

---

# Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı

Doç. Dr. Nesrin DİLBAZ\*

Sosyal anksiyete bozukluğu, ilk kez 1966'da Marks ve Gelder tarafından tanımlanmasına karşın ayrı bir klinik antite olarak DSM-III'te yer almıştır (APA 1980). Tanı için gerekli olan temel özellik başkalarınınca değerlendirileceği birden çok durumdan sürekli korkma, aşığılanacağı, utanç duyacağı ya da rezil olacağı biçimde davranabileceğinden korkma durumu olarak tanımlanmıştır. Sosyal anksiyete bozukluğu olan insanlar sosyal ortamlarda veya performans gerektiren durumlarda olumsuz değerlendirilip aşığılanacağı konusunda aşırı bir korku duyarlar. Bu korku duyulan ortamlarda aşırı düzeyde kendilerinin farkında olma ve kendilerini eleştirme eğilimleri olan bu kişilerde kızarma, çarpıntı, terleme ve titreme gibi fiziksel belirtiler meydana gelir.

## KLİNİK GÖRÜNÜM

Tanı alan sosyal anksiyete bozukluğunun birçok şekli vardır. En sık görüleni toplum önünde konuşma veya hazır bir raporu sunmadır. "Listeler Kitabı"na göre toplum önünde konuşma Amerikan toplumunun en büyük korkusudur. Ölüm korkusunun altıncı sırada olması insanların toplum önünde konuşma korkusunun onlar için ne kadar önemli olduğu, toplum önünde konuşmaktansa ölmeyi yeğledikleri tarzında yorumlanabilir. Bu tür sosyal kaygısı olan kişiler çok yoğun endişe ve sıkıntı yaşarlar ve düşüncelerini ifade edecek kelimeleri bile bulmakta zorlanırlar. Bu zorluk

sonucu utanç ve aşığılanma hissederler. Bazıları ise kızaracakları veya insanların fark edeceği biçimde ellerinin titreyeceği ve bunun sonucu yine utanacaklarından korkarlar. Diğerleri de terleyeceklerinden ve hatta alınlarında boncuk boncuk ter olacağından veya giysilerinin terden ıslanacağından huzursuzluk duyarlar. Bu belirtilerden herhangi biri karşısındaki kişilerce fark edildiğinde kaygıları işlevselliklerini bozacak düzeye dek artar.

Diğer bir sosyal fobi de başkaları ile birlikte yemek yemidir. Kızarma ve terleme dışında bu kişilerin en büyük korkusu ellerinin titreme olasılığıdır. Yiyeceęi tabaklarından alıp ağızlarına götürürken elleri titrer ve üzerlerine dökerlerse bu durum belirgin hale gelir ve kişinin utanmasına ve kendini aşığılanmış gibi hissetmesine yol açar.

Başkalarının yanında yazı yazmaktan kaygı duyanlar ise herhangi bir durumda imza bile atmaktan kaçınırlar. Genel tuvaletleri kullanma da bir kısım insanlar için sosyal kaygı uyandıracak alanlardır. Erkekler pisuarın önünde idrar sifinkterlerinin aniden kapandığını hissettiklerini ve uzunca bir süre başkaları beklerken idrar yapmak için beklemenin kendilerini çok kaygılandırıldığını bildirmektedirler. Bizim ülkemizde yaptığımız çalışmada ise bu konuda kaygı duyma oranı %1 gibi çok düşük idi (Dilbaz yayında). Bu büyük bir olasılıkla çocukluğundan bu yana rahatlıkla dışarıda herhangi bir yere idrarını yapmaya alışık olmamızla ilgili olabilir düşüncesindeyiz. Genel tuva-

---

\* Ankara Numune Hastanesi Psikiyatri Klinięi, ANKARA

letleri, idrar sesinin duyulabileceği endişesi ile kullanmaktan kaçınan kadınlar da çok zorunlu olup da tuvalete girdiklerinde suyu açtıklarını, böylece idrar sesini duyulmaz hale getirdiklerini bildirmektedirler.

Sosyal anksiyete bozukluğunda ortak olan tema, sosyal durumlarda kötü performans gösterme korkusudur. Utanma veya rezil olma konusunda kaygı duyduğunda hastalar sıklıkla fizyolojik belirtilerden yakınır. Sosyal bir ortama girdiklerinde sıklıkla kalp çarpıntısı, terleme, kızarma ve el titremesi meydana gelir. Kendi belirtilerini ve sosyal kaygılarını gerçekte olduğundan daha abartılı yaşarlar ve genelde red edilmeye karşı aşırı duyarlıdır. Depresyonları arttıkça bu duyarlılıkları da artış gösterir. Başkalarının düşünceleri konusuna yoğunlaştıkları için sıklıkla onların görüşlerini ya yanlış yorumlar veya abartırlar. Birçok insana göre olumsuz algılanma korkuları daha şiddetlidir. Genellikle bu kişilerin benlik saygısı düşüktür çünkü aşırı kaygıları veya kendi uygunsuz davranışları ve bunların yaşamları üzerindeki etkisi konusunda içgörüleridir.

#### TANI VE SINIFLANDIRMA

DSM-II'de (1968) tüm fobik bozukluklar "fobik nörozlar" başlığı altında toplanmışken DSM-III'de (APA 1980) agorafobi (panik ataklı veya panik ataksız), sosyal fobi ve basit fobi gibi alt gruplar tanımlanmıştır. DSM-III tanı ölçütlerine göre sosyal fobi "başkaları tarafından değerlendirileceği durumdan sürekli ve gerçeğe uygun olmayan bir korku duyma ve bu durumdan kaçınma; utanç duyacağı ya da rezil olacağı biçimde davranabileceğinden korkma" olarak tanımlanmıştır. Sosyal durumlarda daha genel korku duyan kişilere ise potansiyel red edilmeye karşı oluşan aşırı duyarlılık ve sosyal kabul görme arzusunun karşı sosyal geri çekilme, düşük kendilik saygısı ve kabul göreceğinden emin olmadıkça ilişkiye girmekten kaçınma olarak tanımlanan "kaçınan kişilik bozukluğu" tanısı koymak DSM-III'de yeğlenen bir durumdur. DSM-III-R'de (APA 1987) sosyal fobi "başkaları tarafından değerlendirileceği bir veya birden çok durumdan sürekli ve gerçeğe uygun olmayan korku duyma ve bu durumdan kaçınma, utanç duyacağı rezil olacağı biçimde davranacağından korkma" olarak tanımlanmıştır.

Başlangıçta daha genel sosyal durumlardan kaçınan bireylere kaçınan kişilik bozukluğu tanısı konup sosyal anksiyete bozukluğu tanısının dışında tutma eğilimi mevcut iken son yıllarda sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin bir çoğunun çok çeşitli

sosyal durumlarda kaygı ve kaçınma davranışı sergiledikleri gözlemlenmiştir. Buna göre DSM-III-R'ye yaygın tip sosyal anksiyete bozukluğu tanısı eklenmiş ve kaçınan kişilik bozukluğunu dışlayan ölçütler çıkarılmıştır. DSM-IV'de (1994) belirlenen tanı ölçütleri de DSM III-R'den farklılıklar göstermektedir ve tanı ölçütleri daha netleşmiştir (Tablo 1). DSM-IV'te bireyin belirgin anksiyete belirtileri göstermesinden korkması koşulu eklenmiştir. Buna göre terleme gibi anksiyete belirtileri, başkaları tarafından fark edileceğinden utanacağı korkusu gibi diğer ölçütleri de karşılıyorsa sosyal anksiyete bozukluğu tanısı için yeterlidir. Çok yoğun sıkıntı yaratan bu durumla yüz yüze gelmekten ya kaçınırlar veya çok büyük bir sıkıntı ile bu duruma katlanabilirler. Korkulan toplumsal durumlar veya performans gösterilerinden kaçınma, kaygılı beklenti veya sıkıntının kişinin olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini (ya da eğitim ile ilgili olan), toplumsal etkinliklerini veya ilişkilerini bozması tanı için gerekli olan anahtar özelliktir (Hazen ve Stein 1995).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan ICD-9'da DSM-II'ye benzer şekilde yalnızca fobik sendrom mevcut iken, sosyal fobi tanısına ICD-10'da (WHO 1992) yer verilmiştir. ICD-10 ve DSM-IV tanı ölçütleri sosyal fobi söz konusu olduğunda birbirine benzemektedir.

Sosyal anksiyete bozukluğunun alt tiplerinin sınıflandırılma konusu halen tartışmalıdır. DSM-IV'te çoğu toplumsal durumları içeren korkunun "yaygın tip" olarak adlandırılması, yaygın tip olmayan kişilerin ayrı bir alt grup kapsamında değerlendirilmeleri gereksimini ortaya çıkarmaktadır. DSM-IV komitesi performans tipi, sınırlı etkileşimsel tip ve yaygın tip olmak üzere 3 ayrı alt tipi ayırtıran yeni bir sistemin oluşturulmasını önermiştir. Performans tipi, kişinin yalnızken yaptığında anksiyeteye yol açmayan bir veya daha fazla etkinlik nedeniyle toplumsal performans yaşama kaygısı olarak tanımlanmıştır. Sınırlı etkileşimsel alt tipi ise bir veya iki etkileşime yol açan sosyal durumlarda korku duyan olguları içermektedir. Ayrıca DSM-IV'te belirtilen yaygın tip tanımında sözü geçen "çoğu sosyal durumlar"ın anlamının işleme yönelik bir biçimde tanımlanmamış olması tartışmalara yol açmaktadır.

Bazı araştırmacılara göre ise yaygın ve yaygın olmayan olmak üzere iki ayrı tipden söz edilmektedir (Kessler ve ark. 1998). Yaygın tip olan hastalar sosyal durumların büyük bir çoğunluğunda korku ve kaygı yaşarlar (hem performans hem de etkileşim durumlarında) ve

**Tablo 1. Sosyal anksiyete bozukluğunun DSM-IV'e göre tanı ölçütleri (APA 1994)**

A. Sosyal ortamlarda ya da performans gerektiren durumlarda veya tanımadık insanlar önünde ortaya çıkan belirgin ve inatçı korku. Kişi burada aşağılanmasına veya utanmasına neden olabilecek biçimde davranacağından ya da anksiyete belirtileri göstereceğinden korkar.

Not: Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete yalnızca erişkinlerle olan ilişkilerle değil, akrabaları ile olan ilişkilerle de ortaya çıkmalıdır.

B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur. Bu duruma bağlı veya durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağı biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete ağlama, huysuzluk yapma, donakalma veya tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurulabilir.

Kişi, korkusunun aşırı veya anlamsız olduğunu bilir. Not: Çocuklarda bu özellik olmayabilir.

Korkulan toplumsal veya performans durumlarından kaçınır veya yoğun anksiyete veya sıkıntı ile katlanılabilir.

Korkulan toplumsal veya performans durumlarından kaçınma, kaygılı beklenti veya sıkıntının kişinin olağan günlük

işlerini, mesleki işlevselliğini (ya da eğitim ile ilgili olan), toplumsal etkinliklerini veya ilişkilerini bozar veya kaygı bozukluğu olacağına dair yoğun bir sıkıntı vardır. 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

Korku veya kaçınma bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi amaçlı kullanılabilen bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine veya genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental hastalık ile daha iyi açıklanamaz (örneğin, agarokaygı bozukluğu ile birlikte olan veya olmayan panik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu vücut dismorfik bozukluğu, yaygın bir gelişimsel bozukluk ya da şizotipal kişilik bozukluğu).

Genel bir tıbbi durum veya başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir. Örneğin kekemelik, parkinson hastalığındaki titreme veya anoreksia nervosa ya da bulimia nervosadaki anormal yeme davranışına ait korku değildir.

Varsa belirtiniz: Yaygın korkular çoğu toplumsal durumları kapsıyorsa (örneğin söyleşileri başlatma ya da sürdürme, küçük topluluklara katılma, karşı cins ile çıkma, üstleri ile konuşma, partilere gitme). Not: Çekingen kişilik bozukluğu ek tanısını koymayı da düşününüz.

hastaların %70-80'inde, kaçınan kişilik bozukluğu da birlikte mevcuttur. Yaygın olmayan tipte ise hastalar genellikle performans ile ilintili (toplum önünde konuşma, yazı yazma gibi) bir iki durumda korku ve kaygı yaşarlar.

