

Çekingen Kişilik Bozukluğunun Klinik Özellikleri ve Tedavisi

Levent SEVİNÇOK*, Ferhan DEREBOY**, Çiğdem DEREBOY*

ÖZET

Çekingen Kişilik bozukluğu (ÇKB) konusunda şimdiye dek az sayıda çalışma yayımlanmıştır. ÇKB'nun, sosyal fobi (SF) ve bazı kişilik bozukluklarıyla ortak özellikleri vardır. ÇKB'nun tedavisi konusunda yeterli bilgi birikimi olmaması ve diğer bozukluklarla arasındaki bu örtüşme nedeniyle ÇKB'nun tedavi stratejisi daha çok, SF gibi ortak özellikler taşıdığı diğer bozuklukların tedavileriyle belirlenmiştir. Bu yazıda ÇKB'nun klinik özellikleri ve tanılma sorunları hakkında bilgi sunulmuştur. Bunun yanı sıra özellikle SF ile ilişkisi göz önüne alınarak ÇKB'ndaki farklı tedavi yaklaşımları tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Çekingen kişilik bozukluğu, sosyal fobi, tedavi, komorbidite.

KLİNİK PSİKIYATRİ 1998;1:22-26

SUMMARY

Abstract The Clinical Features and Treatment Implications of Avoidant Personality Disorder

The research literature on avoidant personality disorder (APD) is quite sparse. APD shares many elements with the Axis I disorder social phobia (SF) as well as with the other personality disorders. Because of this overlap and the lack of extensive literature on the effective treatment of avoidant personality disorder, treatment strategy of APD is determined mostly by the known effective treatments of disorders with which avoidant personality disorder shares common elements, especially SF. In this article we presented clinical features and the diagnostic matters of APD. We also discussed the different treatment approaches in respect to its relationship especially with social phobia.

Key Words: Avoidant personality disorder, social phobia, treatment, comorbidity.

KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TANI SORUNLARI

ÇKB ilk olarak 1969'da Millon tarafından tanımlanmış, daha sonra DSM-III'e alınmıştır. DSM-III ÇKB'nun tipik özellikleri olarak yaygın bir utangaçlık, ketlenme ve kaçınmayı vurgulamış ve 5 tanı ölçütü öngörmüştür (APA 1980). DSM-III-R (APA 1987) ÇKB tanısında bazı değişiklikler yapmış ve özellikle bağımlı kişilik bozukluğu gibi aralarında yakınlık bulunan bazı kavramlardan daha açık bir şekilde ayrılmasına gayret edilmiştir. Kabul görme isteği, düşük öz saygı gibi bu bozukluğun ifade edilmesinde başlangıçta çok önemli olduğu düşünülen özellikler çıkarılmış, yüz kızarma ve mahcup olma korkusu ile uygun olmayan ya da aptalca şeyler söyleme korkusu eklenmiştir. DSM-III-R ile birlikte toplumsal çekingenliğin ÇKB'nun en temel özelliği olduğu vurgulanmıştır. Aynı zamanda da SF tanısı, yaygın alt tipi getirilerek genişletilmiştir. DSM-III-R'den önce yapılan çalışmalarda ÇKB, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olması, yaygın bir sıkıntı, toplumsal yetilerdeki önemli azalmalar, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık ve çekingenlik ile belirli bir bozukluk olarak görülmekteydi (Greenberg ve Stravynski 1983, Turner ve ark 1986). ÇKB'nun prevalansı ve tanımsal geçerliliği ile ilgili verileri göz önüne alan DSM-IV çalışma grupları DSM-III-R tanı ölçütlerini de gözden geçirerek ÇKB tanı ölçütlerinde değişik-

