

# Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozuklukları

## *Social Anxiety Disorder and Alcohol Use Disorders*

Cüneyt Evren <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Doç. Dr., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

### ÖZET

Epidemiyolojik çalışmalar sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozuklukları arasında yüksek oranlarda komorbidite saptamışlardır. Bir çok çalışmanın sosyal anksiyete bozukluğu ile alkol kullanım bozukluğu tanıları arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermesine rağmen, bu ilişkinin yönü ya da nedenselliği konusunda belirsizlik vardır. Hem alkol kullanım bozukluğu hem de sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar bu bozuklukların sadece birine sahip olanlara göre daha şiddetli belirtiler ve daha fazla yetersizlik gösterdikleri için yüksek komorbidite oranları endişe doğurmaktadır. Bu nedenle alkol bağımlılığı olan hastalarda sosyal anksiyete belirtileri ve sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozukluğu belirtilerinin ayrıntılı araştırılması gerekmektedir. Bu yazıda hem klinik düzeyde belirgin olan, hem de klinik altı düzeyde olan sosyal anksiyete ve alkolle ilgili sorunların yüksek birlikteliğini açıklamaya çalışan çalışmalar gözden geçirilmiştir. Bu karmaşık ilişkinin daha iyi anlaşılması ile tedavi programları bu komorbiditeye sahip bireyleri daha kolay fark edebilecek ve bu bireyler için halihazırda var olan tedavilerinin etkinliğini arttırabileceklerdir.

*Anahtar Sözcükler: Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Alkol Bağımlılığı, Sosyal Fobi*

### ABSTRACT

High rates of comorbidity were found between alcohol use disorders and social anxiety disorder in epidemiologic studies. Although many studies show strong relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorder diagnosis, inconsistency about the causal relationship still remains. High rates of comorbidity is a subject of concern since patients with both alcohol use disorder and social anxiety disorder show more severe symptoms and more functional impairment than those patients who have only one of these disorders. Thus social anxiety symptoms among those with alcohol use disorder and alcohol use disorder symptoms among those with social anxiety disorder must be evaluated carefully. In this article studies that tried to explain the high comorbidity between social anxiety and alcohol related problems have been reviewed. Better understanding of this complex relationship would help physicians to easily recognize these individuals with dual diagnosis which would increase the efficiency of existent treatments.

*Keywords: Social Anxiety Disorder, Alcohol Dependence, Social Phobia*

*(Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2010; 2(4):473-515)*

*Çevrimiçi adresi/ Available online at: [www.cappsy.org/archives/vol2/no4/](http://www.cappsy.org/archives/vol2/no4/)*

*Çevrimiçi yayım tarihi / Online publication date: 16 Haziran 2010 / June 16, 2010*

**E**pidemiyolojik çalışmalar sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozuklukları arasında yüksek oranlarda birliktelik saptamışlardır. Örneğin, yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alanların %48'inin ayrıca yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu tanısı da aldıkları bildirilmiştir.[1] Bir çok çalışma sosyal anksiyete bozukluğu ile alkol kullanım bozukluğu tanıları arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermesine karşın bu ilişkinin yönü ya da nedenselliği konusunda belirsizlik vardır. Bazı çalışmalar sosyal anksiyete ve alkolle ilişkili değişkenler arasında doğrusal ilişki olduğunu gösterirken, diğerleri bu iki durum arasında ya negatif ilişki saptamış ya da hiç bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Bazı araştırmacılar da bu ilişkiyi daha iyi anlamak için cinsiyet ya da alkolün etkilerinden beklentiler gibi bu ilişkide etkisi olabilecek değişkenleri araştırmışlardır.[2]

Hem alkol kullanım bozukluğu hem de sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar bu bozuklukların sadece birine sahip olanlara göre daha şiddetli belirtiler ve daha fazla yetersizlik gösterdikleri için yüksek komorbidite oranları endişe doğurmaktadır.[3] Tedavi arayışında olanlarda yapılan bir çalışmada, alkol kullanım bozukluğu olup ayrıca yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğu öyküsü olanlarda sosyal anksiyete bozukluğu öyküsü olmayan ve alkol kullanım bozukluğu olan bireylere göre daha şiddetli alkol bağımlılığı, daha fazla major depresif atak, daha az sosyal destek ve daha düşük mesleki düzey bildirilmiştir.[4,5] Benzer şekilde sosyal anksiyete bozukluğu ve yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu öyküsü olanlarda alkol kullanım bozukluğu olmayan ama sosyal anksiyete bozukluğu olanlara göre daha şiddetli sosyal anksiyete bozukluğu belirtileri, daha fazla psikiyatrik komorbidite, daha fazla sağlık sorunları ve kişiler arası işlevsellikte daha fazla sorun (örneğin evli olma ihtimalinin düşük olması) saptanmıştır.[6]

Alkol kullanım bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu bağlantısı ile ilgili teoriler, sosyal anksiyetesi olan bireylerin anksiyete ile başedebilmek için alkol kullanmalarının bir şekilde alkol kullanım bozukluğu için riski arttırdığını göstermektedir.[6,7] Diğer bir deyişle, sosyal anksiyete ile ilgili teorik modeller, sosyal anksiyeteyi alkol kullanım bozukluğu gelişimi için risk etkeni olarak değerlendirmektedir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmanın bulguları, cinsiyet ve bağlantılı Eksen I ve Eksen II tanılarının kontrol edildiğinde de sosyal anksiyete bozukluğunun alkol kullanım bozukluğu ile ilişkili olduğunu göstermiştir.[6,8]

Bu yazıda hem klinik düzeyde belirgin olan, hem de klinik altı düzeyde olan yani belirtileri olan ancak tanı ölçütlerini karşılamayan sosyal anksiyeteli bireylerde, sosyal anksiyete ve alkolle ilgili sorunların yüksek birlikteliğini açıklamaya çalışan çalışmalar gözden geçirilmiştir. Bu karmaşık

ilişkinin daha iyi anlaşılması ile tedavi programları bu komorbiditeye sahip bireyleri daha kolay fark edebilecek ve bu bireyler için halihazırda var olan tedavilerinin etkinliğini arttırabileceklerdir. Bu amaçla PsycLit, PsycINFO, ve MEDLINE, Türk Psikiyatri Dizini veritabanlarının 1986 ve 2008 yılları arası “sosyal anksiyete, sosyal fobi, anksiyete bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, alkol bağımlılığı ve komorbidite” anahtar kelimeleri kullanılarak taranmış ve uygun makaleler değerlendirmeye alınmıştır. Daha önce yayınlanmış çalışmaların kaynaklar listesi de ek bilgi sağlanabilmesi amacıyla değerlendirilmiştir.

## Sosyal Anksiyete ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu

### Tanımı

Sosyal anksiyete diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu ile karakterizedir. Genel toplumda sosyal anksiyete seviyesi hafiften şiddetliye değişen düzeylerde dir. Eğer önemli ölçüde sıkıntı ya da işlev yetersizliğine neden olacak kadar şiddetli ise sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi) tanısının konması uygundur. Sosyal anksiyete bozukluğu sosyal ortamlarda kişinin utanç verici bir şey yapacağı ya da küçük düşmesine neden olabilecek anksiyete belirtileri yaşayacağı (örn, kızarma ya da terleme) aşırı korkusu olarak tanımlanır.[9]

### Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik çalışmalar sosyal anksiyete bozukluğu'nun major depresyon, alkol bağımlılığı ve özgül fobinin ardından %12.1'lik yaşam boyu yaygınlık oranı ile dördüncü en sık psikiyatrik bozukluk olduğunu göstermiştir.[10] Fakat araştırmacıların sosyal anksiyete bozukluğu tanısı koymak için kullandıkları ölçeklere göre bu sıklık oranları değişebilmektedir. Oranların geçtiğimiz birkaç nesil boyunca arttığı düşünülmektedir.[11] Sosyal anksiyete bozukluğu – yeme ya da toplumda konuşma gibi sosyal ortamlardan aşırı korkma – Amerikan toplumunun % 2 ila 13'ünü etkiler.[12] Türkiye'de yapılan çalışmaların sonuçları da sosyal anksiyete bozukluğu'nun sık görülen bir psikolojik sağlık sorunu olduğunu desteklemektedir.[13] Yaygınlık oranları batı örneklemelerinde %0.5'dan 16'ya kadar değişmektedir.[14] Sosyal anksiyete bozukluğu, batı toplumlarında yaygın bir bozukluk iken, doğu toplumlarında batı toplumlarına kıyasla nadir olduğu bildirilmektedir. İlk bulgular sosyal anksiyetenin ülkeler arasında farklı kültürel normlarla ilişkili olduğunu göstermektedir.[15]

Bir epidemiyolojik çalışmada 12 aylık ve yaşam boyu DSM-IV sosyal anksiyete bozukluğu tanısı yaygınlıkları sırasıyla %2.8 ve %5.0 olarak bu-

lunmuştur. Bu çalışmada sosyal anksiyete bozukluğunun düzelmeyen bir seyir gösterdiği ve erken başlangıç yaşı ile anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Şimdi ve yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğu tanısının diğer psikiyatrik bozukluklarla, özellikle de yaygın anksiyete, bipolar I, kaçınan ve bağımlı kişilik bozukluklarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerde korkulan ortalama ortam sayısının 7 olduğu ve çoğunun performans durumlarında anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir. İlginç olan ise, tüm bu bulgulara rağmen sosyal anksiyete bozukluğu'nun çoğu zaman tedavisiz kalmasıdır.[1]

Tipik olarak sosyal anksiyete bozukluğu genç yaşlarda başlar ve tedavisiz düzelmeye gösterme ihtimali düşüktür. Tipik sosyal anksiyete bozukluğu başlama yaş aralığı ise yaklaşık 13–15 yaşlar arasındadır, fakat 8 yaşa kadar küçük çocuklarda dahi tanı konduğu bildirilmektedir.[16,17] Eğer tedavi edilmezse sosyal anksiyete bozukluğu erişkinlikte de devam eden kronik bir seyir izler.

## Etyolojisi

Sosyal anksiyete bozukluğu altında yatan mekanizma ya da nedenler tam olarak bilinmemektedir, fakat birden çok yatkınlaştırıcı etkeni içerebilir. Olası etkenler arasında genetik yatkınlık, erken travmatik duygusal yaşantılar, ebeveyn davranışını gözlemlene ya da model alma ve beyin kimya sistemlerindeki biyolojik düzensizlikler bulunmaktadır. Bu bozukluğa sahip kişiler genellikle küçük çocukken utangaç ya da davranışsal olarak baskılandıkları, daha şiddetli olgularda ise okula gitmek istemeyen sosyal anksiyeteli çocuklar olduklarını bildirmişlerdir.[12,16]

## Tanı Ölçütleri

DSM-IV'e göre tanı ölçütleri Tablo.1'de gösterilmiştir.

## Alt tipleri

Eğer sosyal anksiyete sosyal durumların hepsinde ya da çoğunda yaşanıyor- sa "yaygın sosyal anksiyete", eğer toplum önünde konuşma gibi özel durumlarda ortaya çıkıyorsa "yaygın olmayan sosyal anksiyete" olarak adlandırılır. Mannuzza ve arkadaşları [18] alkol kötüye kullanımı komorbiditesinin yaygın sosyal anksiyete tipinde, yaygın olmayan tipine göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (sırasıyla %6 ve %25). Kessler ve arkadaşları da,[19] alkol kullanım bozukluğu komorbiditesinin hem topluma konuşma, hem de diğer korkuları olan bireylerde daha fazla olduğunu saptamışlardır. Benzer

şekilde Thomas ve arkadaşları sosyal anksiyetenin sosyal ilişki korkusu ve sosyal ortamlarda performans sergileme konusunda endişe şeklinde iki temel özelliği olduğunu gözlemelemiştir. Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin performans durumlarından ziyade sosyal ilişkideki anksiyete ile başetmek için daha fazla içme olasılıklarının olduğunu bulmuşlardır.[20]

**Tablo.1. DSM-IV-TR'ye göre Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanı Ölçütleri [9]**

- A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan, belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir). Not: Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete, sadece erişkinlerle olan etkileşimlerinde değil, yaşlarıyla karşılaştığı ortamlarda da ortaya çıkmalıdır.
- B. Korkulan sosyal durumla karşılaşma, hemen her zaman anksiyete yaratır ki, bu anksiyete, duruma bağlı olarak, panik atak biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma ya da yabancı insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak görülebilir.
- C. Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunun farkındadır. Not: Çocuklarda bu özellik olmayabilir.
- D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da bu durumlara yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla katlanılır.
- E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.
- F. 18 yaşından küçüklerde, süre en az 6 aydır.
- G. Korku ya da kaçınma davranışı, bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve başka bir mental bozukluk (agorafobiyle birlikte ya da agorafobi olmadan panik bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu, yaygın gelişimsel bozukluk ya da şizoid kişilik bozukluğu gibi) ile daha iyi açıklanamaz.
- H. Genel tıbbi bir durum ya da mental bozukluğun olduğu durumlarda, A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkili değildir. Örneğin: korku, kekemelik, parkinson hastalığındaki titreme ya da anoreksiya nervoza ya da bulimia nervozadaki yemek yeme davranışıyla ilişkili değildir.

Varsa belirtiniz:

Yaygın tip: Korkular çoğu toplumsal durumu kapsıyorsa (örneğin, söyleşileri başlatma ve sürdürme, küçük topluluklara katılma, karşı cinsle çıkma, üstleriyle konuşma, partilere gitme)

Yapılan bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar erken başlangıçlı (<18 yaş) (n=47; %75.8) ve geç başlangıçlı (>18 yaş) (n=15; %24.2) olarak iki gruba ayrılmış ve en az 10 haftalık ilaç tedavisi ile takip edilmiştir. Erken başlangıçlı hastalarda sosyal olarak pasif olma, sosyal

anksiyete bozukluğu yaygın tipi ve psikiyatrik komorbidite oranları daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında belirtilerin şiddeti ve tedaviye cevap açısından fark saptanmayan çalışmada, yazarlar bu bulguların sosyal anksiyete bozukluğu'nun erken başlangıç özellikli muhtemel bir alt tipinin varlığını düşündürdüğünü bildirmişlerdir.[21]

Diğer bir çalışmada ayaktan tedavi gören ve yaygın sosyal anksiyete bozukluğu olan 82 hastada düşük ya da yüksek yenilik arayışı eğilimine göre temel alınmış muhtemel alt gruplar değerlendirilmiştir. Bu gruplar sosyal anksiyete bozukluğu belirti şiddeti açısından fark göstermemiştir. Kadınların yüksek yenilik arayışı grubunda sınıflandırılma ihtimalleri daha az bulunmuştur. Klinisyen tarafından yapılan komorbid madde kullanım bozukluğu şiddet değerlendirilmesi yüksek yenilik arayışı grubunda şiddetin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar sosyal anksiyete bozukluğu heterojenliği için destek sağlamaktadır. Araştırmacılara göre, yüksek yenilik arayışı, risk-alan ve baskılanamayan davranışa eğilim bu farklı alt grubun karakteristik özellikleridir.[22]

Sosyal anksiyetenin üç bileşeni tanımlanmıştır.[23] Bunlar; etkileşim anksiyetesi (sosyal etkileşim korkusu), gözlem anksiyetesi (diğerleri tarafından gözlenme korkusu) ve diğerlerinin anksiyete belirtilerinin fark edeceği korkusudur. Her bileşen alkol kullanım bozukluğu ile ilgili farklı mekanizmalarla ilişkili olabilir. Örneğin, etkileşim anksiyetesi olan bireyler alkolü sosyal olarak rahatlamak için kullanırlar. Bu hipotez, alkolün sosyal iletişim için rahatlık sağlayacağı beklentisi ile sosyal anksiyetenin ilişkili olduğu bulgusuyla desteklenmektedir.[24] Diğer bir alternatif, gözlem anksiyetesi olan bireylerin gözlenebilen anksiyete reaksiyonlarını azaltabilmek için alkol kullanıyor olabilecekleridir. Ancak bu hipotezi değerlendiren tek çalışmada, gözlem anksiyetesi prospektif olarak alkol kullanım bozukluğu başlangıcı ile ilişkili iken sosyal etkileşim anksiyetesi ilişkili bulunmamıştır.[3]

