

T.C.  
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

KABUL VE KARARLIK TERAPİSİ'NİN SOSYAL  
KAYGI BOZUKLUĞU YAŞAYAN YETİŞKİNLERDEKİ  
ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI: TEK DENEKLİ  
DENEYSEL ÇALIŞMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Rumeysa YILDIZ

İstanbul  
Temmuz-2024

T.C.  
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

KABUL VE KARARLIK TERAPİSİ'NİN SOSYAL KAYGI  
BOZUKLUĞU YAŞAYAN YETİŞKİNLERDEKİ ETKİLERİNİN  
ARAŞTIRILMASI: TEK DENEKLİ DENEYSEL ÇALIŞMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Rumeysa YILDIZ

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Kaasım Fatih YAVUZ

İstanbul  
Temmuz-2024

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Kaasım Fatih YAVUZ

Üye Doç. Dr. Yusuf BİLGE

Üye Dr. Öğr. Üyesi Gülşah BALABAN

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER  
Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Kabul ve Kararlık Terapisi’nin Sosyal Kaygı Bozukluğu Yaşayan Yetişkinlerdeki Etkilerinin Araştırılması: Tek Denekli Deneysel Çalışma**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Rumeysa YILDIZ

## ÖN SÖZ

2019 yılında, henüz lisans üçüncü sınıf öğrencisi iken hayatımda bu denli bir rolünün olacağından habersiz tanıştığım ve sonrasında yollarımızın ayrılmadığı, öğrettiği ve aktardığı sayısız tecrübenin yanı sıra hayatımdaki pek çok farklı rolüyle rehberliği, ilgisi, şefkati ve koruyucu tavrıyla varlığına şükrettiğim, hayatımın her alanında ve evresinde desteğini üzerimden çekmediği gibi tez sürecimde de desteğini eksik etmeyen ve sürecimi sahiplenen, çok kıymetli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. K. Fatih YAVUZ'a, üzerimdeki emekleri, hayata dair öğrettikleri ve vesile olduğu her şey için teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen, her evresine titizlikle yaklaşan ve tecrübelerini aktarmaktan çekinmeyen, zaman zaman kendisini fazlaca darlamama rağmen sabırla ilgilenen, kendisinden çok şey öğrendiğim süpervizörüm, aynı çatı altında çalışmaktan mutluluk duyduğum çok sevgili Dr. Ahmet NALBANT'a,

Terapistlik yolculuğumda her birinin dokunuşları olan, tez çalışmam kapsamında ihtiyacım olan süpervizörlük desteğini tüm yoğunluklarına rağmen kabul eden ve benim için yeri çok ayrı olan ve üyesi olmaktan gurur duyduğum canım TÜRBAD'ın değerli üyeleri abilerim, ablalarım ve arkadaşlarım olan; Doç.Dr. Sevinç ULUSOY'a, Klin. Psik. Seher CÖMERTOĞLU YALÇIN'a, Dr. Şengül İLKAY'a, Dr. Merve TERZİOĞLU'na, Dr. F. Betül ESEN'e, Dr. F. Bahadır ALPTEKİN'e, Dr. Zülal ÇELİK'e, Dr. Veysel GÜLEÇ'e, Dr. Ahmet NALBANT'a ve Dr. E. Denizhan RAMAKAN'a,

Tez sürecimi kolaylaştıran ve tüm sürecime şahitlik eden, birlikte olmaktan mutluluk duyduğum, öncelikle aynı odayı paylaştığım sevgili Seher CÖMERTOĞLU YALÇIN'A, Şerife ÖNAL'a, Havvanur UYSAL AKDEMİR'e ve Eda AKSOY'a, ardından tüm BAĞDAM ekibine,

Her biri "arkadaş" sıfatının da önüne geçen, varlıklarıyla güç bulduğum, zorlandığım her anda yanımda oldukları gibi bu sürecimde de beni yalnız bırakmayan, birlikte pek çok dolu dolu ana şahitlik ettiğim ve daima gelecek hayallerimin içinde olan çok kıymetli arkadaşlarım, sevgili Gülten KAPLAN'a, Elisanur ÇANKAYA'ya, Deniz ÇELİK'e ve meslektaşım Havvanur UYSAL AKDEMİR'e,

Hayatımın en canlı anlarına eşlik eden, tüm sevinçlerime ortak olup, zorlandığım anların en büyük destekçisi olan, varlığı için şükrettiğim ve hayat yolculuğumda daima olmasını dilediğim, sürecimi içtenlik ve büyük bir fedakarlıkla destekleyen, sabrı için minnettar olduğum sevgili nişanlım Mücahit KARANFİL'e,

Dünayaya gözümü açtığım andan itibaren benim için hiçbir çabadan geri durmayan, ihtiyaç duyduğum her anda sınıksız sarılan, verdiğim her kararda beni destekleyen, bugünlere gelmemi sağlayan ve sevgi dolu bir hayat sürmeme neden olan çok kıymetli babam Bilal YILDIZ'a, annem Gülten YILDIZ'a, biricik abim Abdülsamet YILDIZ'a ve biricğim, canım kardeşim E. Feyza YILDIZ'a,

Ve, önem verdiklerim için çaba göstermeyi en çok ondan öğrendiğim, bugünlere gelmemde emeği büyük olan, bana daima yaşam enerjisi veren ve maalesef bu dünyadan yolcu etmek zorunda kaldığım canım teyzem, rahmetli Yüksel ALTUN'a  
Sonsuz teşekkürlerimle...

**Rumeysa YILDIZ**

**İstanbul-2024**

## ÖZET

# KABUL VE KARARLIK TERAPİSİ'NİN SOSYAL KAYGI BOZUKLUĞU YAŞAYAN YETİŞKİNLERDEKİ ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI: TEK DENEKLİ DENEYSSEL ÇALIŞMA

**Rumeysa YILDIZ**

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kaasım Fatih YAVUZ

Temmuz-2024, 97 Sayfa

Bu araştırmanın amacı, Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin sosyal kaygı bozukluğu yaşayan kişilerin sosyal işlevsellik ve psikolojik esneklik seviyelerine etkilerini tek denekli deneysel desen çerçevesinde değerlendirmektir. Bu kapsamda, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan beş yetişkin bireye on seanslık bireysel Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulanmıştır. Katılımcılara terapi süresince her gün çevrimiçi platformlar üzerinden araştırmacı tarafından kişilerin zorlandıkları meseleye yönelik hazırlanan sorular gönderilmiş ve araştırmanın başında, ortasında ve sonunda, Çok Boyutlu Psikolojik Esneklik Envanteri (ÇBPEE), Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ), Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) ve terapi seanslarını değerlendirmeye yönelik Danışan Memnuniyeti Ölçeği-8 (DMÖ-8) uygulanmıştır. Süpervizörler tarafından seansları değerlendirmek üzere Seans Değerlendirme Formu ve ACT'e Sadakat Ölçeği (ACT-SÖ) kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre, tüm katılımcıların LSFBÖ sosyal kaygı ve kaçınma puanları son ölçümlerinde güvenilir şekilde azalma göstermiştir. Psikolojik esneklik ve katılık sonuçları incelendiğinde, tüm katılımcıların ÇBPEE'ye göre psikolojik katılık düzeyleri son ölçümlerde güvenilir şekilde azalma göstermiştir. Psikolojik esneklik puanları ise bir katılımcı hariç hepsinde güvenilir şekilde artış göstermiştir. Katılımcıların SİÖ'nün kişilerarası ilişkiler alt boyutundaki değişimlerini değerlendirmeyi amaçlayan analizin sonuçlarına göre, katılımcıların kişiler arası işlevsellik puanlarında güvenilir bir değişiklik gözlenmemiştir. Seansların sonlanmasının ardından katılımcılara uygulanan DMÖ-8 puanları incelendiğinde, ölçeğe verilen yanıtların ortalaması 30.75 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların günlük ölçümlere verdikleri yanıtlara göre, kaygı seviyesi ve kaçınma düzeylerindeki değişimler anlamlı bulunmamıştır. Birinci

katılımcının an'la temas ve değer odaklı davranış puanlarında anlamlı şekilde azalma, üçüncü katılımcının ise an ile temas düzeylerinde anlamlı bir azalma meydana gelmiştir. Diğer katılımcıların an ile temas ve değer odaklı davranış puanlarında anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Araştırmanın bulguları güncel literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sosyal kaygı bozukluğu, kabul ve kararlılık terapisi, tek denekli deneysel çalışma



**ABSTRACT**

**INVESTIGATION OF THE EFFECTS IN ACCEPTANCE AND  
COMMITMENT THERAPY ON ADULTS WITH SOCIAL  
ANXIETY DISORDER : A SINGLE CASE EXPERIMENTAL  
STUDY**

**Rumeysa YILDIZ**

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Prof. Dr. Fatih YAVUZ

July-2024, 97 Pages

This study aims to investigate the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the levels of social functioning and psychological flexibility in individuals with social anxiety disorder within a single-subject experimental design. In this context, ten sessions of individual ACT were provided to five adult individuals who met the inclusion criteria. During the therapy, participants received questions prepared by the researcher regarding their challenging issues via online platforms every day. At the beginning, middle, and end of the study, the participants completed the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI), the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), the Social Functioning Scale (SFS), and the Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8) to evaluate the therapy sessions. Supervisors used the Session Rating Scale and the ACT Fidelity Scale to assess the sessions.

According to the result of the study, all participants showed a reliable decrease in their LSAS social anxiety and avoidance scores in the final measurements. While examining psychological flexibility and rigidity results, all participants demonstrated a reliable reduction in psychological rigidity levels according to the MPFI in the final measurements. Psychological flexibility scores showed a reliable increase in all but one participant. The results of the analysis evaluating changes in the interpersonal relationships subscale of the SFS indicated that there was no reliable change in participants' interpersonal functioning scores. The CSQ-8 scores obtained after the completion of the sessions revealed an average response score of 30.75. According to participants' daily responses, changes in anxiety levels and avoidance were not found to be significant. The first participant showed a statistically significant decrease in

present-moment awareness and value-driven behavior scores, while the third participant exhibited a statistically significant decrease in present-moment awareness levels. No significant changes were observed in present-moment awareness and value-driven behavior scores for the other participants. The findings of the study were discussed in the context of the current literature.

**Keywords:** Social anxiety disorder, acceptance and commitment therapy, single case experimental design



# İÇİNDEKİLER

<b>TEZ ONAYI</b> .....	<b>i</b>
<b>BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>xiii</b>

## **BİRİNCİ BÖLÜM**

<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Amaç .....	3
1.2. Araştırmanın Önemi.....	4
1.3. Varsayımlar .....	4
1.4. Sınırlılıklar.....	5
1.5. Tanımlar .....	5

## **İKİNCİ BÖLÜM**

<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Sosyal Kaygı Bozukluğu .....	6
2.2. Epidemiyoloji .....	8
2.3. Etiyoloji .....	9
2.3.1. Genetik ve Biyolojik Etkenler .....	9
2.3.2. Psikolojik Etkenler .....	10
2.3.3. Çevresel Etkenler .....	12
2.4. Tedavi Yöntemleri .....	13
2.4.1. Farmakolojik Tedavi .....	13
2.4.2. Psikososyal Müdahaleler .....	14
2.5. Kabul ve Kararlılık Terapisi .....	15

2.5.1. İşlevsel Bağlamsalcılık.....	15
2.5.2. İlişkisel Çerçeve Kuramı .....	15
2.5.3. Psikolojik Katılık Modeli .....	17
2.5.4. Psikolojik Esneklik Modeli .....	19
2.6. Kabul ve Kararlılık Terapisi ve Sosyal Kaygı Bozukluğu .....	20
2.7. Psikoterapinin Bireyselleştirilmesi .....	22

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

<b>YÖNTEM.....</b>	<b>23</b>
3.1. Evren ve Örneklem .....	24
3.2. Veri Toplama Araçları .....	24
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	25
3.2.2. Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ) .....	25
3.2.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği(SİÖ).....	25
3.2.4. Çok Boyutlu Psikolojik Esneklik Envanteri (ÇBPEE) .....	25
3.2.5. Danışan Memnuniyeti Ölçeği-8 (DMÖ-8) .....	26
3.2.6. Seans Değerlendirme Formu .....	26
3.2.7. ACT'e Sadakat Ölçeği (ACT-SÖ) .....	26
3.2.8. Günlük Ölçümler.....	27
3.3. İşlem.....	27
3.4. Veri Analizi .....	28

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

<b>BULGULAR .....</b>	<b>31</b>
-----------------------	-----------

## BEŞİNCİ BÖLÜM

<b>TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>56</b>
5.1. Sosyodemografik Bulguların Değerlendirilmesi .....	56
5.2. Hipotezlerinin Değerlendirilmesi.....	56
5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	65
5.4. Sonuç .....	65

<b>KAYNAKÇA</b> .....	<b>68</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>81</b>
EK-1: Sosyodemografik Veri Formu.....	81
EK-2: Çok Boyutlu Psikolojik Esneklik Envanteri .....	82
EK-3: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği .....	85
EK-4: Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) .....	86
EK-5: ACT'e Sadakat Ölçeği.....	91
EK-6: Danışan Memnuniyet Ölçeği – 8 (1 sayfa) .....	93
EK-7: Seans Değerlendirme Formu.....	94
EK-8: Karar Tebliği.....	95
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>97</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1:	Sosyodemografik Özellikler .....	31
Tablo 4.2:	Psikolojik Esneklik .....	32
Tablo 4.3:	Psikolojik Katılık.....	33
Tablo 4.4:	LSFBÖ – Kaygı Ölçümleri RCI Değerleri .....	34
Tablo 4.5:	LSFBÖ Kaçınma Ölçümleri RCI Değerleri.....	34
Tablo 4.6:	SİÖ-Kişilerarası İlişkiler.....	35
Tablo 4.7:	Kaygı Seviyesi .....	36
Tablo 4.8:	Kaygı Seviyesi .....	37
Tablo 4.9:	Kaygı Seviyesi .....	38
Tablo 4.10:	Kaygı Seviyesi .....	39
Tablo 4.11:	Kaçınma Düzeyi.....	40
Tablo 4.12:	Kaçınma Düzeyi.....	41
Tablo 4.13:	Kaçınma Düzeyi.....	42
Tablo 4.14:	Kaçınma Düzeyi.....	43
Tablo 4.15:	An ile temas düzeyi .....	44
Tablo 4.16:	An ile temas düzeyi .....	46
Tablo 4.17:	An ile temas düzeyi .....	48
Tablo 4.18:	An ile temas düzeyi .....	50
Tablo 4.19:	Değer odaklı davranış düzeyi.....	51
Tablo 4.20:	Değer odaklı davranış düzeyi.....	52
Tablo 4.21:	Değer odaklı davranış düzeyi.....	53
Tablo 4.22:	Değer odaklı davranış düzeyi.....	54
Tablo 4.23:	Tau-Günlük Ölçümler .....	54
Tablo 4.24:	RCI .....	54
Tablo 4.25:	Danışan Memnuniyet Ölçeği-8'e Dair Ölçümler.....	55

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Kabul ve Kararlılık Terapisinin Psikolojik Katılık Modeli .....	17
Şekil 2.2: Kabul ve Kararlılık Terapisinin Psikolojik Esneklik Modeli.....	19
Şekil 4.1: Katılımcı 1- Kaygı Seviyesi .....	36
Şekil 4.2: Katılımcı 2- Kaygı Seviyesi .....	37
Şekil 4.3: Katılımcı 3- Kaygı Seviyesi .....	38
Şekil 4.4: Katılımcı 4- Kaygı Seviyesi .....	39
Şekil 4.5: Katılımcı 1- Kaçınma Düzeyi .....	40
Şekil 4.6: Katılımcı 2- Kaçınma Düzeyi .....	41
Şekil 4.7: Katılımcı 3- Kaçınma Düzeyi .....	42
Şekil 4.8: Katılımcı 4- Kaçınma Düzeyi .....	43
Şekil 4.9: An ile temas.....	44
Şekil 4.10: Anla temas.....	45
Şekil 4.11: Anla Temas .....	47
Şekil 4.12: Anla Temas .....	49
Şekil 4.13: Değer Odaklı Davranış .....	50
Şekil 4.14: Değer Odaklı Davranış .....	51
Şekil 4.15: Değer Odaklı Davranış .....	52
Şekil 4.16: Değer Odaklı Davranış .....	53

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

Sosyal kaygı bozukluğu (SKB); performans sergilenebilecek sosyal ortamlarda utanma veya küçük düşme korkusu olup bu durumlardan kaçınma ile tanımlanır. Bu durum bireylerin sosyal yaşamları, özel ve iş hayatları gibi çeşitli alanlarda belirgin sıkıntı ile ilişkilidir (Herbert ve Dalrymple, 2005: 368-372). Sosyal fobi olarak da bilinen sosyal kaygı bozukluğu Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) dördüncü gözden geçirme baskısı DSM IV- TR' de “utanma ve aşağılanma yaşanabilecek performans gerektiren veya sosyal durumlarda yaşanan, belirgin ve sürekli bir korku hali” olarak tanımlanmıştır. Bireyler olumsuz değerlendirileceğinden veya kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar ve söz konusu toplumsal durumlardan kaçınır veya yoğun bir korku ya da kaygı ile bu durumlara katlanır (APA, Ruhsal bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, DSM-IV-TR, 2001). DSM-V'te “Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları” başlığı altında “Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)” olarak yer almaktadır (APA, 2014).

Sosyal kaygı, pek çok bağlamda ortaya çıkabilmektedir. Holt, Heimberg, Hope ve Liebowitz (1992), sosyal kaygının ortaya çıkabileceği durumları 4 kategoride sınıflandırmayı ileri sürmüşlerdir. Bu kategorilerden ilki; topluluk önünde konuşma yapma, sahnede performans sergileme gibi resmi konuşma yapma ve etkileşimi içeren durumlardır. İkinci kategori; yeni birisiyle tanışma, bir partiye katılma gibi resmi olmayan konuşma ve etkileşimleri içermektedir. Üçüncü kategori; aynı fikirde olmadığını belirtme, alınan bir ürünü iade etme vb. gibi atılganlık gerektiren eylemleri içermektedir. Dördüncü kategori ise bireylerin çalışma, yazma veya yemek yeme gibi davranışları gerçekleştirirken başkaları tarafından izlendikleri durumları içermektedir. Bu kategorilerin ortak noktası, başkalarının birisini izlemeleri ve değerlendirmeleri sonucu ortaya çıkmalarıdır. (Holt vd. 1992: 63-77).

SKB, psikolojik zorlanmalar içerisinde en sık rastlanan ilk dört zorlanma arasında yer almaktadır (Sadock, Ahmad, Sadock, 2016). Araştırmalar, SKB' nin yaşam boyu

yaygınlığını %2.8–13.0 olarak göstermektedir. SKB'nun başlangıç yaşı genellikle 13 ile 15 yaşları arasında değişmektedir (Ertan, 2008: 25-30).

Sosyal durumlarda kaygılanma ve bu durumlardan kaçınma, bireylerin hayatlarına yeni birini alamama, romantik ilişkisinin olma olasılığının düşük olması, cinsel etkileşimde zorluk yaşama, mesleki zorlanmalar, daha az sosyal desteğin olması ve düşük yaşam kalitesi gibi pek çok alanda bireylerin işlevselliğini etkiler (Bodinger, vd. 2002: 874-879, Davidson vd.1994: 975-983, Schneier vd. 1994: 322-331).

Mevcut çalışmalar, psikoterapi ve ilaç tedavisinin pek çok kaygı bozukluğunun tedavisinde eşit ölçüde etkili olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda her iki tedavi yönteminin birlikte kullanımının yalnızca birinin kullanımına oranla daha etkili olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Prajapati, 2014: 50-61).

Literatürdeki birçok çalışma, sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin yüksek düzeyde yaşantısal kaçınmaya sahip olduğunu göstermiştir (Kashdan vd. 2013: 122-645, Soltani vd. 2016:10). Bazı çalışmalar bu kişilerin istenmeyen içsel yaşantılara ve olaylara karşı hassasiyet gösterdiklerini ve bu durumun da onların içsel yaşantılarından kaçınmalarıyla bağlantılı olduğunu öne sürmektedir (Hayes vd. 1996,64).

Pek çok çalışmada kabul ve kararlılık terapisinin (ACT) (Hayes Strosahl ve Wilson, 1999) sosyal kaygı bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Roohi vd. 2019: 173-187, Khoramnia vd. 2020: 30-38, Dalrymple ve Herbert, 2007: 543-568, Yadegari ve Hashemiyani, 2014: 395-403). ACT'in temel varsayımı kişilerin istenmeyen içsel yaşantılarını değiştirmeye veya onlardan kurtulmaya çalışmanın etkisiz olduğu hatta bu durumun çoğunlukla sorunu daha da arttırdığıdır. ACT'in amacı, kişilerin psikolojik esnekliklerini artırmak ve değerleriyle uyumlu davranış değişikliği sağlamaktır. Bu doğrultuda kendinelik, istenmeyen içsel yaşantılara yer açma ve düşüncelerden ayrışma becerisi olan bilişsel ayrışma becerilerini geliştirmeyi hedefler (Hayes, Strosahl ve Wilson, 1999:).

ACT'in klinik sorunlara yaklaşımı transdiagnostik bir özellik gösterir. Bu sebeple psikopatoloji modeli olarak tanımlanmış olan *psikolojik katılık* (psychological inflexibility) tanısal sınıflandırmaların ötesinde kişiye özel bir formülasyon geliştirilmesini sağlar.

Psikoterapilerde değişim süreçleriyle ilgili yapılan çalışmalar, bu becerilerden kabul ve bilişsel ayrışmadaki artışın tedavi sonuçlarını önemli lde etkilediğini göstermektedir. (Gifford vd. 2011: 700-715, Hesser vd. 2009: 523-528).

Günümüzde, psikoterapilerdeki değişim süreçlerine odaklanma meselesi önemli hale gelmiştir. Ve değişim süreçlerini esas alan tedavi modelleri ile birlikte psikoterapinin bireyselleştirilmesi hususu önem kazanmıştır (Hofmann, Hayes, 2019:37-50). Psikoterapilerdeki sürece dayalı yaklaşım, randomize kontrollü çalışmada kullanılan grup düzeyindeki analizlerin bireysel değişimleri değerlendirmede yeterli olmadığı yaklaşımının kabul görmesiyle birlikte önem kazanmıştır (Molenaar, 2004:201-218). Tek denekli deneysel alışmalar (TDD), müdahalelerin kişi içi değişimini anlama noktasında kullanılan deneysel çalışmalardır. Bu tasarımlar, büyük lekli RCT'lere göre daha ekonomik olup, fazla sayıda katılımcıya imkan vermeyen ortamlarda veya popülasyonlarda araştırma yapmak için güzel bir seçenektir. (Kratochwill ve Levin, 2014).

ACT, SKB yaşayan kişilerin zorlandıkları duygu veya düşüncelerinden kurtulmaya çalışmaları yerine onlarla esnek bir ilişki içinde kalabilmelerine yardımcı olarak yaşantısal kaçınmaya müdahale eder. Böylece kişilerin işlevsellik ve psikolojik esnekliklerinin artacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda ACT'in kişiye özel formülasyonu sayesinde müdahalelerin bireysel etkisinin tespit edilebileceği düşünülmektedir.

### **1.1. Amaç**

Sosyal kaygı bozukluğuna sahip kişilerin yaşam kalitelerindeki ve işlevselliklerindeki düşüş göz önünde bulundurulduğunda bu boyutlara yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi oldukça önem arz etmektedir. Tedavi etkililiği değerlendirilirken gözden kaçırılmaması gereken meselelerden biri, bireyler arasındaki farklılıkların önemsenmesi ve aynı bireyin davranışlarının zaman içinde nasıl değiştiğinin daha iyi anlaşılmasının gerekliliğidir.

Bu araştırmanın amacı sosyal kaygı bozukluğuna sahip bireylere Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulanmasının ardından bireylerin sosyal işlevselliklerindeki ve psikolojik esnekliklerindeki müdahaleye bağlı kişi içi değişimleri incelemektir. Bir diğer amaç ise Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin psikopatoloji modelini oluşturan psikolojik

katılığın 6 boyutunun her birine yönelik müdahalelerin kişi üzerindeki etkilerini değerlendirmektedir.

Bu bağlamda araştırmanın hipotezleri şunlardır:

- 1) On seanslık bireysel Kabul ve Kararlılık Terapisi müdahalesi sonrasında sosyal kaygı bozukluğu yaşayan kişilerin psikolojik esnekliklerinde artış gözlenir.
- 2) On seanslık bireysel Kabul ve Kararlılık Terapisi müdahalesi sonrasında sosyal kaygı bozukluğu yaşayan kişilerin sosyal işlevselliklerinde artış gözlenir.
- 3) On seanslık bireysel Kabul ve Kararlılık Terapisi müdahalesi sırasında katılımcıların sosyal işlevselliklerinde kişi içi zamansal ölçümlerde müdahaleye bağlı günden güne değişiklik gözlenir.
- 4) On seanslık bireysel Kabul ve Kararlılık Terapisi müdahalesi sırasında Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin psikolojik esneklik modelinin müdahale etmediğimiz boyutlarında da değişiklikler gözlenir.

## **1.2. Araştırmanın Önemi**

Literatür incelendiğinde, SKB'ye yönelik müdahale çalışmalarını, bireyselleştirilmiş yöntemlerle inceleyen az sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu alandaki eksiklik SKB'ye yönelik etkililik araştırmalarında değişim süreçlerini anlamamız noktasında yetersiz kalmaktadır.

Araştırmamız, katılımcılara bir protokole bağlı kalmadan ihtiyaçlarına özgü müdahalelerin uygulanmasına, uygulanan müdahalelerin kişi üzerindeki bireysel değişimlerinin değerlendirilmesine, verilerin düzenli tekrarlı toplanmasına ve müdahalelerin sonunda verilerin idiyografik yöntemlerle analiz edilmesine olanak tanınmasından ötürü psikoterapi çalışmalarının gelişmesi için önemlidir.

## **1.3. Varsayımlar**

Araştırmamızda kullanılan ölçüm araçlarının geçerli olduğu, araştırmanın amacına uygun olarak kullanıldığı ve katılımcı yanıtlarının güvenilir olduğu varsayılmıştır. Seçilmiş olan örneklem grubunun sosyal kaygı bozukluğu popülasyonunu temsil edebilecek bir örneklem olduğu varsayılmıştır.

#### **1.4. Sınırlılıklar**

Araştırmamıza, araştırma ilanına dönüş yapan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 5 katılımcı dahil edilmiş olup bir tanesi ikinci seanstan sonra terapi sürecine devam etmek istemediğini belirtmiştir ve araştırmaya 4 katılımcı ile devam edilmiştir. Araştırma örnekleminin sadece kadın katılımcılardan oluşması araştırmanın önemli sınırlılığıdır. Uygulanan müdahalenin erkek katılımcılar üzerindeki etkilerini değerlendirmek mümkün olamayacaktır.

Araştırma sonucunda edinilen bilgiler 4 katılımcı ile sınırlıdır.

Araştırmada, günlük olarak gönderilen 4 sorunun araştırmacı tarafından hazırlanmış ve öz bildirim türünde olması sonuçların güvenilirliğini etkileyebilir.

Araştırmamızda uzun dönemli takip ölçümlerinin yer almaması, sonuçların sürdürülebilirliğinin değerlendirilmesine imkan vermemesinden ötürü önemli bir sınırlılıktır.

#### **1.5. Tanımlar**

Sosyal Kaygı Bozukluğu: Sosyal kaygı bozukluğu (SKB); performans gerektiren sosyal ortamlarda belirgin bir utanma veya küçük düşme korkusu olup bu durumlardan kaçınma ile tanımlanır (Herbert ve Dalrymple, 2005: 368-372).

Kabul ve Kararlılık Terapisi: Bireylerin psikolojik esnekliklerini geliştirerek anlamlı bir yaşam sürebilmelerini hedefleyen, kendinelik temelli bir terapi yaklaşımıdır (Hayes, Strosahl, ve Wilson, 2012).

## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Sosyal Kaygı Bozukluğu

Sosyal kaygı bozukluğu (SKB); performans sergilenebilecek sosyal ortamlarda utanma, küçük düşme ve aşağılanma korkusuyla bu durumlardan kaçınma ile tanımlanır. Bu durum bireylerin sosyal yaşamları, özel ve iş hayatları gibi çeşitli alanlarda belirgin sıkıntı ile ilişkilidir (Herbert ve Dalrymple, 2005: 368-372).

Sosyal kaygı bozukluğu psikiyatri literatüründe ilk kez “phobie des situations sociales” olarak 1903 yılında Pierre Janet tarafından kullanılmıştır (Janet, 1903, aktaran, Dilbaz, 1997: 18-24). 1980 yıllarına kadar belirgin derecede dikkat çekmeyen bu klinik durum 1980 yılında DSM-III’te bir tanı olarak yer almıştır (APA, 1980).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), beşinci edisyonunda (DSM-V) “Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları” başlığı altında “Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)” aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır:

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

*NOT: Çocuklarda kaygı yaşlılarının olduğu ortamda ortaya çıkmalı ve yalnızca erişkinlerle olan etkileşimler esnasında görülmemelidir.*

B. *Kişi olumsuz bir şekilde değerlendirilecek şekilde davranmaktan veya kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar.*

C. *Söz konusu durumlar hemen her zaman korku ya da kaygı doğurur.*

*NOT: Çocuklarda korku ya da kaygı ağlama, bağırp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşamama ile kendini gösterebilir.*

- D. Söz konusu sosyal durumlardan kaçınılır veya yoğun bir korku veya kaygı ile buna katlanılır.*
- E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre sosyo-kültürel bağlamda orantısızdır.*
- F. Korku kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur altı ay veya daha fazla sürer.*
- G. Korku kaygı ya da kaçınma, klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da sosyal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.*
- H. Korku kaygı ya da kaçınma, madde etkisine (örn. kötüye kullanılabilir bir ilaç) veya başka medikal sebeplere bağlanamaz.*
- İ. Korku kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm spektrumunda bir bozuklu gibi başka bir ruh sağlığı bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.*
- J. Sağlığı etkileyen başka bir durumla (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık veya yaralanmalarda kaynaklanan biçimsel bir bozukluk) bu korku kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilgisizdir ya da aşırı düzeydedir. (APA, Dsm-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı, 2014)*

Bireyler pek çok durumda sosyal kaygı yaşayabilirler. Holt, Heimberg, Hope ve Liebowitz (1992), sosyal kaygının ortaya çıkabileceği durumları 4 kategoride sınıflandırmışlardır. Bu kategorilerden ilki; topluluk önünde konuşma, sahnede performans sergileme gibi resmi konuşma yapma ve etkileşim içeren durumlardır. İkinci kategori; yeni birisiyle tanışma, bir partiye katılma gibi resmi olmayan konuşma ve etkileşimleri içermektedir. Üçüncü kategori aynı fikirde olmadığını belirtme, ürün iade etme vb. gibi atılganlık gerektiren eylemleri içerirken, dördüncü kategori ise bireylerin çalışma, yazma veya yemek yeme gibi davranışları gerçekleştirirken başkaları tarafından izlendikleri durumları içermektedir. Bu kategorilerin ortak

noktası, başkaları tarafından izlenme ve değerlendirme yapılması ihtimali sonucunda kaygının ortaya çıkmasıdır. (Holt vd.1992:63-77). SKB'ye sahip bireylerin en çok zorlandıkları durumların başında topluluk içinde konuşmak (%89.4) gelirken, en çok zorlandıkları ikinci durum yabancıların bulunduğu bir ortama girmektir (%63.1) (Sevinçok, 2000: 3-6).