* Yrd. Doç. Dr., **Doç. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, AYDIN

likler önermiştir. Bu değişikliklerle ÇKB ve diğer eksen II bozuklukları arasındaki ayrımların güçlendirilmesi ve SF ile arasındaki örtüşmenin azaltılması amaçlanmıştır (Millon 1995). İlk değişiklik DSM-III ölçütlerinden çıkarılmış olan "düşük öz saygı" ölçütüyle ilişkilidir. Eldeki bilgilere dayanarak ve ICD 10 ölçütleriyle uyumlu olmak üzere DSM-IV çalışma grubu "bir kişinin toplumsal olarak beceriksiz, kişisel olarak çekici olmadığı ve başkalarına göre aşağı olduğu inancı" olarak tanımlanabilecek yeni bir ölçüt önermiştir. Bir diğer yeni ölçüt, SF ölçütleriyle örtüşmesini azaltmak için DSM-III-R'daki 6 ve 7 nci ölçütlerin birleştirilmesi ile geliştirilmiştir. Bu yeni ölçüt "mahcup düşebileceğinden ötürü kişisel girişimlerde bulunmak ya da yeni etkinliklere katılmak istemez" olarak ifade edilmiştir. Sonuç olarak DSM-IV'de ÇKB'nun temel özelliği; "...toplumsal ketlenmenin, yetersizlik duygularının ve olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlılığın olduğu sürekli bir örüntü" şeklinde tanımlanmıştır (APA 1994).

AYIRICI TANI

ÇKB şizoid ve bağımlı kişilik bozuklukları, depresyon, psikotik bozukluklar gibi çeşitli eksen I ve II bozukluklarıyla klinik yönden karışmakla birlikte, daha çok SF ile arasındaki ilişki ve ayırıcı tanı konusunda güçlükler yaşanmaktadır.

ÇKB ile SF arasındaki ilişki hakkında yoğun tartışmalar yapılmaktadır. Klinik olarak SF'yi ÇKB'ndan klinikte ayırt etmenin çoğunlukla güç olduğu kabul edilmektedir. SF ve ÇKB'nun birbirleriyle yakından ilintili bozukluklar olduğu ve birçok ortak klinik özellikleri paylaştıkları belirtilmektedir. DSM-III'e göre toplumsal durumlardan uzak durma ve böyle durumlara bağlı olarak yaşanan anksiyete ÇKB kapsamı içinde değerlendirildiği takdirde SF tanısı konulamıyordu. ÇKB tanısı SF tanısının yerine geçiyordu. SF'yi özgül durumlarla sınırlı bir bozukluk olarak tanımlayarak, çekingen kişilerin de genelde insan ilişkilerinden korku duyduklarını belirterek, DSM-III bu iki kavramı birbirinden ayırmaya çalışmıştır (Turner ve ark. 1986). Bazı yazarlar da toplumsal anksiyetesi daha yaygın olan kişilerin ÇKB olarak tanımlanması gerektiğine inanmışlar ve SF'yi toplumsal anksiyetesi az ve özgül olan hastalarla sınırlamışlardır (Greenberg ve Stravinsky 1983). DSM-III-R ve DSM-IV'de ise fobik durum çoğu sosyal durumları içine alıyorsa yaygın tip SF (YSF) olarak belirtilebileceği ve ÇKB ek tanısının konulabileceği öngörülmüştür. DSM-III-R'de hem SF, hem de

ÇKB'nun; 1. Utanabileceği sosyal durumlardan korku duyma, 2. Sosyal durumlardan uzak durma, 3. Korkuya da sakınmaya bağlı olarak sosyal ya da mesleki işlevsellikte bozukluk şeklinde ortak özellikleri vardır. Her iki tabloda da çeşitli sosyal durumlarda birçok güçlük yaşanır. Farklı bir ölçüt olarak ÇKB'nda yeni sosyal olmayan etkinliklerde korku yaşanır ve erken yetişkinlikte başlayan sürekli bir örüntü vardır. SF ve ÇKB arasındaki örtüşme her iki tanının da aynı durumu farklı yönlerden tanımlayabildiğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada 7 ÇKB ölçütünün 4'ü yaygın tip SF'de belirlenmiştir. ÇKB olan hastalarda daha yoğun toplumsal anksiyete ve depresyon, başkaları tarafından olumsuz olarak değerlendirilme konusunda da daha yoğun kaygı bulunmuştur. ÇKB'ndaki yakın arkadaş olmaması ve günlük etkinliklerdeki riskleri abartma gibi özellikler SF'li hastalarda daha nadir bulunmaktadır. ÇKB olan SF'li hastaların işlevselliklerinin diğer SF'li hastalara göre daha kötü olduğu da belirtilmiştir. Bu hastalar yeni toplumsal durumlara girme konusunda daha ürkek ve isteksiz davranmaktadır (Schneier ve ark. 1991). Holt ve arkadaşlarına göre (1992), ÇKB'nun genel utangaçlık ve tehlikeli işlere girmeme ölçütleri ÇKB olan SF'liler tarafından en çok taşınan ölçütlerdir. SF'ye ÇKB'nun da eklenmesi SF'nin daha ağır bir alt grubunu oluşturabilir.

