

Kaçınan Kişilik Bozukluğu

Dr. M. Hamid BOZTAŞ*, Doç. Dr. Mehmet Z. SUNGUR*

Özet

Kaçınan kişilik bozukluğu (KKB) önemli oranda sosyal yeti kaybına yol açmasına, bireyin gelişimini ve üretkenliğini kısıtlamasına rağmen tedavisi ve yeti kaybını önlemek diğer kişilik bozukluklarına ve birçok psikiyatrik hastalığa oranla daha kolaydır. Bu yazıda KKB çeşitli boyutları ile ele alınacaktır.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 2001;5:71-79

Kişilik bozukluğu (KB) olan hastalar terapistlerce genellikle klinik pratikte "zor" hastalar olarak değerlendirilir. Bu tanımlamanın birkaç nedeni vardır. Birinci neden KB olan bireylerin kısa süreli tedavilerden çok uzun süreli psikodinamik yönelimli terapilerden yaralanacakları biçimindeki yaygın görüştür. İkinci neden KB düşünülen bireylerde patolojinin uzun süredir devam etmesi, başlangıç yaşının erken oluşu, intihar düşüncesi ve girişimlerinin yaygınlığı, kişiler arası ilişkilerde yaşadıkları derin sorunlar ve bunların sonucunda çeşitli işlevsellik alanlarında bozulmanın sık görülmesidir. Bu yaşantıların herhangi birinin tek başına bile görülmesinin klinisyenleri zorladığı ve böylelikle "zor" tanımlamasının çok da haksız olmadığı açıktır. Kaçınan Kişilik Bozukluğu (KKB) için de geçerli olan ek bir sorun da DSM-

IV'deki eksenler arasındaki fenomenolojik benzerlikler ve bunun neden olduğu tanısız karmaşalardır. Yaygın tip sosyal fobi ile KKB oldukça sık bir arada görülürler ve çoğu zaman ayrıntı tanıda güçlük oluştururlar ve ayrıca bu iki bozukluğu birbirinden ayırmanın gerekip gerekmediği konusu da tartışmalıdır.

KKB'nin başlıca özelliği, genç erişkinlik döneminde başlaması ve toplumsal ketlenmenin, yetersizlik duygularının ve olumsuz değerlendirilmelere aşırı duyarlılığın bulunmasıdır.

Bu tartışmalı bozukluk, şizoid hastalardan farklı olan bir grup sosyal içe çekilmiş bireyi tanımlamak için oluşturulmuştur. KKB olan bireyler reddedilmeye aşırı duyarlılık gösterirler ve bu duyarlılık sosyal yaşamdan kaçınmalara yol açabilir. Çekingen olmalarına rağmen asosyal değildirlir ve arkadaşlık kurmak için büyük istek gösterirler ancak çevresindekiler tarafından eleştirilmeden kabul edileceklerine ilişkin güçlü teminatlara gereksinim duyarlar. Bu

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

insanlar yaygın olarak "aşâğılık kompleksli" insanlar olarak tanımlanırlar (ICD-10'da anksiyöz kişilik olarak tanımlanmıştır). Bu yazıda öncelikle kaçınan kişilik bozukluğu ile ilgili tanımlayıcı çalışmalar daha sonra dinamik çalışmalar üzerinde durulacaktır.

DSM-III'ten önce KKB, şizoid KB ve şizotipal KB aynı nozolojik antite içerisinde yer alıyordu. DSM-III ile beraber bu üç bozukluğun tanı kriterleri birbirinden ayrılmıştır. Şizotipal KB'nin şizofreni ile olan genetik ve nöropsikolojik yakınlığı, bu bozukluğun diğer iki bozukluktan ayrımını kolaylaştırmış ve daha nesnel bir temele oturmasını sağlamıştır. Ancak, diğer iki bozukluğun birbirinden ayrımı tartışmalıdır. DSM-III'e göre iki bozukluk arasındaki temel ayrım, KKB olgularının kişiler arası ilişki kurmak istemek ile beraber bundan kaçınmaları, oysa şizoid KB olgularının yakın ilişki kurmayı istememesidir. Ancak bu ayrım pek çok açıdan eleştirilmiştir ve bu eleştirilere cevap olarak DSM-III-R'de tanı ölçütleri değiştirilmiştir. "Düşük benlik saygısı" ve "sevgi ve kabul isteği" gibi bir çok duruma uyabilecek özgül olmayan ölçütler çıkartılmıştır. Bunun yanında, KKB'yi psikoanalitik fobik karakter kavramına yakınlıktır için "utanmaktan aşırı korku" ve "günlük yaşamdaki risklerin abartılması" gibi yeni özellikler ve kaçınma davranışının kişiler arası ilişkilerin yanı sıra ortamları da kapsadığı bilgisi eklenmiştir. Tanı kategorisinin bu biçimi de sorunlu olsa da Fenichel tarafında tanımlanan fobik kişiliğe yakın olduğunda daha çok kabul görmüştür. Dahası, bu değişimler KKB'yi gelişimsel olarak daha primitif bir bozukluktan nörotik bir karakter haline getirmiştir. Bazı yazarlara göre, bölünme ve kimlik diffüzyonu nedeniyle şizoid KB borderline spektrumuna daha yakındır. Tersine, KKB'de kişilik diffüzyonu yoktur, bölünme yerine represyon ve daha üst düzey savunmalar kullanılmaktadır. Akhtar'a göre (1986), nasıl obsesif KB, obsesyonel nevrozun ego-sintonik karakterolojik karşılığı ise; KKB de, fobik nevrozun ego-sintonik karakterolojik karşılığıdır. Bu iki ayrımın temelinde açıktır ki şizoid kişilik borderline kişilik organizasyonunun bir varyantıdır, oysa ki kaçınan kişilik daha ileri veya nörotik tipte bir karakter organizasyonudur. Şizoidlerde, kaçınanlara oranla daha travmatik çocukluk, daha fazla taciz edildiği bir ergenlik öyküsü vardır. Daha büyük ego hasarları ve içe alınmış nesne ilişkilerinde daha derin patolojilerinin olması hastalıkların sınıflandırılması sırasında farklı gruplandırılmayı desteklemektedir.

