

## Sosyal Kaygı Bozukluğunun Bilişsel Davranışçı Terapisi: Kapsamlı Bir Gözden Geçirme

### *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: A Comprehensive Review*

Koray AKKUŞ\*

#### Öne Çıkanlar:

- Sosyal kaygı bozukluğu tedavisinde en yaygın kullanılan yöntemlerden birisi bilişsel davranışçı terapidir.
- Bilişsel davranışçı terapi programları temel olarak uyumsuz bilişler ve kaçınma davranışları üzerinde durmaktadır.
- Etkililik çalışmaları bilişsel davranışçı terapinin sosyal kaygı belirtilerini azaltmada yararlı olduğunu göstermektedir.
- Olumlu değerlendirilme korkusu ve duygu düzenleme güçlüğüne azaltmaya yönelik stratejilerin tedavi programlarına dahil edilmesi terapi sonuçlarını geliştirebilir.

**Öz:** Yaygın olarak görülen psikolojik sorunlardan olan sosyal kaygı bozukluğu (SKB), bireylerin hayatlarının çeşitli alanlarında ciddi zorluklar yaratmakta ve başka psikolojik sorunlarla sıklıkla bir arada görülmektedir. SKB'yi açıklamak için çeşitli bilişsel davranışçı modeller önerilmiş ve bu modelleri temel alan tedavi protokolleri geliştirilmiştir. Bu çalışmada ilgili alanyazın gözden geçirilmiş ve yaygın olarak kullanılan bilişsel davranışçı terapi (BDT) programları hakkında detaylı bilgiler sunulmuştur. Tedavi programları incelendiğinde bireylerin sosyal durumlara ilişkin uyumsuz inançlarına yönelik bilişsel müdahaleler ile korkulan duruma yönelik maruz bırakma uygulamalarının birçok tedavi programında temel bileşenler olduğu görülmektedir. SKB'nin tedavisine yönelik güncel araştırmaların sonuçları en etkili tedavi yöntemlerinden birinin BDT olduğunu ve kazanımların uzun vadede de sürme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Öte yandan önemli sayıda sosyal kaygılı birey BDT'den yeterli faydayı görmemektedir. Son yıllardaki çalışmalar olumlu değerlendirilme korkusu ve duygu düzenleme güçlüklerinin sosyal kaygı bozukluğundan önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bu nedenle SKB'nin tedavisine olumlu değerlendirilme korkusunu azaltmaya ve duygu düzenleme becerilerini geliştirmeye yönelik stratejilerin dâhil edilmesi tedavinin etkililiğini artırabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sosyal kaygı bozukluğu, Bilişsel davranışçı kuram, Bilişsel davranışçı terapi, Derleme

#### Highlights:

- One of the most commonly used methods in the treatment of social anxiety disorder is cognitive-behavioral therapy.
- Cognitive-behavioral therapy programs primarily focus on maladaptive cognitions and avoidance behaviors.
- Efficiency studies demonstrate the beneficial effects of cognitive-behavioral therapy in reducing symptoms of social anxiety.

\* Dr. Arş. Gör., Afyon Kocatepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, koray\_akkus@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-3769-1306.

- Incorporating strategies aimed at reducing fear of positive evaluation and improving emotion regulation into treatment programs can enhance therapy outcomes.

**Abstract:** Social anxiety disorder (SAD), a commonly encountered psychological problem, leads to significant difficulties in various aspects of individuals' lives and is frequently comorbid with other psychological disorders. Various cognitive-behavioral models have been proposed to explain SAD, and treatment protocols based on these models have been developed. This study reviews the relevant literature and provides detailed information about commonly used cognitive-behavioral therapy programs. Upon examining treatment programs, it is observed that cognitive interventions targeting individuals' maladaptive beliefs about social situations and exposure practices targeting feared situations are fundamental components in many treatment programs. Current research findings on the treatment of SAD indicate that cognitive behavioral therapy (CBT) is one of the most effective treatment methods, with gains tending to persist in the long term. However, a significant number of individuals with social anxiety do not derive sufficient benefit from cognitive-behavioral therapy. Recent studies have demonstrated that fear of positive evaluation and difficulties in emotion regulation play a significant role in SAD. Therefore, integrating strategies aimed at reducing the fear of positive evaluation and improving emotion regulation skills into the treatment may enhance its effectiveness.

**Keywords:** Social anxiety disorder, Cognitive behavioral theory, Cognitive behavioral therapy, Review.

**Summary:** Social anxiety disorder (SAD) is an anxiety disorder characterized by intense anxiety in social situations. Individuals with social anxiety experience significant anxiety when there is a possibility of being evaluated and tend to avoid such situations (American Psychiatric Association 2013). The prevalence of SAD is approximately 4-5% (Gök & İnönü 2023), and it is often comorbid with other psychiatric disorders (Koyuncu *et al.* 2019). Research indicates that SAD typically begins in childhood or adolescence and follows a chronic course (APA 2013; Beesdo-Baum *et al.* 2012). Despite its prevalence and substantial impact on functionality, individuals diagnosed with SAD have low rates of seeking help (Bruffaerts *et al.* 2022; Ruscio *et al.* 2008).

Various cognitive-behavioral models have been proposed to explain SAD (Clark & Wells 1995; Hofmann, 2007; Heimberg *et al.* 2014). These models emphasize the factors contributing to the persistence of SAD. Based on these models, several cognitive-behavioral therapy (CBT) programs have been developed (e.g. Clark & Beck 2010; Heimberg & Becker 2002; Hofmann & Otto 2018; Ledley *et al.* 2006). A detailed review of these therapy programs reveals that cognitive interventions and exposure exercises are standard components. Since distorted cognitions and maladaptive beliefs are fundamental features of SAD, the cognitive intervention phase addresses clients' negative thoughts about social situations and themselves. Various techniques (e.g., evaluating evidence, developing alternative thoughts, identifying cognitive distortions) are used to modify clients' distorted thoughts. Developing a more realistic perspective helps clients experience less anxiety in social situations. In addition to cognitive interventions, gradual exposure to feared situations is an indispensable component of treatment programs. Since self-focused attention and safety behaviors play a crucial role in the persistence of SAD, these exposure exercises emphasize reducing self-focused attention and eliminating safety behaviors. Furthermore, regular homework assignments are provided throughout therapy to enhance the gains achieved.

CBT is recognized as an effective treatment approach for various disorders, including SAD. According to a meta-analysis by Powers *et al.* (2008), CBT has been found to be more effective than waiting lists, psychological placebos, and drug placebos. The combined exposure and cognitive therapy were as effective as applying them individually. Mayo-Wilson *et al.* (2014) demonstrated that CBT significantly improves social anxiety symptoms and is more effective than medication treatments. However, combining medications with psychotherapies did not provide additional benefits. Recent meta-analyses also support the effectiveness of CBT in treating SAD (Carpenter *et al.* 2018; Cuijpers *et al.* 2016). One important consideration when evaluating the efficacy of therapies is whether the gains persist in the long term. In this study, Van Dis *et al.* (2020) demonstrated that individuals receiving CBT for anxiety disorders exhibited fewer symptoms of social anxiety compared to those in control conditions, based on assessments conducted one-year post-treatment. In other words, the effects of CBT are maintained for more than a year. Similarly, a systematic review examining the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in treating SAD also found that the gains achieved during therapy were maintained in the long term (Yalçın & Tekinsav-Sütçü 2016). In line with these findings, many treatment guidelines recommend CBT as the first-line

treatment for SAD (Andrews *et al.* 2018; Katzman *et al.* 2014; Leichsenring & Leweke 2017; Pilling *et al.* 2013). On the other hand, several review studies report that a significant portion of patients receiving CBT (approximately 40-50%) derive little or no benefit from the treatment (Hofmann & Bögels 2006; Norton & Price 2007; Pelissolo *et al.* 2019). Therefore, there is a need to develop therapy programs that address current limitations.

This review study indicates that social anxiety disorder (SAD), a relatively common disorder, is frequently accompanied by other psychological issues, has low rates of spontaneous remission, and that a significant portion of individuals with SAD do not receive treatment. Furthermore, it demonstrates that cognitive-behavioral therapy (CBT) is an effective method for treating SAD and should generally be considered the first treatment option. Recent studies have shown that fear of positive evaluation (Cook *et al.* 2022; Peker & Akkuş 2024) and difficulties in emotion regulation (Dryman & Heimberg 2018; Jazaieri *et al.* 2015) are associated with SAD. Therefore, incorporating strategies that target these factors into treatment programs may be beneficial in improving treatment outcomes.

## Giriş

Sosyal bir canlı olarak insan doğumdan ölüme kadar diğer insanlarla sürekli ilişki içerisinde. Yapılan çok sayıda araştırma sosyal ilişkilerin fiziksel ve psikolojik sağlık için kritik önemde olduğunu göstermektedir (Park *et al.* 2020; Wang *et al.* 2023). Birçok farklı psikolojik sorun sosyal ilişkilerde zorluk yaratmakla birlikte, sosyal kaygı bozukluğu (SKB) bunun en belirgin olduğu bozukluklardan biridir. Bu açıdan bakıldığında en temel insan ihtiyaçlarından biri olan ilişki ihtiyacı üzerinde bozucu bir etkiye sahip olması SKB hakkında yapılacak araştırmaların önemini göstermektedir. Görece yaygın olan ve genel işlevselliği bozan bir hastalık olmasına rağmen, zaman zaman bir psikolojik sorun olmaktan ziyade kişilik özelliği olarak değerlendirilebilmektedir (Jefferies & Ungar 2020). Bu da sosyal kaygılı bireylere yönelik tedavi süreçlerini baltalayabilmektedir. Bu nedenle ruh sağlığı uzmanlarının SKB hakkında genel bilgilere, tedavi programlarının içeriğine ve etkililik çalışmalarına ilişkin güncel bulgulardan haberdar olmaları önemlidir.

