

# Sosyal Fobi

**Doç. Dr. Nesrin DİLBAZ\***

## Özet

*Sosyal fobi kişinin başkalarının değerlendirilmesi mümkün olan birden çok ortamdan sürekli korkma ve bu ortamlarda olabildiğince kaçınma davranışları gösterme hali; aşağılanacağı, utanç duyacağı ya da gülünç duruma düşecek biçimde davranacağıyla ilgili sürekli endişe duyma durumu olarak tanımlanabilir. Bu yazı görülme sıklığı %3-13 arasında değişmekte olan sosyal fosinin epidemiyolojisi, kliniği, tanı ve sınıflandırılması, biyolojik yönleri, prognozu ayırıcı tanısı ve tedavisi konularında pratisyen hekimlere ve psikiyatri uzmanlık öğrencilerine bilgi aktarmayı amaçlamaktadır.*

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1997;1:18-24

Sosyal fobi, 1966'da Marksve Gelder tarafından tanımlanmasına karşın ilk kez Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın 3. Baskısında (DSM-III) yer almıştır. "Sosyal fobi" kavramı, konuşurken, piyano çalarken veya yazı yazarken başkaları tarafından gözlenme korkusu duyan hastaları tanımlamak için ilk kez 1903'de Janet (phobias des situations sociales) tarafından kullanılmıştır.

*Tanımlama:* Sosyal fobi kişinin başkalarının değerlendirileceği birden çok durumdan sürekli korkma; aşağılanacağı, utanç duyacağı ya da gülünç duruma düşecek biçimde davranacağından korkma durumu olarak tanımlanmıştır. Sosyal fobisi olan insanlar sosyal ortamlarda veya performans gerektiren durumlarda olumsuz değerlendirilip aşağılanacağı 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.

## Tanı ve Sınıflandırma

DSM-II'de (1968) tüm fobik bozukluklar "fobik nörozlar başlığı altında toplanmışken DSM-III'de (1980) agorafobi (panik ataklı veya panik ataksız), sosyal fobi ve basit fobi gibi alt gruplar tanımlanmıştır. DSM-III-R'de sosyal fobi başkaları tarafından değerlendirileceği bir veya birden çok durumdan sürekli ve gerçeğe uygun olmayan korku duyma ve bu durumdan kaçınma, davranabileceğinden korkma olarak tanımlanmıştır.

DSM-IV'de (1994) belirlenen tanı ölçütleri de DSM III-R'den farklılıklar göstermektedir (Tablo 1). DSM-IV'te bireyin belirgin anksiyete belirtileri göstermesinden korkması koşulu eklenmiştir. Buna göre terleme gibi anksiyete belirtileri, başkaları tarafından fark

\* Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ANKARA

edilecek korkusu gibi diğer ölçütleri de karşılıyorsa sosyal fobi tanısı konulmaktadır.

Sosyal fobinin alt tiplerinin sınıflandırılması konusu halen tartışmalıdır. 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 anksiyete 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.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması'nın 9. basımında (ICD-9) 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.

#### Epidemiyoloji

Sosyal fobinin başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. Belirli sayıdaki sosyal fobiklerin hastalıklarının yaşam boyu sürdüğünü belirttikleri gözönüne alındığında hastalıkların ortalama başlangıç yaşı gerçek verileri yansıtmamaktadır.

Başlangıç yaşı, yaygın olmayan tip sosyal fobide 22.6, çekingen kişilik bozukluğu ile birlikte yaygın tip sosyal fobide 16.0, çekingen kişilik bozukluğu olmaksızın yaygın tip sosyal fobide ise 10.9 olarak bildirilmiştir. Başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-20 yıl sonra, 30 yaşları civarında olmaktadır. Bu gecikme sosyal fobinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve sosyal fobiklerin bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanmaktadır.

Alan çalışmalarına göre sosyal fobi kadınlarda daha sık görülürken (%62.7-%70) klinik çalışmalar ise görülme sıklığının erkeklerde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu durum kadınların daha fazla sosyal kaygı bildirirken, yardım alma konusunda tedavi arayışının erkeklerde daha yüksek olması ile açıklanmaktadır.