KAÇINAN KİŞİLİK BOZUKLUĞU İÇİN TANI ÖLÇÜTLERİ

DSM-IV'de KKB için daha özgül hale getirilen tanı ölçütleri şunlardır:

Aşağıdakilerden dördünün yada daha fazlasının olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, toplumsal ketlenmenin, yetersizlik duygularının ve olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlılığın olduğu sürekli bir örüntü:

1. Eleştirilecek, beğenilmeyecek yada dışlanacak olma korkusuyla çok fazla kişiler arası ilişki gerektiren mesleki etkinliklerden kaçınır,
2. Sevildiğinden emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmek istemez,
3. Mahcup düşeceği yada alay konusu olacağı korkusuyla yakın ilişkilerde tutukluk gösterir,
4. Toplumsal durumlarda eleştirileceği ya da dışlanacağı üzerine kafa yorar,
5. Yetersizlik duyguları yüzünden yeni kişilerle aynı ortamda bulunduğu durumlarda ketlenir,
6. Kendisini toplumsal yönden beceriksiz, kişisel olarak albenisi olmayan biri olarak yada başkalarından aşağı görür,
7. Mahcup düşebileceğinden ötürü kişisel girişimlerde bulunmak ya da yeni etkinliklere katılmak istemez.

EPİDEMİYOLOJİ

DSM-IV'deki yaygınlık oranları genel popülasyonda %0.5-1 ve psikiyatrik hastalığı bulunanlarda %10 olarak verilmiştir. DSM-IV'e göre bu bozukluk erkekler ve kadınlarda eşit sıklıkta görülmektedir.

ETİYOLOJİ

ABD'de yapılan çalışmalar çocukların %10-15'inin huzursuz utangaç, yabancılardan korkan, sessiz, içe dönük olduğunu bildirmektedir; bunlar kısaca davranışsal inhibisyonu olan çocuklar olarak tanımlanmaktadır. Kagan ve arkadaşları (1987) davranışsal inhibisyonu olan ve olmayan çocukları bebektikten 8 yaşına kadar izledikleri çalışmalarında bazı önemli sonuçlar elde etmişlerdir:

İnhibe çocuklarda amigdala ve hipotalamusta düşük bir uyarılma eşiğine, kalp hızı değişkenliği ve orta şiddette stresörlerle kalp hızında aşırı bir artış gibi

sempatik aktivasyon belirtilerine rastlanmıştır. Bu bulgular inhibe çocuklarda sempatik tonusun artmış olduğunu desteklemektedir.

Yapılan ikiz çalışmaları monozigot ikizlerin, dizigotik ikizlere oranla daha yüksek oranlarda benzer sosyal fobik belirtiler gösterdiklerini ortaya koymuştur.

Bir çalışmada davranışsal inhibisyonu olan çocukların ana-babalarında sosyal fobi görülme olasılığı %18 olarak bulunmuştur, bu oran davranışsal inhibisyonu olmayan çocukların ana-babalarında %0, kontrol grubunda ise %3 olarak bulunmuştur.

Tüm bu bulgular, genetik geçişle ilgili olabileceği gibi, çocuğun anksiyeteyi ve sosyal kaçınmayı öykünme yoluyla öğrenmesine, büyüme ve gelişme süreçlerinde sosyal becerileri iyi bir rol modeline olmasına yada aşırı kollayıcı ana-baba tutumlarına da bağlı olabilir.

BİYOLOJİK TEMEL

Hayvan çalışmalarında 5-HT₂erjik dorsal raphe çekirdeklerinden substansia nigriya çıkan projeksiyonlar nigrostriyal dopaminergic nöronları inhibe eder ve cezalandırıcı ödüllendirmeyen, engelleyici sinyalleri aktive eden temel durum budur. Benzodiazepinler dorsal raphe nükleusundan köken alan serotonergic nöronların inhibisyonu ile edilgen kaçınma davranışını disinhibe eder. Dopaminergic serotonergic etkilenme yaklaşma-kaçınma davranışını ayarlamayı sağlar. Dorsal rapheden anterior serotonergic projeksiyon striatuma, akkumbense, amigdala ve frontal kortekse genellikle serotonin tip 2 reseptörleri ile beraberdir. Daha genel olarak artmış davranışsal inhibisyon (örneğin fazla zararlı kaçınma) bireyleri anksiyete, depresyon ve düşük kendilik saygısına yatkın hale getirir. Zararlı kaçınma davranışı puanları efektif antidepressan tedavi ile düşürülür ancak yüksek zararlı kaçınma davranışı puanları trisiklik ilaçlara ve selektif serotonin geri alım inhibitörlerine (SSRI) zayıf cevabın yordayıcısıdır.

Sosyal anksiyete bozukluğunun belirtilerinde merkezi dopaminin rolünü gösteren bir çalışma da NC 100 sıçan modelidir. Dışadönüklüğün artmış merkezi dopamin salınımının ilişkili olabileceğinden yola çıkılarak sosyal aktivite olduğu düşünülen dışadönüklükle merkezi dopamin salınımının ilişkisi olduğu varsayımı ortaya atılmıştır. NC sıçanlarında görülen saldıramama durumu nükleus akkumbens-teki azalmış dopamin aktivitesi ile ilişkilidir. Dopamin

aktivitesindeki bu azalma aynı terminal bölgelerindeki dopamin reseptörlerinin "upregulasyonu" ile ilintilidir.

Bazı nöropsikolojik çalışmalar hoşlanılmayan durumlara eşlik eden zarar veren kaçınma davranışlarındaki bireysel farklılıkların kişiliğin diğer boyutlarıyla orantılı olmadığını göstermiştir.

