alexithymia and dream recall upon spontaneous morning awakening. *Psychosom Med.* 2003; 65: 301-306.
140. Krystal HJ. Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy.* 1979; 33 (1):17-31.
141. Özkorumak E, Güleç H, Köse S, Borckardt J, Sayar K. Depresyon Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı: Aleksitimi Bir Etken Olabilir Mi? *Klinik Psikiyatri Derg.* 2006; 9 (4): 161-169.
142. Vanheule S, Desmet M, Meganck R, Bogaerts S. Alexithymia And Interpersonal Problems. *J Clin. Psychol. of Clinical Psychology* 2007; 63 (1): 109-117.
143. Fossati A, Acquarini E, Feeney JA, Borroni S, Grazioli F, Giarolli LE ve ark. Alexithymia and Attachment Insecurities in Impulsive Aggression. *Attachment & Human Development* 11,2009,165–182.
144. Taylor JG, Bagby RM. New Trends In Alexithymia Research. *Psychotherapy And Psychosomatics* 2004; 73 (2): 68-77.

145. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. The Relationship Between Emotional Intelligence and Alexithymia. *Pers Individ Dif*. 2001; 30 (1): 107-115.
146. Hoppe KD, Bogen JE. Alexithymia In Twelve Commissurotomised Patients, *Psychotherapy Psychosomatics*. 1977; 28, 148-155.
147. Fricchione G, Howanitz E. Aprosodia and Alexithymia A Case Report, *Psychotherapy Psychosomatics*. 1985; 43, 156- 169.
148. Burgess C, Simpson GB. Cerebral Hemispheric Mechanisms in The Retrieval of Ambiguous Word Meanings. *Brain and Language*. 1988; 33, 86-103.
149. Gündel H, Sala AL, Baumann AOC, Deus J, Cardoner N, Mittag BM ve ark. Alexithymia Correlates With the Size of the Right Anterior Cingulate. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66:132–140.
150. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *J Psychosom Res*. 2003; 54, 533-541.
151. Luminet O, Rime B, Bagby RM. A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cogn Emot*. 2004; 18:741–766.
152. Parker JD. Alexithymia: Relationship with Ego Defense And Coping Styles, *Comprehensive Psychiatry*. 1998; 39, 91-9856.
153. VonRad M. Alexithymia and Symptom Formation. *Psychotherapy Psychosomatics*, 1984, 28:337-342.
154. Fukunishi I, Paris W. Intergenerational Association of Alexithymic Characteristics for College Students and Their Mothers. *Psychological Reports*. 2001; 89, 77-84.

155. Picardi A, Fagnani C, Gigantesco A, Toccaceli V, Lega I, Stazi MA. Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *J Psychosom Res.* 2011 Oct;71(4):256-63.
156. Fukunishi I. The Development of Alexithymia Scale for Adolescence. *J Psychosom Res.* 2005; 58(6), S36.
157. Joukamaa M, Kokkonen P, Veijola J, Karvonen JT, Jokelainen J, Jarvelin MR. Social situation of expectant mothers and alexithymia 31 years later in their offspring; A prospective study. *Psychosom Med.* 2003; 65:307-312.
158. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med.* 1981; 43,531-543.
159. Stoudemire A. Somatothymia, Part 1 and 2, *Psychosomatics.* 1991; 32,(4),365-381.
160. Candansayar S. Genç erişkin sağlıklı gönüllülerde aleksitimi prevalansı. XXIX. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Özet Kitabı, Bursa, 29 Eylül-4 Ekim 1993,120.
161. Bestepe E, Tüzer V, Önder ME. Psikiyatrik ve psikosomatik hasta ve kontrol grubunda aleksitimi. *3P Dergisi.* 2000; 8,175-181.
162. Özen Ş, Özçetin A, Özkan M, Özbulut M, Başak İ. Bedenselleştiren hastalarda eksen-2 bozuklukları, kişilik özellikleri ve aleksitimi. *Türkiye’de Psikiyatri.* 1999; 2,114-122.
163. Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in population sample of young adults. *Compr Psychiatry.* 2001; 42, 471-476.

