

Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Duygudurum Bozuklukları Birlikteliği

Social Anxiety Disorder and Mood Disorders Comorbidity

Zerrin Binbay, Ahmet Koyuncu

ÖZET

Sosyal anksiyete bozukluğu toplumda oldukça yaygın görülen ve işlev kaybına neden olan bir bozukluktur. Sosyal anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozukluğu olan birlikteliği sık görülür. Bu birliktelik varlığı klinik şiddeti, direnci ve işlevselliği etkilemektedir. Genel olarak sosyal anksiyete bozukluğu, duygudurum bozukluklarından daha erken başlar ve major depresyon için yordayıcıdır. Sosyal anksiyete hastalarında eşanı yokluğu tedaviye iyi yanıtın göstergesidir. Sosyal anksiyete bozukluğu eşanısı alan bipolar bozukluk hastaların genel psikopatoloji düzeyinin arttığı, hastalık sürecinin olumsuz etkilendiği ve özkıyım riskinin arttığı saptanmıştır. Bu yazıda bu iki bozukluk arasındaki birliktelik ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Anahtar Sözcükler: Sosyal anksiyete bozukluğu, duygudurum bozukluğu, eşanı

ABSTRACT

Social Anxiety Disorder is a common disorder leading functional impairment. The comorbidity between mood disorders with social anxiety disorder is relatively common. This comorbidity impacts the clinical severity, resistance and functionality of patients. The systematic evaluation of the comorbidity in both patient groups should not be ignored and be carefully conducted. In general, social anxiety disorder starts at an earlier age than mood disorders and is reported to be predictor for subsequent major depression. The absence of comorbidity in patients with social anxiety disorder is a predictor of good response to treatment. In bipolar disorder patients with comorbid social anxiety disorder, there is an increased level of general psychopathology. Besides, they have poor outcome and increased risk of suicide. In this article, comorbidity between these two disorders has been evaluated in detail.

Keywords: Social anxiety disorder, mood disorder, comorbidity

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), diğer adıyla sosyal fobi, kişinin tanımadığı insanlarla karşılaştığı, başkalarının gözünün üzerinde olabileceği bir ya da birden fazla toplumsal durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyması, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkması ve anksiyete belirtileri göstermesidir. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Korkulan toplumsal durumlardan kaçınılması ya da yoğun anksiyete ile buna katlanması söz konusudur.[1] SAB genellikle uzun solukludur ve zamanla süregelen bir hastalığa dönüşür. Ayrıca süreç içerisinde bu tabloya depresyon, alkol kötüye kullanımı ve özkıyım davranışları eklenebilir. Bu eştanılar hastalık sürecini daha da kötüleştirerek yeti yitimine neden olabilir. Bu yazıda SAB'ın kısaca epidemiyolojisi ve etyolojisinden söz edildikten sonra, duygudurum bozuklukları eştanı sıklığı, eştanının sürece etkisi ve bu birlikteliğin olası nedenleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Epidemiyoloji ve Etiyoloji

SAB'ın genel popülasyondaki yıllık prevalansı yaklaşık %5-10, yaşam boyu prevalansı ise yaklaşık %10-15 arasındadır.[2-6] Kessler ve arkadaşlarının yaklaşık 10 yıl arayla yaptıkları iki farklı çalışmada bir yıllık prevalansı sırayla %7.4 ve %7.1, yaşam boyu prevalansı ise sırayla %13.3 ve %12.1 bulmuşlardır.[4,5] Acartürk ve arkadaşları, 12 aylık prevalansı %4.8 olarak saptamışlardır.[6] Ohayon ve Schatzberg ise SAB nokta prevalansını %4.4 olarak bildirmişlerdir.[2]