### PREVALANS VE EPİDEMİYOLOJİ

DSM-III'ün 1980'de yayınlanmasından önce yapılan epidemiyolojik çalışmalarda anksiyete bozuklukları, anksiyete nevrozları başlığı altında toplanmıştır. Marks ve Lader (1973) 1943-1966 yılları arasında yapılmış olan 5 toplum taraması sonuçlarını gözden geçirdiğinde anksiyete durumlarının prevalansının %2.0-4.7 arasında olduğunu saptamışlardır. Tanımları belirli (araştırma tanı ölçütleri-RDC) olarak yapılan ilk çalışma örneğinde (Weissman ve ark. 1988) herhangi bir anksiyete bozukluğunun prevalansı %4.3, herhangi bir fobik bozukluğun ise %1.4 olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada sosyal fobi gibi özgül fobiler için ayrı veriler bildirilmemiştir.

Sosyal fobinin epidemiyolojisi ile ilgili en detaylı veriler Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılan Epidemiyolojik Alan Taraması (ECA) sonucu elde edilmiştir (Regier ve ark. 1984). Buna göre Tanısal Görüşme Çizelgesi ile yapılan taramada 6 ayrı

bölgede, Baltimore, St. Luis, Durham, Los Angeles, Edmonton Kanada ve Christchurch Yeni Zelanda'da sırasıyla yaşam boyu prevalans %3.1, %1.9, %3.2, %1.8, %1.7 ve %3.0 olarak bulunmuştur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1994'de sonuçları yayınlanan ulusal komorbidite araştırmasına göre ise sosyal anksiyete bozukluğunun yaşam boyu prevalans hızı 13.3 olarak saptanmıştır (Kessler ve ark. 1994). Bir çok çalışmanın sonuçlarının da buna yakın olması sonucunda major depresif hastalık ve alkol ile ilintili hastalıklardan sonra sosyal anksiyete bozukluğunun en sık rastlanan ruhsal hastalık olduğu sonucuna varılmıştır (Stein ve ark. 1994, Wacker ve ark. 1992).

Sosyal anksiyete bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. 25 yaştan sonra başlaması çok nadirdir. Başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra 30 yaşları civarında olmaktadır (Schneier ve ark. 1992, Davidson ve ark. 1993). Bu gecikme; sosyal anksiyete bozukluğunun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanmaktadır.

Alan çalışmaları sonuçlarına göre genel olarak sosyal anksiyete bozukluğu kadınlarda, genç ve bekar olanlarda, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlarda daha sık ortaya çıkmaktadır. Alan çalışmalarında sosyal anksiyete bozukluğu kadınlarda daha sık görülürken (%62.7-%70) (Schneier ve ark. 1992, Kessler ve ark. 1994, Stein ve ark. 1994) yapılan klinik çalışmalarda erkek oranının daha yüksek olması kadınların daha fazla sosyal kaygı bildirirken bu konuda tedavi arayışının erkeklerde daha yüksek olması ile açıklanmaktadır. Bizim kliniğimizde yaptığımız çalışmada da benzer biçimde tedavi için başvuranların %65'inin erkek olduğu belirlendi (Dilbaz baskıda). Bu oran sırasıyla obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunda %18, %68.3 ve %20 idi.

Epidemiyolojik verilere göre sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alanlarda evli olmama oranı hem kontrollerden hem de agorafobisi veya basit kaygı bozukluğu olan hastalardan daha fazladır. Bizim çalışmamızda da bekar oranı diğer kaygı bozukluğu tanısı alan gruplarla kıyaslandığında anlamlı biçimde sosyal kaygı grubunda daha yüksek idi (sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunda sırasıyla %63.8, %35, %11 ve %27). Sosyal anksiyete bozukluğu olanların sosyo-ekonomik ve eğitim durumlarının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalara karşın kontrol grubu ile bir farklılık bulunmadığı yönünde sonuçlar da mevcuttur. Yaygın sosyal anksiyete bozukluğu olanların ise hem eğitim düzeyleri hem de meslek sahibi olma oranları daha düşüktür. Magee ve arkadaşları (1996) da yaptıkları çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda diğer kaygı bozukluğu olanlara göre algılanan sosyal ve mesleki bozulma derecesinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bizim çalışmamızda işsiz oranı (%18) da hem kontrol grubu hem de obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış gruplarla kıyaslandığında sosyal anksiyete bozukluğu olan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek idi. Eğitim düzeyleri diğer gruplardan daha yüksek düzeyde olmasına karşın işsiz oranının yüksek olması hastalığın ne denli yeti kaybı oluşturduğuna ait çarpıcı bir sonuç olarak düşünülebilir.

### GENETİK

Sosyal anksiyete bozukluğunun etiyojisinde genetik etmenlerin rolünü araştırmak amacıyla yapılan aile

çalışmaları ve ikiz çalışmalarının sonuçları tüm olgularda genetik etmenlerin orta düzeyde katkısı olduğunu desteklemektedir. Monozigot ikizlerde konkordans hızı %24.4, dizigotik ikizlerde ise %15.3 bulunmuştur ve sosyal anksiyete bozukluğunun kalıtsal geçiş indeksinin %30 civarında olduğu öne sürülmüştür (Kendler ve ark. 1992). Sosyal korkularla ilgili olarak yapılan çalışmalarda ise geçiş ile ilgili sonuçlar %50 (Torgersen 1983) ile %22 (Philips ve ark. 1987) arasındadır. Göreceli sosyal anksiyete bozukluğu riskinin artmış olması kuşaklar arası geçişle ilgili kanıtlar oluşturmaktadır.

Sosyal anksiyete bozukluğu olanların akrabalarında sosyal anksiyete bozukluğu sıklığının (%15), kontrol grubunun 2.5 katı olduğu bildirilen tek çalışmada gösterilen ailesel geçişin kabul edilmesi için başka çalışmalarla sonucun tekrar edilmesi gerekmektedir (Fyer ve ark. 1993). Manuzza ve arkadaşları (1995), yaygın olan ve olmayan sosyal anksiyete bozukluğunun aile geçişini araştırdıkları çalışmalarında yaygın sosyal kaygısı olanların akrabalarında sosyal anksiyete bozukluğu olma oranını (%16), yaygın olmayan (%6) anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır.

Kagan ve arkadaşları (1987) araştırdıkları yenidoğanların yaklaşık %10-15'inin bu dönemde huzursuz, okul öncesi dönemde akranlarına kıyasla daha korkak ve okul yaşlarında ise daha dikkatli ve içe dönük olduğunu bildirmiştir. Bu ketlenmiş çocukların amigdala ve hipotalamuslarında doğuştan varolan düşük uyarılma eşliğinin kendini sempatik aktivasyonun artışı ile gösterdiği öne sürülmüştür (Kagan ve ark. 1988). Bu bulgular ışığında yenidoğan döneminde çocuklarda "davranışsal ketlenme"nin olması ileri gelişim dönemlerinde patolojik kaygı geliştirme açısından bir risk olduğu ve kaygı bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında kontrol grubuna göre davranışsal ketlenme prevalansının daha yüksek bulunduğu gözlemlenmiştir (Rosenbaum ve ark. 1991a,b). Sonuç olarak utangaçlığın hem çevresel hem de belli ölçüde kalıtsal etmenler tarafından belirlendiği söylenir. Sosyal anksiyete bozukluğunda kalıtımın rolünün orta düzeyde (%30) olması nedeniyle bağlantı "linkage" çalışmaları yapılmamıştır.

### KOMORBİDİTE

1992 yılında Epidemiyolojik Alan Taraması (ECA) sonuçlarına göre sosyal fobi tanısı alan hastaların yalnızca %29'unda yaşam boyu başka bir hastalık saptanamamıştır. Ulusal Komorbidite Araştırmasında

(NCS) ise saf sosyal fobi oranı %19 olarak belirlenmiştir (Magee ve ark. 1996).

Sosyal anksiyete bozukluğuna (özellikle yaygın tipe) ikincil gelişen psikiyatrik hastalık sıklığı yüksektir (Lepine ve Pelissolo 1996). Çoğu olgularda (%77) sosyal anksiyete bozukluğu diğer psikiyatrik bozukluktan önce gelişir (Schneier ve ark. 1992). Diğer kaygı bozuklukları, major depresyon ve ilaç ve alkol kötüye kullanımı riskinde artış mevcuttur (Lepine ve Lellouch 1995, Merinkangas ve Angst 1995, Weiller ve ark. 1996). Yaşam boyu komorbidite için "uyarlanmış odds oranları" (adjusted odds ratio) (OR) hesaplanmıştır. OR, belirgin bir özelliği olan bir bireyde bu özelliği olmayanlarla kıyaslandığında belirgin bir hastalık olma olasılığını bildirir. ECA sonuçlarına göre sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda en yüksek yaşam boyu prevalansı olan hastalıklar basit kaygı bozukluğu (%59; OR 9.17), agorafobi (%45; OR 11.81), alkol kötüye kullanımı (%19; OR 2.2), major depresyon (%17; OR 4.41), ilaç kötüye kullanımı (%13; OR 2.85), distimi (%12.5; OR 4.3), obsesif kompulsif bozukluk (%11.1; OR 4.36), bipolar bozukluk (%4.7; OR 4.09), panik bozukluk (%4.7; OR 3.24) ve somatizasyon bozukluğudur (%1.9; OR 8.02). Amerika'da yapılmış olan Ulusal Komorbidite çalışmasında ise major depresyon, distimi ve bipolar bozukluk için OR sırasıyla 2.9, 2.7 ve 5.9 olarak bulunmuştur (Kessler ve ark. 1999). Kessler ve arkadaşlarının çalışmasına göre sosyal korkuların sayısı arttıkça OR oranı da artış göstermektedir. Komorbidite gösteren olguların büyük çoğunluğunda sosyal fobinin başlangıç yaşı duygudurum bozukluklarından daha erkendir. %10-15 olguda birincil sosyal fobi, bir duygudurum bozukluğunun habercisidir.

**Diğer kaygı bozuklukları:** Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların yaklaşık %50'sinin yükseklik korkusu gibi basit kaygı bozukluğu yakınmaları olduğu tahmin edilmektedir. Lecrubier ve Weiller (1997) en yüksek komorbidite ilişkisinin (10.4 misli) agorafobi ile olduğunu bildirmiştir; ama bunun çok hassas değerlendirmemenin bir sonucu olabileceğini savunular da vardır.

**Alkol ve madde kötüye kullanımı:** Alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı sıklıkla sosyal anksiyete bozukluğuna eşlik eder (Davidson ve ark. 1993). Schuckit ve arkadaşları (1997) alkol bağımlılığı ile sosyal anksiyete bozukluğu arasında yakın ilişki olduğunu bildirmiştir. Alkoliklerde yaşam boyu sosyal anksiyete bo-

zukluğu görülme sıklığı alkolik olmayanların yaklaşık iki mislidir. Sosyal anksiyete bozukluğu %75 eş zamanlı ruhsal hastalıktan önce gelirken alkol bağımlılığından önce meydana gelme oranı ise %85'tir. Yapılan 5 ayrı çalışmada yatan alkolik hastalarda sosyal anksiyete bozukluğu hızı %8-56 olarak bildirilmiştir (Bowen ve ark. 1984, Chambles ve ark. 1987, Mullaney ve Trippett 1979, Smail ve ark. 1984, Stravynski ve ark. 1986). Bu genel popülasyonda DSM-III-R tanı ölçütlerine göre tanımlanan sosyal anksiyete bozukluğu prevalansından anlamlı olarak daha yüksektir. Tersine yapılan 3 ayrı çalışmada da sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda yüksek alkolizm hızı olduğu saptanmıştır (%16-36) (Amies ve ark. 1983, Schneier ve ark. 1989, Thyer ve ark. 1986). Genel popülasyonda kadınlarda alkolizm prevalansının erkeklerden çok daha düşük olması (Schuckit 1986) bu hastalarda alkol kullanımının; alkoliklerde de sosyal anksiyete bozukluğu belirtilerinin çok iyi araştırılması gerekliliğini vurgulamaktadır.