164. Salminen JK, Saarijarvi S, Aarela E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence Of Alexithymia And Its Association With Sociodemographic Variables In The General Population Of Finland. *J Psychosom Res.* 1999; 46 (1): 75-82.
165. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age Is Strongly Associated With Alexithymia In The General Population. *J Psychosom Res.* 2006; 61 (5): 629-635.
166. Gürkan SB. Aleksitimi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 1996; 2, 99-103.
167. Fukunishi I, Kawamura N, Ishikawa N. Mother's Love Care In The Development Of Alexithymia: A Preliminary Study In Japanese College Students. *Psychological Report* 1997; 80 (1): 143-146.
168. Pasini A, Ceripa S, Ciani N. Alexithymia As Related To Sex, Age, And Educational Level: Results Of The Toronto Alexithymia Scale In 417 Normal Subjects. *Comprehensive Psychiatry* 1992; 33 (1): 42-6.
169. Kojima M, Senda Y, Nagaya T, Tokudome S, Furukawa TA. Alexithymia, Depression And Social Support Among Japanese Workers. *Psychotherapy And Psychosomatics* 2003; 72 (6): 307-14.
170. Sifneos PE. Is Dynamic Psychotherapy Contraindicated For A Large Number of Patients With Psychosomatics Disease? *Psychotherapy Psychosomatics*, 21, 133-136.
171. Lumley MA, Stettner I, Wehmer F. How Are Alexithymia And Physical Illness Linked? A Review And Critique Of Pathways. *J Psychosom Res.* 1996; 41(6): 505-518.
172. Sayar K, Bilen A, Arıkan M. Kronik Ağrı Hastalarında Öfke, Benlik Saygısı Ve Aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi* 2001; 2 (1): 36-42.

173. Evren C, Evren B, Dalbudak E. Alexithymia and personality in relation to social anxiety symptoms in male alcohol-dependent inpatients. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45:72-77.
174. Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J. Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and socialphobia. *Compr Psychiatry*. 1997; 38: 166-170.
175. Cox BJ, Swinson RP, Shulman ID. Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry*. 1995; 36:195-198.
176. Bach M, Zwaan M, Ackard D. Alexithymia: Relationship to personality disorders. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 239-243.
177. Bagby RM, Taylor GJ, Ryan D. Toronto Alexithymia Scale: Relationship with Personality and Psychopathology Measures. *Psychother Psychosom*. 1986; 45:207,215.
178. Berthoz S, Consoli S, Perez-Diaz F. Alexithymia and Anxiety: Compounded Relationships? A Psychometric Study. *Eur Psychiatry*. 1999; 14:372-378.
179. Motan İ, Gençöz T. Aleksitimi Boyutlarının Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile İlişkileri. *Türk Psikiyatri Derg*. 2007; 18(4):333-343.
180. Devine H, Stewart SH, Watt MC. Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *J Psychosom Res*. 1999; 47:(2)145-158.
181. Rabavilas AD. Electrodermal activity in low and high alexithymia neurotic patients. *Psychother Psychosom*. 1987; 47:101–104.
182. Infrasca R. Alexithymia, neurovegetative arousal and neuroticism; an experimental study. *Psychother Psychosom*. 1997; 66:276–280.