SAB'ın kadınlarda, yalnız yaşayanlarda, işsiz, düşük gelir ve eğitim düzeyinde daha sık görüldüğü bildirilmektedir.[7-10] SAB'ın yaygınlığı kadınlarda daha sık (erkeklerin 2 katı) olmakla birlikte tedaviye başvuranlar daha çok erkeklerdir.[2,9] Bu durum öncelikle sosyal ve kültürel etkenlere bağlıdır. Tedaviye başvuran kişiler daha çok eğitim, iş ve kariyer planları olan erkek hastalardır. Son dönemlerde kadınların da eğitim ve kariyer planlarının eskisine göre daha fazla olması, kadın hasta başvurusundaki artışın bir nedeni olabilir. Eğitim, kariyer ve iş hayatı gibi rekabetin ve performansın önemli olduğu alanlarda görev yapan sosyal fobikler daha sık tedavi için başvurmaktadır. SAB, kişinin hedefleri için ciddi bir engeldir ve kişinin işlevselliğini ciddi bir düzeyde etkilemektedir.[9]

Son yıllarda internet, televizyon gibi iletişim araçlarının gelişmesi, insanların SAB ile ilgili bilgilerini arttırmıştır. Tedaviye başvuran sosyal fobik hastalar genellikle genç, erkek ve yüksek eğitilmiş hastalardır ve genellikle bu hastaların çalışma verimleri beklenenden daha düşük olduğu için tedavi onlar için

önemlidir.[5] Bunun dışında SAB erken yaşta başlayan bir bozukluktur. Başlangıç yaşı erken ya da orta ergenlik dönemidir. Yirmibeş yaşından sonra nadiyen başlar.[3,5,7]

SAB'ın nedenleri ile ilgili yapılan çalışmalarda tek bir nedene rastlanılmamıştır. Genetik yatkınlık, öğrenmeye dayalı yaşantılar, mizaç bileşenleri (davranışsal baskılanma) gibi özellikler üzerinde durulmaktadır.[11]

Duygudurum Bozuklukları ile Birlikteliği

SAB sürecinde başta duygudurum bozuklukları (major depresyon, bipolar bozukluk) agarofobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk(OKB), alkol bağımlılığı ve çekingen kişilik bozukluğu gibi çok sayıda ruhsal bozukluk görülebilir.[2,6,9] Bu bölümde SAB'ın önce major depresyon daha sonra bipolar bozukluk ile olan birlikteliği üzerinde durulacaktır.

Major Depresyon

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda SAB hastalarında özellikle duygudurum bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik eştanı sık olarak görülür.[8-15] Kessler ve arkadaşlarının epidemiyolojik çalışmasında major depresyon hastalarında SAB eştanısı %26.5, distimi hastalarında %28.5, bipolar bozukluk hastalarında ise %47.2 oranında saptanmıştır. Kessler ve arkadaşlarının çalışmasında; SAB ile major depresyon, distimi ve bipolar bozukluk arasında güçlü bir ilişki olduğu (odds oranları sırasıyla; 2.9, 2.7 ve 5.9) bulunmuştur.[4-11]

Schneier ve arkadaşları ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında SAB hastalarında, major depresyon, distimi, bipolar bozukluk eştanı sıklığını sırasıyla %17, %13 ve %5 olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmada eştanılı durumlarla birlikte özkıyım girişimi sıklığı ve finansal sorunların arttığı bulunmuştur.[9] Bu eştanı oranları diğer bazı çalışmalarda major depresyon için %15-37; distimi için %13-15; ve bipolar bozukluk için %1.5-5 arasında saptanmıştır.[13,15,16] Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise SAB hastalarında birlikte başka bir psikiyatrik hastalık görülme oranı %58, major depresyon oranı ise %10.4 olarak bulunmuştur.[17]

Öte yandan klinik örneklemde yapılan çalışmalar nispeten azdır ve oranlar büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Bu çalışmalara göre SAB hastalarında duygudurum bozuklukları eştanı oranları; major depresyon için %35-70, bipolar bozukluk için %3-21 arasında değişmektedir.[18-20]

Duygudurum bozukluğu eştanısı varlığında sosyal anksiyete, sosyal kaçınmanın daha fazla olduğu ve SAB belirtilerinin daha şiddetli olduğu bildirilmektedir.[20] En ağır belirtilerin bipolar bozukluk ile SAB birlikteliğinde görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada bipolar bozukluk-SAB grubunda, unipolar bozukluk-SAB ve duygudurum bozukluğu eştanısı olmayan gruba göre panik bozukluğu, OKB ve alkol kötüye kullanım bozukluğu eştanıları daha sık olarak bulunmuştur. Unipolar bozukluk-SAB grubunda ise, duygudurum bozukluğu olmayan gruba göre panik bozukluğu ve OKB eştanıları daha yüksek oranda bulunmuştur.[20]

