



KAVRAMSAL MAKALE

Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Bilişsel Davranışçı Terapi Üzerine Bir Derleme

Gökçe SAKARYA, Lisans Öğrencisi, Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Lefkoşa, KKTC, e-posta: 20211119@std.neu.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1790-5088>

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ, Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Lefkoşa, KKTC, e-posta: meryem.karaaziz@neu.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Öz

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), bireyin sosyal ortamlarda olumsuz değerlendirilme ya da küçük düşürülme korkusuyla yoğun kaygı yaşaması ve bu kaygının işlevselliği olumsuz etkilemesiyle karakterize edilen bir ruhsal bozukluktur. SAB; bilişsel, davranışsal, biyolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkmakta ve bireyin yaşam kalitesi ile kişilerarası ilişkilerini ciddi düzeyde etkilemektedir. Bu çalışma bir derleme çalışmasıdır. Derleme çalışmaları, belirli bir konuya ilişkin literatürün sistematik ve eleştirel biçimde incelenmesini amaçlayan bilimsel araştırmalardır. Bu kapsamda, Google Akademik veri tabanından ulaşılan, Türkçe yayımlanmış tam metin çalışmalar incelenmiştir. Çalışmanın amacı, SAB yaşayan bireylerde bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkililiğini değerlendirmektir. Bulgular, genetik yatkınlık, travmatik yaşam olayları, olumsuz bilişsel örüntüler ve sosyal çevre gibi faktörlerin SAB gelişiminde rol oynadığını göstermektedir. Ayrıca hem bireysel hem grup formatında uygulanan BDT'nin sosyal kaygı semptomlarını azaltmada ve eşlik eden psikolojik sorunlarda olumlu etkiler yarattığı belirlenmiştir. Sonuç olarak, erken müdahale olanaklarının artırılması, bireyselleştirilmiş BDT programlarının geliştirilmesi ve grup terapilerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Bilişsel Davranışçı Terapi, Derleme.

Makale Gönderme Tarihi: 12.05.2025

Makale Kabul Tarihi: 05.08.2025

Önerilen Atıf:

Sakarya, G. ve Karaaziz, M. (2025). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Bilişsel Davranışçı Terapi Üzerine Bir Derleme, *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 8(8): 638-656.



Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences

2025, 8(8): 638-656. DOI: [10.26677/TR1010.2025.1573](https://doi.org/10.26677/TR1010.2025.1573)

ISSN: 2667-422X Dergi web sayfası: www.sobibder.org



CONCEPTUAL PAPER

A Review on Social Anxiety Disorder and Cognitive Behavioral Therapy

Gökçe SAKARYA, Undergraduate Student, Near East University, Faculty of Arts and Sciences, Nicosia, TRNC, e-mail: 20211119@std.neu.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1790-5088>

Associate Prof. Dr. Meryem KARAAZİZ, Near East University, Faculty of Arts and Sciences, Nicosia, TRNC, e-mail meryem.karaaziz@neu.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Abstract

Social anxiety disorder (SAD) is a psychological condition marked by an intense concern about negative judgment or embarrassment in social contexts, which may result in considerable disruption to everyday functioning. SAD develops through the interplay of cognitive, behavioral, biological, and environmental influences and significantly diminishes individuals' quality of life and interpersonal relations. This paper is a literature review. Such reviews aim to systematically and critically analyze existing scholarly work on a defined subject. In this regard, full-text academic publications in Turkish, accessible via Google Scholar, were examined. The objective of this review is to assess the efficacy of cognitive behavioral interventions for individuals diagnosed with SAD. The findings demonstrate that genetic vulnerability, traumatic experiences, maladaptive cognitive schemas, as well as adverse social environmental conditions contribute significantly to the onset of SAD. Furthermore, individualized and group-oriented CBT interventions demonstrated efficacy in alleviating symptoms associated with social anxiety and in addressing related psychological concerns. In conclusion, increasing opportunities for early intervention, tailoring CBT programs to individual needs, and enhancing access to group-format therapies are advised.

Keywords: Social Anxiety Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Review.

Received: 12.05.2025

Accepted: 05.08.2025

Suggested Citation:

Sakarya, G. and Karaaziz, M. (2025). A Review on Social Anxiety Disorder and Cognitive Behavioral Therapy, *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 8(8): 638-656.

GİRİŞ

İnsanlık tarihine bakıldığında, bireyin biyolojik, fizyolojik ve psikolojik boyutları dikkate alındığında, kaygı olgusunun tarih boyunca varlık gösterdiği anlaşılmaktadır. Kaygı, bireyin çevresel ve psikolojik uyaranlara karşı geliştirdiği tepkisel bir durum olarak tanımlanabilir. Bu kavram, kökeni oldukça eski dönemlere uzanan ve farklı kültürlerde çeşitli biçimlerde ifade edilen evrensel bir duygudur. En erken kullanımlarından biri, Yunanca “anxietas” sözcüğüne dayanmaktadır ve bu terim, “kaygı” ya da “korku” anlamlarını içermektedir (Kaya ve Varol, 2004:124). Sosyal anksiyete bozukluğu, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlamış olan *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* DSM-5’te, bireyin başkalarının değerlendirmesine açık olabileceği sosyal ortamlarda belirgin bir korku ya da kaygı yaşaması bununla birlikte bu durumlarda olumsuz biçimde yargılanmaktan duyulan yoğun endişe ile tanımlanmaktadır. “Sosyal fobi” ya da “sosyal kaygı bozukluğu” terimleriyle de ifade edilen bu durum, bireyin yaşam kalitesini düşüren ve işlevselliğinde bozulmalara yol açan yaygın bir ruhsal bozukluktur (APA, 2013). Sosyal ortamlarda, bireyin olumsuz değerlendirmeye maruz kaldığını düşündüğü anlarda dikkatini dış dünyadan kendi içsel süreçlerine yönlendirdiği gözlemlenmektedir. Bu durum sıklıkla fizyolojik belirtilerle birlikte görülmektedir; örneğin, yüz kızarması, aşırı terleme ya da kalp atım hızında artış gibi semptomlar yaygındır. Ayrıca, bireylerde düşük benlik saygısı, sosyal eleştirilere karşı aşırı duyarlılık ve toplumsal becerilerde gerileme sıklıkla ortaya çıkmaktadır (Demir vd., 2000: 42). Bu tür sosyal kaygı durumları, mesleki işlevselliği ve günlük yaşantıyı olumsuz etkileyerek, bireyin kişilerarası ilişkilerine zarar verebilmektedir (Boer, 1997:796). Sosyal anksiyete bozukluğunu açıklamaya yönelik bilişsel kuramlar, sosyal bilgi işlemenin önyargılı doğasına vurgu yapmaktadır. Mellings ve Alden (2000) tarafından öne sürülen modele göre: a) sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler, toplumsal durumlara ilişkin olumsuz uyarıcılara seçici dikkat gösterir; b) bu seçicilik, olayların hatırlanma ve değerlendirilme biçiminde bilişsel çarpıtmalar yaratır; c) sonuç olarak, bu bilişsel önyargılar sosyal kaygının kronikleşmesine ve yoğunluğunun artmasına neden olur. Sosyal fobi, toplum genelinde oldukça yaygın bir kaygı bozukluğudur. Yapılan epidemiyolojik araştırmalar, bu bozukluğun genel popülasyonun %3 ile %13’ünde görüldüğünü ve kaygı bozuklukları arasında ikinci sırada yer aldığını ortaya koymaktadır. Ancak, bu yaygınlığa rağmen, tanı kriterlerini karşılayan bireylerin yalnızca %1,1’inin profesyonel yardım arayışına girdiği bildirilmektedir (APA, 2000). Sosyal anksiyete bozukluğu genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkmakta olup, hastalığın başlangıç yaşının 20’nin altında olduğu çeşitli epidemiyolojik verilerle desteklenmektedir (Kessler vd., 2007:168). Bazı araştırmalarda, sosyal anksiyete bozukluğunun nadiren de olsa 25 yaş üzerindeki bireylerde görülebildiği ifade edilmektedir. Toplum geneline ilişkin bulgular, bu bozukluğun yaygınlık oranının %4 ile %8 arasında değiştiğini ve dolayısıyla prevalansın oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Ergün, 2005:84). Alanda gerçekleştirilen epidemiyolojik araştırmalar, sosyal fobinin kadın bireylerde erkeklere kıyasla daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır. Buna karşılık, klinik örneklemeler üzerinde yapılan çalışmalar, erkek bireylerde sosyal anksiyete bozukluğunun daha fazla saptandığını göstermektedir. Bu durum, kadınların sosyal kaygı belirtilerini daha yoğun bildirme eğiliminde olduklarını, erkeklerin ise tedavi arayışına kadınlara göre daha sık girdiklerini düşündürmektedir (APA, 2000). Sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde yaygın olarak başvurulanan bilişsel davranışçı terapi (BDT), bireylerin kaygı yaratan sosyal durumlarla kontrollü bir şekilde karşılaşmalarını sağlamakta ve bu süreçte olumsuz düşünce kalıplarının yeniden yapılandırılmasını amaçlamaktadır. Bu terapötik yaklaşım, bireylerin işlevsel olmayan inançlarını fark etmelerini ve bunları sağlıklı bilişsel yapılarla değiştirmelerini hedeflemektedir (Boer, 1997:796). Özellikle ergenlik döneminde görülen anksiyete bozukluklarında, BDT’nin etkili bir müdahale yöntemi olduğu araştırmalarla desteklenmiştir (Silverman vd., 2008:105). Literatürde BDT, hem yaygın

kullanımı hem de bilimsel etkinliği en yüksek düzeyde kanıtlanmış psikoterapi yöntemi olarak değerlendirilmektedir (Çıtak, 2018: 141).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanımı

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), ilk kez 1980 senesinde Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından "sosyal fobi" isminde farklı bir ruhsal bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. DSM-III'te sosyal fobi, bireyin sosyal durumlarda veya performans sergilediği anlarda gözlemlenme korkusu şeklinde tanımlanmış; bu korkunun "aşırı ve temelsiz" olması gerektiği vurgulanmıştır. DSM-IV ile birlikte tanı ölçütlerinde değişiklik yapılmış, bireyin yoğun kaygı belirtileri göstermekten korkmasının tanı kapsamına dahil edilmesi sağlanmıştır. DSM-5'te ise bu bozukluğun adı değiştirilmiş ve "sosyal anksiyete bozukluğu" olarak yeniden isimlendirilmiştir (APA, 2013). Sosyal fobi, bireyin birden fazla sosyal durumda diğer insanlar tarafından değerlendirileceği düşüncesiyle sürekli bir korku yaşaması olarak tanımlanmıştır. Bu kişiler, olumsuz yargılanmaktan, alay konusu olmaktan, utanılacak ya da küçük düşürücü bir duruma düşmekten yoğun bir biçimde endişe duymaktadır. Sosyal fobisi olan bireyler, sosyal etkileşimlerde kendilerine yönelik eleştirel düşüncelere daha fazla odaklanmakta ve çoğunlukla yüzde kızarma, kalp çarpıntısı, aşırı terleme veya titreme gibi bedensel tepkiler sergilemektedir (APA, 2000). Utanç, mahcubiyet ya da aşağılanma yaşanacağına dair beklenti, bireyin kaygı düzeyini artırarak içinde bulunduğu sosyal ortamda başarısızlık yaşama endişesini tetiklemektedir. Bu durum, zamanla sosyal anksiyete bozukluğunun oluşmasına neden olmaktadır. Başlangıçta olağan düzeyde olan kaygı, bu duygusal tepkilerle birlikte kontrolden çıkarak bireyin yaşam kalitesini düşüren psikolojik bir rahatsızlığa dönüşmektedir. Sosyal anksiyete, bireyin sosyal ortamlara her girişinde yeniden uyarılarak sürekli bir döngü halinde devam etmektedir (Heimberg vd., 2010:395). Sosyal anksiyete bozukluğunu açıklamada ve tedavi sürecinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biri, bilişsel davranışçı terapidir (BDT) (Heimberg, 2002:36). BDT çerçevesinde sosyal anksiyete, çeşitli teorik yaklaşımlarla açıklanmakta; bu modellerin bazı yönleri benzerlik gösterse de aralarında anlamlı farklılıklar da bulunmaktadır. SAB'a yönelik geliştirilen ilk bilişsel model, A.T. Beck tarafından ortaya konulmuştur. Bu modele göre sosyal anksiyete, kişinin sosyal onay ve kabul görme konusunda aşırı hassasiyet geliştirmesi, başkaları tarafından izlenmekten kaygı duyması ve başarısızlık olasılığına karşı yoğun bir korku yaşaması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Kişi, toplum içinde aniden ilgi odağı haline gelmekten, yetersizliklerinin fark edilmesinden ve bunun sonucunda olumsuz değerlendirmeye maruz kalmaktan endişe duyar (Beck vd., 2005). Sosyal anksiyete bozukluğu, bireyin günlük yaşamını belirgin şekilde olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalar, bu bozukluğun genellikle 13 ile 24 yaş arasında başladığını; ancak bireylerin genellikle 30 yaş civarında klinik destek arayışına girdiklerini göstermektedir. Bu gecikmenin temel nedenleri arasında, sosyal anksiyetenin tedavi edilebilir bir durum olduğuna dair yeterli bilincin olmaması veya bireylerin bu sorunu kişiliklerinin doğal bir parçası olarak değerlendirmeleri yer almaktadır (Dilbaz, 2000:3). Sosyal fobi ya da sosyal anksiyete bozukluğu, bireylerin hayat kalitesini azaltmasına, işlevselliğini negatif etkilemesine ayrıyeten ekonomik yük getirmesine rağmen, tanısı konulması zor olan psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır (Acarturk vd., 2008:273).

Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi

Sosyal anksiyete bozukluğunun kökenine ilişkin yapılan bilimsel araştırmalar, bozukluğun anlaşılmasını ve etkili müdahale yöntemlerinin geliştirilmesini mümkün kılan önemli bir zemin

oluşturmaktadır. Kalıtsal faktörlerden ebeveyn tutumlarına kadar uzanan geniş bir etkenler dizisi kapsamında ele alınan sosyal anksiyetenin nedenleri, birçok diğer psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, henüz tam anlamıyla kesinlik kazanmamıştır. Bununla birlikte, çeşitli psikososyal etmenler ışığında anlamlandırılmaya çalışılmaktadır. Genetik yatkınlık, çevresel etkileşimler, bireyin doğuştan getirdiği mizaç özellikleri, bilişsel yapılanmaları ve duygusal tepki biçimleri; bu bozukluğun gelişim sürecinde etkili olabilecek başlıca faktörler arasında değerlendirilmektedir (Demir, 2009:101).

Biyolojik Etkenler

Sosyal anksiyete bozukluğunun oluşum sürecinde genetik ve biyolojik faktörlerin belirleyici bir rol oynadığı düşünülmektedir (APA, 2013). Bu alandaki etiyolojik araştırmaların önemli bir kısmı, genetik yatkınlığın etkisini değerlendirmek amacıyla aile ve ikiz örneklemeleri üzerinden yürütülmüştür. Elde edilen bulgular, genetik unsurların bu bozukluğun gelişimine orta düzeyde katkı sağladığını göstermektedir. Örneğin, monozigot ikizlerde sosyal anksiyete bozukluğu eşleşme oranı %24,4 olarak saptanırken, dizigot ikizlerde bu oran %15,3 düzeyindedir. Bu veriler doğrultusunda, kalıtsal geçişin yaklaşık %30'luk bir katkı oranına sahip olduğu varsayılmaktadır (Kendler vd., 1992:273). Ayrıca, sosyal anksiyetesi bulunan kişilerin birinci derece akrabalarında bu bozukluğun görülme oranı %15 olarak rapor edilmiş ve bu oran, kontrol grubundakilerin yaklaşık 2,5 katı kadar bulunmuştur. Ancak, söz konusu bulgunun genelleştirilebilirliğini güçlendirmek için benzer sonuçlar elde edecek tekrarlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Fyer vd., 1993:286).

Sosyal Faktörler

Bireyin içinde bulunduğu çevresel koşullar ve erken dönem yaşantıları, sosyal fobi gelişiminde önemli bir etkiye sahiptir. Bu kuramsal bakış açısına göre, kişinin doğuştan getirdiği mizaç özellikleri, aile yapısı ve sosyal bağlamı, maruz kaldığı ebeveyn tutumları ve akran ilişkilerinin niteliği, sosyal anksiyete bozukluğunun ortaya çıkışında belirleyici faktörler arasında yer almaktadır (Demir, 2009:101). Mineka ve Zinbarg (2006) tarafından öne sürülen modern öğrenme kuramı çerçevesinde, bireyin doğrudan yaşadığı ya da dolaylı olarak gözlemlediği travmatik olayların, sosyal fobinin oluşmasında etkili olduğu vurgulanmaktadır. Aynı zamanda sosyal öğrenme süreçleri, davranışsal ketlenme gibi yatkınlık oluşturan mizaç özellikleri, stresli durumların kontrol edilebilirliğine ve öngörülebilirliğine dair algılar da bu bozukluğun gelişiminde kritik rol oynamaktadır. Hofmann ve çalışma arkadaşları (1995) tarafından gerçekleştirilen ve topluluk önünde konuşma kaygısının kökenlerini inceleyen bir araştırmada, sosyal konuşma fobisi olan 30 bireyle bu durumu yaşamayan 24 kişi karşılaştırılmıştır. Katılımcılara geçmişteki konuşma deneyimleri, sosyal kaygılarının olası nedenleri ve bu durumlara ilişkin duydukları korkular hakkında sorular yöneltilmiştir. DSM-III kriterlerine göre, konuşma kaygısı olan bireylerin sosyal fobi tanı ölçütlerini tam olarak karşıladığı tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular, sosyal anksiyete gelişiminde; bireyin doğrudan yaşadığı olumsuz deneyimlerin (klasik koşullanma), başkalarının deneyimlerinin gözlemlenmesi yoluyla öğrenmenin (model alma) ve olumsuz içerikli bilgi aktarımının etkili öğrenme biçimleri olduğunu göstermektedir (Hofmann vd., 1995:567).

