

Sosyal kaygı bozukluğu: Mevcut yaygınlık, eşanı ve bozulma durumu

B. Göktürk Gök¹,  Mujgan Inozu² 

Anahtar kelimeler

sosyal kaygı bozukluğu, epidemiyoloji, görülme sıklığı, eşanı, bozulma, derleme

Keywords

social anxiety disorder, epidemiology, prevalence, comorbidity, impairment, review

Öz

Geçtiğimiz yüzyılın son çeyreğinden bu yana sosyal kaygı bozukluğu (SKB) epidemiyolojisiyle ilgili bilgi birikimi genişlemeye devam etmektedir. Bu nedenle bu çalışmada, dünyanın çeşitli kıta ve bölgelerinde, genel toplum popülasyonunda SKB epidemiyolojisinin güncel ve bütüncül bir incelemesinin sunulması amaçlanmıştır. Veri tabanlarında 2001 yılından günümüze kadar yapılan epidemiyolojik çalışmalar kapsamlı bir şekilde taranmış ve 43 çalışmaya ulaşılmıştır. SKB'nin tüm ülkelerde, toplum örneklemelerinde ortalama yaşam boyu ve 12 ay boyunca görülme sıklığı tahminleri sırasıyla %5.6 ve %2.6 olarak bulunmuştur. Yüksek sosyoekonomik düzeye sahip Amerika, Avrupa ve Okyanusya ülkelerinde bozukluğun görülme sıklığı oranlarının en yüksek düzeyde olduğu; Asya, Afrika ve Orta Doğu ülkelerinde ise oranların görece en az olduğu bulunmuştur. Dünya genelinde, başlangıç yaşının oldukça erken olması ve kadınlarda, erkeklere göre daha fazla görülmesi bir diğer önemli epidemiyolojik özelliktir. Bununla birlikte, SKB kötü seyreden ruhsal sağlık durumu ve çeşitli alanlarda (aile, sosyal ilişkiler, eğitim gibi) azalmış yaşam kalitesiyle ilişkilidir. Ayrıca, SKB ısrarcı ve yüksek düzeyde eşanlı seyreden bir bozukluk olarak ön plana çıkmaktadır. SKB'nin görülme sıklığı çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda değişkenlik gösterse de birçok çalışmada en yaygın görülen kaygı bozukluğu türlerinden biri olduğu gözlenmiştir. Genel popülasyondan alınan örneklerle elde edilen görülme sıklığı, başlangıç yaşı, bozukluğun seyri ve cinsiyete göre dağılımı gibi bilgilerin, bir kaygı bozukluğu türü olarak SKB'ye yönelik anlayışı ve tedavi arama davranışını artırmaya yönelik girişimleri geliştireceği düşünülmektedir.

Abstract

Social anxiety disorder: Current status of prevalence, comorbidity, and impairment

Since the last quarter of the last century, knowledge about the epidemiology of social anxiety disorder (SAD) has continued to expand. Therefore, the present study aimed to present an up-to-date and holistic examination of the prevalence of SAD in the general population in various continents and regions worldwide. Epidemiological studies in databases since 2001 have been extensively searched and 43 community studies have been identified. Lifetime and 12-month prevalence estimates of SAD in community samples in all countries were 5.6% and 2.6%, respectively. In America, Europe, and Oceania countries with relatively high socioeconomic levels, the prevalence of SAD was the highest; in Asia, Africa, and Middle East countries, the prevalence rates were relatively the lowest. It was noteworthy that the age of onset of the disorder was quite early, and it was more common in females than males. At the same time, SAD was associated with worse mental health status and decreased quality of life in various fields—such as family, social relationships, and education. In addition, SAD stands out as a persistent and highly comorbid disorder. Although the prevalence of SAD varies in various epidemiological studies, it has been observed that it is one of the most common anxiety disorders in many studies. It was considered that understanding SAD and initiatives for treatment-seeking behavior will improve considerably with information obtained from the general population—such as the frequency of occurrence, age of onset, and the course of the disorder.

Atıf için: Gök, B. G. ve Inozu, M. (2023). Sosyal kaygı bozukluğu: Mevcut yaygınlık, eşanı ve bozulma durumu. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 7(3), 448-467.

✉ **B. Göktürk Gök** • bgokturkgok@gmail.com | ¹Arş. Gör., ²Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Çankaya (06800), Ankara, Türkiye.

Geliş: 16.04.2022, **Düzeltilme:** 02.08.2022, **Kabul:** 11.09.2022



Kaygı bozuklukları popülasyonun nispeten büyük bir oranını etkilemektedir ve en sık bildirilen bozukluk sınıfıdır (Kessler ve ark., 2005a). Sosyal kaygı bozukluğu (SKB) ise en sık görülen (Kessler ve ark., 2012) kaygı bozukluğu türlerinden birisidir. Son zamanlarda SKB'nin oldukça yaygın bir bozukluk olmasının yanı sıra, bozuklukla ilişkili hastalık yükünün de önemli miktarda olduğu vurgulanmaya başlanmıştır (McLean ve ark., 2011). Kişiye oldukça sıkıntı veren ve işlevselliği bozan bir bozukluk olan SKB'nin sınıflama sistemlerinde olan konumuna baktığımızda, DSM-II'de nevroitik bozukluklar terimi altında yer alırken, ilk defa 1980 yılında DSM-III'te (Amerikan Psikiyatri Birliği [American Psychiatric Association: APA], 1980) ayrı bir tanı kategorisi olarak yer aldığı görülmektedir. Günümüze gelindiğinde DSM-5-TR'de SKB, bireyin başkaları tarafından incelenmesi söz konusu olduğu sosyal durumlarda kendini utandıracak bir şey yapma veya aşağılanma korkusu ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (APA, 2022). Sosyal kaygı, bireylerin başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmeyi beledikleri veya varlıklarının başkalarını rahatsız edebileceğini düşündükleri sosyal durumlarda meydana gelmektedir (Heimberg ve ark., 2014). Bununla birlikte, SKB epidemiyolojisine ilişkin mevcut verilerin çoğu, Batı'daki yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerden gelmektedir. SKB'nin de içinde yer aldığı kaygı bozukluklarının özellikle Batılı toplumları yansıtan yapılar oldukları düşünülmektedir. Başka bir ifadeyle, kaygı kültüre özgü bir durum olabilir ve farklı kültürlerde farklı anlamlar ve karşılıklar bulabilir. Örneğin Doğu toplumlarında, kendini utandırmaktan çok, başkalarını gücendirmek öne çıkan kaygı olabilir. Özgül olarak, *taijin kyofusho* adında Japon kültürüne özgü bir sosyal kaygı türü tanımlanmıştır. Taijin kyofusho, kişinin görünüşü ve eylemleriyle (örneğin, kızarmasıyla, bakışlarıyla, kokusuyla gibi) diğer insanları rahatsız edebileceği, utandırabileceği veya başkalarında düşmanca duygular uyandırabileceği korkusuyla ilişkilidir (APA, 2022). Bu bakış açısına göre, kültürel normlar ve kaygı yapıları arasındaki farklılıkların SKB'nin farklı ülkelerde farklı yaygınlık oranına ve klinik görünümüne sahip olmasına yol açabileceği düşünülmektedir.

Sosyal kaygı, hafif düzeydeki utangaçlık ile şiddetli kaçınan kişilik bozukluğu arasında yoğunluk ve şiddet düzeyinde değişen bir süreklilik üzerinde yer almaktadır (Spence ve Rapee, 2016). Dolayısıyla bir süreklilik üzerinde düşünüldüğünde, SKB belirti düzeyinin yoğunluğu ve şiddeti arttıkça, bireyin işlevselliğinin de bozulma olasılığı artmaktadır. Evrimsel bakış açısına göre, uygun seviyelerde sosyal kaygı uyumsal bir işleve sahiptir; kendimizi diğerlerine nasıl sunduğumuza ve davranışlarımız üzerinde daha fazla dikkat göstermemizi sağlar. Bu duyarlılık, sosyal istenirliği sağlamak ve sosyal dışlanmayı önlemek için çevremizdekilere uyum sağlamamıza katkıda bulunur (Gilbert, 2001). Ancak, ortalama bir sosyal durumun yarattığı tehditlerle orantısız şekilde tetiklendiğinde,

SKB, mesleki ve akademik performans ile kişilerarası ilişkilerde (iş, arkadaş, romantik, ailesel) bozulmalara, sosyal aktivitelerde azalmalara, düşük benlik saygısına, yalnızlığa ve duygudurum bozuklukları ile madde kullanım bozukluklarında artan risklere yol açmaktadır (De Lijster ve ark., 2018). Çoğu psikolojik bozuklukta ve özellikle kaygı bozukluklarında olduğu gibi, SKB genel olarak yaşamın nispeten erken dönemlerinde ortaya çıkma eğilimindedir. Özgül olarak, ortalama başlangıç yaşı erken ergenlikten, orta ergenliğe kadardır (Cia ve ark., 2018). SKB'nin başlangıcı için risk oluşturan faktörler hakkında bir dizi kuramsal model öne sürülmüştür (Spence ve Rapee, 2016; Wong ve Rapee, 2016). Bu modeller, genetiğin ve mizacın etkisinin önemine işaret etmiştir. Bununla paralel olarak, bir meta analiz çalışması, genetik ve paylaşılmayan çevresel faktörlerin SKB'nin etiolojisinde yaşamın çok erken dönemlerinden itibaren risk faktörü olabileceğini ileri sürmüştür (Scaini ve ark., 2014). Başka bir ifadeyle, bu çalışmanın bulguları SKB için ailesel benzerliğin birincil olarak genetik etkilerle açıklandığını göstermektedir, bu da sosyal kaygıda ailesel aktarımının genetik bir temele sahip olduğunu düşündürmektedir.

Erken başlangıç yaşına ek olarak, SKB'nin boylamsal seyirinin diğer bir karakteristik özelliği ise depresif bozukluklarla birlikte sık ortaya çıkmasıdır (Fehm ve ark., 2008; Mackenzie ve Fowler, 2013). Sosyal kaygıda görülen yaygın endişeler arasında ise titreme, kızarma, terleme, kaygılı, sıkıcı veya yetersiz görünme korkuları yer almaktadır (Stein ve Stein, 2008). Bunun sonucunda, kişi yeni biriyle tanışmaktan, topluluk önünde konuşmaktan, fikirlerini başkalarına ifade etmekten ve hatta akranlarıyla arkadaşlık kurmaktan kaçınabilir. Bu durum kişinin sosyal etkileşimlerini azaltmasına veya başkalarıyla tamamen ilişki kurmaktan çekinmesine yol açabilir. Ayrıca, bu patolojinin doğasında bulunan sosyal ketlenme ve bireysel acı (ya da ızdırıp) göz önüne alındığında, SKB belirtileri genellikle başkaları tarafından utangaçlıkla karıştırılır veya birey tarafından bir karakter kusuru olarak algılanır. Bu yanılgıların bir sonucu olarak, SKB çoğunlukla tespit ve tedavi edilmemiş olarak kalmaktadır (Kroenke ve ark., 2007). SKB'nin tespit edilmiş olarak kalması sorun yaratmaktadır çünkü psikolojik bir bozukluğun var olduğu yerde tespit edilememesi genellikle daha düşük tedavi arayışına neden olmaktadır. Diğer taraftan, tedavi arayışı düşük düzeylerde kalsa da günümüzde SKB tedavi edilebilir bir bozukluk olarak görülmektedir. Kanıta dayalı tedavilerin etkililiğini değerlendiren çalışmalar, Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT), SKB için etkili ve uygun birinci basamak tedavi olduğunu destekleyen bulgular sunmaktadır (Higa-McMillan ve ark., 2016). BDT, sosyal durumlara gerçek hayatta maruz bırakma terapisi (in vivo exposure therapy) ve bilişsel terapi gibi klasik yaklaşımları içerir, ancak son zamanlarda üçüncü dalga yaklaşımlar, sanal gerçeklikle maruz bırakma terapisi (virtual reality exposure therapy), inter-

net üzerinden sağlanan terapiler (internet delivered therapy) ve bilişsel yanlılık değişimleme (cognitive bias modification) gibi yeni modaliteler ve teknikler de bozukluğun tedavisinde kullanılmaktadır (Pelissolo ve ark., 2019). Bununla birlikte, araştırmalar birçok yetişkinin BDT'de standart tedavinin önemli bir bileşeni olan maruz bırakma terapisini (exposure therapy) bilmediklerini, tedavi arayışına girmediklerini göstermektedir; ancak bu konuda kısa süreli çevrimiçi eğitim ve motivasyon müdahaleleri, bu bireylerin tedaviyi deneme isteklerini büyük ölçüde artırmaktadır (Arch ve ark., 2015; Tobias ve ark., 2021). Yüksek bozulma durumu, eşanlı seyri ve hastalık yükü sebebiyle SKB epidemiyolojisine yönelik çalışmalar yürütmenin önemli olduğu düşünülmektedir. Özellikle, epidemiyoloji çalışmalarının karşılaştırılmasının, kaygı ile ilgili sağlık politikalarının geliştirilmesinde hayati bir rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca, bölgesel görülme sıklığına ilişkin ampirik bilgi, sağlık hizmetlerine yönelik göreceli talebi anlamak için esastır. Görülme sıklığı oranlarının doğru bir şekilde tahmin edilmesi, ihtiyaç duyulduğunda müdahalelerin uygun bir şekilde sağlanması konusunda önem teşkil etmektedir. Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilecek sosyodemografik bilgiler, bozuklukla ilgili risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin anlaşılmasını da kolaylaştıracaktır. Dolayısıyla, bu derleme çalışmasında Dünya genelinde SKB epidemiyolojisinin genel toplum popülasyonu üzerinde incelendiği çalışmaların kapsamlı bir sentezi oluşturulmuştur. Diğer taraftan, bozukluğun bireylerde oluşturduğu yükün farklı kültür ve koşullarda değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, 21. yüzyılın ilk çeyreğin tamamlanmasına yaklaştığımız bu zamanlarda, bozukluğun epidemiyolojisinin güncel bir çalışmada incelenmesi gerekliliği doğmuştur. Burada incelenen çalışmalarda elde edilen sonuçlar ve beliren örüntüler, karar alıcılar ve gelecekteki araştırmalar açısından tartışılmıştır.