Yapılan çalışmalarda SF ile ÇKB arasındaki komorbidite oranı %60-100 arasında bulunmuştur. (Schneier ve ark. 1991, Fahlen 1995a, Turner ve ark 1992, Skodol ve ark. 1995, Holt ve ark. 1992, Herbert ve ark. 1992, Dahl 1996, Sevinçok ve ark. 1995). Bu bulgulara dayanarak araştırmacılar YSF ve ÇKB'nun nitelik olarak ayrı bozukluklar olmaktan çok aynı spektrumdaki psikopatolojinin nicelik olarak farklı türleri olduğunu ileri sürmektedirler.

ÇKB'NUN TEDAVİSİ

ÇKB'nun tedavisi ile ilgili az sayıda sistematik araştırma yapılmıştır. Bunların çoğu da farmakolojik olmayan tedaviler alanında olmuştur. YSF'nin tedavisi konusundaki çalışmalar ÇKB'nun tedavisine getirilen yaklaşımları büyük ölçüde etkilemiştir. ÇKB için tedavi ilkeleri belirlerken bu bozukluğun SF ile birçok benzerlik paylaştığını göz önüne alarak tedavide örtüşen özellikleri dikkatle değerlendirmek gereklidir (Brooks ve ark. 1989, Turner ve Beidel 1989, Widiger 1992). ÇKB olan hastaların bir terapi ortamındayken bile dikkatle bakılmasına oldukça duyarlı olduğunu hatırlamak önemlidir. Bu hastalar terapisten eleştiri gelece-

ği ve mahçup olma korkusundan ötürü iç yaşantılarını açık bir şekilde ifade etmekte isteksiz davranabilirler. Terapinin ilk ve en öncelikli hedefi bu hastaların tedaviye katılmalarını kolaylaştıracak güvenin sağlanmasıdır. Bu başarılı olmadığı takdirde hasta tedaviye katılmayacaktır.

ÇKB'nda davranışsal, psikodinamik, kişiler arası tedaviler, toplumsal beceri geliştirme terapileri, grup ve aile tedavisi gibi tedaviler kullanılmıştır. Aşağıda bu tedavi yöntemlerinden kısaca bahsedilmiştir.

Davranış Tedavileri: Davranış tedavilerinden herhangi biri toplumsal anksiyete ve çekinme davranışlarının tedavisinde etkin tedaviler olabilir. Bunlar arasında bilişsel-davranış terapisi, mantıksal-heyecan terapisi, sistematik duyarsızlaştırma, toplumsal becerileri geliştirme ile birlikte yüzleştirme teknikleri sayılabilir. Ayrıca anksiyete ile başetme teknikleri, bu hastalara terapinin gidişi sırasında korkulan durumlara yüzleştirme yapılırken anksiyete düzeylerinin yükseldiği terapinin başlarında uygulanmalıdır. Tedavinin yararları terapiden hemen sonra hissedilmeyebilir. İzleme çalışmaları birçok hastanın tedavi programını tamamladıktan aylar ya da yıllar sonra bunun yararını gördüklerini göstermektedir (Emmelkamp ve ark. 1985, Heimberg ve ark. 1990, Mersch ve ark. 1991). Bununla birlikte daha ağır hastalarda kısa bir tedavi programından sonra başka tedavilerin de gerekli olduğu görülmüştür (Mersch ve ark. 1991). Bazı yazarlar toplumsal çekingenliği olan kişilerin davranış tedavilerinden önemli ölçüde yarar görmelerine karşın, iyileşmenin sınırlı olduğu ve tedaviden sonra normal işlevsellik düzeylerine dönemeyebildiklerini bildirmişlerdir. (Alden 1989, Cappe ve Alden 1986).