183. Stone LA, Nielson KA. Intact physiological response to arousal with impaired emotional recognition in alexithymia. *Psychother Psychosom.* 2001; 70:92–102.
184. Porges SW. Vagal tone;An autonomic mediator affect; The development of Emotion Regulation and Dysregulation. Cambridge University Press. 1991; 111-128.
185. Connelly M, Denney DR. Regulation of emotions during experimental stress in alexithymia. *J Psychosom Res.* 2007. 62:649–656.
186. Snell SR. Clinical neuroanatomy Türkçe çeviri editörü: Mehmet Yıldırım Lippincott Williams 2000:342-380.
187. Ertekin C. Santral ve periferik EMG Otonom sinir sistemi. 2006:884-909.
188. Guida A. A new method of simultaneous recording of two effects of the psychogalvanic reflex. *Riv Patol Clin.* 1957, Jun; 12(6):303-1.
189. Drake ME. Clinical neurophysiology of the autonomic nervous system. *Clinical EEG* 1995; 26: 133-134.
190. Akyüz G. Elektrodiagnoz Otonom sinir sistemi elektrofizyolojisi. 2003:437-463.
191. Oh SJ. Special nerve conduction techniques. *Clinical Electromyography: Nerve Conduction Studies.* 3th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2002; 447-503.
192. Drory VE, Korczyn AD: Sympathetic skin response: age effect. *Neurology* 1993;43:1818–1820.
193. Shahani BT, Halperin JJ, Boulu P, and Cohen J. Sympathetic skin response--a method of assessing unmyelinated axon dysfunction in peripheral neuropathies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1984 May;47(5):536-42.

194. Karaszewski JW, Reder AT, Maselli R, Brown M, Arnason BG. Sympathetic skin responses are decreased and lymphocyte beta-adrenergic receptors are increased in progressive multiple sclerosis. *Ann Neurol.* 1990 Apr;27(4):366-72.
195. Tzeng SS, Wu ZA, Chu FL. The latencies of sympathetic skin responses. *Eur Neurol* 1993; 33:65-68.
196. Moscovitch DA, Suvak MK, Hofmann SG. Emotional response patterns during social threat in individuals with generalized social anxiety disorder and non-anxious controls. *J Anxiety Disord.* 24 (2010) 785–791.
197. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 233-236.
198. Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin (HDDÖ) geçerliği-güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4(4): 251-259.
199. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 1998; 9(2):114-117.
200. Soykan C, Özgüven HD, Gençöz T ve ark. Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish version. *Psychology Report.* 2003; 93:1059-69.
201. Bora E, Baysan, L. Empati Ölçeği-Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2009; 19(1), 39-47.
202. Erol A, Ünal Keleş E, Gülpek D ve ark. Yüzde dışavuran duyguların tanınması ve ayırt edilmesi testlerinin Türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2009; 10 (2): 116-123.

203. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S ve ark. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20:359-364.
204. İzgiç F, Akyüz G, Doğan O ve Kuğu N. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobi Yaygınlığı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000; 1(4), 207-214.
205. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147:685-695.
206. Sonntag H, Wittchen HU, Höfler M, Kessler RC, Stein MB. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *Eur Psychiatry* 2000; 15: 67-74.
207. Bayramkaya E, Toros F ve Özge C. Ergenlerde Sosyal Fobi İle Depresyon, Öz Kavram, Sigara Alışkanlığı Arasındaki İlişki, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2005; 15(4), 165-173.
208. Kashdan TB, Roberts JE. Comorbid social anxiety disorder in clients with depressive disorders: predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment. *Behav Res Ther*. 2011 Dec;49(12):875-84.
209. Turan M, Çilli S, Aşkın R, Herken H, Kaya N, Kucur R. Sosyal Fobinin Diğer Psikiyatrik Hastalıklarla Birlikteliği. *Klinik Psikiyatri Derg*. 2000;3:170-175.
210. Hazan AL, Stein MB. Clinical phenomenology and comorbidity. Stein MB (ed.) *Social phobia clinical and research perspectives*. Washington, DC; American Psychiatric Pres. 1995; s.3-4.
211. Van Ameringen M, Mancini C, Simpson W ve ark. Adult ADHD in an Anxiety Disorders Population. *CNS Neurosci Ther*. 2010 Apr 8.