Ülkemizdeki alanyazın incelendiğinde SKB ile ilgili çeşitli gözden geçirme çalışmaları olmakla birlikte (Gök & İnönü 2022; Dindi & Karaaziz 2023), SKB'nin tedavisinde kullanılan bilişsel davranışçı terapi (BDT) programlarını detaylı bir şekilde gözden geçiren ve etkililiklerine yönelik güncel bulguları değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Alanyazındaki bu eksiklikten hareketle bu çalışmada öncelikle SKB hakkında genel bilgiler sunulmuş, ardından tedavisinde kullanılan BDT programlarının içerikleri açıklanmıştır. SKB'nin tedavisine yönelik gerçekleştiren etkililik çalışmalarının sonuçları gözden geçirildikten sonra gelecek çalışmalara ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

## Sosyal Kaygı Bozukluğu: Tanımı, Yaygınlığı, Başlangıcı, Eşanı ve Tedavi Arayışı

SKB veya yaygın olarak bilinen adıyla sosyal fobi, bireyin sosyal ortamlarda deneyimlediği yoğun kaygı ve buna bağlı olarak ortaya çıkan kaçınma davranışlarıyla karakterize bir kaygı bozukluğudur. Sosyal kaygısı yüksek bireylerde diğerleri tarafından dikkat çekme ve değerlendirilme ihtimalinin olduğu durumlar belirgin bir kaygı yaratır ve birey hissettiği kaygıya ilişkin çeşitli belirtilerinin (ör. sesinin veya ellerinin titremesi, terleme vs.) diğerleri tarafından fark edileceğine ilişkin endişe yaşar (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Diğer insanların önünde performans sergilemek (ör. sunum yapmak, dans etmek, enstrüman çalmak vs.), otorite konumundaki insanlarla konuşmak, yeni insanlarla tanışmak, diğerlerinin yanında bir şeyler yiyip içmek gibi etkinlikler sosyal kaygıyı tetikleyen durumlara örnek olarak verilebilir. Sosyal kaygılı birey bu gibi durumlardan olabildiğince kaçınmaya çalışır, kaçınma mümkün olmadığında ise yoğun kaygıyla bu durumlara katlanır. Kaygı tetiklendiğinde kalp atışında hızlanma, ellerde titreme, yüzde kızarma gibi fiziksel belirtilere, diğerleri tarafından olumsuz bir şekilde değerlendirildiğine ilişkin düşünceler (ör. “*aptal olduğumu düşünüyorlar*”) eşlik eder. Yaşanan

bu belirtiler, bireyin günlük rutini, iş hayatı ve sosyal ilişkileri üzerinde önemli ölçüde bozulmaya yol açar (Akkuş 2021).

Bireylerin hayatlarını birçok açıdan olumsuz bir şekilde etkileyen SKB, en yaygın görülen psikiyatrik sorunlarından biridir. 16-29 yaş arasındaki gençlerde sosyal kaygı belirtilerinin yaygınlığının araştırıldığı ve yedi farklı ülkeden (Brezilya, Çin, Endonezya, Rusya, Tayland, ABD ve Vietnam) katılımcıyı içeren kapsamlı bir çalışmada, SKB tanısı alacak düzeyde belirti gösterenlerin oranının %36 olduğu belirlenmiştir. Başka bir ifadeyle, katılımcıların yaklaşık üçte biri klinik düzeyde sosyal kaygı deneyimlemektedir. Dahası, katılımcıların %18'inin SKB olduğu hâlde, bunun farkında olmadıkları belirlenmiştir (Jefferies ve Ungar, 2020). Avustralya'da tüm ülkeyi temsil eden geniş kapsamlı bir örnekleme gerçekleştirilen çalışmada ise SKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı %8.4 olarak bulunmuştur (Crome *et al.* 2015). Kanada'da yapılan benzer bir çalışmada da yaşam boyu yaygınlık oranı %8.1 olarak belirlenmiştir (MacKenzie & Fowler 2013). Farklı kültürel ve ekonomik arka plana sahip yirmi sekiz ülkeden katılımcıyı içeren çok kapsamlı bir araştırma yapılmıştır. Buna göre, tüm ülkeler göz önüne alındığında SKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı %4 olarak belirlenirken, yüksek gelir grubunda olan ülkelerde (ör. Avustralya, Yeni Zelanda), düşük gelir grubunda (ör. Irak, Kolombiya) olanlarla karşılaştırıldığında bozukluğun daha yaygın olduğu belirlenmiştir (Stein *et al.* 2017). Son yirmi yılda yürütülen kırk üç epidemiyolojik çalışmanın gözden geçirildiği kapsamlı bir çalışmada yaşam boyu yaygınlık oranı %5.6 olarak belirlenmiştir (Gök & İnönü 2023). Gözden geçirilen çalışmalar farklı sonuçlar bildirirse de genel olarak sosyal kaygı sorundan muzdarip olan ve bu nedenle hayatının çeşitli alanlarında zorluklar yaşayan birey sayısının yüksek olduğu söylenebilir.

Yaygınlık çalışmalarındaki amaçlardan biri de bozuklukların başlangıç yaşlarını belirlemektir. Psikolojik sorunların tam olarak ne zaman başladığını tespit etmek her zaman mümkün olmasa da epidemiyolojik araştırmalar bu konuda fikir vermektedir. SKB ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalar başlangıç yaşı olarak çocukluk dönemi ve ergenlik öncesi dönemi işaret etmektedir (APA 2013; Grant *et al.* 2005; Kessler *et al.* 2005; Stein & Stein 2006; 2008). Bu açıdan diğer psikiyatrik bozukluklarla karşılaştırıldığında birçok sorundan daha önce ortaya çıktığı görülmektedir. Yakın zamanda toplamda 192 epidemiyolojik çalışmanın sonuçlarını inceleyen kapsamlı bir meta analiz çalışması, SKB'nin panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın kaygı bozukluğu, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, alkol madde kötüye kullanım bozuklukları, şizofreni ve duygudurum bozuklukları gibi yaygın görülen sorunlarından daha önce başladığını göstermektedir (Solmi *et al.* 2022). Ayrıca bozukluk ortaya çıktıktan sonra nasıl bir seyir izlediğini anlamaya yönelik gerçekleştirilen çalışmalar SKB'nin kronik bir seyir izleme eğiliminde olduğuna işaret etmektedir (DeWit *et al.* 1999; Keller 2006; Beesdo-Baum *et al.* 2012). SKB'nin zaman içerisindeki gidişatını inceleyen çeşitli araştırmaların dâhil edildiği sistematik bir gözden geçirme çalışması gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda araştırmacılar a) klinik grupta gidişatın genel olarak olumsuz olduğu ve kendiliğinden iyileşme oranlarının oldukça düşük olduğunu, b) genel popülasyondaki SKB tanısı almış bireylerde iyileşme oranının biraz daha yüksek olduğunu, c) eş tanının olması (ör. alkolle ilgili sorunlar, kişilik bozuklukları, yaygın kaygı bozukluğu, panik bozukluk), hastalığın şiddeti, kaçınılan durumların sayısı, başlangıç yaşı, tedavi arayışı ve hastalığın süresi gibi faktörlerin sosyal kaygı belirtilerinin gidişatında rol oynadığını, d) diğer kaygı bozukluklarıyla karşılaştırıldığında bazı çalışmaların SKB'de daha düşük iyileşme bildirirken, bazı çalışmaların benzer oranlar rapor ettiği sonuna varmışlardır (Steinert *et al.* 2013). SKB'nin başlangıcı ve gidişatıyla ilişki yürütülen çalışmaların sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, bozukluğun erken yaşlarda başladığı (yaklaşık 13-14 yaş) ve belirtilerin -en azından bir kısmının- uzun süre devam ettiği söylenebilir. Bu sonuçlar SKB'nin başlangıç döneminde tespit edilerek, tedaviye başlanmasının önemini göstermektedir. Aksi takdirde, bireylerin yıllar boyunca sosyal ortamlarda zorluk yaşamaya devam etme ihtimalleri oldukça yüksektir (Schneier 2006).