**Depresyon ve distimi:** Sosyal anksiyete bozukluğuna sıklıkla depresif belirtiler eşlik etmesine karşın distimi tanı ölçütlerini karşılayan hasta oranı (%12.5) (Schneier ve ark. 1992) çok yüksek değildir. Major depresyon genellikle hastalıktan sonra meydana gelir ve sosyal anksiyete bozukluğuna ikincil olarak geliştiği kabul edilir. (Sanderson ve ark. 1994). Sosyal anksiyete bozukluğu olanların yaklaşık %20'sinde major depresyon da mevcuttur. Ulusal komorbidite çalışmasına göre sosyal anksiyete bozukluğu olmayanlara göre olanlarda major depresif bozukluk gelişme riski 4 kez, panik bozukluk gelişme riski ise 9 kez daha fazladır (Stein ve ark. 1994). İntihar girişimi veya tamamlanmış intihar riski de ikincil hastalık geliştikçe artış gösterir. Eşzamanlı hastalık olmayan sosyal anksiyete bozukluğunda yaşam boyu intihar hızı %1.0 iken eş zamanlı bir psikiyatrik hastalığın varlığında bu hız %15.7'e dek artar (Schneier ve ark. 1992).

**Çekingen kişilik bozukluğu:** Birçok araştırmacı bu iki tanının birbirinin devamı olduğu ve aradaki farkın kalitatif değil kantitatif olduğunu bildirmektedir. II. eksen tanısı hastalığın daha şiddetli olduğunun bir habercisidir. Eş zamanlı çekingen kişilik bozukluğu olan sosyal kaygı bozukluklu hastalarda endişe düzeyi çok daha şiddetli, yeti kaybı daha fazla ve tek başına sosyal anksiyete bozukluğu olanlara göre eş zamanlı hastalık riski daha yüksektir (Herbert ve ark. 1992, Holt ve ark. 1992). Alpert ve arkadaşları (1997) da bu sonuca benzer biçimde depresif hastalarda

sosyal anksiyete bozukluğu ile eş zamanlı olarak çekingen kişilik bozukluğu olanlarda atipik depresyon hızının daha yüksek olduğunu, depresyonun daha erken başladığını ve eş zamanlı hastalık tanısının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

### KLİNİK GİDİŞ, YETİ KAYBI VE PROGNOZ

Sosyal anksiyete bozukluğu genellikle çocukluk dönemi gibi çok erken bir yaşta başlar ve ergenlikte tepe noktasına ulaşır. Bu dönem genç insanların üretken dönemde yaşama tam anlamıyla katılmalarını sağlayacak sosyal becerileri geliştirdikleri dönemdir. Sosyal anksiyete bozukluğu ise kişinin eğitimini engeller, okul başarısını düşürür ve hatta eğitim düzeylerinin düşük kalmasına yol açar (Weiller 1996). Klinik deneyimler sosyal anksiyete bozukluğunun belirli oranda işlev kaybı ile ilintili olduğunu göstermektedir (Wittchen ve Beloch 1996). Turner ve arkadaşları (1986) yaptıkları çalışmada olguların %92'sinin meslek işlevlerinde, %85'inin akademik performanslarında, %70'inin ise sosyal ilişkilerinde bozukluk olduğunu bildirmişlerdir. Biz de çalışmamızda (Dilbaz ve ark. yayında), Sheehan yeti kaybı ölçeği ile sosyal fobi tanısı alan hastaların iş, sosyal yaşam ve aile yaşamındaki yeti kaybının kontrollerden anlamlı olarak daha fazla olduğunu (sırasıyla ortalamaları 6., 7.4, 5.5) belirledik. Yaygın kaygı bozukluk tanısı alan hastalara kıyasla sosyal yaşamlarındaki, panik bozukluklu hastalara kıyasla iş ve sosyal yaşamlarındaki yeti kaybı daha belirgin idi. Belirtilerin şiddeti ile yeti kaybı ilişkili bulundu. Belirti şiddeti arttıkça yeti kaybı da artış göstermekteydi.

Sosyal anksiyete bozukluğu olanlar için yaşamın çok zor olması nedeniyle bu kişiler çok sayıda zararlı baş etme yöntemleri geliştirirler. Yüksek oranda alkol ve ilaç kötüye kullanımı mevcut olması hastanın işteki performansını bozar, işe gitmediği gün sayısı artar ve hatta işsizlik sorunu olabilir (Schuckit ve ark. 1997). Alkoliklerde alkolik olmayanlara göre yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğu geliştirme hızı iki misli daha fazladır.

Sosyal anksiyete bozukluğu gerçek bir yeti kaybına neden olur. Sosyal anksiyete bozukluğunun prognozu eşzamanlı bir hastalığın varlığından büyük ölçüde olumsuz olarak etkilenir (Montgomery 1996). Sosyal fobi dahil birçok anksiyete bozukluğu üzerine yapılan çalışmada hastaların sosyal uyumları değerlendirilirken yaşam kalitesi üzerinde durulmamıştır. Sosyal uyum çalışmaları panik bozukluğun sosyal fobiden

daha fazla yeti kaybına yol açtığını bildirmesine karşın, subjektif iyi-olma veya doyum sağlamayı değerlendiren yaşam kalitesini belirleyen Zürich çalışmasında sosyal fobisi olan insanların arkadaş, eş ve çocukluk anıları anlamında diğer kaygı bozukluğu veya duygudurum bozukluğu olan hastalardan daha az iyi oldukları saptanmıştır (Bech ve Angst 1996). Normal popülasyona göre yaşam kalitesinin azaldığını ve sağlık durumunun bozulduğunu bildiren hasta sayısı fazladır (Davidson 1993).

DSM-III-R tanı ölçütlerine göre sosyal fobi tanısı almış 1116 bireyde sosyal fobinin iyileşme belirteçleri araştırılmıştır. Bu çalışmaya göre olguların %50'sinin hastalığı iyileşmiştir. Çocukluk çağı sosyal özellikler (bir veya hiç kardeş olmaması, çocukluğun küçük bir kasabada geçmiş olması), hastalığın özellikleri (7 yaşından sonra başlaması, 3 den az hastalık belirtisi olması), komorbid bir sağlık problemi veya ruhsal hastalık olmaması (kronik sağlık sorunları, major depresyon), kronik sağlık sorunlarının veya major depresyonun hastalığın başlangıcından önce var olması gibi etmenlerin hastalığın iyileşmesinin göstergesi olabileceği bildirilmiştir (DeWitt ve ark. 1999).

### SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANISI VE DEĞERLENDİRİLMESİ (Cox ve Swinson 1995, Antony 1997, Griest ve ark. 1995)

Sosyal anksiyete bozukluğu üç ana bileşke ile değerlendirilmektedir:

1. Klinik görüşme,
2. Kişinin kendi değerlendirmesi (soru formu, günlük),
3. Davranış değerlendirmesi.

Klinisyenin birçok fobik hasta için klinik görüşmenin bile kendi başına fobik uyaran olduğunu göz önüne alması gerekmektedir. Benzer biçimde hastanın kendisinin yanıtlaması gereken soru formlarını da başkalarının yanında yazmalarının zor olacağı unutulmamalıdır. Görüşme sırasında gözlenen kaygı belirtileri hastanın genelde nasıl görüldüğünden çok görüşme ortamı ile ilgilidir.

### Klinik Görüşme

Klinik görüşme ile hastalığın etiyolojisi ve klinik gidişi ile ilgili bilgi edinilir. Ayrıca ayırıcı tanı yapılarak etkili olabilecek tedavi planı da bu görüşme sonunda kararlaştırılır. Değerlendirme sırasında klinisyen korku, kaygı duyulan ve kaçınılan durumları belirlemelidir. Kızarmayı gizlemek için dik yakalı kazak giyme, loş

ışıklı restoranları yeğleme, "güvenli" olduğu düşünülen kişilerle konuşma (kendinden daha düşük seviyede olduğu düşünülen veya olumsuz yargılama yapmayacağı düşünülen kişiler) veya kendini rahat hissetmek için içki içme gibi gizli kaçınma davranışlarını göz ardı etmemek gerekir.

Klinisyen hastanın değerlendirmelerini, inançlarını ve sosyal durumlarla ilgili yorumlamalarını sorgulamalıdır. Kaygılar sıklıkla başkaları tarafından beğenilmeme olasılığı ve çekici olmama düşüncesi ile ilgilidir. Kaygının fiziksel belirtileri de değerlendirilmelidir.

Uygun tedaviye karar verebilmek için hastaya daha önce uygulanan tedaviye ve sonuçlarına, komorbiditeye, psikolojik tedaviye uygunluğuna ve olası sosyal beceri eksikliklerine de dikkat etmek gerekir.

Klinisyenler genelde yapılandırılmamış klinik görüşme sonuçlarından yararlanırlar. Ayırıcı tanıyı kesin yapabilmek için yapılandırılmış tanı görüşmeleri değerlendirme süreci kapsamına alınmalıdır. DSM-IV anksiyete bozuklukları görüşme ölçeği ve DSM-IV yapılandırılmış klinik görüşme bu amaçla en sık kullanılan araçlardır.

### Belirti Değerlendirme Ölçekleri

#### Klinisyen tarafından değerlendirilen:

**Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAS):** Liebowitz'in 1987'de geliştirdiği ölçek, 13 performans ve 11 sosyal etkileşim durumunu içeren 24 maddeden oluşmuştur. LSAS sosyal fobi için geçerliliği ve güvenilirliği olan ve tedavi için duyarlı bir ölçektir (Heimberg ve ark. 1999). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları (baskıda) tarafından yapılmıştır ( $r=0.98$ ).

**Kısa Sosyal Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (BSPS):** Davidson ve arkadaşları tarafından 1991'de geliştirilen ölçek, gözlemci tarafından belirtilerin şiddetinin, zaman içinde tedaviye bağlı gelişen değişikliklerin, aktif ve aktif olmayan tedavi farklılıklarının değerlendirildiği 11 maddeden oluşmuştur.

#### Hasta tarafından yanıtlanan:

**Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Anksiyete Ölçeği (SPAI):** 1989'da Turner ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin 32 maddesi sosyal anksiyete bozukluğu ve 13 maddesi agorafobi ile ilgili 45 maddeden oluşmuştur.

**Korku Soru Formu:** Marks ve Mathews tarafından 1979'da geliştirilen form, agorafobi, sosyal anksiyete

bozukluğu ve kan, yaralanma fobisi olmak üzere toplam 15 madde ve üç alt ölçekten oluşmuştur.

**Olumsuz değerlendirilme korkusu ölçeği (FNE):** 1969'da Watson ve Friend tarafından sosyal kaçınma ve distress (SAD) ölçeği ile birlikte geliştirilmiştir. Turner ve arkadaşları (1987) bu ölçeklerin sosyal fobiyi diğer kaygı bozukluklarından ayırt etmediği konusunda eleştiride bulunmuşlardır. Buna karşın Heimberg ve arkadaşları (1988) bu ölçeklerin sosyal fobi değerlendirilmesi için uygun olduğunu belirtmişlerdir. Halen bu ölçek ile ilgili çalışmalarımız sürmektedir.

**Sosyal fobi (SPS) ve sosyal etkileşim kaygı ölçeği (SIAS):** 1989'da Mattick ve Clark tarafından geliştirilmiştir ve 20 maddeden oluşur (McNeil ve ark. 1995).

### Davranış değerlendirilmesi

Standardize edilmiş davranış değerlendirme testlerinin 3 ana tipi vardır: aynı cinsten yabancı biriyle konuşma, karşı cinsten yabancı biriyle konuşma ve küçük bir dinleyici topluluğuna hazırlıksız konuşma yapma (Beidel ve ark. 1985). İdiyografik davranış değerlendirilmesi ise grup içi konuşma etkileşimi veya çekici ve duygusal olarak ilgi duyulabilecek birisi ile konuşma başlatma gibi durumlarla gerçekleştirilir (Brown ve ark. 1995).

Diğer bir önemli davranış değerlendirme testi de asla böyle bir duruma girememe gibi kaçınma davranışı ile, böyle bir ortama girme ama hemen bu durumu terk etme gibi kaçma davranışının ölçümüdür.