ÇKB'nda yüzleştirme, toplumsal beceri geliştirme ve sistematik duyarsızlaştırma yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda, bu tedavileri gören hastalarda kontrol grubuna göre daha anlamlı iyileşme saptanmıştır. (Alden 1989, Cappe ve Alden 1986, Marzillier ve ark. 1976). Başka bir çalışmada Stravynski ve arkadaşları (1982) tek başına toplumsal beceri geliştirme ya da bununla birlikte bilişsel tedavi uygulanan hastalarda anlamlı düzelmeye elde etmişlerdir. Bu bilgilerin oldukça sınırlı olmasına karşın yaygın SF ve ÇKB için uygulanan bilişsel-davranışsal tedaviler, bilişsel yeniden yapılandırma ile yüzleştirme tedavileri birlikte yapıldığında tek başına yüzleştirmeden daha iyi sonuçlar elde edildiğini göstermektedir (Heimberg 1993).

Psikodinamik Terapiler: Yorumlayıcı teknikler tek başına ya da davranışsal ve yüzleştirme terapileriyle birlikte yararlı olabilir. Hastanın tehdit altında olduğunu hissetmesine, utanmasına ya da mahçup olmasına neden olan davranışlarının kontrolünü kaybedeceği korkusuyla ilişkili bilinçdışı fantazilerini yorumlamada "ortaya çıkarıcı" bir yaklaşım kullanılabilir. ÇKB olan hastalarda psikodinamik ve yüzleştirme terapileri bir arada yararlı olabilir.

Kişilerarası Terapi: Kişilerarası terapidde terapist ilk olarak hastanın utangaçlığı ve çekingenliğini yenmesi için destekleyici teknikler kullanır. Hasta tedavi ilişkisinde kendisini daha güvende hissettikçe, terapist kendisine güveni doğrudan destekleyen destekleyici ve yakın bir tutum sürdürür. Terapi ilerledikçe ve hastanın kendisine güveni arttıkça, terapist kaçınma davranışını giderek daha az destekler, yakınlığı ve korumayı azaltır (Cashdan 1982).

Grup Terapisi: ÇKB olan kişilerin diğer toplumsal ortamlarda olduğu gibi grup terapisinden de korkacakları açıktır. Yapılan çalışmalar grup terapisinin çekingen hastalarda yapılacak yüzleştirmeye dayanmaları için kesin bir şekilde etkin olduğunu göstermektedir. Toplumsal utangaçlığı azaltmada duygusal yaşantıların düzeltilmesi ve toplumsal becerilerin artırılmasında grup terapisi hastanın grup dışında da yakın ilişkiler kurmasını sağlayabilir. Psikodinamik yönelimli bir grup bu hastalara kendilerini toplumsal ortamlara sokma konusunda gerekli cesaret ve desteği sağlayabilir.

Aile Tedavisi: Aile üyeleri hastaya yardımcı olma niyetiyle aşırı koruyucu olabilirler, fakat gerçekte hastanın şans elde etmedeki isteksizliğini sürdürmesine yardımcı olmuş olurlar. Klinisyen onları hastadaki davranış değişikliklerinin önemi hakkında eğiterek aile üyelerinin tedavi sürecine katılmalarını yararlı bulabilir. Aile üyeleri hastanın toplumsal ortamlara katılmasını desteklemede oldukça yararlı olabildikleri gibi, hastayı yeni deneyimler araştırması konusunda teşvik ederlerken, duygusal destek de sağlayabilirler.