212. Safren SA, Lanka GD, Otto MW, Pollack MH. Prevalence of childhood ADHD among patients with generalized anxiety disorder and a comparison condition, social phobia. *Depress Anxiety* 2001; 13:190-191.
213. Park S, Cho MJ, Chang MS, Jeon HJ, Cho S, Kim BS. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Res* 2011; 186 :378-383.
214. Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T et al: Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257:371–377.
215. Güz H, Dilbaz N. Sosyal Kaygı Bozukluğu ile Panik Bozukluğu Olgularının Demografik ve Bazı Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:32-38.
216. Uğurlu M. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Öfke Düzeyi ve Öfke Düzeyinin Komorbidite ve İşlevsellik Üzerine Etkisi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. Ankara Üniv. Yıl: 2009.
217. Türe H. Tıp fakültesi öğrencilerinde sosyal anksiyete düzeyini etkileyen etkenler, anne-babaya bağlanma ve yetişkin bağlanma biçimleri. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2013; 14:310-317.
218. Morrison JM. Empathy and theory of mind in schizophrenia and anxiety disorders. Department of Psychiatry. McGill University, Montreal. August, 2009.
219. Elhanany Y, Simone G. Social Cognition in Social Anxiety: First Evidence for Increased Empathic Abilities. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2011- Vol. 48 - No. 2.

220. Zahn-Waxler C, Cole PM, Welsh JD, Fox NA. Psychophysiological correlates of empathy and prosocial behaviors in preschool children with behavior problems. *Development and Psychopathology*. 1995; 7, 27–48.
221. Simonian SJ, Beidel DC, Turner SM, Berkes JL, Long JH. Recognition of facial affect by children and adolescents diagnosed with social phobia. *Child Psychiatry & Human Development* Win 2001;32(2):137-145.
222. Demenescu LR, Kortekaas R, Cremers HR, Renken RJ, van Tol MJ ve ark. Amygdala activation and its functional connectivity during perception of emotional faces in social phobia and panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*. Vol 47, Iss 8, Aug 2013, p1024–1031.
223. Winton EC, Clark DM, Edelmann RJ. Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. *Behaviour Research and Therapy* Feb 1995;33(2):193-196.
224. McClure EB, Pope K, Hoberman AJ, Pine DS, Leibenluft E. Facial Expression Recognition in Adolescents With Mood and Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1172–1174.
225. Cooper RM, Rowe AC, Penton IS. The role of trait anxiety in the recognition of emotional facial expressions. *J Anxiety Disord*. 22 (2008) 1120–1127.
226. Montagne B, Schutters S, Westenberg HG, van Honk J, Kessels RP, Haan EH. Reduced sensitivity in the recognition of anger and disgust in social anxiety disorder. *Cogn Neuropsychiatry*. 2006 Jul;11(4):389-401.
227. Sousa JPM, Crippa JAS, Filho AS, Freitas MCS, Baptista CA, Trzesniak C ve ark. Facial emotion recognition is affected in social phobia and panic disorder. *Perception* 35. ECVF 2006. doi:10.1068/v060344.

228. Doberenz S, Roth WT, Wollburg E, Breuninger C, Kim S. Twenty-four hour skin conductance in panic disorder. *Journal of Psychiatric Research* 44, 2010.
229. Veith RC, Lewis N, Linares OA, Barnes RF, Raskind AM, Villacres EC ve ark. Sympathetic Nervous System Activity in Major Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(5):411-422.
230. Saric HR, McLeod DR. The peripheral sympathetic nervous system. Its role in normal and pathologic anxiety. *Psychiatr Clin North Am*. 1988 Jun;11(2):375-86.
231. Ikeda Y, Nomura S, Sawa Y, Nakazawa T. The effects of antidepressants on the autonomic nervous system. *J Neural Transm*. 1982;54(1-2):65-73.
232. Amr M, Wasify M, El-Gilany A, Rees S. Gender differences among patients with social phobia in Egypt. *The Arab Journal of Psychiatry* (2013) Vol. 24 No. 1 Page: 52 – 59.
233. Baldwin D, Bobes J, Stein DJ, Scharwachter I, Faure M. Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. *Br J Psychiatry*. 1999; 178: 120-126.
234. Simon NM, Worthington JJ, Doyle AC, Hoge EA, Kinrys G, Fischmann D ve ark. An open-label study of levetiracetam for the treatment of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004 Sep;65(9):1219-22.
235. Tryggvadottir A. Sudden gains in cognitive-behavioral group therapy and group psychotherapy for social anxiety disorder among college students. *Heilbrigisvisindasvio Haskola Íslands*. Jun 2013.
236. Schneier FR, Rodebaugh TL, Blanco C, Lewin H, Liebowitz MR. Fear and avoidance of eye contact in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry* 52 (2011) 81–87.