### AYIRICI TANI

**Utangaçlık:** Sosyal kaygı genel toplumda çok yaygın rastlanılan bir durumdur. Sosyal kaygıyı sosyal anksiyete bozukluğundan ayıran farklılık ise sosyal ve iş yaşamında oluşan işlevsel kaybın ve kaçınmanın derecesidir. Utangaçlık geniş ölçüde sosyal anksiyete bozukluğu ile bir çakışma göstermesine karşın utangaçlığın kabul görmüş tam bir tanımının yapılmamış olması nedeniyle kesin sınırları tam olarak belirlenmemiştir. Utangaç ve sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alan gruplar tarafından tanımlanan bilişler çok benzerdir. Her iki grupta sosyal ortamlarda olumsuz değerlendirilecekleri korkusu yaşadıklarından söz etmektedirler. Ayrıca kızarma, çarpıntı, titreme ve terleme gibi somatik uyarılma belirtileri de benzerdir. Ayrıca her iki grupta strese yanıt olarak oluşan kalp hızı ve kan basıncı ölçümleri açısından

normal gruptan farklılık göstermektedir. Tüm bu benzerliklere karşın kişinin kendisinin tanımladığı utanççılık, sosyal anksiyete bozukluğundan çok daha sıklıkla tanımlanmaktadır. Üniversite öğrencilerinde utanççılık prevalans hızı %20-40 iken DSM-III-R tanı ölçütlerine göre sosyal anksiyete bozukluğunun bir yıllık prevalansı %7.9, tahmini yaşam boyu prevalansı ise %13.3 olarak belirlenmiştir (Kessler 1994). Utanççılık sıklıkla kişi tarafından bildirildiği ve özgül ölçütleri olmaması nedeniyle sosyal anksiyete bozukluğuna göre daha heterojen bir durumdur.

Sınav kaygısı ise daha çok performans kaygısı olarak kabul edilmiştir, ama sınavdaki performansının başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği korkusunu da içeren sınav kaygısı DSM-IV'de betimleyici olarak sosyal anksiyete bozukluğu örneği içinde yer almıştır.

**Panik bozukluğu:** Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu ek tanı olarak panik bozukluğu görülme sıklığı %17-50 arasında değişmektedir. Ayrıca klinik özellikler gözönüne alındığında sosyal anksiyete ve panik atakların her iki sendromda da görülmesi ayrı tanıyı yapılmasını güçleştirmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğunda, panik atakların duruma bağlı ve sosyal ortamlarda gelişmesi; utanma, aşağılanma ve olumsuz değerlendirilme korkularının varlığı; utanacağı veya küçük düşeceği bir şey yapma veya söylemekten kaçınma ayrı tanıda gözönüne alınması gerekli özelliklerdendir. Agorafobili panik bozuklukta ise kişiler başkalarının önünde beklenmedik bir anda veya sosyal olmayan bir uyaran ile oluşacak panik atağa ikincil sosyal korku geliştirirler. Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar yalnız olduklarında daha rahat olmalarına karşın panik hastaları kendilerini başkaları ile birlikte iken daha emniyette hissederler. Sosyal kaygısı olan kişi başka insanlarla konuşma korkusu nedeniyle evden çıkmaktan kaçınırken, agorafobisi olanlarda genel kalabalık korkusu hakimdir. Örneğin, agorafobisi olan kişinin süpermarket içinde iken yaşadığı akut kaygı durumu marketten çıkarken azalır. Buna karşın sosyal anksiyete bozukluğu olanlar süpermarkette etrafı gezinirken ve alışverişini yaparken etkilenmezler ama alışveriş bitiminde ödeme yapmak için kasalara yaklaştıklarında sosyal ilişkide bulunma şansı arttığı için kaygıları aniden artış gösterir.

Panik bozuklukta oluşan spontan ve beklenmedik panik ataklar sosyal anksiyete bozukluğunda oluş-

mazlar ayrıca sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar panik hastaları gibi noktural panik ataklar nedeniyle uyanmazlar. Sosyal anksiyete bozukluğunda kızarma, terleme sıklıkla görülen yakınmalar iken panik bozukluğunda çarpıntı, göğüs ağrısı, soluk almama, baş dönmesi, görme bulanıklığı ve baş ağrısına daha sık rastlanır (Amies ve ark. 1983, Reich ve ark. 1988, Cameron ve ark. 1986). Ayrıca sosyal kaygı bozukluklu hastalar anksiyete atakları sırasında nadiren öleceklerinden korkarlarken agorafobili panik bozukluğunda panik atağı sırasında ölme, kontrolünü kaybetme ve delirme korkusu klasik özelliklerdendir. Sosyal anksiyete bozukluğunda sorunun çok daha erken yaşlarda başladığı buna karşın agorafobili panik bozukluğun 20'li yaşların ortalarında başladığı da unutulmamalıdır. Ayrıca sosyal anksiyete bozukluğunun tersine agorafobi nedeniyle hekime başvurularının çoğunu kadınlar oluşturmaktadır (Manuzza ve ark. 1990).

**Yaygın anksiyete bozukluğu:** Yaygın kaygı bozukluğunda kişi sosyal olan veya olmayan tüm durumlarda yaygın kaygı ve endişe yaşadığı için bir ölçüde sosyal anksiyete bozukluğu ile örtüşmesine karşın, kesin sınırlarını belirleyecek kesin ölçütler henüz belirlenmemiştir. Bu hastalara kıyasla sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda baş ağrısı, ölüm korkusu, terleme, kızarma ve soluma güçlüğü daha seyrek oluşmaktadır (Reich ve ark. 1988, Cameron ve ark. 1986). Ayrı tanı için önemli olan ölçüt utanma ve aşağılanma korkusudur. Diğer kaygılarla birlikte bu korkular da mevcutsa iki tanı birlikte konulabilir.

**Obsesif-kompulsif bozukluk:** Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin yaşam boyu obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alma oranı %4-11 arasında değişmektedir. Ayrı tanıda fobik kaçınmanın nedeni araştırılmalıdır. Örneğin obsesif-kompulsif olan kişiler obsesyonların içeriği ve ritüelleri nedeniyle çevresinde başka insanlar varken anksiyete sergilerlerken sosyal anksiyete bozukluğu olanlar bu kişiler tarafından olumsuz değerlendirilecekleri nedeniyle yoğun bir anksiyete yaşarlar.

**Vücut dismorfik bozukluğu (VDB):** Bu kişiler görünüşlerindeki bozukluk ile ilgili aşırı uğraş içinde olmaları nedeniyle sosyal, iş ve aile yaşamlarında belirgin bir zorlanma yaşarlar. Dış görünüşlerinden utandıkları için sosyal ilişkiden kaçınırlarsa da sosyal ortamlardan uzak durmak sorunlarını azaltmaz. Amerika'da VDB prevalansı %1-2 iken sosyal



anksiyete bozukluğu ile birlikte görülme sıklığı %11-12 civarındadır. VDB'de sık sık aynaya bakma, doktora gitme, kozmetik kullanma ve sosyal kaçınma görülmektedir (Hollander ve Aronowitz 1999).

**Major depresyon:** Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu major depresyon görülme sıklığı %35-80 arasında değişmektedir (Sanderson ve ark. 1990, Schneier ve ark. 1992). Bazı araştırmacılara göre panik bozukluğu olan hastalarda sosyal anksiyetenin varlığı depresyon için bir risk oluşturmaktadır. Ayrıca major depresyonu olan hastalar da (%45) depresif dönemlerinde sosyal anksiyete bozukluğu benzeri bir tablo oluşturmaktadır; ama bu enerji kaybı ve anhedoniye ikincil olarak gelişmektedir. Buna göre ikisi birlikte olduğu durumlarda eğer major depresyonun olmadığı daha önceki bir dönemde de sosyal anksiyete bozukluğu belirtileri mevcutsa sosyal anksiyete bozukluğu tanısı konmalıdır.

**Yeme bozuklukları:** Özellikle bulimikler olmak üzere yeme bozukluğu olan kadınlarda sosyal anksiyete bozukluğunun ek tanısı olması çok çarpıcı bir bulgudur.

**Madde kötüye kullanımı:** Alkolik hastalarda sosyal anksiyete bozukluğu görülme sıklığı %8-56 arasındadır. Sosyal anksiyete bozukluğunda, hasta tarafından sıklıkla, sosyal anksiyeteleri ile başatmede ilaç yerine alkol kullanılmaktadır. Eş tanılı durumlarda sosyal anksiyete bozukluğuna ait belirtilerin madde kötüye kullanımından önce başlaması ve uzun yoksunluk dönemlerinde bile süre geliyor olması durumunda sosyal anksiyete bozukluğunun bağımsız bir tanısı olarak belirlenmesinin uygun olacağı DSM-IV sistemi içinde bildirilmiştir.

**Şizofreni spektrumu bozuklukları:** Bu hastalar sıklıkla utanma korkusundan çok, zarar göreceklere sansı veya sosyal ilgi azlığı nedeniyle sosyal ortamlardan korkar ve kaçınırlar.

**Çekingen kişilik bozukluğu:** Tek başına yaygın sosyal anksiyete bozukluğu olanlara kıyasla çekingen kişilik bozukluğu olanlarda anksiyete düzeyi daha yüksek, işlevsel kayıp daha fazladır. DSM-IV'de çekingen kişilik bozukluğu tanı ölçütleri DSM-III-R'nin ölçütlerinden daha fazla sosyal anksiyete bozukluğu ölçütlerine benzemektedir. Bu ölçütler, eleştirilme korkusu ile kişiler arası ilişkilerden kaçınma, alay konusu olacağı korkusuyla yakın ilişkilerden uzak durma, sosyal ortamlarda reddedileceği konusunda aşırı uğraşma ve yeni kişilerarası ortamlarda ketlenme, sosyal olarak tümüyle beceriksiz olduğuna inanma, utanacağı korkusuyla yeni aktivitelerden kaçın-

mayı içermektedir. Sosyal anksiyete bozukluğu ile çekingen kişilik bozukluğunun ortak özellikleri de mevcuttur. II. eksen bozukluklarını yoğun psikoterapi ile tedavi edilmesini öneren geleneksel görüşlerin tersine sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) ve serotonin geri alım engelleyicilerinin kullanıldığı ilaç tedavisinden ve bilişsel davranışçı tedaviden yarar görmekte-dirler.

**Tıbbi durumlar:** Kişinin utanç duyabileceği başka bir tıbbi veya psikiyatrik durumun varlığında (kekemelik, obezite, yanıklara bağlı belirgin deformiteler, benign tremor veya Parkinson hastalığı gibi) bu duruma ikincil olarak sosyal anksiyete bozukluğu belirtileri ortaya çıkmaktadır (Stein ve ark. 1990, Stein ve ark. 1996). Bu tür hastalarda standart sosyal anksiyete bozukluğu tedavisine yanıt alındığını bildiren sınırlı veriler olmasına karşın birincil sosyal anksiyete bozukluğu ile bu durumun benzerliği konusunda ampirik sonuçlar olmaması nedeniyle başka bir utanç duyulabilecek duruma bağlı gelişen bu tür durumlarda sosyal anksiyete bozukluğu tanısının dışlanması önerilmiştir.

**Çocuklarda:** DSM-IV sosyal anksiyete bozukluğu tanısının çocuklarda da konulabileceğini vurgulamaktadır. Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete yalnızca erişkinlerle olan ilişkilerle değil, akrabaları ile olan ilişkiler sırasında da ortaya çıkmalıdır. Çocuklarda anksiyete ağlama, huysuzluk yapma, donakalma veya tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurulabilir. Sosyal anksiyete bozukluğunun çocuklarda olan bir diğer formu da seçici mutizmdir. Bu durumdaki kişi sadece belirli sosyal durumlarda konuşma konusunda sıkıntı çeker; diğer durumlarda hiç bir sorun yoktur. Çalışmalara göre seçici mutizm tanısı alan çocukların yaklaşık %100'ü aynı zamanda sosyal anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini de karşılarlar (Dummit 1997). Ayrıca %70'inde sosyal anksiyete bozukluğu olan bir birinci derece akrabası mevcuttur (Black ve Uhde 1995). Ayrıca bir çarpıcı bilgi de, seçici mutizm tanısı alan hastaların çoğunun sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde etkili olan ilaç tedavisinden (SSRI) yarar görmesidir (Dummit ve ark. 1997).

## ETİYOLOJİ

Sosyal anksiyete bozukluğunun etiolojisini açıklayan biyolojik, bilişsel ve psikodinamik kuramlar mevcuttur.

