

# Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Başlangıç Yaşının Klinik Gidiş Üzerine Etkisi

## *The Impact of the Age at the Onset of Social Anxiety Disorder on the Clinical Course*

Ahmet Koyuncu<sup>1</sup>, Zerrin Binbay<sup>2</sup>, İlker Özyıldırım<sup>3</sup>, Erhan Ertekin<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Uz.Dr., Batı Bahat Hastaneler Grubu, <sup>2</sup>Uz.Dr., Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, <sup>3</sup>Uz.Dr., Serbest Hekim, <sup>4</sup>Uz.Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) hastalarında erken ve geç başlangıçlı SAB oranlarının belirlemek ve başlangıç durumunun SAB kliniğine ve seyrine etkilerini araştırmaktır. **Yöntem:** 247 SAB hastası DSM-IV SCID-I ile değerlendirildi. Hastalara sosyodemografik veri formu, Leibowitz sosyal anksiyete ölçeği (LSAÖ), Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ve işlevselliğin genel değerlendirilmesi (IGD) dolduruldu. SAB başlangıç yaşı 18'in altında olan 193 hasta erken başlangıç, SAB başlangıç yaşı 18 ve üstünde olan 54 hasta ise geç başlangıç grubu olarak belirlendi. Erken ve geç başlangıç grupları sosyodemografik, klinik özellikler ve ölçekler açısından karşılaştırıldı ve erken ve geç başlangıç grupları ile ilişkili değişkenler belirlendi. **Bulgular:** Hastaların %78.1'inin SAB başlangıç yaşı 18 yaşından öncedir. Erken başlangıç grubunun, geç başlangıç grubuna göre ilk depresif epizod yaşı daha düşük, toplam depresif epizod sayısı ve depresyonda atipiklik daha yüksek, LSAÖ kaygı, kaçınma ve toplam skor ve BDÖ skor ortalamaları daha yüksek, IGD başvuru anında ve geçen yıl ortalamaları daha düşük olarak bulunmuştur. **Sonuç:** SAB hastalarında erken başlangıç durumunda, SAB semptom şiddeti ve depresyon şiddeti ve rekürrensi artmış ve işlevsellik düşmüş olarak bulunmuştur. Bu nedenle SAB hastalarının erken yaşlarda yakalanması ve tedavilerinin başlanması önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Sosyal anksiyete bozukluğu, erken başlangıç, geç başlangıç.

(*Klinik Psikiyatri 2012;15:111-120*)

### SUMMARY

**Objectives:** The aim of this study is to investigate the ratio of the early and late onset of Social Anxiety Disorder and the effect of this onset situation on Social Anxiety Disorder clinic and course. **Method:** 247 Social Anxiety Disorder patients were assessed with DSM-IV SCID-I. Sociodemographical data form, Leibowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Beck Depression Inventory (BDI) and Global Assessment of Functionality (GAF) were applied to the patients. Two groups were performed according to onset of the disorder at or above the age of 18 (54 patients) and under the age of 18 (193 patients). Early and late onset groups were compared in terms of sociodemographical variables, clinical features and scales and variables were determined which were related to early and late onset. **Results:** The onset of 78.1% of the Social Anxiety Disorder patients were before the age of 18. In the early onset group, the age at onset of the first depressive episode were smaller, total number of depressive episodes and the atypicality in depression was higher, the avoidance and fear and total scores of LSAS and BDI scores were higher, the mean scores of current and past year GAF were lower. **Conclusion:** In the case of early onset in social anxiety disorder patients, the severity of social anxiety disorder and depression and the recurrence rates of depression were higher and functionality were found to be lower. It is important to diagnose and start the treatment in the social anxiety disorder patients earlier.

**Key Words:** Social anxiety disorder, early onset, late onset.

## GİRİŞ

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) genel popülasyonda oldukça yaygındır ve yıllık prevalansı %5 ile %10 arasında, yaşam boyu prevalansı ise %10 ile %15 arasındadır (Ohayon ve Shatzbeng 2010, Stein 2006, Kessler ve ark. 1994 ve 2005, Acartürk ve ark. 2008). Türkiye'de 1996 yılında yapılmış olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasında erişkinlerde sosyal anksiyete bozukluğu sıklığı son 1 yılda %1.8 olarak saptanmıştır (Kılıç ve ark. 1997).

Epidemiyolojik çalışmalarda SAB'nin erken yaşlarda (çocukluk ve erken adölesanlıkta) başlayan bir bozukluk olduğu bildirilmiştir (Kessler ve ark. 2007, Weiller ve ark. 1996, Davidson ve ark. 1993, Schneier ve ark. 1992, Grant ve ark. 2005). Bir çalışmada ise, en erken başlayan anksiyete bozukluğu olarak bulunmuştur (McEvoy ve ark. 2011). Genel olarak bakıldığında SAB hastalarının önemli bir kısmında, yaklaşık olarak %80 kadarında başlangıç 20 yaşından öncedir (Stein & Stein 2008, Kessler ve ark. 2010, Chavira ve ark. 2005a). Chavira ve ark. (2005b) çalışmasında gençlerde SAB prevalansı, erişkinlere yakın (%6.8) bulunmuştur. SAB tipik olarak erken yaşlarda başlasa da, bir çalışmada yaşamın ilerleyen yaşlarında da nadir olmadığı, genç yaştaki hastalara benzer bir şekilde oldukça baskın olarak sürdüğü bildirilmiştir (Cairney ve ark. 2007).