SKB tanısı almış bireyler genellikle başka psikiyatrik bozukluklara ilişkin belirtiler de gösterirler. Konuyla ilgili bir çalışmada sosyal fobi tanısı alanların yaklaşık %80'inde ek bir

psikiyatrik bozukluğun daha olduğu, eş tanı gösteren bireylerin sosyal ve işle ilgili işlevselliklerinde daha ciddi bozulmaların olduğu, alkol ve madde kullanım risklerinin daha yüksek olduğu, daha fazla sağlık sorunu yaşadıkları ve daha sık intihar girişiminde buldukları ortaya konmuştur (Lydiard 2001). Yakın zamanda gerçekleştirilen benzer bir çalışmada da SKB olanların yaklaşık %90'ında ek başka bir bozukluğun görüldüğü öne sürülmüştür. Buna göre, majör depresyon, alkol kullanım bozukluğu, çekingen kişilik bozukluğu, özgül fobi, panik bozukluk, yaygın kaygı bozukluğu gibi bozukluklar sıklıkla SKB'ye eşlik etmektedir (Koyuncu *et al.*, 2019). Bunlara ek olarak birçok çalışma sosyal kaygı ile yeme bozukluklarının ilişkili olduğunu (Kerr-Gaffney *et al.* 2018; Swinbourne & Touyz 2007) ve özellikle olumsuz değerlendirilme korkusunun iki bozukluk arasındaki ilişkide önemli bir rolü olduğunu göstermektedir (Levinson ve Rodebaugh, 2012). Ayrıca SKB ile beden algısı bozukluğunun sıklıkla bir arada görüldüğüne, benzer başlangıç yaşı ve gidişata sahip olduklarına ve sosyal durumlara ilişkin benzer bilişsel yanlılıklara sahip olduklarına işaret eden çalışmalar da bulunmaktadır (Fang & Hofmann 2010). Daha önce bahsedildiği gibi SKB diğer birçok bozuklukla karşılaştırıldığında daha erken başlangıçlıdır. Gerçekleştirilen çeşitli boylamsal çalışmalar sosyal kaygı belirtilerinin ilerleyen zamandaki depresyon belirtilerini (Stein *et al.* 2001; Beesdo *et al.* 2007; Kobezak & Gibb 2020), yalnızlık belirtilerini (Lim *et al.* 2016; Maes *et al.* 2019) ve intihar düşüncelerini (Sareen *et al.* 2005; Gallagher *et al.* 2014) arttırdığını göstermektedir. Öte yandan her ne kadar sıklıkla bir arada görülse de sosyal kaygı belirtilerinin ilerleyen yıllarda alkol kötüye kullanımını arttırdığına ilişkin tutarlı kanıtlar bulunmamaktadır (Miloyan & van Doorn 2019; Garey *et al.* 2020).

Yüksek yaygınlık ve eştanı oranlarına rağmen sosyal kaygılı bireylerin yardım arama oranları oldukça düşüktür. Yakın zamanda Dünya Sağlık Örgütü tarafından 24 ülkede yürütülen Dünya Ruh Sağlığı Araştırması'nın sonuçlarına göre SKB tanısı alanların yaklaşık %20'si tedavi arayışına girmektedir (Bruffaerts *et al.* 2022). Benzer bir çalışmada da SKB olan bireylerin %68.9'unun hayatlarının bir döneminde psikolojik sorunları için profesyonel tedavi aldıkları fakat özel olarak sosyal fobi için tedavi arayışına girenlerinin oranının yalnızca %35.2 olduğu belirlenmiştir (Ruscio *et al.* 2008). Ülke nüfusunu temsil edici bir örnekleme ABD'de gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise tanı alan katılımcıların yaklaşık %40'ının bu sorun için profesyonel tedavi aldığı bulunmuştur (Patel *et al.* 2022). Öte yandan sosyal kaygı ve bunun için yardım arama konusunda yürütülen başka çalışmalar çok daha düşük yardım arama oranları bildirmektedir. Örneğin Zimmerman ve arkadaşlarının (2008) psikiyatrik tanı almış 2300 hastayla gerçekleştirdikleri bir çalışmada ise sosyal fobi hastalarının %5'inden azının sosyal fobi için tedavi arayışında olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde, sosyal kaygının yaşam boyu gidişatıyla ilgili çalışmaları gözden geçiren Keller (2003), sosyal ortamlarda yaşadıkları zorluklar için yardım arayışında olan sosyal fobi hastalarının oranının yaklaşık %5 olduğunu ifade etmiştir. Özetle, her ne kadar yaygın bir sorun olsa da SKB tanısı alan birçok bireyin tedavi için başvurmadığı söylenebilir. Ekonomik güçlükler, diğerleri tarafından eleştirilmeye dair korku, profesyonel yardım kaynakları hakkındaki bilgilerin yetersiz olması, sosyal kaygı belirtilerini bir hastalık olarak görmeme, utanç ve damgalanma gibi faktörlerin sosyal kaygılı bireylerin yardım arayışlarını engellediği düşünülmektedir (Olfson *et al.* 2000; Pilling *et al.* 2013; Goetter *et al.* 2018).

### **Sosyal Kaygı Bozukluğuna Yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları**

İlk olarak depresyonun tedavisi için geliştirilen BDT, ilerleyen yıllarda birçok farklı psikolojik sorunun tedavisinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Butler *et al.* 2006; Tolin 2010). Bireysel ve grup formatında uygulanabilen, yapılandırılmış, 'şimdi ve burada'ya odaklı ve kısa süreli bir terapi yaklaşımı olan BDT, diğer birçok bozuklukta olduğu gibi SKB'de de önde gelen tedavi seçeneklerinden biridir (Stangier 2016; Pelissolo *et al.* 2019). Bu aşamadan sonra, yaygın olarak kullanılan bazı tedavi protokolleri ana hatlarıyla açıklanacaktır.

### **Heimberg ve Becker'in (2002) Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi**

Geliştirilen tedavi protokollerinden ilki, Heimberg ve Becker'in (2002) "Sosyal Fobi için Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi" dir. Yaklaşık 2,5 saatlik, toplam 12 seanstan oluşan terapi süreci 6 kişilik gruplarla yürütülmektedir. Bilişsel yeniden yapılandırma ve maruz bırakma tekniklerini bütünleştirerek, bu tekniklerin hem seans içerisinde hem de gerçek hayat ortamında uygulanmasını amaçlayan bu yaklaşımın üç temel bileşeni vardır: maruz bırakma, bilişsel yeniden yapılandırma ve ev ödevleri. Terapist kontrolü ve gözetiminde, güvenli bir ortamda gerçekleştirilen seans içi maruz bırakma uygulamaları, bireyin bilişsel yeniden yapılandırma becerilerini deneme ve seans dışı uygulamalara hazırlanma fırsatı sağlar. Seans içi uygulamalarla bağlantılı olarak belirlenen ev ödevleri, bireyin öğrendiği becerileri günlük hayatına uygulamasına ve uzun vadede kendisinin terapisti olmasına yardımcı olmayı amaçlar. Terapi programının bir diğer bileşeni olan bilişsel yeniden yapılandırmada, sosyal durumlara ilişkin uyumsuz inanç, varsayım ve beklentilerin yeniden gözden geçirilmesi ve korkulan durumların daha gerçekçi ve adaptif bir şekilde değerlendirilmesine yardımcı olunur. Bilişsel süreçlerdeki bu değişimin, kaygının fizyolojik belirtilerinde azaltmaya, sosyal performansta iyileşmeye ve olay öncesi işleme ve kaçınmanın azaltılarak sosyal etkileşimlere daha fazla dâhil olunarak daha fazla sosyal pekiştireç alınmasına yardımcı olacağı varsayılmaktadır.

Terapi programı dört parçaya ayrılmıştır. İlk aşamada, terapi oryantasyon görüşmesi gerçekleştirilir. Bu görüşmede, danışan terapistle tanışır, terapi boyunca kullanacağı öznel sıkıntı ölçeği (Subjective units of discomfort scale, SUDS) tanıtılır, terapist danışana tedavi amaçları belirlemede, korku ve kaçınma hiyerarşisi oluşturmasında yardımcı olur. Ayrıca terapi sürecinde kullanılacak olan teknikler hakkında kısaca bilgilendirme yapılır ve okunması gereken materyaller danışana verilir. İkinci aşamada bulunan 1. ve 2. seanslarda bilişsel yeniden yapılandırma konusunda danışanlar eğitilir. Birinci seansta a) sosyal fobinin bilişsel davranışçı modeli ve terapininin açıklanması, b) otomatik düşüncelerin belirlenmesi aracılığıyla bilişsel yeniden yapılandırma eğitiminin verilmesi, c) bir hafta boyunca otomatik düşünceleri kaydetme ödevinin verilmesi amaçlanır. İkinci seansta kayıt formundaki otomatik düşünceler üzerinden bilişsel çarpıtmalar açıklanır ve uyumsuz otomatik düşüncelere karşı rasyonel yanıtların nasıl geliştireceği açıklanır. 3. ile 11. seanslar arasındaki üçüncü aşamada, danışanlar bilişsel yeniden yapılandırma teknikleriyle bütünleştirilmiş seans içi maruz bırakma uygulamaları yaparlar. Ardından her seans sonunda ev ödevleri verilerek danışanlar *in vivo* maruz bırakma uygulamalarına teşvik edilir. Seansın son aşaması tek seanstan oluşmaktadır. Son seans olan 12. seansın ilk yarısında maruz bırakma ve bilişsel yeniden yapılandırma etkinliklerinin gerçekleştirilmesinin ardından, seansın ikinci yarısında, danışanın terapi boyunca kaydettiği ilerlemeler gözden geçirilir ve hâlâ kaygı yaratan durumlar belirlenerek terapi sonrasında bu durumlarla nasıl başa çıkabileceğine ilişkin çalışmalar yapılır.