### Psikodinamik Model

Bağlanma varsayımına göre bakım veren kişi ile olan erken yaşantılar "nesne ilişkileri" şeklinde yani, "interpersonal şemalar" olarak içselleştirilir. Burada nesne ilişkileri kavramı gerçek interpersonal yaşantılardan farklı olan kendilik ile ilintili diğer insanların içselleştirilmiş zihinsel şemaları yerine kullanılmaktadır. Bu içselleştirilmiş nesne prezantasyonları başkalarının davranış ve tutumları ile ilgili beklentileri oluşturur. Sürekli ve doyum sağlayıcı nesne prezantasyonları tehlikelere karşı güven ve emniyet duygusunun gelişmesini sağlar. Nesne ilişkilerindeki bozukluklar kişisel güvenliği sarsar ve anksiyeteye karşı yatkınlığı artırır.

### Psikobiyojik Model: Savunma/Güvenlik Modeli (Trower ve Gilbert 1989, Cloitre ve Shear 1995)

- Doğuştan savunma düzeneği yapısal olarak çok güçlü ise,
- Doğuştan güvenlik düzeneği yapısal olarak çok zayıf ise,
- Ebeveyn rolü disiplin yönelimli ise,
- Ebeveyn rolünde işbirliği yönelimi zayıf ise, aşırı sosyal anksiyete ve sosyal anksiyete bozukluğu gelişebilir.

### Şartlanma Modelleri (Mineka ve Zinbarg 1995)

Diğer özgül fobilerde olduğu gibi bir ya da daha fazla travmatik şartlandırıcı yaşantının sonucu olarak sosyal anksiyete bozukluğu gelişebileceği önemli bir varsayımdır. Doğrudan travmatik şartlanmada sosyal anksiyete bozukluğu olan kişiler fobilerinin kaynağını oluşturan yaşantıları belleğe geri çağırabilirler. Gözlemsel veya vekaleten şartlanmada ise belirli bir durum veya nesne karşısında bir başkasının korkusunun gözlenmesi korku veya kaygı bozukluğu şartlanması için yeterli olmaktadır.

### Kendilik Sunumu Modeli (Self presentation) (Leary ve Kowalski 1995)

Sosyal anksiyetenin kendilik sunumu varsayımına göre insanlar şu iki durum birlikte oluşunca sosyal anksiyetede yaşarlar. Kişi,

- (1) diğer insanlar üzerinde özellikle iyi izlenim bırakma konusunda isteklidir,
- (2) istediği izlenimi elde etme konusunda şüpheleri vardır. Bu iki durumdan herhangi biri olmazsa sosyal anksiyete gelişmez.

### Sosyal Beceri Modeli (Heimberg ve Juster 1995)

Bu varsayımına göre sosyal anksiyete sosyal beceri eksikliği sonucu oluşur. Bu modelde hem olumsuz değerlendirilme korkusu, hem de şartlanma dönemleri ana zorluğun epifenomenini oluşturur. Önceki yıllarda sosyal fobiyi tedavi için gösterilen çabalar bu hastaların kaygılarının kaynağının sözel (ör: konuşma içeriğinin uygun olması) ve sözel olmayan (ör: göz teması, duruş, jest ve mimikler) sosyal becerilerindeki eksikliklere bağlı olduğu öngörüsüne dayanmaktaydı. Sosyal Beceri Eğitimi (SST) ile bu davranış becerilerinin artırıldığına inanılıyordu. Sonuçta kaygının altında yatan nedeni ortadan kaldırılarak sosyal sonuçların başarılı olma olasılığı artırılıyordu. Sosyal etkinlik tedavisi, sosyal beceri eğitimi, modelleme, davranış provası, düzeltici geri bildirim ve sosyal güçlendirmeyi içermektedir.

### Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Bilişsel ve Davranışçı Modeli (Wells ve Clark 1997)

Sosyal anksiyete bozukluğunun temelini hastaların sosyal durumlar ile ilgili olarak getirdikleri olumsuz beklentiler oluşturur (Clark ve Wells 1995). Bu beklentiler tipik olarak olumsuz sosyal performans korkuları (gene herşeyi berbat etmemeliyim, kelimeleri unutacağım ve konuşmaya devam edemeyeceğim), başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği (benim çok sıkıcı biri olduğumu düşünecekler) ve kontrol edilemeyen kaygıdır (çok terleyeceğim ve bunu fark edip benim hasta olduğumu düşünecekler). Bu olumsuz beklentilerin doğal sonucu olarak oluşacak anksiyetede artış meydana gelmektedir. Her ne kadar sosyal kaygısı olan kişi sosyal ortamlara olumsuz sonuçlar olmaması umuduyla girse de sürekli bu konuda tetiktir. Bu tetikte olma durumu kişiyi iki yönde olumsuz etkileyebilir: İlk olarak kişinin ilgisini konuşmaya katılma, göz teması kurma ve sosyal ipuçlarına yanıt verme gibi sosyal davranışlardan uzak tutar; ikinci olarak da çok küçük olumsuz olayların bile fark edilerek kaygı biçiminde algılanmasını sağlar.

Yanlış inanışlar bu hastalarda anksiyeteyi ateşler ve daha fazla olumsuz bilişler gelişmesini körükler. Sosyal ortamlarda ufak hatalar veya kaygının anlamı ile ilgili inanışlar sosyal anksiyete bozukluğu olan hastada bu olaylara verilen duygusal tepkiyi arttırırlar. Özellikle üç inanç ufak olayların bir felaket olarak algılanmasına yol açar:

1. Hatalar, hatta çok ufak hatalar bile kişinin sosyal olarak beceriksiz olduğunun kanıtıdır,
2. Sosyal ortamlardaki anksiyete yanıtı kendi başına kişinin kusurlu ve başarısız olduğunun işaretidir,
3. "Normal"den sapma gösteren herhangi bir hareket kişinin kusurlu olduğuna ve red edilmeyi hak ettiğine dair ek kanıtlardır.

Sosyal performansın gerçek düzeyi ile ilişkisiz olarak bu "yükseltici bilişler" bireyin küçük ip uçları sonucunda kendisini sosyal olarak başarısız algılamasına yol açar. Bu hastalara göre hissettikleri yol başkaları tarafından algılandıkları yoldur. (McEwin ve Devins 1983).

Olumsuz sosyal beklentiler, olumsuz sonuçlar konusunda tetikte olma, semptomların artışı ve belirtilerin ve sonuçlarının hatalı yorumlanması sosyal ortamlarda kaçmaya ve kaçınmaya yol açar. Bu kaçma davranışı başlangıçta anksiyetede akut azalmaya yol açar ama olumsuz beklentilerin gerçekleşmediğini görmesini engellemesi nedeniyle sosyal korkular kilitlenir kalır. Sosyal olarak kaygı hisseden her birey için kaçma davranışı katastrofik korkudan kaçınmayı başarmaktır. Sosyal ortamlara karşı karşıya kalmaya devam eden bireyde doğal olarak korkularda bir azalma olmamasının nedeninin "incelikle hazırlanmış kaçınma davranışına" yani kendilerini güvende hissedecekleri davranışlara bağlı olduğu öne sürülmüştür (Otto 1999). El titremesini gizlemek için ellerini sıkamak; daha doğal görünmek için elinde bir bardak içecek bulundurmak; konuşma sırasında donup kalmayı engellemek için çabuk konuşma, göz temasından kaçınma ve derin nefes alma; bayılacakmış gibi olduğunda destek olması amacıyla duvara yaslanmak güvenli davranışlara verilebilecek örneklerdendir. Bu davranışlar başlangıçta kişinin güvenini arttırıp, kaygısını azaltmakla birlikte potansiyel olarak katastrofik olan sosyal durumlardan şanslı olarak kaçabildiği düşüncesine neden olur. Böylece kişinin sosyal korkuları devam eder.

Olumsuz beklentiler nedeniyle kişinin sosyal durumlar konusunda sürekli olarak tetikte bulunması sonucu kişinin dikkatini odaklamada zorluk çekmesi ve yeterli sosyal performans gösterememesi kişinin sosyal ipuçlarına daha fazla dikkat etmesine neden olur. Bu olumsuz sosyal ipuçları başlangıç kaygısı, yanlış telaffuz edilen bir kelime veya konuşma sırasında ufak bir duralama gibi belirsiz olmasına karşın bu bi-

lişlerin önemi abartılır ve daha aşırı duygusal tepkilere yol açar. Anksiyete belirtilerinin artışı sonucu performansın daha fazla engellenmesi sosyal olarak başarısız olduğu duygusunu arttırır. Bunu takip eden kaçma ve kaçınma davranışının sosyal becerilerin edinilmesini veya sürdürülmesini engellemesi daha fazla olumsuz beklentilerin oluşmasına yol açar ve sonuçta kişinin performansı belirgin ölçüde sınırlanır.

Sosyal kaygısı olmayan kişilerde ise sosyal performans olumsuz duygulanım veya olumsuz beklentilerle ilişkili değildir. Dikkat doğrudan sosyal ipuçlarına yönelir; eğer otonomik olarak bir uyarılma söz konusu olursa bu ipuçlarına yönelen dikkatte de artış meydana gelir. Sonuçta da yeterli ve aversiv özelliği olmayan bir sosyal performans ortaya konur.

## **SOSYAL KAYGI BOZUKLUĞUNUN NÖROBİYOLOJİSİ**

### **Nöroendokrin Bozukluklar**

#### **Hipotalamik-hipofizer-adrenal eksen (HHAE):**

HHAE işlevselliğini saptamak için idrarda serbest kortizol düzeyi ölçülmektedir. Akut stres ile HHAE'nin aktive oluşu sonucunda plazma kortizolünün artışı akut anksiyetede de aynı değişikliğin olabileceği düşüncesini doğurmuştur. Sosyal ortamlar ve sosyal etkileşim fobik hastalar için kesinlikle bir stres faktörüdür. Sosyal kaygısı olan hastalarda yapılan iki ayrı çalışmada (Udde ve ark. 1994, Potts ve ark. 1991) sosyal fobiklerin idrar serbest kortizol, plazma kortizol düzeyleri ile anormal deksametazon supresyon testi sonuçları açısından normal kontrollerden farklı olmadığının bulunması sonucu depresyonu olmayan sosyal fobiklerde HHAE aktivitesinde herhangi bir anormallik olmadığı şeklinde yorumlanmıştır.

#### **Hipotalamik-hipofizer-tiroid eksen (HHTE):**

Klinik olarak anksiyete ve hipertiroidizmin ilişkili olduğu bilinmesine karşın birincil kaygı bozukluğu olan hastalarda tiroid bozukluğu hızı normal kontrollerden daha farklı değildir. Sosyal fobik hastalarda T3, T4, serbest T4 ve TSH düzeylerinin normal olduğunu saptayan çalışma sonrası (Tancer 1990a), aynı çalışma ekibi panik bozukluk tanısı alan hastalar ve kontrollere kıyasla sosyal fobiklerde tirotropin releasing hormon (TRH) uygulanması sonucu abartılı bir bastırıcı etki oluştuğunu saptamıştır (Tancer ve ark. 1990b). Bu bulgunun ne anlama geldiği çok açık olmasa da alfa-adrenerjik-reseptör duyarlılığının değişmesi ile açıklanabilir (Miner ve Davidson 1995).

**Büyüme hormonu (BH):**

Panik bozukluk ve sosyal fobi tanısı alan hastalarda klonidine kör BH yanıtı her ne kadar noradrenerjik sistemin aşırı aktivasyonu ile açıklanıyor olsa da bu sonuç hastalarda BH işlevinde global bir azalmayı da yansıtabilir. Bu düşünceyi ortaya atanların ileri sürdükleri kanıtlar: sinirli köpeklerin BH ve büyüme hormonu indeksi (BHI) düzeyleri korkulu davranışları ile zıt ilişkidir yani korkulu davranışlarının azaldıkça BH ve BHI düzeylerinin arttığı; BH eksikliği olan sıçanların normal büyüklükteki sıçanlara kıyasla korkularının arttığına dair kanıtlar mevcut olduğu; incelenen ve hepsinin panik bozukluk, sosyal fobi veya elektif mutizmden yakındıkları saptanan 6 sağlıklı, kısa boylu çocuktan (malnütrisyonu olmayan, fiziksel veya psikolojik olarak suistimal edilmemiş olan) 3'ü, BH ile tedavi edildikten sonra 2'sinin tedavi sırasında kaygılarının düzemediği; çocukken gelişme geriliği nedeniyle BH tedavisi alan erişkinlerin takip çalışmasında büyük bir çoğunluğunun anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Bell ve ark. 1999). Buna karşın sosyal fobiklerle normal kontrollerin boy uzunluklarının farklı olduğunu gösteren herhangi bir çalışma mevcut değildir.