Öte yandan duygudurum bozukluğu hastalarında da SAB eştanısı sıktır. Major depresyon hastalarında SAB eştanısı sıklığı %22-29.3 arasında değişmektedir.[12,21-24] Ayrıca erken başlangıçlı depresyon ile yaşam boyu anksiyete bozukluğu öyküsü arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Parker ve arkadaşları erken başlangıçlı depresyon varlığı, ailede anksiyete öyküsü, erken çocukluk döneminde anksiyete dışavurumu ile yaşam boyu anksiyete bozukluğu varlığı (SAB ve OKB) arasında anlamlı ilişki olduğunu ileri sürmüştür.[25,26] Fava ve arkadaşları ise, 255 major depresyon hastasında anksiyete bozukluğu eştanı sıklığını %50.6, SAB eştanı sıklığını ise %27 olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmada anksiyete bozukluğu eştanısı olan major depresyon hastalarında hastalığın diğerlerine göre daha erken yaşlarda başladığı görülmüştür.[23]

SAB, genel olarak birliktelik durumlarında, duygudurum bozukluğundan daha erken yaşta ortaya çıkmaktadır. Kessler ve arkadaşları hastalarının %68'inde SAB'ın duygudurum bozukluklarından daha erken yaşta başladığını saptamışlardır.[12] Hastaların %21.9'unda duygudurum bozuklukları SAB'dan daha erken yaşta başlamış, %9.7'unda ise SAB ve duygudurum bozuklukları aynı yıl içerisinde başlamıştır.[12] Benzer saptamalar diğer bazı çalışmalarda da bildirilmiştir.[23,27]

SAB varlığının major depresyon gelişimi için bir öngörücü, yordayıcı faktör olduğu sıkça bildirilmiştir.[2,12,28-30] Uzunlamasına bir çalışmada ise, erken ergenlikte anksiyete bozukluğu varlığı (özellikle SAB) erken erişkinlikteki depresyon ve anksiyete bozukluklarının bir habercisi olarak görülmüştür.[32] Çeşitli çalışmalarda SAB'ı olan bireylerde süreç içerisinde major depresyon gelişim riskinin odds oranları 2.9 ile 5.74 bulunmuştur.[2,30] Ayrıca Weiller ve arkadaşları 2096 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, SAB varlığının alkol bağımlılığı, major depresyon ve özkıyım riskini artırdığını belirlemişlerdir.[28]

SAB, birlikte görülen depresyonun daha ağır ve daha süreğen seyretmesine neden olabilir.[12,29] Stein ve arkadaşları SAB ve major depresyon birlikteliğinde depresif bozukluğun daha kötü seyirli seyrettiğini, özkıyım düşünce ve girişim sıklığının daha fazla olduğunu, ataklar sırasında daha fazla depresif belirtinin görüldüğünü ve daha sık ve uzamış depresif atakların ortaya çıktığını bildirmişlerdir.[29] SAB hastalarında birlikte herhangi bir eştanının bulunmaması, özgül olarak yaşam boyu major depresyon eştanısının olmaması tedaviye iyi yanıtın yordayıcısı olduğu vurgulanmaktadır.[13,33]

Teorik açıdan bakıldığında ise, SAB ve major depresyon birlikteliğinin açıklamaya yönelik iki farklı yorum yapılmıştır. İlkinde SAB major depresyon gelişimine zemin hazırlayan nedensel bir risk faktörü olarak değerlendirilirken, diğerinde her iki hastalık temelinde benzer faktörlerin yattığı, ve bu bozuklukların aynı nedensel faktörün farklı dışavurumları olduğu ileri sürülmüştür. SAB'ın iyileşmesinin daha çok zaman alması ve süreç içerisinde major depresyon gelişmesi ile ilişkili olması ilk ilişki hipotezini desteklemektedir.