## Ayırıcı Tanı

### Depresyon

Bazı hastalarda major depresif bozukluk, şiddetli anksiyete ve sosyal izolasyonla kendini gösterebilir. Antidepresanlar ise ister tek başlarına, ister birlikte olsunlar hem sosyal anksiyete bozukluğu, hem de depresyon tedavisi için faydalıdır. Bununla beraber depresyon ayrıca sosyal anksiyete bozukluğu için tipik olmayan uyku ve iştah değişiklikleri, zevk ya da haz alamama ve özkıyım düşüncesi gibi nörovejetatif belirti ve bulgularla ilişkilidir.[25]

### **Panik Bozukluk**

Panik bozuklukla ilişkili panik ataklar sosyal ortamlar tarafından tetikleniyor olabilir. Bununla beraber panik bozukluklu hastalar sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalardan farklı olarak sosyal durumlara maruz kalmaktan korkmaz fakat daha ziyade panik atağın kendisinden endişe duyarlar. Agorafobinin eklendiği şiddetli panik bozukluğu olan hastalar yalnız kalmaktan yoğun korku duyarlar ve panik atak geliştiğinde yardıma ihtiyaçları olabileceğinden çevrelerinde insan olsun isterler.[25]

### **Kaçınan Kişilik Bozukluğu**

Kişilik bozuklukları sosyal anksiyete bozukluğu tanısını karıştırabilir. Kaçınan kişilik bozukluğu sosyal anksiyete ve inhibisyona yol açabilir. Bu duruma sahip kişiler yetersizlik duyguları yaşarlar ve olumsuz değerlendirilmeye karşı aşırı hassasiyet gösterirler. sosyal anksiyete bozukluğu'da olduğu gibi belirgin sosyal ve kişiler arası etkileşim gerektiren aktivitelerden kaçınırlar. Bununla beraber çoğu sosyal anksiyete bozukluğu olan hastadan farklı olarak kendilerini diğerlerinden aşağı ve yetersiz görürler.[25]

### **Tıbbi Bozukluklar**

Parkinson gibi belirgin fiziksel belirtiler ortaya çıkaran tıbbi durumlar sosyal olarak kaçınma davranışına yol açarlar. Örneğin kekemeler yeni sosyal ortamlarda kendilerini küçük düşürecekleri korkusuyla konuşmaktan kaçınırlar. Ancak bu hastaların korkularının, belirtileri temel alan mantıklı açıklaması vardır. sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda ise korkuların temeli yoktur. Bu tür tıbbi durumu olan hastaların sosyal korkuları sadece tıbbi belirtileri ile ilişkili değil ise sosyal anksiyete olarak değerlendirilmelidir. Parkinson hastalığı olan bir kişi titremeleri görülecek diye değil de küçük duruma düşeceği bir şey yapacağı korkusu nedeniyle sosyal ortamlardan kaçınıyorsa sosyal anksiyete olarak değerlendirilir.[25]

### **Utangaçlık**

Patolojik olmayan utangaçlık genel olarak sosyal anksiyeteye benzer ve bazı vakalarda iki durumun ayırt edilmesi zordur. Yol gösterebilecek olan, utangaçlığın genellikle sosyal olarak sıkıntıya yol açacak düzeyde yetersizliğe yol açmayacağıdır. Ayrıca utangaçlık zaman içinde deneyim ile azalır. Tersine sosyal anksiyete belirgin sıkıntıya ve işlevsel sınırlanmaya yol açar ve sosyal deneyimler bu korkuları pekiştirebilir.[25]

### **Sosyal Anksiyetenin Etkileri**

Eğer tedavisiz bırakılırsa sosyal anksiyete bozukluğu devam eden ve yetersizliğe yol açan bir durumdur. sosyal anksiyete bozukluğu erken yaşlarda başladığı için normal gelişim sürecinde engelleyici olabilir ve uyum bozucu

baş etme mekanizmaları yaratır. Bu bozukluğa sahip olma düşük seviyede eğitim, düzenli olmayan iş yaşantısı ve sık işe gitmeme ya da geç kalma ile ilişkilidir. Bazen de sunum yapmak gibi işle ilgili bir görevden kaçınma ile bağlantılandırılır.[26]

Yaygın bir durum olan sosyal anksiyete bozukluğu yetersizliğe yol açabilir ve genellikle kronik bir seyir izler.[27] Önemli mesleki, akademik ve sosyal yetersizliklere yol açabilir ve genellikle diğer psikolojik sorunlarla birlikte-dir.[24] Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin okul, iş ve sosyal yaşamında, özellikle de karşı cinsle ilişkiyi başlatma sorunları yaşama ihtimaleri daha yüksektir. sosyal anksiyete bozukluğu, sosyal ilişki, sosyal destek, sosyal kabullenilme, romantik ilişki içinde olma ve cinsel tatmin ihtimalinin düşük olması ile ve yüksek bekar ya da boşanmış olma ihtimali ile ilişkilidir.

Zaman içinde ise yetersizlik artar, yaşam kalitesi azalır ve ikincil ruhsal bozukluklarla komorbidite oranları artar.[14] Sosyal anksiyete bozukluğu ile ilişkili yetersizlik ve yaşam kalitesinde azalmaya rağmen hastaların sadece bir kısmı tedavi için yardım almaktadır.[28] Bozukluğun kendisi de, doğası nedeniyle (örneğin yabancıların olduğu bekleme odasında anksiyete ataklarının tetiklenebileceği gibi) bireyin doktora gitmesini de engelleyebilir. Alkol ya da diğer bir maddenin kullanımı bu anksiyete belirtilerini maskeleyebilir ve bağımlılığa yol açabilir ve bu da ortada görünen temel sorun olur.

## Eşik Altı Sosyal Anksiyete

Epidemiyolojik Alan Çalışmasındaki katılımcıların uzun süre izlenmesi sonucunda, başlangıçta klinik altı sosyal anksiyetesi (örn. belirtilerin olması ama tanı ölçütlerini karşılayacak kadar olmaması) olanların 13 yıllık takipte alkol kötüye kullanımı geliştirme ihtimallerinin ilk görüşmede sosyal anksiyetesi olmayanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur.[29] Bu nedenle sosyal anksiyetenin klinik altı seviyelerinde bile sosyal anksiyete ile alkol sorunları arasında ilişki olabileceğini düşündürmektedir.

Carrigan ve Randall,[30] alkol kullanımının yüksekten ziyade düşük sosyal anksiyete saptanan gruplarda daha fazla olduğunu bildiren diğer çalışmalardan bahsetmişlerdir. Yazarlar özellikle genç erişkinler için içki içmenin sosyal aktivite anlamına geldiğini, dolayısı ile yüksek sosyal anksiyetesi olan bireylerde alkol kullanımının daha düşük olmasının arkadaş ilişkisinin olmamasından kaynaklanabileceğini tartışmışlardır. Bununla beraber sosyal anksiyete devamlı bir değişken olarak değerlendirildiğinde alkolle ilişkili sorunların eşik altı sosyal anksiyete bozukluğunda (belirgin sosyal korku ya da anksiyetesi olan ancak belirgin sıkıntı ya da sosyal durumlardan kaçınma göstermeyen bireyler) daha fazla olup olmadığı bilinmemektedir.[31]



Alman Sağlık Taraması ve onun Ruhsal Sağlık Ekindeki verilere göre 12 aylık sosyal anksiyete bozukluğu yaygınlığı %2.0 eşikaltı ve belirti gösteren sosyal anksiyete %3.0 (bir DSM-IV ölçütü eksik) ve %7.5 (iki ya da daha fazla ölçüt eksik) oranlarında saptanmıştır. Beklendiği gibi sosyal anksiyete bozukluğu komorbid bozukluklar için artmış risk ve yaşamın farklı alanlarında yetersizlik ile ilişkili bulunmuştur. Bununla beraber bu durum sosyal anksiyete bozukluğu'nun iki eşik altı şeklinde de benzerdi. Bu sonuçlar eşik altı sosyal anksiyetenin de olumsuz seyir ile ilişkili olduğunu açıkça ortaya koymuştur.[32]

## Sosyal Anksiyete ve Komorbidite

Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda diğer psikiyatrik bozuklukların komorbiditesi %70 ila 80 arasında değişmektedir. Diğer bozuklukların komorbiditesi durumunda sosyal anksiyete bozukluğu belirti şiddeti, olumsuz sonuçlar ve özkıyım oranları bile daha fazladır.[33] Sosyal anksiyete bozukluğu ile ilgili yapılan birçok çalışma anksiyete bozukluğu, depresyon, alkol bağımlılığı ve özellikle kaçınan kişilik bozukluğu olmak üzere yüksek oranlarda kişilik bozukluğu ile komorbidite bildirmişlerdir.[34,35] Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde gerçekleştirilen bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların %52.3'ünün komorbid I. Eksen bozukluğuna sahip oldukları bulunmuştur.[36] Hem klinik çalışmalar [5] hem de genel toplumda yapılan çalışmalar [28,37] sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğunun sıklıkla bir arada bulduklarını göstermektedir.

Epidemiyolojik çalışmalar alkol kullanımı ile sosyal anksiyete bozukluğu komorbiditesinin yüksek olduğunu göstermiştir.[38-40] Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların beşte bir kadarında ayrıca alkol kullanım bozukluğu vardır.[12] Toplumdaki alkol bağımlılarının yaklaşık %25'i sosyal anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamaktadır ve kadınlarda (%30.3) her iki durum için risk erkekeler (%19.3) göre daha fazladır.[40] Örneğin yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %48'i ayrıca yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu tanısı için ölçütleri doldurmaktadır.[1] Geleneksel ölçümler sosyal anksiyete bozukluğu için tedavi edilenlerin yaklaşık %20 ve alkol bağımlılığı için tedavi görenlerin yaklaşık %15'inin her iki duruma sahip olduklarını göstermiştir.[41] Lepine ve Pelissolo [42] alkol bağımlılarında sosyal anksiyete bozukluğu yaygınlığını araştıran ve sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozukluğunu araştıran çalışmaları gözden geçirdikleri çalışmalarında; alkol bağımlısı örneklemlelerinde sosyal anksiyete bozukluğu yaygınlığının %2.4 ile %57 (ortalama %21)

arasında değiştiğini, sosyal anksiyete bozukluğu olan örneklerde ise alkol bağımlılığı tanısının %14.3 ile %43.3 (ortalama %26.5) arasında değiştiğini saptamıştır.

Alkol bağımlılığı tedavisi arayışında olanlardan elde edilen verilerde yüksek yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğu oranları elde edilmiştir.[5] Türkiye’de yürütölen bir çalışma alkol bağımlıları arasında yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğu tanısının %16 oranında olduğunu, bu oranın kontrol grubunda ise %4 olduğunu bulmuştur.[35] Bağımlılık tedavi merkezinde yatarak tedavi gören Türk alkol bağımlılarında sosyal anksiyete bozukluğu oranları %9.8 [43] ve %11.4 [44] olarak saptanmıştır. Bu oran Brezilya’da %24.7 [45] ve Norvede %34 [46] olarak bulunmuştur. Diğer çalışmalarda alkolle ilişkili sorunlar için yardım alanlar arasında sosyal anksiyete bozukluğu tanısı için tanı ölçütlerini karşılayanların oranı %16 ile %39 arasında değişmiştir.[5,38,42,47,48] Sheeran ve Zimmerman [49] ise yapılandırılmış ölçekler kullanıldığında klinik örneklerde sosyal anksiyete bozukluğu yaygınlık oranlarının 9 kat arttığını göstermişlerdir. Psikiyatristin tanı koymasını ile madde bağımlılarının %3’ü anksiyete bozukluğu tanısı alırken, Sosyal Fobi ve Anksiyete Envanteri ile hastaların %50’sinin muhtemelen sosyal anksiyete bozukluğu olduğu bulunmuştur. Başlangıçta madde kullanım bozukluğu dışlandığında çalışmaya giriş sırasındaki sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda, ilişkili değişkenler (örn. cinsiyet, depresyon, davranım bozukluğu) kontrol edildiğinde, takipte 4.5 kat fazla alkol bağımlılığı ile (kötüye kullanım değil) ilişkili olduğu saptanmıştır.[8]

Alkol kullanım bozukluğu olan çoğu hasta sosyal anksiyete belirtilerinin klinik olarak belirgin olduğunu fark etmeyebilir ve bu nedenle değerlendirme görüşmesi sırasında belirtilerin önemi anlaşılamayabilir.[50] Benzer şekilde sosyal anksiyete için tedavi arayışındaki çoğu hasta aşırı alkol kullanımları nedeniyle olumsuz değerlendirilebilecekleri ve/veya sosyal anksiyete sorunlarına yönelinmeden alkol sorunu için tedaviye yönlendirilecekleri endişesi ile yaşadıkları alkol sorunlarını kabul etmeye hazır olmayabilirler. Dahası alkol tedavisinde grup tedavisi yöntemlerinin kullanılması ve sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların bu ortamlarda korku yaşamasından dolayı, bu tedavi şekillerinden kaçınma işteği ile alkol kullanımları konusunda dürüst olmayabilirler. Bu nedenlerle literatürde bildirilen komorbidite oranları gerçeği yansıtmayabilir.[2]

Sonuç olarak her ne kadar alkol bağımlısı hastalarda sosyal anksiyete bozukluğu sıklığı yüksekse de tedavi yoğun olarak alkol bağımlılığına odaklanma eğiliminde olduğundan bu anksiyete bozukluğu çoğunlukla ihmal edilir.[45]

## Komorbidite ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklar

Yatarak tedavi gören alkol bağımlıları daha fazla I. ve II. Eksen bozukluk komorbiditesi gösterirler.[46] Alkol bağımlılarında anlamlı düzeyde daha fazla hasta bipolar bozukluğa sahiptir. Perugi ve arkadaşları da sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda bipolar II ve alkol kullanım bozukluğu arasında güçlü bir ilişki saptamışlardır.[51] Sosyal anksiyete bozukluğunun yüksek düzeyde yetersizlik ile ilişkili olması bu hastaların çoğunun ikincil depresyon geliştirme ihtimalini ortaya çıkarmaktadır.[46] Ayrıca sosyal anksiyete bozukluğu ve bipolar bozukluğu komorbiditesinin alkol kötüye kullanımı gelişimini etkileyebileceği şeklinde bir düşünce vardır.[33]

Alkol bağımlılarında, sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların neredeyse hepsi (%92) özellikle yaygın anksiyete bozukluğu ve agorafobi olmak üzere diğer anksiyete bozuklukları da gösterirler.[46] Ayrıca kişilik bozuklukları, özellikle de şizotipal ve kaçınan kişilik bozuklukları, sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda olmayanlara göre daha fazladır.[46] Dolayısı ile alkol bağımlılığı olan bu tür hastaların sadece sosyal anksiyete bozukluğuna yönelik değil ayrıca diğer bozukluklar için de psikiyatrik tedaviye ihtiyaçları olabilir.[46,51]

## Hangi Bozukluk Önce Başlar?

Özel anksiyete durumlarının alkol kullanım bozukluğu ile sırasal ilişkisini araştıran az sayıdaki çalışma diğer anksiyete bozukluklarını alkol kullanımının sonucu olarak değerlendirirken, sosyal anksiyete bozukluğu daha sonra gelişebilecek alkol kullanım bozukluğu için risk etkeni olarak değerlendirmektedir.[8] Toplum örneklerinde olguların %80'inde, hastanede yatan alkol bağımlılarının ise %90.2'sinde alkolle ilgili sorunlardan önce sosyal anksiyete bozukluğu vardır.[45,52] Kushner ve arkadaşları [38] bu komorbiditeye sahip kişilerde sosyal anksiyete bozukluğu başlangıç ortalama yaşının alkol sorunlarından 2 yıl önce olduğunu bulmuşlardır. Diğer bir çalışma da alkol bağımlılığının sosyal anksiyete bozukluğu ortaya çıktıktan yaklaşık 7 ila 10 sene sonra ortaya çıktığını saptamıştır.[26] İki durumun sıralaması değerlendirildiğinde sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğunun tipik başlama yaşları göstermektedir ki, eğer varsa, nedensel ilişki sosyal anksiyeteden alkol bağımlılığına doğrudur. Bu da sosyal anksiyete bozukluğunun daha sonraki alkol kullanım bozukluğu için risk etkeni olarak rol oynadığı düşündürmektedir.[40,41,48,53] Aradaki bu süre de aslında sosyal anksiyete bozukluğu'nu fark etme, onunla uygun ve yapıcı bir şekilde baş etmeyi öğretmek için zaman tanımaktadır.[54] Yine de sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişkinin özelliği

ya da sıralaması hakkında çok az şey bilinmektedir. Bu ilişkiyi anlamak sosyal olarak anksiyöz olan bireylerin korunması ve tedavisi için önemli bir yol gösterici olacaktır.[6]