YÖNTEM

Başlangıçta, SKB ile ilgili 2001 ile 2022 yılları arasında yapılan epidemiyolojik çalışmaları belirleyebilmek için çeşitli elektronik veri tabanları kullanılarak gerekli tarama çalışması (PubMed, Web of Science [Web of Science Core Collection], EBSCOhost ve Scopus) gerçekleştirilmiştir. Anahtar indeksleme terimleri ve kelime öbeklerini birbirine bağlamak için Boolean operatörleri (['anxiety disorders' OR 'social anxiety disorder' OR 'social phobia'] AND ['prevalence' OR 'epidemiology']) kullanılmıştır. Bu aramalarda, ilgili tüm yayınları (orijinal ve derleme makaleleri) tespit edebilme olasılığını en üst düzeye çıkarmak için, değerlendirilen makalelerin kaynakçalarından daha fazla çalışmaya ulaşılmıştır.

Olasılık örnekleme (probability sampling) tekniği kullanılarak yapılan genel toplum örneklemleri üzerin-

de yapılan araştırmalar değerlendirmeye dâhil edilmiştir. Deneysel olmayan bir yöntemle yürütülen klinik araştırmalar için 300 veya daha fazla örneklem büyüklüğünün, popülasyondaki parametre tahminlerine yakın olacağı ileri sürülmüştür (Bujang ve ark., 2017). Bu nedenle, uygun çalışmalar araştırılırken, aramalar, genel toplum popülasyonunu kapsayan ve 450 veya daha fazla örneklem büyüklüğüne sahip çalışmalarla sınırlandırılmıştır. Bu örneklem sınırlandırmasının başka inceleme çalışmalarında da (Somers ve ark., 2006) aynı şekilde kullanıldığı görülmüştür. Diğer taraftan, SKB'nin net/açık bir DSM ve ICD tanısı kullanılarak yürütülmüş çalışmalar makaleye dâhil edilmiştir. İngilizce ve Türkçe araştırmalar dikkate alınmıştır. Diğer taraftan, yalnızca belirli bir örneklem grubuna odaklanan çalışmalar (çocuk, ergen, askerler gibi), çalışmanın genel toplum örneklemine yönelik olan odakını bozabileceği ve bulguların yorumlanması noktasında karıştırıcı olabileceği için değerlendirmeye dâhil edilmemiştir. İlgili yeni epidemiyolojik bilgi sunması durumunda daha önce yayınlanmış verilere dayanan takip makaleleri de dikkate alınmıştır. SKB için görülme sıklığı tahminlerine ek olarak, sosyodemografik veriler hakkında bilgi için de çalışmalar taranmıştır.

BULGULAR

Epidemiyoloji çalışmalarından tam metin erişimi sağlanan makaleler gözden geçirilmiştir. SKB görülme sıklığı bulgusunu içeren, uygunluk ve dâhil etme ölçütlerini karşılayan, genel toplum örnekleminde yürütülen 43 çalışma incelemeye dâhil edilmiştir. Bu çalışmalardan elde edilen görülme sıklığı oranları sunulduktan sonra detaylıca tartışılmıştır. Görülme sıklığı oranlarını karşılaştırırken, Brezilya, İsviçre, Şili ve Norveç'te yapılan çalışmalarda tanı koyma ölçütlerinin DSM-III-R, diğer tüm çalışmalarda bu ölçütlerin DSM-IV versiyonu temel alınarak değerlendirilmiştir. Bunun dışında, Brezilya'da yapılan bir araştırmada (Andrade ve ark., 2002) ICD-10 tanı ölçütleri temel alınmıştır.

Görülme Sıklığı Çalışmaları

2000'li yılların başlangıcından bu zamana kadar geçen yirmi yıl içinde yayınlanan SKB hakkındaki 43 epidemiyolojik çalışmanın bulgusu Tablo 1'de gösterilmektedir. Sunulan tüm çalışmalar, yaklaşık 500 (Angst ve ark., 2015) ile 36984 (MacKenzie & Fowler, 2013) katılımcı arasında değişen örneklemlere sahip olan toplum araştırmalarıdır. Aynı zamanda, çalışılan yaş aralıklarının da oldukça tutarlı olduğu ve çalışmalardaki örneklemlerin genelinin 18-65 aralığında olduğu görülmektedir. Çalışmalarda ölçüm aracı olarak, eğitilmiş uzman görüşmeciler tarafından uygulanan CIDI (Composite International Diagnostic Interview; Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi), SPIKE (Structured Psychopathological Interview; Yapılandırılmış Psiko-

Tablo 1. Sosyal Kaygı Bozukluğunun Yaşam Boyu ve 12 Aylık Görülme Sıklığı Oranları

Ülke/Bölge	Kaynak	N	Ölçüm Aracı	Tanı Ölçütü	Yaş Aralığı	Yaşam Boyu	Yaşam Boyu; Erkek	Yaşam Boyu; Kadın	12 ay	12 ay; Erkek	12 ay; Kadın
ABD	Kessler ve ark., 2005a, 2005b	9282	WMH-CIDI	DSM-IV	18+	12.1			6.8		
ABD	Kessler ve ark., 2012	5223	CIDI 3.0	DSM-IV-TR	18-64	13.0	11.8	14.2	7.4		
ABD	McLean ve ark., 2011	20013	WMH-CIDI	DSM-IV	18+		10.3	8.7		6.5	4.8
Almanya	Fehm ve ark., 2008	4179	M-CIDI	DSM-IV	18-65				2.0	1.3	2.7
Arjantin	Cía ve ark., 2018; Stagnaro ve ark., 2018	3927	WMH-CIDI	DSM-IV	18+	2.6			1.3		
Avustralya	McEvoy ve ark., 2011	8841	WMH-CIDI	DSM-IV	18-85	8.4			4.2		
Brezilya	Andrade ve ark., 2002	1464	CIDI 1.1	ICD-10	18+	3.5	2.6	4.1	2.2	1.5	2.7
Brezilya	Vorcaro ve ark., 2004	1037	CIDI	DSM-III-R	18+	11.8	10.0	13.0	7.9	6.0	9.4
Çin	Huang ve ark., 2019	28140	CIDI 3.0	DSM-IV	18+	0.6			0.4	0.3	0.5
Çin	Shen ve ark., 2006	5201	CIDI 3.0	DSM-IV	18-70				0.2		
Finlandiya	Pirkola ve ark., 2005	6005	CIDI	DSM-IV	30+				1.0	1.1	0.9
Güney Afrika	Williams ve ark., 2008	4351	CIDI 3.0	DSM-IV	18+				1.9		
Güney Kore	Cho ve ark., 2007	6275	CIDI 2.1	DSM-IV	18-64	0.2	0.1	0.4	0.2	0.1	0.2
Güney Kore	Cho ve ark., 2010	6510	CIDI 2.1	DSM-IV	18-64	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Hollanda	De Graaf ve ark., 2012	6646	CIDI 3.0	DSM-IV	18-64	9.3	7.7	10.9	3.8	3.2	4.4
Irak	Alhasnawi ve ark., 2009	4332	CIDI 3.0	DSM-IV	18+	0.8			0.7		
İran	Sharifi ve ark., 2015	7886	CIDI 2.1	DSM-IV	15-64				3.2	2.3	4.1
İsviçre	Merikangas ve ark., 2002 ^a	591	SPIKE	DSM-III-R	18-19	6.0					
İsviçre	Angst ve ark., 2005 ^a	591	SPIKE	DSM-III-R	18-19	7.6	4.9	10.2			
İsviçre	Angst ve ark., 2015 ^a	591	SPIKE	DSM-III-R	18-19	12.61	10.69	14.66			
İtalya	De Girolamo ve ark., 2006	4712	CIDI 3.0	DSM-IV	18+	2.1	1.6	2.6	1.0	0.6	1.4
İtalya	Faravelli ve ark., 2000	2355	FPI	DSM-IV	^b	4.0					
İtalya	Faravelli ve ark., 2004a, 2004b	2363	FPI	DSM-IV	14+	3.7	2.8	4.5	1.9	1.6	2.2
Japonya	Kawakami ve ark., 2005	1663	WMH-CIDI	DSM-IV	20+				0.8		
Japonya	Ishikawa ve ark., 2016	4130	WMH-CIDI	DSM-IV	20+	1.4			0.7		
Kanada	MacKenzie ve Fowler, 2013	36984	WHM-CIDI	DSM-IV	18+	8.1			3.2		
Kuzey İrlanda	Bunting ve ark., 2012, 2013	4340	WMH-CIDI	DSM-IV	18+	6.0			4.0		
Lübnan	Karam ve ark., 2006, 2008	2857	CIDI 3.0	DSM-IV	18+	1.9	1.7	2.1	1.1		
Meksika	Medina-Mora ve ark., 2005	2392	WMH-CIDI	DSM-IV	18-65				1.7		
Nijerya	Gureje ve ark., 2006	4984	WMH-CIDI	DSM-IV	18+	0.3			0.3		
Norveç	Kringlen ve ark., 2001	2066	CIDI 1.1	DSM-III-R	18-65	13.7	9.3	17.2	7.9	4.5	11.1
Polonya	Kiejna ve ark., 2015	10081	CIDI 3.0	DSM-IV	18-64	1.4	1.2	1.6			
Suudi Arabistan	Altwaijri ve ark., 2020a, 2020b	4004	CIDI 3.0	DSM-IV	15-65	5.6	4.3	7	4.2		
Şili	Vicente ve ark., 2006	2978	CIDI	DSM-III-R	15+	10.2	7.2	12.8	6.4	2.5	9.7
Ukrayna	Bromet ve ark., 2005	4725	WMH-CIDI	DSM-IV	18+	2.57	1.91	3.12	1.53	1.17	1.81
Yeni Zelanda	Oakley Browne ve ark., 2006; Wells ve ark., 2006	12292	CIDI 3.0	DSM-IV	16+	9.4	8.7	10.1	5.1	4.5	5.6

Not. CIDI = Composite International Diagnostic Interview/Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi ve Diğer Versiyonları (WMH-CIDI, CIDI 1.1, CIDI 2.1, CIDI 3.0), SPIKE = Structured Psychopathological Interview and Rating of the Social Consequences of Psychic Disturbances for Epidemiology, FPI = Florence Psychiatric Interview, ^aBoylamsal çalışma, ^bYaş aralığı bildirilmemiştir

patolojik Görüşme) ve FPI (Florence Psychiatric Interview; Floransa Psikiyatri Görüşmesi) kullanılmıştır. Araştırmaların neredeyse hepsi kesitsel görülme sıklığı çalışmalarıdır; sadece üçü sıklık örüntüleri hakkında bilgi veren boylamsal çalışmalardır (Angst ve ark., 2005, 2015; Merikangas ve ark., 2002).

Çalışmalarda kapsanan tanı yelpazesinde dikkate değer farklılıklar söz konusudur. Altı çalışma tanısallık kapsamını (Faravelli ve ark., 2000; Fehm ve ark., 2008; Mackenzie ve Fowler, 2013; Merikangas ve ark., 2002; Vorcaro ve ark., 2004) yalnızca SKB ile, iki çalışma ise (McEvoy ve ark., 2011; McLean ve ark., 2011) kaygı bozukluklarıyla sınırlandırmıştır. Diğer ruhsal bozukluklar özelinde tanısallık dışlama yetenekleri sınırlı olan bu çalışmalar, kısıtlı bir tanı aralığına sahip oldukları için bulgularının dikkatle ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Bunların dışında geriye kalan çalışmaların çoğu birçok bozukluğu kapsamaktadır. SKB'nin yanında en çok çalışılan bozukluklar majör depresif bozukluk ve diğer kaygı bozukluğu türleridir (özgül fobi ve genellenmiş kaygı bozukluğu gibi). En az çalışılan bozukluklar ise somatoform, bipolar ve psikotik bozukluklardır.