Psikolojik Faktörler

Bazı bireylerin karşılaştığı stres kaynaklı ya da travmatik nitelikteki yaşantılar, sosyal anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında tetikleyici bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Conway ve

arkadaşlarının (2000) çalışmalarında, çevresel etkenlerle bağlantılı biçimde gelişen ve kişinin yaşadığı duygusal sıkıntılar üzerine sürekli düşünmesiyle ortaya çıkan bilişsel süreçlerin "ruminatif düşünme" biçimini oluşturduğu ifade edilmektedir. Bu düşünce yapısına sahip bireyler, içsel sorgulamalarını daha sık gerçekleştirmekte ve kendilerine yönelik değerlendirmelerde daha az açıklık sergilemektedir. Ayrıca, yüksek düzeyde ruminasyon eğilimi gösteren bireylerin dışadönüklük, açıklık ve içsel tutarlılık gibi kişilik özelliklerinde daha düşük seviyelere sahip olduğu saptanmıştır (Conway vd., 2000:404). Watkins (2008) ise bireylerin yaşam deneyimleri ve kaygılarıyla ilgili olarak geliştirdikleri sürekli ve tekrarlayan düşünsel süreçlerin, yalnızca psikopatolojisi olan bireylerle sınırlı kalmayıp sağlıklı kişilerde de gözlemlenebileceğini vurgulamıştır. Bu bağlamda ruminatif düşünme yapısının, klinik düzeyde bir bozukluk olmadan da ortaya çıkabileceği, fakat bazı psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikte daha belirgin hale gelebileceği ileri sürülmektedir (Watkins, 2008:163). Özetle, ruminatif bilişsel eğilimler hem sağlıklı bireylerde görülebilir hem de çeşitli psikolojik bozuklukların bir parçası olarak daha karmaşık biçimlerde kendini gösterebilir.

Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Sosyal anksiyete bozukluğunun (SAB) yaygınlığına ilişkin gerçekleştirilen epidemiyolojik araştırmalar, bu bozukluğun gelişiminde pek çok değişkenin etkili olduğunu göstermektedir (Kurtoğlu, 2019). Elde edilen bulgular, bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi ve ekonomik durum gibi temel demografik değişkenlerle SAB arasında anlamlı ilişkilerin bulunduğu işaret etmektedir. Araştırmalar, sosyal anksiyetenin çoğunlukla 20 yaş öncesinde ortaya çıktığını ve en sık başlangıç yaşının 13 ile 14 arasında değiştiğini göstermektedir (Kessler vd., 2007:168). Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yürütülen Epidemiyolojik Alan Taraması (ECA) çalışması, sosyal fobiye dair yaygınlık oranlarını belirlemek açısından önemli veriler sunmuştur (Regier vd., 1984:934). Benzer şekilde, 1994 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yayımlanan Ulusal Komorbidite Araştırması da sosyal anksiyete bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığını %13.3 olarak raporlamıştır (Kessler vd., 1994:8). ABD'de yürütülen bu tür araştırmalar, toplumda her 100 kişiden yaklaşık 7'sinin 12 ay veya daha uzun süreli SAB belirtileri yaşadığını ortaya koymuştur. Öte yandan, diğer ülkelerde bu oranın genellikle daha düşük olduğu; kısa süreli (12 aydan az) sosyal anksiyete vakalarının yaygınlık oranlarının %0.5 ila %2 aralığında değiştiği belirtilmektedir. Avrupa kıtasında ise bu oran bazı yerlerde %12.3'e kadar çıkabilmektedir (APA, 2013). Dünya Ruh Sağlığı Örgütü'nün verilerine dayalı çalışmalarda ise SAB'ın yaşam boyu ortalama yaygınlık oranı %4 olarak hesaplanmıştır. Bu oranlar ülkelere göre farklılık göstermekte olup; yüksek gelirli ülkelerde %5.5, orta gelirli ülkelerde %3.1 ve düşük gelirli ülkelerde %1.7 olarak bildirilmektedir. Coğrafi açıdan değerlendirildiğinde ise, sosyal anksiyete bozukluğunun en sık karşılaşıldığı bölgeler Kuzey Amerika ile Doğu Asya-Pasifik; en az rastlandığı bölgeler ise Afrika ve Doğu Akdeniz olarak saptanmıştır. Ayrıca yapılan çalışmalar, SAB'ın genellikle ergenlik dönemi ile 40'lı yaşların başları arasında ortaya çıktığını ve bazı bireysel ya da sosyoekonomik değişkenlerin bu bozukluk için risk unsuru olabileceğini göstermektedir. Bu risk faktörleri arasında kadın cinsiyeti, işsiz olma, evli olmama, düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir düzeyi yer almaktadır (Stein vd., 2017:15). Bununla birlikte, gelir düzeyi ile sosyal anksiyete arasındaki ilişkinin literatürde net bir biçimde ortaya konamadığı, bazı araştırmaların yüksek gelir gruplarında SAB'a daha fazla rastlandığını, bazı çalışmaların ise bu bozukluğun düşük gelir düzeyine sahip bireylerde daha sık görüldüğünü bildirdiği dikkat çekmektedir. Ayrıca SAB'ın sıklıkla duygu durum bozuklukları, alkol ya da madde kullanımıyla ilişkili bozukluklar ve çeşitli kişilik patolojileri gibi eş tanı gruplarıyla birlikte seyrettiği de ifade edilmektedir (Turan vd., 2000:170).

Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Belirtileri

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) yaşayan bireylerde çok boyutlu belirtiler gözlemlenmektedir; bu belirtiler bilişsel, fizyolojik, davranışsal ve duygusal düzlemlerde kendini göstermektedir. Bilişsel düzeyde, bireylerin sıklıkla gerçekçi olmayan olumsuz düşüncelere kapıldıkları, sosyal değerlendirmeye karşı aşırı hassasiyet geliştirdikleri ve yoğun şekilde eleştirilme korkusu yaşadıkları bildirilmektedir. Somatik düzeyde ise nefes darlığı, mide rahatsızlıkları, yüzde belirgin kızarma ve kalp ritminde düzensizlik gibi tepkiler yaygın olarak görülmektedir. Davranışsal olarak, kişi kaygı uyandıran sosyal ortamlardan uzak durma eğilimindedir ve kaçınma davranışları sergileyebilir. Bu durumlara ek olarak, SAB'lı bireylerde sıklıkla hissedilen duygusal yanıtlar arasında yoğun korku, sinirlilik, huzursuzluk ve içsel gerginlik yer almaktadır (Kearney, 2005). Kaygı düzeyi yüksek bireyler, genellikle bu duygulara eşlik eden fiziksel ve davranışsal belirtileri birer tehdit işareti olarak yorumlamakta ve bu da anksiyeteyi artıran döngüsel bir süreci tetiklemektedir. Örneğin, sosyal ortamlarda yüzünün kızardığını fark eden bir birey, bu durumu başkaları tarafından küçümsenme ya da alaya alınma olarak değerlendirebilmektedir. Bunun yanı sıra, sosyal anksiyetesi olan bireylerin dikkatleri çoğunlukla kendi olumsuz düşüncelerine yönelmekte, bu da çevresel ipuçlarını doğru bir şekilde değerlendirme becerilerini sınırlandırmaktadır. Böylelikle, sosyal yeterliklerini gösterecek fırsatları kaçırmakta ve ortaya çıkan sosyal çekingenlik, çevreden gelen olumsuz geri bildirimleri artırabilmektedir. Örneğin, kişi başkalarına karşı daha mesafeli ya da soğuk davranabilir ve bu davranış başkalarının da benzer bir karşılık vermesine neden olabilir. Bu durum, bireyin olumsuz yargılanacağına dair inancını pekiştirir (Stopa ve Clark, 1993:255). Sosyal bir ortamı tehdit edici olarak değerlendiren birey, hem fizyolojik düzeyde (örneğin; aşırı terleme, yüz kızarması) hem de davranışsal düzeyde (örneğin; göz temasından kaçınma, sessiz kalma ya da hızla konuşma) yoğun anksiyete belirtileri gösterebilir. Bu belirtileri, yetersizlik ya da sosyal beceri eksikliği olarak yorumlama eğilimi taşıyan birey, bu nedenle sosyal ortamlardan uzaklaşma davranışları geliştirebilir. Bu kaçınma eğilimi zamanla sosyal gelişimini engelleyebilir ve olumlu sosyal geri bildirimleri deneyimleme olasılığını azaltır. Bu durum yalnızca bireyin içsel deneyimiyle sınırlı kalmayıp çevresindeki kişilerin tepkilerini de etkileyebilir; sosyal etkileşimlerden kaçınan bireylere karşı çevresel tepki zamanla azalabilir ya da olumsuzlaşabilir ve bu da bireyin mevcut sosyal korkularını doğrular nitelikte olur. Ancak, böyle bir geri bildirim objektif olarak gerçekleşmemesi durumunda bile, sosyal anksiyeteye sahip bireyler, bilişsel yanlışlıkları nedeniyle var olmayan olumsuzlukları seçici biçimde algılayabilir. Bu seçici dikkat, sosyal ortamlarda kendisine yönelik olumsuz değerlendirme işaretlerini büyütmesine neden olur (Musa ve Lepine, 2000:59).

Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Kuramsal Temellerle Açıklanması

Psikanalitik Yaklaşım

Sosyal fobi, erken dönem psikanalitik kuram çerçevesinde; anal döneme özgü cinsellik, çocukluk dönemi gösteriş arzusu, kastrasyon korkusu ve bireyin denetimi kaybetme endişesi gibi psikoseksüel gelişim aşamalarıyla ilişkilendirilerek açıklanmıştır. Psikodinamik yaklaşımın fobi oluşumuna dair genel görüşü, bastırılmış dürtülerin tehdit oluşturduğu anlarda ortaya çıkan uyarı anksiyetesiyle bağlantılıdır. Bu modele göre, toplum tarafından yasaklanmış saldırgan ya da cinsel içerikli dürtülerin bilince yaklaşması, bireyde savunma sistemlerinin aktifleşmesine neden olur. Bu savunmalar arasında yer değiştirme, yansıtma ve kaçınma gibi mekanizmalar bulunur; böylelikle birey, söz konusu dürtülerle doğrudan yüzleşmeden onları bastırarak anksiyeteyi başka bir hedefe yönlendirir ve böylece fobik belirtiler ortaya çıkar (Gabbard, 1994). Bu savunma süreçleri kısa vadede bireyin iç çatışmalarını denetim altında tutmayı başarabilse

de, uzun vadede fobik nevrozun gelişimine zemin hazırlayabilir. Klasik psikanalitik bakış açısına göre, sosyal fobi semptomları; kabul edilmesi mümkün olmayan bilinçdışı arzuların ve bu arzulara karşı geliştirilen psikolojik savunmaların çatışmalı birlikteliğinden türemektedir. Bu doğrultuda, sosyal fobi, bireyin bilinçdışında bastırılmış fantazileriyle, bu arzuların gün yüzüne çıkmasını önlemeye çalışan zihinsel süreçlerin bir sonucu olarak değerlendirilir (Gabbard, 1992).

Davranışçı Kuram

Davranışçı kuram çerçevesinde, özellikle bireyin erken çocukluk döneminde yaşadığı ya da gözlemediği travmatik deneyimlerin, klasik koşullanma yoluyla öğrenilmiş korkulara dönüşebileceği ileri sürülmektedir. Bu tür koşullarda edinilen korkular, zamanla benzer sosyal ortamlara genellenerek bireyde aynı türden kaygı tepkilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Örneğin, sınıf içinde konuşurken kekelemesi sebebiyle yaşatlarının alayına maruz kalan ya da bu duruma tanıklık eden bir çocuk, ilerleyen zamanlarda sınıf ortamlarını ya da benzer konuşma gerektiren durumları tehdit unsuru olarak değerlendirme eğilimi gösterebilir. Bu tür durumlarda, bireyde otomatik olarak devreye giren kaygı mekanizmaları, stres düzeyini azaltmaya yönelik çeşitli başa çıkma davranışlarını tetikler. Sosyal kaygı yaşayan bireyler, sıklıkla anksiyete doğuran ortamlardan tamamen uzak durmayı (kaçınma) ya da bu ortamlarda zorunlu olarak bulunduklarında, mümkün olan en kısa sürede ortamdan ayrılmayı (kaçma) tercih ederler. Bu iki tür davranış –kaçınma ve kaçma– bireyde kısa vadede kaygının azalmasına neden olduğu için, gelecekte benzer durumlarla başa çıkmada tekrar tercih edilme eğilimindedir. Böylece, kaçma ve kaçınma davranışları hem klasik koşullanma ile edinilmiş korkuların sürdürülmesinde hem de edimsel koşullanma yoluyla bu davranışların pekiştirilmesinde rol oynamaktadır. Birey, kaygı uyandırıcı ortamlardan kaçınarak anksiyetesinin azaldığını gözlemediğinde, bu davranış ödül işlevi görerek kalıcı hale gelir. Bu öğrenme süreci, Mowrer'in "iki aşamalı öğrenme modeli" (Double Learning Theory) olarak bilinen yaklaşımla açıklanmaktadır. Bu modele göre, başlangıçta klasik koşullanma ile ortaya çıkan korku tepkileri, daha sonra edimsel koşullanma süreçleriyle devam ettirilir ve pekiştirilir. Böylelikle sosyal anksiyete bozukluğu süreklilik kazanır (Sungur, 1997; Türkçapar, 1999; Maseovitch vd., 2009; Hofmann, 2008).

Nesne İlişkileri Kuramı

Nesne ilişkileri kuramı, psikanalitik yaklaşımın bir alt disiplini olarak kabul edilmekte ve psikoloji literatüründe geniş ölçüde tanınan, etkili teorik yaklaşımlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Melanie Klein, Ronald Fairbairn, Harry Guntrip, Donald Winnicott, Otto Kernberg, Heinz Kohut ve John Bowlby gibi alanın önde gelen kuramcılarının geliştirdiği görüşler, bu yaklaşımın temelini oluşturan düşünsel yapılar arasında yer almaktadır (Greenberg ve Mitchell, 1989). Her biri insan doğasına ilişkin özgün, teorik bakış açıları sunmakta; bireyin iç dünyasını ve kişilerarası ilişkilerini farklı açıklamalarla yorumlamaktadır. Bu kuramların ortak paydası, insanın doğuştan başkalarıyla ilişki kurma eğiliminde olduğu ve yaşamının ilk dönemlerinde, özellikle birincil bakım vereni (çoğunlukla anne) ile etkileşime geçebilmek amacıyla bazı biyolojik olarak hazır becerilerle donanmış bulunduğudur. Bireyin kişilik yapının benlik algısı ve başkalarına yönelik zihinsel temsilleri; bu erken etkileşimsel süreçlerin doğal bir sonucu olarak şekillenmektedir. Bu içsel temsiller, bireyin ilerleyen dönemlerde kuracağı sosyal ilişkiler için temel bir çerçeve veya şematik model oluşturmaktadır. Başka bir ifadeyle, anne-çocuk arasındaki gündelik etkileşimler, zihinde bilişsel düzeyde

işlenerek benliğe ve başkasına dair temsillere dönüşmekte ve uzun vadeli bellekte kalıcı hale gelmektedir (Bowlby, 1969).

Sosyal Anksiyete Bozukluğunun DSM 5 Sınıflandırması ve Tarihçesi

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), tanı sistematğine ilk kez DSM-III'te "sosyal fobi" adı altında bağımsız bir kategori olarak dahil edilmiştir (Heimberg vd., 1993). DSM-II'de ise sosyal fobi, diğer tüm fobik bozukluklarla birlikte genel bir başlık altında ele alınmakta ve ayrı bir teşhis olarak tanımlanmamaktaydı. DSM-III ile birlikte sosyal fobi, bireyin sosyal ortamlarda başkaları tarafından değerlendirileceği düşüncesiyle yoğun korku yaşaması ve bu ortamlardan kaçınma davranışı göstermesi biçiminde net bir şekilde tanımlanmıştır. Bu tanımlama, DSM-IV'te genişletilmiş ve sosyal durumlara karşı yalnızca kaygı değil, aynı zamanda belirgin bir korku duygusunun da bulunması tanı kriterlerine dahil edilmiştir (Dilbaz, 1997). DSM-III-R, DSM-IV ve DSM-IV-TR sürümlerinde yer alan "genellenmiş" belirleyicisi, bireyin sosyal ortamların büyük bir çoğunluğunda kaygı yaşadığını ima etmekle birlikte, bu ifade nesnel ölçütlere tam olarak dayandırılmamıştır. Ancak DSM-IV-TR'de bu sınıflama "sosyal fobi (sosyal anksiyete bozukluğu)" başlığı altında sürdürülmüş ve sosyal fobi ile SAB kavramlarının birbirinin yerine kullanılabilir olduğu yaklaşımı korunmuştur (APA, 2000). Bu dönemde yapılan bir diğer önemli katkı ise, sosyal anksiyetenin yabancı kişilerle etkileşim sırasında yoğunlaştığı ve bireylerin kendilerinde gelişen fiziksel semptomların (örneğin; yüz kızarması, titreme vb.) başkaları tarafından fark edilmesinden ötürü kaygı duyabilecekleri yönündeki açıklamaların tanı kriterlerine dahil edilmesidir. DSM'nin beşinci ve en güncel sürümü olan DSM-5'te (APA, 2013), terminolojik bir revizyon gerçekleştirilmiş ve "sosyal fobi" kavramı yerini "sosyal anksiyete bozukluğu"na bırakmıştır. Bu isim değişikliğiyle birlikte bozukluğun doğasını ve bağlamını daha doğru biçimde yansıttığı ifade edilmiştir. Ayrıca DSM-5'te, önceki sürümlerde yer alan "korkunun aşırı ve mantıksız olduğuna ilişkin düşünce" ölçütü çıkarılmış; yerine, yaşanan korku ve kaygının gerçek sosyal tehditlere oranla ölçüsüz olabileceği vurgusu getirilmiştir. Bunun yanı sıra, tanı sistemine yönelik teknik bir yenilik olarak, daha önce kullanılan "genellenmiş" belirleyicisinin yerine "yalnızca performans temelli" (sadece eylem sırasında yaşanan) anksiyeteyi ifade eden yeni bir belirleyici eklenmiştir. Bu değişikliklerle birlikte klinisyenlerin, bireyin sosyal kaygısını yalnızca belirli performans durumlarıyla sınırlı olarak gözlemlemesi durumunda bu hususu ayrıca raporlamaları beklenmektedir.