Farmakolojik Tedavi: ÇKB'nun ilaç tedavisi konusunda az sayıda çalışma olmasına karşın ÇKB ile sıklıkla örtüşen yaygın SF tedavisi ile ilgili çok sayıda yayın vardır (Brooks ve ark 1989, Herbert ve ark. 1992, Liebowitz ve ark. 1992, Turner ve ark. 1992).

Çeşitli çalışmalarda geri dönüşümsüz MAO engelleycilerinin (Deltito ve Stam 1989, Liebowitz ve ark. 1990b, Liebowitz ve ark. 1992) ve geri dönüşümlü

MAO engelleyicilerinin (Liebowitz ve ark. 1990b, van Vliet ve ark. 1992, Versiani ve ark. 1992, Fahlen 1995b) uygulanmasıyla ÇKB'nda semptomatik iyileşme gözlenmiştir. MAO engelleyicileri monoaminlerin etkin iletimini arttırdığı için bu durum monoaminlerin ÇKB patolojisine katkıda bulunabileceğini göstermektedir.

Tranilsipromin, fenelzin ya da fluoksetin ile tedavi edilmiş ÇKB olguları bildirilmiştir (Deltito and Stam 1989). Başka çalışmalarda da fluoksetinin ÇKB'nun temel belirtilerinde iyileşme sağladığı bulunmuştur (Schneier ve ark. 1990, Schneier ve ark. 1992, Sternbach 1990, Black ve ark. 1992, Liebowitz ve ark. 1991). Bu bulgular serotonerjik anormalliklerin ÇKB'nun gelişmesinde rol oynadığını göstermektedir.

Benzodiazepinlerin bazı araştırmalarda SF'yi tedavide de etkin olduğu (Davidson ve ark. 1991, Munjack ve ark. 1990, Ontiveros ve Fontaine 1990), bazı çalışmalarda da olumsuz sonuçlar elde edildiği görülmektedir (Liebowitz ve ark. 1990a). Yüksek potens benzodiazepinler, alprazolam ve klonazepamın yaygın SF tedavisinde etkin olduğu bilinmektedir (Davidson ve ark. 1991, Rickels ve ark. 1993). Bazı araştırmacılar SF'li birçok hastadaki klinik tablonun parçası olarak ÇKB özelliklerine dikkat çekmişler ve birçok belirtinin alprazolam tedavisi ile iyileşmesine karşın bu belirtilerin biri dışında tedaviden sonra başlangıçtaki düzeylerine döndüğünü bulmuşlardır (Reich ve ark. 1989). Bir araştırmada alprazolamın ÇKB'nun aptalca şeyler söyleme korkusu ya da kişisel temas gerektiren toplumsal ve mesleki ortamlardan kaçınma gibi özgül belirtilerini azalttığı bulunmuştur (Deltito and Stam 1989). Bu bulgular GABAerjik etkinlikteki azalmanın ÇKB ile ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Bu gözlemleri doğrulamak için çift-kör plasebo kontrollü çalışmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir. Ancak MAOI'leri, SSRI'ler, β-adrenergik reseptör antagonistleri ve benzodiazepinlerin herbirisinin anksiyete

ve aşırı engellenme ile karakterize olan kişilik bozukluğu olan hastaların genel tedavisinde ek tedaviler olarak düşünülebileceği de belirtilmektedir.