### **Sosyal Fobi için Kapsamlı Bilişsel Davranışçı Terapi**

Bir diğer tedavi programı Ledley ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen ve daha sonra James Herbert ve arkadaşları (2009) tarafından gözden geçirilerek son hâli verilen "Sosyal fobi için kapsamlı bilişsel davranışçı terapi" dir. Haftalık olarak gerçekleştirilen 1 saatlik toplam 12 seanstan oluşan program bireysel olarak uygulanmaktadır. İlk seansta sosyal kaygının bilişsel modeli özellikle güvenlik davranışları ve dikkat süreçlerinin sürdürücü rolü vurgulanarak danışana açıklandıktan sonra, bu model temel alınarak tedavi süreci hakkında bilgilendirme yapılır. Sosyal kaygı modelini anlatan formdaki boşlukların doldurulması ve sosyal kaygının danışanın hayatındaki etkilerinin belirlenmesi ev ödevi olarak verilir. İkinci seansın başında ölçekler ve ev ödevleri gözden geçirildikten sonra, danışanların tedaviye ilişkin beklentileri tartışılır ve soruları cevaplanır. Ardından danışan orta derecede kaygı yaratan bir sosyal duruma (ör. yabancı biriyle konuşma) iki farklı yönergeyle maruz bırakılır. İlkinde güvenlik davranışları yapması ve dikkatini kendine odaklaması istenirken, diğerinde güvenlik davranışlarını bırakması

ve dikkatini çevresel uyaran çevirmesi istenir. Genellikle bu seans için getirilen bir asistanla birlikte karşılıklı konuşma gerçekleştirilir. Gerçekleştirilen iki farklı görev arasındaki farklılık ile güvenlik davranışları ve dikkat süreçlerinin etkisi üzerinde durulur. Kamera kaydına alınan bu görüşmelere ilişkin danışanın ve asistanın değerlendirmeleri alınır. Ayrıca kamera kaydı danışana izletilerek, dışarıdan nasıl görüldüğünü fark etmesi sağlanır. Tüm bu uygulamalardaki temel amaç danışanın sosyal ortamlardaki davranışlarına ilişkin uyumsuz bilişlerinin test edilmesi ve değiştirilmesidir. Terapi süreci bundan sonra benzer seanslardan oluşur. Bu seanslarda bireyin *in vivo* olarak maruz bırakılacağı durum seçilir ve ardından bu durumla ilgili otomatik düşünceler belirlenir. Otomatik düşüncelerden biri seçilerek, bu düşüncenin hangi bilişsel çarpıtmayı içerdiği incelenir. Ardından otomatik düşünceye meydan okunarak daha gerçekçi bir bakış açısı geliştirilmeye çalışılır. Bu şekilde bilişsel çalışmalar yapıldıktan sonra maruz bırakma uygulaması gerçekleştirilir. Her seansın ardından maruz bırakma uygulaması ve ona ilişkin bilişsel kendini izleme ev ödevi olarak verilir. Bitirme seansında terapi boyunca kaydedilen ilerlemeler, öğrenilen beceriler gözden geçirilir, ilerleyen zamanda sosyal kaygı belirtileri arttığında neler yapılacağı üzerinde durulur ve nüksü önleme çalışmalarıyla terapi süreci noktalanır. Nüksü önleme çalışmaları, iyileşmeye yönelik gerçekçi bir bakış açısı kazandırma, korkulan sosyal ortamlara girmeye teşvik etme, kendine odaklı dikkati ve güvenlik davranışlarını azaltma konusunda bilgilendirme, terapi sonrasına ilişkin hedefler belirleme gibi stratejileri içermektedir. Her ne kadar zorunlu olarak görülme de danışanın ihtiyacına göre hayali maruz bırakma uygulaması, sosyal beceri eğitimi, girişkenlik eğitimi de tedavi prosedürüne dâhil edilebilir. Hayali maruz bırakma uygulamalarında danışanlar korkulan durumla gerçek hayatta yüzleşmeden önce sosyal durumu tüm yönleriyle canlandırmaya teşvik edilir. Böylelikle duruma ilişkin kaygının azaltılması hedeflenir. Sosyal beceri ve girişkenlik eğitiminde ise danışanlar iyi bir sosyal etkileşim için gerekli olan bazı özellikler açısından (ör. uygun ses tonu, göz teması) bilgilendirilir.

### **Clark ve Beck'in (2010) Bilişsel Terapisi**

SKB'nin bilişsel terapisine yönelik bir diğer tedavi programı Clark ve Beck (2010) tarafından geliştirilmiştir. Bu tedavi programı gözden geçirilen diğer modeller kadar detaylı ve her seansa özgü bilgiler içermemekle birlikte, genel hatlarıyla bilişsel terapide sosyal kaygılı bireylerle çalışırken ele alınması gereken noktaları içermektedir. Terapinin temel amacı sosyal tehdide ve kişisel kırılganlığa ilişkin hatalı yorum ve inançları değiştirerek, bireylerin sosyal durumlarda yaşadıkları kaygı ve utancı azaltmak ve genel işlevselliklerini arttırmaktır. Spesifik olarak tedavi sürecinin amaçları a) olay öncesi kaygıyı azaltmak (*anticipatory anxiety*), b) kendine odaklı dikkati azaltmak, c) güvenlik davranışlarını ortadan kaldırmak, d) kaygıya yönelik toleransı arttırmak, e) performansa ilişkin gerçekçi bir bakış açısı geliştirmek ve sosyal becerileri arttırmak, f) olay sonrası uyumsuz işlemeyi azaltmak ve g) uyumsuz temel inançları değiştirmek olarak belirlenmiştir. Bahsedilen amaçlara ulaşmak için ilk olarak danışan sosyal kaygının sürmesinde rolü olan çeşitli faktörler (ör. sosyal tehdidin gerçekleşme olasılığına ve sonuçlarına ilişkin abartılı tahminler, kaçınma davranışları, olay sonrası işleme, kendine odaklı dikkat, güvenlik davranışları, performans değerlendirmesinde yanlılıklar vs.) ve tedavi süreci hakkında bilgilendirilir. Bu aşamada danışanla birlikte korkulan durumların, yarattığı kaygı düzeyine göre hiyerarşik bir şekilde listelenmesi ve buna ek olarak somut tedavi hedeflerinin belirlenmesi önemlidir.

İlk aşama olan psikoeğitim sürecinde danışan sosyal kaygının bilişsel davranışçı kavramsallaştırması konusunda bilgilendirilir. Olay öncesi ve sonrası uyumsuz işleme, kendine odaklı dikkat, güvenlik davranışları ve değerlendirme yanlılıkları üzerinde durulan temel noktalar. Bu süreç tamamlandıktan sonraki birkaç seans bilişsel yeniden yapılandırma eğitimine ayrılır. Danışanların sosyal kaygısını tetikleyen bir durum üzerinden ne kadar kaygılandıkları ve duruma ilişkin uyumsuz düşünceleri belirlenir. Ardından çeşitli teknikler kullanarak (ör. kanıt-karşı kanıt, kâr-zarar analizi, felaketten arındırma ve düşünce hatalarını belirleme), danışanın düşüncenin geçerliliğine olan inancı zayıflatılmaya çalışılır ve daha gerçekçi alternatif bir düşünce geliştirilir. Bu süreç uyumsuz inançları test etmek amacıyla

düzenlenen davranışsal denemelerle desteklenir. Böylelikle bireyin sosyal durumlara ilişkin daha dengeli ve makul bir bakış açısı geliştirmesi hedeflenir. Bir sonraki aşamada SKB’de önemli bir rolü olan kendine odaklı dikkat üzerinde durulur ve etkilerini azaltmak amacıyla seans içerisinde rol oynama uygulamaları gerçekleştirilir. Rol oynama esnasında terapist danışanın dikkatini içsel süreçlerden çevresine doğru kaydırması konusunda yardımcı olur ve bu süreçte ortaya çıkan uyumsuz bilişler danışanla birlikte ele alınır. Gerçekleştirilen rol oynama çalışmaları aynı zamanda kamera ile kayıt altına alınarak, danışana izletilir ve böylelikle sosyal performansına ilişkin uyumsuz inançların düzeltilmesi amaçlanır. Diğer tüm tedavi protokollerinde olduğu gibi korkulan durumlara maruz bırakma uygulamaları, Clark ve Beck (2010) tarafından önerilen tedavi sürecinin de en temel bileşenlerindedir. Doğru bir şekilde yapılan maruz bırakma uygulamaları hem sosyal durumların yarattığı kaygının azalmasında hem de sosyal durumlarla ve bireyin kendisiyle ilişkili uyumsuz inançların düzeltilmesinde önemli bir rol oynar. Sosyal durumların ardından ortaya çıkan uyumsuz bilişsel süreçler (ör. ruminasyon) önemli bir sürdürücü faktör olduğu için maruz bırakma uygulamalarının ardından ilgili deneyimle ilişkili bilişler bir sonraki seansta gözden geçirilir ve çeşitli bilişsel tekniklerle ele alınır.