Wells ve ark.'nın (1994) çalışmasında SAB başlangıç yaşı, eğitimin düşmesi, evlenememe ve kadın cinsiyet ile ilişkili bulunmuştur. Menezes ve ark.'nın (2005) çalışmasında ise erken başlangıçlı SAB olgularında, geç başlangıçlı olgulara göre ekonomik üretkenliğin daha düşük olduğunu, psikiyatrik eşanı varlığının ve yaygın alt tipin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Bu alanda yapılan birçok çalışmada benzer olarak SAB yaygın tipinin, yaygın olmayan tipe göre daha erken yaşlarda başladığı bildirilmiştir (Wittchen ve ark. 1999, Mannuzza ve ark. 1995, Menezes ve ark. 2005). Bunlara ek olarak, SAB hastalarında psikiyatrik eşanı sıktır ve genellikle SAB başlangıç yaşı, birlikte görüldüğü hastalıktan daha erken başlar (Magee ve ark. 1996, Schneier ve ark. 1992, Chartier ve ark. 2003, Kesler ve ark. 1999, Wittchen ve ark. 1999, Gökalp ve ark. 2001, Solmaz ve ark. 1999, Dilbaz ve Güz 2002, Dilbaz 2000, Binbay ve Koyuncu 2012). Ayrıca SAB varlığı sonradan gelişecek MDB ve

alkolizm gelişimi için yordayıcı olarak bulunmuştur (Weiller ve ark. 1996, Kessler ve ark. 1999, Stein ve ark. 2001, Bittner ve ark. 2004, Beesdo ve ark. 2007, Ohayon ve ark. 2010). SAB, çocukların okula gitmeyi istememesinde, adölesan yaşlarda okul başarısı düşmesinde ve okulu bırakmasında önemli bir nedendir (Stein ve Kean, 2000, Davidson ve ark. 1993). Ek olarak, SAB suisid davranışlarını artırmakta (Davidson ve ark. 1993) ve sonradan gelen suisid davranışları için yordayıcı olarak bulunmuştur (Weiller ve ark. 1996, Sareen ve ark. 2005, Cogle ve ark. 2009).

Otto ve ark.'nın (2001) çalışmasında SAB başlangıç yaşının, çocukluk anksiyete bozukluğu (seperasyon anksiyetesi bozukluğu, agorafobi gibi) olan grupta daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Bir izlem çalışmasında, erken adölesanlıkta anksiyete bozukluğu varlığı, erken erişkinlikteki depresyon ve anksiyete bozukluklarının (özellikle SAB) gelişimi için yordayıcı olarak bulunmuştur (Pine ve ark. 1998). Çocuk, adölesan ve geç erişkinlerde yapılan başka izlem çalışmalarında ise, SAB izlemde major depresyon gelişimi ile ilişkili bulunmuştur (Wittchen ve ark. 1998, Chavira ve ark. 2004).

Bunun yanısıra SAB hastalarında hastalık başlangıç yaşı düşüklüğü ile tedavi başvurusunda daha fazla gecikme ilişkili (Wang ve ark. 2004 ve 2005, Borges ve ark. 2007, Fikretoglu ve ark. 2010) bulunmuştur.

Bu nedenle SAB hastalarının erken yaşlarda yakalanıp tedavi edilmesi, hastalığın orta ve uzun vadedeki zararlarının (özellikle eşanı gelişimi, alkolizm, suisid, okul bırakma, tedavi başvuru gecikmesi vb) önlenmesinde büyük önem taşımaktadır.

Bizim çalışmamızdaki amacımız ise; erken ve geç başlangıçlı SAB oranlarının belirlemek ve SAB kliniğine ve seyrine etkilerini araştırmaktır. Çalışma hipotezimiz ise, SAB'nin erken başladığı hastaların, geç başlayanlara göre daha şiddetli belirtiler göstereceği, daha fazla eşanı alacakları ve işlevsellik açısından daha olumsuz etkileneceğidir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya Kasım 2008 ve Haziran 2011 tarihleri arasında Bahat Grup Hastaneleri, Psikiyatri bölümlerine başvuran ve tanısı yaygın tip SAB olan

247 gönüllü hasta ardışık olarak, sözel bilgilendirilmiş onam alınarak dahil edilmiştir. SAB yaygın tipinin belirlenmesinde APA-1994 kriterleri kullanılmıştır.

Çalışmaya alınma kriterleri olarak primer tanısının SAB yaygın tipi olması, 18-65 yaşları arasında olması, son bir aydır psikotrop ilaç kullanmamış olması belirlenmiştir. Şizofreni ya da ilişkili psikotik bozukluğu olan hastalar veya organik mental sendromu olan hastalar çalışmadan dışlanmıştır.

Bütün hastalara DSM-IV, SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version) (First ve ark. 1997) uygulanarak SAB tanısı doğrulanmış ve şimdi ve yaşam boyu Eksen I eştanı durumu belirlenmiştir.