237. Bermond B, Bierman DJ, Cladder MA ve ark. The cognitive and affective alexithymia dimensions in the regulation of sympathetic responses. *Int J Psychophysiol.* 2010; 75:227–233.

238. Kramer UM, Mohammadi B, Donamayor N ve ark. Emotional and cognitive aspects of empathy and their relation to social cognition an fMRI-study. *Brain Res.* 2010; 1311:110–12.

EKLER

HASTA KAYIT FORMU

Adı- Soyadı:

Cinsiyeti:

Doğum yeri/tarihi:

Medeni Durum/çocuk sayısı:

Eğitim süresi:

Eğitim durumu:

Meslek:

Yaşadığı yer: 1.Kent 2.İlçe 3.Kasaba 4. Köy

Sosyal güvence:

Birlikte yaşadığı kişiler:

Kardeş sayısı:

Soygeçmiş:

Özgeçmiş, Psikiyatrik öykü:

İntihar/ travma öyküsü:

Alkol- madde kullanımı(sigara dahil):

Tanı:

Diğer SCID I tanıları:

Kullandığı ilaçlar:

Hastalığının başlangıç yaşı:

Hastalık süresi:

Baskın el:

Hamilton Depresyon Puanı:

Hamilton Anksiyete Puanı:

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	<input type="checkbox"/>
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	<input type="checkbox"/>
4. SOMATİK SEMPTOMLAR -GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	<input type="checkbox"/>
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	<input type="checkbox"/>
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	<input type="checkbox"/>
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
11. İNTİHAR	(1-5)	<input type="checkbox"/>
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	<input type="checkbox"/>
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	<input type="checkbox"/>
17. AJİTASYON	(1-5)	<input type="checkbox"/>
TOPLAM	

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
2. GERİLİM	<input type="checkbox"/>
3. KORKULAR	<input type="checkbox"/>
4. UYKUSUZLUK	<input type="checkbox"/>
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	<input type="checkbox"/>
6. DEPRESİF MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
7. SOMATİK (muskuler)	<input type="checkbox"/>
8. SOMATİK (duygusal)	<input type="checkbox"/>
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	<input type="checkbox"/>
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	<input type="checkbox"/>
TOPLAM PUAN:
PSİŞİK (1,2,3,5,6)
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

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 kaçınırım
3: Orta derecede	3: Çoğunlukla kaçınırım
4: Şiddetli	4: Her zaman kaçınırım

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 konuşmak		7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	
8. Satın aldığı bir malı ödemediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek		8. Satın aldığı bir malı ödemediği 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	

EMPATİ ÖLÇEĞİ

Anketi Nasıl Dolduracaksınız:

Aşağıda bazı ifadelerin listesi bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve hangi ölçüde katıldığınıza ya da katılmadığınıza dair yanıtınızı daire içine alarak işaretleyiniz. Bu ankette doğru ya da yanlış, ya da yanıltıcı yanıtlar yoktur.