### **Hofmann ve Otto’nun (2018) Sosyal Kaygı Bozukluğu için Bilişsel Davranışçı Terapisi**

SKB’nin bilişsel davranışçı terapisinde güncel yaklaşımlardan biri de Hofmann ve Otto (2018)’nin tedavi protokolüdür. En genel hâliyle psikoterapi süreci, danışanların sosyal durumların tehdit edici olmadığını, sosyal hataların o kadar da korkunç olmadığını ve sosyal performanstaki eksikliklerin geliştirilebileceğini öğrenmeleri için sistematik olarak çeşitli fırsatlar sağlamayı amaçlar. Diğer terapi protokollerinde olduğu gibi Hofmann ve Otto (2018) da bozukluğun sürmesinde rol oynayan faktörler ve bunların üstesinden gelmede neler yapılacağı konusunda danışanın bilgilendirilmesine önem verir. Hofmann (2007) tarafından geliştirilen modelden hareketle tedavi sürecinin bazı temel bileşenleri belirlenmiştir.

İlk olarak, sosyal kaygılı bireylerin sosyal durumlara ilişkin sahip oldukları abartılı ve gerçekdışı inançlar, bozukluğun sürmesinde önemli bir rol oynadığından, bilişsel ve davranışsal tekniklerle ele alınarak, daha makul standartlar oluşturmaları hedeflenir. Sosyal kaygılı bireyler, sosyal ortamlardaki davranışları için işlevsel hedefler oluşturmakta da zorlanmaktadır. Belirsiz ve soyut hedefler sosyal kaygılı bireylerde yaygındır (ör. “*İyi bir performans sergilemek*”, “*İnsanlar üzerinde olumlu izlenim bırakmak*”). Bunların yerine, terapi sürecinde danışanların daha nesnel, somut ve davranışsal olarak tanımlanmış hedefler belirlemelerine yardım edilir. Danışanlar korkulan durumlara maruz bırakılmadan önce uygun hedeflerin oluşturulması ve olay sonrasında bu hedefler temel alınarak performansa yönelik bir değerlendirilme yapılması özellikle önemlidir. Böylelikle danışanların performanslarına ilişkin daha sağlıklı değerlendirmeler yapmaları sağlanır. Terapide ele alınan bir diğer önemli nokta modellerin de vurgu yaptığı kendine odaklı dikkat sürecidir. Bireyin sosyal ortamlarda dikkatini ağırlıklı olarak bedensel uyarılarına, nasıl görüldüğüne ve nasıl davrandığına vermesi, kaygısının artması ve performansının kötüleşmesiyle sonuçlanabileceğinden, terapi sürecinde çeşitli yönergeler ve egzersizler aracılığıyla kendine odaklı dikkatin olumsuz sonuçlarını fark etmesine ve değiştirmesine çalışılır.

Yukarıda bahsedilen noktalara ek olarak, terapi sürecinde ele alınan sorunlardan biri sosyal kaygılı bireylerin kendilerine yönelik olumsuz algılarıdır. Olumsuz benlik algısını düzeltmek amacıyla çeşitli teknikler kullanılır. Kamera karşısında sergilenen performansın kayıt altına alınması ve sonradan izlenmesine ek olarak, ses kaydı alınıp bunun seanslar arasında dinlemek üzere ev ödevi olarak danışanlara verilmesi, ayna karşısında danışanın konuşurken kendisini izlemesi ve eğer grup terapisi yürütülüyorsa diğer grup üyelerinden geribildirim alınması olumsuz benlik algısının geliştirmesinde kullanılan tekniklerden bazılarıdır.

Sosyal kaygılı bireyler sadece benliklerine yönelik değil, sosyal durumlara yönelik de uyumsuz inançlara sahip olduklarından, bu inançların da ele alınması terapi sürecinin temel bileşenlerinden biridir. Hofmann ve Otto (2018), sosyal kaygılı bireylerde iki temel gerçekdışı



inanış olduğunu öne sürmektedir: sosyal aksiliklerin gerçekleşme olasılıklarını abartma ve bunun sonuçlarını felaketleştirme. Ev ödevleri gözden geçirilirken ortaya çıkan otomatik düşüncelerin sokratik sorgulama ve çeşitli bilişsel teknikler aracılığıyla ele alınması, maruz bırakma uygulamalarında bilerek bazı sosyal aksilikler yaratılması (ör. bir kafede “yanlışlıkla” pastayı yere düşürme) ve bunun sonuçlarını inceleme, olumsuz bilişleri kasten şiddetlendirerek bireyin düşünceleri üzerindeki kontrol duygusunu arttırma ve bu düşünceleri satın almama (bunlardan etkilenmeme) becerilerini geliştirme gibi yöntemler uyumsuz bilişleri değiştirmede kullanılmaktadır.

Bilişsel ve davranışlar sorunların yanında duygularla ilişkili süreçler de terapinin temel konularındandır. Duygulara yönelik kontrol algısının düşük olması, sosyal kaygıyla ilişkili zorluklardan biri olduğundan, bireylerin duyguları ve fizyolojik belirtilerini kabullenebilmelerine yönelik çalışmalar gerçekleştirilir. Danışanlara duyguları kontrol edebilmenin onları kabullenmekten geçtiği açıklanır. SKB’yle ilgili bütün bilişsel davranışçı terapilerde olduğu gibi bu yaklaşımda da kaçınma davranışları ve güvenlik davranışlarını ele almak terapinin vazgeçilmez bir ögesidir. Danışanlar korktukları durumlara güvenlik davranışlarını kullanmadan aşamalı bir şekilde maruz bırakılır. Sosyal durumlara maruz bırakıldıktan sonra ortaya çıkan uyumsuz bilişler, bireylerin bu deneyimlerden yararlanmasına engel olduğundan ve sorunun sürmesine neden olduğundan, olay sonrasındaki bilişsel süreçler seans içerisinde ele alınır. Çarpıtılmış düşünceler varsa çeşitli bilişsel teknikler (kanıtları değerlendirme, alternatif bakış açısı geliştirme vs.) kullanılarak düzeltilmeye çalışılır.

### **Sosyal Kaygı Bozukluğunun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkililiği**

BDT kanıt temelli yaklaşımlardan olduğundan SKB de dâhil olmak üzere çeşitli bozukluklar üzerindeki etkililiğine yönelik çok sayıda araştırma yürütülmüştür. Bu çalışmalarda yalnızca BDT’nin ilgili bozukluğun belirtilerinde iyileşme sağlayıp sağlamadığı değil, diğer tedavi yöntemleriyle karşılaştırıldığında ne kadar etkili olduğu da incelenmektedir. Böylelikle sosyal kaygı belirtilerinden muzdarip olan bireylerin en doğru tedaviyi alması hedeflenmektedir. Bu bölümde, SKB’nin tedavisine yönelik gerçekleştirilen çalışmaların bulguları özetlenecektir.

Davranışçı ve bilişsel davranışçı terapilerin SKB’nin tedavisindeki etkisini incelemek amacıyla Powers ve arkadaşları (2008), 32 randomize kontrollü çalışmanın bulgularını değerlendirdikleri bir meta analiz çalışmasında davranışçı ve bilişsel davranışçı terapinin, bekleme listesi, psikolojik plasebo ve ilaç plaseboyla karşılaştırıldığında anlamlı bir şekilde daha etkili olduğu ve bu kazanımların izlem çalışmalarında da korunduğu belirlenmiştir. Öte yandan maruz bırakma ve bilişsel terapinin birlikte uygulanmasının, tek başına maruz bırakma ve bilişsel terapi uygulanmasıyla aynı düzeyde etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca bireysel terapi ve grup terapisi arasında da anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Araştırmacılar, çalışmanın sonuçlarının bilişsel davranışçı terapinin SKB’de etkili olduğunu, maruz bırakma tedavisine bilişsel yöntemlerin eklenmesinin tedavi sonuçları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını, bu nedenle maruz bırakma uygulamalarının öncelikli tedavi yöntemi olarak düşünülmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Mayo-Wilson ve arkadaşları (2014), SKB tedavisinde yaygın olarak kullanılan çeşitli psikolojik tedaviler ile ilaç tedavilerinin etkilerini değerlendirdikleri kapsamlı meta analiz çalışması gerçekleştirmişlerdir. Çalışma sonucunda, bekleme listesiyle karşılaştırıldığında, bireysel ve grup BDT, maruz bırakma ve sosyal beceri tedavisi, kendine yardım uygulamaları ve psikodinamik terapinin sosyal kaygı belirtileri üzerinde anlamlı bir iyileşme sağladığı görülmüştür. Çalışmada ek olarak bireysel BDT’nin psikolojik plasebo, psikodinamik psikoterapi, kişilerarası psikoterapi, bilinçli farkındalık ve destekleyici terapiden daha etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca hem ilaçların hem de psikolojik tedavilerin sosyal kaygı belirtilerinde ayrı ayrı etkili oldukları belirlense de iki yöntemi birleştiren çalışmaların daha iyi sonuçlar ortaya koymadığı anlaşılmıştır. Diğer bir deyişle, ilaçlar ve psikoterapiler tek başlarına etkili olsa da birlikte kullanılmaları fazladan olumlu bir etki yaratmamaktadır. Araştırmacılar, ilaçların sosyal kaygı belirtilerinde anlamlı bir iyileşme sağlamalarına rağmen, kimi yan etkilerinin olması (ör.