Epidemiyolojik verilere göre sosyal fobi tanısı alanlarda evli olmama oranı kontrollerden daha fazladır. Sosyal fobisi olanların sosyo ekonomik ve eğitim durumlarının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalara karşı kontrol grubu ile bir farklılık bulunmadığı yönünde sonuçlar veren çalışmalar da mevcuttur. Yaygın sosyal fobisi olanların ise hem eğitim düzeyleri hem de meslek sahibi olma oranları daha düşüktür.

#### **Tablo 1. Sosyal fobinin DSM-IV'e göre tanı ölçütleri**

A. Sosyal ortamlarda ya da performans gerektiren durumlarda veya tanımadık insanlar önünde 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, donma kalma veyatanıdık 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 durumlardan kaçınır veya yoğun anksiyete veya sıkıntı ile katlanabilir.

Korkulan toplumsal veya performans durumlarda kaçınma, kaygılı beklenti veya sıkıntının kişinin olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini (ya da eğitim ile ilgili olan), toplumsal etkinliklerini veya ilişkilerini bozar veya fobi 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, agorafobi 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 (örn: şöyleyişleri başlatma ya da sürdürme, küçük topluluklara katılma, karşı cins ile çıkma, üstleri ile konuşma, partilere gitme). Not: Çekingen kişilik bozukluğu ek tanısı da koymayı düşününüz.

Tablo, "Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 4. Baskı (DSM-IV) Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1994'ten yayıncının izni ile kullanılmıştır.

### Klinik gidiş ve prognoz

Klinik deneyimler sosyal fobinin belirli oranlarda işlev kaybı ile ilintili olduğunu göstermektedir. Olguların %92'sinin mesleki işlevlerinde, %85'inin akademik performanslarında %70'inin ise sosyal ilişkilerinde bozukluk oluşmaktadır.

### Etiyoloji

#### Psikodinamik Model

İnsanların sağlıklı gelişimleri sırasında doyum sağlayıcı bir bağlanma (attachment) istekleri mevcuttur. Bağlanma davranışı kendine bakım veren kimsenin yeni doğana yakın olmasını sağlar. Bu kişilerin yakınlığı yaşamı sürdürmek için gerekli olan yetilerin öğrenilmesini sağlar. 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. Erken ilişkilerin kalitesi ve sürekliliği nesne ilişkilerinin temelini oluşturur. Bu içselleştirilmiş nesne reprezentasyonları başkalarının davranış ve tutumları ile ilgili beklentileri oluşturur. Sürekli ve doyum sağlayıcı nesne reprezentasyonları tehlikelere karşı güven ve emniyet duygusunun geliştirilmesini sağlar. Nesne ilişkilerindeki bozukluklar kişisel güvenliği sarsar ve anksiyeteye yakınlığı artırır.

#### Psikobiyojik Model

Savunma / güvenlik modeline göre:

- 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 fobi gelişebilir.

#### Öğrenme (koşullanma) modelleri

Diğer özgül fobilerde olduğu gibi ya da daha fazla travmatik koşullandırıcı yaşantının sonucu olarak sosyal fobi gelişebileceği önemli bir varsayımdır. Doğrudan travmatik koşullanmada sosyal fobikler fobilerinin kaynağını oluşturan yaşantıları belleğe geri çağırabilirler. Gözlemsel koşullanmada ise belirli bir durum veya nesne karşısında bir başkasının

korkusunun gözlenmesi korku veya fobi oluşması için yeterli olmaktadır.

#### Bilişsel model

Sosyal fobinin çekirdeğinde başkaları üzerinde olumlu bir izlenim yaratma isteğine karşın bunun sağlanabileceği konusunda belirgin bir güvensizlik vardır. Korkulan sosyal durum ile karşı karşıya gelince doğuştan davranış yatkınlıkları yanısıra daha önceki yaşantı ve deneyimlere ait olumsuz düşüncelerin etkileşimi sonucu sosyal fobiklerde mevcut durumla ilgili tehlike algısı oluşturarak bir dizi kabullenme oluşur. Sosyal fobikler bu tür ortamlara girdiklerinde, (1) beceriksiz ve kabul görmeyecek biçimde davranacakları tehlikesi ile karşı karşıya olduklarına, (2) bu davranışlarının reddedilme, değer ve sosyal mevki kaybına neden olacak bir felakete sonuçlanacağına inanmaktadırlar. Sosyal fobik böyle bir tehdit algıladığında "anksiyete programı" otomatik ve refleks olarak aktive olur ve anksiyetenin somatik ve davranışsal belirtileri algılanan tehlike ve anksiyetenin kaynağı haline gelir. Ortaya çıkan rahatsız edici bedensel belirtiler ve sosyal olarak olumsuz değerlendirme korkularına odaklanma nedeniyle temel sosyal ipuçlarını kaçırmaları. Sosyal fobiklerin olumsuz değerlendirileceklerine ilişkin düşünce ve inaçlarına kanıt bulmak için dikkatlerini seçici olarak olumsuz durumlara yoğunlaştırmalarında anksiyete durumunu arttırmaktadır.