Bu hastalar kliniğimize ilk kez başvurmuş hastalardı ancak hastaların 128'inde (%51.8) geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsü mevcuttu. Hastalara kişisel bilgi formu doldurulmuş ve Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) (Liebowitz 1987), Beck Depresyon Envanteri (BDI) (Beck ve ark. 1961), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (IGD) (APA 1994) ile değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda IGD ile başvuru anındaki ve 1 yıl önceki işlevsellik düzeyi değerlendirilmiştir. Bir yıl önceki işlevsellik düzeyi, başvuru anında retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Depresyonda mevsimsel, atipik, psikotik, post partum özellik ve kronisiteyi değerlendirmek için APA-1994 kriterleri uygulanmıştır.

*Kişisel Bilgi Formu:* Hastaların sosyodemografik verileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim yılı), geçmiş psikiyatrik başvuru, antidepresan kullanımı ve süresi, suisid girişimi, SAB ve ilk depresif epizod başlangıç yaşı, toplam depresif epizod sayısı, depresif epizodlarının özellikleri (atipiklik, mevsimsellik, kronisite, psikotik özellik) değerlendirilmiştir.

*DSM-IV SCID-I Görüşme Çizelgesi:* SCID-I karşılıklı görüşme ile yapılan, DSM tanı ölçütlerine göre herhangi bir Eksen I tanısının geçmişte ya da son 1 ay içerisinde olup olmadığının araştırılmasını sağlayan yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesidir. DSM-IV SCID-I Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çorapçoğlu ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır.

*Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği:* Liebowitz Sosyal

Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) (Liebowitz 1987), SAB olan bireylerin, korku ve/veya kaçınma davranışları gösterdikleri sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Sorular, hastanın korku ve kaçınmasının şiddeti göz önüne alınarak 1-4 arasında değişen Likert tipi (4 puanlık) bir ölçek üzerinde klinisyen tarafından yanıtlanır. Toplam puan, korku ve kaçınma puanlarının toplanması ile elde edilir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz (2001) tarafından yapılmıştır.

*Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):* Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmektedir. 21 belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğidir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Beck ve ark. (1961) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik, güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır.

*İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD):* Genel olarak hastaların klinik gidişini izlemek için yararlı bir ölçektir. İGD ölçeği psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği 100 puan üzerinden derecelendirir. Ölçekle yapılan değerlendirme, başvuru sırasındaki dönem veya geçmişteki bir dönem için yapılmalıdır (APA 1994).

Çalışmadaki tüm görüşmeler birinci yazar tarafından yapılmıştır. Çalışmada amacımıza uygun, homojen gruplar oluşturabilmek için, SAB başlangıç yaşı kesim puanı olarak 18 yaş belirlenmiştir. SAB'nin 18 yaşın altında başladığı grup erken başlangıç, 18 ve sonrasında başlayan grup ise geç başlangıç olarak kabul edilmiştir (Mezenes ve ark. 2005, Otto ve ark. 2001, Beidel ve ark. 1998, Wittchen ve ark. 1999). SAB başlangıcı 18 yaşından daha küçük olan 193 hasta (%78.1) erken başlangıç grubu, SAB başlangıcı 18 yaş ve daha büyük olan 54 hasta (%21.9) ise geç başlangıç grubu olarak belirlenmiştir. Erken ve geç başlangıç grupları sosyodemografik, klinik özellikler ve ölçekler açısından karşılaştırılmış ve erken ve geç başlangıç grupları ile ilişkili değişkenler belirlenmiştir.

Elde edilen veriler, SPSS 11 (Statistical Program for Social Sciences Release 11.0 standart version) programı ile değerlendirildi. Kategorik değişkenleri değerlendirmek amacıyla Fisher's exact test/x<sup>2</sup> kullanıldı. Sürekli verilerde ise Kolmogorov

Simirnov Z testine göre normal dağılım gösterenlere (LSAS kaygı, kaçınma, toplam ve BDI skor ortalamaları) bağımsız t-testi, normal dağılım göstermeyenlere (yaş, eğitim yılı, ilk başvuru yaşı, SAB başlangıç yaşı, ilk depresif epizod yaşı, toplam depresif epizod sayısı, toplam anidepresan kullanma süresi (ay olarak), şimdi ve yaşamboyu toplam eştanı sayı ortalaması, IGD başvuru anında ve geçen yıl puan ortalamaları) ise Mann-Whitney U testi uygulandı (Tablo 1 ve Tablo 2). Ayrıca erken başlangıç grubu 0, geç başlangıç grubu 1 olarak kodlanarak, binary lojistik regresyonla erken ve geç başvuru yordayıcıları saptanmıştır (Tablo 3). Anlamlılık değeri olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmaya katılan hastalardan 162'si (%65.6) erkek ve 185 hasta (%74.9) bekar idi. Hastaların yaş ortalaması 27.61 (en az: 18, en fazla: 50 Standart sapma (SS): 6.22), ilk başvuru yaşı ortalaması 25.51 (en az: 13, en fazla: 50 SS: 6.18), toplam eğitim yılı ortalaması 12.89 (en az: 5, en fazla: 18 SS: 2.84), SAD başlangıç yaşı ortalaması 13.64 (en az: 6, en fazla: 36 SS: 5.61), ilk depresif epizod yaşı ortalaması 17.61 (en az: 10, en fazla: 43, SS: 5.12) olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Hastaların 128'inde (%51.8) geçmiş psikiyatrik tedavi vardı. Hastaların 15'inde (%6.1) suisid girişimi vardı.