Sosyal anksiyete çoğunlukla çocukluk çağında ya da erken ergenlik döneminde, çoğu bireyin alkol kullanmaya başlayabileceğinden önce başlar.[16] Bu yüzden, sosyal anksiyete bozukluğunun erken başlaması normal içiciliğin daha gecikmiş yaşlarda başlamasıyla birleştiğinde gözlenen sırasal ilişkiyi açıklar. Diğer yandan sosyal anksiyete bozukluğunun içme davranışını olumsuz pekiştirme mekanizmasıyla, yani kısa süreli anksiyete azaltma yoluyla, pekiştirmesi ya da devam etmesine neden olması olasıdır.[31] Yakın zamanda yapılan bir çalışmada ergenlik dönemindeki sosyal anksiyete bozukluğu'nun 30 yaşında alkol bağımlılığını belirlediği bulunmuştur.[6] Ergenlerde sosyal anksiyete bozukluğu zararlı alkol kullanımını (alkol kullanım bozukluğu değil) belirlemiş erişkinlerde ise klinik altı sosyal anksiyete bozukluğu (klinik düzeyde değil) 13 yıl sonra alkol kullanım bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. [29,55]

Bazı bireylerde ise sorunlu alkol kullanımı sosyal anksiyetenin artışı ile sonuçlanabilir. Ulusal Komorbidite Çalışması'nın sonuçları, sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu komorbiditesi olan çoğu bireyde sosyal anksiyete bozukluğu alkol kullanım bozukluğuna öncül olsa da, bazı bireylerde alkol kullanım bozukluğunun sosyal anksiyete bozukluğundan önce başlıyor olabileceğini göstermiştir.[8] Bazılarında alkol kullanımına bağlı olarak sosyal alanlarda yetersizlikler yaşamak, bir sonraki sosyal etkileşimde olumsuz değerlendirilme ile ilgili gözlem korkularını arttırabilir. Diğer bir değişle, sosyal anksiyete (özellikle gözlemsel korkular) ve allkolle ilişkili sorunlar birlikte, sosyal anksiyete ile başetmek için alkol kullanmayı takiben daha sonraki sosyal etkileşimde daha fazla alkol kullanımı ile sonuçlanan artmış sosyal anksiyete şeklinde kısır döngü oluştururlar.[3]

## **Alkol Kötüye Kullanımı ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu Birlikteliğinin Nedenleri**

Sosyal anksiyete bozukluğu ile içme davranışı arasındaki ilişkiyi bir çok ayrı etken etkileyebilir. Çünkü sosyal anksiyete bozukluğu olan tüm bireyler alkol kullanmamakta ve içenlerin çoğu da hiçbir zaman alkol kullanım bozukluğu geliştirmemektedir.[31] Kushner ve arkadaşları [38] anksiyete bozukluğu ile alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişkinin anksiyete bozukluğunun tipine göre değiştiğini bildirmişlerdir. Agorafobi ve sosyal anksiyete bozukluğundaki alkol sorunu anksiyeteyi azaltmak için kendi kendini tedavi

amaçlı iken, buna karşıt olarak panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu patolojik alkol kullanımının sonucu olabilir.

Alkol kullanım bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu arasındaki ilişkiyi açıklamak için bazı hipotezler ileri sürülmüştür:

1. Sosyal anksiyete bozukluğu olanlar alkolü doğrudan psikofarmakolojik etkisi ile anksiyeteyi azaltmak amacıyla içmektedir;
2. Sosyal anksiyete bozukluğu olanlar alkolün anksiyetelerini azaltacağına inandıkları için içerler;
3. Sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda hem anksiyete bozukluğu, hem de alkol kullanım bozukluğu için genetik yatkınlık vardır;
4. Sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda daha sonra alkol bağımlılığı için yatkınlık oluşturacak nörokimyasal değişiklikler olur;
5. Alkol yoksunluğunun sosyal anksiyete gelişmesinde etkisi vardır;
6. Alkol bağımlılığı depresyon gibi sorunlara, evdeki ve işteki sorunlara ve anksiyete bozukluklarına komorbid kişilik bozukluklarına ikincildir.[33]

### **Alkol Yoksunluğu ve Zehirlenmesi**

Alkol kullanım bozukluğu ve anksiyetenin yüksek orandaki birlikteliğini açıklayabilecek ve dikkat edilmesi gereken bir neden alkol bağımlılığı ile ilgili belirtilerin (örn. yoksunluk, uzun süre içmenin etkileri, yüksek dozlar veya zehirlenme) ya da olumsuz sonuçlarının (sosyal, yasal ya da kişiler arası) anksiyete bozukluğunu tetikleyebilmesidir.[38,56] Bu nedenle döngüsel ilişkide alkol kısa sürede anksiyeteyi azaltabilir, fakat alkolün uzun süre kullanımı anksiyete ortaya çıkarabilir.

Sosyal anksiyete belirtileri alkol yoksunluk ve entoksikasyon belirtilerini taklit edebilir.[57] Dikkat edilmesi gereken nokta alkol yoksunluk anksiyetesinin sosyal ortamlarla sınırlı olmaması, yani sosyal anksiyete bozukluğu belirtilerinden farklı olması gerektiğidir. Bu iki durumu ayırt etmenin diğer bir yolu belli bir ayıklık süresinin beklenmesidir. sosyal anksiyete bozukluğu olan hasta yardım almayı, daha tanı konamadan anksiyetelerini rahatlatmak (kendini tedavi) amacıyla depreşme yaşayabileceklerinden bu her zaman kullanılabilir bir yöntem olmayabilir. Alkol entoksikasyonunun sosyal anksiyete bozukluğu'na etkisi, ilk önce sosyal anksiyete bozukluğu belirtilerini azaltma fakat sonra arttırma şeklinde olacağından, panik bozukluğa kıyasla farklıdır. Yoksunluk süresince sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar daha yoğun fobik belirtiler gösterme eğilimindedirler.[58]

Literatürde araştırılan ana etkenler arasında sosyal öğrenme değişkenleri yer almaktadır.[59] Diğer bir etken özellik (trait) benzeri süreklilikle, anksiyete ya da depresyon gibi olumsuz duygular yaşama eğilimidir.[31] Bazı olguların yüksek olumsuz duygulanımla baş etme şekilleri arasında

sıklıkla alkol kullanımını bildirmesi, potansiyel olarak içme sorunu geliştiren sosyal anksiyete bozukluğu olanları geliştirmeyenlerden ayırabilir.[60] Sosyal anksiyete bazı bireylerde içme davranışı ile ilişkili olabilir, fakat bu bireylerin daha fazla genel duygusal stres (örn. olumsuz duygulanım) yaşayıp yaşamadıkları bilinmemektedir. Teorik olarak bu kişilerin günlük stresörleri karşılayabilmek için alternatif baş etme kaynakları yetersiz olabilir ve sosyal anksiyete ve diğer olumsuz duygularla baş etme amacıyla alkolü daha kolay tercih edebilirler.[61] Örneğin, alkol kullanım bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar geçmiş olayları gözden geçirdiklerinde, alkol kullanım bozukluğu olmayan sosyal anksiyete bozukluğu hastalarına göre alkole ulaşmanın kolay olduğu durumlarda soruna odaklanmış baş etme yeteneklerini daha az kullandıklarını bildirmişlerdir.[62]

Yatarak tedavi gören erişkin Türk erkek alkol bağımlılarında yapılan bir çalışmada içme nedenleri arasında sosyal anksiyete bozukluğunun varlığını ve sosyal anksiyete şiddetini belirleyen temel faktörün "çevreye uyma" olduğu saptanmıştır.[63]

## Genetik

Yüksek komorbiditeyi açıklamaya çalışan başka bir hipoteze göre hem alkol kullanım bozukluğu hem de sosyal anksiyete bozukluğu için sıklıkla varolan predispozisyon ya da genetik yatkınlık söz konusudur. Bu açıklamaya göre bir durumun varlığı (örn. sosyal anksiyete bozukluğu) diğerinin oluşumunu (örn. alkol bağımlılığı) doğrudan etkilemez. Bu sebeple doğrudan nedensel ilişkiler sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu'nun gerçek ilişkisini belirleyemez.[31] Merikangas ve arkadaşları [64] çalışmalarında iki durumun bağımsız yığılım (aggregate) göstermesinin her durum için farklı genetik risk etkenlerinin varlığını düşündürdüğünü bildirmişlerdir.

Probandta (kliniğe hastalık nedeniyle başvuran kişinin aile hikayesinden yola çıkarak soy ağacının çıkarılması) alkol bağımlılığı bulunması, akrabalar da alkol bağımlılığı bulunması ile ilişkili bulunmuştur. Benzer şekilde hem sosyal anksiyete bozukluğu hem de panik bozukluk için ailesel risk saptanmıştır. Daha ileri analizde panik bozukluğunun alkol bağımlılığı geliştirme için bazı genetik riski paylaştığını göstermiştir. Bu bulgu diğer aile çalışmalarında da gözlenmiştir [56]. Bununla beraber sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin akrabalarında yüksek oranda alkol bağımlılığı riski sadece birlikte sosyal anksiyete bozukluğu da varsa söz konusu olmuştur. Konuyla ilgili veriler sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu birliğinin çok az bir kısmının üst üste örtüşen genetik risk ya da paylaşılan etioloji ile açıklanabileceğini göstermektedir.

## Nörobiyolojik Bağlantı

Sosyal anksiyete bozukluğu ve madde bağımlılığı arasındaki muhtemel bir nörobiyolojik bağlantı nörotransmitter dopamin olabilir. Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin bazal gangliasında azalmış dopamin bağlanması olduğu gösterilmiş,[65] ve azalmış dopamin bağlanması ile ilişkili olduğu bilinen parkinsonlu hastalarda sosyal anksiyete bozukluğunun yüksek sıklıkta bulunduğu saptanmıştır.[66] Bazıları dopaminin özellikle de striatal dopaminin sosyal anksiyete bozukluğu oluşumunda anahtar komponent olduğunu ve serotonin ve gaba-amino bütirik asid (GABA) gibi diğer nörokimyasalların olaya katılımında kapı bekçisi olarak davrandığı şeklindeki teoriyi öne sürmüşlerdir.[67]

İlginç olan kötüye kullanılan tüm maddeler sonuçta bazal gangliada dopamini artırır.[68] Her ne kadar bu sonuçta madde bağımlılığının gelişmesini açıklamasa da, eğer hipoaktif dopaminerjik ton ile ilişkili sosyal anksiyete geçici olarak madde kullanımı ile rahatlıyor ise sosyal anksiyete bozukluğu olan insanların kendi kendini tedavi için maddeleri niye etkili bulduklarını açıklar.

Sosyal anksiyete ile madde bağımlılığı arasındaki diğer muhtemel nörokimyasal bağlantı GABA'yı içermektedir. GABA'nın genel olarak anksiyete bozukluklarındaki rolünü destekleyecek önemli klinik öncesi veriler vardır. Birkaç çalışma fare modelinde GABA sentezinin baskılanmasının anksiyete artışına neden olduğunu göstermiştir.[69-71] GABA'nın anksiyetede genel rolünü destekleyen klinik öncesi verilere ek olarak benzodiazepin ya da antikonvülsanlar gibi GABA arttırıcı farmakolojik ajanların sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir.[72-74] Her ne kadar dopamin kadar merkezi olmasa da GABA da bağımlılıkta önemli rol oynamaktadır.[75]

## Alkolün Sosyal Davranışa Etkisi Konusunda Beklenti

Abrams ve arkadaşları [76] sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin toplum önünde konuşma öncesinde, verilen diğer bir göreve göre, alkolün performansı azaltabileceği endişesi ile zayıf alkol içerikli içki içtiklerini bulmuşlardır. İlginç olarak topluma konuşma yapan grup görev tamamlandıktan sonra daha güçlü alkol içeren içkiler içmişlerdir. Bu yüzden beklenen durumun tipine ve kişinin alkolün davranışı nasıl etkileceğini düşünmesine göre (örn. etkileşimi arttırma ya da performansı arttırma beklentisi) alkolün sosyal görevin öncesinde mi, sırasında mı, yoksa sonrasında mı alınacağı belirlenebilir.[31]

Sosyal anksiyete bozukluğu alkol kullanımının oluşmasına etkisinden bağımsız olarak alkol kullanımının devam etmesine neden olabilir. Eğer sosyal ortamlardan tamamen kaçınma söz konusu değil ise, alkolün anksiyete giderici etkisi olumsuz pekiştirme yoluyla alkolün sosyal ortamlarda kullanılmasının devam etmesine neden olabilir. Bu nedenle sosyal ortamlardan fiziksel kaçınma söz konusu değil ise alkol davranışsal kaçınma ya da baş etme stratejisi olarak görev görebilir.[31]

Bir çok çalışmanın sosyal anksiyete bozukluğu ile alkol kullanım bozukluğu tanıları arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermesine rağmen, bu ilişkinin nedenselliği ya da sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişkinin yönü konusunda belirsizlik vardır. Örneğin, bazı çalışmalar sosyal anksiyete ile alkol kullanımı [77] ve sorunlu alkol kullanımı [78] arasında doğrusal ilişki olduğunu gösterirken, diğerleri ya negatif ilişki saptamış ya da hiç bir ilişki olmadığını bildirmiştir.[79] Gilles ve arkadaşları [80] ise bu konunun her iki yönünü destekleyen veri sağlamışlardır. Sosyal anksiyetenin kendi bildirimli alkol bağımlılığı ve alkolün yol açtığı sorunların anlamlı belirleyicisi olduğu, ancak içilen alkol sıklığı ve miktarı ile korele olmadığını bulmuşlardır. Bazı araştırmacılar ise sosyal anksiyete bozukluğu ile alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için bu ilişki üzerinde etkili olabilecek cinsiyet ya da alkol beklentileri gibi muhtemel değişkenleri araştırmışlardır.[2]

Sosyal anksiyete bozukluğu ile alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiyi etkileyebilecek olası değişkenler mezuniyet öncesi kolej öğrencilerinden oluşan geniş bir örneklemede araştırılmıştır. Bu çalışmada beklenti değişkenleri olumlu ve olumsuz alkol seyri beklentisi ve ayrıca sosyalliği artırıcı özel beklentileri içermekteydi. Sosyal anksiyete azalmış düşünme ve hem olumlu hem de olumsuz beklentilerin artmasıyla ilişkiliydi. Alkol seyri beklentilerinin komorbid durum üzerine etkisini destekler bir bulgu saptamayan çalışmada, daha önceki çalışmalarla uyumlu olarak sosyalliği artırıcı beklentilerin sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanımı arasındaki ilişkide basıkılayıcı değişken olarak etki ettiği bildirilmiştir.[81]

Bruch ve arkadaşları [82] yüksek seviyedeki sosyal anksiyetenin eğer birey içmenin olumsuz sonuçlara yol açtığına inanıyorsa içmeyi azaltabileceğini bildirmişlerdir. Örneğin utanç ya da sosyal anksiyöz bir birey içmenin utanç verici davranışlara yol açabileceğini düşünebilir.