SKB pek çok alt kategoride tanımlanabilir olsa da buna yönelik yaygın görüş SKB'nin "yaygın sosyal fobi" ve "özgül (yaygın olmayan) sosyal fobi" şeklinde iki ana kategoride tanımlanabileceğidir. Yaygın türde, bireylerin kaygıları, kendisine yabancı insanlarla göz kontağı kurma, hiyerarşik olarak üstünde olan insanlarla konuşma, karşı cinsle sohbet başlatma gibi neredeyse tüm sosyal aktivitelerde ortaya çıkmaktadır. Özgül türde ise bireylerin korku ve kaygıları belli sosyal ortam ya da durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bu bireyler, topluluk önünde konuşma gibi sadece belirli bir sosyal durumda kaygılanır ve bu durumlardan kaçınırlar (Rapee R. M., 1995; DSM-IV-TR , 2001).

Sosyal ortamlarda kaygılanma ve bu ortamlardan kaçınma, bireylerin sosyal çevrelerinin az olması, romantik ilişkisinin olma olasılığının düşük olması, hayatlarına yeni birini alamama, cinsel etkileşimde zorluk yaşama, mesleki zorlanmalar ve yaşam kalitesinin düşük olması gibi pek çok alanda işlevselliklerini etkilemektedir (Bodinger, ve diğerleri, 2002:874-879, Davidson vd. 1994: 975-983, Schneier vd. 1994: 322-331).

## **2.2. Epidemiyoloji**

SKB'nin epidemiyolojisini inceleyen pek çok çalışma mevcuttur. SKB'nin yaşamboyu yaygınlığının, travma sonrası stres bozukluğu,(%7), yaygın anksiyete bozukluğu (%6) ve panik bozukluk (%5) gibi diğer kaygı bozukluklarından daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Kessler, ve diğerleri, 2005: 593-602). SKB, psikolojik zorlanmalar içerisinde en sık rastlanan ilk dört arasında yer almaktadır (Sadock, Ahmad, Sadock, 2016). Kessler ve arkadaşları (2005) tarafından Amerikan Ulusal Eştanı Araştırması verilerine göre yapılan çalışmada SKB'nin bir yıllık yaygınlık oranı %7 yaşamboyu yaygınlığı ise %12.1 olarak bulunmuştur. Jefferies ve Ungar'ın (2020) SKB'nin 7 ülkedeki epidemiyolojisini araştırdıkları ve 6000 kişiyi dahil ettikleri çalışmada örneklemin %36'sının SKB kriterini karşıladığı görülmüştür. Stein ve arkadaşları (2017), SKB'nin yaşamboyu yaygınlığını incelemek için 28 ülkenin verilerinin dahil

edildiği bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Çalışmaya göre SKB'nin yaşamboyu yaygınlığı %4 olarak bulunmuştur (Stein ve ark.,2017). SKB'nin ülkemizdeki çocuk ve ergenlerdeki yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada, SKB'nin bu popülasyondaki yaygınlığı %3.9 olarak bulunmuştur (Demir, Karacetin, Demir, & Uysal, 2013).

SKB'nin cinsiyete göre yaygınlığını araştıran bir çalışmada yaşamboyu yaygınlığının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Kessler, ve diğerleri, 1994).

SKB tanılı 210 kişiyle gerçekleştirilen bir çalışmada örneklemin %69.1'i yaşadıkları zorlanmaların 18 yaşından önce başladığını bildirmiştir (Rosellini, Rutter, Bourgeois, Emmert-Aronson, & Brown, 2013). SKB'nin başlangıç yaşı Amerikan Ulusal Eşanı Araştırmasında 13 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu ile karşılaştırıldığında SKB'nin daha erken başladığını göstermektedir. (Kessler vd. 2005:593-602). Başlangıç yaşı genellikle tüm dünyada benzer sonuçları göstermektedir (Stein vd. 2017).

### **2.3. Etiyoloji**

Sosyal kaygının etiyojisine yönelik araştırmalar tek bir etkenden ziyade; genetik ve biyolojik, çevresel ve psikolojik faktörler olmak üzere birden çok etkenin sosyal kaygıya katkıda bulunduğunu ortaya koymaktadır.

#### **2.3.1. Genetik ve Biyolojik Etkenler**

SKB'de aile ve genetik aktarımını araştıran bir çalışmada, SKB'ye sahip bireylerin ailelerinde kontrol grubuna kıyasla SKB görülme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Reich ve Yates, 1988:72-75). Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tarzları ile çocuklardaki sosyal kaygı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada annelerin sosyal kaygısının çocukların sosyal kaygısını önemli ölçüde yordadığı bulunmuştur (Bögels vd. 2001:273-287). Fyer ve arkadaşlarının (1993) gerçekleştirdiği bir çalışmada, SKB olan bireylerin yakınlarının, olmayan bireylerin yakınlarına göre anlamlı ölçüde daha fazla risk altında olduğu bulunmuştur.

2014 yılında, sosyal kaygı semptomlarının yetişkin ve çocuklardaki etkilerini inceleyen bir meta-analizde, SKB'nin genetik etkenlerinin yetişkinlerde daha az

çocuklarda ise daha belirgin olduğu bulunmuştur. Bu durumun, yetişkin bireylerin çocuklara göre çevresel etkilere daha uzun süre maruz kalmasıyla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (Scaini, Belotti ve Ogliari, 2014: 650-656).

Biyolojik bakış açısına göre SKB'nin ortaya çıkmasında pek çok biyolojik faktör etkilidir. SKB ile ilişkilendirilen beyin yapıları arasında en çok araştırılanlar amigdala ve prefrontal korteks'tir. Furmank 2009'da, çevredeki tehditleri algılamada önemli olan amigdalanın SKB'nin etiyolojisinde etkili olduğunu ifade etmiştir. Buna ek olarak, amigdala gibi duyguları uyaran bölgelerin aktivasyonunda artış ve prefrontal korteks gibi duygu düzenlemede etkili olan bölgelerin aktivasyonlarındaki azalmanın SKB'de risk teşkil edebileceğini belirtmiştir.

Tillfors ve arkadaşları, (2001) yaptıkları bir çalışmada, bireylerin yalnızken ve sosyal kaygı yaşayabilecekleri bir görev içerisindeyken beyin aktivitelerini ölçmüşlerdir. Çalışmanın sonucunda görev sırasında bireylerin hipokampus ve amigdalalarındaki kan akışlarında artış olduğunu gözlemlemişlerdir. Bu da SKB'de bu iki bölgedeki aktivasyonda artış olduğu sonucunu doğurmuştur.

Caouette ve Guyer (2014) SKB'ye sahip çocuk ve ergenlerle yapılan beyin görüntüleme çalışmalarını gözden geçirmişlerdir. SKB'ye sahip ergenlerin, olmayanlara göre tehdit edici yüz ifadelerine maruz kaldıklarında amigdalalarında yüksek aktivasyon meydana geldiği sonucuna ulaşmışlardır. Ancak bu bulguların yaygın anksiyete bozukluğu olan çocuklarda yapılan çalışmadaki sonuçlara benzer olduğu görülmektedir. Onların da kontrol grubuna kıyasla tehdit edici uyaranlara karşı amigdala aktivasyonlarında artış olmuştur (Monk vd. 2008: 568-576).

Literatür incelendiğinde, SKB'de genetik faktörlerin rolü hakkında kesin sonuçlara varmak güçtür. Genetik etki çocukluk döneminde daha belirgin gibi görünse de genlerin paylaşılmayan çevreye göre göreceli katkısında gelişimsel değişiklikler görülmektedir.

### **2.3.2. Psikolojik Etkenler**

SKB'nin etiolojisinde birçok psikolojik etkenden bahsedilebilir. Çeşitli kuramlar sosyal kaygı bozukluğuna açıklanma getirmiş olmakla birlikte özellikle bilişsel ve davranışçı kuramlar ilgili literatürde hatırı sayılır bir birikime sahiptir.

Clark ve Wells (1995) sosyal kaygıya yönelik geliştirdikleri modelde, SKB'ye sahip kişilerin kendilerine ve dünyaya yönelik olumsuz varsayımlar geliştirdiğini ve bu varsayımların kişilerin sosyal durumlarda kaygılanmalarına sebep olduğunu öne sürmüşlerdir. Olumsuz değerlendirilme korkusunun sosyal kaygıyı sürdürmede etkili olduğunu ileri süren bir çalışmada olumsuz değerlendirilme korkusu olan ve olmayan kişilerle bir çalışma yapılmış ve olumsuz değerlendirileceğine dair korkusu olanların olmayanlara göre sosyal durumlarda daha çok zorlanma yaşadıkları bulunmuştur (Winton, Clark ve Edelman 1995: 193-196). Clark ve Wells'e (1995) göre bireyler, çevresindekilere kendileri hakkında olumlu izlenimler iletmek isterler ancak kendilerinde bunu yapabilecekleri yönünde belirgin güvensizlik yaşarlar.

Clark ve McManus (2002), sosyal kaygının sürdürülmesinde bilgi işleme süreçlerinin etkili olduğunu söylemişlerdir. Kişilerin sosyal ortamlarda yaşadıkları olumsuzlukları bir felaket şeklinde yorumlamaları ve bu ortamlarda kendilerine yönelik dikkatlerinde artış yaşamaları gibi süreçlerin sosyal kaygıyı sürdürmede etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Rapee ve Heimberg'in (1997) modeline göre ise, SKB'ye sahip insanlar çarpıtılmış düşüncelerine ve geçmişteki olumsuz deneyimlerine dayanarak çevredeki insanların kendilerine yönelik olumsuz düşüncelere sahip olduğunu düşünürler. Bunların sonucunda da bu kişiler sosyal durumları tehdit olarak algırlar ve bu durumlara yönelik kaygı ortaya çıkar. Kaygıyla birlikte ortaya çıkan bazı bedensel belirtiler (terleme, kızarma, titreme..vb.) kişilerin diğerleri tarafından olumsuz değerlendirileceği yönündeki inançlarını güçlendirir (Rapee ve Heimberg, 1997). Ayrıca bu model, SKB'de bireylerin, sosyal durumlarda sergiledikleri performanslarına yönelik çok yüksek standartlar belirlediklerini ve belirledikleri standartlara ulaşamadıkları zaman yüksek düzeyde kaygı yaşadıklarını söyler.

Bazı araştırmacılar, SKB'nin sosyal olan bir durumla ilişkili travmatik koşullanma sonucunda oluşmuş olabileceğini öne sürmektedir. Örneğin, bir kişi akranlarının olduğu bir ortamda konuşurken kelimeleri yanlış telaffuz etmesi ya da donakalması sonucu alay konusu olmuş olabilir. Bu kişi benzer uyaranları içeren gelecekteki

durumlarda (örn; akranları onu dinlerken konuşmak) alay edilmemesine rağmen korku tepkisi geliştirebilir (Marks, 1987; Stemberger, vd. 1995: 526-53, Wolpe, 1958).

Hofmann ve Barlow'un (2002) sosyal kaygı modeline göre ise, SKB'nin oluşumunda genetik ve psikolojik yatkınlığın bir araya gelmesiyle ortaya çıkan karmaşık bir süreç bulunmaktadır. Tüm insanlar sosyal ortamlarda dışlanmaya karşı duyarlıdır. Ancak bu dışlanmayı yaşayan insanların hepsi sosyal kaygı geliştirmez. Fakat yalnızca genetik yatkınlık da sosyal kaygıyı açıklamakta yeterli değildir. Hofmann, sosyal becerilerdeki eksikliğin ve kendine yönelik dikkat gibi bilişsel süreçlerin de SKB'nin hem gelişiminde hem de sürdürülmesinde etkili olabileceğini öne sürmüştür (Hofmann S. G., 2007:195-209).

### **2.3.3. Çevresel Etkenler**

Sosyal kaygının oluşumunda genetik ve psikolojik etkenlerin yanında çevresel faktörler de etkili gibi görünmektedir.

Hudson ve Rapee (2000), çocuğun ebeveyninden sosyal durumlardaki kaygıyı ve kaçınmayı gözlemlemesinin SKB'nin gelişiminde etkili olduğunu öne sürmüştür. 2010 yılında yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin çocuklarının çevredekiler tarafından olumsuz değerlendirilmesinden korkmasının (fear of child negative evaluation) çocuktaki ve ebeveynlerdeki sosyal kaygıyla ilişki olduğu bulunmuştur (Schreier ve Heinrichs, 2010: 1186-1193). Sosyal durumlarda kaygılanan çocukların ebeveynleriyle yapılan çalışmalarda, bu ebeveynlerin çocuklarına karşı zorlu bir görev esnasında fazla müdahaleci olduklarını ve davranışlarını kontrol ettiklerini bulunmuştur (Greco ve Morris, 2002: 259–267, Rork ve Morris, 2009: 220-235). 2012 yılında yapılan boylamsal bir çalışmada, çocukları 7 yaşında olan çok kontrolcü annelerin bu davranışlarının çocuklarının ergenlik dönemindeki sosyal kaygı belirtilerindeki artışı ön gördüğü bulunmuştur (Morrarty vd. 2012: 1363–1373). Hudson ve Rapee (2000), bu durumu ebeveynin aşırı kontrolcü ve koruyucu olması, çocukların öz-yeterlilik ve sosyal becerilerinin gelişmesini sınırlamakla birlikte bu davranışlar çocuğu zorlayıcı bir durum yaşadıkları zaman bununla baş etme becerilerinin eksik olduğunu da iletebilir şeklinde yorumlamıştır.

Sosyal kaygı, akran ilişkileri açısından değerlendirildiğinde, akran zorbalığına uğramış olmanın sosyal kaygıyı hem yordadığı hem de sosyal kaygının bir sonucu

olduğu bulunmuştur (Siegel, Greca ve Harrison, 2009:1096-1109). Sosyal durumlarla ya da akran ilişkileri ile ilgili yaşanan olumsuz olaylar (dışlanma, zorbalık, aşağılanma) SKB'nin gelişimi ile önemli ölçüde ilişkilendirilmiş koşullamalardır (Millan ve Ebesutani, 2011; 29-51, Wong ve Rapee, 2015:11-37). Akran zorbalığına maruz kalmış olma ile SKB'nin gelişimi diğer kaygı bozukluklarına göre daha güçlü şekilde ilişkilendirilmiştir (Cohen ve Kendall, 2015: 393–405, McCabe vd. 2003:187-193).

Travmatik olaylar, SKB'nin etiyojisi ile ilişkilendirilmiş başka bir faktördür. Literatürdeki bazı çalışmalar travmatik olayların SKB için hızlandırıcı bir faktör olabileceğini öne sürer (Millan ve Ebesutani, 2011:29-51). Ancak literatürde SKB'nin panik bozukluk ya da majör depresif bozukluğa oranla travmatik olaylara daha az bağlı olarak geliştiği fikri hakimdir (Safren vd. 2002: 453–456, Tiet vd. 2001: 153–164, Kessler, Davis ve Kendler, 1997: 1101–1119 ). Bununla birlikte, Wong ve Rapee (2015), istismar, ebeveyn uyumsuzluğu gibi ilişkisel ya da sosyal yaşantılarla ilgili olumsuz yaşantıların SKB'nin gelişiminde belirgin rol oynayabileceğini ileri sürmektedir.

## **2.4. Tedavi Yöntemleri**

Literatürdeki randomize kontrollü çalışmalar incelendiğinde SKB'nin tedavisinde farmakolojik tedavi ve bilişsel davranışçı terapilerin etkili olduğu görülmektedir (Fedoroff ve Taylor, 2001: 311–324, Stein, Ipser ve Balkom, 2004:4). Dolayısıyla SKB'nin tedavisi için psikoterapi, ilaç tedavisi ve ikisinin birlikte kullanılmasını içeren tedavi seçenekleri mevcuttur.

### **2.4.1. Farmakolojik Tedavi**

SKB'ye yönelik ilaç tedavisinde yaygın olarak semptom azaltmaya yönelik bir dizi ilaç grubu kullanılmaktadır. MAO inhibitörleri, seçici noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) grubu ilaçlar SKB için başlangıçta kullanılacak en iyi seçeneklerdendir (Curran, 1991: 1-8 ). Bu ilaçlar beyindeki nörotransmitter aktivasyonu üzerine etkide bulunarak çalışmaktadır (Burkovik, 2011, Koyuncu, 2012). Ancak SSRI ve SNRI'lara yönelik çalışmaların çoğu kısa süreyi kapsamaktadır. Bununla beraber essitalopram, paroksetin ve sertralin

ile yapılan nüks önleme çalışmalarında ilaç tedavisine devam edildiğinde nüks oranı %4 ile %14 arasında değişirken plasebo grubunda bu oran %36-39 olarak gözlenmiştir. (Stein vd. 2002: 1111-1118, Walker vd. 2000: 636-644). SSRI'lar ve SNRI'lar gibi ilaçlarla karşılaştırılabilecek düzeyde olan Pregabalin isimli bir alfa-2-delta ligandının da anksiyolitik etki gösterdiği gösterilmiştir. Ancak bu ilacın yan etkilerinin diğerlerine oranla daha fazla olabileceği ileri sürüldüğünden pregabalinin tedaviye yanıt vermeyen kişilerde kullanılması önerilmektedir (Benítez vd. 2008: 5-13). Düşük doz Ketiapin de yaygın olarak anksiyeteyi azaltmak için kullanılmaktadır (Glue ve Gale, 2011: 10-3, Philip vd. 2008:15-20).

#### **2.4.2. Psikososyal Müdahaleler**

Literatürde 30'dan fazla RCT'nin dahil edildiği bir meta-analiz, SKB'nin tedavisinde psikolojik müdahalelerin etkili olduğuna işaret etmektedir (Acarturk vd. 2009: 241-254). SKB'de uygulanan psikolojik müdahalelerin başında bilişsel davranışçı terapi (BDT) gelmektedir. BDT'nin SKB'de etkili olduğu bilinmektedir (Davidson vd. 2004: 1005-1013, Clark vd. 2006: 568-78, Arch ve Craske, 2009:525-547). Ancak bazı çalışmalarda birçok bireyin BDT sonrasında işlevselliklerinde istenen oranda iyileşme olmadığı belirtilmektedir (Heimberg vd.1998: 1133-1141, Herbert ve Dalrymple, 2005:368-372). Kaygı bozukluklarının tedavisinde etkililiği kanıtlanmış olan bir tedavi de kabul ve kararlılık terapisi (ACT). Üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapilerden biri olan ACT'in SKB'de etkili olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur (Toghiani, Ghasemi ve Samouei, 2019, Hancock vd. 2018: 296-311, Craske vd. 2014: 1034-1048, Niles vd. 2014: 664-677, Yuen vd. 2013: 389-397). Dalrymple ve Herbert (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, SKB yaşayan 19 bireye ACT uygulanmış ve hem müdahale sonrası ölçümlerde hem de takip ölçümlerinde bireylerin yaşam kalitelerinde artış ve sosyal kaygı semptomlarında azalma gözlenmiştir.

Psikoeğitim, SKB'nin tedavisinde kullanılan müdahale tekniklerinden biridir. Genellikle kaygının doğasını, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik bileşenleri hakkındaki bilgilendirmeyi içerebilir. Ayrıca, kaygının nasıl tetiklendiği ve sürdürüldüğü konusunda da bilgilendirme içermektedir (Ollendick, Birmaher ve Mattis, 2004).

Sosyal beceri eğitimleri de SKB'ye yönelik müdahalelerden biridir. Bu eğitimlerde, bireylere sosyal durumlarda yaşadıkları zorlanmalar ve bu zorlanmalarla nasıl daha uyumlu yaşayabileceklerini içeren bilgilendirmeler yer alır. Geliştirilmesi hedeflenen beceriler arasında sohbet başlatma, kaygıandıkları durumlarla etkin başa çıkma, başkalarının önünde bir performans sergileme gibi pek çok davranışsal strateji yer alır (Emmelkamp ve Scholing, 1997: 79 - 108 ).

## **2.5. Kabul ve Kararlılık Terapisi**

Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), bireylerin anlamlı bir yaşam sürebilmeleri için, istenmeyen içsel yaşantılarına yönelik kabul becerilerini ve psikolojik esnekliklerini geliştirmeyi hedefleyen, kendinelik temelli üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapilerdendir (Hayes, Strosahl ve Wilson, 2012). ACT'in felsefi temeli "İşlevsel Bağlamsalcılık" (*Functional Contextualism*) adı verilen görüşe, kuramsal temeli ise dil ve biliş teorisi olan "İlişkisel Çerçeve Kuramı"na (*Relational Frame Theory, İÇK*) dayanmaktadır.

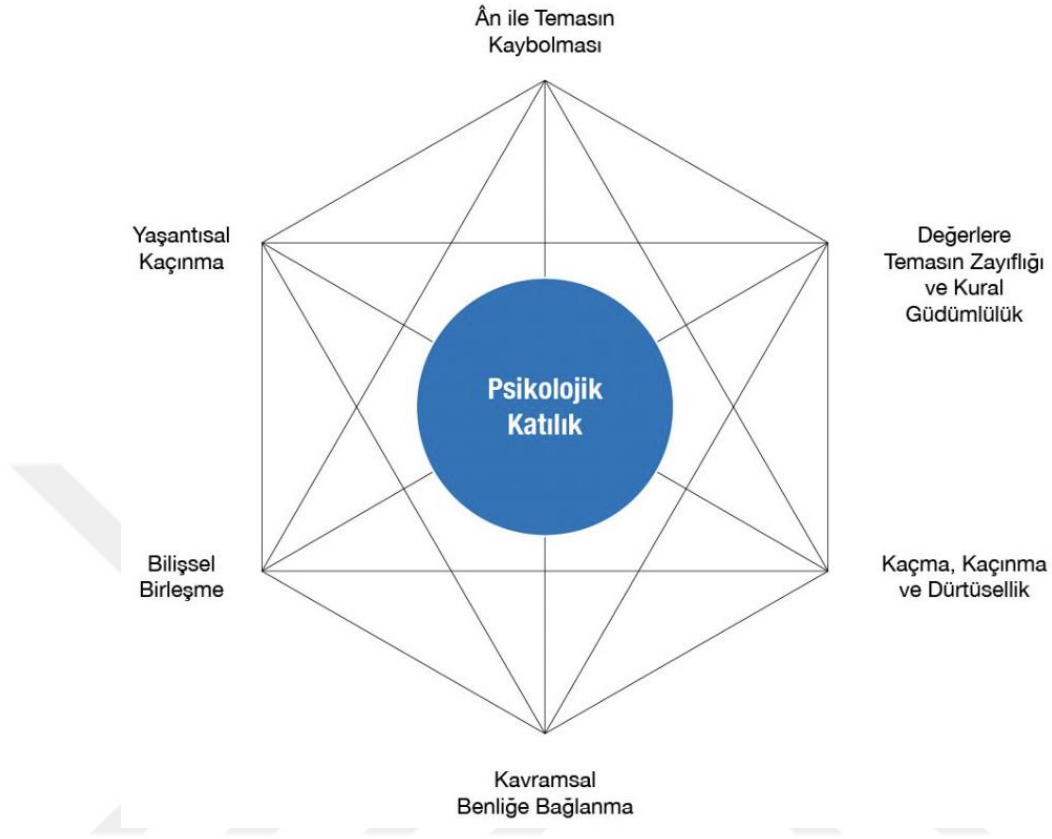
### **2.5.1. İşlevsel Bağlamsalcılık**

İşlevsel bağlamsalcı görüş, organizmanın davranışlarının bir işleve hizmet ettiğini ve her davranışı işlevine göre değerlendirmeyi önermektedir. Bunun da davranışın gerçekleştiği bağlamı anlayarak mümkün olacağını ileri sürer. Çünkü psikolojik olaylar, bir bağlamda gerçekleşir ve bu olaylar bağlamla etkileşime giren organizmanın tüm eylemleri olarak ele alınır (Biglan ve Hayes, 1996: 47-57). Bu görüşe göre, duyguların, düşüncelerin ve davranışların kendileri patolojik olarak değerlendirilmez. Anlamlı bir yaşam yolculuğunda az ya da çok yararlı oldukları görülür. Davranışı etkilemek için düşünceleri veya duyguları değiştirmeye çalışmanın ötesinde bağlamı değiştirmek mümkündür (Hayes vd. 2006: 1-25). Terapide de bir davranış ele alınırken davranışın işlevi ve gerçekleştiği bağlamı dikkate alınmalıdır (Hayes, Strosahl ve Wilson, 1999).

### **2.5.2. İlişkisel Çerçeve Kuramı**

Bir dil ve biliş teorisi olan İÇK, ACT'in kuramsal ve bilimsel temelini oluşturmaktadır. ACT, dili bilişsel birleşme ve yaşantısal kaçınma yaratabilmesi sebebiyle insan acısının temel kaynağı olarak görmektedir. İÇK'ye göre, karşılıklı gerektirme, birleşimsel karşılıklı gerektirme ve uyaran işlevinin dönüşümü olmak üzere olayları ilişkisel olarak çerçevelemenin üç özelliği vardır. Karşılıklı gerektirme; uyaran ilişkilerinin türetilmiş çift yönlülüğünü kasteder. Örneğin X'in Y ile aynı olduğu söylendiğinde Y'nin de X ile aynı olduğu bilgisinin türetilbildiğini ifade eder. Birleşimsel karşılıklı gerektirme; yukarıda bahsedilen türden iki ya da daha fazla ilişki arasında ilişkilerin türetilbilmesi anlamına gelir. Örneğin X, Y'den küçük ve Y, Z'den küçükse X'in Z'den küçük, Z'nin X'ten büyük olduğu çıkarımı yapılabilir. Uyaran işlevinin dönüşümü ise bu tür ilişkilerle birlikte işlevlerin de dönüşebileceğini ifade eder (Hayes ve Pierson, 2005: 1-4). Örneğin, X'in tehdit edici olduğunu bildiğimiz durumda X ile Y'nin, Y ile de Z'nin zıtlık ilişkisine sahip olduğunu öğrenirsek, bu durumda sadece Z, korku ve kaçınmaya yol açarken Y aynı işlevde olmayacaktır, belki de yaklaşmamız yönünde bir işleve sahip olabilecektir (Terzioğlu ve Yavuz, 2023:188-200). İlişkisel çerçeveler, acının bilişsel kaynağını açıklamaktadır. Mesela, dilin çift yönlü olması, bireylerin hoşuna gitmeyen bir olayı tanımlamasının o olayın bazı işlevlerini içerebileceği anlamına gelir. Bu sebeple, travmatik deneyimi olan bir kişinin, olayı tanımladığı sırada işlevin dönüşümü yoluyla, travma sırasında var olan duyguları yeniden ortaya çıkabilir. Bu, kişinin aynı olayı anlatırken tekrar o deneyimi yaşayabileceği anlamına gelmektedir (Hayes ve Pierson, 2005:1-4). Bu nedenle ilişkisel çerçeveler psikopatoloji için önemlidir. İlişkisel çerçevelemenin klinik önemini iki bağlam belirler: Kişinin ne düşündüğünü belirleyen ilişkisel bağlam ve kişilerin düşündüklerinin onlar üzerindeki etkisini belirleyen işlevsel bağlam. İlişkisel çerçeveler, bireylerin çıkarımlarından kaynaklanmaları sebebiyle dış etkenler tarafından tamamen değiştirilemezler ve bu ilişkilendirmelere engel olunamaz. İlişkilendirme yoluyla oluşan öğrenme, bir kez oluştuktan sonra yok olmaz ancak kişinin üzerinde yarattığı etkisi sönebilir. İlişkisel bağlam yoluyla oluşan öğrenmelerin yok olmaması bizlere buna yönelik müdahalelerin etkisiz olabileceğini gösterir. İlişkilendirme yoluyla oluşan düşüncelerin kişi üzerindeki etkilerinin azaltılmasına yönelik işlevsel bağlam müdahaleleri ACT'in temelini oluşturur. İÇK klinik davranış analizinin daha ileri götürülmesine katkı sağlamış ve hem analiz hem de müdahale süreçlerine dair kapsamlı bir anlayışın oluşmasını sağlamıştır (Terzioğlu ve Yavuz, 2023:188-200).

### 2.5.3. Psikolojik Katılık Modeli



**Şekil 2.1: Kabul ve Kararlılık Terapisinin Psikolojik Katılık Modeli (Yavuz, 2015)**

ACT'in klinik sorunlara yaklaşımı transdiagnostik bir özellik gösterir. Bu sebeple psikopatolojik modeli olarak tanımlanmış olan *psikolojik katılık* (psychological inflexibility) tanısal sınıflandırmaların ötesinde kişiye özel bir formülasyon geliştirilmesini sağlar. Psikolojik katılık; yaşantısal kaçınma ve bilişsel birleşme düzeylerinin yüksek olmasıyla bireylerin değer odaklı davranış sergileyememesini ve dolayısıyla davranış repertuarının daralmasını ifade eder (Hayes, Strosahl ve Wilson, 1999). Psikolojik katılık modeli, birbiriyle bağlantılı altı bileşenden oluşur. Bu bileşenler; an ile temasın kaybolması, yaşantısal kaçınma, bilişsel birleşme, kavramsal benliğe bağlanma, değerlere temasın zayıflığı/kural baskınlığı ve kaçma, kaçınma dürtüselliktir (Hayes, Strosahl ve Wilson, 1999).

*Yaşantısal kaçınma (experiential avoidance)*; bireylerin acı verici anılar, duygular, düşünceler, bedensel hisler gibi istenmeyen içsel yaşantıları deneyimlememek için

bunların sıklığını ya da biçimini değiştirmeye çalışması olarak tanımlanabilir. Bir başka ifadeyle yaşantısal kaçınma, rahatsız edici içsel yaşantılardan kurtulmaya ya da onları kontrol etmeye çalışarak onlardan kaçınmayı ifade eder. Yaşantısal kaçınma psikopatolojinin hemen her görünümünün zemini olarak görülmektedir (Hayes vd.1996:1152-1168).

*Bilişsel birleşme (cognitive fusion)*; düşüncelerin davranış üzerindeki baskınlığı olarak ifade edilir (Hayes, Strosahl ve Wilson, 1999). Bireyler “birleşme” halindeyken, buldukları an ile temasları ve kendilerine yönelik farkındalıkları azdır. Bu durum da içinde bulunulan bağlamla uyumsuz davranışları ve sonucunda işlevsiz sonuçları ortaya çıkarır (Harris, 2009). Bilişsel birleşme, doğrudan psikopatolojiye sebep olmaz, baskınlığının ve sıklığının artması halinde kişilerin bağlama uygun davranışlar sergilemesini engelleyebilir (Yavuz, 2015:21-27).