ÖLÇEĞİN GEÇERLİ OLABİLMESİ İÇİN TÜM MADDELERİN DOLDURULMASINA ÖZEN GÖSTERİNİZ

Örnekler

Örn1. Her gün müzik dinleyemezsem kendimi üzgün hissederim.

Kesinlikle katılıyorum **Biraz katılıyorum** Biraz katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

Örn2. Arkadaşlarıma mektup yazmak yerine telefonda görüşmeyi tercih ederim.

Kesinlikle katılıyorum Biraz katılıyorum Biraz katılmıyorum **Kesinlikle Katılmıyorum**

Örn3. Dünyanın farklı bölgelerine seyahat etme isteğim yoktur.

Kesinlikle katılıyorum Biraz katılıyorum Biraz katılmıyorum Kesinlikle Katılmıyorum

Örn4. Kitap okumayı dans etmeye tercih ederim.

Kesinlikle katılıyorum Biraz katılıyorum **Biraz katılmıyorum** Kesinlikle Katılmıyorum

Copyright © Simon-Baron Kohen & Sally J. Wheelwright 2004
Türkçe EQ © Samet Köse & Feryal Çam Çelikel 2005

1. Başka birisi sohbete katılmak istediğinde bu durumu kolaylıkla anlayabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
2. Hayvanları insanlara tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
3. Güncel eğilimler ve modayı takip etmeye çalışırım.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
4. Benim kolaylıkla anladığım şeyleri anlamayan insanlara açıklamak bana zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
5. Çoğu gece düş görürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
6. Diğer insanlara ilgi göstermekten hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
7. Sorunlarımı başkalarıyla tartışmaktansa kendi kendime çözmeye çalışırım.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
8. Sosyal ortamlarda ne yapacağımı kestirmekte zorlanırım	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
9. Sabahları kendimi çok iyi hissedirim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
10. İnsanlar sıklıkla tartışmada kendi görüşümü ileri sürerken çok ileri gittiğimi söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
11. Bir arkadaşımın buluşmaya geç kalmak beni rahatsız etmez.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
12. Arkadaşlıklar ve ilişkiler benim için çok önemlidir, bu nedenle onlarla canımı sıkmam.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
13. Ne denli küçük olursa olsun, asla yasalara aykırı davranmam.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
14. Bir şeyin kaba ya da nazik olup olmadığına karar vermek bana çoğu kez zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
15. Konuşurken, kendi düşüncelerime odaklanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

16. Sözlü şakalardansa el şakalarını tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
17. Gelecektense bugünümü yaşarım.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
18. Çocukken, sırf ne olacağım görmek için solucanları kesmeyi severdim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
19. Birisi söylediğinden başka bir şey ima edyorsa bunu hemen anlarım.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
20. Ahlaki konularda çok katı düşüncelerim vardır.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
21. Bazı şeylerin insanları neden çok rahatsız ettiğini anlamak benim için zordur.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
22. Kendimi bir başkasının yerine koymak benim için güçtür.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
23. Görgü kurallarının bir anne babanın çocuklarına öğreteceği en önemli şey olduğunu düşünürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
24. Önceden tasarlamadan bir şeyler yapmayı severim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
25. Bir kişinin nasıl hissedeceğini kestirmekte iyiyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
26. Gruptan bir kişinin kendini huzursuz ya da tuhaf hissettiğini çok çabuk fark ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
27. Başka birinin güceneceği bir şey söylersem, bunun benim değil onların sorunu olduğunu düşünürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
28. Eğer birisi saç kesimini nasıl bulduğumu sorarsa, beğenmemişsem bile doğruyu söylemeyi tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
29. Neden bazılarının bir yorumdan dolayı gücenmeleri gerektiğini anlayamam.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
30. İnsanlar sıklıkla ne yapacağımın belli olmadığını söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