Birçok ülkedeki toplum anketlerinin birleşiminden oluşan çalışmaların verilerini birleştirdiğimizde, bu çalışmada sosyal kaygının yaşam boyu görülme sıklığı %5.6 ve 12 ay görülme sıklığı %2.6 olarak hesaplanmıştır. Veriler birleştirilirken çapraz tablolama (cross-tabulations) tekniği kullanılmıştır. Hesaplamaların son aşamasında görülme sıklığı oranlarının belirlendiği formül aşağıdaki gibidir:

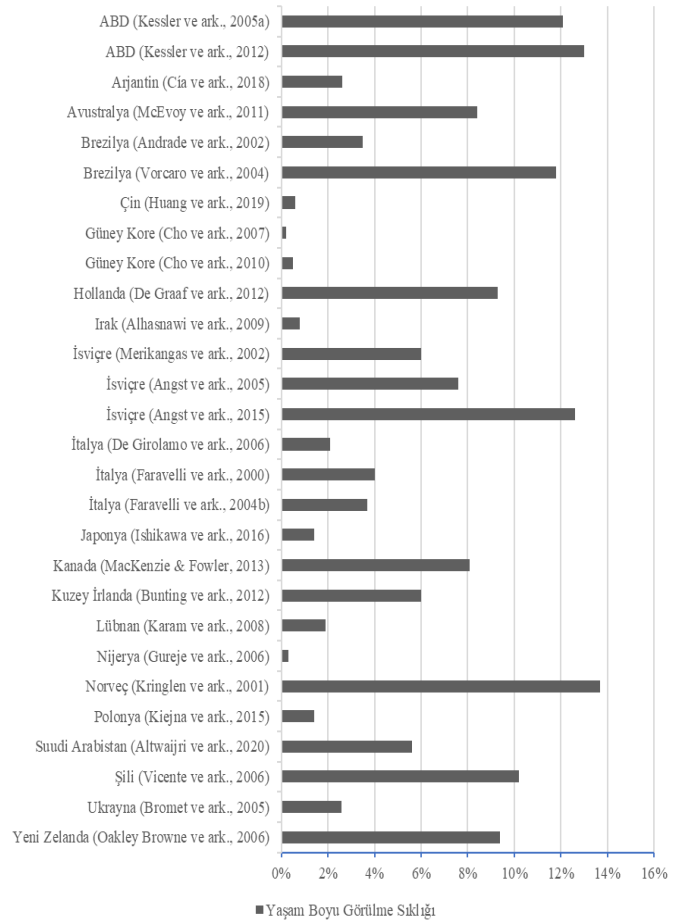
$$\text{Görülme Sıklığı Oranı} = \frac{\text{Karakteristik özelliklere sahip kişi sayısı (\#)}}{\text{Örnelemdaki toplam kişi sayısı (\#)}}$$

Tanı ölçütlerine göre ayrı bir şekilde değerlendirildiğinde, DSM-IV ve DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre SKB'nin yaşam boyu en yaygın görüldüğü ülke %13 görülme oranıyla ABD'dir (Kessler ve ark., 2012), en az görüldüğü ülke ise %0.2 ile Güney Kore'dir (Cho ve ark., 2007). Diğer taraftan, 12 ay görülme sıklığı en fazla %7.4 ile ABD'de belirlenirken (Kessler ve ark., 2012), en az görülme oranı %0.2 ile Çin (Shen ve ark., 2006) ve Güney Kore'dir (Cho ve ark., 2007). Yaşam boyu görülme sıklığının DSM-III-R ölçütlerine göre belirlendiği çalışmalara bakıldığında, SKB, %13.7 ile en fazla Norveç'te görülürken, en az %6 ile İsviçre'de görülmektedir (Merikangas ve ark., 2002). Bu oranlar 12 ay görülme sıklığı için, Norveç (Kringlen ve ark., 2001) ve Brezilya'da (Vorcaro ve ark., 2004) %7.9, Şili'de %6.4'tür (Vicente ve ark., 2006).

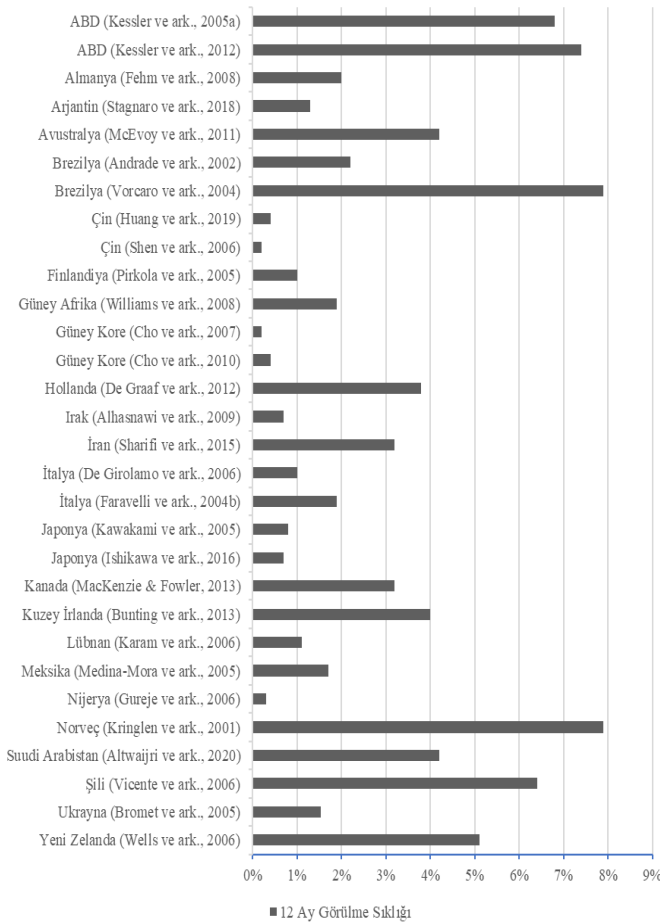
Kıta/bölge özelinde bakıldığında, Amerika kıtasında SKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı oranlarının DSM-IV ve DSM-IV-TR ölçütleri temel alınarak Arjantin'de %2.6 (Cía ve ark., 2018) ile ABD'de %13.0 (Kessler ve ark., 2012) arasında değiştiği görülmekte-

dir. Bu oranlar, 12 ay görülme sıklığı için Arjantin'de %1.3 (Stagnaro ve ark., 2018) ile ABD'de %8.0 (Kessler ve ark., 2012) arasında değişmektedir. Görülme sıklığı oranlarının aralığı, yine DSM-IV özelinde Avrupa ülkelerinde nispeten daha az olsa da Amerika kıtasına benzer düzeydedir. Avrupa'da SKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı Polonya'da %1.4 (Kiejna ve ark., 2015) ile İsviçre'de %12.6 (Angst ve ark., 2015) arasındadır. Diğer taraftan, Avrupa'da 12 ay görülme sıklığının İtalya ve Finlandiya'da %1.0 (De Girolamo ve ark., 2006; Pirkola ve ark., 2005) ile Kuzey İrlanda'da %4.0 (Bunting ve ark., 2013) arasında olduğu tespit edilmiştir.

Afrika'da çok fazla çalışma mevcut olmasa da yapılan çalışmalar SKB'nin görülme sıklığının Amerika ve Avrupa ülkelerine göre oldukça az düzeyde olduğunu göstermektedir. Nijerya'da yaşam boyu ve 12 ay görülme sıklığı %0.3 olarak bildirilmiştir (Gureje ve ark., 2006). Yine, Güney Afrika'da 12 ay görülme sıklığı %1.9'dur (Williams ve ark., 2008). Orta Doğu'da yaşam boyu görülme sıklığı Irak'ta %0.8 (Alhasnawi ve ark., 2009) ile Suudi Arabistan'da %5.6 (Altwajiri ve ark., 2020b) arasındadır; 12 ay görülme sıklığı ise Irak'ta %0.7 (Alhasnawi ve ark., 2009) ile İran'da %3.2 (Sharifi ve ark., 2015) arasındadır. Yaşam boyu görülme sıklıklarının ülkelere göre dağılımı Şekil 1'de



Şekil 1. SKB'nin Dünya Geneline 2001 Yılından İtibaren Yayınlanmış Çalışmalara Göre Yaşam Boyu Görülme Sıklığı Dağılım Grafiği



Şekil 2. SKB'nin Dünya Geneline 2001 Yılından İtibaren Yayınlanmış Çalışmalara Göre 12 Ay Görülme Sıklığı Dağılım Grafiği

ve 12 ay görülme sıklıklarının ülkelere göre dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir.

En düşük görülme sıklığı oranlarının Asya ülkelerinde olduğu gözlenmiştir. Bu ülkelerde yaşam boyu görülme sıklığı Güney Kore'de %0.2 (Cho ve ark., 2007) ile Japonya'da %1.4 (Ishikawa ve ark., 2016) arasında değişmektedir; 12 ay görülme sıklığı oranları da Güney Kore'de %0.2 (Cho ve ark., 2007) ile Japonya'da %0.8 (Kawakami ve ark., 2005) arasında değişmektedir. Diğer taraftan, Okyanusya'daki görülme sıklığı oranları görece daha yüksektir. Avustralya'da (McEvoy ve ark., 2011) yaşam boyu görülme sıklığı %8.4 iken, bu oranın 12 ay için %4.2 olduğu görülmektedir. Başka bir Okyanusya ülkesi Yeni Zelanda'da bu oranlar yaşam boyu için %9.4 ve 12 ay için %5.1'dir (Oakley Browne ve ark., 2006; Wells ve ark., 2006).

Başlangıç Yaşı, Seyir ve Tedavi Arayışı

SKB, yaşamın erken evrelerinde başlama eğilimindedir. Önemli miktarda epidemiyolojik bulgu, SKB'nin erken başlangıç yaşı ile karakterize olduğunu düşünmemiz için güçlü bir kanıt sağlamaktadır. Bu durum çoğu çalışma boyunca stabil olmakla birlikte, başlangıç yaşının 11.4 ile 17 arasında olduğu bildirilmiştir (örn., Dalrymple ve Zimmerman, 2011a; Faravelli ve

ark., 2000; Kessler ve ark., 2005a, 2012; McEvoy ve ark., 2011; McLean ve ark., 2011; Merikangas ve ark., 2002; Oakley Browne ve ark., 2006). Özellikle, Oakley Browne ve arkadaşları (2006), SKB'nin medyan başlangıç yaşını 12 olarak bildirirken, hastaların dörtte üçünün 16 yaşından önce bozukluğu geliştirmekte olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca, Avrupa-Amerikalı erkeklerde başlangıç yaşı 11.4 ve Afrika-Amerikalı kadınlarda başlangıç yaşı 13.8 olarak bildirilmiştir (McLean ve ark., 2011). Bazı çalışmalarda en erken görülen kaygı bozukluğu olduğu da rapor edilmiştir (McEvoy ve ark., 2011).

SKB psikoterapi (örn., bilişsel davranışçı terapi) veya SSRI'lar ile etkili bir şekilde tedavi edilebilmektedir (Mayo-Wilson ve ark., 2014). Bununla birlikte bozukluğa sahip bireyler uzun yıllar boyunca teşhis edilmeden veya tedavi görmeden kalabilmektedir. SKB'li bireylerin bozukluğun başladığı yıllarda oldukça düşük oranlarda (%13.5) tedavi aradıkları görülmektedir; dahası, 50 yıl sonra bu oran nispeten (%67.8) artmaktadır (Bunting ve ark., 2012). Birçok hastanın tedavi için bir uzmana yönlendirilmesi yıllar sürebilmektedir. Tedavi arayışının gecikme süresi ortalama 18 yıldır (Bunting ve ark., 2012). Başka bir çalışmada, eşanlı bozukluklar seyreden SKB vakalarının çoğunun (%74.5) tedavi arama arzularının olduğu da belirtilmektedir (Dalrymple ve Zimmerman, 2011b). İleriye yönelik yapılan çalışmalar bozukluğun kronik hale gelebildiğini, başka bir ifadeyle on yıllarca sürebileceğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmaya göre bozukluğun ortalama devam etme süresi 25 yıldır (Dalrymple ve Zimmerman, 2011b). Diğer taraftan, SKB'nin yaş ilerledikçe görülme sıklığının azaldığı bildirilmiştir. Örneğin, Polonya'da (Keijna ve ark., 2015) erkeklerde %1.9 ile en fazla en genç grupta tespit edilirken, %0.6 ile en az 50 yaş üstü grupta gözlenmiştir. Arjantin'de de SKB'nin yaş aralıklarına göre görülme sıklıkları incelenmiştir. Buna göre, 18-34 yaş aralığında %3.1, 35-49 yaş aralığında %3.7, 50-64 yaş aralığında %1.8 ve 65 yaş ve üzerinde %0.5 oranında görülmektedir (Cía ve ark., 2018). Suudi Arabistan'da 15-24 yaş aralığında %8, 25-34 yaş aralığında %5.7, 35-49 yaş aralığında %4.7 ve 50 yaş ve üzerinde %1.3 görülme oranları da SKB'nin yaş ilerledikçe görülme sıklığının azaldığına destek sağlayan bulgular sunmaktadır (Altwajri ve ark., 2020b). Buna karşın, son zamanlarda Çin'de yapılan bir çalışmada (Huang ve ark., 2019), görülme sıklığı 18-34 yaş aralığındaki grupta % 0.3 iken, 50-64 yaş aralığındaki grupta % 0.5 olarak bulunmuştur. Diğer taraftan, depresyonu olan ergenlerde eş zamanlı olarak görülen sosyal kaygının varlığı, bozukluğun daha kötü huylu bir seyriyle ilişkilidir (Stein ve ark., 2001).