*An ile temasın kaybolması, geçmiş ve geleceğin baskınlığı (Dominance of the Conceptualized Past and Feared Future; Weak Self-Knowledge)*; dikkatin esneklikten yoksun şekilde geçmiş ya da geleceğe yönlendirilme hali olup bireylerin içinde buldukları anın farkında olamamaları olarak tanımlanır. Bireylerin geçmişte onlara acı veren anıları ile aşırı meşgul olmaları, ruminasyon yapma ya da gelecekte başına gelmesi mümkün olan olaylarla ilgili endişe etmesi olarak da tanımlanır (Biglan ve Hayes, 1996: 47-57, Harris, 2009).

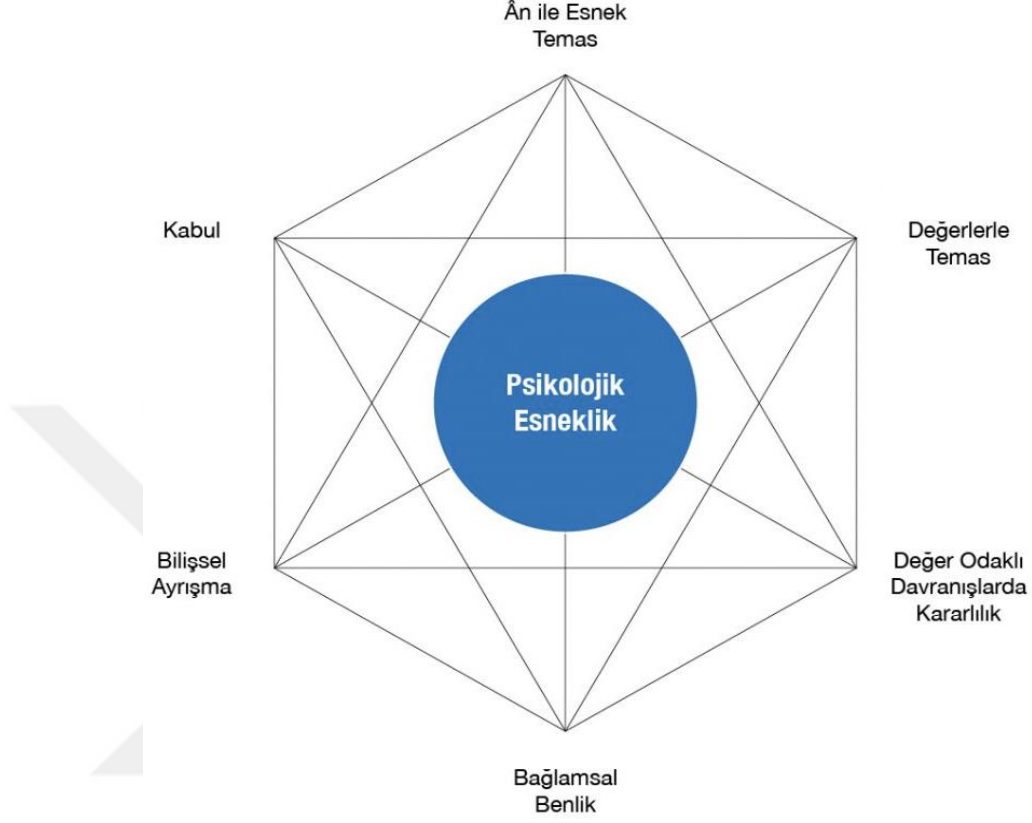
*Kavramsal benliğe bağlanma (Attachment to the Conceptualized Self)*: Kavramsal benlik, kim olduğumuza, neden ve nasıl o kişi haline geldiğimize dair birleşme halinde olduğumuz öykülerdir. Yaşam öykülerimiz ya da benliğimize ait kavramlarla birleşme halinde olduğumuzda özellikle de olumsuz olarak değerlendirilen, kavramsallaştırılmış benliğimize bağlandığımızda psikolojik esnekliğimiz azalabilir (Zettle, 2016: 50-58).

*Değerlerden uzaklaşma (Lack of Values Clarity)*: Bireylerin aile, arkadaşlık, meslek, inanç, eğitim, hobiler gibi değer alanlarından uzaklaşmasını ve anlamlı bir yaşam sürdürmelerini engelleyen davranış kalıpları (kural baskınlığı) sergilemelerini ve önem verdikleri alanlarla temaslarının azalmasını ifade eder (Harris, 2009).

*Kaçma, kaçınma, dürtüsellik (Inaction, impulsivity or Avoidance)*: Bireylerin, içsel yaşantılarının yoğunluğunu azaltmak ya da onlardan kurtulmak için sergiledikleri

davranışlardır (Hayes ve Wilson, 1994:289-303). Bu davranış repertuarı, değer odaklı bir hayat tarzından ziyade anlamlı olmayan bir hayata yol açar (Yavuz, 2015: 21-27).

#### 2.5.4. Psikolojik Esneklik Modeli



**Şekil 2.2: Kabul ve Kararlılık Terapisinin Psikolojik Esneklik Modeli (Yavuz, 2015)**

*Psikolojik esneklik (psychological flexibility)*, bireylerin şimdiki an ile temas halinde olabilmesi, içsel yaşantılarını yargılamadan, değiştirmeden onları deneyimleme ve onlarla esnek bir ilişki içinde olmayı ifade eder (Hayes vd. 2006:1-25, Hayes vd. 2004:3-29). Psikolojik esneklik modeli, altıgen şeklinde ifade edilen birbirleriyle ilişkili altı bileşenden oluşur. Bu bileşenler; kabul, değer teması, değer odaklı davranışlar, an ile esnek temas halinde olmak, bağlamsal benlik ve ayırışma olarak sıralanmaktadır (Hayes vd. 2006:1-25.). ACT'in hedefi bireylerin psikolojik esnekliklerinin geliştirilerek anlamlı bir yaşam sürmeleri noktasında onlara yardımcı olmaktır.

*Kabul (acceptance)*; yaşantısal kaçınmanın alternatifi olarak karşımıza çıkar. Acı verici içsel yaşantıların, insan olmanın doğal bir getirisi olduğunu vurgulayan bir

kavramdır. Bu yaşantılarla mücadele etmeden, farkında olarak onlara yer açmayı ifade eder (Hayes vd. 2006: 1-25).

ACT’te bilişsel birleşmeye karşı bilişsel ayrışma becerilerinin artırılması hedeflenir. *Bilişsel ayrışma (cognitive defusion)*; düşüncelerin davranış üzerindeki etkilerini azaltmayı amaçlar (Luoma, Hayes ve Walser, 2007). Düşüncelerle mücadele etme ve kurtulma çabalarını bırakmayı ve düşünceleri yalnızca gözlemlemeyi ifade eder. Bireylere, düşüncenin mutlak gerçek olmadığı ve bir düşünce olduğunun fark ettirilmesiyle; düşünce içeriklerinin değiştirilmesinden ziyade düşüncelere mesafe alınmasını sağlar (Harris, 2009). ACT, düşüncelere mesafe alınması ile kaçınmayı azaltmayı ve değer odaklı davranış değişikliği sağlamayı amaçlar (Hayes vd. 2011:141-168).

*An ile esnek temas (Contact with the Present Moment)*: Bireylerin hem iç dünyalarında hem de dış dünyada olup bitenlerin farkında olmaları, dikkatlerini geçmiş, gelecek ya da şimdiki an’a esnek şekilde yönlendirebilmeleridir. An ile esnek temas becerilerinin geliştirilmesiyle bireylerin geçmiş ve gelecek arasında takılıp kalması engellenerek kişilerin sosyal hayatlarına daha etkin şekilde katılmaları sağlanmış olur (Bond, Hayes ve Barnes-Holmes, 2008:25-54).

ACT’in amaçlarından biri de kavramsal benliğe bağlanmayı azaltıp bağlamsal benliği güçlendirmektir. *Bağlamsal benlik (self as context)*: bireylerin yaşam boyunca değişen bedenlerini, hayattaki rollerini, duygularını ve düşüncelerini izleyen, onlara tanıklık eden ve değişmeyen benlik parçasıdır (Harris, 2009; Luoma, Hayes ve Walser, 2010).

*Değerler (Values)*: İnsanların hayatlarını ne için yaşadıklarını belirleyen kavramdır. Bireylere hayata yönelik motivasyon sağlayan, seçilmiş davranış örüntüleridir (Bond, Hayes ve Barnes-Holmes, 2008: 25-54.).

*Değer odaklı davranış (Committed Action)*: ACT’in temel hedeflerinden biri danışanların değerleri doğrultusunda yaşam sürmelerine yardımcı olmaktır. Bu kavram, bireylerin değerleri yönündeki amaçlı eylemlerini ifade eder. (Hayes vd. 2006: 1-25).

## **2.6. Kabul ve Kararlılık Terapisi ve Sosyal Kaygı Bozukluğu**

Sosyal kaygı bozukluğunun tedavisinde kabul ve kararlılık terapisinin etkili olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (Roohi vd. 2019: 173-187, Khoramnia vd. 2020: 30-38, Dalrymple ve Herbert, 2007: 543-568, Yadegari ve Hashemiyan, 2014:395-403). ACT'in bireye özgü değerlerle tutarlı davranış değişikliğine ve kabul becerilerini geliştirmeye odaklanmasıyla bireylerin yaşam kalitelerinin ve işlevselliklerini SKB'nin tedavisinde yaygın olarak kullanılan geleneksel BDT'ye göre daha fazla arttırdığı düşünülmektedir (Eifert ve Heffner, 2003; Barlow ve Craske, 1994). 2022 yılında yayınlanan bir derlemede ACT'in SKB'deki etkililiğini değerlendiren 7 çalışma incelenmiştir. Bu çalışmaların çoğu ACT'i maruz bırakmaya dayalı terapiler ve geleneksel bilişsel davranışçı terapilerle karşılaştırmıştır. Bu çalışmalar, sosyal kaygının tedavisinde ACT ve BDT arasında etkililik açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Calettia vd. 2022: 174–182 ). Ancak incelenen çalışmalardan üçü, ACT'in SKB üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalar, müdahale gubu ve müdahale almayan bir bekleme listesindeki katılımcıların karşılaştırılmasıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmaların sonucunda müdahale grubundaki katılımcıların sosyal kaygı belirtilerinde azalma ve psikolojik esnekliklerinde artış gözlenmiştir (Yadegari, Hashemiyan ve Abolmaali, 2014: 395-403, Khoramnia vd. 2020: 30-38, Azadeh, Kazemi-Zahrani ve Besharat, 2016: 131-138). Bu derlemenin sonuçları, değişim mekanizmalarını araştıran daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmakla birlikte ACT'in SKB'de etkili bir tedavi olarak kabul edilebileceğini göstermektedir (Calettia vd. 2022: 174–182). Khoramnia, ve arkadaşları (2020) ACT'in SKB'ye yönelik etkililiğini değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Araştırmaya SKB'ye sahip 24 öğrenci dahil edilmiştir. Öğrenciler rastgele deney (12) ve kontrol gruplarına (12) atanmışlardır. Deney grubu 12 seanslık kabul kararlılık terapisi almış olup kontrol grubu ise bekleme listesine alınmıştır. Araştırmanın sonucunda ACT'in son test ve takip ölçümlerinde duygu düzenleme güçlüklerinde azalma, psikolojik esneklik ve kendine şefkat puanlarında artış gözlenmiştir. Bu değişkenlerden en büyük etki büyüklüğü ise psikolojik esnekliğin arttırılmasında gözlenmiştir. Block(2002), SKB tedavisinde ACT ve BDT'yi karşılaştıran bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışma, ACT uygulanan, BDT uygulanan ve tedavi uygulanmayan grup olmak üzere üç gruptan oluşmuştur. BDT uygulanan grup, tedavi almayan gruba kıyasla kaygı seviyelerinde hafif düzey bir azalma ve kaçınma seviyelerinde belirgin bir azalma göstermiştir. ACT uygulanan grupta, kontrol grubuna kıyasla kaygıyı yaşamaya gönüllükte artış, topluluk önünde konuşma sırasında sergilenen kaçınmada azalma

gözlenmiştir. Bu çalışmada ACT ve BDT arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ACT uygulanan grubun katılımcıların, tedavi sonrası maruz kalma görevlerinde daha uzun süre kaldıkları gözlenmiştir. Codd ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları bir çalışmada eş tanıli agorafobi ve panik bozukluk ve sosyal kaygı bozukluğu ve yaygın kaygı bozukluğu ile travma sonrası stres bozukluğuna sahip 3 kişiye 9-13 seanslık ACT protokolü uygulanmış ve değişim süreçleri günlük ölçümlerle değerlendirmiştir. Çalışmanın sonunda üç katılımcıda hem standart ölçümlerde hem de günlük ölçümlerde klinik olarak anlamlı iyileşmeler görülmüş ve bu iyileşme tedavi sonrası 8 aylık takip ölçümlerinde de korunmuştur. Tedavi süresince alınan günlük veriler kaçınma puanlarının anlamlı ölçüde azaldığını kaygı seviyelerinde de değişim olmadığını göstermiştir.

## **2.7. Psikoterapinin Bireyselleştirilmesi**

Psikoloji araştırmalarındaki odak, bireylerin zaman içindeki değişkenliğinin göz ardı edildiği, bireysel değişkenliğin hesaba katılmadığı, gruplar arası farkların ele alındığı araştırmalarla sınırlıydı. Ancak idiyografik bir bilim olan psikolojide, tek bir bireydeki zamana bağlı değişikliklere odaklanmamanın eksikliği fark edilmiştir (Molenaar,2004: 201-218). Psikolojik zorlukların geleneksel tedavisinde, randomize kontrollü çalışmalarda doğrulanan, belirli DSM tanılarına (örneğin, YAB) göre uyarlanmış protokoller kullanılmaktadır. Uzun yıllar boyunca, bir protokolün etkililiğini ortaya koymanın yolları klinik psikoloji araştırmalarının konusu olmuştur (Chambless ve Hollon, 1998: 7–18, Tolin vd. 2015: 317–338, Tolin, 2020). Bununla birlikte belirli tanımlara göre uyarlanmış protokollere yönelik, genel durumları ele alarak genelleştirmeler yapmayı amaçlayan bu nomotetik yaklaşımlarla ilgili bazı sorunlar ortaya çıkmıştır.

Psikolojik zorluklar arasında yüksek oranda komorbidite mevcuttur (Brown vd. 2001: 585–599) ve bu da danışanların klinik durumlarının diğer ilgili yönlerini de hesaba katarak tanıya dayalı protokollerin doğru bir şekilde takip edilip edilemeyeceğini sorgulatmaktadır. Ayrıca, tek bir standart yaklaşımla bireysel farklılıklar hesaba katılamaz. Bu sebeple alan, bireyselleştirilmiş tedavi geliştirme ve uygulama yönünde ilerlemektedir ve bununla paralel olarak tedavide değişim süreçlerine odaklanma çağrısı yapılmaktadır. Yani, değişim süreçlerine dayalı, bireylerin ihtiyaçlarına uygun,

belirli sorun alanlarına yönelik test edilmiş müdahalelerin geliştirilmesi giderek önem kazanmaktadır. Bunu amaçlayan bir yaklaşım olarak süreç temelli psikoterapi (Process Based Therapy), psikoterapide ve psikoterapi araştırmalarında “bu danışanla hangi biyopsikososyal süreçler hedeflenmelidir ve bunlar en etkili ve verimli bir şekilde nasıl değiştirilebilir?” sorusunun yanıtlanmasını önermektedir (Hofmann ve Hayes, 2019: 37-50 ). Sürece yönelik bu hareketin arkasındaki dayanak ise pek çok randomize kontrollü çalışmada kullanıldığı gibi grup düzeyindeki istatistiksel analizlerin katılımcıların bireysel değişimlerini değerlendirmek için geçerli olmadığı kabul görmesidir (Molenaar, 2004: 201-218).

Tek denekli deneysel çalışmalar (TDDÇ), yapılan müdahalelerin katılımcıların bireysel değişimleri üzerindeki etkilerini değerlendirmeye olanak tanıyan deneysel bir araştırma yöntemidir. TDDÇ’lerde bireylerin kendisi kendi kontrolünü oluşturur. Bunun için bireylerden müdahale öncesinde “başlama düzeyi” ölçümleri alınır. Sonrasında müdahale uygulanır ve bu kısım da deney fazı olarak adlandırılır. Böylece müdahalenin etkisi, müdahale öncesi ve sonrası tekrarlayan ölçümlerle değerlendirilmiş olur. TDDÇ’lerde bağımlı değişken, farklı müdahalelerin uygulanmasıyla ya da zamanla tekrarlı şekilde ölçülür (Smith, 2012: 510–550). Bu desendeki temel hedef, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında nedensel bir ilişkinin olup olmadığını test edilmesidir (Horner vd. 2005: 165-179 ). Bir TDDÇ, doğru şekilde tasarlanıp uygulandığında müdahale ve sonuçlar arasında nedensel ilişkinin olup olmadığını belirlemek için yüksek düzeyde iç geçerlilik gösterebilir ve bulguların genellenebilirliği noktasında dış geçerliliğe sahip olabilir (Lobo vd. 2017:187-197). TDDÇ’lerde sonuçlar, müdahalelerin bireysel düzeyde değişikliklere yol açıp açmadığını belirlemek üzere pek çok istatistiksel analiz türleri ile analiz edilip yorumlanır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

### 3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmamızın örneklemini, sosyal medya ilanı yoluyla bize ulaşan ve sosyal kaygı bozukluğu yaşayan yetişkinlerden oluşmaktadır. Aşağıda belirtilen kriterleri sağlayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişiler araştırmaya dahil edilmiştir.

#### Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18-65 yaş arasında olmak
- Okur-yazar olmak
- DSM-5 tanı ölçütlerine göre, sosyal anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşılıyor olmak

#### Araştırmadan dışlanma Kriterleri:

- Majör depresyon, bipolar bozukluk veya madde kullanım bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluğa sahip olmak
- İlaç tedavisi ya da psikoterapi alıyor olmak

Araştırmaya sosyal kaygı bozukluğu yaşayan 5 yetişkin birey dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen 5 yetişkinin yaş ortalamaları 25 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların tümünün cinsiyeti kadındır.

### 3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcılara sosyodemografik veri formu, araştırmanın başında, ortasında ve sonunda uygulanmak üzere standart ölçekler ve araştırma süresi boyunca günlük gönderilmek üzere araştırmacı tarafından hazırlanmış sorular gönderilmiştir. Psikolojik esnekliklerini değerlendirmek için Çok Boyutlu Psikolojik Esneklik Envanteri (ÇBPPE), sosyal kaygı belirtilerini değerlendirmeye yönelik Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ), sosyal işlevselliklerindeki değişimleri değerlendirmeye yönelik Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) ve terapi seanslarını değerlendirmeye yönelik Danışan Memnuniyeti Ölçeği-8 (DMÖ-8) uygulanmıştır. Süpervizörler tarafından seansları değerlendirilmek üzere Seans Değerlendirme Formu ve ACT'e Sadakat Ölçeği (ACT-SÖ) kullanılmıştır. Standart ölçeklerin yanı

sıra psikoterapi sürecindeki değişim süreçlerini değerlendirmeye yönelik araştırmacı tarafından kişiye özđü hazırlanmış 4 soru araştırma süresince her gün gönderilmiştir.

### **3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmacı tarafından katılımcıların sosyodemografik özelliklerini anlamak amacıyla hazırlanmıştır. Katılımcıların, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, hastalık öyküsü gibi özelliklerini değerlendirmeye yönelik sorular içermektedir.

### **3.2.2. Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ)**

Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği Liebowitz ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. Performans ve sosyal etkileşim durumlarında sosyal kaygı bozukluğu olan kişilerin korku ve/veya kaçınma düzeylerini belirlemek üzere oluşturulmuştur. Türkçe formunun güvenirlik analizinde Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.96, değerlendiriciler arası korelasyon katsayısı  $r = 0.83$ 'tür. Ölçek, sosyal durumlardaki kaygı ve kaçınmayı değerlendirmek üzere toplam 48 maddeden oluşan 4 lü likert türündedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliğini Soykan ve arkadaşları (2003) tarafından yapılmıştır.

### **3.2.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği(SİÖ)**

Temel yetileri ve sosyal davranışı değerlendiren ölçek 1990 yılında Birchwood ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek Sosyal Uğraşı-Sosyal Geri Çekilme (5 madde), Kişilerarası İşlevsellik (4 madde), Öncü Sosyal Etkinlikler (22 madde), Boş Zamanları Değerlendirme (15 madde), Bağımsızlık-Yetkinlik (13 madde), Bağımsızlık-Performans (13 madde) ve İş-Meslek (5 madde), olmak üzere yedi alt boyuttan ve toplam 77 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik analizinde, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.807 olarak elde edilmiştir. Ölçekte alınabilecek puan alt ölçekleri puanlarının toplanmasıyla 0–210 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi işlevselliği göstermektedir.

### **3.2.4. Çok Boyutlu Psikolojik Esneklik Envanteri (ÇBPPE)**

Rolffs, Rogge ve Wilson (2018) tarafından psikolojik esnekliği ölçmek için geliştirilen Çok Boyutlu Psikolojik Esneklik Envanteri, psikolojik esneklik ve psikolojik katılık olmak üzere iki faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonu Gizem Ulubay (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçek 55 maddeden oluşmaktadır ve güvenirlik analiz bulguları sonucunda Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı 0.95 bulunmuştur. İki faktörden de alınan yüksek puanlar psikolojik esneklik ve psikolojik katılık faktörlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan 180'dir. Ölçek maddeleri 6'lı Likert tipindedir.

### **3.2.5. Danışan Memnuniyeti Ölçeği-8 (DMÖ-8)**

Larsen ve arkadaşları (1979) tarafından geliştirilen, danışanların hizmetten ne kadar memnun kaldıklarını değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçek dördümlü likert tipindedir ve sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçekte 1 puan kişinin en düşük memnuniyet düzeyini ifade ederken 4 puan en yüksek memnuniyet düzeyini ifade etmektedir. Ölçeğin toplam puanları 8- 32 arasında değişmektedir ve daha yüksek puanlar daha yüksek memnuniyeti ifade etmektedir.

### **3.2.6. Seans Değerlendirme Formu**

Yavuz ve Burhan tarafından geliştirilen form, terapistin seansta Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin psikopatoloji modelini oluşturan psikolojik katılığın altı boyutunun her biriyle ne kadar çalışıldığını değerlendirmeye yönelik hazırlanmıştır. Formda, seansta boyutlar üzerine ne kadar çalışıldığı, her bir boyutunun 0 ile 10 arasında puanlanmasıyla belirlenir. <https://www.baglamsalbilimler.org.tr>

### **3.2.7. ACT'e Sadakat Ölçeği (ACT-SÖ)**

O'Neill, Latchford, McCracken ve Graham (2019) tarafından Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) yaklaşımını kullanan klinisyenlerin ACT'e sadakatini farklı bağlamlarda değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri ACT'teki "Terapist Duruşu, Açık Olma Yanıt Biçimi, Farkında Olma Yanıt Biçimi ve Yönelme Yanıt Biçimi" olmak üzere dört alanı ele alır. Ölçekte terapistlerin davranışlarının bu dört alanla ne kadar tutarlı ya da tutarsız olduğunu değerlendirildiği 25 madde

bulunmaktadır. Ölçek dörtdü likert tipinde olup 0 =Bu davranış hiç gerçekleşmedi 3= Terapist bu davranışı tutarlı olarak sergilemektedir anlamına gelmektedir.

### 3.2.8. Günlük Ölçümler

Araştırmacı tarafından, uygulanan kabul ve kararlılık terapisinin psikolojik katılık boyutlarının her birine yönelik müdahalelerin, psikoterapi sürecindeki değişimini değerlendirmeye yönelik katılımcılarla yapılan değerlendirme görüşmesindeki veriler neticesinde, kişilerin zorlandıkları meseleleri içeren 4 soru hazırlanmıştır. Sorular “0 = Hiç”, “10 = Aşırı miktarda” ifadeleriyle likert türünde hazırlanmıştır. Sorular araştırma süresi boyunca her gün, günde bir kez olacak şekilde katılımcılara iletilmiştir.

Katılımcılara iletilen sorular aşağıdaki şekildedir:

- 1) Bugün sosyal hayata katılmak konusunda ne kadar kaygılı olduğunuzu değerlendirin. (İş yerinde/toplantıda/sosyal ortamlarda aktif olmak gibi)
- 2) Bu kaygı verici duygu ve düşünceleri yaşamamak için ne kadar çaba harcadığınızı değerlendirin.  
(Örn: Toplu ortamlarda konuşmaktan kaçınmak, dikkat çekmemek için sessiz kalmak, derste sormak istediği soruyu sormamak vb.)
- 3) Gün içinde kendinizin ve etrafınızda olanların ne kadar farkındaydınız?
- 4) Bugün sosyal hayatınıza katılmakla ilgili ne ölçüde eylemde bulundunuz?  
(Örn: İş yerinde, toplantıda ya da sosyal ortamlarda fikirlerinizi belirtmek/sorularınızı sormak gibi)

### 3.3. İşlem

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 8 yetişkin birey ile değerlendirme görüşmesi yapılmıştır. Yapılan görüşmeler neticesinde iki katılımcı psikiyatrik tedavi görmesi bir katılımcı ise sosyal kaygı bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaması sebebiyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Dahil edilme kriterlerini karşılayan 5 katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların her biriyle değerlendirme görüşmesi yapılmış ve sosyal hayata katılma noktasında zorlandıkları meseleler üzerine

konusulmasının ardından ilk seans için randevu oluşturulmuştur. Katılımcıların değerlendirme görüşmesinde bahsettikleri zorlanmalardan örnekler içeren, günlük gönderilmek üzere araştırmacı tarafından kişiye özgü sorular hazırlanmıştır. Değerlendirme görüşmesinin yapıldığı günden terapi seansının sonlanmasının ardından bir haftayı kapsayacak şekilde günlük ölçümler alınmıştır. Bu ölçümler her gün aynı saatte katılımcılara çevrimiçi bir platform üzerinden iletilmiştir. Standart ölçümler, seanslara başlamadan önceki hafta, 5. seans ve 10. seans olmak üzere toplam üç kez alınmıştır. Seans gün ve saatleri katılımcılarla birlikte belirlenmiş ve seanslar yüz yüze ortalama 50 dakika olarak gerçekleşmiştir. Değerlendirme görüşmesinin ardından katılımcılardan araştırma katılım koşullarının ayrıntılı olarak yer aldığı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Tüm katılımcılarla ilk seansta, sosyal durumlarda yaşadıkları zorlanmalar hakkında konuşulmuş ve davranışın işlevsel analizi formülasyonu yapılmıştır. İkinci seanstan itibaren her danışanla ACT'in psikopatoloji modelini oluşturan 6 boyuttan danışanın zorlandığı duruma özgü olanı çalışılmıştır. Tüm seanslar kişiye özgü olup, her katılımcıda, katılımcının ihtiyacına yönelik farklı boyutlar üzerine çalışılmıştır. Seanslar katılımcının onayı ile kayıt altına alınmış ve her seans iki ayrı süpervizör tarafından o seansta 6 boyuttan ağırlıklı olarak hangisi ya da hangilerinin çalışıldığının belirlenmesine yönelik Seans Değerlendirme Formu ve seansların ne ölçüde ACT'e uygun olduğunu değerlendirmeye yönelik ACT'e Sadakat Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Araştırmadaki beş katılımcıdan bir tanesi ikinci seanstan sonra seansları bırakmış, bir tanesi ise üçüncü seansın ardından hedeflediği değişikliğe ulaştığını bildirip seansları sonlandırmıştır ve günlük ve standart ölçekleri normal süresinde doldurmaya devam etmiştir.

### **3.4. Veri Analizi**

Verilerin analizinde birden fazla analiz yöntemi kullanılmıştır. Araştırmamızda, katılımcılardan günlük olarak toplanan verilerin değerlendirilmesinde, değişim süreçlerini yorumlamayı sağlayan görsel incelemeler kullanılmıştır. Görsel inceleme, verilerin grafikler aracılığı ile değerlendirilmesidir. Bu kapsamda araştırmamızda kullanılan günlük ölçümlerin her birinin görselleştirilmesi yapılmıştır. Veri görselleştirilmesi için R Studio ve R Commander programları aracılığı ile Bulté ve

Onghena (2013) tarafından geliştirilen “tek vaka görselleştirilmesi analizi (*Single Case Visual Analysis, SCVA*)” yapılmıştır.

Günlük ölçümlerin analizinde, görselleştirilmenin yanında değişimin istatistiksel anlamlılığını yorumlamamıza olanak tanıyan, küçük veri setleri için uygun olan, iki faz (A ve B) arasındaki örtüşmezliği ölçen Tau-U analizi kullanılmıştır. Bu yöntem, başlama düzeyi fazındaki (A) trendi kontrol etme seçeneği de sunmaktadır. Yani Tau-U, iki fazdaki gözlemler arasındaki örtüşmeyi hesaplamak ve eğer varsa, eğimi kontrol etmek olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Bu analizde, p value değeri değişimin anlamlılığını değerlendirmeyi sağlarken Tau-U değeri ise değişimin yönünü ve gücünü göstermektedir. Tau-U istatistiğinin hesaplanması, Vannest ve arkadaşları tarafından (2011) oluşturulmuş çevrimiçi hesaplayıcı üzerinden yapılmıştır.

Araştırma kapsamında, katılımcıların doldurdukları standart ölçeklerdeki değişimin güvenilir olup olmadığını belirlemek için, tek denekli çalışmalarda kullanılan standart ölçümlere yönelik Jacobson ve Truax'ın (1992) “güvenilir değişim indeksi (*Reliable Change Index, RCI*)” kullanılmıştır. Bu analiz yöntemi ölçümlerdeki değişimin, ölçüm hatalarının ötesinde, güvenilir bir değişim olup olmadığını yorumlamamıza olanak tanır. RCI değeri  $\pm 1.96$ 'ya yani %95 güven aralığına eşdeğer olarak ayarlanmıştır. Analiz sonucunda çıkan değerlerin güvenilirliği  $\pm 1,96$ 'ya göre yorumlanmaktadır. RCI değeri, iki ölçüm arasındaki puan değişikliğinin, ölçüm aracının hata payını göz önünde bulundurarak istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için bir formül kullanılarak hesaplanır. Bu hesaplamada, kullanılan ölçeklerin güvenilirlik katsayıları ve standart hata değerleri dikkate alınır. RCI hesaplanmasına dahil edilen standart sapma ve ölçeğin güvenilirlik değerleri, araştırmamızın örneklem sayısının bu değerleri hesaplamaya imkân vermemesinden ötürü literatürdeki klinik örneklemelerle yapılan çalışmalarda hesaplanan değerlerden alınmıştır (Soykan ve Özgüven, 2003: 1059-1069, Kavla 2022; Bayar 2020).