Tüm bu sonuçlar anksiyete bozukluğunun BH eksikliğine yol açma olasılığı (belirgin bir suistimale uğrayıp kısa boylu kalan çocuklardaki düzeneğe benzer biçimde) ile tersine BH eksikliğinin de anksiyete ve korku davranışı düzenleyicilerini etkileyerek anksiyete bozukluğu gelişme riskini arttırabileceği olasılığını gündeme getirmiştir. BH, BHRH ve apomorfine ile yapılacak daha ileri çalışmaların gerekliliği de vurgulanmıştır (Bell ve ark. 1999).

**Nörotransmitterlerde Gelişen Anormallikler****Adrenerjik fonksiyon:**

Sosyal fobiklerde saptanan adrenerjik işlevlerdeki bozukluklar Tablo 2'de özetlenmiştir.

Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar sempatik sinir sistemi tarafından düzenlenen terleme, kızarma ve titreme gibi belirtilerden yakınır. Performans kaygısında beta blokör ilaçlar etkili olmasına karşın yaygın sosyal fobiklerde etkili değildir. Olgu örneklerinde alfa-2 agonisti olan klonidinin ise etkisi bildirilmiştir. Ayrıca toplum önünde konuşma gibi davranış challenge testi ile yapılan iki çalışmada da performans fobisinde meydana gelen kalp hızındaki artış normal kontrollerden farklı olmayan yaygın

sosyal fobideki artıştan daha fazladır (Heimberg ve ark. 1990, Levin ve ark. 1993). Bu da yaygın ve özgül tip sosyal fobinin altında yatan nedenlerin farklı olabileceğinin bir göstergesi olabilir.

Ortostatik challenge çalışma sonuçları ise panik bozukluk gibi diğer anksiyete bozukluklarında bulunan farklı olarak sosyal fobide otonomik reaktivitede bir anormallik olabileceğini düşündürmektedir.

İstirahat anında veya davranış sonrası plazma noradrenalin veya adrenalin düzeyinde değişiklik olduğunu bildiren tutarlı sonuçlar mevcut değildir.

**Serotonerjik fonksiyon:**

Serotonin (5-HT) üzerine belirgin etkileri olan monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI), reversibl monoamin oksidaz inhibitörleri (RIMA) ve serotonin geri alım engelleyicilerinin (SSRI) tedavide etkin olması sosyal anksiyete bozukluğunda 5-HT'nin rolünü düşündürmektedir (Tablo 3).

Periferik 5-HT işlevselliğinin ölçümü açısından panik bozukluğu olan hastalar ve kontrol grubuyla kıyaslandığında sosyal fobiklerde platelet 3H-paroksetin bağlanmasında (5-HT alım bölgeleri ölçümü) farklılık olmadığını göstermiştir (Stein ve ark. 1995).

Oral m-CPP ile sosyal fobiklerde prolaktin yanıtında farklılık olmaz iken anksiyetede artış saptanmıştır. 5-HT salınımını arttıran oral fenfluramine alınan prolaktin yanıtı sosyal fobiklerde normal kontrollerle aynı iken kortizol yanıtının daha yüksek olması postsinaptik 5-HT reseptörlerinin aşırı duyarlılığı ile açıklanmaktadır (Tancer 1993).

Graeff ve arkadaşları (1996) 5-HT'nin beyin farklı bölgelerinde zıt etkileri olduğunu belirten bir anksiyete modeli öne sürmüşlerdir. 5-HT yolları beyin sapındaki rafe çekirdeğinden başlar. Dorsal rafe çekirdeğinden (DRÇ) amigdalya ve frontal kortekse giden ve şartlı korkuyu (yaygın anksiyete bozukluğu için önerilen model) hızlandıran yolak; ve DRÇ'den periakvaduktal gri bölgeye uzanan inborn şartlı olmayan korkuyu inhibe eden (ör: savaş veya kaç-panik için önerilen model) yolak olmak üzere iki yolak özellikle anksiyetede önemlidir. Bu modelde fenfluramin gibi sistemik olarak 5-HT'yi arttıran ajanların anksiyeteyi azalttığı; ritanserin gibi 5-HT işlevini azaltan ajanların ise toplum önünde konuşmaya yanıt olarak anksiyeteyi arttırdığı bildirilmiştir (Bell ve ark. 1999).

**Tablo 2. Sosyal fobiklerde adrenerjik bozukluk olduğuna dair kanıtlar (Bell ve ark. 1999)**

Test	Yanıt	Olası anlamı
Toplum önünde konuşma davranışı	Özgül sosyal fobiklerde yalnızca kalp hızında artma	Otonomik sinir sisteminde aşırı duyarlılık
Ortostatik challenge	Valsalvaya artmış kan basıncı yanıtı Vagal yoksunluğun abartılması Ayakta iken kan basıncı düşmesinin küçük olması	Otonomik reaktivitenin anormalliği
Plazma noradrenalinini	Tutarlı bir anormallik yok	Anormallik yok
Klonidin challenge	IV-kör BH yanıtı Oral-normal BH yanıtı	$\alpha_2$ -işlevinin azalması $\alpha_2$ -işlevinin normal olması

**Tablo 3. Serotonerjik fonksiyon ile ilgili test sonuçları**

Test	Yanıt	Olası anlamı
3H paroksetin bağlanma	Kontrollerden farklı değil	5-HT alım bölgelerinde anormallik yok
m-CPP challenge	Anksiyetede artış	Postsinaptik reseptörlerde aşırı duyarlılık
Fenfluramin challenge	Normal prolaktin yanıtı Anksiyetede artış Kortizol yanıtında artış	Anormallik yok Postsinaptik reseptörlerde aşırı duyarlılık
	Normal prolaktin yanıtı	Anormallik yok

### Dopaminerjik fonksiyon:

Dopaminerjik fonksiyonu arttıran bupropion ve MAOI'lerinin tedavide etkili olması (Emmanuel ve ark. 1991); dopamini bloke edici ilaçların kullanılması sonrasında sosyal fobi benzeri belirtilerin ortaya çıkması (Mikkelsen ve ark. 1881); depresyonu olan hastalarda beyin omurilik sıvısındaki (BOS) dopamin düzeyinin düşüklüğü ile içe dönüklüğün ilişkili olması (King ve ark. 1986) ve Parkinson hastalarında sosyal fobi hızının yüksek olması sonucunda Liebowitz ve arkadaşları (1987) tarafından sosyal fobinin düşük dopamin düzeyi ile ilişkili olabileceği varsayımı ortaya atılmıştır.

Panik bozukluk ile eş zamanlı olarak sosyal fobisi olan hastalarda dopamin metaboliti olan homovalinik asitin (HVA) BOS düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir (Johnson ve ark. 1994). Sosyal fobide dopaminin etiolojisini araştırmak için dopaminerjik fonksiyonun ölçümü olan L-dopa uygulanması sonrası prolaktin düzeyleri ve göz kırpmı hızlarını kullanmış ve sosyal fobiklerle kontroller bu ölçümler

açısından kıyaslandığında sosyal fobiklerde dopaminerjik işlev bozukluğu olduğu gösterilememiştir (Tancer 1993).

### NC 100 sıçan modeli (Tancer ve ark. 1995):

Sosyal anksiyete bozukluğunun belirtilerinde merkezi dopaminin rolünün olduğunu gösteren kanıtlardan biri de NC 100 sıçan modelidir (Henn ve McKinney 1987). Dışadönüklüğün artmış merkezi dopamin salınımı ile ilişkili olabileceğinden yola çıkarak sosyal aktivite olduğu düşünülen dışadönüklükle merkezi dopamin salınımının ilişkisi olduğu varsayımı ortaya atılmıştır. NC sıçanlarında görülen saldıramama durumu nükleus akkumbensteki azalmış dopamin aktivitesi ile ilişkilidir. Dopamin aktivitesindeki bu azalma aynı terminal bölgelerindeki dopamin reseptörlerinin upregulasyonu ile ilintilidir.

Kimyasal challenge: Anksiyete çalışmalarında yaygın biçimde kullanılan kimyasal "challenge" çalışmaları bu hastalıkların biyolojik doğasını ortaya koymakta çok önemli bir rol oynamıştır. Laktat, karbondioksit, adrenalın, kafein veya pentagastrin gibi maddeler kul-

lanılarak ya hastada doğal anksiyete durumu veya bu durumu taklit eden bir tablo oluşturmak hedeflenmiştir. Kimyasal challenge çalışmaları daha çok panik bozuklukta özellikle panik atak provakasyonunda kullanılmaktadır.

**Laktat:** Anksiyete bozukluklarında en yaygın kullanılan kimyasal maddedir. Panik bozuklukta laktatın etkilerini yaygın olarak inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur. Sonuçta laktat ile panik atak oluşma oranı panik bozukluklu hastalarda (%67) normal kontrollere (%13) göre daha yüksek bulunmuştur (Cowley ve Arana 1990). Laktatın anksiyetede etkisi açıklayan kuramlar arasında beyin sapındaki aşırıduyarlı kemoreseptörlerin varlığı ve anormal duyarlı "boğulma uyarı sistemi" yer almaktadır. Sosyal fobiklerde laktat duyarlılığını ölçen yalnızca bir araştırma mevcuttur. Liebowitz ve arkadaşları 1985'de laktat infüzyonu sonrası 15 sosyal fobikten yalnızca birinde (%6.7) (normal kontrollere benzer biçimde) panik benzeri bir atak olduğunu buna karşın panik bozukluğu olanlarda bu oranın %48 olduğunu bildirmişlerdir. Laktat sonrası oluşan panik benzeri ataklardaki belirtilerin çoğunun sosyal fobi belirtilerinden çok panik bozukluk belirtilerine benziyor olması sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda kemoreseptör sisteminde bir bozukluk olmadığını düşündürmektedir.

**Karbondioksit:** Gorman ve arkadaşları (1988) panik bozukluğu olan hastalarla normal kontrollerin ve diğer anksiyete bozukluğu olanların solunum fizyolojisini karşılaştırdıkları çalışmada %5 CO<sub>2</sub> ile kontrollerde hiç panik atak gelişmez iken %7 CO<sub>2</sub> ile sosyal fobiklerin %100'ünde %5 CO<sub>2</sub> ile ise panik bozukluğu olanların 31'inden 12'sinde, %7 CO<sub>2</sub> ile ise 9'undan 6'sında (%67) panik atak geliştiğini saptamışlardır. %35 CO<sub>2</sub> ile sosyal fobiklerin %35'inde panik bozukluğu olanların ise %50'sinde birbirine benzer oranda panik atak geliştiği ve her iki grubun sonuçlarının kontrollerden farklı olduğu bildirilmiştir (Gorman ve ark. 1990). Bu sonuçlara göre yüksek CO<sub>2</sub> düzeyleri anksiyete bozukluklarını ayırtetmede yetersiz kalmaktadır ve sosyal fobiklerdeki kemoreseptör duyarlılığının kontrollerle panik bozukluklu hastalar arasında bir yerde olduğu söylenebilir.

**Kafein:** Kafeinin kaygı oluşturucu etkisini adenozin reseptörlerini bloke ederek oluşturdukları bilinmektedir. Klinik olarak kafeinin sosyal anksiyete bozukluğu belirtilerini kötüleştirmediği görülmektedir. Sosyal fobikler normal kontrollere benzer biçimde panik bozukluklu hastalardan (kaygı oluşturucu etki-

lerinden korunmak için küçük miktarlarda tüketirler) daha az miktarda kafein tüketmektedirler. Kafein ile sosyal fobiklerin ve panik bozukluklu hastaların 26'sında panik benzeri atak olduğu, buna karşın ise normal kontrollerin hiç birinde panik benzeri atak olmadığı bildirilmiştir (Tancer ve ark. 1991). Bu ataklarda oluşan belirtilerin panik bozukluk belirtilerine benzemesinden yola çıkarak, panik benzeri belirtili gelişen hastalarda bunun doğrudan kafeinin bu hastalıkta önemli rolü olmasına değil de bu hastalarda var olan yaygın kaygı bozukluğuna bağlanmıştır (Bruce ve ark. 1991).

**Adrenalin:** Papp ve arkadaşları (1988) adrenalin infüzyonlarına katekolamin yanıtını araştıran çalışmada katekolamin düzeyinin 8 misli arttığını ve bu artışa fizyolojik yanıt oluşurken kaygı oluşmadığını gözlemlemiş ve bunun adrenalinin kan beyin engelini geçmesindeki zorlukla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır.