Hastalarda DSM-IV SCID-I Eksen I bozukluklarından major depresyon (yaşamboyu %74.5), bipolar bozukluk hayatboyu sıklığı %15.4 (bipolar II %2, BTA bipolar %13.4) olarak bulunmuştur.

En sık anksiyete bozukluğu eştanısı ise özgül fobi (%14.6), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (yaşamboyu %9.3), panik bozukluğu (yaşamboyu %6.1), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) (yaşamboyu %0.8), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) (yaşamboyu %4.0) olarak bulunmuştur. Alkol ya da madde kullanım bozukluğu yaşamboyu sıklığı %7.7, yeme bozukluğu yaşamboyu %1.2, somatoform bozukluk %1.2 olarak bulunmuştur. %10.1 hastada ise yaşamboyu eştanı varlığı saptanmamıştır. Erken başlangıçlı (n=193) ve geç başlangıçlı (n=54) SAB gruplarının karşılaştırmasında yaş, cinsiyet, eğitim yılı ortalaması ve medeni durum açısından bir fark bulunamamıştır (Tablo 1).

Erken başlangıç ve geç başlangıçlı SAB gruplarının klinik özellikleri açısından karşılaştırmasında tedavi için ilk başvuru yaşı, geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsü, yaşam boyu antidepresan kullanma öyküsü ve antidepresan kullanma süresi ortalaması ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 1).

Eştanı durumu açısından karşılaştırıldığında, DSM-IV Eksen I bozukluk eştanı oranları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca şimdi ve yaşamboyu eştanı sayı ortalaması açısından gruplar arasında bir fark bulunmamıştır. Ancak erken başlangıç SAB grubunun, geç başlangıçlı SAB grubuna göre ilk depresif epizod başlangıç yaşı daha düşük ( $p=0.000$ ), toplam depresif epizod sayısı daha yüksek ( $p=0.035$ ), depresyonda atipik özellik oranı daha yüksek ( $p=0.006$ ) olarak bulunmuştur. Depresif epizodlarda mevsimsellik, psikotik özellik ve kronisite ve suisid girişimi açısından gruplar arası bir fark bulunmamıştır.

Erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı gruplar ölçek skorları açısından karşılaştırıldığında erken başlangıç grubunun BDI skorları ( $p < 0.01$ ), Leibowitz kaygı ( $p=0.002$ ), kaçınma ( $p=0.000$ ) ve toplam puanları ( $p=0.001$ ) ortalamaları, geç başlangıç grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Erken başlangıç grubunun IGD şimdi ortalaması ( $p=0.015$ ), geçen yıl IGD ortalaması ( $p=0.003$ ) geç başlangıç grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tablo 2).

Logistik regresyon ile erken ve geç başlangıç yordayıcıları değerlendirildi (Tablo 3).

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim yılı ortalaması, geçmiş psikiyatrik başvuru öyküsü, yaşam boyu antidepresan kullanma öyküsü, antidepresan kullanma süresi ortalaması, toplam depresif epizod sayısı ortalaması, depresyonda mevsimsel özellik, psikotik özellik, postpartum özellik ve kronisite, suisid girişimi açısından erken ve geç başlangıç ile ilişkili bulunmamıştır. Ancak ilk depresif epizodun yaşının düşmesi erken başlangıç ile ilişkili ( $B=.133$ , odds oranı=1.067,  $p < 0.001$ ), depresyonda atipik özellik varlığı erken başlangıç ile ilişkili ( $B=.749$ , odds oranı=2.114,  $p=0.041$ ) bulunmuştur. SCID-I sonuçlarında ise hem şimdi, hem de yaşamboyu her hangi bir DSM-IV Eksen I bozukluğu, şimdi ve

**Tablo 1.** Sosyodemografik ve klinik özellikler

Sosyodemografik özellikler	Erken başlangıç grubu (n=193)	Geç başlangıç grubu (n=54)	Df	Ki kare	P
Yaş (ort)	27.32	28.64	1		AD**
Medeni durum - bekar (sıklığı)	147 (%76.2)	38 (%70.4)	2	1.367	AD
Cinsiyet - kadın (sıklığı)	65 (% 33.7)	20 (% 37.0)	1	0.211	AD
Eğitim yılı (ort)	12.92	12.81	1		AD**
MDB başlangıç yaşı (ort)	17.94	21.89	1		0.000**
Geçmiş psikiyatrik tedavi (sıklığı)	97 (%50.3)	28 (%51.9)	1	0.043	AD
İlk başvuru yaşı (ort)	25.17	26.74	1		AD**
AD kullanım süresi (ort)	6.80	7.01	1		AD**
Yaşamboyu eşanı sayı ort.	1.49	1.33	1		AD**
Toplam depresif epizod sayısı ortalaması	4.63	3.68	1		0.035**
Suisid girişimi	13 (%6.7)	2 (%3.7)	1	0.680	AD
Mevsimsellik	59 (%30.6)	15 (%27.8)	2	2.337	AD
Atipik özellik	134 (%69.4)	25 (%46.3)	2	10.348	0.006
Kronisite	26 (%13.5)	5 (%9.3)	2	2.730	AD