Klinik durumları ölçmeyi amaçlayan ölçeklerdeki değişimin, ölçüm hatalarının ötesinde güvenilir olup olmamasının belirlenmesinin yanında değişimin klinik açıdan anlamlı olup olmadığını değerlendirmeye yönelik Jacobson ve Truax'ın (1992) anlamlı klinik değişim (*Clinically Significant Change, CSC*) hesaplamaları yapılmıştır. Bu hesaplama için birkaç farklı kriter bulunmakla birlikte her kriter için bir kesme puanı hesaplanır. Araştırma dizaynımıza uygun olarak “a” kriterine göre hesaplamalar yapılmıştır. Bu kritere göre anlamlı klinik değişimin kabul edilmesi için,

katılımcının müdahale sonrası puanının, müdahale öncesi ortalama puanlarından en az iki standart sapma değeri kadar iyi olması beklendiğinden hesaplamaya bu değişkenler dahil edilir. Bizim araştırmamızda, katılımcıların sosyal kaygı belirtilerini değerlendirdiğimiz Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği'nin (LSFBÖ) CSC değerleri hesaplanmıştır. CSC değerlerini hesaplamada kullanılan standart sapma ve ortalamama değeri, LSFBÖ'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapıldığı örneklemin bu değerlerinden referans alınmıştır (Soykan ve Özgüven, 2003: 1059-1069).



## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

## BULGULAR

Araştırmaya sosyal kaygı bozukluğu yaşayan 5 yetişkin birey dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen 5 yetişkinin yaş ortalamaları 25, ortanca yaşları 24 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %80'i bekar, %20'si evlidir. Katılımcılar eğitim durumlarına göre incelendiğinde katılımcıların tümünün üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların %80'i herhangi bir işte çalışmadığını, %20'si ise çalıştığını ifade etmiştir. 4 katılımcı arkadaş çevresini orta olarak tanımlarken 1 katılımcı geniş olarak tanımlamıştır. Görüşme sıklıkları incelendiğinde, tüm katılımcıların haftada bir kez arkadaşları ile görüştüğü görülmektedir. Sosyal medya kullanımları ve paylaşım sıklıkları değerlendirildiğinde, biri hariç hepsinin sosyal medya kullandığı ve hepsinin paylaşım sayısının haftada bir olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.1: Sosyodemografik Özellikler**

Sorular	Katılımcı 1	Katılımcı 2	Katılımcı 3	Katılımcı 4
Yaşımız	26	23	29	23
Cinsiyet	Kadın	Kadın	Kadın	Kadın
Medeni Hal	Kadın	İlişkisi yok	Evli	İlişkisi yok
Eğitim Durumu	Üniversite ve üzeri	Üniversite ve üzeri	Üniversite ve üzeri	Üniversite ve üzeri
	Çalışmıyor	Çalışmıyor	Çalışıyor	Çalışmıyor
Sosyal Medya Kullanımı	Evet	Hayır	Evet	Evet
Sosyal Medya Paylaşımı	1	0	1	1
Arkadaş Çevresi	Orta	Orta	Geniş	Orta
Görüşme sıklığı	Haftada bir kere	Haftada bir kere	Haftada bir kere	Haftada bir kere

Tablo 4.2 ve tablo 4.3'te katılımcıların Çok Boyutlu Psikolojik Esneklik Envanterinin psikolojik esneklik ve psikolojik katılık alt boyutlarına dair, müdahale öncesi, 5. seans ve 10. seans sonrası aldıkları puanların güvenilir değişim indexine (RCI) göre hesaplanan sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.2. incelendiğinde; 1 ve 3 numaralı katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerindeki değişim, her üç ölçüm arasında RCI kriterlerini karşılayarak önemli ölçüde artmıştır (RCI > ±1.96). 2 numaralı katılımcının birinci ve üçüncü ölçümleri ve ikinci ve üçüncü ölçümleri arasındaki psikolojik esneklik düzeylerinin güvenilir ölçüde arttığı gözlenmektedir (RCI > ±1.96). Birinci ve ikinci ölçümü arasındaki artış güvenilir değildir (RCI < ±1.96 ). 4 numaralı katılımcının tüm ölçümlerinde güvenilir bir değişiklik gözlenmemiştir (RCI < ± 1.96 ).

Tablo 4.3. incelendiğinde; 1 ve 3 numaralı katılımcıların tüm ölçümlerinde psikolojik katılık düzeylerinin RCI kriterlerini sağlayarak güvenilir ölçüde azaldığı görülmüştür (RCI > ±1.96 ). İkinci katılımcının birinci ve son ölçümleri ile ikinci ve son ölçümleri arasındaki psikolojik katılık puanları güvenilir şekilde azalma göstermiştir (RCI > ±1.96). Aynı katılımcının ilk ve ikinci ölçümlerindeki azalmanın güvenilir olmadığı görülmüştür (RCI < ±1.96). Dördüncü katılımcının ilk ve ikinci ölçümleri ile ilk ve son ölçümleri arasında psikolojik katılık puanları güvenilir şekilde azalmıştır (RCI > ±1.96). Dördüncü katılımcının ikinci ve son ölçümleri arasındaki değişimin güvenilir olmadığı görülmüştür (RCI < ±1.96).

**Tablo 4.2: Psikolojik Esneklik**

Katılımcı No	İlk Ölçüm PE Puanı	İkinci Ölçüm PE Puanı	Son Ölçüm PE Puanı	RCI 1-2	RCI 1-3	RCI 2-3
1	88	126	157	5.21	9.10	4.09
2	106	109	128	0.40	2.90	2.51
3	110	146	161	4.75	6.73	1.98
4	133	145	140	1.58	0.92	-0.66

Not: PE: Psikolojik Esneklik, RCI: Reliable Change Index

**Tablo 4.3: Psikolojik Katılık**

Katılımcı No	İlk Ölçüm PK Puanı	İkinci Ölçüm PK Puanı	Son Ölçüm PK Puanı	RCI 1-2	RCI 1-3	RCI 2-3
1	102	75	29	-3.35	-9.06	-5.71
2	82	80	54	-0.25	-3.48	-3.23
3	94	61	43	-4.10	-6.33	-2.23
4	80	39	35	-5.09	-5.58	-0.50

Not: PK: Psikolojik Katılık, RCI: Reliable Change Index

Tablo 4.4 ve tablo 4.5'te dört katılımcının Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği'nin sosyal kaygı düzeyi ve kaçınma düzeylerindeki değişimlerin, müdahale öncesi, 5. seans ve 10. seans sonrası aldıkları puanların RCI'ya göre hesaplanmış sonuçları yer almaktadır. RCI'nın sonuçları  $\pm 1.96$  güvenilirlik düzeyine göre yorumlanmaktadır. RCI değeri güvenilir olan ölçümlerin klinik geçerliliklerini değerlendirmek üzere anlamlı klinik değişimi (CSC) değerleri hesaplanmıştır.

Tablo 4.4 incelendiğinde; birinci ve dördüncü katılımcının sosyal kaygı puanlarının tüm ölçümlerindeki değişimi RCI kriterlerini karşılayarak güvenilir şekilde azalmıştır ( $RCI > \pm 1.96$ ). Bu ölçümlerin klinik olarak anlamlı olup olmadığını değerlendirmek üzere yapılan CSC'ye göre; kaygı puanlarındaki azalma klinik olarak anlamlı değildir. 2. katılımcının sosyal kaygı düzeyleri, ilk ve son ölçümleri ve ikinci ve son ölçümleri arasında RCI kriterlerini karşılayarak güvenilir bir azalma göstermiştir ( $RCI > \pm 1.96$ ). Bu ölçümlerin CSC değerleri hesaplanmış olup, sonucuna göre bu azalış klinik olarak anlamlı görülmemiştir. İlk ve ikinci ölçümleri arasındaki azalma güvenilir değildir ( $RCI < \pm 1.96$ ). Üçüncü katılımcının ilk ve son ölçümleri arasındaki kaygı puanları, RCI kriterlerini karşılayarak güvenilir şekilde azalmıştır ( $RCI > \pm 1.96$ ). Bu değişimin klinik açıdan anlamlı olup olmadığını değerlendirmek üzere yapılan analizde, kaygı puanlarındaki analizin klinik olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Bu katılımcıların ilk ve ikinci ölçümleri ve ikinci ve son ölçümlerindeki değişim güvenilir değildir ( $RCI < \pm 1.96$ ).

**Tablo 4.4: LSFBO – Kaygı Ölçümleri RCI Değerleri**

Katılımcı No	Kaygı İlk Ölçüm	Kaygı İkinci Ölçüm	Kaygı Son Ölçüm	RCI 1-2	RCI 1-3	RCI 2-3
1	57	33	26	-7.38	-9.54	-2.15
2	56	53	39	-0.92	-5.23	4.31
3	59	54	49	-1.54	-3.08	-1.54
4	60	45	31	-4.61	-8.92	-4.30

Not: LSKBÖ: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği, RCI: Reliable Change Index

Tablo 4.5, tüm katılımcıların Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği'ndeki kaçınma düzeylerine ait sonuçları içermektedir. Tablo 4.5 incelendiğinde; birinci ve dördüncü katılımcının kaçınma düzeyleri, ilk ve ikinci ölçüm ve ilk ve son ölçümlerde RCI kriterlerini karşılayarak güvenilir şekilde azalmıştır ( $RCI > \pm 1.96$ ). Klinik anlamlılık sonuçları kaçınma seviyesindeki bu azalmanın anlamlı olmadığını göstermektedir. Bu katılımcıların ikinci ve son ölçümleri arasındaki azalma güvenilir değildir ( $RCI < \pm 1.96$ ). İkinci katılımcının ilk ve son ölçümleri arasındaki azalma güvenilir bulunmuş olup klinik olarak anlamlı değildir ( $RCI > \pm 1.96$ ). Aynı katılımcının ilk ve ikinci ölçümleri ve ikinci ve üçüncü ölçümleri arasında güvenilir bir azalma bulunmamıştır ( $RCI < \pm 1.96$ ). Üçüncü katılımcının ilk ve son ölçümleri arasındaki azalma güvenilir ancak klinik anlamlı değişimleri incelendiğinde sonucun klinik olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $RCI > \pm 1.96$ ). İlk ve ikinci ölçümleri arasında güvenilir bir değişiklik bulunmamıştır ( $RCI < \pm 1.96$ ).

**Tablo 4.5: LSFBO Kaçınma Ölçümleri RCI Değerleri**

Katılımcı No	Kaçınma İlk Ölçüm	Kaçınma İkinci Ölçüm	Kaçınma Son Ölçüm	RCI 1-2	RCI 1-3	RCI 2-3
1	56	31	26	-6.38	-7.65	-1.28
2	51	44	41	-1.79	-2.55	-0.77
3	59	53	40	-1.53	-4.85	-3.32
4	45	35	30	-2.55	-3.83	-1.28

Not: LSKBÖ: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği, RCI: Reliable Change Index

Tablo 4.6, tüm katılımcıların sosyal işlevsellik ölçeğinin kişilerarası ilişkiler alt boyutundan aldıkları sonuçların değişimini göstermektedir. Tablo 4.6'ya göre; birinci katılımcının kişilerarası ilişkiler puanı her ölçümde artış göstermiştir ancak bu değişim güvenilir değildir ( $RCI < \pm 1.96$ ). İkinci katılımcının ölçümleri arasında herhangi bir değişim gözlenmemiştir ve RCI değerleri hesaplanmamıştır. Üçüncü ve dördüncü katılımcının, ilk iki ölçümden aldıkları sonuçlar aynı, son ölçümden aldıkları puanlar ise artış göstermiştir. İlk iki ölçümden aldıkları puanlarda değişiklik olmaması sebebiyle ilk ölçüm ile ikinci ölçüm arasında RCI değerleri hesaplanmamış olup, ilk ve üçüncü ölçüm ile ikinci ve üçüncü ölçüm arasındaki değişimin RCI değeri hesaplanmıştır. Sonuçlara göre katılımcıların puanlarındaki artış güvenilir değildir ( $RCI < \pm 1.96$ ).

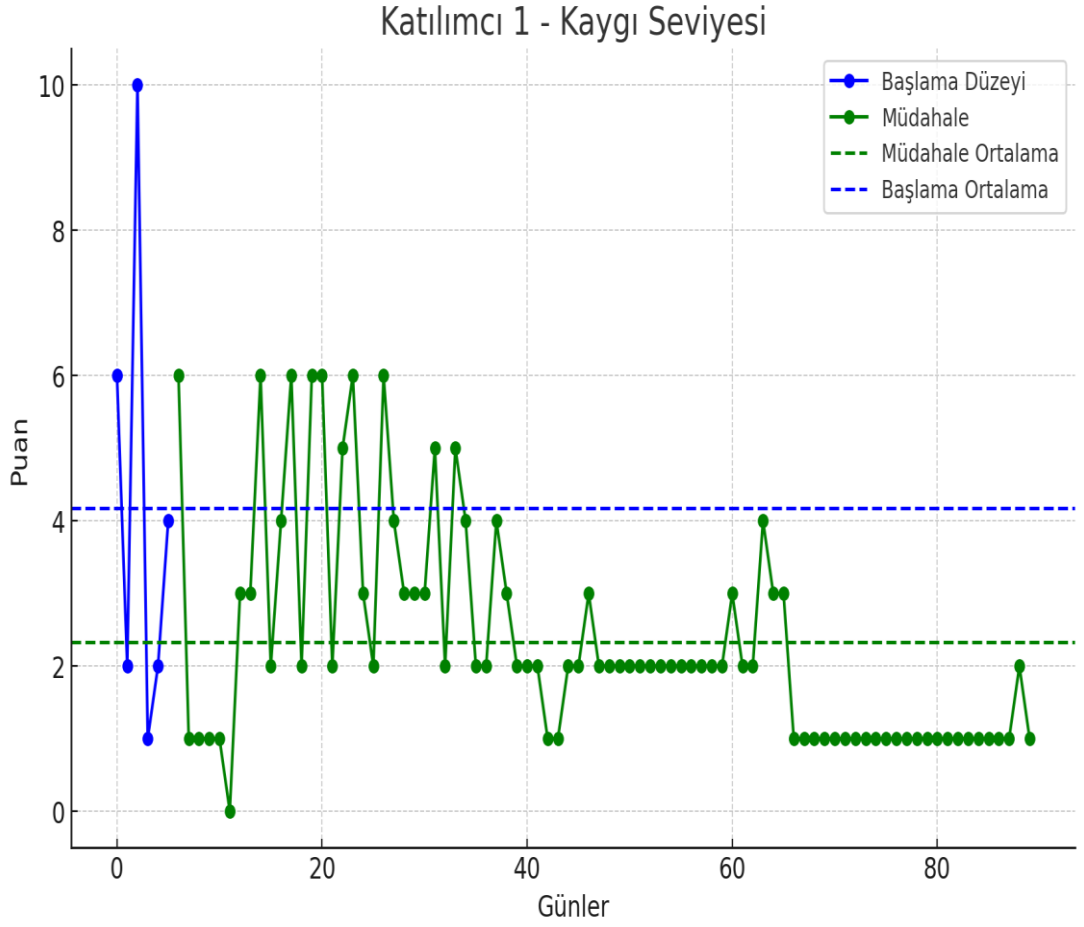
**Tablo 4.6: SİÖ-Kişilerarası İlişkiler**

Katılımcı No	İlk Ölçüm Kişilerarası İlişkiler	İkinci Ölçüm Kişilerarası İlişkiler	Son Ölçüm Kişilerarası İlişkiler	RCI 1-2	RCI 1-3	RCI 2-3
1	3	4	6	0.595	1.786	1.191
2	4	4	4	-	-	-
3	3	3	6	-	1.786	1.786
4	5	5	6	-	0.595	0.595

Not: SİÖ: Sosyal İlişkiler Ölçeği

Katılımcılardan günlük olarak toplanan verilerin her bir değişkeninin istatistiksel analizine ait görsel incelemeler ve Tau-U analizinin sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Birinci katılımcının görsel inceleme sonucu şekil 4.1'de gösterilmiştir. Görsel incelemeye göre katılımcının kaygı seviyesi azalma eğiliminde olup, müdahale sonrası ortalamasında başlangıç düzeyindeki ortalamasına göre azalma görülmektedir. Tablo 4.7, sosyal kaygı seviyesini değerlendirmek üzere yapılan Tau-U analizi sonuçlarını içermektedir. Analiz neticesinde ise kaygı seviyesinde, müdahale sonrasında belirgin bir değişiklik gözlenmemiştir ( $P > 0.05$ ).

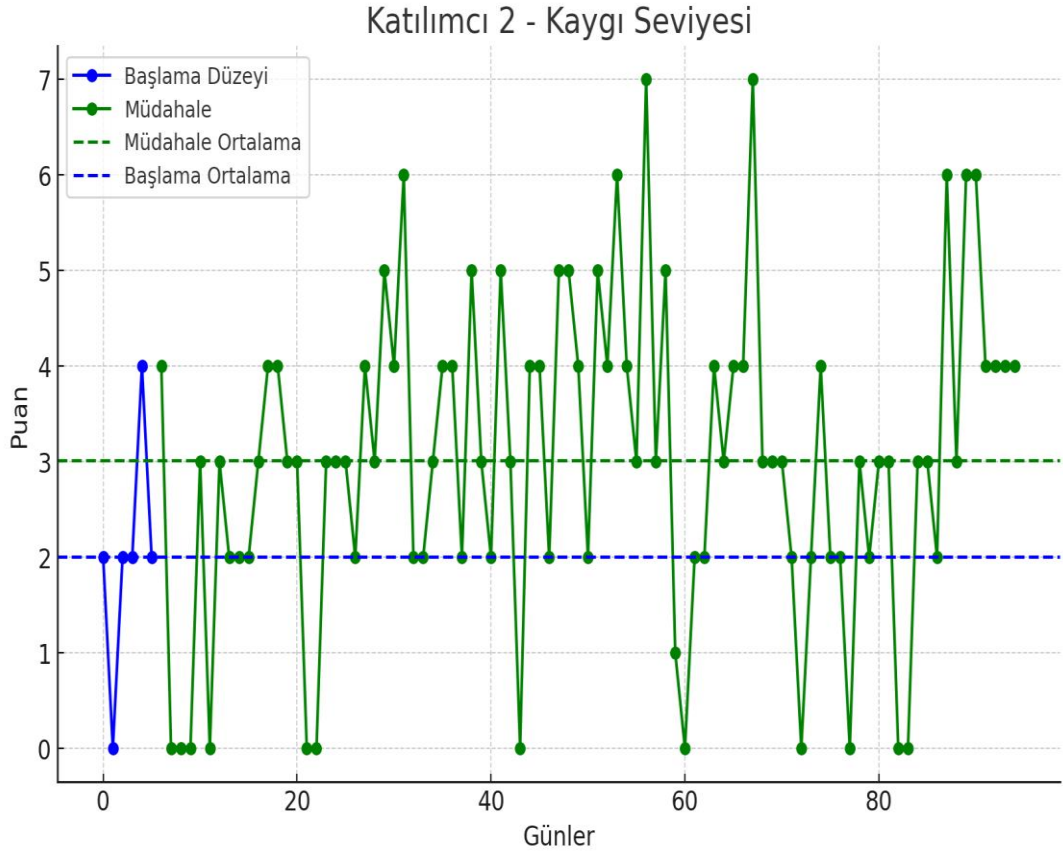


**Şekil 4.1: Katılımcı 1- Kaygı Seviyesi**

**Tablo 4.7: Kaygı Seviyesi**

Katılımcı	Faz	Tau	P-Value	Z-Score
Katılımcı 1	A-B	-0.3472	0.1570	-1.4153

Şekil 4.2, ikinci katılımcıya ait görsel incelemelere ait sonuçlarını göstermektedir. Görsel incelemeye göre; katılımcının kaygı seviyesi ortalaması başlangıç düzeyindeki ortalamasına göre artış göstermiştir. Tablo 4.8’de ikinci katılımcının kaygı seviyesindeki değişimin sonuçları yer almaktadır. Sonuçlar incelendiğinde; başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki Tau-U değeri hesaplanmış olup iki aşama arasında belirgin bir değişiklik gözlenmemiştir ( $P > 0.05$ ).

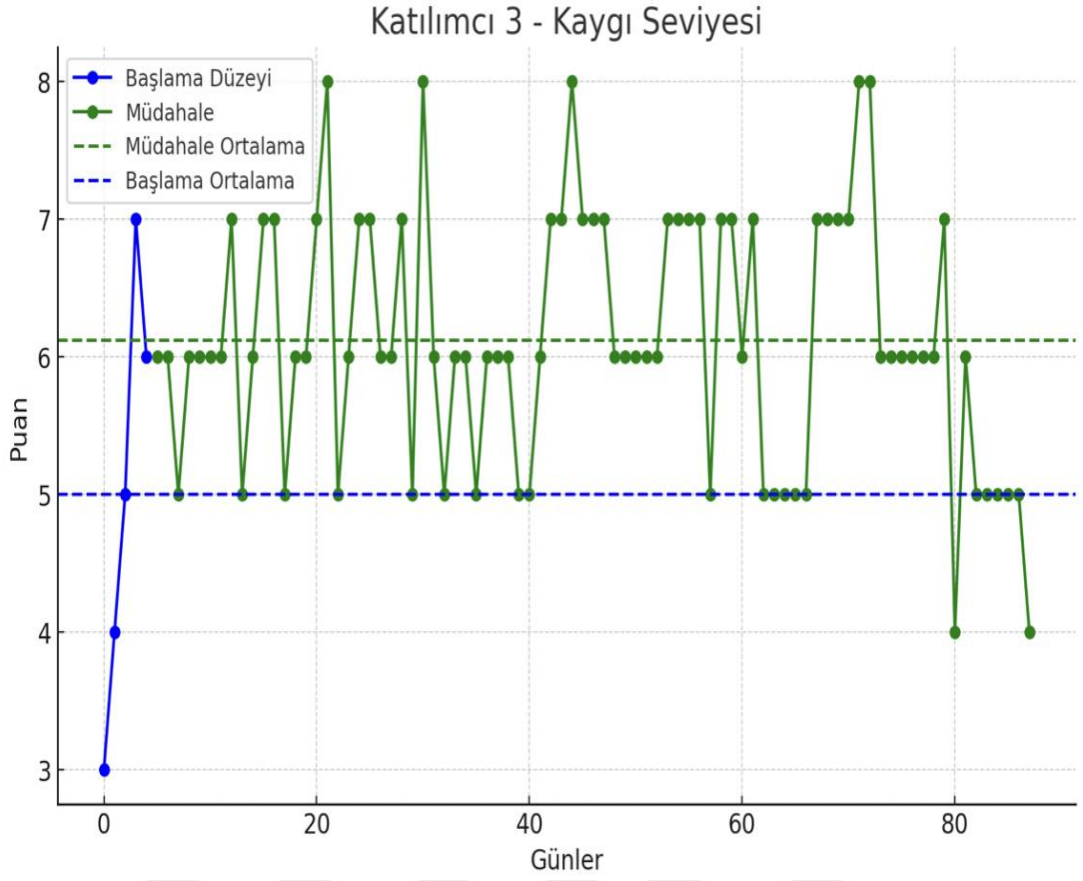


**Şekil 4.2: Katılımcı 2- Kaygı Seviyesi**

**Tablo 4.8: Kaygı Seviyesi**

Katılımcı	Faz	Tau-U	P-Value	Z-Score
Katılımcı 2	A-B	0.4045	0.0985	1.6524

Şekil 4.3, üçüncü katılımcıya ait görsel incelemelere ait sonuçlarını göstermektedir. Görsel incelemeye göre katılımcının kaygı seviyesi artış eğiliminde olup, başlama düzeyi ortalaması başlangıç düzeyindeki ortalamasına göre artış göstermiştir. Kaygı seviyesini değerlendirmeye yönelik yapılan istatistiksel analiz Tablo 4.9'da yer almaktadır. Tablo 4.9'a göre; başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında hesaplanan Tau-U değeri incelendiğinde, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $P > 0.05$ ).

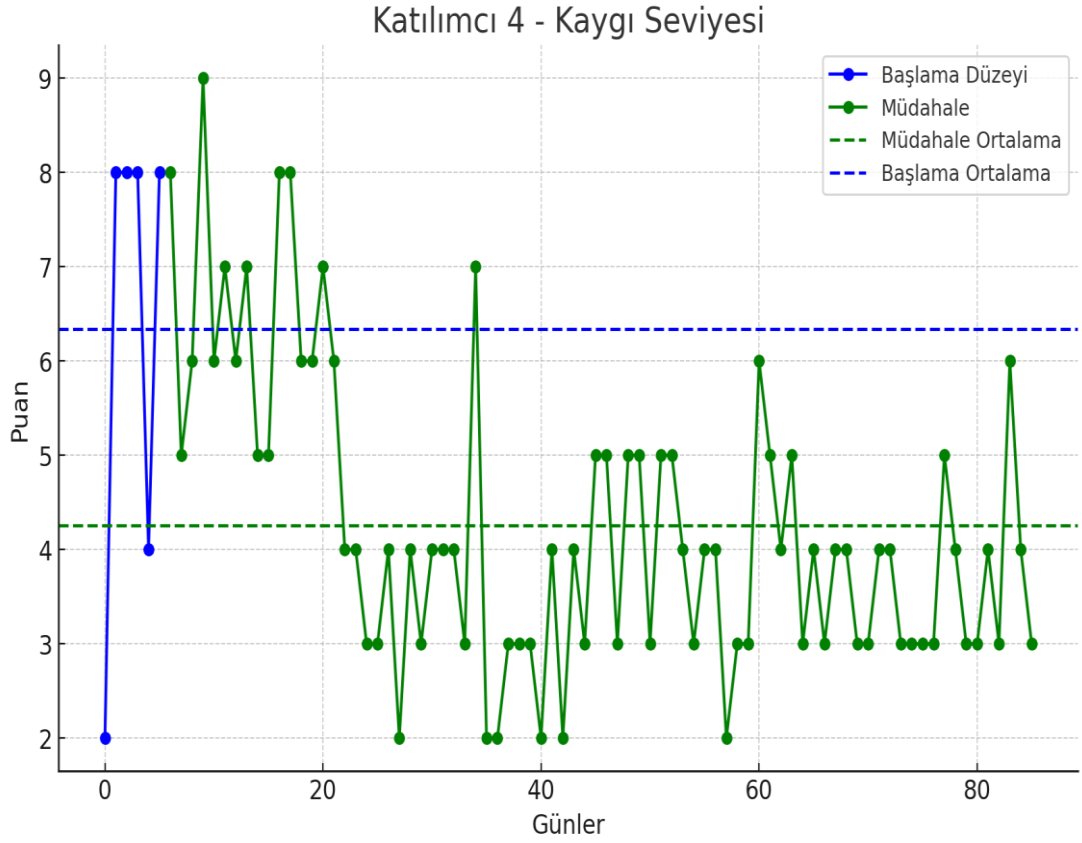


**Şekil 4.3: Katılımcı 3- Kaygı Seviyesi**

**Tablo 4.9: Kaygı Seviyesi**

Katılımcı	Faz	Tau	P-Value	Z-Score
Katılımcı 3	A-B	0.4169	0.1190	1.5591

Şekil 4.4, dördüncü katılımcının görsel incelemelerine ait sonuçlarını göstermektedir. Görsel incelemeye göre katılımcının kaygı seviyesi ortalaması başlangıç düzeyine göre azalma göstermiştir. Tablo 4.10, dördüncü katılımcının kaygı seviyesindeki değişimin Tau-U analizine sonuçlarını içermektedir. Sonuçlar incelendiğinde; A aşaması ile B aşamaları arasındaki değişiklik istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $P > 0.05$ ).

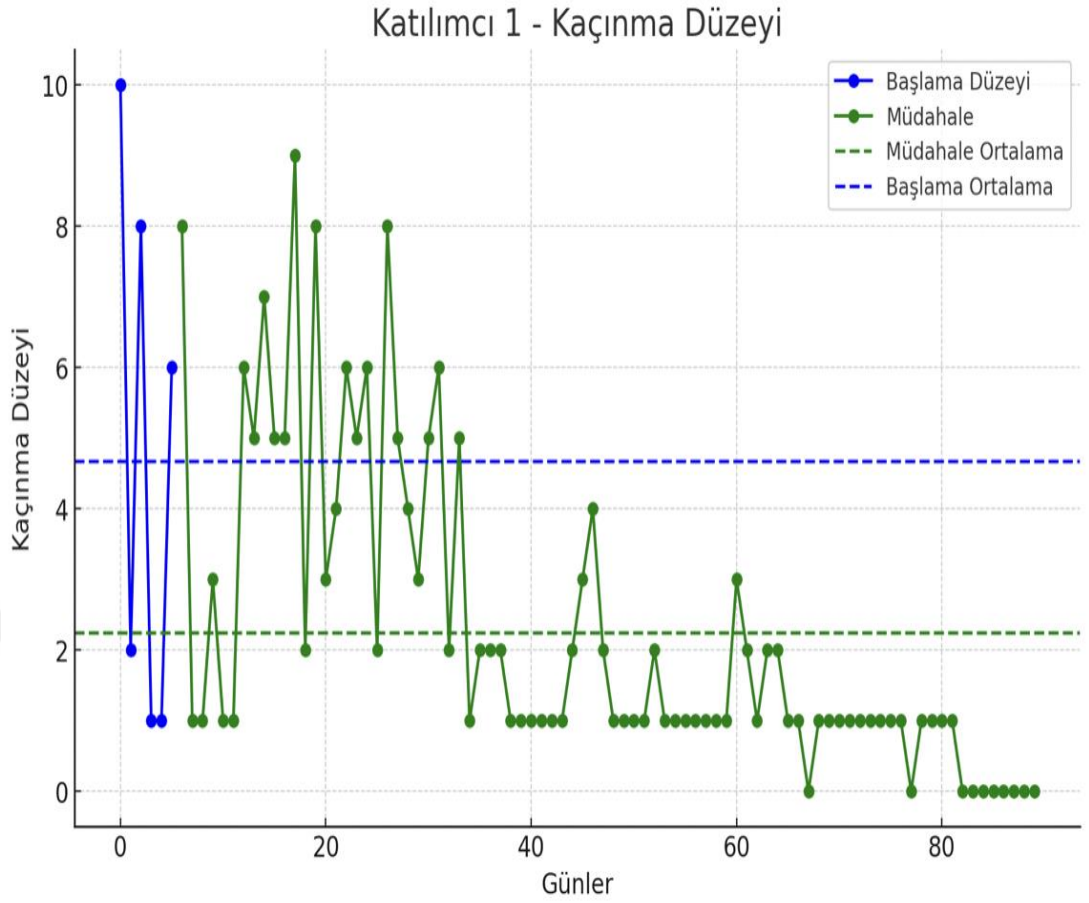


**Şekil 4.4: Katılımcı 4- Kaygı Seviyesi**

**Tablo 4.10: Kaygı Seviyesi**

Katılımcı	Faz	Tau	P-Value	Z-Score
Katılımcı 4	A-B	-0.4771	0.0523	-1.941

Şekil 4.5, birinci katılımcının kaçınma puanlarının görsel incelemesini sunmaktadır. Şekil 4.5'e göre kaçınma puanları azalma eğiliminde olup, müdahale aşamasının ortalaması başlama düzeyine göre azalma göstermektedir. Tablo 4.11, birinci katılımcının kaçınma düzeyindeki değişimlere ait yapılan istatistiksel analizin sonuçlarını içermektedir. Sonuçlar incelendiğinde; A ile B aşamasının arasında kaçınma düzeylerinde anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. ( $p>0.05$ ).