cinsel sorunlar) ve uzun dönemli etkilerinin psikolojik tedavilerden daha olumsuz olması nedeniyle birinci tedavi seçeneği olarak bireysel BDT'nin kullanılmasını önermiştir (Mayo-Wilson *et al.* 2014). Öte yandan BDT'nin etkisiz kaldığı veya danışanların terapiyi kabul etmediği koşullarda, sosyal kaygı belirtileri çok şiddetli olan danışanlarda ve depresyonun eşlik ettiği durumlarda ilaç tedavisinin kullanılması önerilmektedir (Pelissolo *et al.* 2019). BDT ve psikodinamik terapinin etkilerinin incelendiği bir çalışmada bekleme listesiyle karşılaştırıldığında her iki tedavi yönteminin de belirtilerin azalmasında etkili olduğu fakat BDT'nin psikodinamik terapiden daha üstün olduğu gösterilmiştir (Leichsenring *et al.* 2013). Yakın zamanda gerçekleştirilen bir meta analiz çalışmasında toplamda kırk sekiz çalışmanın bulguları yeniden analiz edilmiş ve BDT'nin bekleme listesiyle karşılaştırıldığında belirtilerde anlamlı bir azalma sağladığı gösterilmiştir (Cuijpers *et al.* 2016). Bir başka meta analiz çalışmasında ise kırk bir plasebo kontrollü çalışmanın bulguları yeniden analiz edilmiş ve BDT'nin plasebo grubuyla karşılaştırıldığında SKB'de etkili olduğu ve etki büyüklüğünün orta ile küçük arasında değiştiği belirlenmiştir. Ayrıca, tedaviyi yarıda bırakma oranları açısından, terapi grubu ile plasebo grubu arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Carpenter *et al.* 2018).

Birçok bozuklukta tedavi sonrasında nüks, yaygın bir sorun olduğundan, tedavi sürecinde elde edilen kazanımların sonrasında da sürdürülebilmesi önemli bir amaçtır. Bu kapsamda Van Dis ve arkadaşları (2020) BDT'nin, kaygı bozukluklarında uzun vadede etkilerini inceleyen çalışmalarında BDT alan bireylerin kontrol koşulundakilerle karşılaştırıldığında, tedaviden bir yıl sonrasında da alınan ölçümlerde daha iyi durumda olduklarını belirlemiştir. Diğer bir deyişle, bilişsel davranışçı terapinin etkileri bir yıldan daha uzun süre korunmaktadır.

Wersebe ve arkadaşları (2013), bilişsel davranışçı grup terapisinin sosyal kaygının tedavisinde etkisini inceleyen 12 randomize kontrollü çalışmanın bulgularını dâhil ettikleri bir meta analiz çalışması gerçekleştirmişlerdir. Bekleme listesi, plasebo ve standart tedavi (treatment as usual) yöntemlerini içeren kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, bilişsel davranışçı grup terapisinin etkili olduğu ve etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Wersebe *et al.* 2013). Benzer sonuçların elde edildiği bir araştırmada da toplamda yirmi yedi çalışmanın bulguları sistematik bir şekilde gözden geçirilmiş ve bilişsel davranışçı grup terapisinin sosyal kaygı belirtilerini azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir. Ek olarak, çalışmaya dâhil edilen ve izlem ölçümlerini içeren tüm çalışmalarda terapi sürecinde elde edilen kazanımların korunduğu anlaşılmıştır (Yalçın & Tekinsav-Sütcü 2016).

Tedavi protokolleri açıklanırken bahsedildiği gibi BDT sosyal kaygının tedavisinde farklı bileşenler içermektedir. Bu bileşenlerin tedavi sürecine bireysel katkılarının ne olduğu konusu tartışmalıdır. Çeşitli çalışmalarda bilişsel yöntemler ile maruz bırakma yöntemleri terapi çıktıları açısından karşılaştırılmış ve çelişkili sonuçlar rapor edilmiştir. Bazı çalışmalarda bilişsel tekniklerin tedavi sonuçlarına ek bir katkısının olmadığı (Feske & Chambless 1995; Powers *et al.* 2008), bazı çalışmalarda ise bilişsel ve davranışçı yöntemlerin bir arada kullanılmasının daha iyi sonuçlar ürettiği gösterilmiştir (Taylor 1996). Acartürk ve arkadaşlarına (2009) göre bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma, sosyal beceri eğitimi ve gevşeme egzersizlerinin etki büyüklükleri açısından farklılaşmamaktadır. Fakat araştırmacılar çalışmaların büyük bir kısmında bu tekniklerin bir arada ele alınmasının ve çok az çalışmada tek bir tekniğin incelenmesinin, tekniklerin bireysel etkilerini belirlemeyi imkânsız kıldığını belirtmişlerdir. Çalışmaların bu bulgularına ek olarak, klinik uygulamada bu tekniklerin birbirinden ayrılması mümkün olmayabilir. Örneğin maruz bırakma tedavisinde danışanların bu konuda bilgilendirilmesi, kaygı hiyerarşilerinin oluşturulması, maruz bırakma uygulamasının ardından bu deneyim üzerine konuşulması gibi etkinlikler bir anlamda bilişsel müdahaleler olarak değerlendirilebilir. Ayrıca bireyin korktuğu duruma maruz bırakılması yalnızca davranışsal bir değişim değil, aynı zamanda sosyal durum ve kendisiyle ilişkili uyumsuz bilişlerde de değişime yol açabilir. Aslında korktuğu şeyin başına gelmediğini görmek, düşünce ve inançlarında değişimi beraberinde getirebilir. Bu

açıdan maruz bırakma uygulamaları örtük bilişsel müdahale olarak işlev gösterebilir. Ayrıca, yeterli bilişsel hazırlığın yapılmaması, danışanın maruz bırakma uygulamalarını yapmasını zorlaştırabilir veya danışanın terapiyi bırakmasına neden olabilir. Bu nedenle hem bilişsel hem de davranışçı yöntemlerin birbirlerini destekleyecek şekilde bir arada kullanılması terapi çıktıkları üzerinde olumlu bir etkiye bulunabilir.

Gözden geçirilen çok sayıda araştırmanın sonuçları hem bireysel olarak hem de grup olarak yürütülen BDT'nin en etkili yöntemlerden biri olduğunu ve elde edilen kazanımların uzun süre devam etme eğiliminde olduğunu net bir şekilde ortaya koymaktadır. Bu nedenle birçok tedavi rehberi BDT'yi SKB'de ilk tedavi seçeneği olarak önermektedir (Andrews *et al.* 2018; Katzman *et al.* 2014; Leichsenring & Leweke 2017; Pilling *et al.* 2013). Öte yandan, her ne kadar çeşitli kontrol koşullarıyla karşılaştırıldığında BDT'nin etkili olduğu bulunsa da birçok danışan terapiden yeteri kadar faydalanamamaktadır. Örneğin Leichsenring ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında iyileşme oranı Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'nden 30 puandan daha düşük almak olarak tanımlandığında, BDT alanların yalnızca %36'sı iyileşmiştir. Ayrıca ölçek puanlarından %31'lik düşük tedaviye cevap verme olarak tanımlandığında da hastaların yalnızca %60'ı terapiye cevap vermektedir. Farklı gözden geçirme çalışmaları da BDT alan hastaların önemli bir kısmının (yaklaşık %40-50) tedaviden ya çok az yararlandığını ya da hiç yararlanmadığını bildirmektedir (Hofmann & Bögels 2006; Norton & Price 2007; Pelissolo *et al.* 2019). Dolayısıyla SKB'nin tedavisinde BDT'nin ilk seçenek olarak kullanılması gerekmele birlikte, tedavi sonuçlarının iyileştirilmesi için çalışmaların yapılması ve yeni tedavi protokollerinin geliştirilmesi önemlidir.

### Sonuç ve Öneriler

Bu gözden geçirme çalışması, görece yaygın bir bozukluk olan SKB'ye sıklıkla başka psikolojik sorunların eşlik ettiğini, kendiliğinden düzelmenin az olduğunu ve SKB'li bireylerin önemli bir bölümünün tedavi almadığını göstermiştir. Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda SKB'yle ilişkili faktörleri araştıran çalışmaların ve özellikle de tedavi sürecini aydınlatacak verilerin oldukça önemli olduğu söylenebilir.

SKB'nin ortaya çıkmasını ve sürmesini açıklayan kapsamlı bilişsel davranışçı modellerin geliştirilmesi (ör. Clark & Wells 1995; Heimberg *et al.* 2014; Hofmann 2007; Spence & Rapee 2016; Wong & Rapee 2016) ve bu modellerin varsayımlarını inceleyen çok fazla sayıda çalışmanın yürütülmesi, SKB'nin bilişsel davranışçı terapisinin gelişimine katkıda bulunmuştur. Bu çalışmada gözden geçirilen kapsamlı araştırmalar BDT'nin SKB tedavisinde en etkili yöntemlerden biri olduğunu net bir şekilde ortaya koymaktadır. Etkili ve kısa süreli bir terapi yöntemi olması, elde edilen kazanımların terapi sonrasında da devam etmesi, farklı yaş gruplarına uyarlanabilir olması BDT'nin öne çıkan yönleridir. Öte yandan yukarıda da değinildiği gibi her ne kadar etkili bir yaklaşım olsa da önemli sayıda birey BDT'den fayda görmemektedir. BDT'nin etkisiz kaldığı durumların olması burada detaylı bir şekilde gözden geçirilen tedavi programlarının geliştirilmeye açık yönlerinin bulunduğunu göstermektedir. Bu noktada tedavi programlarında yeteri kadar vurgu yapılmayan ve sosyal kaygı ile ilişkili olduğu bilinen çeşitli faktörlerin tedavi programlarına dâhil edilmesi yararlı olabilir.