Mezuniyet öncesi öğrencilerde içme motivasyonlarını ve içme durumlarını araştıran bir çalışmada sosyal anksiyete bazı içme motivasyonlarıyla (örn. olumlu yaşantıları ya da duyguları artırma) anlamlı düzeyde ilişkili iken, sosyal ya da baş etme motivasyonlarıyla ilişkili değildi. Sosyal anksiyete ve alkol kullanma hoş olmayan duygular, diğerleriyle çatışma,



sosyal baskı ve kişisel kontrolü test etme gibi yüksek risk durumlarda korele bulunmuştur. Önemli olarak motivasyonların artması ve bu içme durumlarının her biri sosyal anksiyete ve alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiye etki etmiştir. Bulgular, olumlu etkileri arttırmak ya da bu özel durumlara cevap olarak alkol kullanımının, sosyal anksiyetelilerde alkolle ilişkili sorunlar için risk olabileceğini düşündürmektedir.[7]

Yine mezuniyet öncesi öğrencilerde içme motivasyonları ya da içme nedenleri ile sosyal anksiyete arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, hipotezle ters olarak yüksek (n=83), orta (n=90) ve düşük (n=66) sosyal anksiyete grupları baş etme ve rahatlamak için içme motivasyonlarının onaylanması açısından fark göstermemişlerdir. Dahası sosyal anksiyete hafatalık alkol kullanımı ile ters ilişkili iken, alkolle ilişkili sorunlarla ilişkili değildi. Her grup için yapılan regresyon analizleri sonucunda yüksek ve orta sosyal anksiyete gruplarında baş etme motivasyonlarının daha fazla alkol kullanımı ve sorunları ile ilişkili olduğunu fakat düşük sosyal anksiyete grubunda olmadığını göstermiştir. Öyle görünmektedir ki içme motivasyonları, özellikle de baş etme motivasyonları, bu iki durum arasındaki ilişkiyi anlamada umut vericidir. Alkolle ilgili sorunlar için risk altında olan sosyal anksiyöz öğrencileri tanıma ve yönlendirmede içme için motivasyonları değerlendirmek faydalı olacaktır.[83]

Hipotezlerden biri sosyal korkular için kendi kendini tedavidir. Tansiyon azaltma hipotezi alkolün stresi ve anksiyeteyi azaltan olumsuz pekiştirici şeklinde etki ettiği yönündedir.[12] Alkolün gerçekten stresi azaltıp azaltmadığı tartışma konusudur. Gerçekte bazı araştırmacılar farmakolojik özelliklerine bağlı olarak alkolün stresi arttırması gerektiği ve bu yüzden olumsuz pekiştirici olarak alkolü kullanmanın etkisiz olması gerektiği şeklinde tartışmıştır.[84]

Kushner ve arkadaşları, paniğe yol açacağı bilinen durumların ortaya çıkacağı beklentisini alkolün anksiyete giderici özelliği ile ortadan kaldırdığını alkol alımının anksiyete ve panik üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada göstermişlerdir.[85] Yüksek sosyal anksiyete seviyesi olan bireyler tipik olarak alkolün sosyal ortamlarda daha rahat hissetmelerini sağladığını ve beklenti anksiyetesini azaltmak için içtiklerini bildirmişlerdir.[12] Örneğin kolej öğrencileri alkolü sosyal olabilmek için, diğerlerine uyum gösterebilmek için ve daha az utangaç hissetmek için içtiklerini vurgulamışlardır.[86] Sosyal anksiyetesi olan bazı bireyler sosyal ortamlardan kaçamadıkları ya da kaçmayı tercih etmedikleri durumlarda alkolü anksiyeteleriyle baş etmek için yardımcı olarak görebilir.

Alkol sosyal anksiyete bozukluğu olan kadın hastalarda sosyal anksiyeteye bağlı uyarının farkındalığını engellemezken, kontrol grubunda

farkındalığı engellemiştir. Alkol bu kişilerde hafızanın yapılanmasına engel olur. Bu ayrıca sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların alkol kullanarak ya da alkol kullanmadan benzer anksiyete yaşadıklarını fakat bu yaşanan anksiyeteyi daha az ayrıntılı hatırladıklarını düşündürür. Bu etki gelecekteki durumlarda kendini tedavi amaçlı alkol kullanımı için pekiştirici olabilir.[87]

DeneySEL veriler alkol alımının sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerde performans anksiyetesini azalttığını [88] ve sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin performans görevi sonrasında alkol alımını arttırdıklarını [76] göstermektedir. Bu tür çalışmalar sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda alkolün olumsuz pekiştirici (hoş olmayan tecrübeyi ortadan kaldıran şey) değerini göstermiştir ve sosyal anksiyetesini azaltmak için rutin alkol kullanan bireylerin kötüye kullanım ya da bağımlılık sorunu geliştirme için risk altında olduklarını düşündürmektedir.[12,76,88] Bu gözlemlere karşıt olarak, alkolün her zaman sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda anksiyeteyi azaltmadığı yönünde de veriler vardır.[89,90] Allen,[91] içme sorunlarının başlamasında etken olarak anksiyete azaltmanın bu iki durumun bir arada olmasının makul açıklaması olamayacağını, çoğu zaman anksiyetenin aşırı alkol kullanımının nedeni değil sonucu olduğunu bildirmiştir. Kushner ve arkadaşları,[38] anksiyete bozuklukları ve alkol kullanım bozukluğu ilişkili olsa da hem nedensel ilişki hem de bozuklukların birbirini belirleyici değerinin iki yönlü olduğunu bildirmişlerdir. Alkol doğrudan sosyal anksiyete bozukluğu'nu azaltmaz fakat alkol aldığına inanan kişide, subjektif anksiyete belirtilerini ve olumsuz bilişleri azaltabilir.[12,90]

Carrigan ve Randall, [30] halen alkolün anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu gösteren kesin bir veri olmadığını ileri sürmüşlerdir. Bu konuya bakış açısında, alkolü genel gerginlik azaltıcı olarak görmeden alkolün etkileri konusunda beklentiler gibi potansiyel farklı değişkenleri tanımlamaya yönelik kayma olmuştur. Alkolün sosyal anksiyeteyi azaltacağı şeklinde olumlu beklentiler/inançlar ve alkol alımı ve davranışı ile ilişkisi genç erişkinlerde araştırılmıştır.[59,62] Çalışmalar hem olumlu hem de olumsuz beklentilerin güçlü davranış belirleyicileri olabileceklerini göstermiştir. Aslında beklentilerdeki farklılıklar neden tüm sosyal anksiyetesi olan insanların korkularıyla baş etmek için alkol kullanmadığını açıklayabilir. Alkol kullanımı ile ilgili beklentilerin içme davranışıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir.[92] Ayrıca anksiyete ile istemli alkol alımı arasındaki ilişkiyi belirlemede muhtemelen önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal olarak anksiyöz olan bireyler sıklıkla başetmek için alkol kullandıklarını bildirmişlerdir.[20] Ayrıca sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin, sosyal durumlarda alkolün etkisinden beklentilerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.[24,93]

Burke ve Stephens [59] kolej öğrencilerinde ağır içmenin nedenlerini açıklamaya yönelik olarak sosyal bilişsel teoriyi öne sürmüşlerdir. Bu teoriye göre, sosyal rahatlama için alkol kullanımından beklentiler ve anksiyete doğuran sosyal ortamlarda alkol kullanımını reddedebilmek için gerekli kişinin kendi-etkinliği, sosyal anksiyete ile alkol içme arasındaki ilişkiyi belirleyicidir. Diğer bir çalışmada içme miktarı ve sıklığı bağımlı değişken olduğunda, sosyal anksiyete, beklentiler ve kendi-etkinliği arasında üç yönlü bağlantı gözlenmiştir. Sosyal ortamlarda ağır içicilikten kaçınma için düşük kendi-etkinliği ve sosyal rahatlama için yüksek olumlu beklentileri olan sosyal olarak anksiyöz kolej öğrencileri diğer sosyal anksiyöz bireylere göre daha fazla alkol aldıklarını bildirmişlerdir.[80]

### **Komorbitede Sosyodemografik ve Cinsiyet Farklılığı**

Tedavi arayışında olan alkol bağımlılarından sosyal anksiyete bozukluğu olanlar ve olmayanlar demografik değişkenler ve sosyal destek açısından karşılaştırıldığında, sosyal anksiyete bozukluğu grubunda sosyal anksiyete bozukluğu olmayan gruba göre düşük mesleki durum ve daha az eğitim süresi saptanması dışında çoğu demografik değişkenler açısından gruplar arasında farklılık bulunmamıştır. Sosyal destek ölçümlerinde sosyal anksiyete bozukluğu olan grubun sosyal anksiyete bozukluğu olmayan gruba göre arkadaşlarından daha düşük sosyal destek aldıkları ve sosyal davranış rol ölçeğinde düşük performans gösterdikleri saptanmıştır.[4]

Diğer yandan, cinsel farklılıklar sosyal anksiyete bozukluğunun ortaya çıkış şeklinde önemli rol oynayabilir. Sosyal anksiyete bozukluğu kadın hastalarda daha yaygın gibi görünürken, sosyal anksiyete bozukluğu olan erkek hastaların kadın hastalara göre daha fazla tedaviye başvurduğu akılda tutulmalıdır.[94] Alkol bağımlılığı erkeklerde %13 oranında sosyal anksiyete bozukluğuna ikincil iken, kadınlarda bu oran %24'dür. Ayrıca sosyal anksiyete bozukluğu olan kadınların alkol kötüye kullanımı geliştirme riskleri iki kat fazladır.[37] Hem iş yaşamlarında daha aktif olmak zorunda olmaları hem de sahip oldukları geleneksel rol nedeniyle sosyal anksiyete bozukluğu erkeklerin yaşamını daha olumsuz etkileyebilir.[33]

Hastanelerde ve alkol bağımlılığı için tedavi merkezlerinde olduğu gibi çalışmaların dahil ettiği bazı popülasyonlarda erkek hasta oranları daha yüksek iken, anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha sık olduğunun hatırlanması önemlidir. Alkol bağımlılarında sosyal anksiyete bozukluğu olan ve olmayanlar arasında cinsiyet dağılımı fark göstermemiştir.[46] Bu bulgu kadınlarda erkeklere göre sosyal anksiyete bozukluğunun 2 kat fazla bulunduğu genel popülasyon çalışmalarıyla zıtlık oluşturmaktadır.[40] Sosyal

anksiyete bozukluğu ek tanısı olan kadın ve erkek alkol bağımlılarını karşılaştıran bir çalışma, bazı sosyal anksiyete bozukluğu ölçümlerinde kadınların erkeklere göre daha yüksek korku değerleri gösterdiğini bildirirken, cinsiyetler sosyal anksiyete bozukluğu belirtileri ve şiddeti ile ilgili çoğu değişken açısından farklılıktan ziyade benzerlik göstermiştir. Yüksek psikiyatrik komorbidite oranları özellikle kadınlarda saptanmıştır. Kadınlar ayrıca erkeklere göre ailede ve sosyal işlevsellikte daha fazla stres bildirmişlerdir.[95]

Erkeklerde artmış içme davranışı, sosyal girişkenlik ve yüksek sosyal anksiyete ile ilişkili bulunurken sosyal girişkenliğin kadınlarda içme davranışında artışın belirleyicisi olmadığı saptanmıştır.[77] Ayrıca sosyal anksiyete bozukluğu olan kadın ve erkek hastaların karşılaştırılmasında, alkol kötüye kullanımının erkeklerde daha yüksek oranda olduğu, tedaviye cevap açısından da erkeklerin başlangıca göre daha fazla düzelme gösterdiğini saptanmıştır.[96]

## **Komorbiditede Belirtilerin şiddeti**

Fransa'da yapılan bir çalışmada, sosyal anksiyete bozukluğu şiddeti ve alkol kullanım sıklığı arasında korelasyon gözlenmiştir.[42] Mannuzza ve arkadaşları [18] ise yaygın sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda (%25) yaygın olmayan tip sosyal anksiyete bozukluğuna (%6) göre daha sıklıkla komorbid alkol kötüye kullanımı olduğunu, bunun da yaygın sosyal anksiyete bozukluğu'da sosyal fobik belirtilerin ve işlevsel yetersizliğin daha şiddetli olmasının sonucu olduğunu bildirmişlerdir.

Öte yandan bazı çalışmalar alkol sorunlarının eşik altı sosyal anksiyete bozukluğu (belirgin sosyal anksiyete ya da korkusu olan fakat belirgin sıkıntı ya da sosyal ortamlardan kaçınma göstermeyen bireyler) olanlarda daha sık olduğunu bildirmektedir.[97] Aşırı alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu geliştirme riskinin klinik altı sosyal anksiyetesi olanlarda sosyal anksiyetesi olmayanlara göre 2 kat daha fazla olduğu bulunmuştur.[29]

Beklenmeyen bir şekilde DSM-III ölçütleri kullanılarak sosyal anksiyete bozukluğu tanısı konan bireyler daha sonra artmış alkol kullanım bozukluğu geliştirme riski göstermemişlerdir. Fakat sosyal anksiyete bozukluğunun tanı ölçütleri için DSM-III'den DSM-IV'e yapılan değişiklikler bu bulguların yorumlanmasını karmaşık hale getirmektedir. Özellikle DSM-III ölçütleri kaçınmayı sosyal anksiyete bozukluğu için gerekli bir belirti olarak içermiştir, ancak kaçınma artık sosyal anksiyete bozukluğu için gerekli bir ölçüt değildir. Bu değişiklik önemlidir, çünkü sosyal anksiyete bozukluğu olup sosyal ortamlardan kaçınmayan bireyler özellikle eğer anksiyete tepkilerini azaltmak amaçlı sosyal ortamlarda alkol kullanıyorlarsa, sorunlu alkol kullanımı-

na en fazla yatkın olan bireyler olabilirler.[6] İki ileriye dönük epidemiyolojik çalışma belirgin sosyal korkuları olan ama sosyal anksiyete bozukluğu olmayanlarda, anksiyete uyaran sosyal ortamlardan uzak tutan kaçınma davranışı olmayanlarda alkol kullanımının daha fazla olabileceğini bildirmişlerdir.[29,98]

Bu alandaki çalışmaların çoğunun alkol kötüye kullanımı ile alkol bağımlılığı tanımlarını bir arada değerlendirmesi nedeniyle sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin alkol kötüye kullanımı için mi, alkol bağımlılığı için mi yoksa her ikisi için mi yüksek riske sahip olduğunu ayırt etmek kolay değildir.[29,48] DSM-IV ölçütlerini kullanan epidemiyolojik çalışmalar sosyal anksiyete bozukluğunun alkol kötüye kullanımından ziyade alkol bağımlılığı için artmış risk ile ilişkili olduğunu bildirmektedir.[1,40] Türk alkol bağımlıları ve sosyal içiciler arasında Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) puanları açısından fark saptanmamıştır.[94] Dolayısıyla bu çalışmanın sonucu alkol kullanım şiddeti ile sosyal anksiyete bağlantılıdır düşüncesine ters düşmektedir.

Türk alkol bağımlılarında yapılan bir çalışmada LSAÖ Kaygı alt ölçeği ortalaması 48.1 ( $\pm 11.7$ ) Kaçınma alt ölçeğinin ortalaması ise 45.7( $\pm 11.4$ ) olarak bulunmuştur. LSAÖ kaygı alt boyutu alkolle ilişkili sorunların şiddetini gösteren Michigan Alkol Tarama Testi ile düşük düzeyde korelasyon gösterirken ( $r=0.16$ ,  $p=0.035$ ), kaçınma davranışı ile korelasyon göstermemiştir ( $r=0.07$ ,  $p=0.38$ ).[99] Bu bulgular, sosyal anksiyete belirti şiddetinin alkol kullanımına bağlı sorunların şiddeti ile belirgin bir ilişki göstermediğini düşündürmektedir.