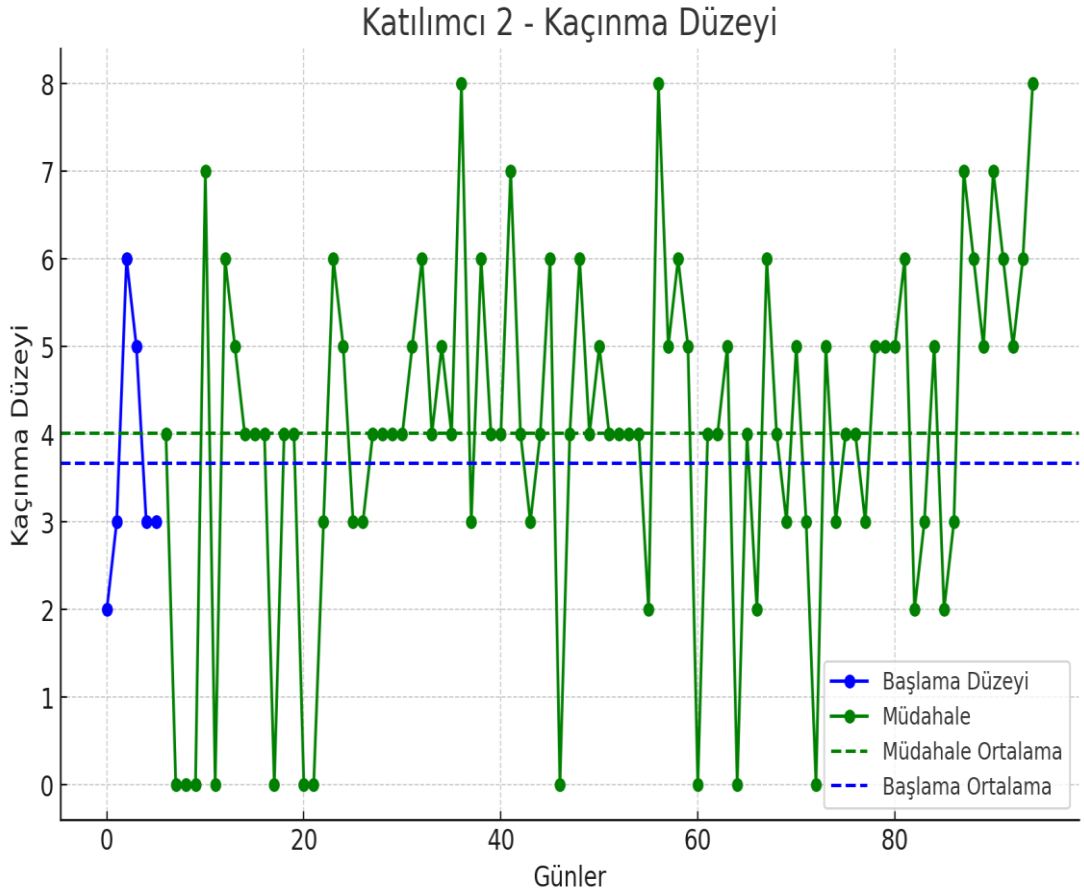


**Şekil 4.5: Katılımcı 1- Kaçınma Düzeyi**

**Tablo 4.11: Kaçınma Düzeyi**

Katılımcı	Faz	Tau	P-Value	Z-Score
Katılımcı 1	Müdahale	-0.4067	0.0973	-1.6580

Şekil 4.6’da, katılımcının kaçınma düzeyindeki görsel incelemeye ait sonuçları yer almaktadır. Şekil 4.6’ya göre başlama ve müdahale aşaması ortalamaları arasında belirgin farklılıklar görünmemektedir. Tablo 4.12, kaçınma düzeyine dair yapılan analizin sonucunu içermektedir. Tablo 4.12’ye göre, görsel inceleme ile tutarlı olarak iki aşama arasında anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir ( $p>0.05$ ).

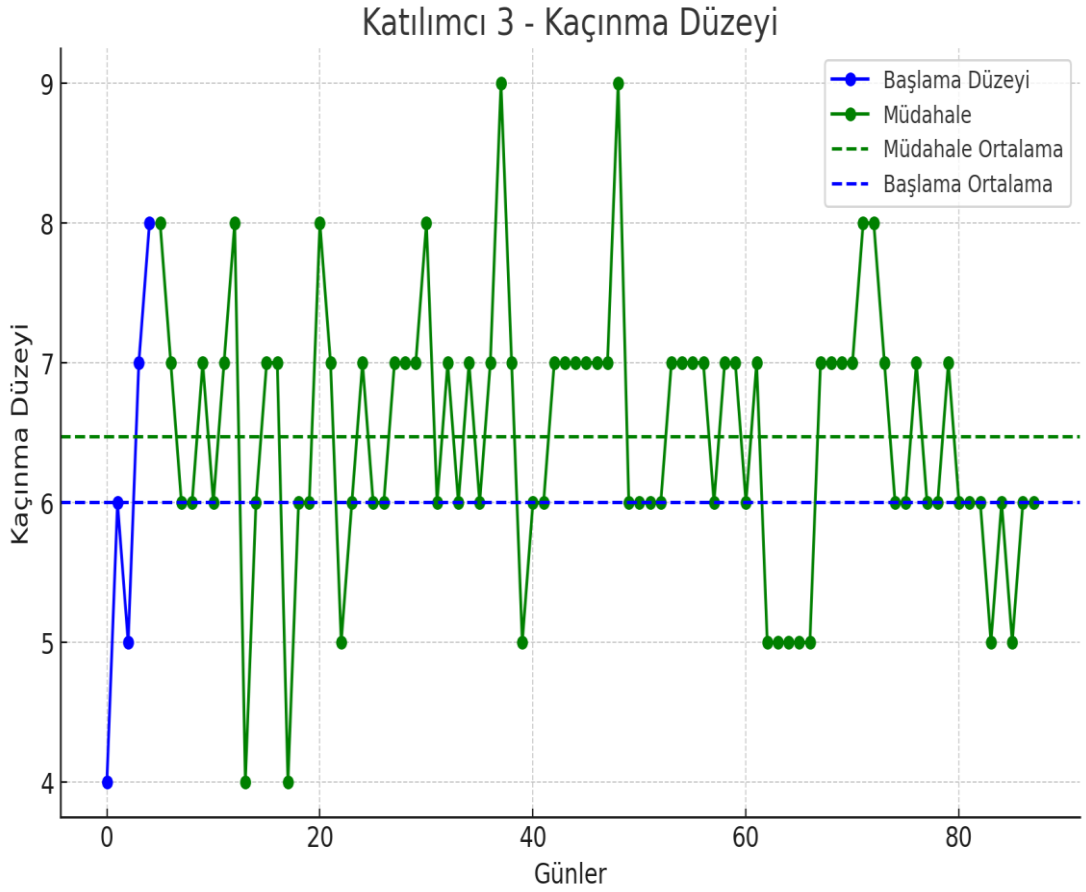


Şekil 4.6: Katılımcı 2- Kaçınma Düzeyi

Tablo 4.12: Kaçınma Düzeyi

Katılımcı	Faz	Tau	P-Value	Z-Score
Katılımcı 2	A-B	0.2041	0.4044	0.8338

Şekil 4.7, üçüncü katılımcının kaçınma düzeyindeki görsel incelemeye ait sonuçları göstermektedir. Şekil 4.7'ye göre başlama ve müdahale aşaması arasında belirgin bir farklılık görünmemektedir ve tutarlı olarak tablo 4.13'te yer alan Tau-U analizleri iki aşama arasında anlamlı ölçüde farklılık olmadığını göstermektedir. ( $P > 0.05$ ).

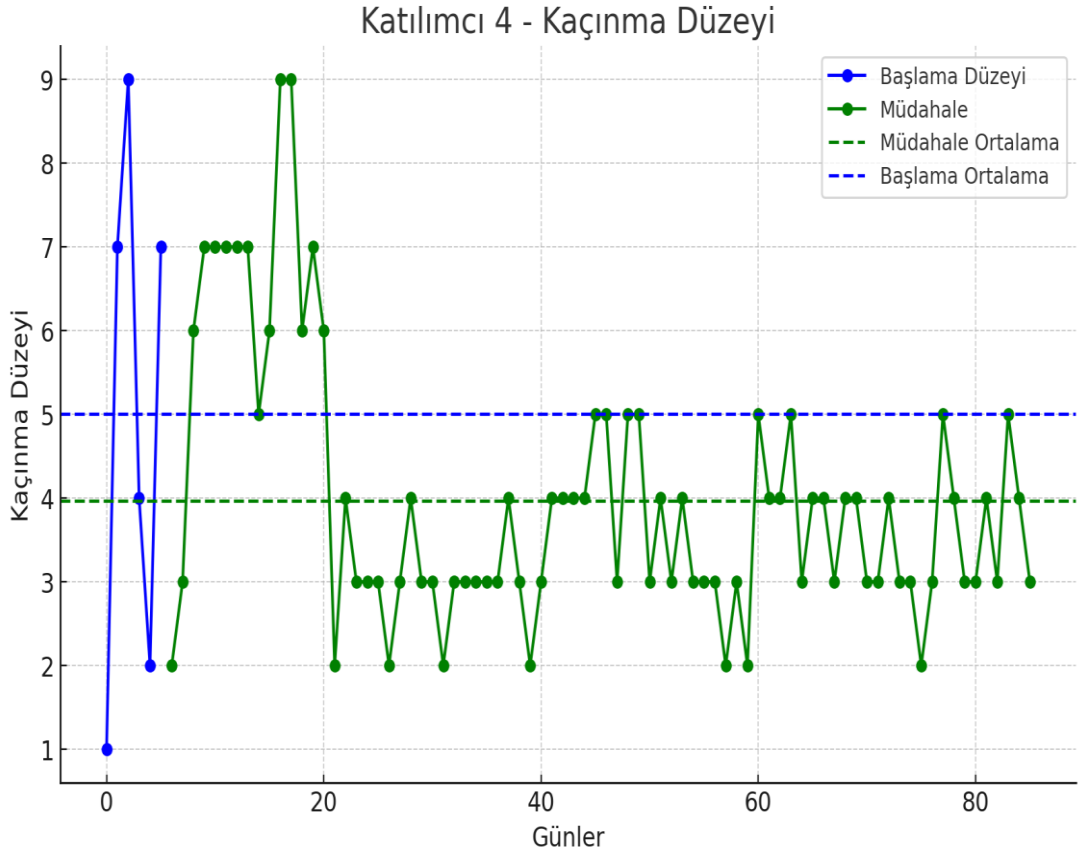


**Şekil 4.7: Katılımcı 3- Kaçınma Düzeyi**

**Tablo 4.13: Kaçınma Düzeyi**

Katılımcı	Faz	Tau-U	P-Value	Z-Score
Katılımcı 3	A-B	0.1639	0.54	0.6128

Şekil 4.8’de, dördüncü katılımcının kaçınma düzeyindeki görsel incelemeye ait sonuçları yer almaktadır. Şekil 4.8’e göre müdahale aşamasında başlama kaçınma puanları azalma eğiliminde olup iki aşamanın ortalamaları arasında fark görünmektedir. Tablo 4.14’te katılımcının kaçınma düzeyindeki değişimlere ait sonuçları yer almaktadır. Sonuçlar incelendiğinde; başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $P>0.05$ ).

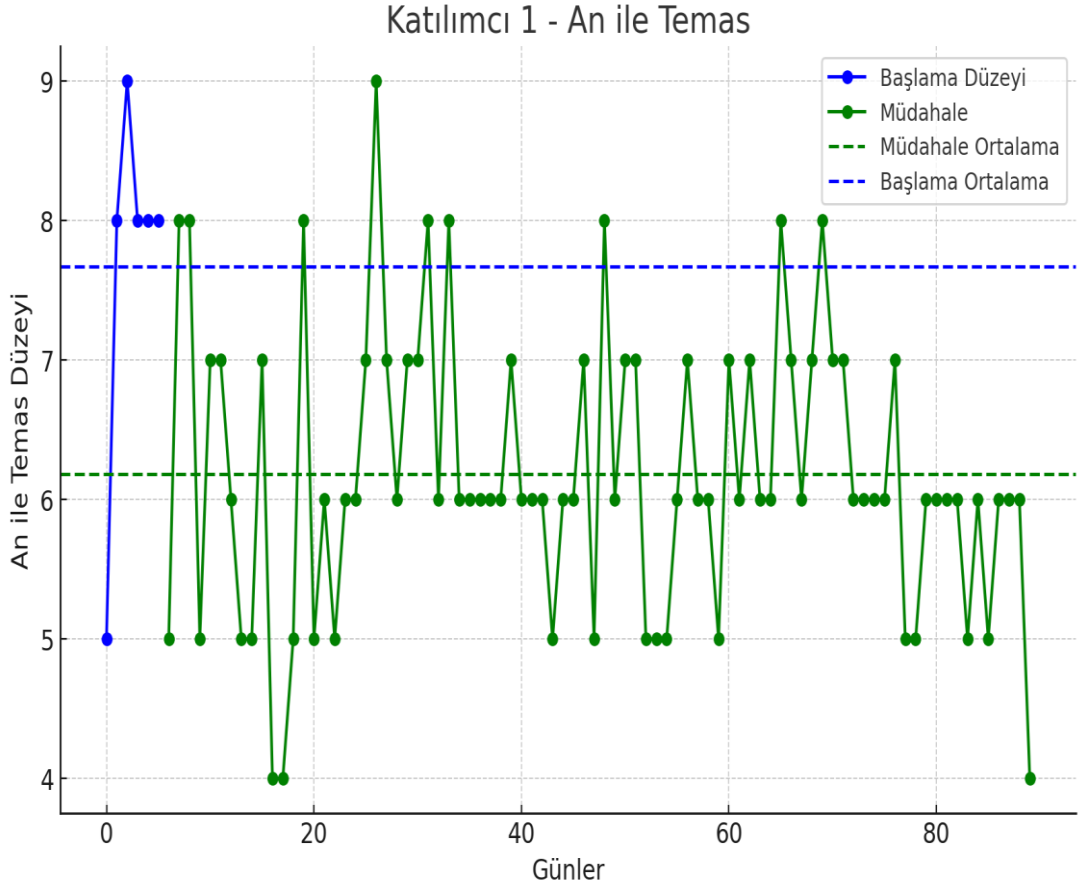


**Şekil 4.8: Katılımcı 4- Kaçınma Düzeyi**

**Tablo 4.14: Kaçınma Düzeyi**

Katılımcı	Faz	Tau	P-Value	Z-Score
Katılımcı 4	A-B	-0.1771	0.4713	-0.7204

Şekil 4.9, birinci katılımcının an ile temas düzeyindeki görsel incelemeye ait sonuçları yer almaktadır. Şekil 4.9'a göre katılımcının an ile temas puanları azalma eğiliminde olup, müdahale aşamasının ortalaması, başlama düzeyi ortalamasına göre azalmıştır. Tablo 4.15, birinci katılımcının an ile temas düzeyindeki değişimlere ait Tau-U analizinin sonuçlarını içermektedir. Sonuçlar incelendiğinde; katılımcının an ile temas puanlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ).

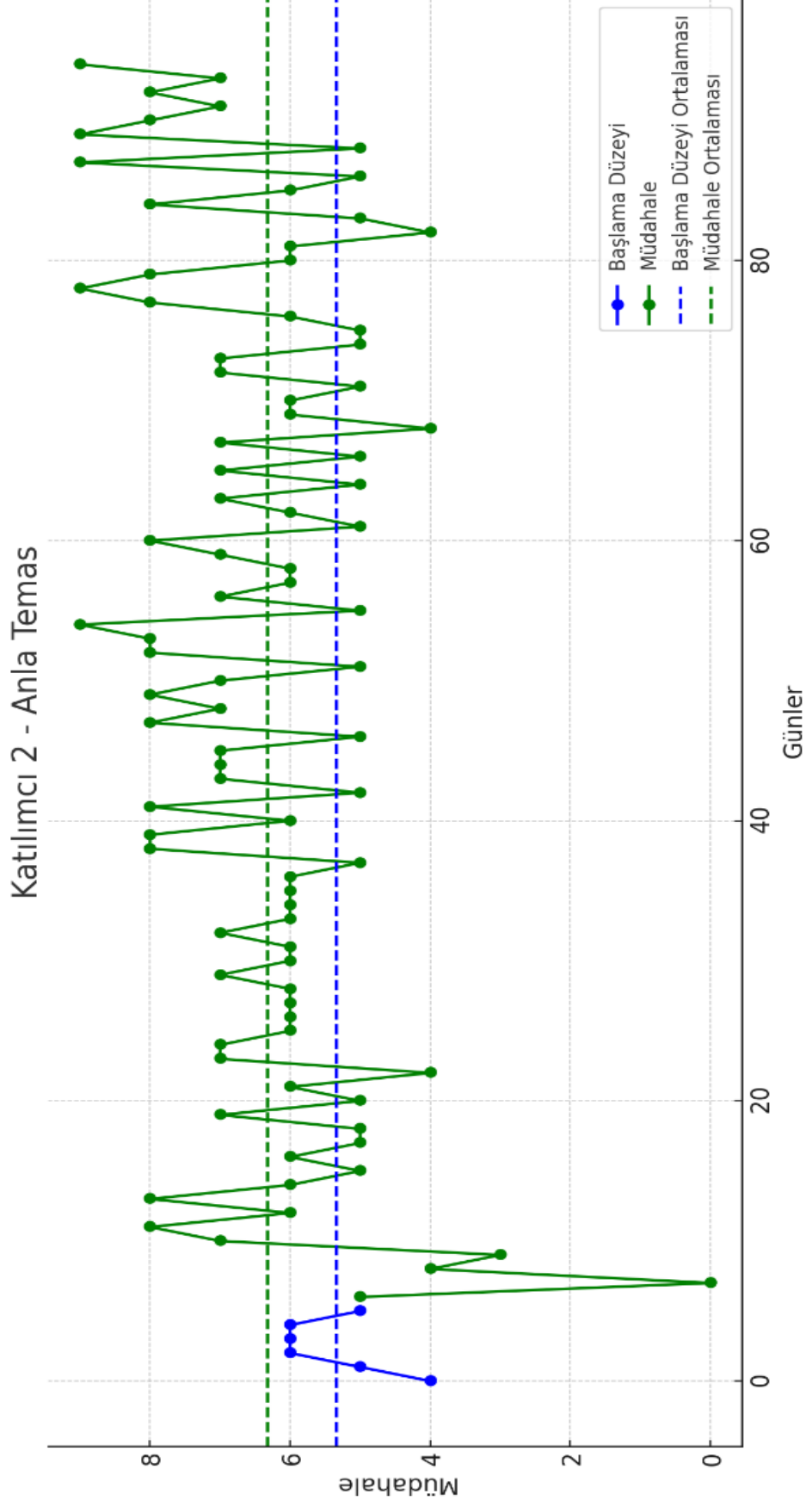


**Şekil 4.9: An ile temas**

**Tablo 4.15: An ile temas düzeyi**

Katılımcı	Faz	Tau-U	P-Value	Z-Score
Katılımcı 1	A-B	-0.6310	0.0101	-2.5719

Şekil 4.10, ikinci katılımcının an ile temas düzeyindeki görsel incelemeye ait sonuçları yer almaktadır. Şekil 4.10'a göre katılımcının an ile temas puanlarında başlama düzeyine göre farklılık görünmemektedir. Tablo 4.16, ikinci katılımcının an ile temas düzeyindeki değişimlere ait Tau-U analizi sonuçlarını içermektedir. Sonuçlar incelendiğinde; katılımcının an ile temas düzeyinde anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ( $p>0.05$ ).



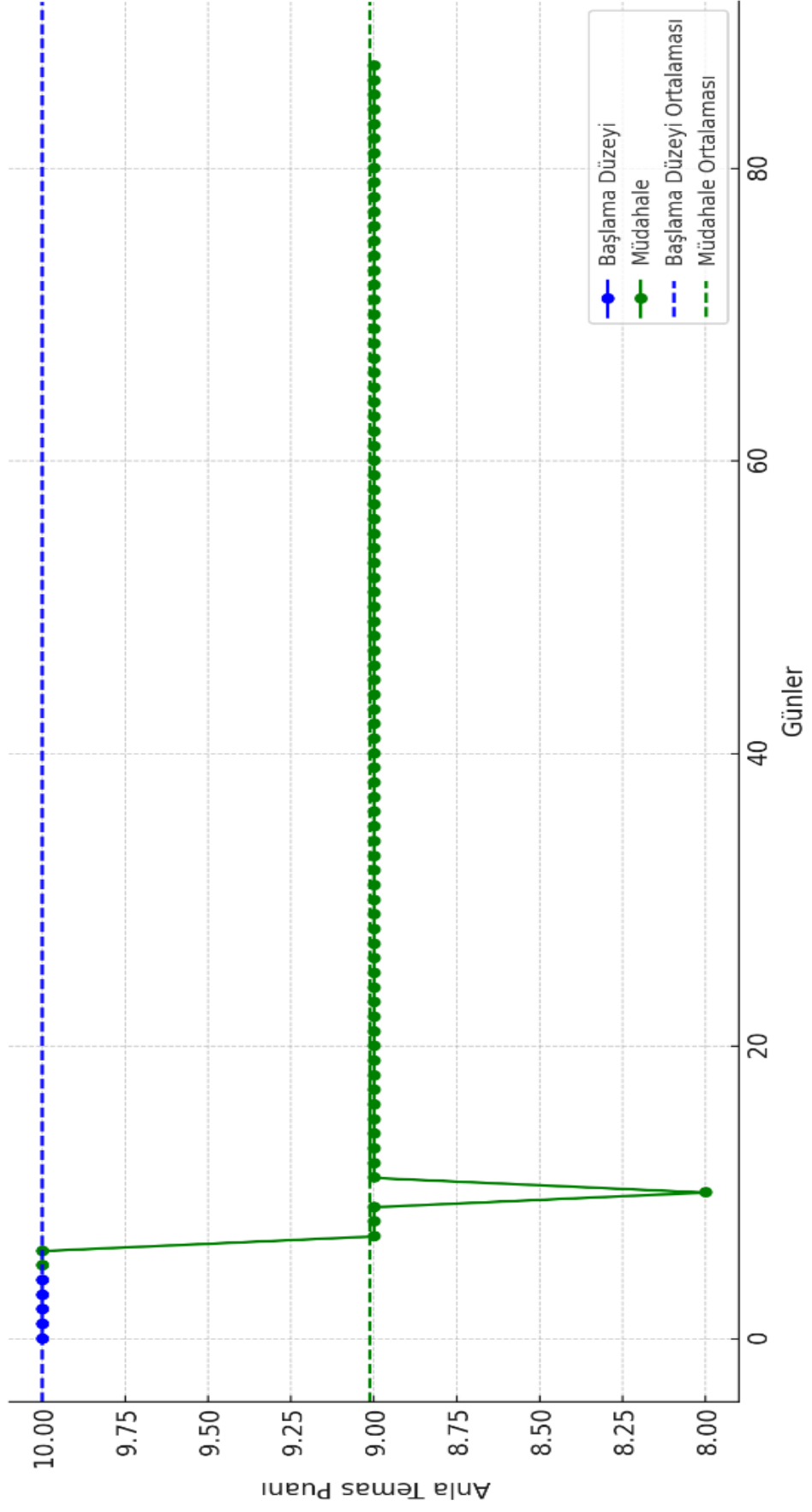
Şekil 4.10: Anla temas

**Tablo 4.16: An ile temas düzeyi**

Katılımcı	Faz	Tau-U	P-Value	Z-Score
Katılımcı 2	A-B	0.4532	0.0641	-2.5719

Şekil 4.11’de, üçüncü katılımcının an ile temas düzeyindeki görsel incelemeye ait sonuçları yer almaktadır. Şekil 4.11’e göre katılımcının an ile temas puanlarında başlama düzeyine göre belirgin bir azalma görülmektedir. Tablo 4.17, üçüncü katılımcının an ile temas düzeyindeki değişimlere ait sonuçları içermektedir. Sonuçlar incelendiğinde; katılımcının an ile temas puanlarındaki değişimin anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

### Katılımcı 3 - Anla Temas



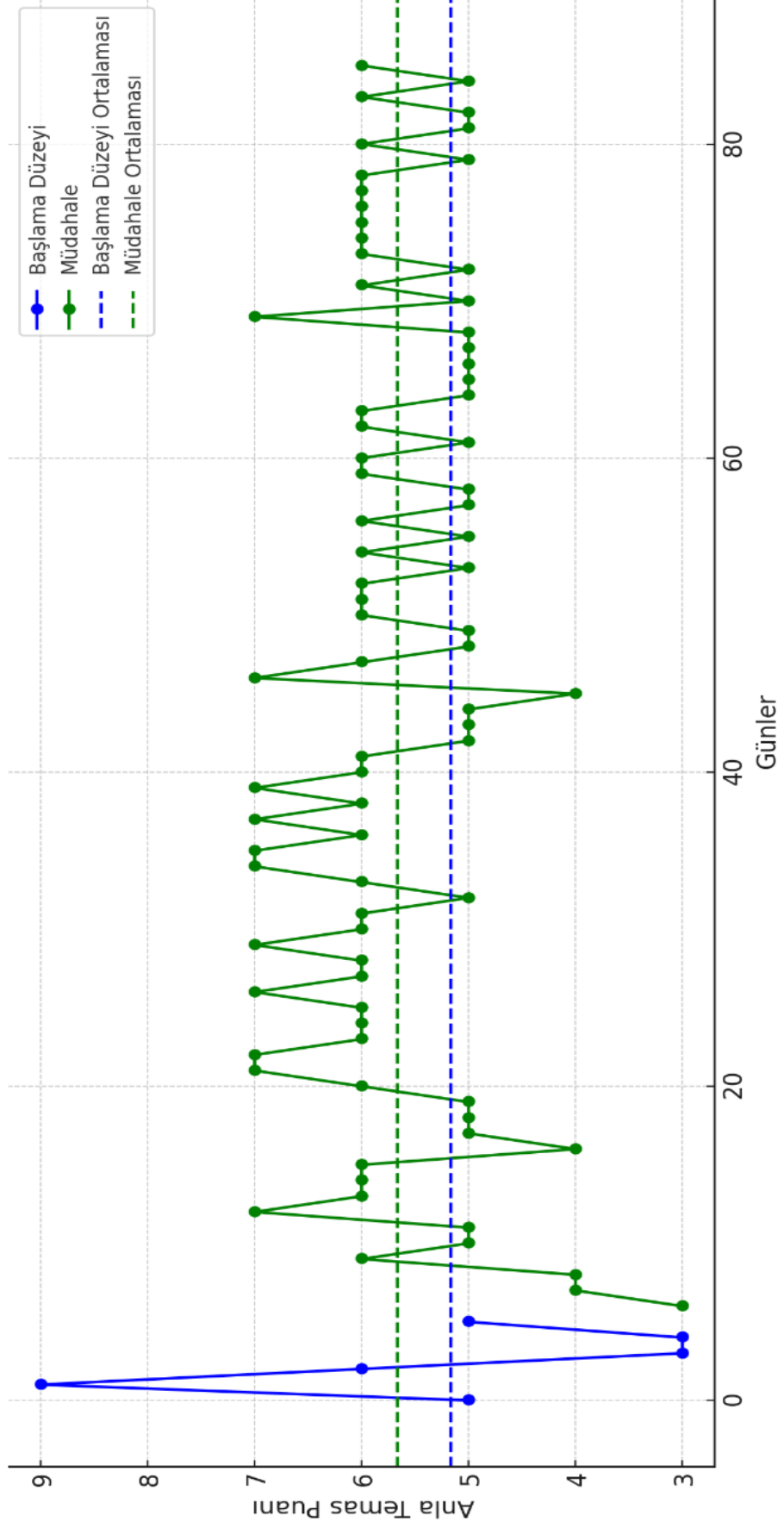
Şekil 4.11: Anla Temas

**Tablo 4.17: An ile temas düzeyi**

Katılımcı	Faz	Tau	P-Value	Z-Score
Katılımcı 3	A-B	-0.9759	0.0003	-3.65

Şekil 4.12’de, dördüncü katılımcının an ile temas düzeyindeki görsel incelemeye ait sonuçları yer almaktadır. Şekil 12’ye göre katılımcının an ile temas puanlarında artış ya da azalış yönünde bir değişim görülmemektedir. Tablo 4.18, katılımcının an ile temas düzeyindeki değişimlere ait sonuçları içermektedir. Sonuçlar incelendiğinde; katılımcının an ile temas puanlarında anlamlı bir değişim olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

### Katılımcı 4 - Anla Temas

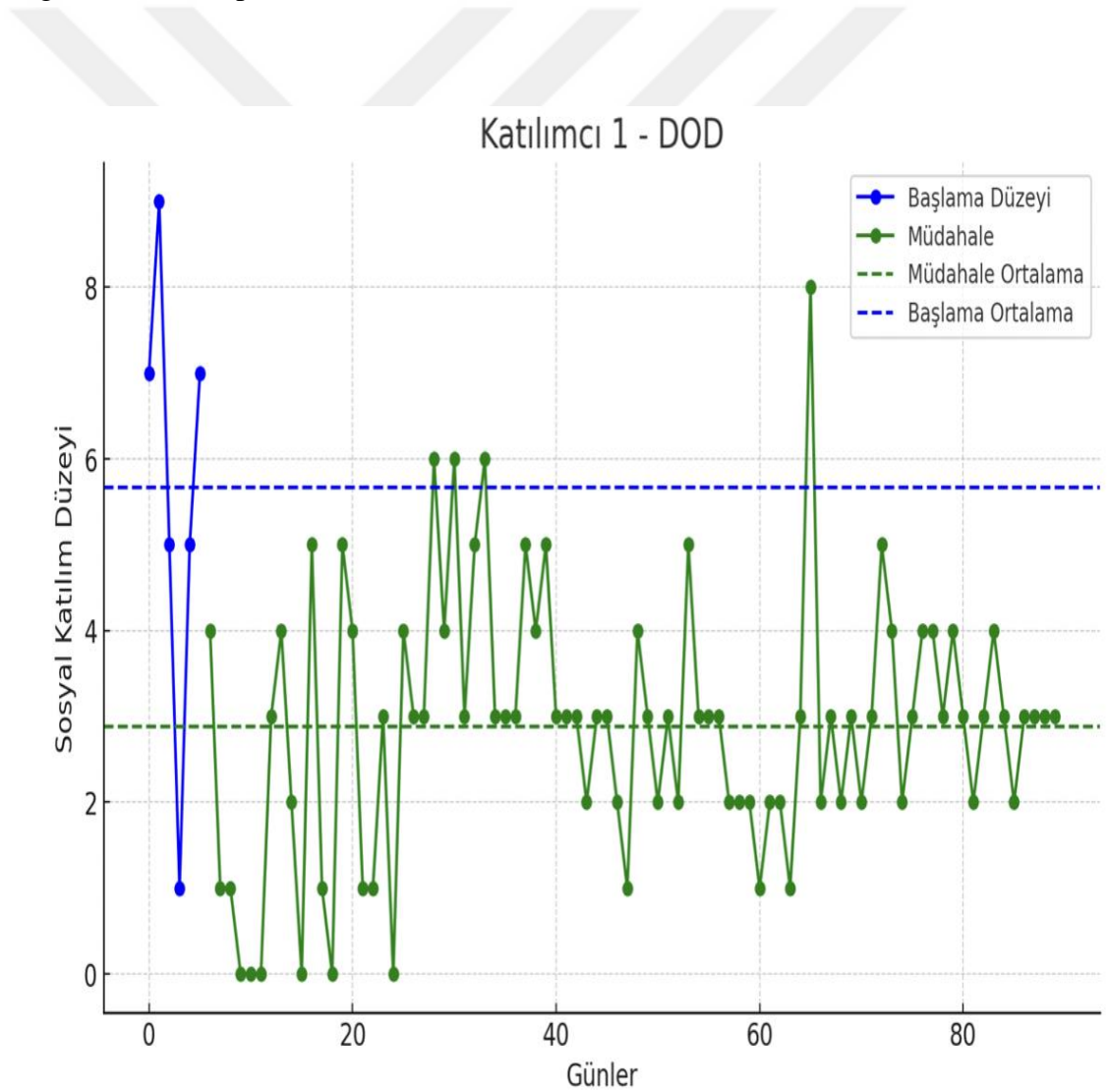


Şekil 4.12: Anla Temas

**Tablo 4.18: An ile temas düzeyi**

Katılımcı	Faz	Tau	P-Value	Z-Score
Katılımcı 4	A-B	0.2979	0.2255	1.2120

Şekil 4.13'te, birinci katılımcının değer odaklı davranış düzeyindeki görsel incelemeye ait sonuçları yer almaktadır. Şekil 13'e göre katılımcının müdahale sonrası puanlarının ortalamasında azalma gözlenmektedir. Tablo 4.19, birinci katılımcının değer odaklı davranış düzeyindeki değişimlere ait sonuçları içermektedir. Sonuçlar incelendiğinde, katılımcının değer odaklı davranış puanlarındaki değişimin anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ).