Eşanlı, Bozulma ve Sosyal Korkular

SKB genellikle başka bir bozukluğun varlığıyla devam eden, eşanlı seyreden bir bozukluktur. Başka bir deyişle, SKB'de eşanlı başka bir bozukluğun görül-

mesi nadir rastlanan bir durum değildir. SKB tanısı alan bireylerin yaşam boyu eşanı oranı %92 (Faravelli ve ark., 2000) olarak bildirilmiştir. Yine başka bir çalışmada, SKB tanısı alan bireylerin büyük çoğunluğu (%87.8) 12 ay içinde en az 1 başka bozukluk tanısı almıştır; özellikle, SKB ile birlikte en sık görülen bozukluklar olarak majör depresif bozukluk, distimi, panik bozukluk ve özgül fobi ön plana çıkmaktadır (Fehm ve ark., 2008). Başka bir çalışmada, sırasıyla en fazla agorafobi, özgül fobi, distimi, panik bozukluk, genellenmiş kaygı bozukluğu ile eşanlı olduğu bulunmuştur (Merikangas ve ark., 2002).

SKB'li bireylerin neredeyse %40'ı eşanlı majör depresyon bildirmektedir; özellikle, kadınların majör depresyon eşansı alma olasılığı erkeklerle göre daha fazla bulunmuştur (Mackenzie ve Fowler, 2013). Genel olarak, SKB tanısı alan vakaların izlendikleri süre boyunca aynı zamanda depresif bir bozukluğun (%50.2) olduğu belirtilmektedir (Beesdo ve ark., 2007). Vakaların çoğunda SKB'nin başlangıç yaşı majör depresif bozukluktan önce (%72.6) gelmektedir (Dalrymple ve Zimmerman, 2011a). Yapılan başka bir çalışmada, ilginç bir şekilde, SKB tanılarının tamamı (%100) majör depresyonun başlangıcından önce meydana gelmiştir (Chavira ve ark., 2004). Boylamsal bir çalışmada, eşanlı genellenmiş kaygı bozukluğunun, SKB sonrası iyileşme olasılığını azalttığı ve nüksetme olasılığını artırdığı tespit edilmiştir (Bruce ve ark., 2005). SKB olan bireylerin başka bir kaygı bozukluğunun da yaşam boyu tanı ölçütlerini sağlaması oldukça olasıdır; buna kıyasla duygudurum ve madde kullanım bozukluklarının yaşam boyu ölçütlerini karşılamaları daha az olasıyken, dürtü kontrol bozukluklarının yaşam boyu tanı ölçütlerini karşılamaları en az olasıdır (Stein ve ark., 2017).

İlgili alanyazındaki araştırmalar doğrultusunda, SKB'nin alkol veya madde kullanım bozukluklarıyla yüksek oranda eşanlı olduğu ve SKB'nin alkol ve madde bağımlılığı başlangıcı için önemli bir risk faktörü olabileceği belirtilmektedir. Örneğin, bir çalışmada Buckner ve arkadaşları (2008), ilgili koşullar kontrol edildikten sonra, SKB'nin alkol bağımlılığıyla ilişkili olduğunu, dahası SKB'nin daha şiddetli alkol kullanım bozukluğuyla bağlantılı olduğunu ve bu bağlantının diğer patolojiler tarafından daha iyi açıklanmadığını göstermişlerdir. Dahası, aynı çalışmadan elde edilen bulgulara göre, SKB'ye alkol bağımlılığının eklenmesinin, alkol bağımlılığının olmadığı SKB'ye göre çeşitli alanlarda (örneğin, sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanma oranları, diğer psikiyatrik teşhisler, sağlık sorunları ve daha fazla kişilerarası stres) daha fazla bozulmaya yol açtığı gözlenmiştir. Ayrıca, ABD'de alkol ve ilgili durumlar üzerine yapılan Ulusal Epidemiyolojik Araştırma'da (National Epidemiological Survey) genel popülasyonda alkol kullanım bozukluğu ve SKB'nin birlikte görülme oranı %2.4 olarak bulunmuştur (Schneier ve ark., 2010). Özellikle, eşanlı vakaların %79.7'sinde SKB,

alkol kullanım bozukluğundan önce gelmektedir ve bu çalışmada da SKB'nin daha şiddetli alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

SKB tanısı alan bireylerin ortalama korku duydukları durumların sayısı 7.0 olup, çoğunlukla performans durumlarında kaygı duydukları bildirilmektedir (Grant ve ark., 2005). Başlangıç yaşı çocukluk dönemi olan vakalarda, ortalama sosyal korkuların sayısı 5.88 olarak bildirilmiştir (Dalrymple ve Zimmerman, 2011a). Dahası, esas olarak SKB için tedavi arayan hastalarda ortalama 6.58 sosyal korku durumu vardır (Dalrymple ve Zimmerman, 2011b). En sık bildirilen korkular sırasıyla, topluluk önünde konuşmak (%89.4), başkalarının bulunduğu bir odaya girmek (%63.1) ve yabancılarla buluşmaktır (%47.3); ayrıca, vakaların %86.9'unun birden fazla korku şikâyeti bulunmaktadır (Faravelli ve ark., 2000).

Cinsiyet Farklılıkları ve Sosyodemografik Faktörler

Cinsiyet farklılıklarının bildirildiği önceki çalışmalarla tutarlı bir şekilde, birçok çalışmada, kadınlarda SKB'nin görülme sıklığı ve insidansı erkeklerle göre daha fazladır (Altwaijri ve ark., 2020b; Angst ve ark., 2005, 2015; Faravelli ve ark., 2000; Fehm ve ark., 2008; Kessler ve ark., 2012; Kringlen ve ark., 2001; McLean ve ark., 2011; Merikangas ve ark., 2002; Sharifi ve ark., 2015; Vorcaro ve ark., 2004; Wittchen ve ark., 2011). Bununla birlikte, cinsiyet oranlarının nispeten benzer düzeyde olduğunu bildirildiği çalışmaların yanı sıra (Pirkola ve ark., 2005), erkeklerde daha fazla görüldüğünün bildirildiği (Keijna ve ark., 2015) çalışmalar da mevcuttur. Kadınlarda görülme oranları erkeklerle göre fazla olsa da farklılıkların büyüklüğü değişmektedir ve çalışmalarda en sık bildirilen oranlar 1.2 kat ile 2.1 kat arasındadır.

Bazı faktörler SKB riskini artırırken, bazıları bu riski azaltmaktadır. Hispanik olmayan siyahlar ve Hispanikler, bozukluk için Hispanik olmayan beyazlardan daha düşük bir risk altındadır (Kessler ve ark., 2005a). Yerli Amerikalı olmak, genç olmak ya da düşük gelir sahibi olmak riski artırırken, erkek olmak, Asyalı, İspanyol ya da siyah ırk/etnik kökenden olmak ya da kentsel ya da daha kalabalık bölgelerde yaşamak riski azaltmaktadır (Grant ve ark., 2005). Yine, Beyaz Amerikalıların, Afrika-Amerikalılara, Hispanik-Amerikalılara ve Asya-Amerikalılara göre SKB tanısı almalarının daha olası olduğu belirlenmiştir (Asnaani ve ark., 2010).

SKB kötü seyreden ruhsal sağlık durumu, yaşam doyumu (sosyal ilişkiler, iş durumu, aile ve finans durumu gibi), çeşitli alanlarda azalmış yaşam kalitesi ve daha fazla oranda sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilişkili bulunmuştur (Fehm ve ark., 2008; Mackenzie ve Fowler, 2013; Vorcaro ve ark., 2004). Bozukluğun şiddet düzeyi ile iş hayatındaki bozulmalar, sosyal bozulmalar, tedavi oranı, ilaç kullanımı ve bireysel sınırlılık ilişkilidir (Merikangas ve ark., 2002). Ayrıca,

SKB'li bireyler ruhsal sağlıklarını toplam örneklemdeki bireylerden önemli ölçüde daha kötü olarak değerlendirmekte ve yaşamlarını daha stresli algılamak-tadırlar (Mackenzie ve Fowler, 2013).

Türkiye'den bu derleme çalışmasının ölçütlerini karşılayan, dâhil edilebilecek bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buradaki ölçütlere göre, SKB epidemiyolojisinin genel yetişkin Türk toplumunda incelendiği bir çalışma olmamakla birlikte, Gültekin ve Dereboy (2011) çalışmalarında, Türk üniversite öğrencilerinde SKB'nin yaygınlığını ve SKB'nin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Buna göre, çalışmaya katılan 700 üniversite öğrencisinde, SKB'nin 12 aylık görülme sıklığı %20.9 ve yaşam boyu görülme sıklığı ise %21.7 olarak bulunmuştur. Uluslararası alanyazındaki görülme sıklığı oranlarıyla karşılaştırıldığında, Türkiye'de üniversitesi öğrencilerinde SKB'nin görülme sıklığını gösteren bu değerlerin şişirilmiş (inflated) bulguları yansıtmadığına karar vermek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Cinsiyet açısından, uluslararası alanyazınla tutarlı olarak, SKB kadınlarda, erkekler için 1.7 kat daha fazla görülmektedir. Yaşam kalitesi açısından, yine uluslararası alanyazınla tutarlı olarak, SKB olan öğrencilerde, SKB olmayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşük düzeyde yaşam kalitesi saptanmıştır. Buna karşın, uluslararası alanyazından farklı olarak, SKB olan öğrenciler ile olmayan öğrenciler arasında akademik başarı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar görülmemiştir.

TARTIŞMA

Genel popülasyon üzerinde yürütülen 43 toplum araştırmasından (N = 256291 katılımcı) elde edilen veriler, SKB'nin uluslararası ölçekte görülme sıklığının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada dünyanın çeşitli ülkelerinde yürütülen toplum araştırmalarından elde edilen verilerle hesaplanan SKB'nin dünya genelinde yaşam boyu görülme sıklığı %5.6 ve 12 aylık görülme sıklığı %2.6 olarak bulunmuştur. Ayrıca, ülkeler arasında görülme sıklığı açısından önemli ölçüde heterojenlik örüntüleri de söz konusudur. Heterojenlikle, çalışılan ülke, tedaviye cevap verme oranı ve çalışılan örneklemin boyutu da dâhil olmak üzere birçok faktör ilişkilidir (Somers ve ark., 2006). Araştırmalar, aynı zamanda, SKB'nin belirgin eşanlı psikopatoloji ile karakterize olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan, bozukluğun tedavi edilmediğinde uzun yıllar sürebildiği ve hastaların bundan yakındığı görülmektedir. Ancak bu, bozukluğun hayatın geri kalanında kalıcı olarak sürdüğü anlamına gelmemektedir. SKB, genellikle ergenlik döneminde başlayıp orta yaşlarda zirveye ulaşmaktadır, daha sonra birey yaşlandıkça tekrar azalma eğilimi göstermektedir. Başlangıç yaşının erken olması, çocuklara ve ergenlere yönelik önleme, tespit ve müdahalenin zamanında sağlanmasına ve aynı zamanda bunları sağlayabilecek

alandaki yeterli sayıda yetişmiş profesyonellere ihtiyaç olduğunun altını çizmektedir. Bununla birlikte, çocuk ve ergen ruh sağlığı politika ve programları, bilgi sistemleri ve çocuklara ve ergenlere ruh sağlığı hizmeti sunmak üzere yetişmiş profesyonel insan sayısı çoğu ülkede yetersizdir (Cía ve ark., 2018).