#### Kendilik sunumu (Self presentation) modeli

Sosyal anksiyetenin kendilik sunumu varsayımına göre insanlar şu iki durum birlikte oluşunca sosyal anksiyete yaşarlar: Kişi, (1) diğer insanlar üzerinde iyi izlenim bırakma konusunda özellikle isteklidir, (2) isteği izlenimi elde etme konusunda şüpheleri vardır. Bu iki durumdan herhangi biri olmazsa sosyal anksiyete de gelişmez.

#### Sosyal beceri modeli

Bu varsayımına göre sosyal anksiyete sosyal beceri eksikliği sonucu oluşur. Bu modelde hem olumsuz değerlendirme korkusu, hem de koşullanma dönemleri hastaların temel zorlamalarının epifenomenini oluşturur. Hatta bu etmenler korkuyu daha da yoğunlaştırabilir. Sosyal beceri eksikliği sosyal fobiden çok çekingen kişilik bozukluğunda görülmektedir.

#### Gelişimsel Etmenler

Çocukluk ve ergenlikte utangaçlık ile sosyal fobinin ilişkisi tam olarak açıklanamamış olmasına karşın bir iki bozukluğun temelinde var olan bir veya birden fazla ortak yatkınlık olabilir. Duygusallık, davranışsal ketlenme ve aşırı dikkatlilik gibi kalıtsal olarak geçtiği belirtilen özelliklerin olumsuz sonuçları (örneğin zorbalık gibi) aşırı korunma ve kollama gibi davranışlar sergilemeyen ve aile bireylerinin duygularını ifade etmelerine izin veren aile tutumu ile azaltılabilir. Orta ve geç çocukluk döneminde, (1) Çocuk yetiştirme konusunda ebeveynler arası uyumsuzluk (2) olumsuz akran ilişkileri ve (3) benlik saygısındaki bozukluklar tek başına veya birlikte yatkınlığa neden olurlar. Utangaçlık ve sosyal fobinin davranışsal ve bilişsel özellikleri birbirine benzemektedir.

#### Kişilik Bozuklukları

Sosyal fobi yeni tanımlanan bir hastalık olması nedeniyle kişilik yapısı ile olan ilişkisine açıklık kazandıracak yeterli veri yoktur. Ancak sosyal fobisi olanlarda psikiyatrik bozukluğu görülmektedir. Özellikle çekingen kişilik bozukluğu ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu sosyal fobi ile yakından ilişkilidir.

#### Genetik

Sosyal fobinin etiolojisinde genetik etmenlerin rolünü araştırmak amacıyla yapılan aile ve ikiz çalışmalarının sonuçları tüm olgularda genetik etmenlerin orta düzeyde katkısı olduğunu desteklemektedir. Monozigot ikizlerde konkordans %24.4, dizigot ikizlerde ise %15.3 bulunmuştur ve sosyal fobi kalıtsal geçiş indeksinin %30 civarında olduğu öne sürülmüştür. Sosyal korkularla ilgili olarak yapılan çalışmalarda ise geçiş ile ilgili sonuçlar %50 ile %22 arasındadır. Göreceli de olsa sosyal fobi riskinin artmış olması kuşaklararası geçiş ile ilgili kanıtlar oluşturmaktadır.

Sosyal fobisi olanların akrabalarında sosyal fobi sıklığının (%15), kontrol grubunun 2.5 katı olduğunu bildiren tek çalışmada gösterilen ailesel geçişin kabul görmesi için başka çalışmalarla benzer sonucun tekrar edilmesi gerekmektedir. Yeni doğanların yaklaşık %10-15'i bu dönemde huzursuz, okul öncesi dönemde akranlarına kıyasla daha korkak ve okul yaşlarında ise daha dikkatli ve içe dönüktür.