## **Komorbiditenin Sonuçları**

Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların olmayanlara göre alkolle ilişkili sorunları iki kat daha fazla yaşadıkları ve alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin genel popülasyona göre 9 kat daha fazla sosyal anksiyete bozukluğuna sahip oldukları bildirilmektedir.[38] Bu nedenle sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol bağımlılığı klinik pratikte en sık birlikte görülen durumlardır. Bu birlikteliğin hastalar arasında sağlık servislerinin kullanımını anlamlı düzeyde arttırdığı gösterilmiştir.[100] Alkol kötüye kullanılması sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların zaten anlamlı düzeyde olan sorunları ile birleşeceğinden ya da tam tersi, sosyal anksiyete bozukluğu alkol kullanımını ile ilişkili sorunlara ekleneceğinden, bu iki durumun komorbiditesi endişe uyandırmaktadır. Alkol bağımlılığı olan hastalar arasında sosyal anksiyete bozukluğu olanların olmayanlara göre ayrıca yüksek oranlarda

depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, maddenin yol açtığı anksiyete bozukluğu ve özel fobi gösterdikleri bildirilmektedir.[101]

Avustralya'da sosyal anksiyete için anksiyete tedavi programlarından yardım arayışındaki bireyler değerlendirildiğinde yüksek oranda alkol kullanım bozukluğunun yanı sıra genel popülasyondan sekiz kat daha fazla sedatif-hipnotik kötüye kullanım oranına sahip oldukları bulunmuştur.[102] Alkol bağımlılarının tedavisinde en kötü seyre komorbid anksiyete bozukluklarının yol açtığı bildirilmektedir.[103] Fobik anksiyetenin kadın alkol bağımlısı hastalarda seyri etkileyen önemli faktör olduğu bulunmuştur.[104] Sosyal anksiyete bozukluğu olan alkol bağımlılarında alkol bağımlılığı belirtileri daha şiddetli olmakta ve bu hastalar sosyal anksiyete bozukluğu olmayan alkol bağımlılarına göre daha fazla depresif belirtiler göstermektedir.[5] Sosyal anksiyete ayrıca alkol içme davranışı konusunda arkadaş çevresinden etkilenmeye yatkınlık ile ilişkilidir.[105]

Yatarak tedavi gören Türk alkol bağımlılarında yapılan bir çalışmada LSAÖ'nin her iki alt ölçeğinin, depresyon, anksiyete ve aleksitimi şiddeti ile korele olduğu bulunmuştur.[99] Aynı hasta grubunda özkıyım öyküsü olanlar ve çocukluk çağı kötüye kullanım öyküsü olanlarda olmayanlara göre LSAÖ ile değerlendirilen kaygı ve kaçınma sosyal anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.[99]

Sosyal anksiyete bozukluğu, alkol bağımlısı hastalarda alkol bağımlısı olmayanlara göre daha şiddetlidir.[48] Alkol bağımlılığı tedavisindeki düşük başarı oranları en azından kısmen bu hastalardaki komorbid psikiyatrik hastalıklara verilen önemin azlığına bağlanabilir.[45] Bu hipoteze karşıt olarak madde kötüye kullanımının birkaç belirgin ya da eşikaltı özelliği, sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda panik bozukluğu olanlara ve kontrollere göre anlamlı düzeyde daha fazlaydı.[93] Yüksek düzeyde alkolle ilişkili sorun yaşayan bireyler ayrıca anlamlı düzeyde sosyal anksiyete yaşamaktadırlar.[7,78]

Bazı çalışmalar sosyal anksiyete belirtileri olan alkol bağımlılarında gelecekteki alkol tedavisi ile ilişkili aktivitelere katılma ve onlardan faydalanmalarının daha zor olabileceğini bildirmiştir (örn. grup temelli tedaviler). [41,106] Bunun nedeni bu tür tedavilerin aktif katılımı gerektirmesidir.[106] Üstelik bu hastalar haksız yere tedavi ekibi tarafından grup tedavisinden kaçmakla suçlanır ve tedavilerine yeterince katılmadıkları şeklinde eleştirilirler.

Kolej öğrencileri arasında sosyal anksiyete ile alkol alımı, alkolle ilişkili sorunlar ve olumsuz pekiştirme şeklindeki içme nedenleri arasındaki ilişkiyi netleştirmeye çalışan bir çalışmada, ağır içici olan öğrencilerde yüksek sosyal anksiyetesinin daha az alkol aldıkları, fakat daha fazla olumsuz sonuçlar yaşadıkları saptanmıştır. Dahası bu çalışmada sosyal anksiyete ile

olumsuz sonuçlar arasındaki ilişkiyi alkol kullanımına ek olarak içme nedenleri olan başatme ve diğerlerine uymanın etki ettiği bulunmuştur.[107]

## **Kişilik ve Komorbidite**

Yüksek oranlarda kaçınan kişilik bozukluğu saptayan çalışmaların yanısıra sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda kişilik boyutlarını değerlendiren başka çalışmalar da bulunmaktadır.[108] Sosyal anksiyete bozukluğu utangaçlık, davranış inhibisyonu, yüksek nörotisizm ve düşük dışa dönüklükle ilişkilidir. [109-111]. Mizaç özelliklerine odaklanan diğer bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların artmış anksiyeteye yatkınlık, iritabilite, tek başınlık, dolaylı agresyon, düşük sosyalizasyon ve sosyal arzulanırlık ile karakterize oldukları bulunmuştur.[112]

Tanı için ölçütleri karşılayan semptomatolojiyi kullanmanın sağladığı sınırlı bakış açısının yanında psikiyatrik semptomatoloji ve psikolojinin devamlı ölçümlerinin kullanılması alkol bağımlılığı ile birlikte olan psikiyatrik durum hakkında çok daha yararlı fikir verebilir.[113] Mizaç ve Karakter Envanteri ( Temperament and Character Inventory - TCI) kişiliğin yedi temel boyutunda normal ve anormal varyasyonları değerlendirmek için yapılandırılmıştır [114]. Dört mizaç boyutunun yüksek düzeyde kalıtsal olduğu ve altında özel nörotransmisyon sistemlerinin bulunduğu varsayılmaktadır. Üç karakter boyutu genetik ve biyolojik etkenler tarafından belirlenebilir fakat mizaca göre daha çok çevresel etkenlerden etkilenir ve zaman içinde daha az stabildir.[115] Cloninger ve Svrakic'e [114] göre kişilik bozukluklarının varlığı ve şiddeti TCI tarafından saptanabilir. TCI'nın daha önceki şekli olan ve sadece mizaç boyutlarını değerlendiren Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği veya TCI kullanılmış daha önceki çalışmalarda, sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların kontrolle kıyaslandığında anlamlı düzeyde yüksek zarardan kaçınma seviyeleri [116-120], azalmış kendi kendini yönetme ve iş birliği yapma seviyesi [117-119] ve azalmış sebat etme ve kendini aşma boyutları [119] gösterdikleri bulunmuştur. Literatür düzenli şekilde zarardan kaçınma ve sosyal anksiyete bozukluğu arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Bununla beraber yüksek seviyede zarardan kaçınma sosyal anksiyete bozukluğu için özel değildir ve diğer anksiyete bozukluklarında ve mizaç bozukluklarında da bildirilmektedir. Bunun dışında zarardan kaçınmada değişikliklerin sosyal anksiyetede ki değişiklik ile korele olması, zarardan kaçınmanın sosyal anksiyete bozukluğu tedavisi sırasında durumsal (state) bağımlı değişiklikler gösterdiğini düşündürmektedir.[120] Türk alkol bağımlılarında LSAÖ'nin her iki alt ölçeğinin, TCI'nın mizaç alt boyutu olan "zarardan kaçınma" ile doğru-

sal, karakter alt boyutu olan "kendi kendini yönetme" ile negatif korele olduğu saptanmıştır.[99]

## **Aleksitimi ve Komorbidite**

Alkol bağımlısı hastalarda aleksitimi oranları %42 ile %79 arasında bildirilmiştir.[121] Türk alkol bağımlılarında da aleksitimi yaygınlığı bu oranlara yakındır (%48 ila %56).[43,122,123] Sosyal anksiyete bozukluğu olan Türk hastalarda aleksitimi oranı %58 [124] iken, bu oran daha önceki çalışmalarda %28.3 [125] ve %58 [126] olarak bulunmuştur.

Fukunishi ve arkadaşları,[126] sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda aleksitimi boyutları "duyguları tanımada güçlük" ve "duyguları tanımlamada güçlük" puanlarının tedavi sonrasında anlamlı düzelme gösterdiğini saptamıştır. Bu çalışmada aleksitimi ölçümlerinde genel azalma anksiyetede azalma ile ilişkili iken, depresyonla ilişkili değildi. Yazarlar anksiyeteye bağlı ikincil aleksitiminin sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda durumsal tepki olarak yer aldığını bildirmişlerdir. Buna karşıt olarak aleksitiminin Türk sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında depresyondan ve anksiyeteden bağımsız olarak yaygın kişilik özelliği şeklinde bulunduğu, yani bu durumların sonucu olarak görülemeyeceği bildirilmektedir.[124]

Türk alkol bağımlılarında, LSAÖ'nin kaygı ve kaçınma alt boyutlarının Toronto Aleksitimi Ölçeği ve onun tüm üç alt boyutuyla korele olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada kaygı alt ölçeğinin belirleyicileri aleksitiminin "duyguları tanımada güçlük" boyutu, kişiliğin "zarardan kaçınma" ve "iş birliği yapma" boyutlarıyken, kaçınma alt ölçeğinin belirleyicileri "zarardan kaçınma" ve aleksitiminin "duyguları tanımlamada güçlük" boyutu olmuştur.[99]

## **Depresyon ve Komorbidite**

Anksiyete, depresif belirtiler ve alkol kullanımı/ kötüye kullanımı birlikteliği erişkinlerden oluşan geniş örneklemli bir ev taraması çalışmasında araştırılmıştır. Brezilya'da oniki aylık anksiyete yaygınlığı %15, depresif bozukluk %12 ve alkol kullanım bozukluğu %7 olarak bulunmuştur.[127] Bazı çalışmalara göre major depresif bozuklukta sosyal anksiyete bozukluğunun varlığı hem Bilişsel Davranış Terapisi [128] hem de farmakolojik tedavi açısından [129] tedavi seyrini olumsuz etkilemektedir.

Major depresif bozukluk ve komorbid sosyal anksiyete bozukluğu ile sosyal anksiyete bozukluğu olmayan major depresif bozukluk demografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırıldığında, komorbid grupta sosyal işlevsellik, depresif epizodun süresi, özkıyım düşüncesi, işten uzak kalınan zaman, alkol kullanım bozukluğu varlığı ve depresyon başlama yaşı açısın-



dan daha şiddetliydi. Komorbidite olan hastalarda major depresif bozukluk belirtileri ve yetersizliğin şiddeti komorbid olmayan gruba göre daha fazlaydı.[130]

Türk alkol bağımlılarında LSAÖ'nin her iki alt ölçeğinin Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri ile korele olduğu bulunmuştur.[99] Bu bulgu sosyal anksiyete belirti şiddetinin anksiyete ve depresyon belirti şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

## **Travma, Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı, Disosiyasyon ve Komorbidite**

Sosyal anksiyete bozukluğu erken yaşam döneminde yaşanan travmanın yol açtığı bir bozukluk olarak görünür. Mizaçsal değişkenler, arkadaş ilişkileri, yaşam olayları ve ebeveynlik tarzlarının (örn. yüksek düzeyde ebeveyn eleştirisi, aşırı korumacılık ve sosyal izolasyon) sosyal anksiyete bozukluğu oluşumunda önemli olduğu bildirilmektedir.[131] Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, yetiştirme tarzları, ailesel ruhsal bozukluklar ve doğum risk etkenleri sosyal anksiyete bozukluğu gelişimi ile ilişkilendirilmiştir.[132] Sosyal anksiyete bozukluğu etiyojisi çok etkenli olsa da katkısı olan en önemli etkenler arasında ailesel ruhsal bozukluk ve ayrılık yaşantıları bulunmaktadır.[132]

Mancini ve arkadaşları,[133] çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımı oranları açısından sosyal anksiyete bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları arasında fark bulmamışlardır. Panik bozukluk hastalarıyla kıyaslandığında, Safren ve arkadaşları [134] sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı fiziksel ve cinsel kötüye kullanımı oranlarının düşük olduğunu saptamışlardır. Klinik olmayan örnekleme ise sosyal anksiyete bozukluğu olarak tanımlanan olgularda yüksek oranda travmatik çocukluk çağı yaşantıları bildirilmiştir.[135] Çocukluk çağı cinsel kötüye kullanım yaşayan erişkinler ayrıca az arkadaş ve sosyal bağlantı gibi daha fazla sosyal uyum sorunları ve yüksek seviyede sosyal anksiyete bozukluğu göstermişlerdir.[135,136] Kadınlarda çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımı ve sosyal anksiyete ilişkisini araştıran bir çalışma, baskı, kötüye kullanma başlangıç yaşı ve aile dostu tarafından kötüye kullanılmayı erişkin sosyal anksiyetesini belirleyen kötüye kullanım özellikleri olarak saptamıştır.[137] Başka bir çalışma da çocukluk çağı kötüye kullanımının tedavi arayışındaki erkek alkol bağımlılarında sosyal anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğunu göstermiştir.[138] Türk erkek alkol bağımlılarında LSAÖ ile değerlendirilen sosyal anksiyete ölçümlerinde çocukluk çağı kötüye kullanım öyküsü olanlar yüksek puan almışlardır.[99]

Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar 15 erken dönem uyum bozucu şema arasında özellikle bağlantı kopması/reddetme (disconnection/rejection) alanlarında diğer anksiyete bozukluklarına göre yüksek düzeyler göstermiştir. Regresyon analizi sonucunda erken uyum bozucu şemalardan güvensizlik/kötüye kullanım, sosyal arzulanmama, kusurluluk, yetkisizlik, duygusal baskılanma, yüksek standartlar ve utanç, olguların sosyal ortamda yaşadıkları anksiyetenin ya da olumsuz değerlendirilme korkusu varyansının çoğunu açıklayan değişkenler olmuşlardır.[139] Yakın zamanda yapılan bir çalışmada disosiyatif belirtilerin şiddeti sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalardan farklı bulunmuştur. LSAÖ ve Beck Anksiyete Envanteri, sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda DES varyansını daha iyi belirlemiştir.[140]

Türk erkek alkol bağımlılarında disosiyatif olarak değerlendirilen olgular disosiyatif olmayan gruba göre LSAÖ'nin her iki alt ölçeğinden yüksek puan almışlardır. Regresyon analizinde LSAÖ'nin her iki alt ölçeğini yüksek düzeyde belirlemiş, trait anksiyete ise anlamlı kovaryant olarak yer almıştır. Disosiyatif belirtiler arasından ise sadece depersonalizasyon ve amnezi/füg sosyal anksiyetenin belirleyicisi olarak bulunmuştur. Bu veriler disosiyasyon ve sosyal anksiyetenin alkol bağımlılarında ilişkili olduğunu göstermektedir. Erkek alkol bağımlılarında saptanan bu ilişki hastaların korunması ve tedavisinde önemli olabilir.[141]

Arkadaşlar arasında madde kullanımı, kişinin madde kullanımını belirleyen en önemli etkenlerdendir. Bu duruma, olumsuz değerlendirilme ile ilgili endişeler de göz önüne alındığında, sosyal anksiyetesi olanların özellikle hassasiyet gösterebilecekleri düşünülebilir. Gerçekten, sosyal anksiyetesi olan genç erişkinlerin arkadaş baskısına cevap olarak ve sosyal sansürden kaçınmak için alkol kullanma ihtimallerinin daha fazla olduğu bulunmuştur.[7,142] Sosyal destek de sosyal anksiyete bozukluğu'unda alkol kullanım bozukluğu gelişimi ile ilişkili olabilir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişki boyutsal özellik göstermiş ve bu çalışmada ailesel uyum ve olumsuz aile ilişkilerinin sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiye etki ettiği bildirilmiştir.[143]

## **Komorbidite Durumlarında Tedavi**

Tedavi öncesinde sosyal anksiyete bozukluğu olan alkol bağımlılarının daha şiddetli bağımlılıkları olduğu ve sosyal ortamlarda işlev görebilmek için daha fazla içtikleri, fakat alkol alımı ölçümlerinde sosyal anksiyete bozukluğu olmayan alkol bağımlılarına göre farklılık göstermedikleri bildirilmekte-

dir.[5] Tedavi arayışındaki alkol bağımlıları nadiren sosyal anksiyete için değerlendirilirler. Bununla beraber eğer anksiyete bozuklukları tedavi edilmediği takdirde komorbid sosyal anksiyete bozukluğu olan alkol bağımlıları geleneksel alkol bağımlılığı tedavisinden yeterince fayda göremezler. Örneğin bu tür hastalar grup terapilerine ya da Adsız Alkolikler gibi kendine yardım gruplarına katılmaktan kaçınacak ya da direnç göstereceklerdir. Bu direnç özellikle sosyal anksiyetesi olan kadın hastalarda sıklıkla gözlenir.[144] Bu nedenle tedavinin seyrini iyileştirmek için tedavi arayışında olan alkol bağımlılarında sosyal anksiyete bozukluğu olup olmadığının araştırılması önemlidir.[95] Aynı şekilde sosyal anksiyete sorunları için yardım alan kişilerin alkol kullanımı konusunda bilgilendirilmesi, sosyal anksiyete tedavisinin seyrinin iyileştirilmesi ve ayrıca alkol kullanım bozukluğunun tanınması ve önlenmesi için önemlidir.