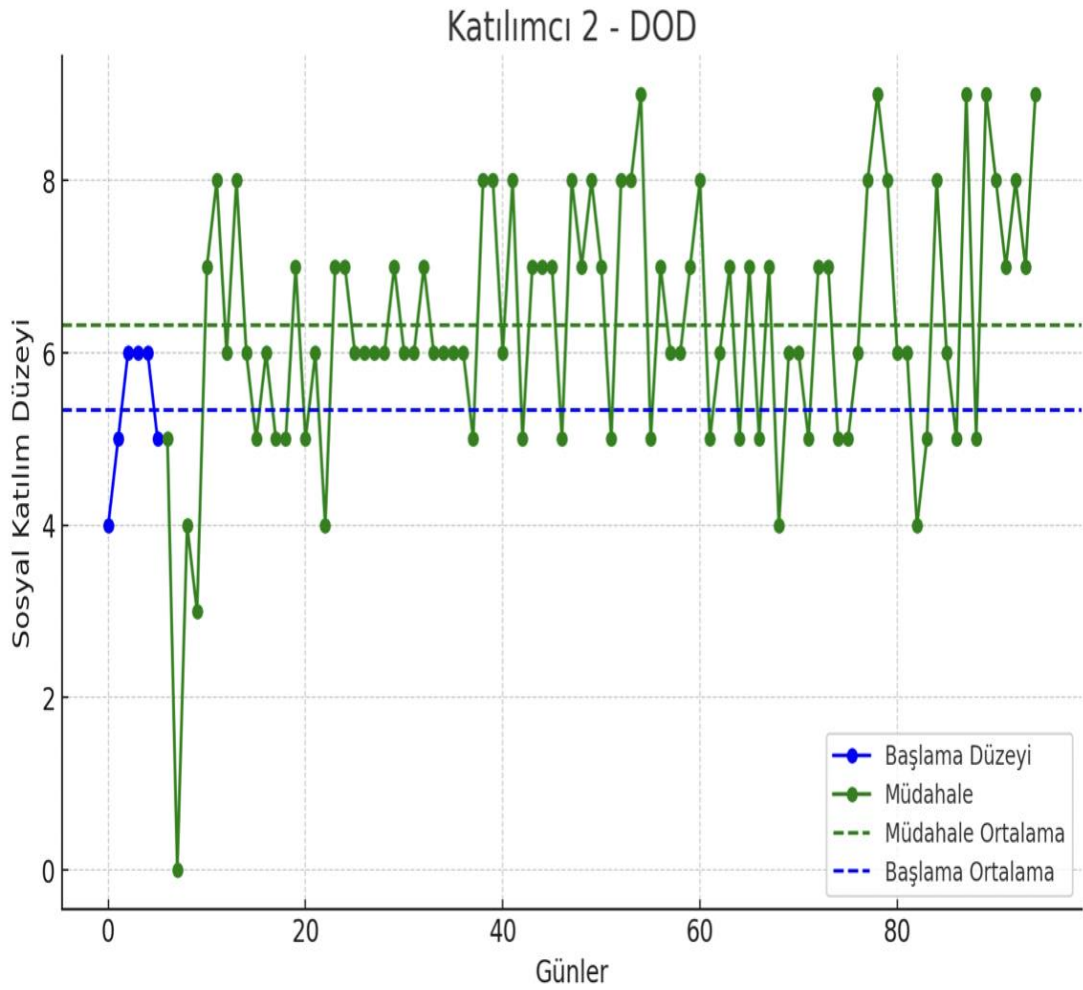


**Şekil 4.13: Değer Odaklı Davranış**

**Tablo 4.19: Değer odaklı davranış düzeyi**

Katılımcı	Faz	Tau-U	P-Value	Z-Score
Katılımcı 1	A-B	-0.6389	0.0092	-2.6042

Şekil 4.14'te, ikinci katılımcının değer odaklı davranış düzeyindeki görsel incelemeye ait sonuçları yer almaktadır. Şekil 4.14'e göre; katılımcının değer odaklı davranış puanlarında artış eğilimi ve başlama düzeyine göre ortalamasında artış gözlenmektedir. Tablo 4.20, katılımcının değer odaklı davranış düzeyindeki değişimlere ait sonuçları içermektedir. Sonuçlar incelendiğinde; katılımcının değer odaklı davranış puanlarındaki artışın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

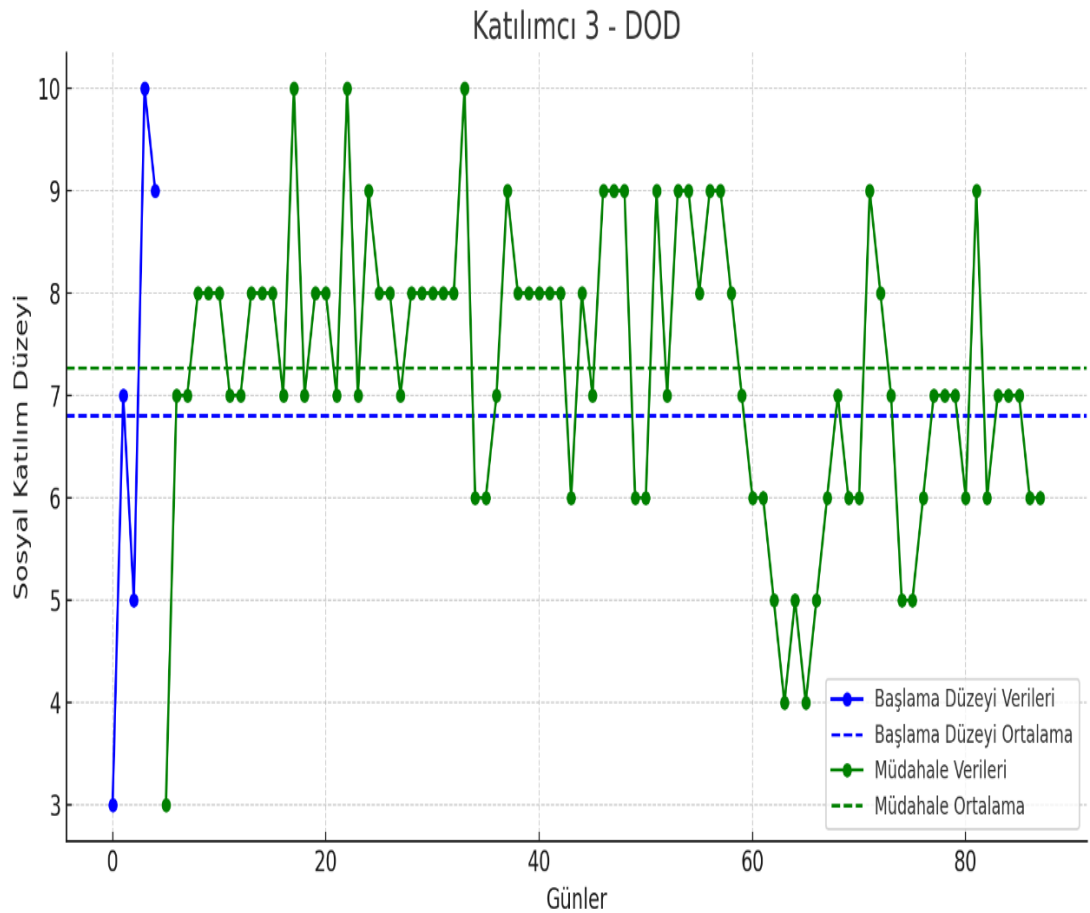


**Şekil 4.14: Değer Odaklı Davranış**

**Tablo 4.20: Değer odaklı davranış düzeyi**

Katılımcı	Faz	Tau-U	P-Value	Z-Score
Katılımcı 2	A-B	-0.0375	0.8784	-0.1530

Şekil 4.15'te, üçüncü katılımcının değer odaklı davranış düzeyindeki görsel incelemeye ait sonuçları yer almaktadır. Şekle göre katılımcının değer odaklı davranış puanlarında belirgin bir farklılık görülmemektedir. Tablo 4.21, katılımcının değer odaklı davranış düzeyindeki değişimlere ait yapılan istatistiksel analizin sonuçları içermektedir. Sonuçlar incelendiğinde; başlama düzeyinde bir trend olduğu tespit edildiğinden bu durum hesaba katılarak ölçüm yapılmıştır. Yapılan analizde sonucunda katılımcının değer odaklı davranış puanlarındaki değişimin anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

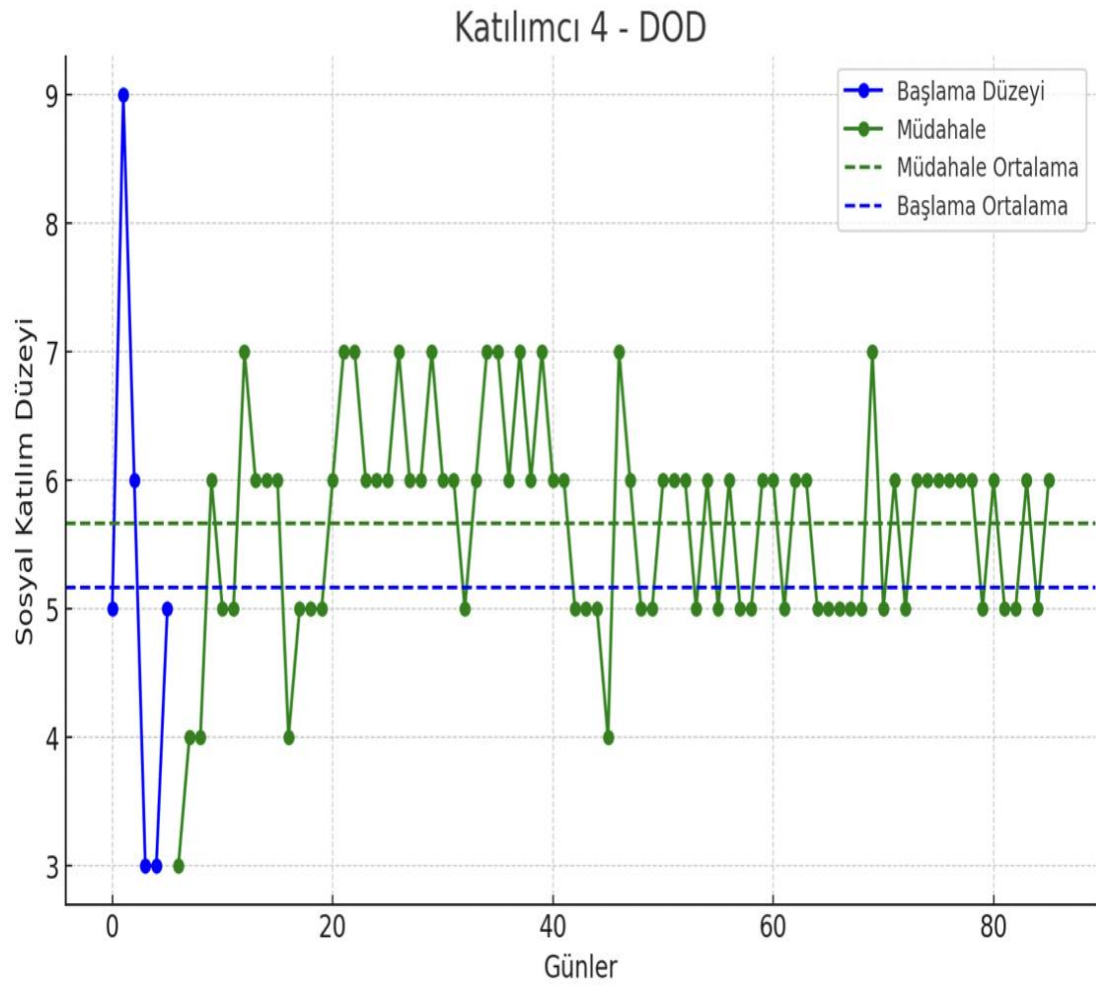


**Şekil 4.15: Değer Odaklı Davranış**

**Tablo 4.21: Değer odaklı davranış düzeyi**

Katılımcı	Faz	Tau	P-Value	Z-Score
Katılımcı 3	A-B	0.06020	0.8217	0.2253

Şekil 4.16'da, dördüncü katılımcının değer odaklı davranış düzeyindeki görsel incelemeye ait sonuçları yer almaktadır. Şekil 4.16'ya göre; katılımcının değer odaklı davranış puanları artış eğiliminde olup başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki ortalamalarında farklılık gözlenmiştir. Tablo 4.22, dördüncü katılımcının değer odaklı davranış düzeyindeki değişimlere ait sonuçları içermektedir. Sonuçlar incelendiğinde; katılımcının değer odaklı davranış puanlarındaki değişimin anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).



**Şekil 4.16: Değer Odaklı Davranış**

**Tablo 4.22: Değer odaklı davranış düzeyi**

Katılımcı	Faz	Tau	P-Value	Z-Score
Katılımcı 4	A-B	0.3458	0.1594	1.4070

Tablo 4.23 ve tablo 4.24 tüm katılımcıların günlük ve standart ölçümlerinin sonuçlarının özetini göstermektedir. Tablo 4.23'e göre, 1. katılımcının an ile temas ve değer odaklı davranış boyutundaki değişiklikler anlamlı görülürken, 4. katılımcının yalnızca an ile temas puanlarındaki değişiklik anlamlı görülmüştür.

Tablo 4.24'e göre, tüm katılımcıların psikolojik katılık puanlarında ilk ve son ölçümlere göre güvenilir bir değişiklik gözlenmiştir. 4. katılımcı hariç diğer katılımcıların ise psikolojik esnekliklerinde güvenilir değişiklikler meydana gelmiştir.

**Tablo 4.23: Tau-Günlük Ölçümler**

Katılımcı	Kaygı Seviyesi	Kaçınma	An ile Temas	Değer Odaklı Davranış
1	-	-	+	+
2	-	-	-	-
3	-	-	+	-
4	-	-	-	-

**Tablo 4.24: RCI**

Katılımcı	LSFBÖ		ÇBPEE	
	Kaygı	Kaçınma	Psikolojik Esneklik	Psikolojik Katılık
1	+	+	+	+
2	+	+	+	+
3	+	+	+	+
4	+	+	-	+

**RCI:** Reliable Change Index, **LSFBÖ:** Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği, **ÇBPEE:** Çok Boyutlu Psikolojik Esneklik Envanteri

Tablo 4.25'te, katılımcıların tümünün Danışan Memnuniyet Ölçeği-8'e göre ortalama, ortanca, maksimum ve minimum değerleri sunulmuştur. Tabloya göre; katılımcıların ölçeğe verdikleri yanıtların ortalamasının 30.75 ve ortanca değerlerinin 31.5 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınan en yüksek puan 32, en düşük puan ise 28'dir.

**Tablo 4.25: Danışan Memnuniyet Ölçeği-8'e Dair Ölçümler**

Değişkenler (n=4)	Ortalama	Medyan	Min-Max
DMÖ TOPLAM	30.75	31.5	28-32

**DMÖ:** Danışan memnuniyeti Ölçeği



## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA VE SONUÇ

#### 5.1. Sosyaodemografik Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmaya dahil edilen 5 yetişkinin yaş ortalamaları 25, ortanca yaşları 24 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların dördü bekar, biri evli olup tümü kadındır. Literatürde SKB'nun erkeklere göre kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir (Kessler, ve diğerleri, 1994).

Katılımcılar eğitim durumlarına göre incelendiğinde katılımcıların tümünün üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların %80'i herhangi bir işte çalışmadığını, %20'si ise çalıştığını ifade etmiştir. Dört katılımcı arkadaş çevresini orta olarak tanımlarken 1 katılımcı geniş olarak tanımlamıştır.

#### 5.2. Hipotezlerinin Değerlendirilmesi

Araştırmamızın hipotezlerinden olan, on seanslık bireysel ACT müdahalesi sonrasında sosyal kaygı bozukluğu yaşayan kişilerin sosyal işlevselliklerinde artış gözlenir hipotezi araştırma sonuçları incelendiğinde desteklenmiştir. Katılımcıların sosyal hayata katılma noktasında yaşadıkları zorluklar değerlendirildiğine, LSFÖ sonuçları sosyal hayatta yaşadıkları zorluklardan kaçınma puanlarının azaldığı yönündedir. Tüm katılımcıların, LSFÖ'nün kaçınma alt boyutunun son ölçümlerinin puanlarında güvenilir şekilde azalma görülmüştür.

Literatür incelendiğinde; ACT müdahalesi sonrasında SKB olan kişilerin kaçınmalarında azalma görülmektedir. Örneğin; Dalrymple ve Herbert (2007) tarafından 19 katılımcı ile yapılan bir çalışmada ACT müdahalesi sonrasında kişilerin sosyal kaygı ve kaçınmalarında önemli bir azalma gözlenmiştir. Gharraee ve arkadaşları (2018) SKB'de ACT'in etkililiğini değerlendirmek üzere 34 katılımcıdan oluşan bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Katılımcılar eşit sayıda deney ve kontrol gruplarına atanmış ve deney grubu 12 haftalık müdahale almıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, deney grubunun LSFÖ puanları kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde azalma göstermiştir. Benzer bir sonuç, Eryananda ve Oriza (2020) tarafından sosyal kaygı belirtilerini azaltmayı amaçlayan bir fizibilite çalışmasında karşımıza

çıkılmaktadır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde 4 katılımcının yer aldığı çalışmanın sonuçlarına göre altı oturumluk ACT grup müdahalesi sonrasında katılımcıların LSFBO puanlarının düştüğü gözlenmiştir.

Bu sonuçlar, ACT'in temel varsayımı olan yaşantısal kaçınmayı azaltma ve değer odaklı davranışı artırma yönündeki varsayımı ile tutarlıdır. Müdahalemiz sırasında katılımcıların bu konuda yaşadıkları istenmeyen içsel yaşantıları ile ilişkilerine odaklanılmış ve ACT'in psikolojik esneklik modelini oluşturan 6 boyuta müdahale edilmiştir. Müdahale süresince katılımcıların sosyal etkileşim içeren ortam ve durumlardan kaçınma düzeyleri azalmış ve bu ortamlara dahil olma yönündeki davranışlarında artış meydana gelmiştir.

Bahsedilen çalışmalar incelendiğinde, çalışmamız literatürle tutarlı olarak katılımcıların tümünün LSFBO'nun kaçınma düzeyleri anlamlı şekilde azalma göstermiştir.

LSFBO'nun, klinik anlamlılık değişimine göre hesaplanan sonuçları incelendiğinde, katılımcıların puanlarındaki değişim, anlamlı bulunmamıştır. Anlamlı klinik değişim hesaplamalarına dahil ettiğimiz standart sapma değerlerinin, LSFBO'nin Türkçe versiyonundaki klinik grubundaki değerlerinin kullanılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızın hipotezlerinden, katılımcıların kişi içi zamansal ölçümlerinde sosyal işlevsellikleri günden güne değişiklik gözlenir hipotezi büyük oranda desteklenmiştir. Katılımcılara günlük olarak gönderilen "Bugün sosyal hayata katılmakla ilgili ne ölçüde eylemde buldunuz?" sorusuna verilen yanıtlar tek vaka görselleştirmesi kullanılarak görsel inceleme haline getirilmiştir. Yanıtların yer aldığı görsel incelemelere (Şekil 13, Şekil 14, Şekil 15, Şekil 16) göre katılımcıların verdiği yanıtlar günden güne değişiklik göstermektedir. Görsel incelemedeki katılımcıların sosyal hayata katılımlarını ifade eden değer odaklı davranışlardaki artış veya azalışlar kişi içi ölçümlerde günden güne farklılaşmaktadır. Görselleştirmeler genel olarak incelendiğinde; birinci katılımcının değer odaklı davranış puanlarının ortalaması, başlama düzeyi ortalamasına göre azalma göstermiştir. Yani katılımcının değer odaklı davranışında azalma gözlenmektedir. Tek denekli deneysel çalışmaların istatistiksel analizini yapmaya olanak tanıyan Tau-U analizi de bu sonucu doğrulamaktadır. Ancak katılımcıdan alınan standart ölçümlerin sonucu incelendiğinde; LSFBO'ye göre

katılımcının kaçınma davranışlarının belirgin şekilde azaldığı görülmektedir. Sonuçlardaki tutarsızlık incelendiğinde, bu katılımcının on seanslık terapi süreci gözden geçirilip değerlendirilmiştir. Seanslara göre katılımcının sosyal durumlarda yaşadığı kaçınma davranışlarında azalma ve sosyal hayata katılma noktasında değer odaklı davranışlarında önemli ölçüde artış gözlenmiştir. Günlük ölçümler, standart ölçümler ve klinik gözlem bir arada değerlendirildiğinde, katılımcının ölçümlere verdiği yanıtların farklılığı dikkat çekmektedir. Bu sebeple, görsel incelemeleri ve terapinin kişi üzerindeki etkilerini daha iyi yorumlamak adına birinci katılımcı bu durumla ilgili kısa bir görüşmeye davet edilmiştir. Katılımcının yanıtlarına göre, 10 seanslık ACT müdahalesi sonrasında sosyal durumlarda yaşadığı kaçınma davranışları azalma göstermiş ve bu durumlarda sergilediği değer odaklı davranışı artmıştır. Katılımcı tüm bu değişimleri somut örneklerle desteklemiş ve bu değişimlerin müdahale bağlı olduğunu yine somut örneklerle belirtmiştir. Katılımcı, görsel incelemelerdeki azalışı; araştırmanın başlarında sosyal durumlara maruz kalabileceği çok daha fazla durum olduğunu ancak sonrasında bu tür ortamlara çok daha az maruz kaldığını, dolayısıyla da bu doğrultuda yapabileceği davranışların sıklığının da az olduğunu bildirmiştir. Gönderilen soruların sıklığı düşünüldüğünde, katılımcının ifadeleri sonuçlarla tutarlı görünmektedir. Her gün sosyal hayata katılmakla ilgili yaşadığı zorlanmaları içeren bir durumla karşılaşmamış olması, bu sorulara verdiği yanıtların düşük olacağını göstermektedir. Sonraki benzer çalışmalarda, ölçmek istenilen değişkenlerin hangi zaman aralıklarında gerçekleşebileceğinin hesaba katılması, istediğimiz değişkeni ölçebilme ve yorumlayabilme noktasında faydalı olacaktır. Aynı zamanda, benzer durum müdahale aşamasının yanında başlama düzeyinin belirlenmesi aşamasında da karşımıza çıkabilir. Bu aşamada (A), kişiler sosyal bir durumla az ya da olağandan sık karşılaşmış olabilir ve bu durum da iki aşama arasındaki (A-B) değişimi etkileyebilir. Bu yüzden başlama düzeyi süresinin belirlenmesinin de yine ölçmek istediğimiz değişkenin ve katılımcının bağlamına göre belirlenmesi daha sağlıklı olacaktır. İkinci katılımcının sonuçlarına göre; görsel incelemede, değer odaklı davranış artış eğiliminde olup, ortalaması da başlama düzeyine göre artmıştır. Tau-U analizine göre bu artışın anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu durumun, katılımcının günlük verdiği yanıtların varyasyonlarının çok olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Tau-U, bu durum göz önünde bulundurularak bir hesaplama yapıldığından daha objektif sonuç vermektedir. Bu durumda yine ölçüm sıklığı önemlidir. Yani katılımcının 10 haftalık bir sürede her gün yaşadığı sosyal

durumlar farklılık gösterebilir. Bazı zamanlarda (örneğin; okulun tatil olması) katılımcı sosyal durumlara maruz kalmamış olabilir ve haliyle bu zamanlarda doldurduğu ölçümlerde bir azalış gözlenir. Yine bazı zamanlarda (örneğin: yeni eğitim almaya başlaması) karşılaşılabileceği sosyal durumlarda artış olabilir ve haliyle burada verdiği puanlarla hiçbir durum yaşamadığı zamanlarda verdiği puanlar farklılık yaratır. Tau-U hesaplaması, bu değişkenliği de hesaba kattığı için daha objektif bir değerlendirme sunar. Bu noktada yukarıda bahsettiğimiz gibi ölçülmesi hedeflenen değişkenin ölçülme sıklığının bu hususlar dikkate alınarak belirlenmesi önemli görülmektedir. Bunu belirlerken katılımcıya evet-hayır şeklinde yanıt alınacak sorular sorarak (örn: bugün sosyal hayata katılmakla ilgili bir durum yaşadınız mı?) istenilen durum yaşandığı koşulda ölçmeye dikkat etmek önemli olabilir. Yani katılımcının ölçmek istediğimiz değişkenin ölçülebileceği bir bağlamı oluştuğunda değerlendirmek çok daha güvenilir ve geçerli bir yol olabilir. Aynı şekilde üçüncü katılımcının sonuçları da benzerdir. Görsel incelemeye göre katılımcının sosyal durumlara katılma noktasında davranışlarının arttığını, başlama düzeyine göre müdahale aşaması ortalamasının daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak Tau-U hesaplamasına göre bu değişim anlamlı değildir. Benzer şekilde bu durumun katılımcının verdiği yanıtların değişkenliğinin çok olması, ölçmek istediğimiz değişkenin ölçülebileceği bağlamın oluşup oluşmaması ve meydana gelme sıklığı gibi faktörlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Dördüncü katılımcının sonuçları incelendiğinde; sosyal hayat katılma noktasındaki değer doğrultusundaki davranışlarının başlama öncesi durumuna göre azaldığı ancak bu değişimin Tau-U hesaplamasına göre anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu katılımcının da LSBÖ'deki son ölçümünün kaçınma puanları ilk ölçüme göre anlamlı şekilde azalma göstermiştir ve katılımcı seans içerisinde de bunların arttığını bildirmiştir. Buradaki farklılığın tıpkı birinci katılımcıda olduğu gibi ölçüm sıklığının fazla ya da başlama düzeyi ölçümlerinin doğru bağlamda ve sürede alınması noktasındaki eksiklikten kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Reeve ve arkadaşlarının (2020) gerçekleştirdikleri ACT müdahalesinin tükenmişlik yaşayanlardaki etkilerini değerlendikleri tek denekli deneysel çalışma türündeki çalışmanın sonuçlarında bizim sonuçlarımıza benzer şekilde standart ölçümler ile günlük ölçümlerin sonuçlarının farklılaştığı görülmektedir. Bu çalışmada bu farklılığın, günlük ölçümlerdeki bazı eksik verilerden kaynaklanabileceğini ve standart ölçümlerin analizinde kullanılan hesaplamaların daha güvenilir olduğunu ileri sürmüşlerdir. Lavelle ve arkadaşlarının (2022) randomize

edilmiş çoklu başlangıç düzeyi tasarımı ile inflamatuvar bağırsak hastalığı olan kişilere uygulanan iki farklı ACT müdahalesinin etkililiğini değerlendiren çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer bir sonuç elde etmişlerdir. Katılımcılardan birinin yaşantısal kaçınmayı değerlendiren görsel inceleme sonuçlarında herhangi bir farklılık görülmezken istatistiksel analiz sonucunda bu katılımcının yaşantısal kaçınma düzeyinin azaldığı görülmektedir. Araştırmacılar bu durumu, başlama düzeyi ölçümünün uzun olmasından kaynaklanabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Araştırmamızın on seanslık bireysel Kabul ve Kararlılık Terapisi müdahalesi sonrasında sosyal kaygı bozukluğu yaşayan kişilerin psikolojik esnekliklerinde artış gözlenir hipotezi araştırma bulgularımızca büyük oranda desteklenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, 4 katılımcıdan üçünün ÇBPPEE ölçümleri değerlendirildiğinde, psikolojik esneklik düzeyleri müdahale öncesine göre önemli ölçüde artış göstermiştir, bir katılımcının psikolojik esneklik puanlarında artış gözlenmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ayrıca müdahale sonrasında ÇBPPEE'ye göre tüm katılımcıların psikolojik katılık puanlarının son ölçümlerinde de önemli ölçüde azalma gözlenmiştir.

Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde, SKB'ye ACT uygulayan çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızla uyumludur. 2022 yılında yayınlanmış bir derlemede, SKB'de ACT'in etkililiğini değerlendiren çalışmalar incelenmiştir. Yapılan inceleme neticesinde ACT müdahalesi sonrasında kişilerin psikolojik esnekliklerinde artış görülmüştür (Azadeh, Kazemi-Zahrani ve Besharat, 2016: 131-138, Yadegari, Hashemiyan ve Abolmaali, 2014: 395-403). Örneğin, Srichan ve arkadaşlarının (2023) 52 kadın lisans öğrencisi ile gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcılar 26 kişi deney, 26 kişi kontrol grubu olacak şekilde ikiye ayrılmıştır. Deney grubuna sekiz oturumluk ACT grup terapisi uygulanmıştır. Müdahale öncesinde ve sonrasında, olumsuz değerlendirilme korkusu, sosyal kaygı ve psikolojik esneklik ölçümlerini tamamlayan tüm katılımcıların sonuçları incelendiğinde; takipte deney grubunun psikolojik esnekliklerinin arttığı gözlenmiştir (Srichan, Yingsoong ve Pisitsungkagarn, 2023:687-707). Azadeh ve arkadaşları (2016) tarafından 30 kişilik bir örneklem grubuyla yapılan çalışmada katılımcılar deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmışlardır. Deney grubuna (n=15), 10 oturumluk ACT uygulanırken kontrol grubu (n=15), herhangi bir tedavi almamıştır. 10 seans sonunda deney grubunun psikolojik esnekliği kontrol grubuna göre anlamlı şekilde artış göstermiştir. Khoramnia ve

arkadaşlarının (2019) sosyal kaygı bozukluğu olan 24 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirildikleri bir RCT’de, 12 seanslık ACT uygulanan grubun, kontrol grubuna kıyasla psikolojik esnekliklerinde artış gözlenmiştir. Çalışmanın sonucunda katılımcıların duygu düzenleme güçlüklerinde gelişmeler olurken kendine şefkat düzeyleri de artmıştır. Ancak bu çıktılardan en büyük etki büyüklüğü psikolojik esneklik puanlarındaki artış gözlenmiştir.

Araştırmamız kapsamında katılımcılara on seanslık bireysel ACT müdahalesi uygulanmıştır. 10 seanslık bireysel ACT müdahalesinde psikolojik esneklik modeline uygun şekilde ilerlenmiş ve kabul, bilişsel ayrışma, an ile esnek temas, bağlamsal benlik, değer ve değer odaklı davranış becerileri üzerine çalışılmıştır. Böylece katılımcıların psikolojik esnekliklerinde belirgin bir artış meydana gelmiştir.

Yukarıda bahsedilen çalışmalara göre ACT, SKB’de kişilerin psikolojik esnekliklerinin artmasında etkilidir. Bizim çalışmamızın bulguları da literatürle uyumlu olarak, ACT’in SKB’de psikolojik esnekliği arttırdığı ve psikolojik katılığı azalttığı yönündedir.

Araştırmamızın psikolojik esnekliğin boyutlarını değerlendirmeyi amaçlayan günlük ölçümlerin görsel inceleme sonuçları incelendiğinde ise birinci ve dördüncü katılımcının kaçınma boyutuna verdiği yanıtlar azalma eğilimi göstermektedir. Başlama düzeyi aşamasının ortalaması ile müdahale aşamasının ortalaması karşılaştırıldığında, müdahale aşamasının ortalamasının azaldığı gözlenmektedir ancak Tau-U analizi, puanlardaki azalmaların anlamlı olmadığını göstermektedir. Bu durumun yukarıda tartıştığımız gibi ölçümlerdeki varyasyondan, ölçüm sıklığından ve başlama düzeyinin alındığı dönem ile müdahale aşamasındaki farklı ve belirgin yaşam olaylarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. İki ve üçüncü katılımcının kaçınma sonuçları incelendiğinde ise, ikisinin de kaçınma puanlarında belirgin değişimler gözlenmemektedir ve Tau-U analizi de bunu doğrulamaktadır. Katılımcıların anla temas boyutları incelendiğinde ise; bir ve üçüncü katılımcının anla temas puanlarının azalma eğiliminde olduğu görülmektedir. Tau-u analizine göre üçüncü katılımcının puanlarındaki düşüş anlamlı ölçüde azalmıştır. Bu katılımcıların ÇBPPEE’nin son ölçümlerde psikolojik esneklik puanlarının anlamlı şekilde arttığı düşünülürse [RCI 1-3 (9.10,6.739)], sonuçlardaki bu tutarsızlık ölçüm sıklığından ya da katılımcıların günlük ölçümlerdeki anla teması ölçmeyi amaçlayan soruyu olduğundan farklı anlamış olabileceklerini düşündürmektedir. İki ve dördüncü katılımcının anla temas

puanlarında belirgin bir farklılık görünmemektedir. Tau-U analizleri de bunu doğrulamaktadır. Katılımcıların değer odaklı davranış boyutunun görsel inceleme sonuçları yukarıda tartışıldığı için burada tekrar ele alınmamıştır.

Araştırmamızın dördüncü hipotezi olan seanslar süresince ACT müdahalesi sırasında ACT'in psikolojik esneklik modelinin müdahale etmediğimiz boyutlarında da değişiklikler gözlenir hipotezi büyük oranda desteklenmiştir. Seanslar süpervizörler tarafından, her seansta hangi boyutların ağırlıklı olarak çalışıldığının belirlenmesi için seans değerlendirme formu üzerinden puanlanmıştır. Bu puanlamalar neticesinde her katılımcının her seansında çalışılan boyutlar incelenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde; her katılımcının haftalık seanslarından sonra müdahale edilmeyen boyutlarda da değişiklikler olmuştur. Bu değişimler günlük ölçümlerin istatistiksel analizinde anlamlı olmamakla birlikte sabit bir örüntü izlemeyerek değişkenlik göstermiştir. Üçüncü katılımcının sadece an'la temas etme ölçümlerinin sabit bir örüntü izleyerek değişim göstermediği gözlenmiştir. Bu sonuç ACT'in birbiriyle ilişkili 6 süreçten oluştuğu tanımı ile büyük oranda tutarlı bir sonuçtur (Hayes vd. 2006).

Araştırmamız kapsamında, seanslar ilerledikçe her bir boyuttaki gelişmelerin diğer boyutlara da yansıdığı ve bu süreçlerin birbiriyle olan etkileşiminin katılımcıların genel psikolojik esnekliğinde artışa neden olduğu gözlemlenmiştir.

Sonuçlara yönelik benzer çalışmalar incelendiğinde; Luciano ve arkadaşları (2011) tarafından gerçekleştirilen ACT'in "bilişsel ayrışma" boyutuna yönelik iki farklı egzersizin etkililiğini değerlendirmeyi amaçlayan çalışmada, katılımcılar, ayrışma-1 ve ayrışma-2 protokolü gruplarına ayrılmışlardır. Katılımcılara gruplara atanmadan önce değer odaklı protokol olarak isimlendirilmiş bir protokol uygulanmıştır. Ayrışma-2 grubuna atanan düşük riskli 5 katılımcının sonuçları incelendiğinde; ayrışma egzersizi sonrası ölçümlerde tümünün psikolojik katılım puanlarında anlamlı düşüşler gözlenmiştir. Bu sonuç, ACT'in müdahale edilmeyen boyutlarında da değişikliğin olduğunu göstererek çalışmamızla benzer sonuçları vermektedir. Burada, bir seansta saf bir boyut üzerinde çalışılmayıp diğer boyutlarla etkileşimli çalışıldığının belirtilmesi de önemlidir. Hinton ve Gaynor (2010) benzer bir çalışmada, disfori ve düşük benlik saygısı bildiren üniversite öğrencileri için bekleme listesine kıyasla üç bilişsel ayrışma seansının etkililiğini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda deney grubundaki katılımcıların (n=10), seansların sonunda psikolojik esneklik ölçümlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. El-Ashry ve arkadaşları (2024)

tarafından şizofreni hastalarına yönelik bilişsel ayrışma tekniklerinin, kendinelik, psikolojik esneklik ve sanrılarının inandırıcılığı üzerindeki etkilerini incelemek üzere yaptıkları çalışmada, 70 katılımcı eşit sayıda olacak şekilde deney ve kontrol gruplarına rastgele atanmışlardır. Deney grubu beş hafta boyunca bilişsel ayrışma müdahalesi almıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, son ölçüm ve takip sırasında katılımcıların psikolojik katılık puanlarında önemli ölçüde azalma gözlenmiş olup bilişsel ayrışma ve kendinelik düzeylerinde önemli gelişmeler meydana gelmiştir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; araştırmamızın sonuçları literatürle önemli ölçüde uyumlu görünmektedir. Katılımcıların günlük ölçümlere verdikleri yanıtlar incelendiğinde, bir katılımcının bir değişkeni dışında hepsinin seansların ardından günlük ölçümleri sabit bir örüntü izlemeyip değişkenlik göstermiştir.

Katılımcıların kaygı seviyelerine dair bulgular incelendiğinde; günlük ölçümlerde bir ve dördüncü katılımcının kaygı seviyesi azalma eğiliminde olup başlama düzeyine göre ortalamaları azalmıştır. Ancak Tau- U'ya göre bu azalma anlamlı değildir. İki ve üçüncü katılımcının kaygı puanları artış eğilimindedir ancak bu artışlar anlamlı değildir. Araştırmadaki LSFBO'nin kaygı alt boyutundan alınan sonuçlar düşünüldüğünde bu sonuç tutarlı değildir. LSFBO'ye göre bütün katılımcıların son ölçümlerde aldıkları puanlar, RCI Kriterlerini karşılayarak güvenilir şekilde azalma göstermiştir. Bunun nedeninin günlük ölçümlerin sıklığının, değerlendirmede yukarıda bahsettiğimiz türden bazı karışıklıklara yol açmış olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde; tartışmanın başında bahsettiğimiz Eryananda ve Oriza (2020), Gharraee ve arkadaşları (2018) ve Dalrymple ve Herbert (2007) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda, ACT müdahaleleri sonucunda katılımcıların LSFBO'nün kaygı puanlarında azalma meydana gelmiştir. Bizim çalışmamızın kaygıyı değerlendirmeyi amaçlayan günlük ölçümlerdeki sonuçlarının literatürle uyumlu olmamasının nedeninin literatürdeki çalışmaların standart ölçeklerle değerlendirilmiş olması ve bizim çalışmamızdaki aynı ölçeğin sonuçlarının literatürle uyumlu çıkması sonuçlardaki tutarsızlığın günlük ölçümlerdeki bir eksiklikten kaynaklandığını düşündürmektedir. Codd ve arkadaşlarının (2011) gerçekleştirmiş oldukları bir çalışmada bizim araştırmamıza benzer şekilde kişilerin sosyal kaygı ve kaçınma düzeyleri hem günlük ölçümler hem de LSFBO ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda katılımcıların kaygı puanları bizim çalışmamıza benzer şekilde günlük ölçümlerde değişim göstermemiştir.

Sonuçları değerlendirdiğimizde, günlük ölçümler ile standart ölçümlerin sonuçları arasındaki farklılık bize, kişiye özgü soru hazırlarken bu soruyu katılımcılarla birlikte tartışmanın ve her iki tarafından o sorunun neyi ölçmeye çalıştığı konusunda hem fikir olmasının önemli olacağını düşündürmüştür. Bu sebeple bir araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın katılımcıları ile ölçme araçlarının neyi ölçmeyi amaçladığı konusunda bilgilendirme yapmak önemli görülmektedir.

Araştırmamızda katılımcılara sosyal işlevsellik ölçeği uygulanmıştır. Ölçek yedi alt boyuttan oluşmaktadır ancak ölçeğin orijinali şizofreni örnekleme için geliştirilmiş olduğundan kişilerarası ilişkiler alt boyutu dışında diğer alt boyutları katılımcılarımıza uygun bulunmadığından değerlendirmeye alınmamıştır. Sonuçlar incelendiğinde; birinci katılımcının kişilerarası ilişkiler puanı her ölçümde artış göstermiştir ancak bu artış RCI kriterlerine göre güvenilir değildir. İkinci katılımcının puanları üç ölçümde de sabittir. Üçüncü ve dördüncü katılımcının ilk iki ölçümlerinde değişiklik gözlenmeyip son ölçümlerinde artış gözlenmiştir. Sonuçların güvenilir olmamasının, sadece bir alt boyut değerlendirildiğinden, puanlar arasındaki minimal farklılıkların RCI kriterlerini sağlayamamasından ötürü olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, SKB ve katılımcıların sosyoekolojik bağlamını değerlendirmeye olanak tanıyan ölçek olmaması bu konudaki önemli bir eksikliklerdir. Buna karşın, klinik gözlemimiz göz önünde bulundurulduğunda; katılımcıların kişiler arası ilişkilerinin tercih ettikleri yönde geliştiği düşünülmektedir. Gelecek çalışmalarda bu değişkeni değerlendirmek için daha hassas ölçüm araçlarının kullanılması önemli olabilir.

Katılımcılar seansların tamamlanmasının ardından standart ölçeklerin yanında DMÖ-8'i de doldurmuşlardır. Sonuçları incelendiğinde; ölçeğe verdikleri ortalama yanıt 30.75 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 32 olduğundan bu durum, danışanların seanslardan memnun kaldıkları şeklinde yorumlanabilir.

Seansların ACT'e ne derece uygun olduğunun değerlendirilmesine yönelik psikoterapistin seansları iki farklı süpervizör tarafından ACT'e Sadakat Ölçeği üzerinden değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sınıf içi korelasyon katsayısı .95 olarak bulunmuştur. Bu oran sınıf içi korelasyon katsayılarının referans değerleri göz önüne alındığında, mükemmel uyumu göstermektedir. Sonuç olarak uygulanan psikoterapinin ACT'e uygun olduğu gösterilmiştir.

### **5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmamız bazı sınırlılıklara sahiptir.

Araştırma, dizaynı gereği 4 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Tek denkli çalışmalara göre yeterli bir sayı olmakla birlikte araştırmada kullanılan bazı ölçümlerdeki değişimin yorumlanmasında zorluklara neden olmuştur.

Araştırmada, araştırmacı tarafından katılımcılara 10 seanslık bireysel ACT müdahalesi uygulanmıştır. Araştırmacının aynı zamanda katılımcıların psikoterapisti olması, seanslar içerisinde araştırmaya dair soruların (örn: soruların anlaşılır olup olmadığı, süreçteki gelişmelerin gösterilmesi vb.) alınmasının önüne geçmiştir.

Katılımcılardan, psikoterapi süreci boyunca değişim gösterdikleri alanlardan somut örnekler içeren nitel türde veri alınmamış olması, bazı katılımcıların sonuçlarının yorumlanmasını sınırlı hale getirmiştir.

### **5.4. Sonuç**

Araştırmamızda, SKB kriterlerini karşılayan beş katılımcıya on seanslık bireysel kabul ve kararlılık terapisi uygulanmıştır.

Araştırma sonuçlarımıza göre; on seanslık kabul ve kararlılık terapisi sonrası, LSFBO'ye göre katılımcıların tümünün son ölçümlerde sosyal kaygı puanları RCI kriterlerini karşılayıp, güvenilir şekilde azalma göstermiştir. Katılımcıların sosyal kaygı puanlarının ilk ve ikinci ölçümleri incelendiğinde, birinci ve dördüncü katılımcının puanlarının güvenilir şekilde azaldığı, iki ve üçüncü katılımcının puanlarında güvenilir bir değişiklik gözlenmemiştir. İkinci ve son ölçümler arasındaki değişime göre, üçüncü katılımcı dışındaki tüm katılımcıların kaygı puanlarında güvenilir bir şekilde azalma meydana gelmiştir.

LSFBÖ'ye göre, tüm katılımcıların ilk ve son ölçümlerde kaçınma puanları, RCI kriterlerini karşılayarak güvenilir şekilde azalma göstermiştir. İlk ve ikinci ölçümlerde, bir ve dördüncü katılımcının kaçınma puanları güvenilir şekilde azalma gösterirken, iki ve üçüncü katılımcının kaçınma puanlarında güvenilir bir değişiklik görülmemiştir. İkinci ve son ölçümler incelendiğinde ise, yalnızca üçüncü katılımcının puanlarında güvenilir şekilde azalma gözlenmiştir.

Sonuçların anlamlı klinik değişimi hesaplamasına göre, LSFBO'nun hem kaygı hem de kaçınma puanlarındaki değişim klinik olarak anlamlı bulunmamıştır.

ÇBPEE'e göre, dördüncü katılımcı dışında tüm katılımcıların ilk ve son ölçümleri arasında güvenilir bir artış gözlenmiştir. İlk ve ikinci ölçümler arasında, bir ve üçüncü katılımcının puanlarında güvenilir bir artış olurken, iki ve dördüncü katılımcının puanlarında güvenilir bir değişim meydana gelmemiştir. İkinci ve son ölçüm incelendiğinde ise, bir, iki ve üçüncü katılımcıların psikolojik esnekliklerinin güvenilir şekilde arttığı dördüncü katılımcının ise puanlarında belirgin bir değişiklik olmadığı gözlenmiştir.

ÇBPEE'e göre, son ölçümlerde tüm katılımcıların psikolojik katılık puanlarında güvenilir bir azalma gözlenmiştir. İlk ve ikinci ölçümler arasındaki sonuçlar incelendiğinde, ikinci katılımcı dışındaki tüm katılımcıların psikolojik katılık puanlarında güvenilir bir azalma meydana gelmiştir. İkinci ve son ölçümler arasındaki değişim incelendiğinde, dördüncü katılımcı dışında tüm katılımcıların puanlarında güvenilir şekilde azalma görülmüştür.

Tüm katılımcıların görsel inceleme sonuçlarına baktığımız zaman, kaçınma puanları değerlendirildiğinde; birinci ve dördüncü katılımcının puanları azalma eğilimi göstermektedir, Tau-U analizine göre bu sonuç anlamlı değildir. İkinci ve üçüncü katılımcının puanlarında belirgin değişimler gözlenmemektedir ve Tau-U analizi de bu yöndedir. Anla temas puanlarına göre; birinci ve üçüncü katılımcının puanlarının azalma eğiliminde ve. Tau-u analizine göre sonucun anlamlı olduğu görülmektedir. İkinci ve dördüncü katılımcının anla temas puanlarında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Değer odaklı davranış puanlarına göre; birincinin katılımcının puanları azalma eğiliminde olup Tau-U hesaplamalarına göre bu sonuç anlamlı değildir. İkinci katılımcının puanları artış eğiliminde olup bu artışın anlamlı olmadığı görülmüştür. Üçüncü ve dördüncü katılımcının sonuçlarında belirgin farklılıklar yoktur.

Tüm katılımcıların kişilerarası işlevselliğinde güvenilir bir değişim bulunmamıştır.

Araştırma sonunda katılımcılara son ölçümlerin yanında, psikoterapi seanslarını değerlendirmelerini amaçlayan danışan memnuniyet ölçeği gönderilmiştir. Sonuçlara göre tüm katılımcıların ölçeğe verdikleri yanıtların ortalaması 30.75 bulunmuştur.

Ölçekten alınacak en yüksek puanın 32 olduğu düşünöldüğünde katılımcıların seanslardan memnun kaldıklarını göstermektedir.

Sonuç olarak, standart ölçümlere göre, on seanslık ACT müdahalesi süresince ACT'in altı boyutuna yönelik müdahalelerle katılımcıların psikolojik esneklikleri artırılmıştır. Bu sonuca göre katılımcıların yaşantısal kaçınımları azalıp, değer odaklı davranışları arttığından sosyal etkileşim içeren durumlarda tercih ettikleri yönde davranma becerileri gelişmiştir. Bu sonuç ACT'in SKB olan kişilerde, kişilerin içsel yaşantılarına yer açma becerilerinin geliştirilmesiyle işlevselliklerini arttırabileceğini göstermektedir.

Günlük ölçümlerin sonuçları bu sonuçlara göre farklılık göstermiştir. İki ölçüm arasındaki tutarsızlığın, verilerin toplanma sıklığından ve katılımcıların bağlamlarının zaman içinde değişmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Acarturk, C., Cuijpers, P., Straten, A. v., & Graaf, R. d. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 241-254.
- APA. (1980). *The 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA. (2001). *DSM-IV-TR*. KAKNÜS.
- APA. (2001). *Ruhsal bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, DSM-IV-TR*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- APA. (2014). *Dsm-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2009). First-line treatment: a critical appraisal of cognitive behavioral therapy developments and alternatives. *Psychiatric Clinics of North America*, 525-547.
- Azadeh, S., Kazemi-Zahrani, H., & Besharat, M. (2016). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and psychological flexibility in female high school students with social anxiety disorder. *Global J. Health Sci*, 131-138.
- Bögels, S. M., Oosten, A. v., Muris, P., & Smulders, D. (2001). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 273-287.
- Benítez, C. I., Smith, K., Vasile, R. G., Rende, R., Edelen, M. O., & Keller, M. B. (2008). Use of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors in middle-aged and older adults with anxiety disorders: a longitudinal and prospective study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5-13.
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology*, 47-57.
- Blomhoff, S., Haug, T. T., Hellström, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H., & Wold, J. (2001). Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure

- therapy and combined treatment in generalised social phobia. *The British Journal of Psychiatry*, 23-30.
- Bodinger, L., Hermesh, H., Aizenberg, D., Valevski, A., Marom, S., Shiloh, R., . . . Weizman, A. (2002). Sexual function and behavior in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 874-879.
- Bond, F., Hayes, S., & Barnes-Holmes, D. (2008). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 25-54.
- Brown, T. A., Campbell, A. L., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 585–599.
- Burkovik, Y. (2011). *Sosyal Fobi*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Calettia, E., Massimoa, C., Maglioccaa, S., Moltrasioa, C., Brambillaa, P., & Delvecchioa, G. (2022). The role of the acceptance and commitment therapy in the treatment of social anxiety: An updated scoping review. *Journal of Affective Disorders*, 174–182.
- Caouette, J. D., & Guyer, A. E. (2014). Gaining insight into adolescent vulnerability for social anxiety from developmental cognitive neuroscience. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 65-76.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7–18.
- Clark, D. M., & McManus, F. (2002). Information Processing in Social Phobia. *Society of Biological Psychiatry*, 92-100.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., . . . Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 568-78.

- Codd, R. T., Twohig, M. P., Crosby, J. M., & Enno, A. (2011). Treatment of Three Anxiety Disorder Cases With Acceptance and Commitment Therapy in a Private Practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 203-217.
- Cohen, J. S., & Kendall, P. C. (2015). Peer victimization among children and adolescents with anxiety disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 393–405.
- Craske, M. G., Niles, A. N., Burklund, L. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Vilaradaga, J. C., Arch, J. J., . . . Lieberman, M. D. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1034-1048.
- Curran, H. V. (1991). Benzodiazepines, memory and mood: a review. *Psychopharmacology*, 1-8.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Social Anxiety Disorder: A Pilot Study. *Behavior modification*, 543-568.
- Davidson, J. R., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., . . . Gadge, K. M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives Of General Psychiatry*, 1005-1013.
- Davidson, J. R., Hughes, D., George, L. K., & Blazer, D. G. (1994). The boundary of social phobia. Exploring the threshold. *Archives of General Psychiatry*, 975-983.
- Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., & Uysal, O. (2013). Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolescents. *European Psychiatry*, 64-69.
- Dilbaz, N. (1997). Sosyal Fobi. *Psikiyatri Dünyası*, 18-24.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders: A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness*,

*Acceptance, and Values-based Behavior Change Strategies* . Oakland: New Harbinger Publications.

- Eifert, G. H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 293-312.
- Emmelkamp, P., & Scholing, A. (1997). Behavioural Treatment strategies in panic disorder, obsessive compulsive disorder and social phobia. J. A. Boer içinde, *Clinical Management of anxiety: theory and practical applications* (s. 79 - 108). New York: Marcel Dekker.
- Ertan, T. (2008). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. *Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi* (s. 25-30). İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Eryananda, F., & Oriza, I. I. (2020). Feasibility Study of Acceptance Commitment Group Therapy on Social Anxiety Symptom Reduction in College Students With Low Self-Esteem. *Joint proceedings of the 3rd International Conference on Intervention and Applied Psychology (ICIAP 2019) and the 4th Universitas Indonesia Psychology Symposium for Undergraduate Research*. Endonezya: Atlantis Press.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 311–324.
- Furmank, T. (2009). Neurobiological aspects of social anxiety disorder. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 5-12.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 286-293.
- Fyer, A., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1993). A Direct Interview Family Study of Social Phobia. *Archives of General Psychiatry*, 286-293.

- Gharraee, B., Tajrishi, K. Z., Farani, A. R., Bolhari, J., & Farahani, H. (2018). The Effectiveness Of Acceptance And Commitment Therapy For Social Anxiety Disorder . *International Journal of Life Science and Pharma Research*, 1-9.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O., & Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation . *Behavior Therapy*, 700-715.
- Glue, P., & Gale, C. (2011). Off-label use of quetiapine in New Zealand--a cause for concern? *The New Zealand medical journal*, 10-3.
- Greco, L. A., & Morris, T. L. (2002). Paternal child-rearing style and child social anxiety: Investigation of child perceptions and actual father behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 259–267.
- H. Barlow, D., & Craske, M. G. (1994). *Mastery of your anxiety and panic II*. Albany: Graywind.
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2018). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 296-311.
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple* . Oakland: New Harbinger.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: an easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publication.
- Hayes, S. C., & Pierson, H. (2005). Acceptance and Commitment Therapy. A. Freeman içinde, *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (s. 1-4). New York: Springer.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the Verbal Support for Experiential Avoidance. *The Behavior Analyst*, 289-303.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 1-25.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavioral Research and Therapy*, 1-23.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol*, 141-168.
- Hayes, S. C., Wilson, K., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1152-1168.
- Hayes, S., Strosahl, K., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? . S. Hayes, & K. Strosahl içinde, *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (s. 3-29). Springer-Verlag.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., . . . Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 1133-1141.
- Herbert, J. D., & Dalrymple, K. (2005). Social Anxiety Disorder 2. S. H. Arthur Freeman, C. M. Nezu, A. M. Nezu, & M. A. Reinecke içinde, *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (s. 368-372). New York: Springer.

- Hesser, H., Westin, V., Hayes, S. C., & Andersson, G. (2009). Clients' in-session acceptance and cognitive defusion behaviors in acceptance-based treatment of tinnitus distress. *Behaviour Research and Therapy*, 523-528.
- Hinton, M. J., & Gaynor, S. T. (2010). Cognitive Defusion for Psychological Distress, Dysphoria, and Low Self-Esteem: A Randomized Technique Evaluation Trial of Vocalizing Strategies. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 164-185.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 195-209.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. (2002). *Social phobia (social anxiety disorder)*. New York: Guildford Press.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Sciences*, 37-50.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 63-77.
- Horner, R. H., Carr, E. G., Halle, J., McGee, G., Odom, S., & Wolery, M. (2005). The Use of Single-Subject Research to Identify Evidence-Based Practice in Special Education. *Exceptional children*, 165-179.
- Hudson, J., & Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification*, 102-129.
- Jefferies, P., & Ungar, M. (2020). Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *Plos One*.
- 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*, 593-602.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the U.S. National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 1101-1119.

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., M.Hughes, Eshleman, S., . . . Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 8-19.
- Khoramnia, S., Bavafa, A., Jaberghaderi, N., Parvizifard, A., Foroughi, A., Ahmadi, M., & Amiri, S. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 30-38.
- Khoramnia, S., Bavafa, A., Jaberghaderi, N., Parvizifard, A., Foroughi, A., Ahmadi, M., & Amiri, S. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *Trends Psychiatry Psychotherapy*, 30–38.
- Lavelle, J., Storan, D., Murthy, V. E., Dominicis, N. D., Mulcahy, H. E., & McHugh, L. (2022). Brief and Telehealth Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Interventions for Stress in Inflammatory Bowel Disease (IBD): A Series of Single Case Experimental Design (SCED) Studies. *Journal of Clinical Medicine*.
- Lewis-Morrarty, E., Degnan, K. A., Chronis-Tuscano, A., Rubin, K. H., Cheah, C. S., Pine, D. S., . . . Fox, N. A. (2012). Maternal over-control moderates the association between early childhood behavioral inhibition and adolescent social anxiety symptoms . *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1363–1373.
- Lobo, M. A., Moeyaert, M., Cunha, A. B., & Babik, I. (2017). Single-Case Design, Analysis, and Quality Assessment for Intervention Research. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 187-197.
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Torres, R. M., tín, V. S., Martínez, O. G., & López, J. C. (2011). A Relational Frame Analysis of Defusion Interactions in Acceptance and Commitment Therapy. A Preliminary and Quasi-Experimental Study with At-Risk Adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological therapy*, 165-182.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. (2010). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.

- Luoma, J., Hayes, S., & Walser, R. (2007). *An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger & Reno.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. New York: New York: Oxford.
- McCabe, R. E., Antony, M. M., Summerfeldt, L. J., Liss, A., & Swinson, R. P. (2003). Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. *Cognitive Behaviour Therapy*, 187-193.
- Millan, C. H.-M., & Ebesutani, C. (2011). The etiology of social anxiety disorder in adolescents and young adults. C. A. Beidel içinde, *Social anxiety in adolescents and young adults: Translating developmental science into practice* (s. 29-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Molenaar, P. C. (2004). A Manifesto on Psychology as Idiographic Science: Bringing the Person Back Into Scientific Psychology, This Time Forever. *Measurement Interdisciplinary Research and Perspectives*, 201-218.
- Monk, C. S., Telzer, E. H., Mogg, K., Bradley, B. P., Mai, X., Louro, H. M., . . . Pine, D. S. (2008). Amygdala and ventrolateral prefrontal cortex activation to masked angry faces in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 568-576.
- Moskow, D. M., Ong, C. W., Hayes, S. C., & Hofmann, a. S. (2023). Process-based therapy: A personalized approach to treatment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 14.
- Moskow, D. M., Ong, C. W., Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2023). Process-based therapy: A personalized approach to treatment. *Journal of Experimental Psychopathology*.
- Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., & Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: Comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 664-677.

- Ollendick, T. H., Birmaher, B., & Mattis, S. G. (2004). Panic Disorder. T. L. Morris, & J. S. March içinde, *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* . New York: The Guildford Press.
- Philip, N. S., Mello, K., Carpenter, L. L., Tyrka, A. R., & Price, L. H. (2008). Patterns of Quetiapine Use in Psychiatric Inpatients: An Examination of Off-Label Use. *Annals of Clinical Psychiatry* , 15-20.
- Prajapati, A. (2014). Pharmacotherapy vs. Psychotherapy in the management of depression and anxiety disorders. *International Journal of Psychotherapy*, 50-61.
- R C Kessler 1, K. A. (tarih yok). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey.
- Rapee, R. M. (1995). *Social phobia*. New York: Guilford Press.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*, 741-756.
- Reeve, A., Moghaddam, N., Tickle, A., & Young, D. (2020). A brief acceptance and commitment intervention for work- related stress and burnout amongst frontline homelessness staff: A single case experimental design series. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1001-1019.
- Reich, J., & Yates, W. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 72-75.
- Roohi, R., Soltani, A. A., Meimand, Z. Z., & Nematollahi, V. R. (2019). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Increasing the Self-Compassion, Distress Tolerance, and Emotion Regulation in Students with Social Anxiety Disorder. *Journal of Child Mental Health*, 173-187.
- Rork, K., & Morris, T. L. (2009). Influence of parenting factors on childhood social anxiety: Direct observation of parental warmth and control. *Child & Family Behavior Therapy*, 220-235.
- Rosellini, A. J., Rutter, L. A., Bourgeois, M. L., Emmert-Aronson, B. O., & Brown, T. A. (2013). The Relevance of Age of Onset to the Psychopathology of Social Phobia. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 356-365.