AD: Anlamli değil. \*: Bağımsız t testi ile değerlendirilmiştir. \*\*: Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

yaşamboyu eşanı sayısı ortalaması ile erken ve geç başlangıç arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Hastalıkların BDI skor artması (B=-.035, odds oranı=.965, p=0.025), Leibowitz kaygı (B=-.041, odds oranı=.960, p<0.01), kaçınma (B=-.045, odds oranı=.956, p<0.01) ve toplam puanları (B=-.023, odds oranı=.977, p<0.001) artması, IGD başvuru anında (B=.045, odds oranı=1.046, p=0.019) ve geçen yıl (B=.056, odds oranı=1.057, p<0.01) ortalaması düşmesi erken başlangıç ile ilişkili bulunmuştur (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Çalışmamıza primer tanısı yaygın tip SAB olan ve son bir aydır psikotrop ilaç kullanmamış olan hastalar alınmıştır. Bu hastaların %78.1'inde SAB 18 yaşından önce başladığı bulunmuştur. Yaygın tip sosyal anksiyete bozukluğu genellikle görece erken başlangıçlı olduğundan (Stein ve Stein 2008, Kessler ve ark. 2010, Chavira ve ark. 2005a) ve hastalarımızın tamamının yaygın alt tip olduğun-

dan, erken başlangıç olgularının daha fazla sayıda olması olağandır.

Ayrıca epidemiyolojik çalışmalarda SAB'nin erken yaşlarda (çocukluk ve erken adolönsünlükte) başlayan bir bozukluk olduğu bildirilmiştir (Kessler ve ark. 2007, Weiller ve ark. 1996, Davidson ve ark. 1993, Schneier ve ark. 1992, Grant ve ark. 2005). Sonucumuz bu çalışmalarla da uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda erken başlangıç grubunun Leibowitz kaygı, kaçınma ve toplam puanları ortalamaları, geç başlangıç grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca erken başlangıç Leibowitz kaygı, kaçınma ve toplam puanları ortalamaları artması ile ilişkili bulunmuştur. Yani SAB erken başlangıç durumunda, SAB çekirdek belirtileri (sosyal kaygı ve kaçınma) etkilenmekte ve daha şiddetli hale gelmektedir. Aynı zamanda erken başlangıç, SAB semptom şiddetinin artması ile ilişkili yordayıcı olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda erken başlangıç SAB grubunun, geç başlangıçlı SAB grubuna göre ilk depresif epizod

**Tablo 2.** Ölçekler ve sonuçları

Ölçekler ( skor ortalaması)	Erken başlangıç grubu (n= 193)	Geç başlangıç grubu (n= 54)	Df	P
Leibowitz kaygı	69.90	63.37	245	0.002*
Leibowitz kaçınma	66.63	59.11	245	0.000*
Leibowitz toplam	136.43	122.48	245	0.001*
BDÖ	20.42	16.94	245	0.005*
IGD - başvuru anında	62.82	65.92	1	0.015**
IGD- geçen yıl	64.63	68.24	1	0.003**

\*: Bağımsız t testi ile değerlendirilmiştir.\*\*: Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

başlangıç yaşı daha düşük, toplam depresif epizod sayısı daha yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca erken başlangıç ile ilk depresif epizod yaşı düşmesi ilişkili bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda SAB varlığı sonradan gelişen MDB için yordayıcı olarak bulunmuştur (Weiller ve ark. 1996, Kessler ve ark. 1999, Stein ve ark. 2001, Bittner ve ark. 2004, Beesdo ve ark. 2007, Ohayon ve ark. 2010). Chavira ve ark. 2004 çalışmasında ise yaygın tip SAB, gençlerdeki MD ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Stein ve ark. 2001 çalışmasında SAB ve MDB eştanısı durumunda depresif bozukluğun daha malign seyrettiğini, daha sık ve daha uzamış depresif epizodların görüldüğü bildirilmiştir. Sonuçlarımız, bu çalışmalarla uyumlu olarak yorumlanmıştır. Diğer yönden bakıldığında MDB hastalarında yapılmış çalışmalar da mevcuttur. Erken başlangıçlı depresyon ile SAB varlığı ilişkili bulunmuştur (Parker ve ark. 1999). Anksiyete bozukluğu eştanısı olan MDB grubunun, eştanısız MDB grubuna göre depresif epizodlarının daha erken yaşta başladığı (Fava ve ark. 2000) ve erken başlangıçlı SAB sonraki major depresyonlar için risk faktörü olarak görülmesi (Schatzberg ve ark. 1998) bu çalışmalara örnek olarak verilebilir.