#### Biyolojik Yönleri

##### Kimyasal Çalışmalar

Standart laktat infüzyonu uygulanan sosyal fobisi olan hastaların (%6.7) panik bozukluğu olan hastalara (%48) kıyasla çok daha az oranda panik atağı geçirmesi ve kafeine yanıt olarak sosyal fobik hastalarda laktat düzeylerinin çok fazla artmaması sosyal fobi ile panik bozukluğunun ayrı klinik tanılar olduğunu desteklemektedir.

##### Psikonöroendokrin değerlendirme

Hipotalamo-hipofizer-tiroid eksen ile ilgili yapılan çalışmalarda sosyal fobi tanısı alan hastalarda eşleştirilmiş normallerin triiyodotironin (T3), toplam ve serbest tiroksin (T4), tiroid stimule eden hormon (TSH) düzeyleri ile tirotropin salgılatıcı hormon (TRH) infüzyonuna yanıt olarak salgılanan TSH düzeyinde ve antitroid antikörlerinin pozitif olma oranları arasında farklılık mevcut değildir. Buna karşın TRH infüzyonu sonrası panik bozukluğu olan hastalar ve normal kontrollere kıyasla sosyal fobiklerde sistolik kan basıncı ve arteriyel basınçtaki belirgin artış sosyal fobiklerde otonomik aktivitedeki artışın göstergesidir.

Sosyal fobik hastalarda serbest idrar kortizol düzeyinin ve deksametazon baskılama testinin sonuçlarının normal olması, sosyal fobik hastalarda hipotalamo-hipofizer-adrenal eksenin normal işlevini sürdürdüğünü göstermektedir. Bu konuda kesin sonuca varabilmek için testleri gibi daha duyarlı testlerin yapılması gerekmektedir.

##### “Doğal challenge” çalışmaları

Sosyal fobi ve panik bozukluğunun ayırıcı tanısı için yapılan çalışmalarda yapay fobik durumlara maruz bırakılan sosyal fobik hastaların normal kontrollere göre subjektif anksiyete yakınmalarında daha fazla artış olması ve ortostatik challenge çalışmalarında panik bozukluğu olan hastalarla sosyal fobisi olanların farklı yanıtları veriyor olması bu iki hastalığın ayrı klinik tanılar olduğunu desteklemektedir.

##### Nörofarmakolojik challenge çalışmaları

Yapılan çalışmaların sonuçları sosyal fobik hastalarla panik bozukluğu olanların benzer ölçüde noradrenerjik işlev bozukluğu olduğunu göstermektedir. Randomize çift-kör levodopa, fenfluramin, oral klonidin ve plasebo verilen “dörtlü challenge” çalışma sonuçlarına göre sosyal fobisi olan hastaların noradrenerjik ve dopaminerjik aktiviteleri normal serotonerjik ve dopaminerjik aktiviteleri normal serotonerjik ve dopaminerjik aktiviteleri normal

serotonerjik nörotransmisyon işlevleri ise bozuktur.

Periferik reseptör ölçümleri

Sosyal fobik hastalardaki H3-paroksetin bağlanma bölgelerinin yoğunluğu ile ilgili ölçümler sonucunda serotonin transportunda bir bozukluk olmadığı gösterilmiştir. Beta adrenarjik reseptör yoğunluğu yaygın sosyal fobisi olan kişilerde normaldir.

İşlevsel görüntüleme teknikleri

Manyetik rezonans spektroskopisi ile yapılan çalışmada sosyal fobiklerde normal kontrollere göre N-asetil-aspartatın diğer metabolitlere oranı ile subkortikal, talamik ve kaudat bölgelerde kolin ve kreatinin düzeyleri düşüktür. Yapılan SPECT çalışmasında ise bölgesel farklılıklar gösterilememiştir.

Klinik Tanı

Belirti değerlendirme ölçekleri

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAS): Liebowitz'in 1987'de geliştirdiği 13 performans ve 11 sosyal etkileşim durumunu içeren toplam şiddetin yanı sıra performans korkusu, performans kaçınması, sosyal korku ve sosyal kaçınmayı ölçen 24 maddeden oluşur.