Şimdiye dek ÇKB'nun birincil tedavi yöntemi olarak herhangi bir ilaç tedavisi önerilmemiştir. Ancak yaygın SF'li hastalarda MAOI ve benzodiazepinlerin tedavideki etkinliğinin kanıtlanması bu ilaçların ÇKB olan hastalarda da kullanılmasını gündeme getirmiştir. Bu tip ilaçlarla yapılan tedaviler çekingenlik, reddedilme duyarlılığı, psişik acının artması, kendi kendini eleştirme ve kendini toplumsal ilişkilerden çekme gibi ÇKB'nun temel özelliklerini etkileyebilir. Bu tedavilerle girişkenliğin arttığı, mesleki ve toplumsal işlevselliğin iyileştiği ve toplumsal duyarlılığın azaldığı bildirilmiştir. Bu belirtilerdeki iyileşme SF gibi diğer eksen I tanılarındaki belirtilerin iyileşmesinden bağımsız olmaktadır (Deltito and Stam 1989). Genel olarak Eksen I tanısına bir kişilik bozukluğunun eşlik etmesi halinde farmakoterapinin etkinliğinin daha az olduğu kabul edilmekle birlikte, yapılan çalışmalar eşlik eden ÇKB'nun SF'de ilaç tedavisine yanıtı azaltmadığını göstermektedir. Bütün bu bulgulara karşın SF ile ÇKB'nun örtüşüp örtüşmediği ve kişilik bozukluklarının da kişilerarası ilişkilerde bozulmalara neden olmasından ötürü kişilik bozukluğu belirtilerinin SF'nin tedavisi ile azalıp azalmayacağı tartışma konusu olmaya devam etmektedir.

SONUÇ

ÇKB giderek daha sıklıkla tanınan ve hem toplumsal, hem de mesleki işlevsellikte yıkıma yol açan bir bozukluktur. Çoğu kişilik bozukluğunda olduğu gibi ÇKB'nda da temel tedavi seçeneğinin psikoterapi olduğu genel kabul görmektedir. Burada bahsedildiği gibi bazı tedavi yöntemleriyle bir miktar iyileşme sağlanmasına rağmen, yapılan az sayıdaki çalışma bu bozukluğun kesin bir tedavisi olmadığını göstermektedir. Bu bozukluk için her türlü tedavileri içine alan çok sayıda çalışma yapılması gereklidir.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Baskı. Washington DC. American Psychiatric Association.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1987). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM-III-R), (Çev. E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1989.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 4. Baskı (DSM-IV), (Çev. E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Alden L (1989) Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. J Consult Clin Psychol, 56:756-764.

Black B, Uhde TW, Tancer ME (1992) Fluoksetin for the treatment of social phobia (letter). J Clin Psychopharmacol, 12:293-295

Brooks RB, Baltazar PL, Munjack DJ (1989) Co-occurrence of personality disorders with panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: a review of the literature. Journal of Anxiety Disorders, 3:359-385.