**Kolesistokin (CCK):** CCK ve CCK-4'ün pentapeptid alt birimi olan pentagastrinin normal kontrollere göre panik bozukluklu hastalarda daha sıklıkla panik atak geliştirmesi, amigdala başta olmak beyinde bulunan CCK-B reseptörlerinin uyarılması sonucu olduğu bildirilmiştir. Bu uyarılma ile oluşan terleme, kızarma, sıcak basması gibi belirtilerin sosyal kaygı belirtilerine benziyor olması ilginç bir sonuçtur. Pentagastrin verilmesi sonucu sosyal fobiklerde oluşan kaygının normal kontrollere benzer olması veya panik bozukluk tanısı alanlar kadar şiddetli olmaması CCK'nin sosyal anksiyete bozukluğunda özgüllüğünün ve duyarlılığının olmadığı biçimde yorumlanabilir (Bell ve ark. 1999).

**Flumazenil:** Benzodiazepin reseptör antagonisti olan flumazenilin panik bozukluk tanısı alan hastalarda panik atağı arttırırken, post-travmatik stres bozukluğu veya alkol bağımlılığı olanlarda bu tür etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Bu düzenek GABA-benzodiazepin reseptör aktivitesinin ters agonist doğrultusunda olan kayışı ile açıklanmıştır. 14 sosyal fobi tanısı alan hastadaki panik atak hızının normal kontrollerden farklı olmayışı (yalnızca sosyal fobiklerin biraz daha hafif düzeyde kaygı yaşamış olmaları) sosyal fobide GABA-benzodiazepin reseptör anormalliği olmadığı şeklinde yorumlanmıştır (Bell ve ark. 1999).

### İlaç Tedavisi

Etki mekanizması bilinen farklı farmakolojik ajanların oluşturduğu tedavi yanıtının araştırılması ile tedavi

edilen hastalığın psikopatolojisi konusunda fikir edinilebilir. Fenomenolojik olarak farklı olan hastalıkların tedavisine alınan yanıtların aynı olması, altlarında yatan psikopatolojinin aynı olduğunu; farklı yanıtlar ise nörobiyolojisinde farklılık olabileceğini göstermektedir (Den Boer ve ark. 1996).

İrreversibl MAOI'den fenelzin (Versiani 1992), RIMA grubundan moklobemid, alprazolam, fluvoksamin, sertralin, klonazepam ve broforamin çift kör olarak araştırılan ve tedavide etkili olduğu bildirilen ilaçlardır. Ayrıca irreversible MAOI tranilsipromin, seçici SSRI olan fluoksetin, merkezi alfa-2 agonisti klonidin ile yapılan açık çalışmalarda da bu ilaçların etkili olduğu bildirilmiştir (Dilbaz). Fenelzin, alprazolam, klonazepam ve fluoksetin gibi panik bozukluğunda etkili olan birçok ilacın sosyal fobi tedavisinde de etkili olması yanı sıra panik bozuklukta hala "altın standart" olarak kabul edilen imipraminin sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların çoğunda çok az etkisinin olması psikotrop ilaçlara verilen psikofarmakolojik yanıt açısından panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğunun kısmi olarak örtüştüğü sonucunu doğurabilir. Diğer taraftan imipramine verilen farklı yanıtlar sosyal anksiyete bozukluğu ile panik bozukluğun farklı klinik görünümü olan ama aynı nörobiyolojik temele dayalı iki hastalık olmadığını ortaya koymaktadır. Sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde etkili olan ilaçlar göz önüne alındığında da nörobiyolojisinde ve tedavi yanıtının düzenlenmesinden tek bir nörotransmitterin sorumlu olmadığı anlaşılmaktadır.

### Görüntüleme Teknikleri

Görüntüleme teknikleri son yıllarda sosyal anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisini açığa kavuşturmak için kullanılan önemli yöntemlerden biridir. Manyetik rezonans spektroskopisi ile yapılan çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda normal kontrollere göre N-asetilaspartat (NAA) ve NAA'nın diğer metabolitlere oranı kortikal ve subkortikal bölgelerde düşük ayrıca subkortikal, talamik ve kaudat bölgelerde kolin ve kreatinin düzeyleri de düşük bulunmuştur. Talamik bölgedeki kolin, kreatinin ve NAA, sosyal fobi ve korku şiddeti ile ters orantılı bulunmuştur. Buna göre belirtileri çok şiddetli olan sosyal fobikler en düşük metabolik aktiviteyi göstermektedir (Davidson ve ark. 1993). Ayrıca bu bulgular sosyal fobinin azalmış enerji aktivitesi, bozulmuş zar işlevselliği ile ilişkili olduğunu ve belirti şiddeti ile ilintili olarak kortikal, bazal ganglia ve talamik bölgelerde nöronal aktivitenin azaldığına işaret etmektedir.

Sosyal anksiyete bozukluğunun farmakolojisini resmi anlamda inceleyen ve yayınlanmış tek bir çalışmada sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda striatal dopamin geri alım bölgelerinde azalma gösterilmiştir (Tiuhonen ve ark. 1997). Bu azalma ya azalmış ekspresyona veya sinir harabiyetine; veya yapısal değişikliklere ya da endojen ligand (dopamin) miktarının artması sonucu oluşan bölgenin afinitesindeki azalmaya bağlıdır. Daha önceki klinik bulgular ışığında sinaptik dopaminin artışı ile ilintili olamaz.

Yapılan SPECT çalışmasında ise bölgesel farklılıklar gösterilememiş olması da subkortikal olarak anormalliğin var olduğu ama istirahat metabolizmasını etkilemediği tarzında yorumlanmıştır (Stein ve Leslie 1996).

Otobiyografik notları kullanılarak hastaların belirtilerinin provoke edildiği PET çalışmasında (Malizia 1997), sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların kaygı yaşantıları sırasında, talamus, sağ insula ve lateral frontal alanlarda kan akım hızında artma, sol amigdala ve sol arka orta temporal girusta kan akımında azalma meydana gelmiştir; ama sağlıklı kontrollerde şartlı beklenti kaygısı durumunda da benzer aktivasyonların oluşu durumdan ve paradigmadan bağımsız olarak doğrudan anksiyetenin provoke edilmesi, sol ön singulat, sağ ve sol serebellum ve ön insula ve arka ventral orbitofrontal kortekste serebral kan akımında artmaya ve sağ orta frontal lobda, sol amigdalada ve sağ para-hipokampal girusta sağ ve sol superior temporal girusun arka kısmında ve görme alanlarında kan akım hızında azalmaya yol açmaktadır. Buna göre doğrudan sosyal fobiklerde kaygı yaşantısına bağlı olarak aktive olan bölgeler sağ dorso-lateral prefrontal korteks ve sol pariyetal kortekstir.

### Uyku Fizyolojisi

Düşünce bozukluğu, madde kullanımı, depresyon, panik bozukluğu gibi birçok psikiyatrik bozuklukta normal uyku-uyanıklık döngüsünde bozukluk mevcuttur. Örneğin hızlı-göz hareketleri dönemine (REM) başlama süresi depresyonda kısalır. Panik bozukluğu ve sosyal fobisi olan hastalarda ise REM latansında kısalma olmaz (Nickell ve Uhde 1995). Panik bozukluklu hastaların %60'ında uykuda meydana gelen panik ataklar uykunun erken döneminde oluşur; geç ikinci dönem ve erken üçüncü dönemde ortaya çıkarlar (Mellman 1989, Mellman ve Uhde 1989). Sosyal fobik hastalar uykusuzluk, uykuda oluşan panik atak

ve uyumaktan kaçındıklarından yakınmazlar. Polisomnografik bir çalışmada uyku etkinliğinin, yapısının ve REM latansının bozulduğuna dair hiçbir bulgu edinilmemiş olması (Brown ve ark. 1994) uyku

fizyolojisi ile sosyal fobinin nörobiyolojisinin aydınlatılmayacağı ve panik bozukluk ile sosyal anksiyete bozukluğunun aynı klinik antiteler olduğunu göstere-meyeceği sonucuna varılmıştır.

### KAYNAKLAR

- American Psyciatric Association (1968) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2. Baskı (DSM-II), Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psyciatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Baskı (DSM-III), Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psyciatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Baskı revised (DSM-III-R), Washington DC, American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. 4. Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, (Çev. E Köroğlu), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994.
- Amies PL, Gelder MG, Shaw PM (1983) Social phobia: A comparative clinical study. *Br J Psychiatry*, 142:174-179.
- Antony MM (1997) Assesment and treatment of social phobia. *Can J Psychiatry*, 42:826-834.
- Bech P, Angst J (1996) Quality of life in anxiety and social phobia. *Int Clin Psychopharmacology*, 11(Suppl 3): 97-100.
- Beidel DC, Turner SM, Morris TL (1985) Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behav Res Ther*, 23:109-117.
- Bell CJ, Malizia AL, Nutt DJ (1999) The neurobiology of social phobia. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*, 249(Suppl 1):11-18.
- Black B, Uhde TW (1995) Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:847-856.
- Bowen RC, Cipywnyk D, D'Arcy C ve ark. (1984) Alcoholism, anxiety disorders and agoraphobia. *Alcohol Clin Exp Res*, 8:8-50.
- Brown TM, Black B, Uhde TW (1994) Sleep architecture in social phobia. *Biol Psychiatry*, 35: 420-421.
- Brown EJ, Heimberg RG, Juster HR (1995) Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive-behavioral treatment. *Behav Ther*, 26: 467-486.
- Bruce M, Scott N, Shine P ve ark. (1991) Anxiogenic affects of caffeine in patients with anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 49:867-869.
- Cameron O, Thyer B, Nesse R (1986) Symptom profiles of patients with DSM-III anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 143: 1132-1137.
- Chambless DL, Cherney J, Caputo GC ve ark. (1987) Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *J Anxiety Disorders*, 1:9-40.
- Clark DM, Wells AA (1995) A cognitive model of social phobia. *Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment*, RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier (Ed), New York, Guilford Press, s.69-93.
- Cloitre M, Shear MK (1995) Psychodynamic perspectives. *Social Phobia: clinical and research perspectives*. MB Stein (Ed), Washington DC, APP, s.163-187.
- Cowley D, Arana G (1990) The diagnostic utility of lactate sensitivity in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 47:277-284.
- Cox BJ, Swinson RP (1995) Assessment and measurement. *Social Phobia: Clinical and Research Perspectives*, MB Stein (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press, s.261-292.
- Davidson JRT, Potts NLS, Richichi EA ve ark. (1991) The Brief Social Phobia Scale. *J Clin Psychiatry*, 52:48-51.
- Davidson JRT, Hughes DL, George LK ve ark. (1993) The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area Study. *Psychol Med*, 23:709-718.
- Davidson JRT, Krishnan KR, Charles HC ve ark. (1993) Magnetic resonance spectroscopy in social phobia: preliminary findings. *J Clin Psychiatry*, 54 (Suppl): 19-25.
- DenBoer JA, Van Vliet IM, Westenberg HGM (1996) Advances in the psychopharmacology of social phobia. *Advances in the Neurobiology of Anxiety Disorders*, HGM Westenberg, JA Den Boer, DL Murphy (Ed), West Sussex, Wiley, s.401-418.
- DeWit DJ, Ogborne A, Offord DR ve ark. (1999) Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. *Psychol Med*, 29:569-582.
- Dilbaz N (1997) Sosyal fobi. *Psikiyatri Temel Kitabı*. C Güleç, E Köroğlu (Ed), Ankara, HYB, s.483-492.
- Dilbaz N (baskıda) Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği.
- Dilbaz N, Güz H (baskıda) Anksiyete bozuklarında yeti kaybı: sosyal kaygı bozukluğu ile karşılaştırılması.
- Dilbaz N, Güz H (baskıda) Sosyal kaygı bozukluğu olan hastaların özellikleri.
- Dummit ES III, Klein RG, Tancer NK ve ark. (1997) Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:653-660.
- Emmanuel NP, Lydiard RB, Ballenger JC (1991) Treatment of social phobia with bupropion (letter). *J Clin Psychopharmacol*, 11: 276-277.
- Fyer AJ, Manuzza S, Chapman TF ve ark. (1993) A direct interview family study of social phobia. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 286-293.
- Gorman J, Fyer M, Goetz ve ark. (1988) Ventilatory physiology of patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 45:31-39.