A. Birey, başkalarının değerlendirmesine açık olabileceği bir ya da daha fazla sosyal durumda belirgin ve sürekli bir korku ya da kaygı yaşar. Bu durumlar arasında sosyal etkileşimler (örneğin, sohbet etmek, yabancılarla karşılaşmak), başkalarınca izlenme (örneğin, yemek yerken ya da bir şey içerken) ya da topluluk önünde bir performans sergileme (örneğin, konuşma yapma) yer almaktadır.

B. Birey, bu tür durumlarda utanç verici ya da küçük düşürücü biçimde davranacağından ya da kaygı belirtileri göstereceğinden endişe duyar; bunun sonucunda olumsuz değerlendirilme, dışlanma ya da başkalarını rahatsız etme korkusu gelişir.

C. Korku veya kaygı, söz konusu sosyal durumlarla karşılaşıldığında neredeyse her zaman ortaya çıkar ve tekrarlayıcı bir biçimde gözlenir.

D. Bu tür sosyal durumlar ya tamamen kaçınılır ya da yoğun bir korku ve kaygı hissiyle zorlanarak deneyimlenir.

E. Yaşanan korku ya da kaygı, sosyal bağlamın nesnel koşullarıyla karşılaştırıldığında belirgin biçimde aşırı ya da uygunsuz düzeydedir.

F. Kaygı, korku ya da kaçınma davranışları sürekli niteliktedir ve genellikle en az altı ay boyunca devam eder.

G. Bu belirtiler, bireyin sosyal, mesleki ya da diğer işlevsel yaşam alanlarında anlamlı bir bozulmaya ya da ciddi bir psikolojik sıkıntıya yol açar.

H. Belirtiler, herhangi bir madde kullanımına (örneğin, ilaçlar, alkol, psikoaktif maddeler) ya da tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

İ. Korku ya da kaygı, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm spektrum bozukluğu gibi başka bir ruhsal durumla daha iyi açıklanamaz.

J. Eğer bireyde eşlik eden başka bir tıbbi durum varsa (örneğin, Parkinson hastalığı, obezite ya da fiziksel görünümü etkileyen bir yaralanma veya yanık), duyulan korku ve kaygı bu duruma orantısız düzeyde yoğun ya da belirgin biçimde ilgisizdir.

Belirleyici: Korku ya da kaygı, yalnızca topluluk önünde konuşma yapma ya da bir performans sergileme gibi durumlarla sınırlı kalıyorsa, bu durum sosyal anksiyete bozukluğunun 'yalnızca performans durumlarında görülen' alt türü olarak sınıflandırılır" (APA, 2013).

Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi

Alan yazına bakıldığında, sosyal anksiyete bozukluğunun bilişsel kuramlar temelinde yapılandırılmış iki başlıca tedavi protokolü öne çıkmaktadır. Bunlardan ilki, Amerika Birleşik Devletleri'nde Heimberg ve çalışma arkadaşları (1995) tarafından geliştirilen Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi (BDGT) modelidir. Bu yaklaşım, bireyin işlevsiz sosyal bilişlerini tanımlamayı, bu düşünce kalıplarını yeniden yapılandırmayı ve sosyal yüzleşme uygulamaları ile bu bilişleri işlevselleştirmeyi amaçlamaktadır. İkinci model ise, İngiltere'de Clark ve Wells (1995) tarafından geliştirilmiş olan ve Heimberg'in kuramsal çerçevesi ile benzerlik taşıyan bir BDGT uygulamasıdır. Bu model, bireysel tedavi ilkelerinin grup terapisi biçimine uyarlanmış bir versiyonudur (McCarthy vd., 2013). Sosyal fobiye yönelik çok sayıda müdahale yöntemi geliştirilmiş olmasına karşın, literatürde yapılan karşılaştırmalı çalışmalar Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) en yüksek etkililiğe sahip yöntem olduğunu göstermektedir. Birçok danışan, sosyal kaygı yaşadığını fark etmese dahi, bu belirtilerin ergenlik döneminden itibaren sürdüğü ve ancak yıllar sonra profesyonel destek arayışına girdikleri görülmektedir (Ergün, 2005). Bilişsel davranışçı yaklaşımlar, müdahale stratejileri bakımından üç temel kuramsal dalga altında sınıflandırılmaktadır. İlk dalga terapiler, öğrenme kuramı ve klasik/edimsel koşullanma süreçlerine odaklanarak davranışsal değişimi hedeflemektedir (Schultz ve Schultz, 2008). İkinci dalga ise düşünsel içeriklerin yapısını ve bu içeriklerin bireyin duygusal işleyişi üzerindeki etkisini değiştirmeye yöneliktir (Balcı, 2018). Üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapiler ise, bilinçli farkındalık ve kabul temelli yaklaşımları temel alarak bireyin içsel deneyimlerine yönelik farkındalık geliştirmesini ve bu deneyimlerle mücadele yerine onları kabul etmesini teşvik etmektedir (Herbert ve Forman, 2011). Sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde hem bireysel seanslar hem de grup terapileri olumlu sonuçlar verebilmektedir. Her iki yaklaşım da danışanın kişilik özellikleri, yaşadığı semptomların şiddeti ve sorunun doğasına göre farklı avantajlar sağlayabilir. Bu nedenle, hangi terapi yönteminin uygulanacağına karar verilirken bireyin klinik tablosu kapsamlı biçimde değerlendirilerek terapi formatının kişiye özgü olarak belirlenmesi daha etkili olacaktır (Andrews vd., 2003).

BDT Tanımı

Literatürde yer alan bulgular, Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) kaygı bozukluklarının tedavisinde en sık başvuru yöntemlerinden biri olduğunu ortaya koymaktadır. Sosyal anksiyete bozukluğunun da bu terapi modeliyle etkili biçimde ele alındığı ve klinik süreçlerde olumlu sonuçlar sağladığına dair çok sayıda araştırma mevcuttur (Ahi ve Yurtseven, 2022). BDT uygulamaları her bireye özel olarak yapılandırılmasına rağmen, tüm vakalara yönelik geçerliliğini koruyan ortak kuramsal ilkelere sahiptir. Judith Beck (2014), bu temel ilkeleri on ana başlık altında düzenlenmiştir.

Bilişsel Formülasyon: BDT, danışanın problemlerini bilişsel kavramlar aracılığıyla öğrenmesine yardımcı olmayı ayrıyeten bu çerçevede yapılandırılmış bir formülasyon geliştirmeyi hedefler. Bu yapı, Beck'in geliştirdiği "bilişsel üçlü" (self, dünya, gelecek) modeli üzerinden açıklanır.

Terapötik İttifak: Etkili bir terapi süreci, danışan ile terapist arasındaki güçlü terapötik ilişkiye dayanır. Bu bağ, zaman içinde gelişmekte ve terapistin empatik tutumu, profesyonel yeterliliği, dikkatli yaklaşımı ve içtenliği ile desteklenmektedir.

Danışanın Aktif Katılımı: Psikanalitik yaklaşımlardan farklı olarak BDT, danışanın terapi sürecinde aktif biçimde yer almasını esas alır. Seans hedeflerinin belirlenmesi ve ev ödevlerinin uygulanması süreçlerinde terapist, danışanla iş birliği içerisinde çalışır.

Problem Odaklı Yaklaşım: Terapi sürecinin başlangıcında danışanın mevcut sorunları ve ulaşmak istediği hedefler tanımlanır. Bu hedefler doğrultusunda sistematik veri toplanır ve hedefler, bireyin yetkinlik düzeyine göre yapılandırılır.

Mevcut Zaman ve Duruma Odaklanma: BDT, geçmiş yaşantılar yerine "şimdi ve burada" ilkesi çerçevesinde bireyin mevcut düşünsel ve duygusal tepkilerine odaklanır. Bu yaklaşım, geçmiş olayların değiştirilemez doğası göz önüne alındığında daha işlevsel görülmektedir.

Bilişsel Eğitim ve Farkındalık: Terapideki nihai hedef, bireyin düşünce ve davranış örüntülerinde kalıcı değişiklikler gerçekleştirmesidir. Bu değişim, danışanın terapi sürecinde edindiği bilişsel model bilgilerini gündelik yaşamına entegre etmesiyle pekiştirilir.

Zaman Sınırlılığı: BDT kısa süreli bir terapi modelidir. Çoğu durumda 6–14 seans arasında tamamlanan süreç, katı bilişsel şemalara sahip bireylerde daha uzun sürebilir. Terapi, semptomların azalması ve nükslerin önlenmesini amaçlar.