NIMH sağlıklı erişkin gönüllülerde pozitron emisyon tomografi (PET) ile zararlı kaçınma davranışında anterior paralimbik bölgede akım artışı, sağ amigdala ve insulada, sağ orbitofrontal kortekste ve sol medial prefrontal kortekste gösterilmiştir. Bu aktivasyon biçimi dorsal raphe'nin 5-HT₂ terminal projeksiyonuna karşılık gelir bununla beraber 5-HT₂ reseptör sayıları sadece trombosit çalışmalarında orantılı bulunmuştur.

Yüksek plazma GABA konsantrasyonları düşük zarar veren kaçınma davranışı ile orantılıdır. Plazma GABA konsantrasyonu anksiyeteye yatkınlığın diğer ölçümleriyle orantılıdır ve bu beyindeki GABA konsantrasyonu ile orantılıdır. Son olarak kromozom 17q 12 üzerindeki serotonin transportunun ifade edildiği genin regülasyonu ile zararlı kaçınmanın test edildiği 6 çalışmanın 4'ünde %4 ile %9 arasında bir farklılık görülmüştür. Bu bulgularda hem GABA hem de dorsal raphe serotonergic projeksiyonlarının etkili olması zararlı kaçınmanın ölçüldüğü davranışsal inhibisyonun altında yatan bireysel farklılığı destekler.

DİNAMİK ÇALIŞMALAR

Utangaçlık ve kendini ortaya koyma (self-exposure) birbiriyle yakından ilişkilidir. KKB olguları genellikle kendilerini zedelenebilir hale getirecek olan, kendilerinin bazı yönlerini açığa vurmalarını gerektiren tüm durumlardan kaçınırlar. Suçluluk bazı içsel kuralların çiğnenmesi sonucu ortaya çıksa da, utanç daha çok bireyin kendisini herhangi bir içsel standarda göre yetersiz hissetmesi sonucu oluşur. Bu bağlamda, yapısal modelde suçluluk süperegoya daha yakinken utanç ego ideale daha yakındır.

KKB hastaları sosyal ortamlardan kaçınırlar çünkü bu ortamlarda yetersizliklerinin ortaya çıkacağından korkarlar. Kendileri ile ilgili birçok özellikten dolayı utanç duyabilirler, kendilerini güçsüz, başarısız, fiziksel ya da ruhsal olarak eksik, diğer insanlarla başa çıkamayan bireyler olarak görebilirler.

KKB'si olan bireyler, kendilerini utançtan korumak için kişiler arası ilişkiden ve kendilerini ortaya koy-

maları gereken durumlardan kaçarlar. Utanç, indirgemeci bir şekilde çocuğun hayatındaki her hangi bir özel ana bağlanamaz, daha çok değişik yaşlardaki birçok olayın sonucudur. Yaşamın çok erken bir döneminde, hatta bebekler 8 aylıkken yabancı kişilerin varlığında utanç belirgindir. Ayrıca idrar ve gaita kaçırma olayları ve buna anne babanın verdiği tepkilerin içselleştirilmesinde de utanç belirgindir. Hasta kendisi için önemli olan kişilerle karşılaştığında geçmişteki bu deneyimler yeniden canlanabilir. KKB'li bazı hastaların kişisel öykülerinde enürezis olguları ile karşılaşmak mümkündür.

AYIRICI TANI

KKB'nin özellikle toplumumuzda sık görüldüğü, hafif derecelerinin bir bakıma destek ve beğeni topladığı düşünülmektedir. "Mahcup genç, mahcup taze" deyimleri kısmen toplum beğenisini göstermektedir. Bu tür utangaç, çekingen kişilik ile KKB arasındaki sınırı çizmek zordur. Ancak KKB'yi erken tanımak bu hastaların bireysel gelişimleri ve sosyal konumlarının gelecekte ne olacağını belirlemede oldukça önemlidir.

Patolojik ve normal sosyal anksiyetenin aynı yelpazenin iki ucunu mu oluşturduğu yoksa bunların iki ayrı fenomen olarak değerlendirilmesi gereken durumlar mı olduğu açık değildir. Ergenlerde **utanççılık**, içinde bulunulan gelişim döneminin bir özelliği olarak sıklıkla görülür. Belli ölçüde sosyal ya da performans anksiyetesi yaşamak normaldir ve aynı anksiyete önemli kişiler arası olayların provasının yapılmasını sağlayarak avantaj bile sağlayabilir. Bu tür sosyal ortamlarla tekrar tekrar karşılaşmak normal kişilerde başlangıçta yaşanan anksiyetenin azalmasını sağlar.

Aslında utangaçlık, birçok kişi tarafından orta şiddette sosyal fobiyi tanımlamak için kullanılmaktadır. Hekimler sosyal fobiyi daha ciddi düzeyde bir utangaçlık olarak görüp klinik tabloyu atlamamaya özen göstermelidirler. Utangaçlık rahatsızlık verici ve hoş olmayan fakat genellikle yeti yıkımına yol açmayan bir kavram olarak tanımlanır. Bu nedenle sosyal fobi tanısının konması, belli oranda sosyal ve mesleki sorunların oluşup oluşmamasına bağlıdır. Bir de, utangaçlığın belli sosyal ortamlara özgü olmaktan çok yaygın olma eğiliminde olduğu, dolayısıyla belli ortamlarda rahatsızlığı olan kişilerde fobi tanısının daha çok düşünülmesi gerektiği unutulmamalıdır.

KKB ile **yaygın tip sosyal fobi** arasında büyük

ölçüde örtüşme vardır, öyle ki benzer durumlar için birbirlerinin yerine geçebilecek kavramlar olarak görülebilirler. Sosyal fobiye eşlik eden en yaygın kişilik bozukluğu KKB'dir. Bazı çalışmalarda sosyal fobi tanısı konan kişilerin %60'ının KKB tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. Bununla beraber komorbiditenin böylesine fazla olması DSM-IV'deki semantik problemlerden kaynaklanmakta olabilir. KKB tanı kriterleri sosyal fobi tanı kriterlerine çok benzediğinden bu çakışma sürpriz değildir. Herhangi bir sosyal fobi vakası da, ek olarak KKB tanısı alanlar da, aynı biçimde tedavi edilirler. Tedavi KKB'si olan kişilerde daha yavaş, zor ve uzun olabilir çünkü KKB olanlarda rahatsızlık daha yaygın ve kroniktir. Hem KKB'de, hem de **agarofobi ile birlikte panik bozukluğunda** kaçınma olur ve çoğu zaman her ikisi de bir arada görülür. Agarofobi ile birlikte panik bozukluğunda kaçınma panik ataklarının başlangıcından sonra başlar ve bu atakların sıklığına ve yoğunluğuna göre değişir.