Çalışmalarda SKB için bildirilen yaşam boyu görülme sıklığı son derece değişkendir. Bu oran DSM-IV ölçütlerine göre Güney Kore'de %0.2'den (Cho ve ark., 2007), DSM-III-R ölçütlerine göre Norveç'te %13.7'ye (Kringlen ve ark., 2001) kadar değişmektedir. Her ne kadar, bu örnekteki farklı ülkelerdeki değişen görülme sıklığı oranları gerçek kültürel farklılıklara atfedilebilecek olsa da aynı coğrafyada ve kültürde, dahası aynı ülkelerde de değişen görülme sıklığı oranları bildirilmiştir. Örneğin, Brezilya'da yakın zaman dilimlerinde yapılan iki farklı çalışmanın birinde SKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı %3.5 olarak bildirilirken (Andrade ve ark., 2002), diğer çalışmada (Vorcara ve ark., 2004) bu oran %11.8 olarak bildirilmiştir ve bu fark kayda değer oranda yüksek görünmektedir. Benzer şekilde, İtalya'da %2.1 (De Girolamo ve ark., 2006) ve Hollanda'da %9.3 (De Graaf ve ark., 2012) yaşam boyu görülme oranları bozukluğun görülme sıklığının ne kadar değişken olduğuna başka bir kanıttır. Genel anlamda ilk akla gelen bu değişkenliklerin kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği olsa da değişkenliği tamamen buna indirgemek yanlış bir kanıya neden olabilir. Çalışmaların geneli düşünüldüğünde, kullanılan desen, tanı ölçüt ve ölçüm araçları da değişkenlik gösterdiği için öncelikle görülme sıklığındaki değişkenliklerin ne kadarının yöntemsel farklılıklardan kaynaklandığından emin olmak gerekebilir. Özellikle, SKB'nin ayrı bir tanı kategorisi olarak ilk defa ele alındığı DSM-III'ten sonra tanı ölçütleri derinlemesine gözden geçirilmiştir. Yine de DSM-III-R ile DSM-IV tanımları arasında sadece küçük farklılıklar bulunmaktadır. Bununla birlikte, DSM-IV değerlendirme araçları, daha kapsamlı tetikleme durumlarının yanı sıra bozulma durumlarını da değerlendirebilecek şekilde revize edilmiştir. Tanı ölçütleriyle birlikte daha kapsamlı hale gelen ve güncellenen ölçüm araçlarının, aynı bölge hatta aynı ülkelerdeki yapılan çalışmalarda görülme sıklığı farklılıklarına neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Aynı zamanda, ülkeler arasında bu kadar değişen oranlardaki görülme sıklığı, bozukluğun gelişiminde ve sürdürülmesinde biyolojik faktörlerden ziyade sosyal faktörlerin daha fazla etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bunun düşünülmesinde etkili olan nedenlerden biri, etiyolojisinde biyolojik nedensel faktörlerin önemli bir yer tuttuğu bilinen iki uçlu (bipolar) bozukluk yelpazesi hakkındaki epidemiyolojik verilerdir. İki uçlu bozukluk yelpazesinde ülkeler arası farklar olmasına rağmen, görülme sıklığının, şiddetinin, etkisinin ve eş-tanı örüntüsünün uluslararası düzeyde dikkate değer ölçüde benzer olduğu ve çok fazla değişkenlik göstermediği görülmektedir (Merikangas ve ark., 2011). Daha önce ele alınan taijin kyofusho kavramında ol-

duğu gibi, sosyal kaygı, farklı kültürlerde, farklı biçimlerde kendini gösteriyor olabilir. Dolayısıyla, SKB hakkındaki bilgilerimizin çoğunun Batılı toplumlardan geldiğini düşündüğümüzde ve epidemiyoloji çalışmalarında kullanılan tanı ölçütlerinin ve araçlarının bu bilgilere göre şekillendirildiğini göz önünde bulundurduğumuzda, SKB'nin neden ABD'de ve Avrupa'da daha yaygın görülürken, Uzak Doğuda ve Afrika'da daha az yaygın olduğu daha anlaşılabilir bir yerde durmaktadır.

Görülme sıklığının özellikle Asya ve Afrika ülkelerinde en az olduğu belirlenmiştir. Yüksek gelir düzeyine sahip, gelişmiş ülkelerde ve özellikle Kuzey Amerika ve Okyanusya bölgelerinde görülme sıklığı yüksektir. Ayrıca, SKB ile ilişkili bazı ortak sosyodemografik özellikler dikkat çekmektedir. Bunlar, genç olmak, kadın olmak, düşük gelir düzeyi, evlenmemiş olmak, düşük düzeyde eğitim ve sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanmaktır. Özellikle, çalışmalar arasında tutarlı bir şekilde neredeyse her zaman kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Yaşam kalitesinde önemli düzeyde azalışa neden olan SKB, ısrarcı bir bozukluk gibi görünmektedir. Ayrıca, bozukluğun bu ısrarcı ve uzun yıllar devam etme eğilimi yönündeki görüş boylamsal çalışmalarla da desteklenmektedir (Angst ve ark., 2005, 2015; Merikangas ve ark., 2002).

Değerlendirilen çalışmalar arasında yöntemsel farklılıklar söz konusudur. Özellikle daha zayıf metodolojilere sahip olan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda bu durum, bu çalışmaların toplamından elde edilen yaygınlık tahminlerinin şişirilmiş (inflated) olmasına neden olabilir. Bu nedenle, bu sınırlılık çalışmadan elde edilen bulguları değerlendirmede önemlidir. Diğer taraftan, düşük oranlardaki ve değişken miktarlardaki yanıt oranları (response rate) çalışmalardaki başka bir sınırlılık olarak ön plana çıkmaktadır. Yanıt oranı, kısaca araştırmaya katılanların sayısının, araştırmaya katılmaları istenen toplam katılımcı sayısına oranıdır. Burada incelenen çalışmaların yanıt oranları %50.4 (Keijna ve ark., 2015) ile %95.2 (Al-sahnawi ve ark., 2009) arasında değişmektedir. Bu sınırlılık çalışmaların örneklem özellikleri ve temsili konusunda önemli bir sorun olarak görünmektedir. Yanıt oranları tek başına görülme sıklığıyla ilişkili görünmese de SKB şiddet düzeyi yüksek olan kişilerin çalışmalara katılmamış olması mümkündür. Yine, bazı çalışmalar metropollerde yürütülürken, bazıları kırsallarda ve bazıları da toplumu temsil ettiği düşünülen örneklemlemlerle yürütülmüştür. Örneklemlemlerdeki bu farklılıklar da görülme sıklığı tahminlerini etkileyebilir. Uluslararası perspektiften bakıldığında, SKB alanında insidans çalışmalarının eksik olması önemli diğer bir sınırlılıktır. Bazı boylamsal çalışmalar mevcut olsa da (Angst ve ark., 2005, 2015; Merikangas ve ark., 2002), bu çalışmaların eksikliği bozukluğun başlangıcı için yaşa bağlı en yüksek riske sahip dönemler hakkında kesin sonuçlar çıkarma derecesini sınırlayacaktır.

Aynı zamanda, yaşam süresi boyunca yapılacak diğer tüm tahminleri de kısıtlayacaktır. Bu nedenle daha fazla insidans çalışmasının yapılmasının acil ve gerekli olduğu düşünülmektedir.

Tüm bunların yanında, SKB başka psikopatolojileri geliştirmek için de yüksek risk oluşturmaktadır. Daha önce, genellikle SKB'nin diğer kaygı bozukluklarını takip etmesinin olası olduğu gösterilmiştir (Maggie ve ark., 1996). Bunun olası nedenlerinden biri, tüm kaygı bozuklukları arasında en erken başlangıç yaşına sahip olan özgül fobinin (örn., 7 yaş; Kessler ve ark., 2005a), vakaların çoğunda SKB'den (örn., 13 yaş; Kessler ve ark., 2005a) yıllar önce başlamış olması olabilir. Diğer taraftan, eşanlı vakalarda SKB'nin depresyondan önce başladığı görülmektedir (Chavira ve ark., 2004; Dalrymple ve Zimmerman, 2011a). Özellikle, SKB'nin sonradan ortaya çıkan depresyon için önemli ve sürekli artan bir riskle ilişkili bir bozukluk olduğu da düşünülmektedir. Özellikle, vakaların kayda değer bir kısmında SKB ile majör depresif bozukluğun birlikte görülme sıklığı düşünüldüğünde, vakalarda sadece SKB ya da majör depresif bozukluk aramak yerine, klinisyenler her iki durumun bir arada görülme ihtimalini değerlendirmelidir. Ayrıca, SKB vakalarında erken teşhis ve müdahalelerin sağlanmasının, ikincil komplikasyonların önüne geçilmesini sağlayacağı da düşünülmektedir.

Bu kadar yaygın görülmesiyle birlikte, SKB diğer kaygı bozuklukları türleri gibi nadiren tedavi edilmektedir. Bozukluğun birçok bireyde kronik hale gelebildiği bilinirken, kişi uzun yıllar tedavi aramadan kalmaktadır. Bunun olası nedenlerinden biri, bireyin kendisi ve çevresi tarafından bulunduğu duruma "utanççılık" gibi alternatif, bozukluğun doğasını ve ciddiyetini yansıtmayan açıklamaların getirilmesi olabilir. Ayrıca, tedavi edilmeden kaldığında bozukluk, bireyin sosyal ve romantik ilişkilerinde, mesleki yaşamında, aile yaşamında ve finansal durumunda ciddi bozulmalara yol açmakta ve hastalıkla ilişkili yükü artırmaktadır. Diğer taraftan, SKB'nin BDT ve SSRI'lar ile başarılı bir şekilde tedavi edilebildiği görülmektedir (Mayo-Wilson ve ark., 2014). Bununla birlikte, sadece sınırlı sayıda tedavi seçeneğinin kanıta dayalı olarak tutarlı olduğu düşünüldüğünde, bireylerin önemli bir kısmının tedavi arayışına girmedikleri dikkate alındığında bireyleri yardım arama davranışına yönlendirecek yeni tedavi alternatiflerinin geliştirilmesinin önemli olduğu açıktır. Diğer taraftan, erken yaşlarda başlayan SKB'nin tespit edilemediğinde 50 yaşına ve sonrasında kadar devam ettiği düşünüldüğünde (Altwaijri ve ark., 2020b; Cía ve ark., 2018; Keijna ve ark., 2015), tedavi arama davranışını artıracak müdahalelere olan ihtiyaç daha da belirgin hale gelmektedir. Tedavi edilmeden kaldığında, SKB bu bireyler için uzun yıllar boyunca akademik (örneğin, derslerde başarısızlık), mesleki (örneğin, bir işe girmekte zorluk yaşamak), sosyal (örneğin, arkadaş edinmekte veya romantik partner bulmakta zorluk) ve ruhsal (örneğin,

SKB'nin yanında majör depresif bozukluğun veya madde kullanım bozukluklarının gelişmesi) alanlarda dezavantaj oluşturmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, burada incelenen dünya genelindeki çalışmalardan elde edilen veriler SKB epidemiyolojisinin güncel durumunu kapsamlı bir şekilde sunmaktadır. Ülkeler arasında görülme sıklığı oranlarının önemli düzeyde değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Diğer taraftan, veriler SKB'nin geç çocukluk ve erken ergenlik dönemiyle birlikte erken başlangıç yaşıyla karakterize olduğunu göstermektedir. Erken başlangıç yaşına ek olarak, kadın olmak, düşük gelir düzeyi, evlenmemiş olmak, düşük düzeyde eğitim ve sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanmak SKB ile özellikle ilişkili görünen sosyodemografik faktörlerdir. Aynı zamanda, SKB, majör depresif bozukluk, süregiden depresif bozukluk (distimi), panik bozukluk, agorafobi, genellenmiş kaygı bozukluğu ve özgül fobi ile eşanlıdır. SKB tanısı alan bireylerin sosyal korkuları genellikle birden fazla olma eğilimindedir. Diğer taraftan, SKB depresyondan önce başlama eğilimindeyken, genellikle diğer kaygı bozukluklarını takip etmektedir. Sadece sınırlı sayıda tedavi kümesinin kanta dayalı olarak tutarlı sonuçlar sergilediği görülmektedir. Bu nedenle, gelecekte geliştirilecek tedavi, program ve hizmetlerin ihtiyaç duyulan alanları ve kitleyi belirleyebilmesi için SKB epidemiyolojisini açıklığa kavuşturacak, metodolojik açıdan güçlü daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bir diğer önemli noktaysa, SKB, tedavi arama davranışı düşük düzeylerde kaldığı için tedavi edilmeden kalmasıdır. Bu nedenle, SKB'ye yönelik farkındalığın artırılmasına ve gelecekte tedavi arama davranışını artıracak müdahalelere ihtiyaç bulunmaktadır. Son olarak, bu çalışmanın gerçekleştirildiği tarih itibarıyla, çalışmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılayan, genel yetişkin Türk toplum örnekleminde SKB epidemiyolojisine yönelik yapılan bir çalışma bulunamamıştır. Bu durum, ulusal ve uluslararası alanyazın için önemli bir boşluk oluşturmaktadır. Türkiye'de üniversite öğrencileri örnekleminde gerçekleştirilen çalışmadaki bulgulara bakıldığında, SKB Türkiye'de oldukça yaygın görülen bir bozukluk gibi görünmektedir. Bu nedenle, bu konunun aydınlığa kavuşturulması adına genel yetişkin Türk toplum örnekleminde, SKB epidemiyolojisine yönelik acilen daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

BEYANLAR

Etik İkelere Uygunluk Beyanı Etik Kurul onayı gerektiren bir çalışma değildir.

Çıkar Çatışması Beyanı Bu makalenin yazarları, yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

KAYNAKLAR

- Alhasnawi, S., Sadik, S., Rasheed, M., Baban, A., Al-Alak, M. M., Othman, A. Y., Othman, Y., Ismet, N., Shawani, O., Murthy, S., Aljadiry, M., Chatterji, S., Al-Gasseer, N., Streel, E., Naidoo, N., Mahomoud Ali, M., Gruber, M. J., Petukhova, M., Sampson, N. A., Kessler, R. C... (2009). The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry*, 8(2), 97-109.
- Altıwajri, Y. A., Al-Habeeb, A., Al-Subaie, A. S., Bilal, L., Al-Desouki, M., Shahab, M. K., Hyder, S., Sampson, N. A., King, A. J. ve Kessler, R. C. (2020a). Twelve-month prevalence and severity of mental disorders in the Saudi National Mental Health Survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 29(3), e1831.
- Altıwajri, Y. A., Al-Subaie, A. S., Al-Habeeb, A., Bilal, L., Al-Desouki, M., Aradati, M., King, A. J., Sampson, N. A. ve Kessler, R. C. (2020b). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the Saudi National Mental Health Survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 29(3), e1836.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth ed.) [text revision]. American Psychiatric Association.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V. ve Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 316-325.
- Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W. ve Merikangas, K. R. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich cohort study: A twenty year prospective study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 14(2), 68-76.
- Angst, J., Paksarian, D., Cui, L., Merikangas, K. R., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V. ve Rössler, W. (2015). The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: Results from the prospective Zurich cohort Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(1), 24-32.
- Arch, J. J., Twohig, M. P., Deacon, B. J., Landy, L. N. ve Bluett, E. J. (2015). The credibility of exposure therapy: Does the theoretical rationale matter?. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 81-92.
- Asnaani, A., Richey, J. A., Dimaite, R., Hinton, D. E. ve Hofmann, S. G. (2010). A cross-ethnic comparison of lifetime prevalence rates of anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(8), 551-555.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R. ve Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-912.
- Bromet, E. J., Gluzman, S. F., Paniotto, V. I., Webb, C. P. M., Tintle, N. L., Zakhosha, V., Havenaar, J. M., Gutkovich, Z., Kostyuchenko, S. ve Schwartz, J. E. (2005). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(9), 681-690.

- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., Shea, M. T. ve Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179-1187.
- Buckner, J. D., Timpano, K. R., Zvolensky, M. J., Sachs-Ericsson, N., & Schmidt, N. B. (2008). Implications of comorbid alcohol dependence among individuals with social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25(12), 1028-1037.
- Bujang, M. A., Sa'at, N. ve Bakar, T. M. I. T. A. (2017). Determination of minimum sample size requirement for multiple linear regression and analysis of covariance based on experimental and non-experimental studies. *Epidemiology, Biostatistics, and Public Health*, 14(3), 1-9.
- Bunting, B., Murphy, S., O'Neill, S. ve Ferry, F. (2013). Prevalence and treatment of 12-month DSM-IV disorders in the Northern Ireland study of health and stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 81-93.
- Bunting, B. P., Murphy, S. D., O'Neill, S. M. ve Ferry, F. R. (2012). Lifetime prevalence of mental health disorders and delay in treatment following initial onset: Evidence from the Northern Ireland Study of Health and Stress. *Psychological Medicine*, 42(8), 1727-1739.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K. ve Stein, M. T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 163-171.
- Cho, M. J., Chang, S. M., Lee, Y. M., Bae, A., Ahn, J. H., Son, J., Hong, J. P., Bae, J. N., Lee, D.-W., Cho, S.-J., Park, J.-I., Lee, J.-Y., Kim, J. Y., Jeon, H. J., Sohn, J. H. ve Kim, B.-S. (2010). Prevalence of DSM-IV major mental disorders among Korean adults: A 2006 National Epidemiologic Survey (KECA-R). *Asian Journal of Psychiatry*, 3(1), 26-30.
- Cho, M. J., Kim, J.-K., Jeon, H. J., Suh, T., Chung, I.-W., Hong, J. P., Bae, J.-N., Lee, D.-W., Park, J.-I., Cho, S.-J., Lee, C.-K. ve Hahm, B.-J. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 203-210.
- Cía, A. H., Stagnaro, J. C., Aguilar Gaxiola, S., Vommaro, H., Loera, G., Medina-Mora, M. E., Sustas, S., Benjet, C. ve Kessler, R. C. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(4), 341-350.
- Dalrymple, K. L. ve Zimmerman, M. (2011a). Age of onset of social anxiety disorder in depressed outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 131-137.
- Dalrymple, K. L. ve Zimmerman, M. (2011b). Treatment-seeking for social anxiety disorder in a general outpatient psychiatry setting. *Psychiatry Research*, 187(3), 375-381.
- De Girolamo, G., Polidori, G., Morosini, P., Scarpino, V., Reda, V., Serra, G., Mazzi, F., Alonso, J., Vilagut, G., Visonà, G., Falsirollo, F., Rossi, A. ve Warner, R. (2006). Prevalence of common mental disorders in Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 853-861.
- De Graaf, R., Ten Have, M., van Gool, C. ve van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 203-213.
- De Lijster, J. M., Dieleman, G. C., Utens, E. M., Dierckx, B., Wierenga, M., Verhulst, F. C. ve Legerstee, J. S. (2018). Social and academic functioning in adolescents with anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 230, 108-117.
- Faravelli, C., Abrardi, L., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Cosci, F., D'Adamo, D., Lo Iacono, B., Ravaldi, C., Scarpato, M. A., Truglia, E., Rossi Prodi, P. M. ve Rosi, S. (2004a). The Sesto Fiorentino study: Point and one-year prevalences of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(4), 226-234.
- Faravelli, C., Abrardi, L., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Cosci, F., D'Adamo, D., Lo Iacono, B., Ravaldi, C., Scarpato, M. A., Truglia, E. ve Rosi, S. (2004b). The Sesto Fiorentino Study: Background, methods and preliminary results. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(4), 216-225.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., Scarpato, A., Vigliaturo, D., Rosi, S., D'Adamo, D., Bartolozzi, D., Cecchi, C. ve Abrardi, L. (2000). Epidemiology of social phobia: A clinical approach. *European Psychiatry*, 15(1), 17-24.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F. ve Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 257-265.
- Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics*, 24(4), 723-751.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Blanco, C., Stinson, F. S., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Smith, S., Saha, T. D. ve Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(11), 1351-1361.
- Gureje, O., Lasebikan, V. O., Kola, L. ve Makanjuola, V. A. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *The British Journal of Psychiatry*, 188(5), 465-471.
- Gültekin, B. K., & Dereboy, İ. F. (2011). Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 150-158.
- Heimberg, R. G., Hofmann, S. G., Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Smits, J. A., Stein, M. B., Hinton, D. E. ve Craske, M. G. (2014). Social anxiety disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 31(6), 472-479.
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L. ve Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113.
- Huang, Y., Wang, Y., Wang, H., Liu, Z., Yu, X., Yan, J.,

- Yu, Y., Kou, C., Xu, X., Lu, J., Wang, Z., He, S., Xu, Y., He, Y., Li, T., Guo, W., Tian, H., Xu, G., Xu, X., . . . Wu, Y. (2019). Prevalence of mental disorders in China: A cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 211-224.
- Ishikawa, H., Kawakami, N., Kessler, R. C. ve World Mental Health Japan Survey Collaborators. (2016). Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: Results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(3), 217-229.
- Karam, E. G., Mneimneh, Z. N., Dimassi, H., Fayyad, J. A., Karam, A. N., Nasser, S. C., Chatterji S. ve Kessler, R. C. (2008). Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: First onset, treatment, and exposure to war. *PLoS Med*, 5(4), e61.
- Karam, E. G., Mneimneh, Z. N., Karam, A. N., Fayyad, J. A., Nasser, S. C., Chatterji, S. ve Kessler, R. C. ve(2006). Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: A national epidemiological survey. *The Lancet*, 367(9515), 1000-1006.
- Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, Y., Nakane, H., Iwata, N., Furukawa, T. A. ve Kikkawa, T. (2005). Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: Preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(4), 441-452.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. ve Walters, E. E. (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. ve Walters, E. E. (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. ve Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T., Moskalewicz, J., Wciórka, J., Stokwizewski, J., Rabczenko, D. ve Kessler, R. C. (2015). The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure – an EZOP Poland study. *Psychiatria Polska*, 49(1), 15-27.
- Kringlen, E., Torgersen, S. ve Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O. ve Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317-325.
- MacKenzie, M. B. ve Fowler, K. F. (2013). Social anxiety disorder in the Canadian population: Exploring gender differences in sociodemographic profile. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 427-434.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A. ve Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(2), 159-168.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E. ve Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 368-376.
- McEvoy, P. M., Grove, R. ve Slade, T. (2011). Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: Findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 957-967.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. ve Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E. ve Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773-1783.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H. ve Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biological Psychiatry*, 51(1), 81-91.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E. ve Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251.
- Oakley Browne, M. A., Elisabeth Wells, J., Scott, K. M., Mcgee, M. A. ve New Zealand Mental Health Survey Research Team. (2006). Lifetime prevalence and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(10), 865-874.
- Pelissolo, A., Abou Kassm, S. ve Delhay, L. (2019). Therapeutic strategies for social anxiety disorder: Where are we now?. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 19(12), 1179-1189.
- Pirkola, S. P., Isometsä, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., Koskinen, S., Aromaa, A. ve Lönnqvist, J. K. (2005). DSM-IV mood-, anxiety-and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(1), 1-10.
- Scaini, S., Belotti, R. ve Ogliari, A. (2014). Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: A meta-analytic approach to twin data. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(7), 650-656.
- Schneier, F. R., Foose, T. E., Hasin, D. S., Heimberg, R. G., Liu, S. M., Grant, B. F. ve Blanco, C. (2010). Social anxiety disorder and alcohol use disorder comorbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 40(6), 977-988.
- Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Hajebi, A., Motevalian, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M. ve Rahimi-Movaghar, A.

- (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine*, 18(2), 76-84.
- Shen, Y.-C., Zhang, M.-Y., Huang, Y.-Q., He, Y.-L., Liu, Z.-R., Cheng, H., Tsang, A., Lee, S. ve Kessler, R. C. (2006). Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychological Medicine*, 36(2), 257-267.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P. ve Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113.
- Spence, S. H., & Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 50-67.
- Stagnaro, J. C., Cía, A. H., Aguilar Gaxiola, S., Vázquez, N., Sustas, S., Benjet, C. ve Kessler, R. C. (2018). Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(2), 121-129.
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C., Karam, A., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15(1), 143.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R. ve Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 251-256.
- Stein, M. B. ve Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125.
- Tobias, M. R., Landy, L. N., Levin, M. E. ve Arch, J. J. (2021). A randomized trial of brief online interventions to facilitate treatment seeking for social anxiety. *Behavior Modification*, 1-30.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I. ve Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1362-1370.
- Vorcaro, C. M. R., Rocha, F. L., Uchoa, E. ve Lima-Costa, M. F. (2004). The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: The Bambui study. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(3), 216-226.
- Wells, J. E., Oakley Browne, M. A., Scott, K. M., McGee, M. A., Baxter, J. ve Kokaua, J. (2006). Prevalence, interference with life and severity of 12 month DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(10), 845-854.
- Williams, D. R., Herman, A., Stein, D. J., Heeringa, S. G., Jackson, P. B., Moomal, H. ve Kessler, R. C. (2008). Twelve-month mental disorders in South Africa: Prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. *Psychological Medicine*, 38(2), 211-220.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. ve Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- Wong, Q. J. ve Rapee, R. M. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complementary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*, 203, 84-100.

| **Extended Abstract** |**Social anxiety disorder: Current status of prevalence, comorbidity, and impairment**B. Göktürk Gök¹,  Mujgan Inozu² **Keywords**

social anxiety disorder, epidemiology, prevalence, comorbidity, impairment, review

Abstract

Since the last quarter of the last century, knowledge about the epidemiology of social anxiety disorder (SAD) has continued to expand. Therefore, the present study aimed to present an up-to-date and holistic examination of the prevalence of SAD in the general population in various continents and regions worldwide. Epidemiological studies in databases since 2001 have been extensively searched and 43 community studies have been identified. Lifetime and 12-month prevalence estimates of SAD in community samples in all countries were 5.6% and 2.6%, respectively. In America, Europe, and Oceania countries with relatively high socioeconomic levels, the prevalence of SAD was the highest; in Asia, Africa, and Middle East countries, the prevalence rates were relatively the lowest. It was noteworthy that the age of onset of the disorder was quite early, and it was more common in females than males. At the same time, SAD was associated with worse mental health status and decreased quality of life in various fields—such as family, social relationships, and education. In addition, SAD stands out as a persistent and highly comorbid disorder. Although the prevalence of SAD varies in various epidemiological studies, it has been observed that it is one of the most common anxiety disorders in many studies. It was considered that understanding SAD and initiatives for treatment-seeking behavior will improve considerably with information obtained from the general population—such as the frequency of occurrence, age of onset, and the course of the disorder.

Anxiety disorders affect a relatively large proportion of the population and are the most frequently reported class of disorders (Kessler et al., 2005a). Besides, social anxiety disorder (SAD) is among the most prevalent anxiety disorders (Kessler et al., 2012). SAD is characterized by the fear of behaving in a way that may embarrass oneself or being humiliated in social situations where the individual is scrutinized by others (American Psychiatric Association [APA], 2022). Moreover, social anxiety occurs in social situations where individuals expect to be negatively evaluated by others or think their presence may offend them (Heimberg et al., 2014). However, most of the current data on the epidemiology and etiology of SAD come from high-income Western countries. In particular, anxiety disorders, including SAD, could be structures that reflect Western societies. In other words, anxiety can be a culture-specific concept and find different meanings and correspondences in different cultures. For example, in Eastern societies, offending others rather than embarrassing oneself may be prominent anxiety. Specifically, a Japanese culture-specific type of social anxiety called as *taijin kyofusho*, had been described. *Taijin kyofusho* is associated with the fear that one's appearance and actions (e.g., one's blush, gaze, scent) may offend, embarrass, or provoke hostile feelings in

others (APA, 2022). From this point of view, we suggest that differences between cultural norms and anxiety structures may result in different prevalence and clinical presentations of SAD in different cultures.