SAB ve major depresyonun etiyojisini açıklamaya yönelik ailesel ve genetik çalışmaların sonuçları oldukça karmaşık bulunmuştur. Ortak genetik varyasyonlar ile ortak çevresel faktörlerin kombinasyonları üzerinde durulmaktadır. Sık görülen yaşam olaylarının da birliktelik durumuna katkısı olabilir. Yaşam olayları her iki hastalığı da tetikleyebilir. Ayrıca depresif anne-babalar hem SAB, hem de major depresyon gelişimine katkıda bulunan çevresel faktörler arasında sayılmaktadır. Ayrıca SAB kötü sosyal işlevselliğe bağlı stres, ikincil yaşam olayları (iş kaybı vb.) ve moral bozukluğu yoluyla major depresyon gelişimine nedensel katkıda bulunabilir. Sosyal destek sistemlerinin yokluğu ise, SAB hastalarında daha şiddetli depresif belirtilerin ve özkıyım düşüncesinde artışa neden olabilir.[34]

Bipolar Bozukluk

SAB hastalarında bipolar bozukluk %3-21 arasında görülür.[18-20] SAB hastalarında duygudurum bozukluğu eştanısının hastalığın gidişi üzerine klinik etkilerini araştıran çalışmalar sınırlıdır. Bipolar bozukluk eştanısının SAB hastalarında; şiddet ve sosyal fobi belirtilerinin yaygınlaşması, çoklu eştanı ve alkol kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada bipolar bozukluk ve major depresyon eştanılı hastalarda hiç duygudurum bozukluğu eştanısı bulunmayan SAB grubuna göre OKB eştanısı daha sık, Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeğinde işlevsel bozukluk, fobik kaçınma daha yüksek bulunmuştur.[20] Genel olarak (her ikisinin de olumsuz etkileri olmakla birlikte)

bipolar bozukluk eşanısının major depresyon eşanısına göre daha olumsuz etkileri olduğu izlenmiştir.

Major depresyon hastalarında antidepresan kullanımı ile hipomanik kaymanın SAB eşanısı olanlarda arttığı belirlenmesi bipolar bozukluk ile SAB arasındaki ilişkiye dikkatlerin yönlendirilmesine neden olmuştur.[35] Ayrıca benzer biçimde monoamin oksidaz inhibitörü antidepresan ilaç kullanan 32 SAB hastasından, tedaviden fayda gören 18'nin 14'ünde hipomanik belirtilerin ortaya çıkması, bir grup sosyal fobi hastasının bipolar spektruma ait olabileceği ve antidepresan tedavi ile bipolar özelliğin açığa çıkabileceği şeklinde yorumlanmıştır.[36]

Bipolar bozukluğu olan hastalarda SAB eşanısı %5 ile %47.2 arasında değişmektedir.[37-46] Kessler ve arkadaşları bipolar bozukluk ile SAB eşanısının yakından ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir.[12] Macaristan'da yapılan bir çalışmada, bipolar hastalarda yaşam boyu SAB oranı %7.8, İtalya'da yapılan bir çalışmada ise 77 bipolar ve şizoaffektif bozukluk hastasında %8.2 olarak bulunmuştur.[38,47] McElroy ve arkadaşları bipolar I hastalarda SAB eşanı sıklığını %17, bipolar II bozukluk hastalarında ise %12 olarak saptamışlardır. Bu çalışmada şu an ve yaşam boyu eksen I eşanı varlığı, affektif belirtilerin ve bipolar bozukluğun daha erken başlaması, hızlı döngülülük ve daha ağır şiddette ataklarla anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.[42]