Yaygın anksiyete bozukluğu: Yaygın anksiyete 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 belirlenmemiştir. Bu hastalara oranla sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda başağrısı, ölüm korkusu, terleme, kızarma ve soluma güçlüğü daha seyrek olmaktadır. Ayırıcı tanı için önemli olan ölçüt utanma ve aşağılanma korkusudur. Diğer kaygılarla birlikte bu korkular da mevcutsa iki tanı birlikte konulabilir.

Hem KKB, hem de **bağımlı kişilik bozukluğu** yetersizlik, eleştirilmeye aşırı duyarlılık ve güvence gereksinmesi duyguları ile belirlidir. Ancak KKB'li kişilerde öylesine güçlü aşağılanma ve reddedilme korkuları vardır ki kabul göreceklelerinden emin olana dek kendilerini geri çekerler. Bunun tersine bağımlı kişilik bozukluğu olan kişiler ilişkilerden kaçmaktan ya da kendini geri çekmekten çok, önemli buldukları diğer kişilerle bağlantı kurma ve bu bağlantıyı sürdürme eğilimindedir. KKB'de birincil kaygı odağı aşağılanma ve dışlanmadan kaçınmadır, oysa bağımlı kişilik bozukluğunda odak ilgi ve bakım alma üzerinedir. Bununla birlikte KKB ve bağımlı kişilik bozukluğu birlikte ortaya çıkma eğilimindedir. KKB, bağımlı kişilik bozukluğuna klinik olarak oldukça benzer. Bağımlı kişilik bozukluğu olan hastalarda terkedilmiş veya sevilmemiş olma

korkusunun KKB'si olan hastalardan daha fazla olduğu tahmin edilir ancak klinik özellikler ayırt edilemeyebilir. KKB gibi **şizoid kişilik bozukluğu ve şizotipal kişilik bozukluğu** da sosyal ortamlardan kaçınma ve kaçma ile belirlidir. Ancak KKB'li kişiler başkalarıyla ilişkiye girmek isterler ve yalnızlıklarını çok derinden hissederlerken, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğu olanlar toplumdan uzak olmalarından yakınmazlar, hatta bunu tercih ediyor bile olabilirler. KKB'li hastalar güçlü sosyal iletişim kurma istekleriyle yalnız kalmak isteyen şizoid kişilik bozukluklu hastalardan ayırt edilir. Hem **paranoid kişilik bozukluğu** hem de KKB'li olanlar başkalarına güvenme konusunda tereddüt ederler. Ancak KKB'de bu tereddüt başkalarının kötü niyetli olmalarından çok mahcup düşmekten yada yetersiz olarak algılanmaktan korkmaya bağlıdır. KKB'li hastalar, borderline ve histriyonik kişilik bozukluklu hastalar gibi talepkar, hak iddia eden, irritabl ve tepkileri önceden kestirilemeyen hastalar değildirler. Birden fazla kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan olgularda her iki tanı birlikte konulabilir.

KKB genel tıbbi durumun yol açtığı kişilik bozukluğundan ayırt edilmelidir, bu durumda kişilik özellikleri merkezi sinir sistemiyle ilgili genel tıbbi bir durumun doğrudan etkilerinden kaynaklanır. Aynı zamanda **kronik madde kullanımı ile birlikte gelişen semptomlardan** (başka türlü adlandırılmayan kokainle ilişkili bozukluk gibi) ayırt edilmelidir.

Beden dismorfik bozukluğu olan olgularda tıpkı sosyal fobiklerde olduğu gibi sosyal ortamlarda anksiyete yaşama, başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu ve kaçınma davranışları yaygın olarak görülebilmektedir. Ancak bu hastalar sosyal fobiklerin aksine, sosyal ortamlar dışında da anksiyete yaşamayı sürdürürler. Sosyal fobikler çoğunlukla kendi kaygılarını anlamsız bulurken, bunlar kaygılarının anlamsız olduğunu düşünmezler.

KOMORBİD DURUMLAR

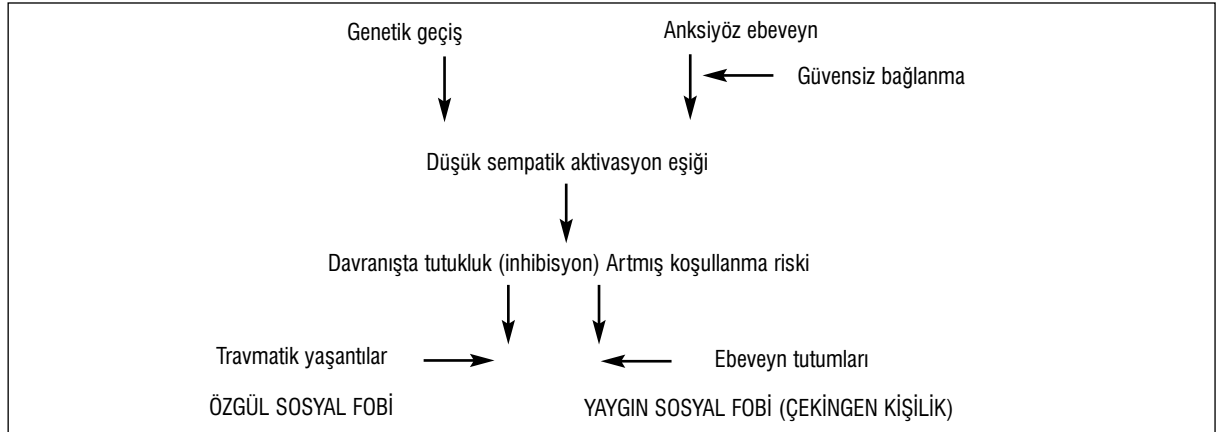
DSM-IV'te sosyal fobi ölçütleri daha rafine hale getirilmiştir. Sosyal fobinin neden olduğu ciddi bozukluğu ve özgül fobiden farkını gösterebilmek için hastalara bozukluğun parantez ismi olarak "sosyal anksiyete bozukluğu" ismi verilmiştir. Ayrıca çocuklara özgül özellikler belirlenmiştir. Çocukların sosyal ilişki kurma becerisinin varlığının gösterilmesi ve arkadaş ilişkilerinde anksiyetenin belirgin olması