SAB, yetersiz sosyal fonksiyonların stresi, ikincil yaşam olayları (iş kaybı vb) ve demoralizasyon yoluyla MDB gelişimine nedensel katkıda bulunabilir (Belzer ve Schneier 2004). Tüm bu çalışmalar dikkate alındığında; sonuçlarımız SAB, MDB gelişimi ve rekürrensi için nedensel bir risk faktörü olabilir şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda erken başlangıç SAB grubunun, geç

başlangıçlı SAB grubuna göre depresyonda atipik özellik oranı daha yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca erken başlangıç ile depresyonda atipik özellik varlığı ilişkili bulunmuştur. Bu konu ile ilgili olarak, bildiğimiz kadarıyla şu ana kadar yapılmış olan, SAB hastalarında erken başlangıç durumu ile depresyonda atipikliği inceleyen bir çalışmaya rastlayamadık ancak atipik özellikli MD'nin SAB ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Perugi ve ark. 1998, Sullivan ve ark. 1998, Matza ve ark. 2003, Parker ve ark. 2002, Angst ve ark. 2002, Alpert ve ark. 1997, Posternak ve Zimmerman 2002). Diğer yönden bakıldığında SAB ile atipik depresyonla bağlantılı olabilir (Alpert ve ark. 1997). Tüm bu çalışmalar dikkate alındığında SAB, hastalık başlangıç yaşı ve depresyonda atipiklik ilişkisini daha kapsamlı inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır.

Erken başlangıç grubunun BDI skorları, geç başlangıç grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca erken başlangıç ile BDI puan ortalaması artması ilişkili bulunmuştur. Stein ve ark. (2001) çalışmasında SAB ve MDB eştanısı durumunda depresif bozukluğun daha malign seyrettiği ve epizod esnasında daha fazla depresif semptomun görüldüğü bildirilmiştir. Tüm bu çalışmalar dikkate alındığında, sonucumuz SAB varlığında MD epizodu şiddeti artması ile ilişkili olabilir şeklinde yorumlanmıştır.

Erken başlangıç grubunun IGD başvuru anında ve geçen yıl ortalaması, geç başlangıç grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Ayrıca erken başlangıç ile IGD başvuru anında ve geçen

**Tablo 3.** SAB hastalarında erken ve geç başlangıç yordayıcıları

	B	Df	p	Odds oranı	% 95,0 C. I.	
					En düşük	En Yüksek
İlk depresif epizod yaşı	,131	1	<0,001	1,140	1,067	1,219
Depresyonda atipiklik	,749	1	,041	2,114	1,033	4,328
LSAO kaygı	-,041	1	< 0,01	,960	,937	,983
LSAÖ kaçınma	-,045	1	<0,001	,956	,934	,976
LSAÖ toplam	-,023	1	<0,001	,977	,965	,990
BDI	-,035	1	,025	,965	,936	,996
IGD başvuru anında	,045	1	,019	1,046	1,007	1,085
IGD geçen yıl	,056	1	< 0,01	1,057	1,017	1,099

yıl ortalaması düşmesi ilişkili bulunmuştur (Çalışmamızda geçen yıl ki IGD skoru, başvuru anında geriye yönelik bilgilendirme ile değerlendirilmiştir). Bu konuda yapılan tek çalışmada, Mezenes ve ark. (2005) çalışmasında erken ve geç başlangıçlı gruplar arasında, başlangıç ve sonuç IGD skor ortalamaları açısından bir fark bulunmamıştır ancak SAB ile ilgili çalışmalarda, SAB işlevsellik kaybına yol açan ve yaşam kalitesini düşüren bir bozukluk olduğu bildirilmiştir (Davidson ve ark. 1993, Weiller ve ark. 1996, Schneier ve ark. 1994, Wittchen ve Beloch 1996, Wittchen ve ark. 2000, Stein ve Kean 2000, Katzelnick ve ark. 2001, Gültekin ve Dereboy 2011). Bu nedenle SAB'nin daha erken başlamasının, geç başlangıca göre daha fazla işlevsellik kaybına yol açabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Ayrıca mental bozuklukların erken başlaması, bazı hastalıklarda direnç gelişimi ve işlevsellikte bozulma ile ilişkili bulunmuştur (Hoehn- Saric ve ark. 1993, Giaconia ve ark. 1994). Bunun yanısıra SAB hastalarında hastalık başlangıç yaşı düşüklüğü ile tedavi başvurusunda daha fazla gecikme ilişkili (Wang ve ark. 2004, 2005, Borges ve ark. 2007, Fikretoglu ve ark. 2010) bulunmuştur. Bu gecikmeye ebeveynlerin psikiyatrik tedavilere bakış açılarının (Morrissey-Kane ve Prinz 1999, Janicke ve ark. 2001) ve erken başlangıçlı mental bozukluğu olan çocuklarda başa çıkma stratejilerinin gelişmesinin neden olabileceği ifade edilmiştir (Kessler ve ark. 1998, Wang ve ark. 2004, Borges ve

ark. 2007, Fikretoglu ve ark. 2010). Bir çalışmada sosyal psikik anksiyetesi olan adolesanlarda kullanılan en sık başa çıkma stratejileri olarak davranışsal kaçınma, izleyerek idare etme (appearance management), sosyal destek isteme, bilişsel kaçınma ve kabul etme bulunmuştur (Kowalski ve ark. 2006).