It seems important to carry out studies on the epidemiology of SAD due to its high level of impairment status, comorbidity, and disease burden. In particular, epidemiology studies are thought to play a vital role in the development of health policies regarding anxiety. Moreover, empirical information on regional prevalence is essential to understanding the relative demand for healthcare. Accurate estimation of prevalence rates is important in providing appropriate interventions when needed. Sociodemographic information to be obtained from epidemiological studies will also facilitate the understanding of risk factors and protective factors related to the disorder. Therefore, the review will comprehensively synthesize studies examining the epidemiology of SAD in the general population worldwide.

METHODS

Initially, various electronic databases were searched [PubMed, Web of Science (Web of Science Core Collection), EBSCOhost, and Scopus] to identify epi-

To cite: Gök, B. G., & Inozu, M. (2023). Social anxiety disorder: Current status of prevalence, comorbidity, and impairment. *Journal of Clinical Psychology Research*, 7(3), 448-467.

✉ **B. Göktürk Gök** · bgokturkgok@gmail.com | ¹Res. Asst., ²Prof. Dr., Department of Psychology, Hacettepe University, Çankaya (06800), Ankara, Türkiye.

Received Apr 16, 2022, **Revised** Aug 2, 2022, **Accepted** Sep 11, 2022



miological studies on SAD between 2001 and 2022. Boolean operators [(‘anxiety disorders’ OR ‘social anxiety disorder’ OR ‘social phobia’) AND (‘prevalence’ OR ‘epidemiology’)] were used to link key indexing terms and phrases. Eligible studies included the general population using the probability sampling technique and had a sample size of 450 or more. Other studies used this sample limitation in the same way (Somers et al., 2006). On the other hand, studies conducted using a clear DSM and ICD diagnosis of SAD are included. Studies in English or Turkish were taken into account. On the other hand, studies focusing only on a specific sample group (children, adolescents, soldiers, etc.) were not included in the evaluation, as they may interrupt the focus of the study on the general population sample and be confounding in terms of interpretation of the findings.

RESULTS

There were 43 studies conducted in the general population sample that included the prevalence finding of SAD and met the eligibility and inclusion criteria. When comparing prevalence rates, the diagnostic criteria was evaluated based on the DSM-III-R in studies conducted in Brazil, Switzerland, Chile, and Norway and on the DSM-IV version of these criteria in all other studies. In addition, a study conducted in Brazil (Andrade et al., 2002) was based on ICD-10 diagnostic criteria.

Prevalence Studies

The findings of 43 epidemiological studies on SAD published in the two decades since the 2000s are shown in Table 1. All presented studies are population studies with samples ranging from approximately 500 (Angst et al., 2015) to 36984 (MacKenzie & Fowler, 2013) participants. At the same time, it was seen that the age ranges are quite consistent, and the majority of the samples in the studies are between the ages of 18-65. Almost all studies are cross-sectional; only three of them are longitudinal studies that provide information about frequency patterns (Angst et al., 2005, 2015; Merikangas et al., 2002).

There is considerable variation in the diagnostic spectrum covered in the studies. Six studies limited the diagnostic scope to SAD only (Faravelli et al., 2000; Fehm et al., 2008; Mackenzie and Fowler, 2013; Merikangas et al., 2002; Vorcaro et al., 2004), and two studies (McEvoy et al., 2011; McLean et al., 2011) to anxiety disorders. Apart from these, most of the remaining studies cover many disorders. Alongside SAD, the most studied disorders are major depressive disorder and other types of anxiety disorders (e.g., specific phobia and generalized anxiety disorder). The least studied disorders are somatoform, bipolar, and psychotic disorders.

In this study, when we combined the data of studies

of community surveys in many countries, the lifetime prevalence of social anxiety was calculated as 5.6% and the 12-month prevalence as 2.6%. The cross-tabulation technique was used when combining the data. According to the DSM-IV and DSM-IV-TR diagnostic criteria, the country with the highest lifetime prevalence of SAD was the USA, with 13% (Kessler et al., 2012), and the country with the lowest prevalence was South Korea with 0.2% (Cho et al., 2007; see Figure 1). On the other hand, the highest 12-month prevalence was in the USA at 7.4% (Kessler et al., 2012), while the lowest 12-month prevalence was in China (Shen et al., 2006) and South Korea (Cho et al., 2007) with 0.2% (see Figure 2).

Consistent with previous studies reporting gender differences, in many studies, the incidence and prevalence of SAD were higher in women than in men (Alt-waijri et al., 2020b; Angst et al., 2005, 2015; Faravelli et al., 2000; Fehm et al., 2008; Kessler et al., 2012; Kringlen et al., 2001; McLean et al., 2011; Merikangas et al., 2002; Sharifi et al., 2015; Vorcaro et al., 2004). Although the prevalence rates in women were higher than in men, the size of the differences varied, and the rates reported in the studies were between 1.2 and 2.1.

Age of Onset and Treatment Seeking

SAD tends to begin in the early stages of life. A substantial amount of epidemiological evidence provides strong evidence for us to think that SAD is characterized by an early age of onset. This situation has been stable throughout most studies, and the age of onset has been reported to be between 11.4 and 17 years (e.g., Dalrymple and Zimmerman, 2011a; Faravelli et al., 2000; Kessler et al., 2005a, 2012; Merikangas et al., 2002; McEvoy et al., 2011; McLean et al., 2011; Oakley Browne et al., 2006).

SAD can be effectively treated with psychotherapy (e.g., cognitive behavioral therapy) or SSRIs (Mayo-Wilson et al., 2014). However, individuals with the disorder may remain undiagnosed or untreated for many years. It was observed that individuals with SAD seek treatment at very low rates (13.5%) during the onset of the disorder; moreover, after 50 years, this rate increases relatively (67.8%) (Bunting et al., 2012).

Comorbidity, Impairment, and Social Fears

SAD is a comorbid disorder that usually continues with the presence of another disorder. The lifetime comorbidity rate of individuals diagnosed with SPD has been reported as 92% (Faravelli et al., 2000). In another study, the majority of individuals diagnosed with SAD were diagnosed with at least one other disorder within 12 months (87.8%); in particular, major depressive disorder, dysthymia, panic disorder, and specific phobia stand out as the most common disorders with SAD (Fehm et al., 2008). In most cases, the

Table 1. Lifetime and 12-Month Prevalence of Social Anxiety Disorder

Country	Source	N	Assessment	Diagnostic Criteria	Age Range	Lifetime	Lifetime; male	Lifetime; female	12-month	12-month; male	12-month; female
Argentina	Cía et al., 2018; Stagnaro et al., 2018	3927	WMH-CIDI	DSM-IV	18+	2.6			1.3		
Australia	McEvoy et al., 2011	8841	WMH-CIDI	DSM-IV	18-85	8.4			4.2		
Brazil	Andrade et al., 2002	1464	CIDI 1.1	ICD-10	18+	3.5	2.6	4.1	2.2	1.5	2.7
Brazil	Vorcaro et al., 2004	1037	CIDI	DSM-III-R	18+	11.8	10.0	13.0	7.9	6.0	9.4
Canada	MacKenzie & Fowler, 2013	36984	WHM-CIDI	DSM-IV	18+	8.1			3.2		
Chile	Vicente et al., 2006	2978	CIDI	DSM-III-R	15+	10.2	7.2	12.8	6.4	2.5	9.7
China	Huang et al., 2019	28140	CIDI 3.0	DSM-IV	18+	0.6			0.4	0.3	0.5
China	Shen et al., 2006	5201	CIDI 3.0	DSM-IV	18-70				0.2		
Finland	Pirkola et al., 2005	6005	CIDI	DSM-IV	30+				1.0	1.1	0.9
Germany	Fehm et al., 2008	4179	M-CIDI	DSM-IV	18-65				2.0	1.3	2.7
Holland	De Graaf et al., 2012	6646	CIDI 3.0	DSM-IV	18-64	9.3	7.7	10.9	3.8	3.2	4.4
Iran	Sharifi et al., 2015	7886	CIDI 2.1	DSM-IV	15-64				3.2	2.3	4.1
Iraq	Alhasnawi et al., 2009	4332	CIDI 3.0	DSM-IV	18+	0.8			0.7		
Italy	De Girolamo et al., 2006	4712	CIDI 3.0	DSM-IV	18+	2.1	1.6	2.6	1.0	0.6	1.4
Italy	Faravelli et al., 2000	2355	FPI	DSM-IV	-	4.0					
Italy	Faravelli et al., 2004a, 2004b	2363	FPI	DSM-IV	14+	3.7	2.8	4.5	1.9	1.6	2.2
Japan	Kawakami et al., 2005	1663	WMH-CIDI	DSM-IV	20+				0.8		
Japan	Ishikawa et al., 2016	4130	WMH-CIDI	DSM-IV	20+	1.4			0.7		
Lebanon	Karam et al., 2006; Karam et al., 2008	2857	CIDI 3.0	DSM-IV	18+	1.9	1.7	2.1	1.1		
Mexico	Medina-Mora et al., 2005	2392	WMH-CIDI	DSM-IV	18-65				1.7		
New Zealand	Oakley Browne et al., 2006; Wells et al., 2006	12292	CIDI 3.0	DSM-IV	16+	9.4	8.7	10.1	5.1	4.5	5.6
Nigeria	Gureje et al., 2006	4984	WMH-CIDI	DSM-IV	18+	0.3			0.3		
North Ireland	Bunting et al., 2012; Bunting et al., 2013	4340	WMH-CIDI	DSM-IV	18+	6.0			4.0		
Norway	Kringlen et al., 2001	2066	CIDI 1.1	DSM-III-R	18-65	13.7	9.3	17.2	7.9	4.5	11.1
Poland	Kiejna et al., 2015	10081	CIDI 3.0	DSM-IV	18-64	1.4	1.2	1.6			
Saudi Arabia	Altwaijri et al., 2020a, 2020b	4004	CIDI 3.0	DSM-IV	15-65	5.6	4.3	7	4.2		
South Africa	Williams et al., 2008	4351	CIDI 3.0	DSM-IV	18+				1.9		
South Korea	Cho et al., 2007	6275	CIDI 2.1	DSM-IV	18-64	0.2	0.1	0.4	0.2	0.1	0.2
South Korea	Cho et al., 2010	6510	CIDI 2.1	DSM-IV	18-64	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Switzerland	Merikangas et al., 2002a	591	SPIKE	DSM-III-R	18-19	6.0					
Switzerland	Angst et al., 2005a	591	SPIKE	DSM-III-R	18-19	7.6	4.9	10.2			
Switzerland	Angst et al., 2015a	591	SPIKE	DSM-III-R	18-19	12.61	10.69	14.66			
Ukraine	Bromet et al., 2005	4725	WMH-CIDI	DSM-IV	18+	2.57	1.91	3.12	1.53	1.17	1.81
USA	Kessler et al., 2005a, 2005b	9282	WMH-CIDI	DSM-IV	18+	12.1			6.8		
USA	Kessler et al., 2012	5223	CIDI 3.0	DSM-IV-TR	18-64	13.0	11.8	14.2	7.4		
USA	McLean et al., 2011	20013	WMH-CIDI	DSM-IV	18+		10.3	8.7		6.5	4.8

Note. CIDI = Composite International Diagnostic Interview Variants (WMH-CIDI, CIDI 1.1, CIDI 2.1, CIDI 3.0), SPIKE = Structured Psychopathological Interview and Rating of the Social Consequences of Psychic Disturbances for Epidemiology, FPI = Florence Psychiatric Interview, ^a Longitudinal study.

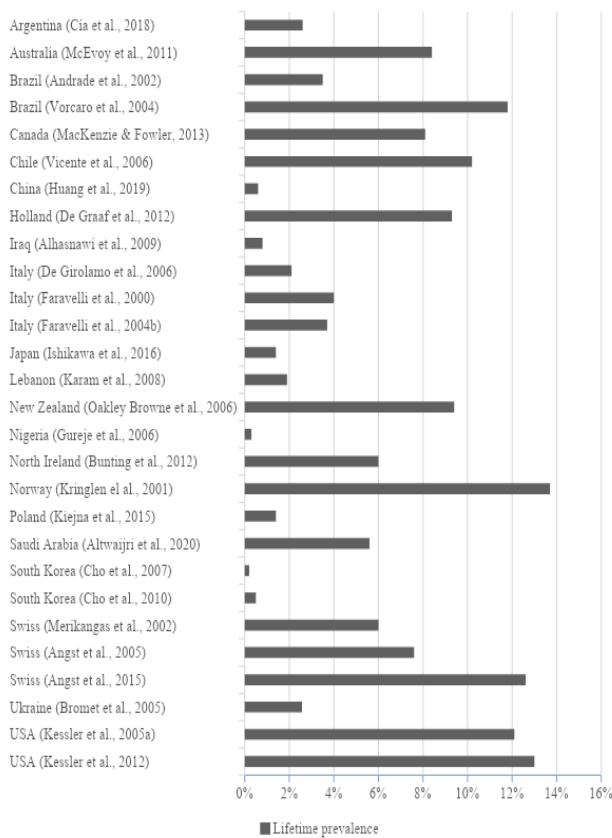


Figure 1. The distribution graph of the lifetime prevalence of SAD according to the studies published since 2001 across the world.