- Sadock, B. J., Ahmad, S., & Sadock, V. A. (2016). *Kaplan & Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı*. Güneş Tıp Kitapevleri.
- Safren, S. A., Gershuny, B. S., Marzol, P., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 453–456.
- Scaini, S., Belotti, R., & Ogliari, A. (2014). Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: A meta-analytic approach to twin data. . *Journal of Anxiety Disorders*, 650-656.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., . . . Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 322-331.
- Schreier, S.-S., & Heinrichs, N. (2010). Parental fear of negative child evaluation in child social anxiety . *Behaviour Research and Therapy*, 1186-1193.
- Sevinçok, L. (2000). Sosyal fobi ve çekingen kişilik bozukluğu arasındaki tanısallık güçlükler. *Psikiyatri Dünyası*, 3-6.
- Siegel, R. S., Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2009). Peer victimization and social anxiety in adolescents: Prospective and reciprocal relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 1096-1109.
- Smith, J. D. (2012). Single-case experimental designs: A systematic review of published research and current standards. *Psychological methods*, 510–550.
- Soykan, Ç., & Özgüven, H. D. (2003). LIEBOWITZ SOCIAL ANXIETY SCALE: THE TURKISH VERSION. *Psychological Reports*, 1059-1069.
- Srichan, C., Yingsong, A., & Pisitsungkagarn, K. (2023). The Effects of Acceptance and Commitment Group Therapy on Social Anxiety, Fears of Negative Evaluation, and Psychological Flexibility: an Initial Study in Thai Female Undergraduates. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 687-707.
- Stein, D. J., Ipser, J. C., & Balkom, A. J. (2004). Pharmacotherapy for social phobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).

- Stein, D. J., Versiani, M., Hair, T., & Kumar, R. (2002). Efficacy of paroxetine for relapse prevention in social anxiety disorder: a 24-week study. *Arch Gen Psychiatry*, 1111-1118.
- Stemberger, R. T., M.Turner, S., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social anxiety disorder: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 526-531.
- Swinson, R. P., Antony, M. M., Bleau, P., Chokka, P., M.Craven, & Fallu, A. (2006). Clinical practice guidelines: management of anxiety disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1-92.
- Terzioğlu, M., & Yavuz, K. F. (2023). İlişkisel Çerçeve Kuramı (İÇK): Dil ve Biliş Ampirik Bir Yaklaşım. *J Cogn Behav Psychother Res*, 188-200.
- Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Hoven, C. W., Moore, R., Wu, P., Wicks, J., . . . Cohen, P. (2001). Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 153–164.
- Tillfors, M., T.Furmark, Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Langström, B., & Fredrikson, M. (2001). Cerebral blood flow in subjects with social phobia during stressful speaking tasks: A PET study. *American Journal of Psychiatry*, 1220-1226.
- Toghiani, Z., Ghasemi, F., & Samouei, R. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on social anxiety in female dormitory residents in Isfahan university of medical sciences. *Journal of Education and Health Promotion*.
- Tolin, D. F. (2020). Advances in the identification of empirically supported psychological treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*.
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 317–338.
- Walker, J. R., Ameringen, M. A., Swinson, R., Bowen, R. C., Chokka, P. R., Goldner, E., . . . Lane, R. M. (2000). Prevention of relapse in generalized social phobia: results of a 24-week study in responders to 20 weeks of sertraline treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 636-644.

- Winton, E., Clark, D. M., & Edelmann, R. J. (1995). Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. *Behaviour Research and Therapy*, 193-196.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wong, Q. J., & Rapee, R. M. (2015). The developmental psychopathology of social anxiety and phobia in adolescents. K. Ranta, A. M. Greca, L.-J. Garcia-Lopez, & M. Marttunen içinde, *Social anxiety and phobia in adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (s. 11-37). Cham, Switzerland:: Springer International Publishing.
- Yadegari, L., & Hashemiyan, K. (2014). Effect of acceptance and commitment therapy on young people with social anxiety. *International Journal of Scientific Research in Knowledge*, 395-403.
- Yadegari, L., Hashemiyan, K., & Abolmaali, K. (2014). Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Young People with Social Anxiety. *International Journal of Scientific Research*, 395-403.
- Yavuz, K. F. (2015). Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) Genel Bir Bakış . *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 21-27.
- Yavuz, K. F. (2015). Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT): Genel Bir Bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 21-27.
- Yuen, E. K., Herbert, J. D., Forman, E. M., Goetter, E. M., Juarascio, A. S., Rabin, S., . . . Bouchard, S. (2013). Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing. *Journal of Anxiety Disorders*, 389–397.
- Zettle, R. D. (2016). The Self in Acceptance and Commitment Therapy. M. Kyrios, R. Moulding, G. Doron, S. S. Bhar, M. Nedeljkovic, & M. Mikulincer içinde, *The Self in Understanding and Treating Psychological Disorders* (s. 50-58). Cambridge University Press.

## EKLER

### EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

TARİH:

...../...../.....

ADINIZ-SOYADINIZ:

YAŞINIZ:

CİNSİYETİNİZ:

1. Kadın ( )
2. Erkek ( )

MEDENİ DURUMUNUZ:

1. Evli ( )
2. İlişkisi var ( )
3. İlişkisi yok ( )

EĞİTİM DURUMUNUZ:

1. İlkokul Mezunu ( )
2. Ortaokul Mezunu ( )
3. Lise Mezunu ( )
4. Üniversit ve üzeri ( )

ÇALIŞMA DURUMUNUZ:

1. Çalışıyor ( )
2. Çalışmıyor ( )

SOSYAL MEDYA KULLANIYOR  
MUSUNUZ?

1. Evet ( )
2. Hayır ( )

ARKADAŞ ÇEVRENİZİ NASIL  
TANIMLARSINIZ?

1. Geniş ( )
2. Orta ( )
3. Dar ( )

ARKADAŞLARINIZLA NE SIKLIKLA  
GÖRÜŞÜRSÜNÜZ?

1. Haftada bir kereden fazla ( )
2. Haftada bir kere ( )
3. 2 haftada bir ( )
4. 3 haftada bir ( )
5. Ayda bir kereden az ( )

## EK-2: Çok Boyutlu Psikolojik Esneklik Envanteri

Lütfen aşağıda yer alan ifadeleri değerlendirirken SON İKİ HAFTAYI göz önünde bulundurunuz.

	Kesinlikle doğru değil	Çok nadiren doğru	Bazen doğru	Doğru	Çok sıklıkla doğru	Kesinlikle doğru
1. Hoş olmayan duygularımı ve düşüncelerimi müdahale etmeden gözlemlemeye açtım.						
2. Olumsuz düşünce ve duygularıma direnmektense, onlarla barışmaya çalıştım.						
3. Olumsuz düşünceleri ve duyguları tam olarak deneyimlemeyi, onları görmezden gelmek yerine onlarla yaşamayı kabul ettim.						
4. Üzüntü verici bir duygu ya da düşünce yaşadığımda, onu görmezden gelmek yerine hayatımda ona yer vermeyi denedim.						
5. İyi ya da kötü, kendimi tüm duygularıma açtım.						
6. Dikkatliydim ve duygularımın farkındaydım.						
7. Anbean düşüncelerimle ve duygularımla uyum içindeydim.						
8. Ne düşündüğüme ve hissettiğime çok dikkat ettim.						
9. Düşüncelerimdeki ve duygularımdaki iniş çıkışların farkındaydım.						
10. Düşüncelerime ve duygularıma dikkat etmeye ve onların farkında olmaya çalıştım.						
11. İncinmiş veya üzgün hissettiğimde bile daha geniş bir perspektiften bakmaya çalıştım.						
12. Zor anlarımda, hayatımı daha geniş bir perspektiften görerek ayakta kaldım.						
13. Hayatta yıkıldığım zamanlarda bile bakış açımı korumaya çalıştım.						
14. Ürktüğümde ya da korktuğumda bile büyük resmi görmeye çalıştım.						
15. Acı verici bir durumla karşılaştığımda duygusal dengemi korumaya çalıştım.						
16. Olumsuz duygulara çok kapılmadan bu duygularımın geçip gitmesine izin verebildim.						
17. Üzgün olduğumda, bu olumsuz duygulara takılıp kalmadan geçmesine izin verebildim.						
18. Ürktüğümde veya korktuğumda bu duyguları rahatça yaşayabildim ve sonrasında onların gitmelerine izin verebildim.						

	Kesinlikle doğru değil	Çok nadiren doğru	Bazen doğru	Doğru	Çok sıklıkla doğru	Kesinlikle doğru
19. Tepki vermeden bir adım geri çekilerek, negatif düşüncelerimin ve duygularımın farkına varabildim.						
20. Zorlu durumlarda düşüncelerimin ve duygularımın altında ezilmeden onları fark edebildim.						
21. Benim ve hayatım için önemli olan şeylerle yoğun temas halindeydim.						
22. Hayattaki daha derin önceliklerime bağlı kaldım.						
23. Günlük hayatımda benim için gerçekten önemli olan şeylerle bağlantı kurmaya çalıştım.						
24. Zor seçimler yapmak anlamına gelse bile benim için önemli olan şeylere öncelik vermeye çalıştım.						
25. Derin değerlerim sürekli olarak yaşamıma yön verdi.						
26. Çabalarırken tökezlediğimde bile, benim için önemli olan uğruna çabalamayı bırakmadım.						
27. İşler zorlaştığında bile, hala hayatta değer verdiğim şeyler için adımlar atabiliyordum.						
28. Hayat yoğun ve stresli olduğunda bile benim için önemli olan şeyler uğruna çalışmaya devam ettim.						
29. Hayatta gerçekten istediğim şeye ulaşmak için gerçekleştirdiğim eylemlerde aksiliklerin beni yavaşlatmasına izin vermedim.						
30. Korkularımın ve şüphelerimin hedeflerime doğru hareket etmemi engellemesine izin vermedim.						
31. Rahatsız edici bir şey olduğunda onu düşünmemek için çok çabaladım.						
32. Birçok şeyi ne yaptığımın pek de farkında olmayarak “otomatik” olarak yaptım.						
33. Birçok şeyi çok dikkat etmeden düşüncesizce yaptım.						
34. Günlerin çoğunu ne düşündüğüme veya hissettiğime çok dikkat etmeden otomatik pilota geçirdim.						
35. Çoğu günümü çok dikkat etmeden oluruna bırakarak yaşadım.						
36. Çoğu zaman birçok şeyi çok fazla dikkat etmeden öylesine yaptım.						
37. Bazı duygularımın kötü veya uygunsuz olduğunu ve onları hissetmemem gerektiğini düşündüm.						

	Kesinlikle doğru değil	Çok nadiren doğru	Bazen doğru	Doğru	Çok sıklıkla doğru	Kesinlikle doğru
38. Mantıksız veya uygunsuz duygulara sahip olduğum için kendimi eleştirdim.						
39. Kendime, hissettiğim şekilde hissetmemem gerektiğini söyledim.						
40. Kendime, düşündüğüm şekilde düşünmemem gerektiğini söyledim.						
41. Olumsuz düşüncelerimin ve duygularımın etkisinden uzun süre kurtulamadım.						
42. Can sıkıcı düşünceler, zihnimde bozuk bir plak gibi dönüp durdular.						
43. İstenmeyen düşünce ve duygulara saplanıp kalmak çok kolaydı.						
44. Olumsuz düşüncelerin ve duyguların geçmişte kaldığına inanmak çok zordu.						
45. Kötü bir şey olduğunda bunun hakkında düşünmeyi bırakmak benim için zordu.						
46. Günlük hayatımda öncelik ve değerlerimi yarıda bıraktığım çok oldu.						
47. Hayat karmaşık olduğunda, değer verdiğim şeylerle bağımlı kaybettim.						
48. En çok değer verdiğim şeyler öncelik listemden tamamen çıktı.						
49. Genelde benim için gerçekten önemli olan şeylere odaklanmak için zamanım yoktu.						
50. İşler zorlaştığında, gerçekten değer verdiğim şeyleri kolayca unuttum.						
51. Olumsuz duygularımdan dolayı sıklıkla hiçbir şey yapamıyordum.						
52. Olumsuz duygularımdan dolayı planlarım kolaylıkla sekteye uğradı.						
53. Üzülme beni çıkmazda ve pasif bıraktı.						
54. Olumsuz deneyimler benim için gerçekten önemli olan şeylerden uzaklaşmama neden oldu.						
55. Hoş olmayan düşünceler ve duygular, hayatı derinlemesine yaşama çabalarımı kolayca altüst etti.						

### EK-3: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

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

Teşekkürler.

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

Kaygı	Puan	Kaçınma	Puan
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak		1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	
2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak		2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	
3. Dikkatleri üzerinde toplamak		3. Dikkatleri üzerinde toplamak	
4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak		4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	
5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak		5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	
6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek		6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	
7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak		7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	
8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek		8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	
9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi		9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	
10. Gözlendiği sırada çalışmak		10. Gözlendiği sırada çalışmak	
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak		11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	
12. Bir eğlenceye gitmek		12. Bir eğlenceye gitmek	
13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak		13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	
14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması		14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	
15. Gözlendiği sırada yazı yazmak		15. Gözlendiği sırada yazı yazmak	
16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak		16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	
17. Umumi yerlerde yemek yemek		17. Umumi yerlerde yemek yemek	
18. Evde misafir ağırlamak		18. Evde misafir ağırlamak	
19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak		19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak	
20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek		20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek	
21. Umumi telefonları kullanmak		21. Umumi telefonları kullanmak	
22. Yabancılarla konuşmak		22. Yabancılarla konuşmak	
23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak		23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	
24. Umumi tuvalette idrar yapmak		24. Umumi tuvalette idrar yapmak	

#### **EK-4: Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)**

**İSİM:**.....

Bu ölçek hastalanmanızdan bu yana ne durumda olduğunuzu anlamamıza yardımcı olacaktır. Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

#### **1. Nerede yaşıyorsunuz?**

Cevap: .....

#### **2. Kiminle Birlikte yaşıyorsunuz?**

Cevap: .....

	Ç	KAİ	ÖSE	BZD	B-y	B-p	İ/M
Ham Puan							
Dönüştürülmüş Puan							

## SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

### 1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

(eğer farklıysa)

Hafta içi ortalama..... Sabah 9'dan önce Sabah 9 ile 11 arası  
Hafta sonu ortalama..... Sabah 11 ile öğleden sonra 1 arası  
Öğleden sonra 1'den geç

### 2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

(Örn. odada tek başına, tek başına dolaşarak, radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.)Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler

- 0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az
- 3-6 Zamanın bir kısmı
- 6-9 Zamanın önemli bir kısmı
- 9-12 Zamanın büyük bir kısmı
- 12 Hemen hemen zamanın hepsi

### 3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

- a) Hemen hemen hiç      b) Nadiren      c) Bazen      d) Sık sık

### 4. Evden ne sıklıkta çıkıyorsunuz? (herhangi bir nedenle)

- a) Hemen hemen hiç      b) Nadiren      c) Bazen      d) Sık sık

### 5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

- a) Onlardan kaçınma      b) Huzursuz olma  
c) Onları kabul etme      d) Onlardan hoşlanma

## KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. **Şu anda kaç arkadaşınız var?** (düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğuvb.) .....
2. **Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı?** (eğer evli değilseniz) a) Evet b) Hayır
3. **Anlamli veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkta başarıyorsunuz?**
  - a) Hemen hemen hiç
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Sık sık
4. **Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?**
  - a) Çok kolay
  - b) Oldukça kolay
  - c) Orta
  - d) Oldukça zor
  - e) Çok zor

## ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son 3 ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygunolan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro/ Konser				
Kapalı Salon Sporunu İzleme (örneğin masa tenisi)				
Açık Alan Sporunu İzleme (örneğin futbol)				
Sanat galerisi /müze				
Sergi				
İlgi Duyulan Yerleri Gezme				
Toplantı/ Konuşma vb.				
Gece Okulu				
Akrabaları Evlerinde Ziyaret Etme				
Akrabaların Ziyarete Gelmesi				
Arkadaşlarını Ziyaret Etme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme (erkek/ kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmî Toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü / Sosyal Kulüp				
Kapalı Salon Sportu Yapmak				
Açık Alan Sportu Yapmak				
Kulüp / Dernek				
Kahve / Kafelere Gitme				
Dışarda Yemek				
Dini Etkinliklere Katılmak				

## BOŞ ZAMANLAR DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti Çalma				
Dikiş-Nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon İzleme				
Teyp ya da radyo Dinleme				
Yemek Pişirme				
Kendi Başına Yapılan Etkinlikler (maket uçak yapma vb.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev vb.)				
Yürüyüş, Dolaşma				
Araba Kullanma /bisiklet binme (Hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin koleksiyon yapma)				
Alışveriş Yapma				
Sanatsal Etkinlikler (el sanatları, resim yapma vb.)				

## BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ-YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Yeterli	Yardım Gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu Ulaşım				
Parayı Doğru Biçimde Değerlendirme				
Paranın Hesabını Yapma				
Kendisi İçin Yemek Pişirme				
Haftalık Alışveriş				
İş Arama				
Kendi Çamaşırını Yıkama				
Kişisel Temizlik				
Yıkama, düzenli olma vb.				
Dükkânlardan Alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendiniz için Giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne Özen Gösterme				

## BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma ( yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, Yerleştirme vb.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma vb.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren vb. binme				
Para harcama				
Paranın hesabını yapma				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

### İŞ/ MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dâhil)

- a) Evet                      b) Hayır

**1. Eğer yanıtınız Evetse: Ne tür bir iş?.....**

**2. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? .....**

**Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz? .....**

**Eğer Yanıtınız Hayırsa: En son ne zaman bir işte çalıştınız.....**

**Ne tür bir işti? .....**

**Haftada kaç saat çalışırdınız? .....**

- Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi? a) Evet                      b) Hayır

- Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz? a) Evet                      b) Hayır

- Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

a) Kesinlikle evet                      b) Zorlanırım                      c) Kesinlikle hayır

- Ne sıklıkta yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi Bulma

- Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

a) Hemen hemen hiç                      b) Nadiren                      c) Bazen                      d) Sık sık

## EK-5: ACT'e Sadakat Ölçeği

### ACT'e Sadakat Ölçeği

### ACT-SÖ

Değerlendiricinin adı ve mesleki ünvanı: \_\_\_\_\_ Değerlendirme tarihi: \_\_/\_\_/\_\_  
Terapist ismi ve mesleki ünvanı: \_\_\_\_\_  
Danışanın adı soyadının Baş Harfleri: \_\_\_\_\_ Kaçınıcı seans: \_\_\_\_\_ Seans tarihi: \_\_/\_\_/\_\_  
Değerlendirilen Seansın uzunluğu: \_\_\_\_\_  
( ) Doğrudan gözlem ( ) Ses kaydı ( ) Video kaydı

#### Puanlama

0 = Bu davranış hiç gerçekleşmedi  
1 = Terapist bu davranışı nadiren sergilemektedir  
2 = Terapist bu davranışı zaman zaman sergilemektedir  
3 = Terapist bu davranışı tutarlı olarak sergilemektedir

#### Terapist Duruşu

ACT ile tutarlı	0	1	2	3
1 Terapist, yöntemleri duruma ve bağlama duyarlı bir şekilde seçmektedir. (ör. "herkese uyan bir kalıp" yaklaşımından ziyade, esnek ve duyarlı bir tarzı vardır.)	0	1	2	3
2 Terapist, yaşantısal yöntemler/sorular kullanmaktadır. (ör. Danışanın -deneyimleri hakkındaki düşüncelerinden ziyade- kendi deneyimlerini fark etmesine ve bunları kullanmasına yardımcı olur.)	0	1	2	3
3 Terapist, danışanın içinde bulunduğu şartlarda tecrübe ettiği acı verici veya zorlayıcı düşünceler ve hisleri tecrübe etmenin doğal olduğunu ifade etmektedir.	0	1	2	3
4 Terapist, kendisinin ve danışanın acı verici düşünce ve duygularına ve bunları açığa çıkaran durumlara gönüllü olmayı danışanına örneklemektedir.	0	1	2	3

ACT ile tutarsız	0	1	2	3
5 Terapist danışana ders vermektedir (ör. tavsiye vermekte, ikna etmeye çalışmaktadır, vb.)	0	1	2	3
6 Terapist, "nahış" veya "zorlayıcı" düşünceler ve hisler ortaya çıktığında bunları yatıştırmak, azaltmak veya uzaklaştırmak için acele etmektedir.	0	1	2	3
7 Terapist konuşmaları aşırı derecede kavramsal düzeydedir (ör. terapist davranış değişikliği için yaşantısal yöntemler kullanmak yerine, kavramların sözlü olarak anlaşılmasını fazlaca vurgulamaktadır.)	0	1	2	3

#### Açık Olma Yanıt Biçimi

ACT ile tutarlı	0	1	2	3
8 Terapist; danışanın, düşüncelerini tanımladığı olaylardan ayrı deneyimler olarak fark etmesine yardımcı olmaktadır.	0	1	2	3
9 Terapist, danışana kendi düşünceleri ve/veya hisleriyle nasıl bir etkileşimde (ör. kaçınan veya açık) bulunduğunu fark etmesi için imkanlar sağlamaktadır.	0	1	2	3
10 Terapist, danışanı (değerleri doğrultusunda) acı verici düşünce ve hislerle "beraber oturmaya" cesaretlendirmektedir.	0	1	2	3

ACT ile tutarsız	0	1	2	3
11 Terapist; terapinin birincil amacı olarak danışanı sıkıntıyı (veya diğer duyguları) kontrol etmeye veya azaltmaya teşvik etmektedir.	0	1	2	3
12 Terapist danışanın 'olumlu düşünme'ye ya da tedavi hedefi olarak olumsuz düşünceleri olumlu düşüncelerle değiştirmeye teşvik etmektedir.	0	1	2	3
13 Terapist, birleşme veya kaçınmayı, işe yararlık temelinde değerlendirmemekte, bunların tamamen kötü oldukları görüşünü teşvik etmekte veya pekiştirmektedir.	0	1	2	3

# ACT'e Sadakat Ölçeği

# ACT-SÖ

## Puanlama

0 = Bu davranış hiç gerçekleşmedi

1 = Terapist bu davranışı nadiren sergilemektedir

2 = Terapist bu davranışı zaman zaman sergilemektedir

3 = Terapist bu davranışı tutarlı olarak sergilemektedir 0

## Farkında Olma Yanıt Biçimi

### ACT ile tutarlı

14 Terapist; şimdiki ana odaklanma yöntemlerini (örneğin, kendinelik yönergeleri, izleme, gözlemlene vb.) düşünceler ve duyguları içerecek şekilde anın farkındalığını arttırmak için kullanmaktadır. 0 1 2 3

15 Terapist; danışana, kendisini şimdiki andan uzaklaştıran uyarıları (düşünceler, hisler, durumlar vb.) fark etmesinde yardımcı olmaktadır. 0 1 2 3

16 Terapist; danışanın, psikolojik tecrübelerinden daha büyük ve/veya ayrı olduğunu tecrübe etmesine yardımcı olmaktadır. 0 1 2 3

### ACT ile tutarsız

17 Terapist; istenmeyen düşünceler, duygular ve bedensel duyumları kontrol etmek, azaltmak veya danışanın dikkatini dağıtmak için kendinelik ve/veya bağlamsal benlik yöntemlerini bir araç olarak sunmakta veya kullanmaktadır. 0 1 2 3

18 Terapist; inanç ve düşüncelerin doğruluğunu sınamak için kendinelik ve/veya bağlamsal benlik yöntemlerini sunmakta veya kullanmaktadır. 0 1 2 3

19 Terapist, kendinelik ve/veya bağlamsal benlik yöntemlerini basmakalıp alıştırmalar olarak sunar. 0 1 2 3

## Yönelme Yanıt Biçimi

### ACT ile tutarlı

20 Terapist, danışana tepkilerinin işler olup olmadığını (ör. eylemlerinin onları değerlerine yaklaştırması ya da uzaklaştırmasını) fark etmesi için fırsatlar sağlamaktadır. 0 1 2 3

21 Terapist, danışana kendi değerlerini (kapsayıcı yaşam amaçları ve eylem nitelikleri) netleştirmesi için fırsatlar sunmaktadır. 0 1 2 3

22 Terapist, danışanın planlar yapmasına ve pekiştirici (ör. değerleri ile tutarlı olan eylemleri biçimlendiren) 0 1 2 3

### ACT ile tutarsız

23 Terapist, danışana kendinin, başkalarının veya toplumun değerlerini empoze etmektedir (ör. danışanın neye değer vermesi gerektiğini veya neye değer vermemesi gerektiğini ya da bir şeye değer vermenin nasıl olması gerektiğini önerir). 0 1 2 3

24 Terapist, danışanın psikolojik deneyimlerini (acı verici düşünceler, duyumlar ve duygular gibi) duymadan, araştırmadan veya merak göstermeden eyleme geçmeyi teşvik etmektedir. 0 1 2 3

25 Terapist, danışanın önerdiği planları, yine danışan tarafından uygulanamaz oldukları fark edilse bile teşvik etmektedir. 0 1 2 3

## Puanlama

Her alt boyut için toplam puan 3 madde toplanarak hesaplanabilir. Terapist duruşu boyutunun 'ACT ile tutarlı' bölümünde 4 madde vardır, diğer bölümler gibi toplam 9 üzerinden puanlanmak için, lütfen 4 maddeyi toplayıp 4'e bölün ve 3 ile çarpın. Toplam 'ACT tutarlılığı' puanını hesaplamak için 'ACT ile tutarlı' maddeler, toplam 'ACT tutarsızlığı' puanını hesaplamak için 'ACT ile tutarsız' maddeleri toplanabilir.

ACT ile Tutarlı Terapist Duruşu (0-9) =

ACT ile Tutarlı Açık Olma Yanıt Biçimi (0-9) =

ACT ile Tutarlı Farkında Olma Yanıt Biçimi (0-9) =

ACT ile Tutarlı Yönelme Yanıt Biçimi (0-9) =

Toplam ACT ile Tutarlılık Puanı (0-36) =

ACT ile Tutarsız Terapist Duruşu (0-9) =

ACT ile Tutarsız Açık Olma Yanıt Biçimi (0-9) =

ACT ile Tutarsız Farkında Olma Yanıt Biçimi (0-9) =

ACT ile Tutarsız Yönelme Yanıt Biçimi (0-9) =

Toplam ACT ile Tutarsızlık Puanı (0-36) =

## EK-6: Danışan Memnuniyet Ölçeği – 8 (1 sayfa)

### Danışan Memnuniyet Ölçeği – 8

Lütfen aşağıdaki soruları aldığımız hizmetten memnuniyet durumunuza göre doldurunuz.

(1. Memnun etmedi, 2. Biraz memnun etti, 3. Memnun etti, 4. Çok memnun etti)

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Yapılan görüşmenin kalitesini nasıl değerlendirirsiniz?                                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. İstedığınız gibi bir hizmet aldınız mı?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Yapılan görüşme ihtiyaçlarınızın ne kadarını karşıladı?                                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Bir arkadaşınızın benzer bir yardıma ihtiyacı olsa,<br>ona bu görüşmeyi önerir miydiniz?      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Aldığınız yardımın miktarından ne kadar memnunsunuz?  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Yapılan görüşme, sorunlarınızla daha etkili bir şekilde<br>baş edebilmenize yardımcı oldu mu? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Genel olarak değerlendirdiğinizde yapılan görüşme<br>sizi ne kadar memnun etti?               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Tekrar yardıma ihtiyacınız olsa, bu görüşmeyi tekrar yapmayı<br>düşünür müydünüz?             | 1 | 2 | 3 | 4 |



## EK-8: Karar Tebliği



T.C.  
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : E-20292139-050.04-2400015570  
Konu : Etik Kurul Kararı (Rumeysa YILDIZ)

29.04.2024

Sayın Rumeysa YILDIZ  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin Sosyal Kaygı Bozukluğu Yaşayan Yetişkinlerdeki Etkilerinin Araştırılması: Tek Denekli Deneysel Çalışma" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurumumuzun 25.03.2024 tarihli ve 2024/02 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.  
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN  
Kurul Başkanı

Ek: Rumeysa YILDIZ

Belge Doğrulama Kodu: EA97PHH

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi: <https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index>

Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul

Bilgi için :

Selda Şenol  
Yeminli Katip

Telefon No:

Faks No:

Telefon No:

e-Posta:

İnternet Adresi:

Direkt Hat:

Keş Adresi: [izu@hs01.kep.tr](mailto:izu@hs01.kep.tr)



	<b>ETİK ONAY BELGESİ</b>	Doküman No	ET-FR-675
		İlk Yayın Tarihi	27.11.2023
		Revizyon Tarihi	22.12.2023
		Revizyon No	01
		Sayfa	1/1

Tarih	25.03.2024
Sayı	2024/02
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	<i>Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin Sosyal Kaygı Bozukluğu Yaşayan Yetişkinlerdeki Etkilerinin Araştırılması: Tek Denekli Deneysel Çalışma</i>
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Rumeysa YILDIZ
Danışman Adı Soyadı	Doç. Dr. Kaasım Fatih YAVUZ
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

(Katıldı)

Prof. Dr. Kadir CANATAN  
**Başkan**

(Katıldı)

Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ  
**Başkan V.**

(Katıldı)

Prof. Dr. Mustafa ATEŞ  
**Üye**

(Katıldı)

Prof. Dr. Beytullah KAYA  
**Üye**

(Katıldı)

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK  
**Üye**

(Katıldı)

Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU  
**Üye**

(Katıldı)

Av. Bilal ŞAMAT  
**Üye**

Kurul Yeminli Kâtibi

Selda ŞENOL



Dokümantasyon Onayı Prof. Dr. İbrahim GÜNEY Yönetim Sistemleri Tem.  
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: MFEMM3T Belge Takip Adresi: <https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index>

# ÖZGEÇMİŞ

Rumeysa YILDIZ

## A. EĞİTİM

**Yüksek Lisans:** İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji, Devam Ediyor, İstanbul.

**Lisans:** Medipol Üniversitesi, Psikoloji, 2020, İstanbul

## B. STAJ DENEYİMİ

2020- Erenköy Ruh ve sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

## C. MESLEKİ DENEYİM

Temmuz 2024- Devam Ediyor, Cansalığı Vakfı-Bağlamsal Davranış Bilimleri

Merkezi Araştırma Asistan

## D. KATILDIĞI EĞİTİMLER

- 1- Kabul ve Kararlılık Terapisi Temel Eğitimi
- 2- Kabul ve Kararlılık Terapisi Süpervizyon Eğitimi
- 3- Kabul ve Kararlılık Terapisi İleri Eğitimi