Koyuncu ve arkadaşlarının yakın zamanlı bir çalışmasında ise bipolar bozukluğu olan hastalarda OKB sıklığı %16.2 oranında bulunurken, bu çalışmada bipolar-OKB grubunda SAB eşanısı %28, OKB'si olmayan bipolar grupta ise %34 olarak bulunmuştur.[48] Her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmasa da %30'lardaki yüksek eşanı oranı dikkat çekmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, Tamam ve Özpoyraz bipolar I bozukluk hastalarında en az bir anksiyete bozukluğu eşanı sıklığını %61, SAB eşanı sıklığı ise %20 olarak bildirmişlerdir.[41] Bu çalışmada anksiyete bozukluğu eşanısı olan bipolar hastalarda genel psikopatoloji ve anksiyete düzeylerinin, anksiyete bozukluğu eşanı sayısı artışı ile paralellik gösterdiği bildirilmiştir. Psikometrik ölçeklerdeki anlamlı yükselmeye karşın; özkıyım, hastalık süresi, hastaneye yatış gibi değişkenlerde anlamlı bir değişiklik olmaması nedeniyle, anksiyete bozukluğu eşanısının bipolar bozukluk sürecine ve sonlanımına nasıl bir etkide bulunduğu kesin olarak belirlenmesinin güç olduğu vurgulanmıştır.

Henry ve arkadaşları ise 318 bipolar I bozukluk hastasında fobilerin (panik bozukluk olmaksızın agarofobi, sosyal fobi ve özgül fobiler) eşanı oranını %11 olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmada anksiyete bozukluğu eşanısı bipolar

bozukluğu şiddeti ile ilişkili bulunmamıştır.[43] Simon ve arkadaşları bipolar I ve II bozukluk tanısı almış 475 hastayı incelemiş ve SAB oranını %22 olarak ve genel toplumdaki oranından daha yüksek olarak saptamışlardır. Bu çalışmada yaşam boyu anksiyete bozukluğu eştanısı daha erken yaşta başlangıç, iyileşme olasılığında azalma, daha kötü işlevsellik ve yaşam kalitesi, daha az ötimik yaşam süresi ve daha fazla özkıyım girişimi ile ilişkili bulunmuştur.[44]

Yukarıda bahsedilen çalışmaların hiçbirinde bipolar bozuklukta SAB eştanısının etkileri değerlendirilmemiştir. Ancak Boylan ve arkadaşları çalışmalarında bipolar hastalardaki anksiyete bozukluğu eştanısının varlığının anlamlı olarak daha kötü sonuçlara yol açtığını (hastalık şiddeti, ötimik ya da hastalıkla geçen süre açısından) bildirmiştir. Bu çalışmada SAB ve yaygın anksiyete bozukluğu, sonuç üzerinde en olumsuz etkiye sahip bozukluklar olarak öne çıkmışlardır.[45] Perlis ve arkadaşları ise SAB ile erken başlangıçlı bipolar bozukluk arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ileri sürerken, Perroud ve arkadaşları SAB eştanısının bipolar hastalarda özkıyım düşüncesi ve davranışlar için önemli bir risk faktörü olduğunu vurgulamışlardır.[49,50]

Anksiyete Bozuklukları Bipolar Bozukluk İlişkisi

Freeman ve arkadaşları, bipolar bozukluk ile anksiyete bozuklukları arasındaki olası ilişkiyi üç ayrı model ile açıklamaya çalışmışlardır.[37] İlk modelde, her iki hastalığın farklı özelliklere sahip olduğu, patopsikolojik olarak farklı oldukları şeklindedir. Her iki hastalığında yaygın olması nedeniyle birlikte bulunma sıklıklarında fazla olduğu yorumu yapılmıştır.[37] Bipolar bozukluk hastalarında yüksek anksiyete belirtilerinde lityuma yanıt, düşük anksiyete düzeyi olan hastalara göre daha az olması, aynı zamanda benzodiazepinlerin uzun süreli duygudurum dengeleyicisi olmadıklarının gösterilmesi bu görüşü desteklemektedir.[51-53] Epidemiyolojik çalışmalarda her iki hastalığın birlikte bulunmasının umulandan daha sık olması ve genetik çalışmalarda yeterli bulguların elde edilememesi bunu desteklemektedir.[54] İkinci model ise her iki hastalığı ayrı hastalık saymakla birlikte patopsikolojik olarak ilişkili olduklarını ileri sürmektedir.[37] Epidemiyolojik ve genetik veriler ve biyolojik yaklaşımlar bu görüşü desteklemektedir.[55-58] Bipolar bozukluk ve anksiyete bozukluğu birlikteliği kromozomal düzeyde var olan genetik bir bağlantının sonucu olabilir. Anksiyete bozukluğu ve bipolar bozukluk niteliği bipolar bozukluğun bir alt tipi olabilir.[37]