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

Sosyal Fobi ve Anksiyete Ölçeği (SPAI): 1989'da Turner ve arkadaşları tarafından geliştirilen 32 maddesi sosyal fobi ve 13 maddesi agorafobi ilgili 45 maddeden oluşmuştur.

Korku Soru Formu: Marks ve Mathews tarafından 1976'da geliştirilen agorafobi, sosyal fobi ve kayıranlanma fobisi olmak üzere toplam 15 madde ve üç alt ölçekten oluşmuştur.

Davranışın değerlendirilmesi

Sosyal Fobi Ölçeği (SPS), Sosyal Etkileşim Ölçeği (SIAS), Sosyal Kaçınma ve Sıkıntı Ölçeği (SAD), Olumsuz değerlendirme ölçeği (FNE) davranış değerlendirilmede kullanılan ölçeklerden önemli olanlardır.

Ayrırcı Tanı ve Eştanılar

Panik bozukluğu: Sosyal fobisi olan hastalarda

yaşam boyu ek tanı olarak panik bozukluğu görülme sıklığı %17-50 arasında değişmektedir. Ayrıca klinik özellikler göz önüne alındığında sosyal anksiyete ve panik atakların her iki sendromda da görülmesi ayırıcı tanının yapılmasını güçleştirmektedir. Sosyal fobinin sosyal ortamlarda gelişmesi; utanma, aşağılanma ve olumsuz değerlendirilme korkularının varlığı; utanacağı veya küçük düşeceği bir şey yapma veya söylemekten kaçınma ayırıcı tanıda gözönüne alınması gerekli özelliklerdendir. Sosyal fobide kızarma, terleme sıklıkla görülen yakınmalar iken panik bozukluğunda çarpıntı, göğüs ağrısı, soluk alamama, baş dönmesi, görme bulanıklığı ve baş ağrısına daha sık rastlanır. Ayrıca sosyal fobikler anksiyete atakları sırasında nadiren öleceklerinden korkarlarken agorafobili panik bozukluğunda panik atağı sırasında ölme, kontrolünü kaybetme ve çıldırma korkusu klasik özelliklerdir. Sosyal fobiklerde sorunun çok daha erken yaşlarda başladığı da unutulmamalıdır.

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

Beden dismorfik bozukluğu: Bu kişiler görünüşlerindeki bozukluk ile ilgili aşırı uğraş içinde olup dış görünüşlerinden utandıkları için sosyal ilişkiden kaçınırlarsa da sosyal ortamlardan uzak durmak sorunları azaltmaz.

Major depresyon: Sosyal fobisi olan hastalarda yaşam boyu major depresyon görülme sıklığı %35-80 arasında değişmektedir. Bazı araştırmacılara göre panik bozukluğu olan hastalarda sosyal anksiyetenin varlığı depresyon için bir risk oluşturmaktadır. Ayrıca major depresyonu olan hastaların depresif dönemlerinde sosyal fobi benzeri bir tablo oluşmaktadır. Ancak bu enerji kaybı ve anhedoniye ikincil olarak gelişmektedir. İki bozukluğun birlikte olduğu durumlarda eğer major depresyonun birlikte olduğu durumlarda eğer major depresyonun olmadığı daha önceki bir dönemde de sosyal fobi belirtileri mevcutsa tanı sosyal fobi olarak konulmalıdır.

Yeme bozuklukları: Özellikle bulimikler olmak üzere

yeme bozukluğu olan kadınlarda sosyal fobinin ek tanısı çok çarpıcı bir bulgudur.

**Madde kötüye kullanımı:** Alkolik hastalarda sosyal fobi görülme sıklığı %8-56 arasındadır. Sosyal fobiler, sosyal anksiyeteleri ile başatmede ilaç yerine alkol kullanırlar.

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

**Çekingen kişilik bozukluğu:** DSM-III-R tanısı ölçütleri incelendiğinde bir çok ölçütün ortak olması nedeniyle iki tanısı sıklıkla üstüste binışmektedir. Tek başına yaygın sosyal fobisi olanlara kıyasla çekingen kişilik bozukluğu olanlarda anksiyete düzeyi daha yüksek, işlevsel kayıp daha fazladır. 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 kaçınmayı içeren çekingen kişilik bozukluğu tanısı ölçütleri sosyal fobi ölçütlerine benzemektedir. Bu nedenle bu iki bozukluğu ayırt etmek yerine DSM sistemine göre eksen I ve II tanılarını koymak daha uygun olacaktır.