Yapısal Seans Planlaması: Terapi oturumlarının her biri yapılandırılmış bir plana dayalı olarak gerçekleştirilir. Bu yapı hem süreci disipline eder hem de terapötik hedeflere ulaşılmasını kolaylaştırır.

Bilişsel İçeriğin Belirlenmesi: Oturumlar süresince danışanın otomatik düşüncelerini, temel inançlarını ve ara varsayımlarını değerlendirmek terapistin temel görevlerindendir. Bu süreçte "sokratik sorgulama" ve "yönlendirilmiş keşif" gibi tekniklerden yararlanılır (Beck, 2011).

Temel Teknikler: BDT, sözlü etkileşim ve yapılandırılmış bilişsel sorgulama yöntemlerini temel alır. En yaygın kullanılan teknikler arasında yer alan "sokratik sorgulama", danışanın kendi içsel farkındalığını artırmaya yöneliktir. "Yönlendirilmiş keşif" yöntemi ise beş aşamadan oluşur: bilgi edinme, etkin dinleme, özetleme, sentezleyici analiz soruları ve uygulamaya dönük soru üretimi (Türkçapar, 2015).

BDT Tarihçesi

Depresyon tedavisinde etkili bir psikoterapi yöntemi olarak geliştirilen "Bilişsel Terapi", ilk kez 1960'lı yılların başında Aaron Beck tarafından yapılandırılmıştır. Bu yaklaşım, bireyin mevcut

yaşantısındaki sorunlara odaklanarak, işlevselliğini bozan düşünce kalıplarını ve davranış örüntülerini dönüştürmeyi amaçlayan, kısa süreli ve şimdiye yönelik bir terapi biçimi olarak tanımlanmaktadır (Beck, 1964). 1980'li yıllarda, davranış terapisi alanında çalışan klinik uzmanlar bu modeli kendi yaklaşımlarına entegre ederek "Bilişsel Davranışçı Terapi" (BDT) adıyla yeniden yapılandırmış ve bu kuramsal çerçeveyi uygulamaya almışlardır (Türkçapar, 2015). Kuramsal gelişim çizgisi 1920'li yıllara dayanan bilişsel davranışçı kuramlar, tarihsel bağlamda üç kuşak altında incelenmektedir. İlk kuşak, doğrudan davranışsal değişim süreçlerine odaklanmış ve öğrenme ilkeleri çerçevesinde terapötik müdahaleleri yapılandırmıştır. İkinci kuşak ise bilişsel unsurların davranışsal kuramla entegrasyonunu temel alarak, psikopatolojiyi bilişsel değerlendirmeler üzerinden açıklamaya yönelmiştir. Günümüzde "üçüncü kuşak" olarak adlandırılan modern yaklaşımlar ise, bireyin içsel deneyimlerine yönelik farkındalık geliştirmesini, duygularını ve düşüncelerini yargılamadan kabul etmesini önceleyen mindfulness temelli modelleri esas almaktadır (Vatan, 2016).

Sosyal Anksiyete Bozukluğunda BDT Terapisi

Chambless ve Ollendick (2001), bilişsel davranışçı terapileri (BDT), sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) tedavisinde yapısal olarak tanımlanmış ve bilimsel geçerliliği yüksek müdahale yöntemleri arasında değerlendirmiştir. Bu kapsamda, bilişsel davranışçı grup terapisi (BDGT) de sosyal fobiyle baş etmede etkili bir terapi biçimi olarak tanımlanmıştır (Heimberg, 2001). Sosyal fobinin klinik müdahalelerinde BDT tabanlı grup terapileri sıklıkla tercih edilen yöntemlerden biri olmakla birlikte, maruz bırakma teknikleri ve sosyal beceri eğitimi gibi çeşitli bilişsel davranışçı müdahale biçimleri de etkin sonuçlar sağlamaktadır (Bilge vd., 2020). Bu yöntemler, bireyin kaygı uyandıran sosyal durumlarla yüzleşmesini sağlarken aynı zamanda sosyal performansını artırmaya yönelik beceri kazandırmayı hedeflemektedir. Bilişsel yaklaşım, sosyal anksiyete bozukluğunun dinamiklerini açıklamada en uygun kuramsal çerçevelerden biri olarak kabul edilmektedir. Sosyal fobiye sahip bireyler, sosyal çevrede gerçekleşen olayları sıklıkla tehdit edici veya değerlendirilme riski taşıyan durumlar olarak algılamaktadır. Bu kişiler, sergiledikleri davranışların beklentilerle örtüşmediğini düşünmekte ve bu durum, bireyin kendisine yönelik olumsuz şemalar geliştirmesine neden olmaktadır. Örneğin, sosyal ortamlarda kaygısını kontrol edemeyen birey, çevresindekilerin bunu fark etmemesi gerektiğine dair katı inançlara sahip olabilir. Bu düşünce yapısı ise bireyin kendisini "yetersiz", "değersiz", "ilgi çekmeyen" ya da "sevilmeyi hak etmeyen" biri olarak görmesine yol açan temel bilişsel inançların gelişimine zemin hazırlar (Kermen ve Erden, 2019).

Araştırmanın Amacı

Bu incelemenin temel hedefi derleme yöntemiyle, sosyal kaygı yaşayan bireylerde bilişsel davranışçı terapinin uygulanış biçimlerini ve etkilerini değerlendirmek amacıyla mevcut Türkçe akademik kaynakların kapsamlı şekilde gözden geçirilmesidir. Çalışma, alanyazındaki bilgi birikimini derinlemesine analiz ederek terapötik müdahalelere ilişkin genel bir bakış sunmayı amaçlamaktadır.

Sınırlılıklar

İnceleme, 2011 ile 2024 yılları arasındaki süreçte yayımlanmış ve Google Akademik platformu üzerinden erişilebilen Türkçe dilindeki bilimsel metinlerle sınırlıdır. İncelenen belgeler; özgün araştırmalar, kavramsal derlemeler, vaka temelli çalışmalar ve yüksek lisans düzeyinde

hazırlanmış tezlerdir. İnceleme yalnızca özetine ve tam içeriğine ulaşılabilen materyalleri kapsamaktadır; bu durum çalışmanın kapsamını belirli bir çerçeveye oturtmaktadır.

YÖNTEM

Bu çalışma, herhangi bir nicel ya da nitel veri toplama süreci içermeyen, betimsel özellik taşıyan bir derleme niteliğindedir. Kullanılan yöntem, konuya ilişkin yazılı kaynakların sistematik biçimde taranarak kuramsal bağlamda eleştirel biçimde değerlendirilmesini amaçlamaktadır (bkz. Özer ve Görgülü, 2020). Kaynakların belirlenme sürecinde, önceden tanımlanmış anahtar kavramlara dayalı basit bir filtreleme yöntemi uygulanmış; yalnızca araştırma konusuyla doğrudan ilişkili çalışmalara yer verilmiştir. Bu yöntem hem içeriksel bütünlüğün korunmasını hem de değerlendirme aşamasında yönteme bağlılık ilkesinin sürdürülmesini hedeflemiştir.

BULGULAR

Sosyal anksiyete bozukluğunun (SAB) gelişiminde ve sürdürülmesinde etkili olan faktörler üzerine yapılan araştırmalar, bu bozukluğun temelinde bilişsel, davranışsal, çevresel ve biyolojik etkenlerin karşılıklı etkileşiminin yer aldığını ortaya koymaktadır. Beck ve arkadaşları (1985), bireylerin sosyal durumları değerlendirirken ya kendi sosyal yeterliliklerini küçümsediklerini ya da tehdit edici olayların ortaya çıkma olasılığını abarttıklarını belirtmiştir. Bu değerlendirme tarzı, bireyin sosyal ortamları tehdit olarak algılamasına yol açmakta ve sosyal kaygının artmasına neden olmaktadır. Clark ve Wells (1995) ile Clark ve McManus (2002) tarafından geliştirilen modelde, sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin geçmiş olumsuz yaşantılarına atıfta bulunarak sosyal etkileşimler öncesinde olumsuz beklentiler geliştirdikleri ifade edilmektedir. Bu beklentiler, olumsuz kendilik inançlarını pekiştirmekte ve bireyin dikkatini içsel süreçlerine yönlendirmesine neden olmaktadır. Sonuç olarak, dışarıdan gelen objektif bilgiler göz ardı edilmekte, birey sosyal ortamı tehdit olarak algılamakta ve kaçınma veya güvenlik davranışları geliştirmektedir. Bu döngüsel yapı, bireyin sosyal becerilerinin gelişimini engellemekte ve sosyal kaygıyı pekiştirmektedir. Bu kuramsal çerçeveyi destekleyen deneysel araştırmalar da bulunmaktadır. Heimberg ve arkadaşları (1990) tarafından yürütülen çalışmada, BDT temelli grup terapisine katılan bireylerin sosyal anksiyete düzeylerinin, eğitimsel destek grubuna katılan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu farkın uzun dönem izlemelerde de devam ettiği gözlemlenmiştir. Aynı araştırma ekibi tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada (Heimberg vd., 1998), BDT temelli grup terapisi, plasebo ve medikal tedaviyle karşılaştırılmış; grup BDT'sinin diğer yöntemlere göre sosyal kaygı semptomlarını azaltmada daha etkili olduğu bulunmuştur. Chen ve arkadaşları (2007) Japon bireylerle gerçekleştirdikleri araştırmada, BDT'nin yalnızca Batı kültürlerinde değil, Japon kültüründe de sosyal anksiyete üzerinde anlamlı düzeyde etkili olduğunu belirtmiştir. Bu bulgu, BDT'nin kültürler arası geçerliliğini desteklemektedir. Tok ve arkadaşları (2016) ise anksiyete bozukluğu olan çocuklarla yürüttükleri araştırmada, yalnızca BDT, yalnızca ilaç tedavisi ve her ikisinin birlikte uygulandığı üç grubu karşılaştırmıştır. Tüm gruplarda anksiyete düzeylerinde azalma görülmesine rağmen, BDT ve ilaç tedavisinin birlikte uygulandığı grupta anlamlı düzeyde daha fazla azalma tespit edilmiştir. Öte yandan, yaşam kalitesindeki artış ve olumsuz otomatik düşüncelerdeki azalma, özellikle sadece BDT alan grupta daha yüksek düzeyde gerçekleşmiştir. SAB'ın kalıtsal yönü, Manuzza ve arkadaşları'nın (1995) yaygın ve yaygın olmayan sosyal anksiyete bozukluğu ayrımı üzerinden ele aldığı çalışmada incelenmiştir. Yaygın sosyal anksiyete tanısı alan bireylerin birinci derece akrabalarında da SAB görülme oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, sosyal anksiyete bozukluğunun genetik yatkınlıkla