Üçüncü model ise, hem bipolar, hem de anksiyete bozukluklarının, duygudurum düzenlenmesindeki bir sorundan kaynaklandığını ve sıklıkla

patopsikolojik olarak bir anormalliği yansıttığı şeklindedir. Bu model yaygın anksiyete, sosyal anksiyete, obsesyonları, kompulsyonları ve panik anksiyetesini, bipolar bozukluğun patolojik affektif durumunun bir belirtisi olarak görmektedir.[37] Diğer anksiyete bozukluklarında belirtilerin yanı sıra yaygın anksiyetenin, karma atakta ve disforik manide sık görülmesi bu modeli desteklemektedir.[59-61] Manide anksiyete düzeyinin yüksekliği ile kötü lityum yanıtının bağlantılı olması, manideki depresyon ile anksiyete arasındaki bağlantı (daha yüksek anksiyete, daha yüksek depresyon) ve manideki depresyonla lityum kötü yanıtının bağlantılı olması bu modeli destekleyen diğer bulgulardır.[59,62] Ek olarak, bütün anksiyete bozukluklarında antidepresana bağlı mani ve hipomanik kaymanın sık görülmesi bu model ile açıklanmak istenmiştir.[36,37,63] Bazı araştırmacılar ise anksiyete bozukluklarında antidepresan ilaçlara bağlı hipomanik kayma olması durumunda, bu tabloyu bipolar spektrum içerisinde değerlendirmeyi yeğlemişlerdir. Bu durumun, mizaca bağlı ya da kişilik faktörleri ile (siklotimik kişilik, ya da anksiyöz yapı ya da kişilerarası ilişkilerde duyarlılık gibi), hem bipolar bozukluk hem de anksiyete bozukluklarına yatkınlık yaratan bir durum olarak kabul edilmesi önerilmiştir.[19,36,64]

Yapılan çalışmalar, anksiyete bozuklukları eştanısı alan bipolar bozukluk hastalarında genel psikopatoloji düzeyinde önemli bir artışın olduğu, tedavi yanıtının azaldığı, hastalık sürecinin olumsuz etkilendiği ve özkıyım riskinin arttığını göstermektedir. Günümüzde yaygın olan tedavi uygulamalarında zaman zaman bipolar bozukluk tedavisinin ön plana alınması, eşlik eden anksiyete bozuklukları tanısına yeterli dikkat ve özenin gösterilmesini önlemektedir. Bu durum tedavinin gecikmesine, direnç oluşmasına ve ciddi işlev yitimine neden olmaktadır. Bu sorunları önleyebilmek ve hastaların yaşam kalitesini artırabilmek için, anksiyete bozukluğu eştanısının –gerekirse tarama testi kullanılarak– tanınması ve tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır.[40]

Sonuç

Genel olarak değerlendirildiğinde hem SAB hastalarında duygudurum bozukluğu eştanısı, hem de duygudurum bozukluğu hastalarında SAB eştanısı yaygındır. Aynı zamanda bu birliktelik birincil tanının klinik şiddetini, direncini ve işlevselliğini ciddi biçimde etkilemektedir. Bu nedenle gerek SAB hastalarında, gerekse duygudurum bozukluklarında tedavi verilirken, eştanı durumunun sistematik olarak değerlendirilmesi ve gözden kaçırılmaması önemlidir.

Kaynaklar

1. Evren C. Sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2:473-515.
2. Ohayon MM, Schatzberg AF. Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *J Psychosom Res* 2010; 68:235-243.
3. Memik NÇ, Yıldız Ö, Tural Ü, Ağaoğlu B. Sosyal fobinin yaygınlığı: bir gözden geçirme. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011; 48:4-10.
4. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
5. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:593-768.
6. Acarturk C, de Graaf R, van Straten A, Have MT, Cuijpers P. Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: A population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43:273-279.
7. Grant BF, Hasin DS, Blanco C, Stinson FS, Chou SP, Goldstein RB et al. The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:1351-1361.
8. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2008; 38:15-28.
9. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:282-288.
10. Wells JC, Tien AY, Garrison R, Eaton WW: Risk factors for the incidence of social phobia as determined by the Diagnostic Interview Schedule in a population-based study. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90:84-90.
11. Stein DJ, Hollander E, Rothbaum BO. *Textbook of Anxiety Disorder*, Second edition. Washington D.C., American Psychiatric Publishing, 2009.
12. Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, Stein M, Walters EE. Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US national comorbidity survey. *Psychol Med* 1999; 29:555-567.
13. Davidson JRT, Huges DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993; 23:709-718.
14. Chartier MJ, Walker JR, Stein MB. Considering comorbidity in social phobia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:728-734.
15. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:159-168.