- Cappe RF, Alden LE (1986) A comparison of treatment strategies for clients functionally impaired by extreme shyness and social avoidance. *J Consult Clin Psychol*, 54:796-801.
- Cashdan S (1982) Interactional psychotherapy: using the relationship, in *Handbook of Interpersonal Psychotherapy*. Edited by Anchin J, Kiesler D. New York, Pergamon, s. 218-224.
- Dahl AA (1996) The relationship between social phobia and avoidant personality disorder: workshop report 3. *Int Clin Psychopharmacol*, 3 (suppl 11):109-12.
- Davidson JRT, Ford SM, Smith RD ve ark. (1991) Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *J Clin Psychiatry*, 52 (suppl 11):16-20.
- Deltito JA, Stam M (1989) Psychopharmacology treatment of avoidant personality disorder. *Compr Psychiatry*, 30:498-504.
- Emmelkamp PMG, Mersch PP, Vissia E (1985) Social phobia: a comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behav Res Ther*, 23:365-369.
- Fahlen T TI (1995a) Personality traits in social phobia, I: Comparisons with healthy controls. *J Clin Psychiatry*, 56(12):560-8.
- Fahlen T (1995b). Personality traits in social phobia, II: Changes during drug treatment. *J Clin Psychiatry*, 56(12):569-73.
- Greenberg D ve Stravynski A (1983) Social phobia. *Br J Psychiatry*, 143:526-527.
- Heimberg RG, Dodge GS, Hope DA ve ark. (1990). Cognitive behavioral treatment for social phobia: comparison to a credible placebo group. *Cognitive Therapy and Research*, 14:1-23.
- Heimberg RG (1993) Specific issues in the cognitive-behavioral treatment of social phobia. *J Clin Psychiatry*, 54 (Suppl 12):36-45
- Herbert JD, Hope DA, Bellack AS (1992) Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 101:332-339.
- Holt CS, Heimberg RG, Hope DA (1992) Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia [see comments] *J Abnorm Psychol*, 101(2): 318-25.
- Liebowitz MR, Schneier F, Campeas R ve ark. (1990a) Phenelzine and atenolol in social phobia. *Psychopharmacol Bull*, 26:123-125.
- Liebowitz MR, Hollander E, Schneier F ve ark (1990b) Reversible and irreversible monoamine oxidase inhibitors in other psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 360 (suppl):29-34.
- Liebowitz MR, Schneier FR, Hollander E, et al (1991) Treatment for social phobia with drugs other than benzodiazepines. *J Clin Psychiatry*, 52 (suppl 11):10-15.
- Liebowitz MR, Hollander E, Schneier F ve ark (1992) Reversible and irreversible monoamine oxidase inhibitors in other psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 360 (suppl): 29-34.
- Marzillier JS, Lambert C, Kellett J (1976). A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. *Behav Res Ther*, 14:225-238.
- Mersch PPA, Emmelkamp PMG, Lips C (1991) Social phobia: individual response patterns and the long-term effects of behavioral and cognitive interventions: a follow-up study. *Behav Res Ther*, 29:357-362.
- Millon T (1995) Avoidant personality disorder, in *DSM-IV Sourcebook*, Cilt 2, TA Widiger, AJ Frances, HA Pincus ve ark. (Ed), Washington DC, American Psychiatric Association.
- Munjack DT, Baltazar PL, Bohn PB ve ark. (1990) Clonazepam in the treatment of social phobia: a pilot study. *J Clin Psychiatry*, 51(suppl 5):35-40.
- Ontiveros A, Fontaine R (1990) Social phobia and clonazepam. *Can J Psychiatry*, 35:439-41.
- Reich J, Noyes R Jr, Yates W (1989) Alprazolam treatment of avoidant personality traits in social phobic patients. *J Clin Psychiatry*, 50:91-95.
- Rickels K, Schweizer E, Weiss S ve ark. (1993) Maintenance drug treatment for panic disorder, II: short- and long-term outcome after drug taper. *Arch Gen Psychiatry*, 50:61-68.
- Schneier FR, Liebowitz MR, Davies SO ve ark. (1990) Fluoxetine in panic disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 10:119-121.
- Schneier FR, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1991) The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Compr Psychiatry*, 32:496-502.
- Schneier FR, Chin SJ, Hollander E ve ark. (1992) Fluoksetin in social phobia (letter). *J Clin Psychopharmacol*, 12:62-63.
- Sevinçok L, Şahin M, Yüksel N (1998). Sosyal fobi ve çekingen kişilik bozukluğu: Sosyal fobili bir grup hasta üzerinde kavramsal bir tartışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(1):38-42.
- Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE, ve ark. (1995) Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *J Psychiatr Res*, 29(5):361-74.
- Sternbach H (1990) Fluoksetin treatment of social phobia (letter). *J Clin Psychopharmacol*, 10:230.
- Stravynski A, Marks I, Yule W (1982) Social skills problems in neurotic outpatients: social skills training with and without cognitive modification. *Arch Gen Psychiatry*, 39:1378-1385.
- Turner SM, Beidel DC, Dancu CV ve ark. (1986) Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 95:389-394.
- Turner SM, Beidel DC (1989). Social phobia: clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9:3-18.
- Turner SM, Beidel DC, Townsley RM (1992) Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 101:326-331.
- van Vliet IM, den Boer JA, Westenberg HG (1992) Psychopharmacological treatment of social phobia: clinical and biochemical effects of brofaromine, a selective MAO-A inhibitor. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2:21-29.
- 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.
- Widiger TA (1992) Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: a commentary on three studies [comment] *J Abnorm Psychol*, 101(2): 340-3.