ilişkili olduğunu göstermektedir. SAB'ın küresel ölçekteki yaygınlığına ilişkin önemli veriler ise Stein ve arkadaşları'nın (2017) Dünya Sağlık Örgütü verilerine dayanarak gerçekleştirdiği çalışmada sunulmuştur. Bu çalışmaya göre, SAB'ın yaşam boyu ortalaması dünya genelinde %4 düzeyindedir. Belirlenen oran, yüksek gelirli ülkelerde %5.5'e kadar çıkarken, düşük gelirli ülkelerde %1.7'ye kadar düşmektedir. Ayrıca, kadın cinsiyet, düşük gelir düzeyi, işsizlik, bekar olma ve düşük eğitim seviyesi gibi faktörlerin SAB riskini artırdığı belirlenmiştir. Konuşma anksiyetesi bağlamında yapılan bir diğer çalışmada, Hofmann ve arkadaşları (1995), konuşma anksiyetesi yaşayan bireylerin bu durumu geçmişteki travmatik yaşantılar (doğrudan koşullanma), başkalarının deneyimlerine tanık olma (model alma) ve olumsuz bilgi aktarımı yoluyla öğrenmiş olabileceklerini ifade etmiştir. Araştırmacılar, bu bulguların Rachman'ın yeniden koşullanma kuramıyla tutarlı olduğunu belirtmiştir. Son olarak, Knappe ve arkadaşları (2011), sosyal anksiyete yaşayan bireylerin kaygı yaşadıkları durumlara göre altı farklı sosyal korku boyutunda (yemek yeme/içme, sınav olma, yazı yazma, topluluk önünde konuşma, parti/toplantıya katılma ve diğerleriyle konuşma) sınıflandırılabileceğini ortaya koymuştur. Bu farklı sosyal korkuların bireylerin klinik profillerini ve tedavi ihtiyaçlarını farklılaştırabileceği vurgulanmıştır.

TARTIŞMA

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) üzerine yapılan güncel çalışmalar, farklı yaş gruplarında ve çeşitli patolojik durumlarda bilişsel davranışçı terapi (BDT) temelli müdahalelerin yüksek düzeyde etkinlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen bir araştırmada, bilişsel davranışçı grup terapisinin sosyal anksiyete ve ruminatif düşünce düzeylerini azaltmada etkili olduğu, ancak öz-şefkat düzeylerinde anlamlı bir değişim yaratmadığı bulunmuştur (Kurtoğlu, 2019). Benzer biçimde, Sakarya Üniversitesi'nde gerçekleştirilen bir doktora çalışmasında BDT tabanlı grupla psikolojik danışmanın, sosyal anksiyetenin yanı sıra reddedilme duyarlılığı ve kişilerarası duyarlılık üzerinde de kalıcı ve anlamlı bir azalma sağladığı gösterilmiştir (Sapmaz, 2011). Bu sonuçlar, BDT'nin sadece anksiyete semptomları üzerinde değil, kişilerarası ilişkilerdeki duyarlılık gibi ikincil psikopatolojiler üzerinde de etkili olabileceğini göstermektedir. Çocuk ve ergen popülasyonuna yönelik yapılan sistematik bir gözden geçirme çalışmasında, BDT grup programlarının sosyal anksiyete bozukluğuna eşlik eden depresif belirtileri de azaltmada etkili olduğu vurgulanmıştır (Kaval ve Sütcü, 2016). Bu durum, yaş küçüldükçe sosyal anksiyetenin daha fazla eş tanımlı psikopatoloji ile birlikte görülmesi ve BDT'nin bu geniş etkili yapısının çocuk ve ergen gruplarda daha belirgin ortaya çıkması ile açıklanabilir. Öte yandan, bireysel müdahaleleri ele alan bir vaka çalışmasında, 27 yaşında bir yetişkin danışana uygulanan BDT teknikleri sonucunda olumsuz temel inançlarda değişim sağlanarak sosyal kaygı belirtilerinde önemli bir azalma gözlemlenmiştir (Akkoç ve Karaaziz, 2024). Sistematik derleme çalışmaları da benzer şekilde, BDT'nin sosyal fobiyi kısa sürede azaltarak iyileşmeyi hızlandırıcı bir etki yarattığını ve bu etkinin hem kısa vadede hem de uzun vadede sürdürülebilir olduğunu belirtmektedir (Okyay ve Karaaziz, 2024; Dindi ve Karaaziz, 2023). Yetişkin örneklem üzerinde mindfulness temelli müdahalelerin etkisini inceleyen çalışmalar, bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların sosyal anksiyete bozukluğu semptomlarını azaltmada klasik BDT kadar etkili olabileceğini, ancak diğer aktif terapötik müdahalelerle kıyaslandığında farklılıkların her zaman anlamlı olmadığını ortaya koymuştur (Muhtar ve Çakmak Tolan, 2021). Bu bulgular, üçüncü dalga terapi yaklaşımlarının sosyal anksiyete tedavisinde tamamlayıcı bir rol üstlenebileceğini göstermektedir. Anadolu Üniversitesi'nde yürütülen bir araştırmada ise, BDT'ye dayalı sekiz oturumluk bir psiko-eğitim programının üniversite öğrencilerinde sosyal anksiyete ve kaçınma davranışlarını azaltmada etkili olduğu ve elde edilen kazanımların üç ay sonrasında da korunduğu bulunmuştur (Özer ve