Bu faktörlerden biri olumlu değerlendirilme korkusudur. Son yıllarda yapılan çeşitli araştırmalar sosyal kaygılı bireylerin sadece olumsuz değil, olumlu değerlendirmeye yönelik de korkularının bulunduğunu göstermektedir. Daha açık bir ifadeyle, uyumsuz bir bilişsel yapı olarak kavramsallaştırılan olumlu değerlendirilme korkusu sosyal kaygı ile yakından ilişkidir (Cook *et al.* 2022; Peker & Akkuş 2024; Weeks & Howell 2014). Her ne kadar standart bilişsel davranışçı terapiler olumlu değerlendirilme korkusunda bir iyileşme sağlasa da bu etkinin kısıtlı olduğu bildirilmektedir (Fergus *et al.* 2009; Weeks *et al.* 2012). Bu nedenle tedavi programlarına, spesifik olarak olumlu değerlendirilme korkusunu hedef alan stratejilerin dâhil edilmesi tedavi sonuçlarının geliştirilmesinde yararlı olabilir. Olumlu değerlendirilme korkusuna yönelik müdahaleler,

kaçınma davranışlarının azalmasına, daha gerçekçi ve olumlu bir benlik algısının gelişmesine katkıda bulunarak tedavi sonuçlarının iyileştirilmesini sağlayabilir. Ayrıca geliştirilen bilişsel davranışçı modeller ve tedavi programları ağırlıklı olarak bilişsel ve davranışsal bileşenlere vurgu yapmakta, duygu ve duygu düzenleme süreçleri ise ihmal edilmektedir (Akkuş & Peker 2022). Fakat yapılan birçok çalışma sosyal kaygılı bireylerin duygu düzenleme süreçlerinde zorluk yaşadığını göstermektedir (Akkuş 2022; Dryman & Heimberg 2018; Jazaieri *et al.* 2015). Sosyal durumların yarattığı olumsuz duyguları etkili bir şekilde yönetememek, sosyal durumlardan kaçınmayla (Werner *et al.* 2011), daha fazla güvenlik davranışı kullanmayla (Goldin *et al.* 2014) ve performansla yönelik çarpıtılmış değerlendirmelerle (Akkuş 2022) ilişkili olduğundan, sosyal kaygılı bireylerin duygularını daha sağlıklı bir şekilde yönetebilmelerine yardımcı olacak müdahalelerin geliştirilmesi ve bilişsel davranışçı tedavi programlarına dâhil edilmesi terapilerin etkisini arttırabilir.

Son yıllarda geleneksel yüz yüze terapilere alternatif terapi uygulamaları ortaya çıkmış ve özellikle pandemi süreciyle birlikte kullanımları hızla yaygınlaşmıştır. Çevrim içi (*online*) terapiler, akıllı telefon uygulamaları ve yapay zeka destekli müdahaleler bunlara örnek olarak verilebilir. Görece yeni gelişmekte bir araştırma alanı olmasına rağmen yürütülen çeşitli araştırmalar çevrim içi yürütülen BDT'nin sosyal kaygı belirtilerini azaltmada yüz yüze terapiler kadar etkili olduğunu göstermektedir (Guo *et al.* 2021). Benzer şekilde, yakın zamanlı bir meta analiz çalışmasında akıllı telefon uygulamalarının da sosyal kaygı tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Linardon *et al.* 2024). Bunlara ek olarak yapay zeka uygulamaları hayatın birçok alanında olduğu gibi psikolojik sorunların tanı ve tedavisinde önemli bir seçenek hâline gelmeye başlamıştır (Sun *et al.* 2023). Öte yandan ülkemizde özellikle bu alandaki çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. SKB'de kültürel faktörlerin önemli bir rolü olduğu göz önünde bulundurulduğunda (Hofmann *et al.* 2010), bilişsel davranışçı kuram ve ilgili araştırma bulgularının, gelişen teknolojiyle bütünleştirilerek, ülkemiz örnekleminde çalışmaların yürütülmesinin önemli olduğu söylenebilir.

## BİBLİYOGRAFYA

- Acarturk C., Cuijpers P., van Straten A. & de Graaf R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39(2), 241-254. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003590>
- Akkuş K. (2021). *Sosyal kaygı bozukluğunun üstesinden gelmek: danışanlar için bilişsel davranışçı bir el kitabı* (2.baskı). Nobel Akademik Yayıncılık
- Akkuş K. (2022). *Sosyal kaygı bozukluğunun bilişsel davranışçı modelinin bir konuşma performansı görevi ile incelenmesi*. Yayınlanmamış doktora tezi. Ege Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Akkuş K. & Peker M. (2022). Exploring the relationship between interpersonal emotion regulation and social anxiety symptoms: The mediating role of negative mood regulation expectancies. *Cognitive Therapy and Research*, 46(2), 287-301. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10262-0>
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. baskı).
- Andrews G., Bell C., Boyce P., Gale C., Lampe L., Marwat O. & Wilkins G. (2018). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(12), 1109-1172. <https://doi.org/10.1177/0004867418799453>
- Beesdo-Baum K., Knappe S., Fehm L., Höfler M., Lieb R., Hofmann S. G. & Wittchen H. U. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 411-425. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01886.x>
- Beesdo K., Bittner A., Pine D. S., Stein M. B., Höfler M., Lieb R. & Wittchen H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-912. 10.1001/archpsyc.64.8.903
- Bruffaerts R., Harris M. G., Kazdin A. E., Vigo D. V., Sampson N. A., Chiu W. T. & Kessler R. C. (2022). Perceived helpfulness of treatment for social anxiety disorder: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-17. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02249-3>
- Butler A. C., Chapman J. E., Forman E. M. & Beck A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Carpenter J. K., Andrews L. A., Witcraft S. M., Powers M. B., Smits J. A. & Hofmann S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502-514. <https://doi.org/10.1002/da.22728>
- Clark D. A. & Beck A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice*. Guilford Press.
- Clark D. M. & Wells A. (1995). A cognitive model of social phobia. R. G. Heimberg ve M. R. Liebowitz (Eds), içinde *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (69-93). New York, NY, US: Guilford Press.
- Cook S. I., Moore S., Bryant C. & Phillips L. J. (2022). The role of fear of positive evaluation in social anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(4), 352-369. <https://doi.org/10.1037/cps0000082>
- Crome E., Grove R., Baillie A. J., Sunderland M., Teesson M. & Slade T. (2015). DSM-IV and DSM-5 social anxiety disorder in the Australian community. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(3), 227-235. <https://doi.org/10.1177/0004867414546699>
- Cuijpers, P., Cristea I. A., Karyotaki E., Reijnders M. & Huibers M. J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245-258. 10.1002/wps.20346

- DeWit D. J., Ogborne A., Offord D. R. & MacDonald K. (1999). Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. *Psychological Medicine*, 29(3), 569-582. <https://doi.org/10.1017/S0033291799008399>
- Dindi R., & Karaaziz M. (2023). Sosyal Fobi ve Bilişsel Davranışçı Terapisi Üzerine Sistematik Derleme. *Journal of Academic Social Science Studies*, 16(95).
- Dryman M. T. & Heimberg R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, 65, 17-42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>
- Fang A. & Hofmann S. G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1040-1048. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.001>
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., Stephenson, K., Gier, S. & Jencius, S. (2009). The Fear of Positive Evaluation Scale: Psychometric properties in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1177-1183. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.024>
- Feske U. & Chambless D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26(4), 695-720. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80040-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80040-1)
- Gallagher M., Prinstein M. J., Simon V. & Spirito A. (2014). Social anxiety symptoms and suicidal ideation in a clinical sample of early adolescents: Examining loneliness and social support as longitudinal mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 871-883. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9844-7>
- Garey L., Olofsson H., Garza T., Rogers A. H., Kauffman B. Y. & Zvolensky M. J. (2020). Directional effects of anxiety and depressive disorders with substance use: a review of recent prospective research. *Current Addiction Reports*, 7(3), 344-355. <https://doi.org/10.1007/s40429-020>
- Goetter E. M., Frumkin M. R., Palitz S. A., Swee M. B., Baker A. W., Bui E. & Simon, N. M. (2020). Barriers to mental health treatment among individuals with social anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Psychological Services*, 17(1), 5. <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000254>
- Goldin P. R., Jazaieri H. & Gross J. J. (2014). Emotion regulation in social anxiety disorder. Hofmann, S. G. ve BiBartolo, P.M. (Eds.). *Social Anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (3.Baskı) (s. 511-529). Academic Press.
- Gök B. G. & İnönü M. (2022). Sosyal Kaygı Bozukluğu: Mevcut yaygınlık, eşanı ve bozulma durumu. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 7(3) 448-467. <https://doi.org/10.5455/kpd.26024438m000101>
- Grant B. F., Hasin D. S., Blanco C., Stinson F. S., Chou S. P., Goldstein, R. B & Huang B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(11), 1351-1361. 10.4088/jcp.v66n1102
- Guo S., Deng W., Wang H., Liu J., Liu X., Yang X. & Li X. (2021). The efficacy of internet-based cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(3), 656-668. <https://doi.org/10.1002/cpp.2528>
- Heimberg R. G. & Becker R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. Guilford Press.
- Heimberg R. G., Brozovich F. A. & Rapee R. M. (2014). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder. İçinde Hofmann, S. G. ve BiBartolo, P.M. (Eds.). *Social Anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (3.Baskı) (s. 705-728). Academic Press.
- Hofmann S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 193-209. <https://doi.org/10.1080/16506070701421313>
- Hofmann S. G. & Bögels S. M. (2006). Recent advances in the treatment of social phobia: Introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(1), 3-5. <https://doi.org/10.1891/jcop.20.1.3>
- Hofmann S. G. & Otto M. W. (2018). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence-based and disorder-specific treatment techniques* (2.baskı). Routledge.