16. Dick CL, Sowa B, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton: Phobic disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 376(Suppl):36-44.
17. Dilbaz N, Güz H. Sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyet farklılıkları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2002; 39:79-86.
18. Van Ameringen M, Mancini C, Styan G, Donison D. Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *J Affect Disord* 1991; 21:93-99.
19. Perugi G, Akiskal HS, Ramaciotti S, Nassini S, Toni C, Milanfranchi A et al. Depressive comorbidity of panic, social phobic, and obsessive-compulsive disorders re-examined: Is there a bipolar II connection? *Psychiatr Res* 1999; 33:53-61.
20. Perugi G, Frare F, Toni C, Mata B, Akiskal HS. Bipolar II and unipolar comorbidity in 153 outpatients with social phobia. *Compr Psychiatry* 2001; 42:375-381.
21. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol* 2001; 110:585-599.
22. Alpert KE, Uebelacker LA, McLean NE, Nierenberg AA, Pava JA, Worthington JJ et al. Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: co-occurrence and clinical implications. *Psychol Med* 1997; 27:627-633.
23. Fava M, Rankin MA, Wright EC, Alpert JE, Nierenberg AA, Pava J et al. Anxiety disorders in major depression. *Compr Psychiatry* 2000; 41:97-102.
24. Rush AJ, Zimmerman M, Wisniewski SR, Fava M, Hollon SD, Warden D et al. Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. *J Affect Disord* 2005; 87:43-55.
25. Parker G, Wilhelm K, Asghari A. Early onset depression: the relevance of anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:30-37.
26. Parker G, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP, Roussos J, Gladstone G. The influence of anxiety as a risk to early onset major depression. *J Affect Disord* 1999; 52:11-17.
27. Schatzberg AF, Samson JA, Rothschild AJ, Bond TC, Regier DA, McLean Hospital depression research facility: early-onset phobic disorders and adult-onset major depression. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 34:29-34.
28. Weiller E, Bisslerbe JC, Boyer P, Lepine JP, Lecrubier Y. Social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder. *Br J Psychiatry* 1996; 168:169-174.
29. Stein MB, Fuetsch M, Muller N, Höfler M, Lieb R, Wittchen HU. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:251-256.
30. Bittner A, Goodwin RD, Wittchen HU, Beesdo K, Höfler M, Lieb R. What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *J Clin Psychiatry* 2004; 65:618-626.
31. Beesdo K, Bittner A, Pine DS, Stein MB, Höfler M, Lieb R et al. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:903-912.
32. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:56-64.