Bu nedenle SAB hastalarının erken yaşlarda yakalanması ve tedavi edilmesi önemlidir. Hastalığın ilerlemesi ile SAB şiddetinde artma, eştanı gelişimi, alkolizm, suisid davranışları ve işlevsellikte düşme gelişebilmektedir. Bunlara ek olarak eğitim başarısında düşme ve okulu bırakmaya neden olabilmektedir. Hastalığın erken başlamasının tedaviye başvuruda da gecikmeye yol açması nedeniyle, hastalığın erken yakalanmasına yönelik halkı ve öğrencileri bilgilendirme programları büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızın önemli kısıtlılıkları ise, hastaların yaşamboyu eştanı, IGD geçen yıl ve geçmiş depresif epizodlarının değerlendirilmesi, görüşme esnasında geriye dönük hatırlamaya dayanan anamnez bilgileridir. Ayrıca hastaların ileriye yönelik takipleri yapılamıştır ve bu nedenle hastaların izleme bulguları yoktur. Çalışmamızdaki gruplar, kontrol grubu ile karşılaştırması yapılmamıştır.

## SONUÇ

Çalışmamızda bulunan SAB hastalarının erken başlangıç yüksek oranda (%78.1) bulunmuştur.

SAB hastalarında erken başlangıç durumunda, SAB çekirdek belirtilerinin (sosyal anksiyete ve sosyal kaçınma) etkilendiği ve SAB semptom şiddetinin arttığı bulunmuştur.

SAB hastalarında erken başlangıç varlığında, depresyon yaşı da düşmektedir, komorbid MD epizodu şiddeti ve rekürrens sayısı ise artmaktadır. Ayrıca erken başlangıç varlığında işlevsellik düşmektedir. Bulgularımız SAB ile atipik depresyon arasındaki ilişkinin, erken başlangıç grubunda daha belirgin olduğunu göstermektedir.

Bunlara ek olarak, psikopatolojinin erken yaşlarda başlaması ile daha şiddetli bir klinik tablo ve işlevsellikte bozulma ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle SAB'nin erken yakalanması ve tedavi edilmesi için erken yakalama ve önleme programlarına ihtiyaç vardır. Bu konuyu kapsamlı değerlendiren yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yazışma adresi: Dr. Zerrin Binbay, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Küçükçekmece, İstanbul, zbinbay@yahoo.com

### KAYNAKLAR

- Acarturk C, De Graaf R, Van Straten ve ark. (2008) Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43:273-279.
- Alpert KE, Uebelacker LA, McLean NE ve ark. (1997) Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: co-occurrence and clinical implications. *Psychol Med*, 27:627-633.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Baskı, Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- Angst J, Gamma A, Sellaro R ve ark. (2002) Toward validation of atypical depression in the community: results of the zurich cohort study. *J Affect Disord*, 72:125-138.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.
- Beesdo K, Bittner A, Pine DS ve ark. (2007) Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Arch Gen Psychiatry*, 64:903-912.
- Beidel DC (1998) Social anxiety disorder: etiology and early clinical presentation. *J Clin Psychiatry*, 59(Suppl 17):27-32.
- Belzer K, Schneier FR (2004) Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment. *J Psychiatr Pract*, 10:296-306.
- Binbay Z, Koyuncu A (2012) Sosyal anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozuklukları birlikteliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4:1-13.
- Bittner A, Goodwin RD, Wittchen HU ve ark. (2004) What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *J Clin Psychiatry*, 65:618-626.
- Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME ve ark. (2007) Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health*, 97:1638-1643.
- Cairney J, McCabe L, Veldhuizen S ve ark. (2007) Epidemiology of social phobia in later life. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15:224-233.
- Chartier MJ, Walker JR, Stein MB (2003) Considering comorbidity in social phobia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38:728-734.
- Chavira DA, Stein MB, Bailey K ve ark. (2004) Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *J Affect Disord*, 80:163-171.
- Chavira DA, Stein MB (2005a) Childhood social anxiety disorder: from understanding to treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 14:797-818.
- Chavira DA, Stein MB, Bailey K ve ark. (2005b) Child anxiety in primary care: Prevalent but untreated. *Depress Anxiety*, 20:155-164.
- Cougle JR, Keough ME, Riccardi CJ ve ark. (2009) Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *J Psychiatr Res*, 43:825-829.
- Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon (SCID-I). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Davidson JRT, Huges DL, George LK (1993) The epidemiological of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med*, 23:709-718.
- Dilbaz N (2001) Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Geçerlik ve Güvenilirliği. (2001) 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, s.132.
- Dilbaz N (2000) Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(Ek 2):3-21.
- Dilbaz N, Güz H (2002) Sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyet farklılıkları Nöropsikiyatri Arşivi, 39:79-86.
- Fava M, Rankin MA, Wright EC ve ark. (2000) Anxiety disorders in major depression. *Compr Psychiatry*, 41:97-102.
- Fikretoglu D, Liu A, Pedlar D, Brunet A (2010) Patterns and predictors of treatment delay for mental disorders in a Nationally Representative, active canadian military sample. *Med Care*, 48:10-17.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I),