- Gorman J, Papp LA, Martinez J ve ark. (1990) High dose CO<sub>2</sub> challenge test in anxiety disorder patients. *Biol Psychiatry*, 28: 743-757.
- Graeff FG, Guimeras TS, DeAndrade TG (1996) Role of 5-HT in stress, anxiety and depression. *Pharmacol Biochem Behav*, 54: 129-141.
- Greist JH, Kobak KA, Jefferson JW ve ark. (1995) Clinical interview. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*, RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier (Ed), New York, Guilford Press, s.185-201.
- Hazen AL, Stein MB (1995) Clinical phenomenology and comorbidity. *Social Phobia: Clinical and Research Perspectives*, MB Stein (Ed), Washington DC, APP, s.3-41.
- Heimberg RG, Hope DA, Rapee RM ve ark. (1988) The validity of the social avoidance and distress scale and the fear of negative evaluation scale with social phobic patients. *Behav Res Ther*, 26:407-410.
- Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS ve ark. (1990) DSM-III-R subtypes of social phobia: comparison of general phobics and public speaking phobics. *J Nerv Ment Dis*, 178: 172-179.
- Heimberg RG, Juster HR (1995) Cognitive-behavioral treatments: literature review. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*, RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier (Ed), New York, Guilford Press, s.261-309.
- Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR ve ark. (1999) Psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale. *Psychol Med*, 29:199-212.
- Henn FA, MCKinney WT (1987) Animal models in psychiatry. *Psychopharmacology: A third generation of progress*. HY Meltzer (Ed), New York, Raven Press, s.687-695.
- Herbert JD, Hope DA, Bellack AS (1992) Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorders. *J Abnorm Psychol*, 101:332-339.
- Hollander E, Aronowitz BR (1999) Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: managing the complicated patient. *J Clin Psychiatry*, 60(Suppl 9): 27-31.
- Holt CS, Heimberg RG, Hope DA (1992) Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *J Abnorm Psychol*, 101: 318-325.
- Johnson Mi Lydiard R, Zealberg J ve ark. (1994) Plasma and CSF HVA levels in panic patients with comorbid social phobia. *Biol Psychiatry*, 36: 425-427.
- Kagan J, Reznick JS, Snidman N (1987) The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Dev*, 58:1459-1473.
- Kagan J, Reznick JS, Snidman N (1988) Biological basis of childhood shyness. *Science*, 240:167-171.
- Kendler KS, Neale MC, Kessler RC ve ark. (1992) The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelations of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Arch Gen Psychiatry*, 49:273-281.
- Kessler RC, Stein MB, Berglund P (1998) Social phobia subtypes in the National Comorbidity survey. *Am J Psychiatry*, 155: 613-619.
- Kessler RC, McGonagle K, Zhao S ve ark. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51:8-19.
- 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.
- King R, Mefford I, Wang C ve ark. (1986) CSF dopamine levels correlate with extraversion in depressed patients. *Psychiatr Res*, 19:305.
- Leary MR, Kowalski RM (1995) The self-presentation model of social phobia. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*, RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier (Ed), New York, Guilford Press, s.94-112.
- Leclercubier Y, Weiller E (1997) Comorbidities in social phobia. *Int Clin Psychopharmacol*, 12: 17-21.
- Lepine JP, Lellouch J (1995) Classification and epidemiology of social phobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 244:290-296.
- Lepine JP, Pelissolo A (1996) Comorbidity and social phobia: clinical and epidemiological issues. 11 (Suppl 3) 35-41.
- Levin AP, Saoud J, Strauman T ve ark. (1993) Responses of generalized and discrete social phobics during public speaking. *J Affect Disorders*, 7: 207-221.
- Liebowitz MR, Fyer AJ, Gorman JM ve ark. (1985) Specificity of lactate infusions in social phobia versus panic disorders. *Am J Psychiatry*, 142: 947-950.
- Liebowitz MR, Campaes R, Hollander E (1987) MAOI's : Impact on social phobia on social behaviour (letter). *Psychiatry Res*, 22:89-90.
- 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.
- Malizia AL (1997) PET studies in experimental and pathological anxiety. *J Psychopharmacol*, 11(3):88.
- Manuzza S, Fyer AJ, Liebowitz MR ve ark. (1990) Delineating the boundary of social phobia: Its relationship to panic disorder and agoraphobia. *J Anxiety Disorders*, 4: 41-59.
- Manuzza S, Schneier FR, Chapman TF ve ark. (1995) Generalized social phobia: reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 230-237.
- Marks IM, Lader MH (1973) Anxiety states (anxiety neurosis): a review. *J Nerv Ment Dis*, 156:18.
- Marks IM, Mathews AM (1979) Brief standart self rating for phobic patients. *Behav Res Ther*, 17:263-267.
- McEwan KL, Devins GM (1983) Is increased arousal in social anxiety noticed by others? *J Abnorm Psychol*, 92:417-421.
- McNeil DW, Ries BJ, Turk CL (1995) Behavioral assessment: self-report, physiology, and overt behavior. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*, RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier (Ed), New York, Guilford Press, s.202-231.

- Mellman TA (1989) Sleep panic attacks: New clinical findings and theoretical implications. *Am J Psychiatry*, 146:1204-1207.
- Mellman TA, Uhde TW (1989) Electroencephalographic sleep in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 46:178-184.
- Merinkangas K, Angst J (1995) Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 244:297-303.
- Mikkelsen EJ, Deltor J, Cohen DJ (1981) School avoidance and social phobia triggered by haloperidols in patients with Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry*, 138:1572-1576.
- Mineka S, Zinbarg R (1995) Conditioning and ethological models of social phobia. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*, RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier (Ed), New York, Guilford Press, s.134-162.
- Miner CM, Davidson JRT (1995) Biological characterization of social phobia. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*, 244:304-308.
- Montgomery SA (1996) Need for treatment and measurement of outcome: workshop report 2. *Int Clin Psychopharmacol*, 11(Suppl 3):103-108.
- Mullaney JA, Trippett CJ (1979) Alcohol dependence and phobias: Clinical description and relevance. *Br J Psychiatry*, 135:565-573.
- Nickell PV, Uhde TW (1995) Neurobiology of social phobia. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*, RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier (Ed), New York, Guilford Press, s.113-133.
- Papp LA, Gorman JM, Liebowitz MR ve ark. (1988) Epinephrine infusions in patients with social phobia. *Am J Psychiatry*, 145:733-736.
- Philips K, Fulker DW, Rose RJ (1987) Path analysis of seven fear factors in adult and sibling pairs and their children. *Genet Epidemiol*, 4:343-355.
- Potts NLS, Davidson JRT, Krishnan KR ve ark. (1992) Levels of urinary free cortisol in social phobia. *J Clin Psychiatry*, 52 (Suppl 11):41-42.
- Regier DA, Myers JK, Kramer M ve ark. (1984) The NIMH Epidemiological Catchment Area Program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*, 41:934-941.
- Reich J, Noyes R, Yates W (1988) Anxiety symptoms distinguishing social phobia from panic and generalized anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*, 176:510-513.
- Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld DR ve ark. (1991a) Behavioral inhibition in children: A possible precursor to panic disorder or social phobia. *J Clin Psychiatry*, 52 (Suppl 11):5-9.
- Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld DR ve ark. (1991b) Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: Results from a family study of children from a non-clinical sample. *J Psychiatr Res*, 25:49-65.
- Sanderson WC, DiNardo PA, Rapee RM ve ark. (1990) Syndrome co-morbidity in patients diagnosed with a DSM-III-revised anxiety disorder. *J Abnorm Psychol*, 99:308-312.
- Schneier FR, Martin LY, Liebowitz MR ve ark. (1989) Alcohol abuse in social phobia. *J Anxiety Disorders*, 3: 15-23.
- Schneier FR, Johnson J, Hornig CD ve ark. (1992) Social phobia: comorbidity and morbidity in epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*, 49:282-288.
- Schuckit MA (1986) Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorders. *Am J Psychiatry*, 143:140-147.
- Schuckit MA Tipp JE, Bucholz KK ve ark. (1997) The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction*, 92:1289-1304.
- Smail P, Stockwell T, Canter S ve ark. (1984) Alcohol dependence and phobic anxiety states. I. A prevalence study. *Br J Psychiatry*, 144:53-57.
- Stein MB, Heuser IJ, Juncos JL ve ark. (1990) Anxiety disorders in patients with Parkinson disease. *Am J Psychiatry*, 147:217-220.
- Stein MB, Walker JR, Forde DR (1994) Setting thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *Am J Psychiatry*, 151:408-412.
- Stein MB, Delaney SM, Chartiet M ve ark. (1995) 3H paroxetine binding to platelets of patients with social phobia: comparison to patients with panic disorder and healthy volunteers. *Biol Psychiatry*, 37:224-228.
- Stein MB, Leslie WD (1996) A brain SPECT study of social phobia. *Biol Psychiatry*, 39:825-828.
- Stein MB, Baird A, Walker JR (1996) Social phobia in adults with stuttering. *Am J Psychiatry*, 153:278-280.
- Stravynski A, Lamontagne Y, Lavallee YJ (1986) Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Can J Psychiatry*, 31:714-719.
- Tancer ME, Stein MB, Bessette BB ve ark. (1990a) The hypothalamic-pituitary-thyroid axis in social phobia. *Am J Psychiatry*, 147:929-933.
- Tancer ME, Stein MB, Uhde TW (1990b) Effects of TRH on blood pressure and heart rate in social phobia patients, panic disorder patients and normal controls; results of a pilot study. *Biol Psychiatry*, 27:781-783.
- Tancer ME, Stein MB, Uhde TW (1991) Lactate response to caffeine in panic disorder: a replication using an "anxious control group". *Biol Psychiatry*, 29:57.
- Tancer ME, Lewis MH, Stein MB (1995) Biological aspects. *Social Phobia: Clinical and Research Perspectives*, MB Stein (Ed), Washington DC, APP, s.229-257.
- Tancer ME (1993) Neurobiology of social phobia. *J Clin Psychiatry*, 54 (Suppl 12): 26-30.
- Thyer BA, Parrish RT, Himle J ve ark. (1986) Alcohol abuse among clinically anxious patients. *Behav Res Ther*, 24:357-359.
- Tiihonen J, Kuikka J, Bergstrom K ve ark. (1997) Dopamine reuptake site densities in patients with social phobia. *Am J Psychiatry*, 154:239-242.
- Torgersen S (1983) Genetic factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 40:1085-1089.

- Turner SM, Beidel DC, Dancu CV (1986) Psychopathology of social phobia comparison to avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 95:389-394.
- Turner SM, McCanna M, Beidel DC ve ark. (1987) Discriminative validity of the Social Avoidance and Distress and Fear of Negative Evaluation Scales. *Behav Res Ther*, 25: 113-115.
- Turner SM, Beidel DC, Dancu CV ve ark. (1989) An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The social phobia and Anxiety Inventory. *J Consult Clin Psychol*, 1:35-40.
- Uhde T, Tancer ME, Gelertner CS ve ark. (1994) Normal urinary free cortisol and postdexamethasone cortisol in social phobia: comparison to normal volunteers. *J Affect Dis*, 30:155-161.
- Versiani M, Nardi AE, Mundim FD ve ark. (1992) Pharmacotherapy of social phobia: a controlled study with moclobemide and phenelzine. *Br J Psychiatry*, 161:353-360.
- Wacker HR, Mulleijans R, Klein KH ve ark. (1992) Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD 10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, 2:91-100.
- Watson D, Friend R (1969) Measurement of social evaluative anxiety. *J Consult Clin Psychology*, 33: 448-457.
- Weiller E, Biseerbe JC, Boyer P ve ark. (1996) Social phobia in general health care: an unrecognised undertreated disabling disorder. *Br J Psychiatry*, 168:169-174.
- Weissman MM, Myers JK, Harding PS (1978) Psychiatric disorders in a US urban community. *Am J Psychiatry*, 134:459-462.
- Wells A, Clark DM (1997) Social phobia: a cognitive approach. *Phobias: A Handbook of Theory, Research and Treatment*, GCL Davey (Ed), White Sussex, Wiley, s.3-26.
- Wittchen HU, Beloch E (1996) The impact of social phobia on quality of life. *Int Clin Psychopharmacol*, 11(Suppl 3):15-23.
- World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Description and Diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.