gerekmektedir. Ayrıca çocuklar anksiyete belirtilerini yetişkinlerden farklı gösterebilirler; ağlayabilirler, donakalabilirler veya yabancılarla ilişkilerden tamamen kaçınabilirler ve bu korkularının mantıksız olduğunu kabul etmeyebilirler. Sosyal anksiyete bozukluğunun çocuklarda olan bir diğer biçimi de "seçici mutizm"dir. Bu durumdaki çocuk yalnızca belirli sosyal durumlarda konuşma konusunda sıkıntı çeker; diğer durumlarda hiçbir sorun yoktur. Çalışmalara göre seçici mutizm tanısı alan çocukların %100'ü aynı zamanda sosyal anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini de karşılarlar. Ayrıca %70'inde sosyal anksiyete bozukluğu olan birinci derece akraba vardır. Ayrıca bir başka ilginç bulgu da, seçici mutizm tanısı alan hastaların çoğunun sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde etkili olan ilaç tedavisinden (SSRI) yarar görmesidir. Ayrıca sosyal anksiyete bazı tıbbi durumların sonucu ortaya çıkabilir, örneğin bireyler obezite, akne, kekemelik, benign esansiyel tremor yada parkinsonizm bozukluğu nedeniyle aşırı endişelenip sosyal ortamlardan kaçınabilirler. Bunlar DSM-IV'te ne sosyal fobi ne de KKB başlığı altında yer almaz çünkü anksiyete tıbbi durumlara ikincil gelişmiştir ve bu nedenle başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu kategorisinde incelenirler. Ancak sekonder sosyal anksiyetesini olan bireylerde sıklıkla sosyal fobi için etkili olduğu gösterilen farmakolojik ve bilişsel davranış terapisinden fayda görürler.

Birçok araştırmacının önerdiğine göre sosyal fobi ve KKB farklı tanılabilir durumlar olmaktan çok aynı spektrumdaki psikopatolojinin parçaları gibi düşünülmelidir.

Görüldüğü gibi "sosyal fobi, yaygın tip" ile KKB arasında örtüşen ve ayırt etmeyi güçleştiren önemli sayıda özellik vardır. Bu sonuç DSM-IV'ün tıbbi modele dayanan salt betimleyici bir sistem olması ve hiçbir kuramsal bilgi içermemesinin getirdiği sorunlardan kaynaklanmaktadır. 1996'da Alanya'da düzenlenen anksiyete bozuklukları sempozyumunda sunulan yaygın ve özgül sosyal fobi ve çekingen kişilik ilişkisinin biyopsikososyal etiyoloji açısından netleştiren bir şema önerisi, bu kuramsal eksikliği giderici nitelikte görülmektedir (Şekil 1).

İntihar girişimi ve tamamlanmış intihar riski de ikincil hastalık geliştikçe artış gösterir. Eşzamanlı hastalık eşlik etmeyen sosyal anksiyete bozukluğunda yaşam boyu intihar riski %1 iken eşzamanlı bir psikiyatrik hastalık varlığında bu oran %15.7'e kadar artar.



Şekil 1. Yaygın ve özgül sosyal fobi.

Sosyal anksiyete bozukluğuna (özellikle yaygın tipi ki %70-80 KKB ile birlikte görülür) ikincil gelişen psikiyatrik hastalık oranı yüksektir. Çoğu olgularda (%77) sosyal anksiyete bozukluğu diğer psikiyatrik bozukluklardan önce gelişir. Diğer kaygı bozuklukları, major depresyon ve ilaç ve alkol kötüye kullanımı riskinde artış mevcuttur.

Alkol ve madde kötüye kullanımı: Alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı sıklıkla sosyal anksiyete bozukluğuna eşlik eder. Schuckit ve arkadaşları (1997) alkol bağımlılığı ile sosyal anksiyete bozukluğu arasında yakın ilişki olduğunu bildirmiştir. Alkol bağımlılığında yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğu görülme sıklığı alkol bağımlılığı olmayanların yaklaşık iki mislidir.

TEDAVİ

Sosyal fobiklerin önemli bir kısmı KKB tanısı almaktadır. KKB'li olan hastaların ise tamamı sosyal fobi tanısı alırlar. Bu nedenle bu iki bozukluğun tedavisinde aynı ilaçlar ve aynı bilişsel davranışçı yaklaşımlar kullanılabilir.

Bir psikiyatrik bozukluğun tedavisinde en etkili yaklaşım, o bozukluğun ortaya çıkmasında ve devam etmesindeki etkenlerin anlaşılır hale getirildiği bir rasyonel sunan ve bu temel patolojiye odaklanan tedavilerin yapıldığı yaklaşımlardır. Sosyal fobinin tedavisinde en etkili yaklaşım bilişsel davranışçı terapiler olmaktadır. Çünkü sosyal fobi tanısı konan bireylerde gözlenen ve hastalığın daha iyi anlaşılmasını sağlayan ve böylelikle hastalığın devamındaki bilişsel yönleri işaret eden bazı ortak özellikler vardır.