Bir çok çalışma alkolün sosyal korkular ve kaçınmaların üstesinden gelebilmek için çoğu zaman uygunsuz baş etme mekanizması olarak kullanıldığını göstermektedir.[26,50,95] Bazı insanlar için alkol gibi madde kullanımı "destek" olarak hizmet görür ve sosyal yaşama katılımı mümkün kılar. Başarılı madde kötüye kullanımı tedavisi bu desteği ortadan kaldırdığında bazı insanlar eğer sosyal anksiyete bozukluğu da paralel olarak tedavi edilmezse sosyal yaşama katılmakta daha fazla zorluk yaşayabilirler. Yine de bu komorbiditeler çoğunlukla alkol bağımlılarında görmemezlikten gelinir ve tedaviye odaklanma alkol bağımlılığı ile sınırlı kalır. Alkol kötüye kullanım tedavisi sırasında sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda alkol kullanımına depreşmeden korumaya da odaklanmalıdır.[46]

En azından komorbid alkol sorunları olmayan hastalarda sosyal anksiyete bozukluğu literatür bilgilerine göre tedavi edilebilir bir durumdur. Ne yazık ki sosyal anksiyete terapilerini değerlendiren tüm klinik çalışmalar alkol kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan katılımcıları çalışma dışı bırakmışlardır. Bu yüzden tedavi için benzer yaklaşımların sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu komorbiditesi olanlarda faydalı olup olmadığı bilinmemektedir.

## **Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Farmakoterapi**

Sosyal anksiyete bozukluğunda farmakoterapinin etkinliğini değerlendiren gözden geçirme çalışmaları,[146] selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde etkinliğini araştıran çalışmaların meta analizi [147] ve bazı takip çalışmaları, sosyal anksiyete bozukluğu'un farmakoterapisi ile ilgili literatürde göze çarpan çalışmalardır. Van der Linden ve arkadaşlarının [147] yaptığı meta-analizde, kişilik

bozukluğu ve nevroz vakalarından oluşan toplam 172 kişi ile yapılmış randomize kontrollü 8 çalışmanın verileri değerlendirilmiş ve plaseboya göre hastaların SSRI'lara 2 kat daha fazla cevap verdiği ve SSRI kullanan hastaların yarısından çoğunun 12 hafta sonra iyi ya da çok iyi düzeyde düzelmeye sağladığı saptanmıştır. Çalışma sayılarının azlığı SSRI'lar arasında etkinlik açısından fark olup olmadığı belirlenmesini mümkün kılmamıştır.

SSRI'lar sosyal anksiyete bozukluğu'nda en fazla tercih edilen ilk sıra tedavilerdir. Amerikan Gıda ve İlaç Birliği (FDA) paroksetin, sertralin ve venlafaksini sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde onaylamıştır. Klinik çalışmalar FDA onaylı olmasalar da, fluoksetin, fluvoksamin ve essitalopramın da sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde etkili olabileceğini göstermektedir.

---

**Tablo.2. Sosyal anksiyete bozukluğu için etkinliği tespit edilen ilaçlar [145]**

---

İlk sıra tedaviler (SSRI'lar)

SSRI'lar

Paroksetin hızlı ya da kontrollü salınımlı

Sertralin

Fluoksetin

Fluvoksamin hızlı ya da kontrollü salınımlı

Essitalopram

SNRI

Venlafaksin XR

İkinci sıra tedaviler

RIMA

Maklobemid

Benzodiazepinler

Klonazepam, Alprozolam, Bromazepam

Kalsiyum kanal blokerleri

Gabapentin, Pregabalin

Atipik antipsikotikler

Olanzapin

Antiepileptik ilaçlar

Tiagabin, Levtrasetam

Kombinasyon tedavileri

SSRI + benzodiazepin

Üçüncü sıra tedaviler

MAOI

Fenelzin

Performans anksiyetesi

B blokerler

Propranolol, Atenolol

---

SSRI: Selektif Serotonin geri alım inhibitörleri; SNRI: Serotonin Noradrenalin geri alım inhibitörleri

## **Tedaviye Dirençli Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Farmakoterapi**

Randomize, çift-kör, plasebo kontrollü klinik çalışmalar sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde bir kaç sınıf ilacın etkisini açıkça ortaya koymuştur.[148,149] Bununla beraber ilk sıra tedavilere cevap vermeyen hastalarda en iyi yaklaşımın ne olacağı konusunda kontrollü çalışmaları temel alan bilgiye ihtiyaç vardır.

Atipik antipsikotiklerle güçlendirme iki açık çalışmada araştırılmıştır. Bunlardan ilki geriye dönük olarak aripiprazol ve SSRI'ları 12 haftalık çalışma [150], ikincisi risperidon ve SSRI ya da benzodiazepini 8 haftalık çalışmada [151] değerlendiren çalışmalardır. Her iki güçlendirme çalışması da etkili olduğu görülmüş ve kontrollü çalışmalara gereksinim olduğu bildirilmiştir.

Van Ameringen ve arkadaşları [152] tarafından yapılan açık çalışmada tedaviye dirençli sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda SSRI'ın buspiron ile güçlendirilmesi araştırılmış ve belirtilerin düzelmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca monoterapiyi içeren açık çalışmalar ve vaka bildirimlerindeki ilk bulgular tedaviye dirençli sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda ek tedavinin etkin olduğunu göstermiştir. Diğer SSRI'e cevap vermeyen hastalarda yapılan açık çalışmalarda essitalopam ve sitalopram kullanımı ile olumlu sonuçlar elde edilmiştir.[153,154] Tedaviye dirençli sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda fenelzin ve venlafaksin gibi SSRI'den farklı antidepresan ajanların kullanımı açık çalışmalarda olumlu tedavi sonuçları göstermiştir.[155,156]

Olanzapin gibi atipik antipsikotikler [157] ve topiramet [74] ya da valproik asid [158] gibi antikonvülsanlar ile dirençli olmayan sosyal anksiyete bozukluğu hastalarda yapılan çalışmaların ilk bulguları olumlu yöndedir ve tedaviye dirençli hastalar için yeni bakış açısı sunmaktadır. Tedaviye dirençli sosyal anksiyete bozukluğu içeren tek randomize plasebo kontrollü klinik çalışmada paroksetinle birlikte pindolol tedavisi değerlendirilmiş, sosyal anksiyete bozukluğu olan paroksetine dirençli 14 hastada 12 hafta süre ile pindolol kullanımı plasebodan etkin olmadığı bildirilmiştir.[159]

## **Komorbitede Farmakoterapi**

Çok az çalışma komorbid sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu olanlarda tedaviyi değerlendirmiş olmakla beraber tek başına sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda yapılan çalışmalar temel alındığında bazı tedavilerin komorbid durumlarda da etkili olması beklenir. Bununla

birlikte, yüksek komorbidite oranlarına rağmen alkol bağımlılarında sosyal anksiyete bozukluğu için ilaç kullanımı sıklığı %20.3 olarak bulunmuştur.[45]

Bazı tedaviler güvenlik amaçlı olarak alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda kontrendikedir. Örneğin MAO'lar bazı alkollü içeceklerde bulunan tiramin aminoasidinden kaçınması gerekmektedir. Benzodiazepinlerin birkaç nedenle bu hastalarda kullanılmaması gerekmektedir. İlki benzodiazepinler davranışsal disinhibisyona yol açabilir, ki bu kişinin alkol alımını istenen miktarda sınırlamasını daha da zorlaştırır. İkincisi, benzodiazepinler ve alkol beyinde bazı benzer bölgeleri etkiler ki bunlardan biri solunum aktivitesinin devamını sağlamaktan sorumlu bölgedir. Son olarak alkol kullanım bozukluğu olan hastalar ayrıca benzodiazepinleri kötüye kullanma ya da bağımlı olmak için risk altındadır.[12]

Farmakolojik tedaviler arasında SSRI'lar komorbid durumların en uygun tedavisi olabilir. Bu ilaçlar güvenlidir, bağımlılık yapmazlar ve beyinde alkolle etkileşime girmezler. Ek olarak giderek artan veriler bu ilaçların ayrıca çoğu sosyal anksiyeteli hastaları da kapsayan tedavi arayışındaki geç başlangıçlı (25 yaş sonrası) alkol bağımlılarında seyri düzeltici etkisi olduğunu göstermektedir.[160]

Komorbid durumların tedavisinde seçilecek ilaç olarak SSRI dışında gabapentin veya venlafaksin mantıklı ilk tercihler olabilirler. Benzodiazepinler, SSRI tedavisinin başlaması sırasında hastaların belirtilerinde rahatlama sağlayabilir ancak eğer kullanılacaklarsa dikkatli olunmalıdır.[161]

Sekiz haftalık plasebo kontrollü küçük bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol bağımlılığı olan hastalarda paroksetin alkol seyrini düzeltmiş ve sosyal anksiyete belirtilerini azaltmıştır.[53] Benzer şekilde sosyal anksiyete bozukluğu ve birlikte alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda 16 haftalık çift-kör plasebo kontrollü bir çalışmada paroksetinin sosyal anksiyeteyi azaltmada plaseboya üstün olduğu bulunmuştur.[162] On altı haftalık çift-kör randomize kontrollü diğer bir çalışmada ise sosyal anksiyete bozukluğu için tedavi arayışında olan ayrıca alkol kullanım bozukluğu olanlarda paroksetin (plasebo, n = 22; paroksetin, n = 20) sosyal anksiyeteyi plasebodan daha fazla düzeltmiştir. Paroksetin kişinin öz bildirimli kendi kendini tedavi amaçlı alkolden beklentilerini azalttığı fakat içilen alkol miktarı ve sıklığı ile baş etme amaçlı tanımlanan içilen gün oranını değiştirmede plasebodan farklı olmadığı bulunmuştur. Çalışma sırasında plasebo grubunda alkol kullanma sosyal anksiyetenin şiddetli ile ilişkiliyken, paroksetin grubunda ilişkili değildi. İkili tanısı olanlarda sosyal anksiyete belirtilerinin paroksetin ile başarılı tedavisi alkol sorunları için tedavi arayışında olmayanlarda içmeyi azaltmadığını göstermiştir.[163]

Diğer bir çalışmada, yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında arındırılma sonrası psikoterapiye ek mirtazapin tedavisinin (30-60 mg/gün) tek başına psikoterapiye göre sosyal anksiyete belirtileri üzerine olumlu etkisinin çok daha fazla olduğu saptanmıştır.[164]

## **Psikoterapi**

Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin psikolojik tedavisinde; rol oynama, baş etme becerileri eğitimi, korkulan durumlara maruz bırakılma ve hastanın diğerlerinin onu nasıl gördüğü konusundaki hatalı ve olumsuz inançlarını değiştirmeye odaklanan çeşitli yaklaşımlar kullanılmıştır.

Sosyal anksiyete bozukluğu küçük düşme ve eleştirilme aşırı korkusu içerdiği için bilişsel davranışçı terapiler (BDT) bu bozukluk için başarılı olduğu ve ayrıca sadece ilaç tedavileri uygulanan kontrol gruplarından daha etkili olduğu kanıtlanmıştır. BDT yaklaşımları insan davranışı önemli ölçüde öğrenilmiş olduğu varsayımından temel almaktadır ve öğrenme süreçleri bu yüzden sorunlu davranışları değiştirmek için kullanılabilir. BDT yaklaşımları yüzleştirme (exposure) terapisi, bilişsel yeniden yapılanma, gevşeme eğitimi ve sosyal beceri eğitimi şeklinde dört farklı kategoriye ayrılabilir.[11,12]

Tedavi sırasında alkol kullanmaya devam etme yüzleştirme tedavisinin etkinliğini azaltır ve sosyal korkuların sönmesini engeller.[41] Alkol kullanımının bilişsel etkisi (kendini farkındalığı engellemesi) sosyal anksiyete bozukluğu'nin BDT'de uyum bozucu bilişleri ve yanlış düşünceleri değiştirme çabalarını engelleyebilir. Eğer hastalar alkol kötüye kullanıyorsa, yüzleştirme tedavisi sırasındaki uygulama sırasında anksiyete doğuran durumlara alışma ihtimali azdır.[50]

Thevos ve arkadaşları sosyal anksiyete bozukluğu olan ve olmayan alkol bağımlılarında BDT'yi 12 basamak tedavi ile kıyaslamışlardır.[144] Bu çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu olan kadın alkol bağımlıları 12 basamak tedavi ile değil ama BDT ile içmeye depresme açısından olumlu sonuç göstermiştir. Komorbid durumda BDT'nin faydalı olup olmadığı net değildir. Randomize kontrollü klinik bir çalışmada hastalar her iki bozukluk için aynı zamanda BDT aldıklarında her hangi bir fayda sağlanmamıştır.[41] Üstelik sadece alkol sorunları için BDT alan grupta her iki durum için BDT alan gruba göre seyir birazda olsa daha iyi bulunmuştur. Her ne kadar her iki grup da içme ölçümlerinde düzelme gösterse de, iki durum için tedavi alan grup ayık olunan gün oranında azlık ve ağır içilen günlerde ve içilen toplam içki sayısında artış göstermişlerdir. Sosyal anksiyete ölçümlerinde ise her iki grupta benzer düzelme saptanmıştır. Sosyal anksiyetesi olan kadın alkol bağımlısı hastalarda ayaktan uygulanan BDT ile 12 basamak terapiye göre

daha uzun süre ayıklık sağlanmış, ancak sosyal anksiyetesi olan erkek alkol bağımlısı hastalarda bunun tersi görülmüştür.[95]

Tüm bu veriler ikili tanıları olan bireyleri tedavi ederken yönelinmesi gereken önemli birkaç etkeni ortaya koymaktadır. Örneğin hangi durum daha önce tedavi edilmelidir? Tedaviler birleştirilmeli mi, yoksa ayrı mı olmalı? Farklı tedavi yaklaşımları (biri için farmakoterapi diğeri için psikoterapi) kullanılmalı mı? Bu sorulara cevabın en azından bir kısmı o bireyin hangi sorun için tedavi arayışında olmasına bağlıdır. Örneğin genel olarak alkolü başatma mekanizması olarak kullanan geç yaştakiler ve genç erişkinlerde öncelikle sosyal anksiyetenin tedavisi ileri dönemde alkol kullanım bozukluğu'nun gelişimini engellemek için tercih edilebilir. Bir kez alkol kullanım bozukluğu gelişirse sosyal anksiyetenin tedavisi muhtemelen daha zor olacaktır, çünkü her bir bozukluğun kendi süreci vardır.