**Tedavi**

**İlaç Tedavisi**

**İrreversibl Monoamin Oksidaz İnhibitörleri:** Fenelzin sosyal fobi tedavisinde üzerinde en çok araştırma yapılan ilaçtır. Yapılan çalışmaların sonucunda hastaların 2/3'ü tedaviden yarar görmüştür. Uygulandığı süre içinde etkinliği azalmayan fenelzin 6-9 ay gibi uzunca bir süre kullanılmış olsa bile kesildiğinde belirtiler tekrar alevlenebilir. Fenelzinle tranilsipromine göre spontan hipertansif kriz daha nadir gelişse de hasta yan etkiler ve diyet kısıtlaması konusunda uyarılmalıdır.

**Reversibl Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (RIMA):** Üç adet plasebo kontrollü 1000 kişiden fazla kişiyi içeren çalışmada moklobemidin tedavi etkinliği ve doz yanıt ilişkisi gösterilmiştir. Fenelzin ile yapılan karşılaştırmalı çalışmada ise 16 hafta sonra moklobemid ile %80, fenelzin ile %90 oranında hastalık belirtilerinin tama yakın iyileştiği, moklobemide ve fenelzine bağılı olarak oluşan yan etki oranının

sırasıyla %11.8 -95.2 oranında olduğu görülmüştür. Uykusuzluk veya uyku hali, ağız kuruluğu ve baş ağrısı görülen yan etkilerdendir.

**Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI):** 1994'de Boer ve arkadaşlarının 30 kişi üzerinde fluvoxamin ve plasebo kontrollü yaptıkları çalışmada dışında kontrollü çalışma mevcut değildir. Bu çalışmada, 12 haftanın sonunda plaseboya kıyasla fluvoxaminin üstünlüğü gösterilmiştir. Fluoksetin, sertralın ve paroksetin ile yapılmış olan çalışmaların sonuçları da bu konuda umut vericidir.

**Benzodiazepinler:** Bugüne dek alprozalam ile iki açık ve bir kontrollü çalışma yapılmıştır. Açık çalışmalarda %100 oranında iyileşme bildirilirken alprozalam (dozu ortalama 4.2 mg/gün), fenelzin ve plasebo ve bilişsel-davranışçı tedaviyi karşılaştıran çalışmada alprozalama yanıt oranı %32'dir. Klonazepam ile yapılan 6 adet çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde %60, %80 ve %100 oranında iyileşmeden söz edilmektedir. Sedasyon, irritabilite, koordinasyon bozukluğu ve cinsel işlev bozukluğu en sık görülen yan etkilerdendir.

**Buspiron:** Benzodiazepinlerden farklı yan etki profiline sahip ve fiziksel bağımlılık yapıcı özelliği olmayan azaspiyon grubundan buspiron ile yapılan çalışma sonuçları pek parlak değildir. Günde 3 kez 5 mg dozunda başlanır, daha sonra her 3 günde bir 5 mg arttırılır. Korku ve kaçınmayı azaltacak buspiron dozunun yüksek olması (45-60 mg/gün) yan etkiler açısından kullanım kısıtlanmasına neden olmaktadır.

**Beta Blokerler:** Yapılan çalışmalarda plasebodan üstünlüğü gösterilmesine karşın, anekdotal bilgiler sempatik sinir sisteminin uyarılmasına bağılı olarak gelişen titreme gibi özgül belirtilerin tedavisinde etkili olacağı yönündedir. Performanstan 45-60 dakika önce alınacak propranolol 4 saat etkili olacaktır. Propranolol titreme, taşikardi gibi belirtileri azaltarak pozitif geni bildirim halkasının oluşumunu engelleyecektir. Daha sonra elde edilen yarar tümüyle bilişsel etmenlerle ilgilidir. Atenolol, üzerinde en fazla çalışma yapılan beta blokörlerdir. Son yapılan iki adet çift kör kontrollü çalışmada plasebodan üstünlüğü gösterilmemiştir.