Yüzleştirme: Alıştırma amacıyla yapılan

yüzleştirme bireyin korkulan uyarılarla hayali ya da doğrudan (invivo) karşılaşmasını gerektirir. Sosyal fobide (SP) hayali yüzleşmenin etkinliğini araştıran az sayıda çalışma olmakla beraber invivo yüzleştirmenin etkinliği gösterilmiştir. Ancak sadece yüzleştirme bilişsel değişim yada tedavi devamlılığı anlamında optimal sonuç vermeyebilir. Birçok teoriyene göre bunun nedeni bozukluğun ana özelliğinin bir bilişsel yapı (örneğin; olumsuz değerlendirilme korkusu) olmasıdır. Anksiyetenin işlevsel olmayan inançlar ve bilgi işlenmedeki yanlışlıklar nedeniyle sürdüğü kabul edildiğinden başarılı tedavide bu bilişsel bozukluğun düzeltilmesi gerekir.

BİLİŞSEL YENİDEN YAPILANDIRMA İLE KOMBİNE EDİLMİŞ YÜZLEŞTİRME

Bilişsel yeniden yapılandırma Beck'in bilişsel terapisine ve Ellis'in rasyonel emosyonel terapisine dayanır. Bu işlemde bireylere şunlar öğretilir.

1. Stresli yada anksiyete oluşturan ortamlardaki olumsuz düşünceleri belirlemek,
2. Bu düşüncelerin önceden planlanmış davranışsal deneylerin sonucunda elde edilen nesnel bilgilerle karşılaştırarak doğruluğunun değerlendirilmesi,
3. Elde edilen bu bilgilere dayanarak alternatif işlevsel düşüncelerin geliştirilmesi.

Bu işlemle ve alternatif düşünceleri yüzleştirme sırasında kullanılarak hasta bu ortamlara önceden gösterdiği davranışı değiştirebilir ve böylece anksiyetesi azalır.

Bilişsel-davranışçı grup tedavisi (BDGT)

Bu tedavi en sık biçimde haftalık 2.5 saatlik seanslar

halinde 12 hafta için uygulanır. Optimal hasta sayısı altıdır. Grubun yaş, sosyoekonomik durum ve sosyal fobi alt tipi değişkenleri açısından homojen olmasına çalışılır.

Gevşeme Stratejileri: Gevşeme stratejileri sosyal fobiklerin performanslarını etkileyen fizyolojik uyarılmada aşırı bir artış yaşadıkları fikrine dayanır. Uygulamalı gevşeme sırasında hasta anksiyetenin fizyolojik duyularına dikkatini toplamayı öğrenir. Daha sonra günlük aktiviteleri sırasında çabuk bir şekilde gevşemeyi öğrenir son olarak hastalar gevşeme becerilerini anksiyete uyandıran ortamlarda uygulamayı öğrenir.

FARMAKOTERAPİ

Farmakoterapi daha çok anksiyete ve depresyon tabloya eşlik ettiğinde kullanılır. Bazı hastalarda otonom sinir sistemi hiperaktivitesini azaltmak için Beta blokörler (örneğin; atenolol) kullanılır ki KKB'li hastalarda özellikle de onlara korku veren durumlara yaklaştıklarını hissettiklerinde otonom hiperaktivite olasılığı artar. Kabul görmemeye yönelik duyarlılığı azaltmada özellikle serotoninerjik ajanlar faydalı olabilir.

Kişilik bozukluklarının tedavisinde uzun süreli dinamik yönelimli psikoterapiler gerektiğine ilişkin görüşlere karşın günümüzde kişilik bozukluklarının standart tedavisinde semptomatik yaklaşımların yeri önemlidir. Genellikle plaseboya oranla %20-30 daha fazla semptom düzelmesi oluşturur. Farmakolojik tedavi genellikle kısa dönem semptomlarına odaklanmıştır (örneğin; intihar eğilimi ve paronaya) ancak artan sayıda otörler uzun dönemdeki patolojyi daha iyi tedavi ettiklerini savunmaktadırlar (dürtü kontrol bozukluğu, anksiyete, affektif disregülasyon).

KKB'de atipik depresyon, disfori ve anksiyete oldukça sıktır. Atipik depresyon ve disfori trisiklik ilaçlara nadiren cevap verir en çok selektif serotonin reuptake inhibitörü (SSRI) veya mono amin oksidaz inhibitörleri (MAO) ile tedavi edilir. C kümesi kişilik bozuklukları artmış zarar veren kaçınma davranışı ile karakterizedir ve belirgin bir anksiyete eşlik eder. Diğer kişilik bozukluğu alttıplerinde tekrarlayan gözlemlerde depresyon epizodlarının en fazla %25'inde durum semptomu olarak anksiyete semptomları görülmektedir. Ciddi davranım inhibisyonu olan hastalarda (özellikle kaçınma davranışı) fenelzin ve fluoksetin düzelmeye yol açabilir. Bilişsel

anksiyete daha çok benzodiazepinlere cevap verirken somatik anksiyete daha çok MAO inhibitörlerine cevap verir. Somatik anksiyetenin bazı komponentleri beta adrenerjik reseptör antagonistlerine cevap verebilir.

MAO inhibitörlerinin, SSRI'ların, benzodiazepinlerin, β -blokörlerin ve buspironun etkinliği plasebo kontrollü çalışmalarda araştırılmıştır.

MAO İnhibitörleri

Fenelzin sülfatın etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir. Ancak bu terapi için hastanın diyet kısıtlamalarına kesin olarak uyması gereklidir. MAO inhibitörleri monoaminoksidaz enzimini geri dönüşsüz olarak inhibe ettiği için tiramin, dopamin, triptofan ve diğer mono aminleri içeren maddelerle beraber alındığında hızlı şekilde kan basıncını yükseltebilir. Fenelzin kullanımının etkinliğini gösteren dört çalışma vardır ve diğer tedavilerin işe yaramadığı durumlarda kullanılabilir.