Çoğu tedavi merkezleri grup terapisi ya da Adsız Alkolikler gibi 12 basamak tedavi programları kullandıkları için sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler bu tür grup yönelimli aktivitelere katılmada önemli zorluk yaşarlar.[161] Bireysel terapiyi de içine dahil eden tedavi planı daha başarılı olabilir. Brezilya'da yapılan bir çalışmada tedavi uyumu düşük ve depresme oranları yüksek bulunmuş ve her ne kadar sosyal anksiyete bozukluğu olan grubun Adsız Alkoliklere katılımı daha az olma eğiliminde olsa ve kendilerini daha az entegre hissetseler de, sosyal anksiyete bozukluğu olan ve olmayanlar arasında uyum düşüklüğü ve depresme yüksekliği açısından gruplar arasındaki anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.[101]

Anksiyete bozukluklarını hedefleyen psikoterapinin seyrinde, birlikte bulunan madde kullanım bozukluklarının etkisini araştıran bir çalışmada bir ya da iki anksiyete bozukluğu olan hastaların yaklaşık dörtte birinin en az bir madde kötüye kullanımı tanısı aldığı, üç anksiyete tanısı alanlarda ise oranın %46 olduğu saptanmıştır. Madde kullanım bozukluğu olanlarda olmayanlara göre anksiyete seviyesi daha yüksek bulunmuş, ancak depresyon ya da stres açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bununla beraber, madde kullanım bozukluğunun varlığı tedavi seyrini etkilememiştir. İkinci çalışmada tedavi öncesi alkol kullanımı tedavi sonrası panik belirtilerinde, performans anksiyetesinde, streste ve yetersizlikte değişikliği belirlemediği, sosyal etkileşim anksiyetesinde değişikliği belirlemiştir. Yani sorunlu alkol kullanımının tedavi seyrinde belirleyici etkisi olmadığı saptanmıştır. Bu bulgular madde kullanım bozukluğu olan birincil anksiyete bozukluklarını tedavi eden klinisyenlerin, tedavi seyri konusunda kıyasla iyimser olabileceğini göstermektedir.[165]



## Sonuç

Sosyal anksiyete sıklıkla rastlanan, özellikle de alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde çok sık birliktelik gösteren bir durumdur. Crum ve Pratt [29] sosyal anksiyete bozukluğu'nu daha sonraki alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı epizodları için risk etkeni olarak görürler. Her ne kadar alkol bağımlılıklarında, çoğu zaman bağımlılık başlamadan önce de var olan, sosyal anksiyete belirtileri yüksek oranda bulunsa da, bu belirtiler için ilaç tedavisi halen nadiren uygulanmaktadır.[45] Bu nedenle alkol bağımlılığı tedavisi için başvurmuş bireyler halen var olan ancak saptanmamış sosyal anksiyete belirtileri için de değerlendirilmeli ve bu belirtiler acilen tedavi edilmelidir.[34]

Önerilen gerginlik azaltma hipotezi ya da strese cevap azaltma teorisi gibi net bir ilişkiden ziyade bu iki bozukluk arasındaki ilişki daha karmaşık olabilir (örn. İki yönlü). [38] Bu iki bozukluk arasındaki ilişkiyi yöneten değişikliklerin varlığı ortaya konmuş olmakla beraber, çok az çalışma bu kavramları tam bir model halinde birleştirme girişiminde bulunmuştur.[59]

Bu çalışmada gözden geçirdiğimiz yayınlar bize net bir şekilde sosyal anksiyeteyi rahatlatmak için alkol kullanımı konusunun karmaşık olduğu ve henüz tam anlaşamadığını göstermektedir. Belli bir düzeyde sosyal anksiyetesi olan kolej öğrencilerinde yapılan çalışmalar alkol kullanmanın gerçekten sosyal anksiyeteyi rahatlatacağı varsayımını deteklememiştir. Ancak bu öğrenciler daha önce formal sosyal anksiyete bozukluğu tanısı almamışlardır. sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin dahil edildiği tek çalışma da anksiyete belirtilerinde muhtemel rahatlama yaşamaması beklenen grup olan alkol kullanım bozukluğu tanısı almış olguları çalışma dışı bırakmıştır. Bazı insanların alkol alımından gerçek fayda sağlayıp sağlamadığından bağımsız olarak, alkolün sosyal anksiyeteyi azaltacağı şeklindeki inanç, sosyal olarak anksiyöz olan çoğu insanda alkol kullanmayı birincil başatma stratejisi olarak öne çıkarmaktadır. Bu özellikle halen sosyal etkileşime katılan ve bu ortamlardan tamamen kaçınmayan bireyler için geçerlidir.

Yatarak tedavi gören hastaların tedavisinin önemli bir kısmını grup temelli tedaviler oluşturmaktadır. sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar grup terapisi ve yüzleştirme içeren programlara katılmakta zorluk çekerler [50,95]. Hem alkol bağımlılığı, hem de anksiyete bozuklukları olan bireylerde genellikle bu sorunların birbiriyle olan etkileşimi hesaba katılmadan sadece bir tanesine odaklanılır. Sadece her iki bozukluk uygun bir şekilde değerlendirilip tedavi edildiği takdirde sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol bağımlılığı döngüsü kırılabilir. [42] Bu nedenle alkol bağımlılığı olan

hastalarda fobik bozukluklar ve fobik bozukluğu olan hastalarda alkol bağımlılığının ayrıntılı araştırılması gerekmektedir.[45]

Yukarıda açıklandığı gibi sosyal anksiyete bozukluğu tedavi edilebilir bir durumdur. Ama eğer tedavisiz bırakılırsa kendi kendini rahatlamak amaçlı alkol kullanımının tekrarlaması, ikincil alkol bağımlılığı gelişimi ile sonuçlanabilir ve kişinin tedavi gerektiren iki durumun komorbiditesine sahip olmasıyla sonuçlanır. sosyal anksiyete bozukluğu başlangıcı neredeyse her zaman alkol kullanım bozukluğundan sıklıkla 10 yıl kadar öncedir.[53] Bu gecikme, bu özel komorbiditeyi alkol kullanım bozukluğu'nun gelişimini engellemek için birincil hedef haline getirmektedir. Her ne kadar paroksetin gibi SGAI'lerle farmakolojik tedavi faydalı olsa da bu komorbidite durumlarının tedavisinde terapötik yaklaşımları araştırılan çalışmalara gereksinim vardır.

Bu karmaşık ilişkiyi anlayarak tedavi programları tedavi için özel hedef bireyleri fark edebilecek ve şu anda sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu'ları komorbiditesi için var olan tedavinin etkinliğini arttırabileceklerdir.

## Kaynaklar

1. 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; 66:1351-1161.
2. Morris EP, Stewart SH, Ham LS. The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2005; 25:734-760.
3. Buckner JD, Schmidt. Understanding social anxiety as a risk for alcohol use disorders: Fear of scrutiny, not social interaction fears, prospectively predicts alcohol use disorders. *J Psychiatr Res* 2009; 43:477-483.
4. Thevos AK, Thomas SE, Randall CL. Baseline differences in social support among treatment-seeking alcoholics with and without social phobia. *Subst Abus* 1999; 20:107-118.
5. Thomas SE, Thevos AK, Randall CL. Alcoholics with and without social phobia: A comparison of substance use and psychiatric variables. *J Stud Alcohol* 1999; 60:472-479.
6. Buckner JD, Schmidt NB, Lang AR, Small JW, Schlauch RC, Lewinsohn PM. Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *J Psychiatr Res* 2008; 42:230-239.
7. Buckner JD, Eggleston AM, Schmidt NB. Social anxiety and problematic alcohol consumption: the mediating role of drinking motives and situations. *Behav Ther* 2006; 37:381-391.
8. Buckner JD, Timpano KR, Zvolensky MJ, Sachs-Ericsson N, Schmidt NB. Implication of comorbid alcohol dependence among individuals with social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2008; 25:1028-1037.

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
10. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:593-602.
11. Heimberg RG. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biol Psychiatry* 2002; 51:101-108.
12. Book SW, Randall CL. Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Res Health* 2002; 26:130-135.
13. Kaya N, Çilli AS, Aşkın R, Herken H, Özkan İ, Kucur R. Orta ve yükseköğrenim öğrencilerinde sosyal fobik belirti yaygınlığı. *Genel Tıp Dergisi* 1997; 7:133-137.
14. Iancu I, Levinc J, Hermeshd H, Dannonb P, Porehc A, Ben-Yehudaa Y et al. Social phobia symptoms: prevalence, sociodemographic correlates, and overlap with specific phobia symptoms *Compr Psychiatry* 2006; 47:399-405.
15. Heinrichs N, Rapee RM, Alden LA, Bogels S, Hofmann SG, Oh KJ et al. Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. *Behav Res Ther* 2006; 44:1187-1197.
16. Beidel DC. Social anxiety disorder: Etiology and early clinical presentation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl 17):27-31.
17. Chartier M, Walker J, Stein M. Considering co-morbidity in social phobia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:728-734.
18. Mannuzza S, Schneier FR, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, Fyer AJ. Generalized social phobia. Reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:230-237.
19. Kessler RC, Stein MB, Berglund P. Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1998; 155:613-619.
20. Thomas SE, Randall CL, Carrigan MH. Drinking to cope in socially anxious individuals: A controlled study. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27:1937-1943.
21. De Menezes GB, Fontenelle LF, Versiani M. Early-onset social anxiety disorder in adults: clinical and therapeutic features. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27:32-36.
22. Kashdan TB, Hofmann SG. The high-novelty-seeking, impulsive subtype of generalized social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2007; 25:535-541.
23. Safren SA, Turk CL, Heimberg RG. Factor structure of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behav Res Ther* 1998; 36:443-453.
24. Ham LS, Hope DA, White CS, Rivers PC. Alcohol expectancies and drinking behavior in adults with social anxiety disorder and dysthymia. *Cogn Ther Res* 2002; 26:275-288.
25. Muzina D, El-Sayegh S. Recognizing and treating social anxiety disorder. *Cleve Clin J Med* 2001; 68:649-657.
26. Montgomery SA. Social phobia: diagnosis, severity and implications for treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249(Suppl):11-16.
27. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1179-1187.

28. 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.
29. Crum RM, Pratt LA. Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: A prospective analysis. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1693-1700.
30. Carrigan MH, Randall CL. Self-medication in social phobia: A review of the alcohol literature. *Addict Behav* 2003; 28:269-284.
31. Bercaw EL. The relationship between social anxiety and alcohol use in a college student sample (Thesis). Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, College Park, Master of Arts, 2004.
32. Fehm L, Beesdo K, Jacobi F, Fiedler A. Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43:257-265.
33. Ozdemir F, Ersoy MA. Alkol ve madde kullanım bozukluklarının sosyal anksiyete bozukluğuyla ilişkisi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2004; 12:133-140.
34. Lydiard RB. Social anxiety disorder: Comorbidity and its implications. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 1):17-23.
35. Gokalp PG, Tukul R, Solmaz D, Demir T, Kiziltan E, Demir D et al. Clinical features and co-morbidity of social phobics in Turkey. *Eur Psychiatry* 2001; 16:115-121.
36. Solmaz D, Gokalp PG, Babaoğlu AN. Sosyal fobide klinik özellikler ve eştanı. *Türk Psikiyatri Derg* 1999; 10:207-214.
37. 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.
38. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147:685-695.
39. Himle JA, Hill EM. Alcohol abuse and the anxiety disorders: evidence from the Epidemiologic Catchment Area survey. *J Anxiety Disord* 1991; 5:237-245.
40. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:313-321.
41. Randall CL, Thomas S, Thevos AK. Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcohol Clin Exp Res* 2001; 25:210-220.
42. Lepine JP, Pelissolo A. Social phobia and alcoholism: a complex relationship. *J Affect Disord* 1998; 50(Suppl 1):23-28.
43. Evren EC, Can S, Evren B, Cakmak D. Yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlılarında aleksitiminin depresyon, anksiyete ve erektil işlev bozukluğu ile ilişkisi: Bir kontrollü çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002; 12:165-173.
44. Eken B, Evren EC, Saatcioglu O, Cakmak D. Relationship of personality disorders with sociodemographic characteristics, depression and anxiety among alcohol dependents. *J Psychiatry Neurol Sci* 2003; 16:71-79.
45. Terra MB, Barros HM, Stein AT, Figueira I, Jorge MR, Palermo LH et al. Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high prevalence and undertreatment. *Compr Psychiatry* 2006; 47:463-467.

46. Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. Substance-dependent patients with and without social anxiety disorder: Occurrence and clinical differences A study of a consecutive sample of alcohol-dependent and poly-substance-dependent patients treated in two counties in Norway. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80:321-328.
47. Smail P, Stockwell T, Canter S, Hodgson R. Alcohol dependence and phobic anxiety states. I. A prevalence study. *Br J Psychiatry* 1984; 144:53-57.
48. Schneier FR, Martin LY, Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ. Alcohol abuse in social phobia. *J Anxiety Disord* 1989; 3:15-23.
49. Sheeran T, Zimmerman M. Social phobia: still a neglected anxiety disorder? *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:786-788.
50. Marshall JR. The diagnosis and treatment of social phobia and alcohol abuse. *Bull Menninger Clin* 1994; 58 (Suppl A):58-66.
51. Perugi G, Frare F, Madaro D, Marenmani I, Akiskal HS. Alcohol abuse in social phobia patients: Is there a bipolar connection? *J Affect Disord* 2002; 68:33-39.
52. Sareen J, Chartier M, Kjernisted KD, Stein MB. Comorbidity of phobic disorders with alcoholism in a Canadian community sample. *Can J Psychiatry* 2001; 46:733-740.
53. Randall CL, Johnson MR, Thevos AK, Sonne SC, Thomas SE, Willard SL et al. Paroxetine for social anxiety and alcohol use in dual-diagnosed patients. *Depress Anxiety* 2001; 14:255-262.
54. Kessler RC, Price RH. Primary prevention of secondary disorders: a proposal and agenda. *Am J Community Psychol* 1993; 21:607-632.
55. Zimmermann P, Wittchen HU, Höfler M, Prister H, Kessler RC, Lieb R. Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychol Med* 2003; 33:1211-1222.
56. Kushner MG, Abrams K, Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev* 2000; 20:149-171.
57. Roelofs SM: Hyperventilation, anxiety, craving for alcohol: a subacute alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol* 1985; 2:501-505.
58. Terra MB, Figueira I, Barros HM. Impact of alcohol intoxication and withdrawal syndrome on social phobia and panic disorder in alcoholic inpatients. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2004; 59:187-192.
59. Burke RS, Stephens RS. Social anxiety and drinking in college students: a social cognitive theory analysis. *Clin Psychol Rev* 1999; 19:513-530.
60. Cooper ML, Frone MR, Russell M, Mudar P. Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69:990-1005.
61. Colder CR. Life stress, physiological and subjective indexes of negative emotionality, and coping reasons for drinking: Is there evidence for a selfmedication model of alcohol use? *Psychol Addict Behav* 2001; 15:237-245.
62. Tran GQ, Haaga DAF, Chambless DL. Expecting that alcohol use will reduce social anxiety moderates the relation between social anxiety and alcohol consumption. *Cogn Ther Res* 1997; 21:535-553.
63. Evren C, Aksoy R, Celik S, Cetin T. Social anxiety and drinking motives among male patients with alcohol dependency. *Düşünen Adam Dergisi* 2010; 22: (Baskıda).