- Hofmann S. G., Anu Asnaani M. A. & Hinton D. E. (2010). Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1117-1127. <https://doi.org/10.1002/da.20759>
- Jazaieri H., Morrison A. S., Goldin P. R. & Gross J. J. (2015). The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Current Psychiatry Reports*, 17, 1-9. 10.1007/s11920-014-0531-3
- Jefferies P. & Ungar M. (2020). Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *PLoS One*, 15(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239133>
- Katzman M. A., Bleau P., Blier P., Chokka P., Kjernisted K. & Van Ameringen M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-83. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
- Keller M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 85-94. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s417.6.x>
- Keller M. B. (2006). Social anxiety disorder clinical course and outcome: review of Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP) findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 14.
- Kerr-Gaffney J., Harrison A. & Tchanturia K. (2018). Social anxiety in the eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(15), 2477-2491. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000752>
- Kessler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas, K. R. & Walters E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kobezak H. M. & Gibb B. E. (2020). Prospective associations between social anxiety and depression in youth: The moderating role of maternal major depressive disorder. *Journal of Adolescence*, 82, 19-22. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.05.003>
- Koyuncu A., İnce E., Ertekin E. & Tükel R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in Context*, 8. 10.7573/dic.212573
- Ledley D. R., Foa E. B. & Huppert J. D. (2006). *Comprehensive cognitive behavior therapy for social phobia: A treatment manual*. <https://www.div12.org/wpcontent/uploads/2014/09/Comprehensive-CBT-for-Social-Phobia-manual.pdf>
- Leichsenring F. & Leweke F. (2017). Social anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(23), 2255-2264. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1614701>
- Leichsenring F., Salzer S., Beutel M. E., Herpertz S., Hiller W., Hoyer J. & Leibing E. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 759-767. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12081125>
- Levinson C. A. & Rodebaugh T. L. (2012). Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Eating Behaviors*, 13(1), 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.11.006>
- Lim M. H., Rodebaugh T. L., Zyphur M. J. & Gleeson J. F. (2016). Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), 620-630. <https://doi.org/10.1037/abn0000162>
- Linardon J., Torous J., Firth J., Cuijpers P., Messer M. & Fuller-Tyszkiewicz M. (2024). Current evidence on the efficacy of mental health smartphone apps for symptoms of depression and anxiety. A meta-analysis of 176 randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 23(1), 139-149. 10.1002/wps.21183
- Lydiard R. B. (2001). Social anxiety disorder: comorbidity and its implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 17-24.
- MacKenzie, M. B. & Fowler K. F. (2013). Social anxiety disorder in the Canadian population: Exploring gender differences in sociodemographic profile. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 427-434. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.05.006>
- Maes M., Nelemans, S. A., Danneel S., Fernández-Castilla, B., van den Noortgate, W., Goossens L. & Vanhalst J. (2019). Loneliness and social anxiety across childhood and adolescence: Multilevel meta-

- analyses of cross-sectional and longitudinal associations. *Developmental Psychology*, 55(7), 1548-1565. <https://doi.org/10.1037/dev0000719>
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E. & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 368-376. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70329-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3)
- Miloyan B. & Van Doorn G. (2019). Longitudinal association between social anxiety disorder and incident alcohol use disorder: results from two national samples of US adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(4), 469-475. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1569-z>
- Norton P. J. & Price E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 521-531. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a>
- Olfson M., Guardino, M., Struening, E., Schneier, F. R., Hellman, F., & Klein, D. F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 521-527.
- Park C., Majeed A., Gill H., Tamura J., Ho R. C., Mansur R. B. & McIntyre, R. S. (2020). The effect of loneliness on distinct health outcomes: a comprehensive review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 294, 113514. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113514>
- Patel T. A., Schubert F. T., Hom M. A. & Cougle J. R. (2022). Correlates of treatment seeking in individuals with social anxiety disorder: Findings from a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 91, <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102616>
- Peker M., & Akkuş K. (2024). Fear of positive evaluation differentially predicts social anxiety: a six-month longitudinal panel study. *Current Psychology*, 43(4), 3621-3631. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04597-y>
- Pelissolo A., Abou Kassm S. & Delhay L. (2019). Therapeutic strategies for social anxiety disorder: where are we now?. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 19(12), 1179-1189. <https://doi.org/10.1080/14737175.2019.1666713>
- Pilling S., Mayo-Wilson E., Mavranouzouli I., Kew K., Taylor C. & Clark D. M. (2013). Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder: summary of NICE guidance. *Bmj*, 346. doi: 10.1136/bmj.f2541
- Powers M. B., Sigmarsson S. R. & Emmelkamp P. M. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(2), 94-113. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.2.94>
- Ruscio A. M., Brown T. A., Chiu W. T., Sareen J., Stein M. B. & Kessler R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(1), 15-28. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001699>
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., Asmundson, G. J., Ten Have, M. & Stein, M. B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1249-1257. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.11.1249>
- Schneier F. R. (2006). Social anxiety disorder. *The New England Journal of Medicine*. 55, 1029-36.
- Solmi M., Radua J., Olivola M., Croce E., Soardo L., Salazar de Pablo G. & Fusar-Poli P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281-295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Spence S. H., & Rapee R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 50-67. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.007>
- Stangier U. (2016). New developments in cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1-8. [10.1007/s11920-016-0667-4](https://doi.org/10.1007/s11920-016-0667-4)



- Stein D. J., Lim C. C., Roest A. M., de Jonge P., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A. & Scott K. M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15(1), 1-21. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
- Stein M. B. (2006). An epidemiologic perspective on social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 3–8.
- Stein M. B. & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)
- Stein M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R. & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 251-256. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.3.251>
- Steinert, C., Hofmann, M., Leichsenring, F. & Kruse, J. (2013). What do we know today about the prospective long-term course of social anxiety disorder? A systematic literature review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(7), 692-702. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.08.002>
- Sun J., Dong Q. X., Wang S. W., Zheng Y. B., Liu X. X., Lu T. S. & Han, Y. (2023). Artificial intelligence in psychiatry research, diagnosis, and therapy. *Asian Journal of Psychiatry*, 103705. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103705>
- Swinbourne J. M. ve Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(4), 253-274. <https://doi.org/10.1002/erv.784>
- Taylor S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(1), 1-9. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(95\)00058-5](https://doi.org/10.1016/0005-7916(95)00058-5)
- Tolin D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710-720. [10.1016/j.cpr.2010.05.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003)
- Van Dis E. A., Van Veen S. C., Hagenaaars M. A., Batelaan, N. M., Bockting C. L., van den Heuvel, R. M., & Engelhard I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265-273. [10.1001/jamapsychiatry.2019.3986](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986)
- Wang F., Gao Y., Han Z., Yu Y., Long Z., Jiang X. & Zhao Y. (2023). A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nature Human Behaviour*, 7(8), 1307-1319. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01617-6>
- Weeks J. W. & Howell A. N. (2014). Fear of positive evaluation: The neglected fear domain in social anxiety. içinde *The Wiley Blackwell handbook of social anxiety disorder* (433-453).
- Weeks J. W., Heimberg R. G., Rodebaugh T. L., Goldin P. R. & Gross J. J. (2012). Psychometric evaluation of the Fear of Positive Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 24(2), 301-312. <https://doi.org/10.1037/a0025723>
- Werner K. H., Goldin P. R., Ball T. M., Heimberg R. G. & Gross J. J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 346-354. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10862-011-9225-x>
- Wersebe H., Sijbrandij M. & Cuijpers P. (2013). Psychological group-treatments of social anxiety disorder: a meta-analysis. *PloS one*, 8(11), e79034. [10.1371/journal.pone.0079034](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079034)
- Wong Q. J., & Rapee R. M. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complementary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*, 203, 84-100. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.069>
- Yalçın M. & Sütcü S. (2016). Yetişkinlerde sosyal fobinin tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Ek 1), 61-78. [doi:10.18863/pgy.28154](https://doi.org/10.18863/pgy.28154)
- Zimmerman M., McGlinchey J. B., Chelminski I. & Young D. (2008). Diagnostic co-morbidity in 2300 psychiatric out-patients presenting for treatment evaluated with a semi-structured diagnostic interview. *Psychological Medicine*, 38(2), 199-210. [doi/10.1017/S0033291707001717](https://doi.org/10.1017/S0033291707001717)