Bir çalışmaya göre fenelzinin etkinliği ilk 4 hafta içinde başlayabilir. En sık görülen yan etkiler sedasyon (%50-%11.5), ortostatik hipotansiyon (42.3-3.8), ağız kuruluğu (38.5-8), kabızlık (38.5-8), libidoda azalma (26.9-0), ejakülasyon sorunu (19.2-0), uykusuzluk (15.4-0), vertigo (11.5-4), başağrısı (10.2-3.8) olarak belirlenmiştir. Bu yan etkilerin çoğu tedavi süresince devam etmiştir.

Liebowitz fenelzin, atenolol ve plaseboyu karşılaştırmıştır. 8 hafta sonunda fenelzin alanlarda iyileşme oranı %64, plasebo da %23 olarak bulunmuştur. 8 haftalık izlem sonunda fenelzinle elde edilen düzelenin devam ettiği görülmüştür.

Bir çalışmada hastaların fenelzin, alprazolam, BDGT ve plasebo aldığı durumlar karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya göre tüm gruplarda düzelmeye görülmüştür ve gruplar arasında belirgin fark yoktur, ancak fenelzin alan hastalarda sürekli kaygı puanları diğer tedavileri alanlara göre daha düşük çıkmıştır. Bu hastalar ayrıca sosyal ve mesleki bozukluk puanlarında daha belirgin düzelmeye göstermişlerdir. Tedavi sonlandırıldıktan iki ay sonra fenelzin alan hastaların durumu plasebo alanlardan daha iyi olarak bulunmuştur.

Geri dönüşlü MAOI

Yeni ajanlar diyet kısıtlaması gerektirmezler. Moklobemid ve brofaraminin sosyal fobideki etkin-

liği araştırılmıştır. Bir çalışmaya göre fenelzin bir çok açıdan 4. haftanın sonunda moklobemidden üstün bulunmuştur, ancak her iki ilacın etkinliği 8. haftanın sonunda eşittir. Ayrıca moklobemid daha iyi tolere edilmiştir. Ortaya çıkan yan etkiler uykusuzluk (%19.2), sersemlik (15.4), ağız kuruluğu (15.4), vertigo (11.5), başağrısı (11.5), kabızlık (7.7), ortostatik hipotansiyon (3.8) ve libido kaybıdır (3.6). Sadece sersemlik hissi 8. haftadan sonra devam etmiştir.

İlaç endüstrisi tarafından finanse edilen bir çalışmada 600 mg\gün, 300 mg\gün maklobemid ve plasebo alan hastalar karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya 600 mg alan hastalarda "çok" iyileşme oranı %47, 300 mg'da %41 ve plaseboda %34 olarak bulunmuştur. Sadece 600 mg grubu plasebodan anlamlıdır. Schneir'a göre ise moklobemidin etkinliği daha azdır.

Broforaminin üretimi durdurulmuştur.

SSRI'lar

Fluvoksamin, sertralin ve paroksetinin etkinliği plasebo kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir. Fluoksetinin de benzer etkinliği olduğunu düşündüren çalışmalar vardır.

Fluvoksaminle plaseboyu karşılatıran bir çalışmada ilacın etkinliği %46, plasebonun ise %7 olarak bulunmuştur. Endüstri destekli bir çalışmada "iyi" ve "çok iyi" düzleme göz önüne alındığında paroksetinin etkinliği %55, plasebonun ise %23.9 olarak bulunmuştur. Paroksetinin yan etkilerinin oldukça az olduğu gözlenmiştir.

Küçük bir cross-over çalışmasında (n=12) sertralin plasebodan daha etkin bulunmuştur. Sertralin alan hastalardaki düzleme plaseboya geçtikten sonra da devam ederken, plasebo alan grupta sertraline geçinceye kadar düzleme görülmemiştir.

Son olarak devam eden bir çalışmanın ilk sonuçları, fluoksetin, bilişsel davranışçı terapi, bilişsel davranışçı terapi + fluoksetin tedavilerinin hepsinin plasebodan daha etkin olduğunu göstermiştir.

Benzodiazepinler

Önceden bahsedildiği gibi, alprazolamla yapılan bir çalışmada ilacın etkinliği %38 olarak bulunmuştur, ancak ilacın kesilmesinden 2 ay sonra bu etkinlik hemen hemen tamamen kaybolmuştur.

Bir diğer çalışmada 75 hasta klonazepam ve plasebo gruplarına rastgele dağıtılmıştır. 10 hafta sonunda

klonazepam alanların %78'i (plasebonun %20'si) tedaviye cevap verdiği kabul edilmiş. Klonazepam kullanan hastalarda belirgin olarak daha fazla yan etki görülmüştür: Anorgazmi (%44-6), unutkanlık (44-21), dikkatsizlik (35-15), en sık görülen yan etkilerdir.

β-blokerler

Fenelzin hem atenolol hem de plasebodan daha etkin bulunmuştur. 8 haftalık sürdürüm tedavisinin ardından atenolol grubu yine plasebodan daha etkin bulunmamıştır. Tuner ve arkadaşlarına göre de atenolol bilişsel davranışçı terapiden daha az etkindir ve plasebodan daha az etkili değildir.

Buspiron

Bir çalışmada 34 hasta buspiron, plasebo ve bilişsel davranışçı terapi gruplarına rasgele dağıtılmışlardır bu çalışmada 6 hafta sonunda buspiron plasebodan daha etkin bulunmamıştır. Bir diğer çalışma da bu bulguyu desteklemiştir.

SONUÇ

KKB'li bireylerde rahatsızlık sosyal fobi tanısı alanlara göre daha erken yaşlarda başlar daha ağır seyreder ve daha çok yeti yıkımına yol açar. Hastalığın erken bir yaşta, ergenlik döneminde ve hatta daha evvel başlaması psikososyal gelişim, kişiler arası ilişkilerin biçimlenmesini, yaşam hedeflerinin belirlenmesini etkileyebilmektedir. Özellikle okul çocuklarını etkilemektedir çünkü okul çok önemli bir sosyal ortamdır ve bu çocukların eğitimle ilgili çok önemli sorunları olmaktadır. Okul redlerinin ve korkularının en önemli sebeplerinden biri de bu rahatsızlıktır. Çocuklar ve gençler ebeveynleriyle yaşadıklarından, mevcut sosyal izolasyonları erişkinlik dönemine kadar anlayamayabilir. Bu durum bu kişilerin uzun süre tedavisiz kalmasına ve sonuçta yeti yıkımının artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle bu bireyler sosyal izolasyonu, yeti yıkımı, iş sorunları ve ek psikiyatrik hastalıkları olan bireyler olarak büyümektedirler.