31. Herhangi bir sosyal etkinlikte ilgi odağı olmayı severim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
32. Ağlayan insanları görmek beni hiç rahatsız etmez.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
33. Politika konusunda tartışmayı severim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
34. Sözüni sakınmayan birisiyim, öyle ki bazıları bunu kasıtsız da olsa kabalık olarak görebilir.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
35. Sosyal ortamları karışıklık yaratıcı ortamlar olarak görmem.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
36. İnsanlar onların nasıl hissettiklerini, ne düşündüklerini kestirmede iyi olduğumu söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
37. İnsanlarla konuşurken, kendimle ilgili konulardan çok, onların yaşantılarıyla ilgili konuları konuşmaya çalışırım.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
38. Bir hayvanı acı içinde görmek beni rahatsız eder.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
39. Başkalarının duygularından etkilenmeden kararlar verebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
40. O gün için planladığım her şeyi yapmadan rahatlayamam.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
41. Ben konuşurken birisi anlattığımla ilgilenir ya da sıkılırsa bunu kolayca anlarım.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
42. Haberlerde acı çeken insanlar gördüğümde rahatsız olurum.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
43. Arkadaşlarım anlayışlı olduğumu söyledikleri için çoğunlukla sorunlarım bana açarlar.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
44. Eğer birini rahatsız ediyorsam, o kişi bunu bana söylemese bile bunu anlarım.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
45. Sürekli yeni hobilere başlarım ancak onlardan kolaylıkla sıkılıp başka şeyler aramaya yönelirim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

46. İnsanlar bazen alay ederken çok fazla ileri gittiğimi söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
47. Lunaparktaki hızlı trenlere binecek olsaydım çok tedirgin olurum.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
48. Nedenin anlayamama rağmen başkaları çoğu kez duyarsız biri olduğumu söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
49. Eğer gruba yeni birisinin katıldığını görürsem, ortamla kaynaşmak için onların çabalaması gerektiğini düşünürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
50. Film izlerken duygularımdan sıyrılarak izleyebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
51. Günlük yaşamda organize olmayı çok severim ve sıklıkla yapmam gereken gündelik işlerin listesini çıkarırım.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
52. Başkalarının ne hissettiğini hızlıca ve sezgisel biçimde anlayabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
53. Risk almaktan hoşlanmam.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
54. Karşımdaki kişinin ne hakkında konuşmak isteyebileceğini kolayca çözebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
55. Birisinin gerçek duygularını sakladığını anlayabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
56. Karar vermeden önce her zaman olumlu ve olumsuz yanlarını çok iyi tartarım.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
57. Sosyal ortamların kurallarını bilinçli biçimde çözemem.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
58. Birisinin ne yapacağını önceden kestirmede iyiyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
59. Bir arkadaşımın sorunlarından duygusal olarak etkilenirim.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
60. Bir başkasının bakış açısına katılmasam da genellikle görüşlerine saygı duyarım.	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

TAÖ-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.
Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlenmeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığımı anlamaya çalışmıyorsunuz, işleri olmasına bırakmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazı azaltır.....	1	2	3	4	5

TAS değerlendirilmesi

TAS-A(Duygularını tanıma zorluğu): 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14..(7 madde)

TAS-B(Duygularını ifade etme zorluğu): 2, 4(ters), 11, 12, 17..(5 madde)

TAS-C(Dışa-vuruk düşünce): 5(ters), 8, 10(ters), 15, 16, 18(ters), 19(ters), 20..(8 madde)

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ
(Çalışma grubu için)

“Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Empati Becerisi, Aleksitimi, Depresyon, Anksiyete Düzeyleri İle Sempatik Deri Yanıtı İlişkisi Ve Tıbbi Tedavinin Etkileri” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- **Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Bu araştırmada tıbbi tedavi ve yapılandırılmış grup drama terapisi eklenmiş sosyal anksiyete belirtileri gözlenen hastalarda, tedavinin aleksitimi, anksiyete ve depresyon düzeyleri, empati becerileri üzerindeki etkilerinin araştırılması, tedavi etkinliklerinin karşılaştırılması ve elde edilecek verilerin birbirleri ile bağıntısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 3 aydır. Araştırmaya toplam 70 (hasta ve gönüllü) kişinin alınması planlanmış olup tek merkezli bir araştırmadır.