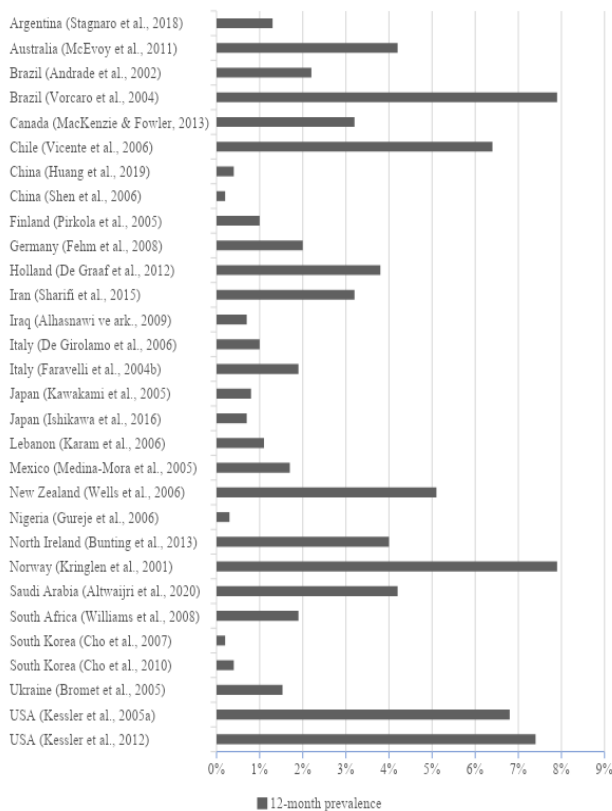


Figure 2. The distribution graph of the 12-month prevalence of SAD according to the studies published since 2001 across the world.

age of onset of SAD precedes major depressive disorder (72.6%; Dalrymple & Zimmerman, 2011a).

The mean number of social fears was reported as 5.88 in cases with childhood-onset (Dalrymple & Zimmerman, 2011a). Moreover, patients seeking treatment mainly for SAD have an average of 6.58 social fears (Dalrymple & Zimmerman, 2011b). The most frequently reported fears were speaking in public (89.4%), entering a room with strangers (63.1%), and meeting with strangers (47.3%) (Faravelli et al., 2000).

DISCUSSION

Data from 43 studies ($N = 256291$ participants) conducted in the general population indicate that SAD is quite common in some cultures worldwide, while in others, it is not. Studies also show that SAD is characterized by distinct comorbid psychopathology. On the other hand, it was seen that the disorder could last for many years if not treated, and patients complain of this condition. However, this does not mean that the disorder persists for the rest of the person's life. SAD usually begins in adolescence and peaks between the twenties and thirties, then tends to decrease again as the individual ages. The early age of onset underlines the need for timely prevention, detection, and intervention for children and adolescents, as well as the need for an adequate number of trained professionals in the field to provide for them. However, child and adolescent mental health policies and programs, information systems, and the number of professionals trained to provide mental health services to children and adolescents are insufficient in most countries (Cía et al., 2018).

The lifetime prevalence reported for SAD in studies was highly variable. Although the varying prevalence rates in different countries can be attributed to real cultural differences, varying prevalence rates have been reported in the same geography and culture and even more so in the same countries. Considering the studies in general, it may be necessary to first be sure how much of the variation in prevalence was due to methodological differences, as the study designs, diagnostic criteria, and measurement tools also vary. At the same time, the highly variable incidence rates between countries suggest that social rather than biological factors may be more influential in the development and maintenance of the disorder. The fact that biological causative factors have an important place in the etiology of the bipolar disorder spectrum is one of the reasons that are effective in considering this. Although there are differences between countries in the prevalence, severity, impact, and comorbidity pattern are remarkably similar at the international level and do not show much variation (Merikangas et al., 2011).

SAD also poses a high risk of developing other psychopathologies. Previously, it has been shown that

SAD is generally possible to follow other anxiety disorders (Magee et al., 1996). One possible reason for this may be that specific phobia, which has the earliest age of onset among all anxiety disorders (e.g., age 7; Kessler et al., 2005a), started years before the SAD (e.g., age 13; Kessler et al., 2005a) in most cases. On the other hand, it was seen that SAD usually begins before depression in comorbid cases (Chavira et al., 2004; Dalrymple and Zimmerman, 2011a). In particular, SAD is considered a disorder associated with an important and continuously increasing risk for later-onset depression. Moreover, considering the co-existence of SAD and major depressive disorder in many cases, clinicians should consider the possibility of the co-occurrence of both conditions rather than just looking for SAD or major depressive disorder. Finally, providing early diagnosis and interventions in SAD cases would prevent secondary complications.

DECLARATIONS

Compliance with Ethical Standards This does not require Committee approval.

Conflicting of Interest The authors of this article declare that there is no conflict of interest between the authors.

REFERENCES

- Alhasnawi, S., Sadik, S., Rasheed, M., Baban, A., Al-Alak, M. M., Othman, A. Y., Othman, Y., Ismet, N., Shawani, O., Murthy, S., Aljadiry, M., Chatterji, S., Al-Gasseer, N., Streel, E., Naidoo, N., Mahomoud Ali, M., Gruber, M. J., Petukhova, M., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2009). The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry, 8*(2), 97-109.
- Altwaajri, Y. A., Al-Habeeb, A., Al-Subaie, A. S., Bilal, L., Al-Desouki, M., Shahab, M. K., Hyder, S., Sampson, N. A., King, A. J., & Kessler, R. C. (2020a). Twelve-month prevalence and severity of mental disorders in the Saudi National Mental Health Survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 29*(3), e1831.
- Altwaajri, Y. A., Al-Subaie, A. S., Al-Habeeb, A., Bilal, L., Al-Desouki, M., Aradati, M., King, A. J., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2020b). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the Saudi National Mental Health Survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 29*(3), e1836.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth ed.) [text revision]. American Psychiatric Association.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(7), 316-325.
- Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W., & Merikangas, K. R. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: A twenty year prospective study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 14*(2), 68-76.
- Angst, J., Paksarian, D., Cui, L., Merikangas, K. R., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2015). The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: Results from the prospective Zurich cohort Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25*(1), 24-32.
- Bromet, E. J., Gluzman, S. F., Paniotto, V. I., Webb, C. P. M., Tittle, N. L., Zakhosha, V., Havenaar, J. M., Gutkovich, Z., Kostyuchenko, S., & Schwartz, J. E. (2005). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(9), 681-690.
- Bunting, B., Murphy, S., O'Neill, S., & Ferry, F. (2013). Prevalence and treatment of 12-month DSM-IV disorders in the Northern Ireland study of health and stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(1), 81-93.
- Bunting, B. P., Murphy, S. D., O'Neill, S. M., & Ferry, F. R. (2012). Lifetime prevalence of mental health disorders and delay in treatment following initial onset: Evidence from the Northern Ireland Study of Health and Stress. *Psychological Medicine, 42*(8), 1727-1739.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K., & Stein, M. T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders, 80*(2-3), 163-171.
- Cho, M. J., Chang, S. M., Lee, Y. M., Bae, A., Ahn, J. H., Son, J., Hong, J. P., Bae, J. N., Lee, D.-W., Cho, S.-J., Park, J.-I., Lee, J.-Y., Kim, J. Y., Jeon, H. J., Sohn, J. H., & Kim, B.-S. (2010). Prevalence of DSM-IV major mental disorders among Korean adults: A 2006 National Epidemiologic Survey (KECA-R). *Asian Journal of Psychiatry, 3*(1), 26-30.
- Cho, M. J., Kim, J.-K., Jeon, H. J., Suh, T., Chung, I.-W., Hong, J. P., Bae, J.-N., Lee, D.-W., Park, J.-I., Cho, S.-J., Lee, C.-K., & Hahm, B.-J. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(3), 203-210.
- Cía, A. H., Stagnaro, J. C., Aguilar Gaxiola, S., Vommaro, H., Loera, G., Medina-Mora, M. E., Sustas, S., Benjet, C., & Kessler, R. C. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53*(4), 341-350.
- Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2011a). Age of onset of social anxiety disorder in depressed outpatients. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(1), 131-137.
- Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2011b). Treatment-seeking for social anxiety disorder in a general outpatient psychiatry setting. *Psychiatry Research, 187*(3), 375-381.
- De Girolamo, G., Polidori, G., Morosini, P., Scarpino, V., Reda, V., Serra, G., Mazzi, F., Alonso, J., Vilagut, G., Visonà, G., Falsirolo, F., Rossi, A., & Warner, R. (2006). Prevalence of common mental disorders in Italy: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(11), 853-861.
- De Graaf, R., Ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands

- Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 203-213.
- Faravelli, C., Abrardi, L., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Cosci, F., D'Adamo, D., Lo Iacono, B., Ravaldi, C., Scarpato, M. A., Truglia, E., Rossi Prodi, P. M., & Rosi, S. (2004a). The Sesto Fiorentino study: Point and one-year prevalences of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(4), 226-234.
- Faravelli, C., Abrardi, L., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Cosci, F., D'Adamo, D., Lo Iacono, B., Ravaldi, C., Scarpato, M. A., Truglia, E., & Rosi, S. (2004b). The Sesto Fiorentino Study: Background, methods and preliminary results. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(4), 216-225.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., Scarpato, A., Vigliaturo, D., Rosi, S., D'Adamo, D., Bartolozzi, D., Cecchi, C., & Abrardi, L. (2000). Epidemiology of social phobia: A clinical approach. *European Psychiatry*, 15(1), 17-24.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 257-265.
- Gureje, O., Lasebikan, V. O., Kola, L., & Makanjuola, V. A. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *The British Journal of Psychiatry*, 188(5), 465-471.
- Heimberg, R. G., Hofmann, S. G., Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Smits, J. A., Stein, M. B., Hinton, D. E., & Craske, M. G. (2014). Social anxiety disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 31(6), 472-479.
- Huang, Y., Wang, Y., Wang, H., Liu, Z., Yu, X., Yan, J., Yu, Y., Kou, C., Xu, X., Lu, J., Wang, Z., He, S., Xu, Y., He, Y., Li, T., Guo, W., Tian, H., Xu, G., Xu, X., . . . Wu, Y. (2019). Prevalence of mental disorders in China: A cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 211-224.
- Ishikawa, H., Kawakami, N., Kessler, R. C., & World Mental Health Japan Survey Collaborators. (2016). Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: Results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(3), 217-229.
- Karam, E. G., Mneimneh, Z. N., Dimassi, H., Fayyad, J. A., Karam, A. N., Nasser, S. C., Chatterji S, & Kessler, R. C. (2008). Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: First onset, treatment, and exposure to war. *PLoS Med*, 5(4), e61.
- Karam, E. G., Mneimneh, Z. N., Karam, A. N., Fayyad, J. A., Nasser, S. C., Chatterji, S., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: A national epidemiological survey. *The Lancet*, 367(9515), 1000-1006.
- Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, Y., Nakane, H., Iwata, N., Furukawa, T. A., & Kikkawa, T. (2005). Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: Preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(4), 441-452.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T., Moskalewicz, J., Wciórka, J., Stokwiszewski, J., Rabczenko, D., & Kessler, R. C. (2015). The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure – an EZOP Poland study. *Psychiatria Polska*, 49(1), 15-27.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098.
- MacKenzie, M. B., & Fowler, K. F. (2013). Social anxiety disorder in the Canadian population: Exploring gender differences in sociodemographic profile. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 427-434.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(2), 159-168.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E. ve Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 368-376.
- McEvoy, P. M., Grove, R., & Slade, T. (2011). Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: Findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 957-967.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., & Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773-1783.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H., & Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biological Psychiatry*, 51(1), 81-91.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C.,

- Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, *68*(3), 241-251.
- Oakley Browne, M. A., Elisabeth Wells, J., Scott, K. M., Mcgee, M. A., & New Zealand Mental Health Survey Research Team. (2006). Lifetime prevalence and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(10), 865-874.
- Pirkola, S. P., Isometsä, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. K. (2005). DSM-IV mood-, anxiety-and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*(1), 1-10.
- Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Hajebi, A., Motevalian, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., & Rahimi-Movaghar, A. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine*, *18*(2), 76-84.
- Shen, Y.-C., Zhang, M.-Y., Huang, Y.-Q., He, Y.-L., Liu, Z.-R., Cheng, H., Tsang, A., Lee, S., & Kessler, R. C. (2006). Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychological Medicine*, *36*(2), 257-267.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *51*(2), 100-113.
- Stagnaro, J. C., Cía, A. H., Aguilar Gaxiola, S., Vázquez, N., Sustas, S., Benjet, C., & Kessler, R. C. (2018). Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *53*(2), 121-129.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *American Journal of Psychiatry*, *163*(8), 1362-1370.
- Vorcaro, C. M. R., Rocha, F. L., Uchoa, E., & Lima-Costa, M. F. (2004). The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: The Bambui study. *International Journal of Social Psychiatry*, *50*(3), 216-226.
- Wells, J. E., Oakley Browne, M. A., Scott, K. M., McGee, M. A., Baxter, J., & Kokaua, J. (2006). Prevalence, interference with life and severity of 12 month DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(10), 845-854.
- Williams, D. R., Herman, A., Stein, D. J., Heeringa, S. G., Jackson, P. B., Moomal, H., & Kessler, R. C. (2008). Twelve-month mental disorders in South Africa: Prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. *Psychological Medicine*, *38*(2), 211-220.