Kişiler arası etkinliklerin KKB'li bireylere yoğun bir anksiyete yaşattığı ve bu anksiyete semptomlarını yaşamamak için bu tip ortamlardan kaçındıkları iyi bilinmektedir. Bu kaçınma davranışı anksiyetenin fiziksel belirtilerini hızlı biçimde ortadan kaldırmakta, hatta önlemede oldukça etkindir. Ancak bunun bedeli hastanın sosyal ve eğitimle ilgili gelişiminin olumsuz etkilenmesi ve kişinin yaşamının kısıtlanması olabilmektedir. Hasta sosyal yönden tamamen

izole bir hale gelebilmekte, kişisel ilişkileri, okul ve iş yaşamında önemli sorunlar yaşayabilmektedir. Kısaca bu kaçınma davranışı kişinin yaşamını belirlemektedir. Bu kişilerin daha yalnız yaşayacaklarını, daha düşük sosyoekonomik sınıfta yer alacaklarını, daha düşük eğitim düzeyine sahip olacakları, ekonomik olarak daha bağımlı olacaklarını, daha sık ek psikiyatrik rahatsızlık tanısı alacaklarını, daha sık

alkol kötüye kullanımı olacağını, intiharı daha sık düşüneceklerini ve daha sık intihar girişiminde bulunacaklarını, iş yaşamlarının daha düzensiz olacağını ve işteki başarılarının daha düşük olacağını ve sosyal desteklerinin daha az olacağını yordayabiliriz. Bütün bu sonuçlar sık görülmesine karşın tedavisi mümkün olan bu hastalıkta erken tanının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Akhtar S (1986) Differentiating schizoid and avoidant personality disorders, *Am J Psychiatry*, 143:148.
2. Alpert JE, Uebelacker LA, Mc Lean AA NE ve ark. (1997) Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: Co-occurrence and clinical implications. *Psychol Med*, 27:627-633.
3. Clark DB, Agras WS (1991) The assesment and treatment of performance anxiety in musicians. *Am J Psychiatry*, 148:598-605.
4. Cloninger OR, Svrakic DM. *Personality Disorders Comprehensive Textbook of Phsychiatry* BJ Sadock, VA Sadock, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins 7. Baskı, 1. Cilt, s.1723-1764.
5. Dilbaz N (2000) Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, Ek 2:3-21.
6. Dilsiz A, Sungur MZ (1996) Sosyal fobinin farmakolojik tedavisi. *3P Dergisi*, 4(Ek 1):42-48.
7. Fresco DM, Erwin BA, Heimberg RG ve ark. (2000) Social and specific phobias. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. MG Gelder, JJ Lopezbor (Ed), New York, Oxford University Press, s.794-801.
8. Gabbard GO (1994) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV Edition*. Washington, American Psychiatric Press, s.601-608.
9. Gelernter CS, Uhde TW, Cimboric P ve ark. (1991) Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia; a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 48:938-945.
10. Greta F, Cynthia G, Last D ve ark. (1992) Avoidant Disorder and Social Phobia in Children And Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31;6:1086-1089.
11. Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA ve ark. (1990) Cognitive behavioral group treatment for social phobia: A comparision with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14:1-23.
12. Heimberg RG, Leibowitz MR, Hope DA ve ark. (1998) Cognitive-behavioral therapy versus phenelzine in social phobia: 12 week outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 55:1133-1141.
13. Kaplan&Sadocks *Synopsys of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 8. Baskı, (1998) Lippincott Williams&Wilkins s.789-790.
14. Katzelnick DJ, Kobak KB, Griest JH ve ark. (1995) Sertralin for social phobia; a double blind placebo controlled crossover study. *Am J Psychiatry*, 152:1368-1371.
15. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, 4. Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC. 1994'ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, s.913-918.
16. Liebowitz MR, Scheiner FR, Campaes R ve ark. (1992) Pharmacotherapy of social phobia: A placebo controlled comparision. *Arch Gen Psychiatry*, 49:290-300.
17. Lucock MP, Salkovksis PM (1988) Cognitive factors in social anxiety and treatment. *Behav Res Ther*, 26:297-302.
18. Öst LG (1987) *Applied Relaxation: Description of coping technique and review of controlled studies*. *Behav Res Ther*, 25:397-409.
19. Özgüven HD, Sungur MZ (1998) *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(2):128-138.
20. Öztürk M (1997) *Orhan Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Hekimler Yayın Birliği, s.327.
21. Sungur MZ (2000) *Bilişsel Davranışçı Tedaviler ve Sosyal Fobi Klinik Psikiyatri*, Ek 2:27-32.
22. Turner SM, Beidel DC, Cooley MR ve ark. (1994) A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social effectiveness therapy. *Behav Res Ther*, 32:381-390.
23. Van Vliet IM, Den Boer JA, Westenberg HG (1994) Psychopharmacological treatment of social phobia; a double blind placebo controlled study with fluvoksamin. *Psychopharmacology*, 115:128-134.
24. Van Vliet IM, den Boer JA, Westenberg HG ve ark. (1997) Clinical effect of buspirone in social phobia: A double blind placebo- controlled study. *J Clin Psychiatry*, 58;164-168.
25. Versiani M, Nardi AE, Mundim FD ve ark. (1992) Pharmacotherapy of social phobia: A controlled study with moclobemid and phenelzine. *Br J Psychiatry*, 161:353-360.
26. Yolaç P (1998) Sosyal fobi ve bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımı *Bilişsel Davranışçı Terapiler*. I Savaşır, G Boyacıoğlu, E Kabakçı. *Türk Psikologlar Derneği*, s.55.