33. Vriends N, Becker ES, Meyer A, Williams SL, Lutz R, Margraf J. Recovery from social phobia in the community and its predictors: data from a longitudinal epidemiological study. *J Anxiety Disord* 2007; 21:320-337.
34. Belzer K, Schneier FR. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment. *J Psychiatr Pract* 2004; 10:296-306.
35. Holma KM, Melartin TK, Holma IA, Isometsä ET. Predictors for switch from unipolar major depressive disorder to bipolar disorder type I or II: A 5-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:1267-1275.
36. Himmelhoch JM. Social anxiety, hypomania and the bipolar spectrum: Data, theory and clinical issues. *J Affect Disord* 1998; 50:203-213.
37. Freeman MP, Freeman SA, Susan L, McElroy SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *J Affect Disord* 2002; 68:1-23.
38. Szadoczky E, Papp ZS, Vitrai J, Rihmer Z, Furedi J. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord* 1998; 50:153-162.
39. Pini S, Maser JD, Dell'Osso L, Abelli M, Muti M, Gesi C, Cassano GB. Social anxiety disorder comorbidity in patients with bipolar disorder: A clinical replication. *J Anxiety Disord* 2006; 20:1148-1157.
40. Tamam L. Bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluğu birlikteliği: Bir gözden geçirme. *Turk Psikiyatri Derg* 2007; 18:59-71.
41. Tamam L, Ozpoyraz N. Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology* 2002; 35:203-210.
42. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PEJ, Frye MA, Denicoff KD et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158:420-426.
43. Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, Etain B, Rouillon F, Leboyer M. Anxiety disorders in 318 bipolar patients: prevalence and impact on illness severity and response to mood stabilizer. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:331-335.
44. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for BD (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004; 161:2222-2229.
45. Boylan KR, Bieling PJ, Marriott M, Begin H, Young LT, MacQueen GM. Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:1106-1113.
46. Keller MB. Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(Suppl 1):5-7.
47. Cassano GB, Pini S, Sacttoni M, Dell'Osso L. Multiple anxiety disorder comorbidity in patients with mood spectrum disorders with psychotic features. *Am J Psychiatry* 1999; 156:474-476.
48. Koyuncu A, Tukul R, Ozyildirim I, Meteris H, Yazici O. Impact of obsessive-compulsive disorder comorbidity on the sociodemographic and clinical features of patients with bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2010; 51:293-297.

49. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry* 2004; 55:875-881.
50. Perroud N, Baud P, Preisig M, Etain B, Bellivier F, Favre S et al. Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients. *Bipolar Disord* 2007; 9:713-721.
51. Feske U, Frank E, Mallinger AG, Houck PR, Fagiolini A, Shear MK et al. Anxiety as a correlate of response to the acute treatment of bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157:956-962.
52. Young LT, Cooke RG, Robb JC, Levitt AJ, Joffe RT. Anxious and non-anxious bipolar disorder. *J Affect Disord* 1993; 29:49-52.
53. Aronson TA, Shukla S, Hirschowitz J. Clonazepam treatment of five lithium-refractory patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146:77-80.
54. MacKinnon DF, Xu J, McMahon FJ, Simpson SG, Stine OC, McInnis MG et al. Bipolar disorder and panic disorder in families: An analysis of chromosome 18 data. *Am J Psychiatry* 1998; 155:829-831.
55. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998; 50:143-151.
56. Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: Evidence from the Epidemiological Catchment Area survey. *Am J Psychiatry* 1995;152:280-282.
57. Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res* 1995; 59:57-64.
58. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med* 1997; 27:1079-1089.
59. Cassidy F, Murry E, Forest K, Carroll BJ. Signs and symptoms of mania in pure and mixed episodes. *J Affect Disord* 1998; 50:187-201.
60. Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Tsai-Dilsaver Y, Krajewski KJ. Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania and pure-mania. *Psychiatry Res* 1997; 73:47-56.
61. Post RM, Rubinow DR, Uhde TW, Roy-Byrne PP, Linnoila M, Rosoff A et al. Dysphoric mania: Clinical and biological correlates. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:353-358.
62. Swann AC, Bowden CL, Morris D, Calabrese JR, Petty F, Small J et al. Depression during mania: Treatment response to lithium or divalproex. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:37-42.
63. Perugi G, Toni C, Akiskal HS. Anxious-bipolar comorbidity: Diagnostic and treatment challenges. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22:565-583.
64. Akiskal HS, Rosenthal RH, Rosenthal TL, Kashgarian M, Khani MK, Puzantian VR. Differentiation of primary affective illness from situational, symptomatic, and secondary depressions. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36:635-643.

Zerrin Binbay, Uzm.Dr., Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; **Ahmet Koyuncu**, Uzm.Dr., Bahat Hastaneler Grubu, İstanbul

Yazışma Adresi/Correspondence: Zerrin Binbay, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Klinięi, İstanbul, Turkey. E-mail: zbinbay@yahoo.com

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

The authors reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol4/no1/

Çevrimiçi yayım / Published online 09 Ekim / October 09, 2011; doi:10.5455/cap.20120401