**Trisiklik antidepressanlar:** İmipramin ve klomipramin ile yapılmış çalışmalarda belirgin bir iyileşme saptanmamıştır.

**Psikolojik Tedavi**

### Bilişsel ve Davranışçı Tedaviler

Bilişsel modele göre sosyal fobiklerde kendi davranışları ve başkalarının bu davranışlarını yargılama biçimleri ile ilgili işlevsel olmayan bazı inanışlar mevcuttur. Bilişsel yaklaşıma göre alıştırma yöntemi hastanın sorununun altında yatan olumsuz inançları değiştirirse etkili olmaktadır. Sosyal fobide bilişsel tedavinin amaçları şunlardır: Her hastanın sorununu bilişsel, affektif ve davranış sistemleri bütünü açısından değerlendirmek; üzerine gitme yöntemlerini ve yanlış bilgileri düzeltme sürecini engelleyen davranışların engellenmesi ve bilişsel yanıtların düzeltilmesi, işlevsel olmayan düşünce ve inançların tekrar gözden geçirilmesi, daha gerçekçi ve işlevsel olanların belirlenmesi ve işlevsel inançların desteklenmesi amacıyla kanıtların toplanması. Bilişsel değişiklikler, davranışçı tekniklerle pekiştirerek yeni bilgilerin daha kolay sindirilmesini ve sonuçta düşünce ve davranışta değişiklik olmasını sağlar.

Davranışçı yöntemlerde ise işlevsel olmayan inançlarla yüzleştirmeyi amaçlayan alıştırma tekniği uygulanır. Alıştırma tekniğini hızlandırmak amacıyla (1) olumsuz değerlendirmelerle ilişkili uyumsuz davranışların engellenmesi; (2) paradoksal yöntemler ve (3) dikkat ile ilgili yöntemler kullanılmaktadır.

Sosyal beceri eğitimi: Hatalı düşünce ve inançlarını anlamış ve değiştirmiş, dikkatini sosyal etkileşim yönüne yöneltmiş sosyal fobik kişi, bu etkileşimi başlatıp sürdürebilecek becerilerden yoksun ise tedavi başarılı olmaz. Bu eğitimde etkili sosyal davranışı, düzeltici geri bildirim, sosyal teşvik ve ev ödevleri uygulanır.

Ayrıca gevşeme egzersizleri ve sistematik duyarsızlaşma kullanılan diğer tedavi yöntemlerindedir. Hayali ve invivo alıştırma bir arada uygulayan Turner ve arkadaşları (1994) "sosyal etkinlik tedavisi" adını verdikleri yeni çok boyutlu bir yöntem geliştirmişlerdir.

### Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
2. Davidson JRT, Huges DL, George LK. (1993) The epidemiology of social phobia: Findings From the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med*, 23:709-718.
3. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR. (1995) Social phobia. *Diagnosis, Assesment and Treatment*. NY Guilford Press.
4. Holt CS, Heimberg RG Hope DA. (1992) Avoidant personality disorder and generalized subtype of social phobia. *J Abnorm Psychol*, 101: 318-325.
5. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. (1988) Biological basis of childhood shyness. *Science*, 240: 167-171.
6. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al. (1992) The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelations of agoraphobia, social phobia, situational phobia. *Arch Gen Psych*, 49: 273-281.
7. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AL, Klein DF. (1985) Social phobia: Review of neglected anxiety disorder. *Arch Gen Psych*, 42: 729-736.
8. Marks I. (1985) Behavioral treatment of social phobia. *Psychopharmacol*, 21: 615-618.
9. Marks IM, Gelder MG. (1996) Different ages of onset in variater of social phobia. *Am J Psych*, 123: 218-221.
10. Rosenbaum JF, Biedermen J, Hirshfield Dr, et al. (1991) Further evidence of association between behavioral inhibition and anxiety disorder: Results from a family study of chidren from a non-clinical sample. *J Psych Research*. 25: 49-65.
11. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, et al. (1992) Social phobia: Comorbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psych*, 49: 282-288.
12. Stein MB. (1995) Social phobia: Clinical and research perspectives. Washington DC. American Psych Press.
13. Tancer M, Stein MD, Gelertner CS, et al. (1990) The hypothalamic-pituitary-thyroid axis in social phobia. *Am J Psych*, 147: 929-933.
14. Torgerson S. (1983) Genetic factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psych*, 40: 1085-1089.
15. Turner SM, Beidel DC, Cooley MR, et al. (1994) A multi-component behavioral treatment for social phobia. Social effectiveness therapy. *Behav Res Therapy*, 32: 381-390.