64. Merikangas KR, Steven DE, Fenton B, Stolar M, O'Malley S, Woods SW et al. Comorbidity and familial aggregation of alcoholism and anxiety disorders. *Psychol Med* 1998; 28:773-788.
65. Tiihonen J, Kuikka J, Bergstrom K, Lepola U, Koponen H, Leinonen E. Dopamine reuptake site densities in patients with social phobia. *Am J Psychiatry* 1997; 154:239-242.
66. Stein MB, Heuser IJ, Juncos JL, Uhde TW. Anxiety disorders in patients with Parkinson's disease. *Am J Psychiatry* 1990; 147:217-220.
67. Li D, Chokka P, Tibbo P. Toward an integrative understanding of social phobia. *J Psychiatry Neurosci* 2001; 26:190-202.
68. Kalivas PW. Drug addiction: to the cortex and beyond. *Am J Psychiatry* 2001; 158:349-350.
69. Kash SF, Tecott LH, Hodge C, Baekkeskov S. Increased anxiety and altered responses to anxiolytics in mice deficient in the 65-kDa isoform of glutamic acid decarboxylase. *Proc Natl Acad Sci USA* 1999; 96:1698-1703.
70. Stork O, Ji FY, Obata K. Reduction of extracellular GABA in the mouse amygdala during and following confrontation with a conditioned fear stimulus. *Neurosci Lett* 2002; 327:138-142.
71. Stork O, Yamanaka H, Stork S, Kume N, Obata K. Altered conditioned fear behavior in glutamate decarboxylase 65 null mutant mice. *Genes Brain Behav* 2003; 2:65-70.
72. Davidson JR, Ford SM, Smith RD, Potts NL. Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *J Clin Psychiatry* 1991; 52(Suppl):16-20.
73. Pande AC, Davidson JR, Jefferson JW, Janney CA, Katzelnick DJ, Weisler RH et al. Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19:341-348.
74. Van Ameringen M, Mancini C, Pipe B, Oakman J, Bennett M. An open trial of topiramate in the treatment of generalized social phobia. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:1674-1678.
75. Malcolm RJ. GABA systems, benzodiazepines, and substance dependence. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(Suppl 3):36-40.
76. Abrams K, Kushner MG, Medina KL, Voight A. Self-administration of alcohol before and after a public speaking challenge by individuals with social phobia. *Psychol Addict Behav* 2002; 16:121-128.
77. Kidorf M, Lang AR. Effects of social anxiety and alcohol expectancies on stress-induced drinking. *Psychol Addict Behav* 1999; 13:134-142.
78. Lewis BA, O'Neill HK. Alcohol expectancies and social deficits relating to problem drinking among college students. *Addict Behav* 2000; 25:295-299.
79. Ham LS, Hope DA. Incorporating social anxiety into a model of college student problematic drinking. *Addict Behav* 2005; 30:127-150.
80. Gilles DM, Turk CL, Fresco DM. Social anxiety, alcohol expectancies, and self-efficacy as predictors of heavy drinking in college students. *Addict Behav* 2006; 31:388-398.
81. Meade Eggleston AM, Woolaway-Bickel K, Schmidt NB. Social anxiety and alcohol use: evaluation of the moderating and mediating effects of alcohol expectancies. *J Anxiety Disord* 2004 18:33-49.
82. Bruch MA, Rivet KM, Heimberg RG, Levin MA. Shyness, alcohol expectancies, and drinking behavior: replication and extension of a suppressor effect. *Pers Individ Diff* 1997; 22:193-200.

83. Ham LS, Bonin M, Hope DA. The role of drinking motives in social anxiety and alcohol use. *J Anxiety Disord* 2007; 21:991-1003.
84. Spencer RL, Hutchison KE. Alcohol, aging, and the stress response. *Alcohol Res Health* 1999; 23:272-278.
85. Kushner MG, Mackenzie TB, Fiszdon J, Valentiner DP, Foa E, Anderson N et al. The effects of alcohol consumption on laboratory-induced panic and state anxiety. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:264-270.
86. Kairouz S, Gliksman L, Demers A, Adlaf EM. For all these reasons, I do drink: A multilevel analysis of contextual reasons for drinking among Canadian undergraduates. *J Stud Alcohol* 2002; 63:600-608.
87. Gerlach AL, Schiller A, Wild C, Rist F. Effects of alcohol on the processing of social threat-related stimuli in socially phobic women. *Br J Clin Psychol* 2006; 45:279-295.
88. Abrams K, Kushner M, Medina KL, Voight A. The pharmacologic and expectancy effects of alcohol on social anxiety in individuals with social phobia. *Drug Alcohol Depend* 2001; 64:219-231.
89. Naftolowitz DF, Vaughn BV, Ranc J, Tancer ME. Response to alcohol in social phobia. *Anxiety* 1994; 1:96-99.
90. Himle JA, Abelson JL, Haghightgou H, Hill EM, Nesse RM, Curtis GC. Effect of alcohol on social phobic anxiety. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1237-1243.
91. Allen CA. Alcohol problems and anxiety disorders: a critical review. *Alcohol Alcohol* 1995; 30:145-151.
92. Goldman MS, Del Boca FK, Darkes J. Alcohol expectancy theory: The application of cognitive neuroscience. In *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism* (2nd ed. (Eds KE Leonard, HT Blane): 203-246. New York, Guilford Press, 1999.
93. Ham LS, Hope DA. Alcohol and anxiety: subtle and obvious attributes of abuse in adults with social anxiety disorder and panic disorder. *Depress Anxiety* 2003; 18:128-139.
94. Özdemir F, Ersoy MA, Kayahan B. Alkol bağımlıları ve sosyal içicilerin sosyal fobik özellikleri açısından karşılaştırılması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2005; 7:1-6.
95. Randall CL, Thomas SE, Thevos AK. Gender comparison in alcoholics with concurrent social phobia: implications for alcoholism treatment. *Am J Addict* 2000; 9:202-215.
96. De Menezes GB, Fontenelle LF, Versiani M. Gender effect on clinical features and drug treatment response in social anxiety disorder (social phobia). *Int J Psychiatry Clin Prac* 2008; 12:151-155.
97. Kushner MG, Sher KJ. Comorbidity of alcohol and anxiety disorders among college students: Effects of gender and family history of alcoholism. *Addict Behav* 1993; 18:543-552.
98. Merikangas KR, Avenevoli S, Acharyya S, Zhang H, Angst J. The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biol Psychiatry* 2002; 51:81-91.
99. Evren C, Evren B, Dalbudak E. Alexithymia and personality in relation to social anxiety symptoms in male alcohol-dependent inpatients. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45:72-77.
100. Helzer PE, Pryzbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol* 1998; 49:219-224.

101. Terra MB, Barros HM, Stein AT, Figueira I, Athayde LD, Spanemberg L et al. Does co-occurring social phobia interfere with alcoholism treatment adherence and relapse? *J Subst Abuse Treat* 2006; 31:403-409.
102. Page AC, Andrews G. Do specific anxiety disorders show specific drug problems? *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30:410-414.
103. Schade A, Marquenie LA, Van Balkom AJ, De Beurs E, Van Dyck R, Van Den Brink W. Do comorbid anxiety disorders in alcohol-dependent patients need specific treatment to prevent relapse? *Alcohol Alcohol* 2003; 38:255-262.
104. Haver B, Gjestad R. Phobic anxiety and depression as predictor variables for treatment outcome. A LISREL analysis on treated female alcoholics. *Nord J Psychiatry* 2005; 59:25-30.
105. Neighbors C, Fossos N, Woods BA, Fabiano P, Sledge M, Frost D. Social anxiety as a moderator of the relationship between perceived norms and drinking. *J Stud Alcohol Drugs* 2007; 68:91-96.
106. Myrick H, Brady KT. Social phobia in cocaine-dependent individuals. *Am J Addict* 1997; 6:99-104.
107. Lewis MA, Hove MC, Whiteside U, Lee CM, Kirkeby BS, Oster-Aaland L et al. Fitting in and feeling fine: conformity and coping motives as mediators of the relationship between social anxiety and problematic drinking. *Psychol Addict Behav* 2008; 22:58-67.
108. Dyck IR, Phillips KA, Warshaw MG, Dolan RT, Shea MT, Stout RL, et al. Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *J Pers Disord* 2001; 15:60-71.
109. Henderson L, Zimbardo P. Shyness, social anxiety, and social phobia. In *From Social Anxiety to Social Phobia: Multiple Perspectives* (Eds SG Hofmann, PM DiBartolo):46-64. Boston, Allyn & Bacon, 2001.
110. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science* 1988; 240:167-171.
111. Bienvenu OJ, Nestadt G, Samuels JF, Costa PT, Howard WT, Eaton WW. Phobic, panic, and major depressive disorders and the five-factor model of personality. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:154-161.
112. Marteinsdottir I, Furmark T, Tillfors M, Fredrikson M, Ekselius L. Personality traits in social phobia. *Eur Psychiatry* 2001; 16:143-150.
113. Fein G, Di Scalfani V, Finn P, Scheiner DL. Sub-diagnostic psychiatric comorbidity in alcoholics. *Drug Alcohol Depend* 2007; 87:139-145.
114. Cloninger CR, Svrakic DM. Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry* 1997; 60:120-141.
115. Basiaux P, le Bon O, Dramaix M, Massat I, Souery D, Mendlewicz J et al. Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients: a controlled study. *Alcohol Alcohol* 2001; 36:584-587.
116. Kim S, Hoover K. Tridimensional Personality Questionnaire. Assessment in patients with social phobia and control group. *Psychol Rep* 1996; 78:43-49.
117. Chatterjee S, Sunitha TA, Velayudhan A, Khanna S. An investigation into the psychobiology of social phobia: personality domains and serotonergic function. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95:544-550.



118. Pelissolo A, Andre C, Pujol H, Yao SN, Servant D, Braconnier A et al. Personality dimensions in social phobics with or without depression. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105:94-103.
119. Marteinsdottir I, Tillfors M, Furmark T, Anderberg UM, Ekselius L. Personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory (TCI) in subjects with social phobia. *Nord J Psychiatry* 2003; 57:29-35.
120. Hofmann SG, Loh R. The Tridimensional Personality Questionnaire: changes during psychological treatment of social phobia. *J Psychiatr Res* 2006; 40:214-220.
121. Rybakowski J, Ziolkowski M. Clinical and biochemical heterogeneity of alcoholism: the role of family history and alexithymia. *Drug Alcohol Depend* 1991; 27:73-77.
122. Evren C, Eken B, Cakmak D. Alkol bağımlılarında aleksitimi ve depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi* 2003; 4:48-51.
123. Uzun O, Ates A, Cansever A, Ozsahin A. Alexithymia in male alcoholics: study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry* 2003; 44:349-352.
124. Solmaz M, Sayar K, Ozer OA, Ozturk M, Acar B. Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: Kontrollü bir çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2000; 3:235-241.
125. Cox BJ, Swinson RP, Shulman ID, Bourdeau D. Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry* 1995; 36:195-198.
126. Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J, Takubo M. Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry* 1997; 38:166-170.
127. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, de Jesus Mari J. Co-occurrence patterns of anxiety, depression and alcohol use disorders *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257:423-431.
128. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM et al. Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:409-16.
129. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CMA, Luty SE, Sullivan PF. Six months of treatment for depression: outcome and predictors of the course of illness. *Am J Psychiatry* 2006; 163:95-100.
130. Dalrymple KL, Zimmerman M. Does comorbid social anxiety disorder impact the clinical presentation of principal major depressive disorder? *J Affect Disord* 2007; 100:241-247.
131. Neal JA, Edelman RJ. The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clin Psychol Rev*, 2003; 23:761-786.
132. Bandelow B, Charimo Torrente A, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Ruther E. Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 254:397-405.
133. Mancini C, van Ameringen M, MacMillan H. Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183:309-314.
134. Safren SA, Gershuny BS, Marzol P, Otto MW, Pollack MH. History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:453-456.
135. Chartier MJ, Walker JR, Stein MB. Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychol Med* 2001; 31:307-315.

136. Abdulrehman RY, DeLuca RV. The implications of childhood sexual abuse on adult social behavior. *J Fam Violence* 2001; 16:193-203.
137. Feerick MM, Snow KL. The relationships between childhood sexual abuse, social anxiety, and symptoms of posttraumatic stress disorder in women. *J Fam Violence* 2005; 20:409-419.
138. Langeland W, Draijer N, van den Brink W. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: the role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28:441-447.
139. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early maladaptive schemas and social phobia. *Cogn Ther Res* 2006; 30:571-584.
140. Fontenelle LF, Domingues AM, Souza WF, Mendlowicz MV, de Menezes GB, Figueira IL et al. History of trauma and dissociative symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Psychiatr Q* 2007; 78:241-250.
141. Evren C, Sar V, Dalbudak E, Oncu F, Cakmak D. Social anxiety and dissociation among male patients with alcohol dependency. *Psychiatr Res* 2009; 165:273-280.
142. Stewart SH, Morris E, Mellings T, Komar J. Relations of social anxiety variables to drinking motives, drinking quantity and frequency, and alcohol-related problems in undergraduates. *J Ment Health* 2006; 15:671-682.
143. Buckner JD, Turner RJ. Social anxiety disorder as a risk factor for alcohol use disorders: Aprospective examination of parental and peer influences. *Drug Alcohol Depend* 2008; 100:128-137.
144. Thevos AK, Roberts JS, Thomas SE, Randall CL. Cognitive behavioral therapy delays relapse in female socially phobic alcoholics. *Addict Behav* 2000; 25:333-345.
145. Davidson JR. Pharmacotherapy of social anxiety disorder: what does the evidence tell us? *J Clin Psychiatry* 2006; 67(Suppl 12):20-26.
146. Schneier FR. Treatment of social phobia with antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl 1):43-48.
147. Van der Linden GJH, Stein DJ, van Balkom AJLM. The efficacy of the selective serotonin reuptake inhibitors for social anxiety disorder (social phobia): a metaanalysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15(Suppl 2):15-23.
148. Versiani M. A review of 19 double-blind placebo-controlled studies in social anxiety disorder (social phobia). *World J Biol Psychiatry* 2000; 1:27-33.
149. Stein DJ, Ipser JC, Balkom AJ. Pharmacotherapy for social anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;18:CD001206.
150. Worthington JJ 3rd, Kinrys G, Wygant LE, Pollack MH. Aripiprazole as an augmentor of selective serotonin reuptake inhibitors in depression and anxiety disorder patients. *Int Clin Psychopharmacol*. 2005; 20:9-11.
151. Simon NM, Hoge EA, Fischmann D, Worthington JJ, Christian KM, Kinrys G et al. An open-label trial of risperidone augmentation for refractory anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 2006;67:381-385.
152. Van Ameringen M, Mancini C, Wilson C. Buspirone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in social phobia. *J Affect Disord* 1996; 39:115-121.

153. Ipser JC, Carey P, Dhansay Y, Fakier N, Seedat S, Stein DJ. Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD005473.
154. Simon NM, Korbly NB, Worthington JJ, Kinrys G, Pollack MH. Citalopram for social anxiety disorder: an open-label pilot study in refractory and nonrefractory patients. *CNS Spectr* 2002; 7:655-657.
155. Aarre TF. Phenelzine efficacy in refractory social anxiety disorder: a case series. *Nord J Psychiatry* 2003; 57:313-315.
156. Altamura AC, Pioli R, Vitto M, Mannu P. Venlafaxine in social phobia: a study in selective serotonin reuptake inhibitor non-responders. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14:239-245.
157. Barnett SD, Kramer ML, Casat CD, Connor KM, Davidson JR. Efficacy of olanzapine in social anxiety disorder: a pilot study. *J Psychopharmacol* 2002; 16:365-368.
158. Kinrys G, Pollack MH, Simon NM, Worthington JJ, Nardi AE, Versiani M. Valproic acid for the treatment of social anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18:169-172.
159. Stein MB, Sareen J, Hami S, Chao J. Pindolol potentiation of paroxetine for generalized social phobia: A double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1725-1727.
160. Pettinati HM, Volpicelli JR, Kranzler HR, Luck G, Rukstalis MR, Cnaan A. Sertraline treatment for alcohol dependence: interactive effects of medication and alcoholic subtype. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24:1041-1049.
161. Myrick H, Brady K. Current review of the comorbidity of affective, anxiety, and substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16:261-270.
162. Book SW, Thomas SE, Randall PK, Randall CL. Paroxetine reduces social anxiety in individuals with a co-occurring alcohol use disorder. *J Anxiety Disord* 2008; 22:310-318.
163. Thomas SE, Randall PK, Book SW, Randall CL. A Complex relationship between co-occurring social anxiety and alcohol use disorders: What effect does treating social anxiety have on drinking? *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32:77-84.
164. Liappas J, Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Christodoulou G. Alcohol detoxification and social anxiety symptoms: a preliminary study of the impact of mirtazapine administration. *J Affect Disord* 2003; 76:279-284.
165. McEvoy PM, Shand F. The effect of comorbid substance use disorders on treatment outcome for anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2008; 22:1087-1098.