Yalçın, 2020). Bu bulgu, grup bazlı BDT müdahalelerinin hem bireysel hem de grup dinamikleri üzerinde uzun vadeli olumlu etkiler yaratabileceğini desteklemektedir. Son olarak, sosyal anksiyete bozukluğunun alt tiplerine ilişkin yapılan çalışmalarda, belirtilerin çeşitliliği ve yoğunluğunun, müdahalelerin hedef belirleme sürecini doğrudan etkileyebileceği, dolayısıyla tedavi planlamasında kişiye özgü farklılaşmanın gerekli olduğu vurgulanmaktadır (Eldoğan, 2018). Alt tiplerin farklı belirtiler ve işlevsellik düzeyleri göstermesi, sabit ve standart bir terapi protokolünden ziyade esnek ve bireye özgü müdahalelerin tercih edilmesini zorunlu kılmaktadır. Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, bilişsel davranışçı terapinin hem çocuk, ergen hem de yetişkin gruplarında sosyal anksiyete bozukluğuna etkili bir müdahale sunduğu, patolojiye eşlik eden diğer belirtiler üzerinde de anlamlı sonuçlar yarattığı ve üçüncü dalga terapilerle desteklendiğinde etkinliğinin daha da artırılabilceği söylenebilir. Yaş grubuna göre farklılaşan psikolojik ihtiyaçlar ve sosyal anksiyete belirtilerinin çeşitliliği göz önünde bulundurulduğunda, müdahalelerin bireyselleştirilmesi ve uzun dönemli izlem çalışmalarının artırılması önemli bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu derleme çalışmasının bulguları, sosyal anksiyete bozukluğunun (SAB) çok boyutlu etiyolojisi ve bireysel farklılıklara duyarlı, kanıta dayalı terapötik müdahale gereksinimini açık biçimde ortaya koymuştur. Özellikle bilişsel davranışçı terapinin (BDT), hem bireysel hem de grup formatında uygulandığında sosyal kaygıya neden olan işlevsel olmayan düşünce örüntüleri ile başa çıkmada etkili olduğu, bilimsel literatür tarafından güçlü biçimde desteklenmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğunun erken yaşta başlaması, genellikle ergenlik döneminde belirginleşmesi ve tedavi edilmediği takdirde erişkin yaşlara kadar kronikleşme eğiliminde olması, erken müdahale uygulamalarının önemini vurgulamaktadır. Bu bağlamda, BDT'nin yalnızca anksiyete semptomlarını değil, aynı zamanda eş tanımlı psikopatolojiler (örneğin depresyon, kişilerarası duyarlılık, ruminasyon gibi) üzerinde de olumlu etkiler sağladığı tespit edilmiştir. Grup terapileri sosyal destek sistemlerini güçlendirme potansiyeli taşıırken; bireysel terapiler, daha derinlikli bilişsel yeniden yapılandırma süreçlerine olanak tanımaktadır. Buna ek olarak, mindfulness temelli uygulamaların özellikle dirençli semptom örüntülerinde tamamlayıcı bir rol üstlenebileceği görülmüş ve bu bağlamda üçüncü dalga terapilerin geleneksel BDT'ye entegre edilmesi önerilmiştir. Bulgular, ayrıca sosyal anksiyete bozukluğunun alt türlerinin semptom çeşitliliği nedeniyle sabit protokollerle değil, bireyin özgün klinik tablosuna göre esnek biçimde yapılandırılacak terapötik planlamaların gerekliliğine işaret etmektedir. Dolayısıyla, sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde bireyselleştirilmiş BDT protokollerinin geliştirilmesi, maruz bırakma tekniklerinin bilişsel yeniden yapılandırmayla bütünleştirilmesi, kültürel bağlamların dikkate alınması ve uzun dönemli izlem çalışmaları ile müdahale kalıcılığının değerlendirilmesi klinik uygulamalar açısından elzemdir. Ek olarak, okullarda ve üniversitelerde psiko-eğitim programlarının yaygınlaştırılması, sosyal kaygının fark edilmesi ve damgalanmanın önüne geçilmesi bakımından koruyucu ruh sağlığı çerçevesinde önem arz etmektedir. Nihayetinde, bilişsel davranışçı terapi hem kuramsal derinliği hem de ampirik geçerliliği sayesinde, sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin işlevsellik düzeylerini artırmak ve yaşam kalitelerini iyileştirmek adına güvenilir ve etkili bir müdahale yöntemi olarak öne çıkmaktadır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Destek Bilgisi: Herhangi bir kurum ve/veya kuruluştan destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Etik Onayı: Bu çalışmanın tüm hazırlanma süreçlerinde etik kurallara riayet edildiğini yazar(lar) beyan eder. Aksi bir durumun tespiti halinde Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi'nin hiçbir sorumluluğu olmayıp, tüm sorumluluk makale yazar(lar)ına aittir.

Etik Kurul Onayı: Yakın Doğu Üniversitesi, Bilimsel Araştırma Etik Kurulu 02.06.2025 tarihli yazısı ile izin alınmıştır.

Araştırmacıların Katkı Oranı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Kaynakça

- Acarturk, C., De Graaf, R., Van Straten, A., Have, M. T., and Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: A population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 273–279.
- Ahi, Y., ve Yurtseven, C. S. (2022). Sosyal fobide bilişsel davranışçı terapi tedavi ve teknikleri: Bir olgu sunumu. *The Journal of Academic Social Science*, 132(132), 326–346.
- Balcı, Y. (2018). *Altı haftalık modifiye bilinçli farkındalık uygulaması yapılan bir örnekleme duygusal zeka ve psikolojik dayanıklılığın değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Beck, A. T., Emery, G., and Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561–571.
- Bilge, Y., Gül, E. and Birçek, N. I. (2020). Bir sosyal fobi vakasında bilişsel davranışçı terapi ve sanal gerçeklik kombinasyonu. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 9(2), 158–165.
- Boer, J. A. (1997). Social phobia: Epidemiology, recognition, and treatment. *BMJ*, 315(7111), 796–800.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. London, England: The Hogarth Press & Institute of Psycho-Analysis; New York, NY: Basic Books.
- Chambless, D. L., and Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Chen, J., Nakano, Y., Ietzugu, T., Ogawa, S., Funayama, T., Watanabe, N., and Furukawa, T. A. (2007). Group cognitive behavior therapy for Japanese patients with social anxiety disorder: Preliminary outcomes and their predictors. *BMC Psychiatry*, 7, 69–79.
- Clark, D. M., and McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51, 92–100.
- Clark, D. M., and Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69–93). Guilford Press.
- Conway, M., Csank, P. A., Holm, S. L., and Blake, C. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75(3), 404–425.
- Çıtak, S. (2018). Anksiyete bozukluklarında tedavi yaklaşımları: Psikoterapi ve farmakoterapi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 9(3), 141–149.

- Demir, G. Ö. (2009). Sosyal fobinin etiyolojisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmalara genel bir bakış. *Akademik İncelemeler Dergisi*, 4(1), 101–123.
- Demir, T., Eralp, E., Demir, D., Türksoy, N., Özmen, E., ve Uysal, Ö. (2000). Çocuklar için sosyal anksiyete ölçeğinin gerçeklik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam Dergisi*, 13(1), 42–48.
- Dilbaz, N. (1997). Sosyal fobi. *Psikiyatri Dünyası*, 1(1), 18–24.
- Dilbaz, N. (2000). Sosyal kaygı bozukluğu: Tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(Ek 2), 3–21.
- Ergün, N. (2005). Gençlerde sosyal fobi. *Fırat Üniversitesi Doğu Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 84–88.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F., and Fyer, M. R. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 50, 286–293.
- Gabbard, G. O. (1992). Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56(2A), 3–13.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Greenberg, J. R., and Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Heimberg, R. G. (2001). Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 1), 36–42.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., and Liebowitz, M. R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7(3), 249–269.
- Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A., and Matti, J. I. (1995). Cognitive-behavioral group treatment: Description, case presentation, and empirical support. In M. B. Stein (Ed.), *Research perspectives in anxiety disorders* (pp. 293–321). Washington: American Psychiatric Press.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., and Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55(12), 1133–1141.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., and Rapee, R. M. (2010). A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (pp. 395–422). London: Elsevier Academic Press.
- Hofmann, S. G. (2008). Cognitive processes during fear acquisition and extinction in animals and humans: Implications for exposure therapy of anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 199–210.
- Hofmann, S. G., Ehlers, A., and Roth, W. T. (1995). Conditioning theory: A model for the etiology of public speaking anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 567–571.
- Kaya, M., ve Varol, K. (2004). İlahiyat fakültesi öğrencilerinin durumluluk; sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri. *Doğu Batı Dergisi*, 2, 124.
- Kearney, C. A. (2005). *Social anxiety and social phobia in youth: Characteristics, assessment, and psychological treatment*. Boston: Springer.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., and Heath, A. C. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273–281.

- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., and Üstün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 168–176.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., and Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8–19.
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Stein, M. B., Lieb, R., and Wittchen, H. U. (2011). Social fear and social phobia subtypes among community youth. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 111–120.
- Kurtoğlu, M. (2019). *Bilişsel davranışçı grup terapisinin sosyal anksiyete bozukluğu olan üniversite öğrencilerinde anksiyete, ruminasyon ve öz-şefkat düzeyleri üzerindeki etkisi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Mascovitch, D. A., Antony, M. M., and Swinson, R. P. (2009). Exposure-based treatments for anxiety disorders. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 461–475). New York: Oxford University Press.
- McCarthy, O., Hevey, D., Brogan, A., and Kell, B. D. (2013). Effectiveness of a cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 6, e1.
- Mellings, T. M., and Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 243–257.
- Mineka, S., and Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders. *American Psychologist*, 61(1), 10–26.
- Muhtar, T., ve Çakmak Tolan, Ö. (2021). Bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin sosyal anksiyete üzerindeki etkisi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 24(48), 38–49.
- Musa, C. Z., and Lepine, J. P. (2000). Cognitive aspects of social phobia. *European Psychiatry*, 15(1), 59–66.
- Okyay, B., ve Karaaziz, M. (2024). Sosyal fobide bilişsel davranışçı terapi: Sistematik derleme. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(2), 188–205.
- Özer, A., ve Görgülü, Z. (2020). Bir bilimsel derlemenin planlanması ve yazımı. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(3), 699–713.
- Regier, D. A., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., and Blazer, D. G. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. *Archives of General Psychiatry*, 41, 934–941.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., and Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 105–130.
- Stein, D. J., Lim, C. C., Roest, A. M., De Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S. A., Al-Hamzawi, A. O., and Scott, K. M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder. *BMC Medicine*, 15, 143.
- Stopa, L., and Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31(3), 255–267.
- Sungur, M. Z. (1997). Fobik bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 5–11.

Tok, S., Arkar, H., ve Bildik, T. (2016). Çocukluk çağı kaygı bozukluklarında bilişsel davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(2), 110–118.

Türkçapar, H. (2015). *Bilişsel terapi*. Ankara: HYB Yayıncılık.

Türkçapar, M. H. (1999). Sosyal fobinin psikolojik kuramı. *Klinik Psikiyatri*, 2, 247–253.

Turan, M., Çilli, A. S., Aşkın, R., Herken, H., Kaya, N., ve Kucur, R. (2000). Sosyal fobinin diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 170–175.

Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 190–203.

Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163–206.