- Clinical Version. Washington DC and London, American Psychiatric Press.
- Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB ve ark. (1994) Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33:706-717.
- Gokalp PG, Tukul R, Solmaz D ve ark. (2001) Clinical features and co-morbidity of social phobics in Turkey. *Eur Psychiatry*, 16: 115-121.
- Grant BF, Hasin DS, Blanco C ve ark. (2005) The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*, 66:1351-1361.
- Gültekin BK, Dereboy İF (2011) Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Derg*, 22; 150-158.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7: 3-13.
- Hoehn-Saric R, Hazlett RL, McLeod DR (1993) Generalized anxiety disorder with early and late onset of anxiety symptoms. *Compr Psychiatry*, 34:291-298.
- Janicke DM, Finney JW, Riley AW (2001) Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. *Med Care*, 39:990-1001.
- Katzelnick DJ, Kobak KA, DeLeire T ve ark. (2001) Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *Am J Psychiatry*, 158: 1999-2007.
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S ve ark. (2007) Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, 20:359-364.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O ve ark. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62:593-768.
- Kesler RC, McGonagle KA, Zhao S ve ark. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 51:8-19.
- Kessler RC, Olfson M, Berglund PA (1998) Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*, 155:62-69.
- Kessler RC, Stang P, Wittchen HU ve ark. (1999) Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US national comorbidity survey. *Psychol Med*, 29:555-567.
- Kessler RC, Ruscio AM, Shear K ve ark. (2010) Epidemiology of anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci*, 2:21-35.
- Kılıç C (1997) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek ZT (Ed), Ankara, Aydoğdu Ofset, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Kowalski KC, Mack DE, Crocker PR ve ark. (2006) Coping with social physique anxiety in adolescence. *J Adolesc Health*, 39:9-16.
- Liebowitz MR (1987) Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*, 22:141-173.
- Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU ve ark. (1996) Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 53:159-168.
- McEvoy PM, Grove R, Slade T (2011) Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*, 45:957-967.
- Matza LS, Revicki DA, Davidson JR ve ark. (2003) Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences. *Arch Gen Psychiatry*, 141:288-289.
- Mannuzza S, Schneier FR, Chapman TF ve ark. (1995) Generalized social phobia: reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 52:230-237.
- Menezes GB, Fontenelle LF, Versiani M (2005) Early-onset social anxiety disorder in adults: clinical and therapeutic features. *Rev Bras Psiquiatr*, 27:32-36.
- Morrissey-Kane E, Prinz RJ (1999) Engagement in child and adolescent treatment: the role of parental cognitions and attributions. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2:183-198.
- Ohayon MM, Schatzberg AF (2010) Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *J Psychosom Res*, 68:235-243.
- Otto MW, Pollack MH, Maki KM ve ark. (2001) Childhood history of anxiety disorders among adults with social phobia: rates, correlates, and comparisons with patients with panic disorder. *Depress Anxiety*, 14:209-213.
- Parker G, Wilhelm K, Mitchell P ve ark. (1999) The influence of anxiety as a risk to early onset major depression. *J Affect Disord*, 52:11-17.
- Parker G, Roy K, Mitchell P ve ark. (2002) Atypical depression: a reappraisal. *Am J Psychiatry*, 159:1470-1479.
- Perugi G, Akiskal HS, Lattanzi L ve ark. (1998) The high prevalence of 'soft' bipolar (2) Features in atypical depression. *Comp Psychiatry*, 39:63-71.
- Pine DS, Cohen P, Gurley D ve ark. (1998) The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 55:56-64.
- Posternak MA, Zimmerman M (2002) Partial validation of the atypical features subtype of major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 59:70-76.
- Sareen J, Cox BJ, Afifi TO ve ark. (2005) Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry*, 62:1249-1257.
- Schatzberg AF, Samson JA, Rothschild AJ ve ark. (1998) McLean Hospital depression research facility: early-onset phobic disorders and adult-onset major depression. *Br J Psychiatry*, 34(Suppl):29-34.
- Schneier FR, Johnson J, Hornig CD ve ark. (1992) Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*, 49:283-288.
- Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R ve ark. (1994) Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry*, 55:322-331.

Solmaz D, Gökalp PG, Babaoğlu AN (1999) Sosyal fobide klinik özellikler ve eştanı. *Türk Psikiyatri Derg*, 10:207-214.

Stein MB, Fuetsch M, Müller N ve ark. (2001) Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 58:251-256.

Stein MB, Kean Y (2000) Disability and quality of life in social phobia. *Am J Psychiatry*, 157:1606-1613.

Stein MB (2006) An epidemiologic perspective on social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 67 (Suppl 12):3-8.

Stein MB, Stein DJ (2008) Social anxiety disorder. *Lancet*, 29:1115-1125.

Sullivan PF, Kessler RC, Kendler KS (1998) Latent class analysis of lifetime depressive symptoms in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 155:1398-1406.

Wang PS, Berglund P, Olfson M ve ark. (2004) Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Serv Res*, 39:393-415.

Wang PS, Berglund P, Olfson M ve ark. (2005) Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders

in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62:603-613.

Weiller E, Bisslerbe JC, Boyer P ve ark. (1996) Social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder. *Br J Psychiatry*, 168:169-174.

Wells JC, Tien AY, Garrison R ve ark. (1994) Risk factors for the incidence of social phobia as determined by the Diagnostic Interview Schedule in a population-based study. *Acta Psychiatr Scand*, 90:84-90.

Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC (1999) Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med*, 29:309-323.

Wittchen HU, Beloch E (1996) The impact of social phobia on quality of life. *Int Clin Psychopharmacol*, 11(Suppl 3):15-23.

Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med*, 28:109-126.

Wittchen HU, Fuetsch M, Sonntag H ve ark. (2000) Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *Eur Psychiatry*, 15:46-58.