- **Bu çalışmaya katılmalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar vererseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

- **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

Araştırma sürecinde size yüz yüze görüşme yöntemi ile tanı koydurucu psikiyatrik testler uygulanacak ve izniniz doğrultusunda bazı yüz fotoğrafları gösterilerek eşzamanlı sempatik deri yanıtı ölçümü yapılacak. Sempatik deri yanıtı ölçümü ağrısız ve zararlı olabilecek araçlar (x-ışını gibi) kullanılmayan bir tekniktir. Bu ölçüm esnasında iğne yapılmayacak veya yabancı madde verilmeyecektir.

- **Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?**

Çalışmamız araştırma amaçlıdır. Çalışmamızda yer almak size tıbbi olarak bir yarar sağlamayacak ve tedavinin seyrini değiştirmeyecektir. Araştırmamız sonucunda elde edeceğimiz veriler hastalığın diğer hastalıklardan ayırıcı tanı açısından yarar sağlayabileceği, ayrıca bu verilerin hastalığın oluş ve gelişim aşamasını anlamamızda bize yol gösterecektir.

- **Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Araştırmamız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmamız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Mustafa BAYRAKTUTAN

GÖREVİ : Araştırma görevlisi doktor

TELEFON : 0543 388 22 96

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

PAÜTF Psikiyatri Anabilim dalında Dalında / Kliniğinde, Dr. Mustafa BAYRAKTUTAN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- a. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- b. Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).*
- c. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- d. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- e. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- f. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Mustafa BAYRAKTUTAN, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı 12. Kat 0258 444 07 28 (6047)’den arayabileceğimi biliyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ
(Sağlıklı kontrol grubu için)

Dr.Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU ’nun sorumlu araştırmacısı olduğu, “Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Empati Becerisi, Aleksitimi, Depresyon, Anksiyete Düzeyleri İle Sempatik Deri Yanıtı İlişkisi Ve Tıbbi Tedavinin Etkileri” isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Çalışmanın amacı; Tıbbi tedavi ve yapılandırılmış grup drama terapisi eklenmiş sosyal anksiyete belirtileri gözlenen hastalarda, tedavinin aleksitimi, anksiyete ve depresyon düzeyleri, empati becerileri üzerindeki etkilerinin araştırılması, tedavi etkinliklerinin karşılaştırılması ve elde edilecek verilerin birbirleri ile bağıntısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın bilimsel olarak yürütülebilmesi için, araştırmaya katılan hasta kişiler dışında, sağlıklı kişilerden de sempatik deri yanıtı ölçümüne gereksinim vardır. Bu sayede, hasta kişilerin verileri, siz sağlıklı kişiler ile karşılaştırılabilecektir.

Bu çalışmaya, “**sağlıklı kontrol grubu**” olarak katılmayı kabul ederseniz, sizden istenen tek şey, 2 kez sempatik deri yanıtı ölçümüne katılmanız ve sağlıklı kişi form (SCID-NP) uygulanmasına onay vermenizdir.

Sempatik deri yanıtı ölçümleri esnasında yapılan yüzde dışa vuran duyguları tanıma testi ile gösterilen her resimde izlenen sempatik deri yanıtı, hasta grubu yanıtları ile karşılaştırılacaktır. Araştırmamız sizden elde edilen sonuçları, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimliğiniz gizli tutulacaktır.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir.

(Katılımcının Beyanı)

PAÜTF Psikiyatri Anabilim dalında, Dr.Mustafa BAYRAKTUTAN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu koşullarla “sağlıklı kontrol grubu” olarak, 2 kez sempatik deri yanıtı ölçümü ve sağlıklı kişi form (SCID-NP) uygulanması işlemini kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih: