

Sosyal Kaygı Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları

Nesrin Dilbaz*, Hatice Güz**

Amaç: Bu çalışmanın amacı DSM-IV tanı ölçütlerine göre sosyal kaygı bozukluğu tanısı konan hastalarda cinsiyetin semptom örüntüsü, eş tanılar ve diğer sosyodemografik özellikler üzerine olan etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışma grubu Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi sosyal kaygı bozukluğu polikliniğine başvuran 35'i kadın, 70'i erkek hastadan oluşan toplam 105 kişiden oluşmuştur. DSM-IV tanı ölçütlerine göre sosyal kaygı bozukluğu tanısı konan tüm hastalara sosyodemografik bilgileri içeren bir soru formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği ve Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Kliniğimize başvuran ve sosyal kaygı bozukluğu tanısı konan hastaların üçte birinin kadın, üçte ikisinin erkek olduğu saptandı. Erkek hastaların yaş ortalaması kadın hastalardan daha yüksek idi. Buna karşın eş tanı, hastalık süresi ve demografik bilgiler açısından kadın erkek arasında fark olmadığı saptandı. Sosyal kaygı bozukluğu tanısı almış kadın hastalarda en sık birlikte görülen psikiyatrik hastalık distimik bozukluk (%14.2), özgül fobi (%14.2), major depresyon (%11.4) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%11.4), erkeklerde ise agorafobi (%11.4), major depresyon (%10) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%8.5) olduğu görüldü. Yetkili biri ile konuşma, dinleyiciler önünde konuşma, rol yapma, önceden hazırlanmış raporunu bir gruba sözel olarak sunma, ısrarlı bir satıcıya karşı koyma konularında erkek hastaların kaygı ve kaçınma düzeyleri kadın hastalardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek idi. Anksiyete duyarlılığı ölçeğinde de "nefesimin daralması beni korkutur" maddesinden alınan puanın kadın hastalarda daha yüksek olduğu saptandı.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamız kadın hastalarda sosyal kaygı şiddetinin daha fazla olduğunu belirten yayınların tersi bir sonuç ortaya koymuştur. Ayrıca çalışmamızın sonuçları sosyal ortamlarda duyulan kaygının farklı olmasının kültürel özelliklere bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: sosyal kaygı bozukluğu, cinsiyet, klinik belirtiler, sosyodemografik özellikler

Gender Differences in Social Phobia

Aim: The goal of this study is to examine the influence of gender differences on symptom profile, comorbidity and other socio-demographic characteristics of patients diagnosed as social phobia according to DSM-IV.

Methods: The study group was consisted of 105 patients, 35 women and 70 men who applied to Social Phobia Outpatient clinic of Ankara Numune Research and Training Hospital. The socio-demographic information data form, Hamilton Anxiety Scale, Hamilton Depression Scale, Anxiety Sensitivity Index and Liebowitz Social Anxiety Scale were applied to all of the patients who were diagnosed as social anxiety disorder according to DSM-IV criteria.

Results: In this study, one-third of the patients were female and two-third was male. The mean age of males were higher than females. It was noted that there were no gender differences in terms of comorbidity, the duration of illness and socio-demographic characteristics. Social phobia among females is mostly comorbid with dysthymia (14.2%), specific phobia (14.2%), major depression (11.4%) and generalized anxiety disorder, (11.4%). Also social phobia among males is mostly comorbid with agoraphobia (11.4%), major depression (10%) and generalized anxiety disorder (8.5%). The level of fear, anxiety and avoidance in males were significantly higher than females whilst talking to an authoritative person, talking in front of audience, role playing, presenting a report to a group of people and resisting a persuasive salesperson. The score of item "It scares me when I am short of breath" were higher among females compared to males.

Conclusions: As a result, we can evidently say that our study has proven the contrary to the literature, which argues that the severity of social phobia is higher in female patients. The investigations carried out on our patients have also made us come to a conclusion that the anxiety experienced in different social circumstances may also be related to cultural characteristics.

Key words: social phobia, gender, symptoms, sociodemographic features

* Doç. Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Psikiyatri Kliniği, Ankara.

** Yrd. Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun.

Giriş

Psikiyatrik hastalıkların etiyolojisi ve epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalar yapılırken, cinsiyetler arasında görülme sıklığı, semptom örüntüsü ve tedaviye yanıt farklılıkları incelenmektedir. Anksiyete bozukluğu tanısı konan hastalarda hastalığın belirtilerinin, şiddetinin ve aldıkları eş tanıların cinsiyete bağlı olarak değişiklikler gösterebileceğinden yola çıkarak, cinsiyet farklılıklarının hastalık ile ilişkisi üzerindeki çalışmalar giderek daha önem kazanmaktadır.¹

Yapılan birçok epidemiyolojik çalışmada²⁻⁷ yaşam boyu sosyal kaygı bozukluğunun prevalansını %2-4 olduğu bildirilirken, bu oranın 3 misli daha fazla olduğunu belirten çalışma sonuçları da mevcuttur.^{8,9} Bu çalışma sonuçları değerlendirildiğinde, hastalığın kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.^{2,8-12} On üç bin kişiyi içeren bir çalışmada sosyal kaygı bozukluğunun görülme sıklığı kadınlarda %3.1, erkeklerde %2 olarak saptanmıştır.¹¹ Fakat araştırmacıların sosyal kaygı bozukluğu tanısı koymak için kullandıkları ölçeklere göre bu sıklık oranı değişebilmektedir. Amerika'da DSM-III-R tanı ölçütlerine göre sosyal kaygı bozukluğu tanısı konmuş 8000 kişi üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise hastalığın görülme sıklığı kadınlarda %15.5, erkeklerde %11.1 olarak saptanmıştır.⁸ Klinik araştırmalarda da, epidemiyolojik çalışmalar kadar yüksek olmasa bile kadın oranının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.^{13,14}

Sosyal kaygının klinik düzeyini inceleyen bir çalışmada sosyal kaygısı olan ve olmayan kadın ile erkek hastalar incelenmiş, erkeklerin kadınlara göre sıkılgan olduğu konuların daha çok olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada klinik düzeyde sosyal kaygısı olanlar ile klinik düzeyde sosyal kaygısı olmayanların sosyal davranışlarında farklılık olduğu belirlenmiştir.¹⁵

Kırk bir sosyal kaygı bozukluğu hastasının incelendiği bir çalışmada, her iki cinsiyette de rahatsızlık duyulan sosyal kaygı belirtilerinin aynı olduğu, fakat kadınların bu korkuları daha fazla hissettikleri belirtilmiştir.¹⁶

Weinstock sosyal kaygı bozukluğunun kadınlarda fazla görülmesinin nedeninin hormonal yapı ile ilintili olabileceğini bildirmiştir. Östrojen ve progesteron hormonlarının nörotransmitter sistemini etkilediğini ve muhtemelen endojen ve ekzojen üreme hormonlarındaki azalma sonucu cinsiyete göre sosyal kaygı bozukluğunda farklılıklar olabileceğini belirtmişlerdir.¹

Stein ve arkadaşları 526 kişide sosyal kaygı bozukluğu belirtilerini incelediklerinde, kadınların toplum önünde konuşma, küçük bir gruba konuşma, yabancı veya yeni tanışılan biriyle konuşma, otorite sahibi kişilerle konuşma konusunda daha fazla kaygı ve kaçınma yaşadıklarını bildirmişlerdir. Diğer insanların önünde yazı yazma, yemek yeme gibi sosyal kaygı durumlarında duyulan kaygının cinsiyete göre farklı olmadığını bildirmişlerdir.¹²

Bridges ve arkadaşları üniversite öğrencilerinde atılmalılığı incelediklerinde, kız ve erkek öğrencilerde bir takım farklılıklar olduğunu görmüşlerdir. Kadınların eleştirilere karşılık verme, bir konu hakkında fikrini savunma, yardım isteği gibi konularda erkeklere göre daha isteksiz oldukları, erkeklerin ise bir kimsenin rahatsız edici davranışlarını değiştirme isteği gibi konularda kadınlara göre daha isteksiz olduklarını bildirmişlerdir.¹⁶

Faravelli ve arkadaşları 2500 kişide yaptıkları araştırmada yaşam boyu sosyal kaygı bozukluğu prevalansını %3.2, kadın erkek oranını ise 2:1 olarak saptamışlardır. Bu çalışmada en sık rastlanan 3 korku toplum önünde konuşma (%89.4), başkalarının oturduğu odaya girme (%63.1) ve yabancılarla tanışma ve konuşma (%47.3) dir. Hastaların %86.9'unda ise birden fazla korku bulunduğunu saptamışlardır.¹⁷

Snell ise kadın ve erkeklerin karşısındaki kişinin cinsiyetine göre sosyal kaygı durumlarının değiştiğini söylemiştir. Örneğin karşısındaki kişiye kendi fikrini savunma konusunda sosyal kaygısı olan kadınların bu konuyu diğer kadınlarla tartışmaktan çekinmediği, fakat aynı konuyu erkeklerle tartışmakta isteksiz oldukları saptanmıştır.¹⁸

Türk ve arkadaşları 108 erkek, 104 kadın hastayı incelediği çalışmalarında Liebowitz sosyal fobi ölçeği puanlarında yetkili biri ile konuşma, dinleyiciler önünde konuşma-rol yapma, başkaları tarafından izlenirken çalışma, birilerinin oturduğu odaya girme, ilgi odağı olma, bir toplantıda hazırsızlık konuşma yapma, iyi tanımadığı birine onaylamadığını veya aynı düşüncede olmadığını ifade etme, parti verme, önceden hazırlanmış bir raporu bir gruba sözel olarak sunma, alınan bir malı parasını geri almak üzere iade etme puanlarının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğunu, genel tuvaletleri kullanma puanlarının da erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Araştırmacılar sosyodemografik verilerin cinsiyete göre değişmediğini bildirmişlerdir.¹⁹

Sıklıkla başka psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülen hatta zaman zaman bu hastalıkların belirtileri tarafından maskelenen ve tanısı atlanabilen bir hastalık olan sosyal kaygı bozukluğunun diğer hastalıklarla birlikte görülme sıklığı, çalışmalar arası farklılıklar göstermektedir. Birincil tanısı sosyal kaygı bozukluğu olan hastaların yaklaşık %70-80'inde en az bir başka psikiyatrik hastalık da saptanmıştır.^{11,20,21} Sosyal kaygı bozukluğuna en sık eşlik eden hastalıklar major depresyon,^{11,22,23} fobik bozukluklar^{17,24} ve alkol ve madde bağımlılığıdır.^{11,25} ECA çalışmasına göre sosyal kaygı bozukluğuna en sık eşlik eden ilk 3 hastalık özgül fobi (%59), agorafobi (%44.9) ve alkol kötüye kullanımı (%18.8) dir.^{25,26}

Kadın ve erkeklerin sosyal davranışları duruma ve kültüre bağlı olarak değişebilmektedir.²⁷ Anksiyete bozukluğu olan hastalarda da cinsiyet farklılığına bağlı olarak hastalığın belirtileri ve şiddeti, aldıkları eş tanımlar, seçilecek tedavi yöntemleri ve bu yöntemlere yanıtların farklılıkları konusunda çalışmalar giderek daha önem kazanmaktadır. Bu çalışmada sosyal kaygı bozukluğu tanısı konan kadın ve erkek hastalar arasında belirtiler, belirti şiddetleri ve eş tanı açısından farklılıkların araştırılması amaçlandı.

Yöntem

Bu çalışmaya Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sosyal Kaygı Bozukluğu Polikliniği'ne başvuran ve DSM-IV tanı kriterlerine²⁸ göre sosyal kaygı bozukluğu tanısı konan 35 kadın, 70 erkek toplam 105 hasta alındı. Hastaların yaş, eğitim düzeyi, meslek, medeni durumu, alkol kullanım öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, daha önce sosyal kaygı bozukluğu tanısı alıp almadığı, hastalık süresi gibi bilgilerini sorgulayan bilgi formu dolduruldu. Hastaların tanı ve eş tanımları SCID ile değerlendirildi.²⁹ Hastaların sosyal kaygı belirtileri ve şiddetleri Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Dilbaz ve Güz tarafından yapılmış olan Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği³⁰ kullanılarak değerlendirildi (24 sorudan oluşan ve sosyal ortamlarda duyulan korku ve kaçınmayı belirleyen ölçek). Hastalarda eş tanıya bağlı gelişebilecek depresif belirtileri değerlendirmek için Hamilton Depresyon³¹ Ölçeği ve kaygı düzeyini belirlemek için de Hamilton Anksiyete Ölçeği³² araştırıcılar tarafından dolduruldu. Hastalardan anksiyetenin yol açabileceği sonuçlarla ilgili inançları ve anksiyete korkusunu değerlendirmek için de Anksiyete Duyarlılığı

Ölçeğini yanıtlamaları istendi (16 maddelik, 0-4 arası puanlanan likert tipi ölçek).³³ Cinsiyete göre oluşabilecek farklılıklar ise SPSS istatistik programında ki-kare ve ortalamalar arası önemlilik için t-testi kullanılarak değerlendirildi. $P < 0.05$ ve altı istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sosyal Kaygı Bozukluğu polikliniğine başvuran ve sosyal kaygı bozukluğu tanısı konan 105 hastanın 35'i (%33.3) kadın, 70'i (%66.6) ise erkek idi. Çalışmaya alınan hastalarda yaş ortalaması kadınlarda 24.6 (sd \pm 6.8), erkeklerde 27.8 (sd \pm 6.8) yıl, kadın hastalarda hastalık süresi ortalama 5.1 (sd \pm 3.6), erkek hastalarda ise 7.2 (sd \pm 6.3) yıl olduğu belirlendi. Erkek hastaların yaş ortalamasının kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p = 0.02$), buna karşın hastalık süresi açısından cinsler arası bir farklılık olmadığı saptandı ($p = 0.06$) (Tablo 1).

Kadın hastalardan 22'si (%62.8) yaygın, 13'ü (%37.1) özgül tip, erkek hastalardan da 36'sı (%51.4) yaygın, 34'ü (%48.5) özgül tip sosyal kaygı bozukluğu tanısı almışlardı. Sosyal kaygı bozukluğu tipi açısından cinsiyetler arası farklılık yoktu (ki-kare = 1.2, $p = .3$).

Eğitim düzeyi, iş, medeni durum, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, alkol kullanım öyküsü açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmadı. Bununla birlikte, hastaların çoğunluğunun üniversite mezunu ve bekar oldukları gözlemlendi (Tablo 1).

Bu çalışmada sosyal kaygı bozukluğu ile birlikte başka bir psikiyatrik hastalık görülme oranı %58 olarak bulundu. %10.4 hastada major depresyon, %9.5 oranında hastada yaygın anksiyete bozukluğu ve agorafobi, %7.6 hastada distimi, %4.7 hastada obsesif kompulsif bozukluk ve %5.7 hastada alkol ve madde bağımlılığı birlikte idi.

Sosyal kaygı bozukluğu tanısı almış kadın hastalarda en sık birlikte görülen psikiyatrik hastalık distimik bozukluk (%14.2), özgül fobi (%14.2), major depresyon (%11.4) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%11.4), erkeklerde ise agorafobi (%11.4), major depresyon (%10) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%8.5) olduğu görüldü. Eş tanı açısından ise cinsiyetler arası farklılık olmadığı gözlemlendi (ki-kare = 15.5, $p = 0.1$) (Tablo 2).

Sosyal kaygı bozukluğu tanısı konan kadın hastaların ortalama Hamilton Depresyon Ölçeği toplam puanı

Tablo 1: Kadın ve erkek hastalarda sosyodemografik değişkenler

	Kadın		Erkek	
n	35		70	
Yaş ortalaması .02*	24.6	(sd=6.84)	37.8	(sd=6.81)
Hastalık süresi .06	5.1	(sd=3.6)	7.2	(sd=6.3)
Eğitim durumu				
Orta .5	3	%8.5	3	%4.2
Lise	7	%20	11	%15.7
Üniversite	25	%71.4	56	%80
Medeni hali				
Evli .6	14	%40	23	%32.8
Bekar	21	%60	46	%65.7
Dul	–		1	
İş				
Memur .1	14	%40	40	%1.4
İşçi	7	%20	12	%77.1
Ev hanımı	2	%5.7	–	%17.1
Serbest	8	%22.8	8	%11.4
Öğrenci	4	%11.4	10	%14.2
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü				
Var .5	5	%14.2	13	%18.5
Yok	30	%85.7	57	%81.4
Alkol kullanım öyküsü				
Var .6	2	%5.7	4	%5.7
Yok	33	%94.2	66	%94.2

* p<0.005

7.5 (sd ± 4.6) erkek hastaların ise 8.0 (sd ± 5.1) idi. Hamilton Anksiyete Ölçeği puanı ise kadınlarda ortalama 16.7 (sd ± 8.1), erkeklerde 17.6 (sd ± 8.6) olarak bulundu. Gerek toplam depresif belirtilerin puanları, gerekse

Tablo 2: Kadın ve erkek sosyal fobi hastalarında eş tanılar

	Kadın		Erkek	
Eş tanı yok	13	%37.1	31	%44.2
Eş tanı var	22	%62.8	39	%55.7
Depresif bozukluk	4	%18.1	7	%17.9
OKB*	–		2	%5.1
Distimi	5	%22.7	3	%7.6
Özgül fobi	5	%22.7	1	%2.5
Panik bozukluk	1	%4.5	4	%10.2
YAB**	4	%18.1	6	%15.3
			2	%6
BAB***				%5.1
Agarofobi	2	%9	8	%20.5
Somatizasyon bozukluğu	1	%4.5	2	%5.1
Alkol bağımlılığı	–		4	%10.2

* p<0.005

toplam anksiyete belirtilerinin puanları açısından cinsiyete göre farklılık olmadığı görüldü (her ikisi için p = 0.6).

Hastalara daha önce sosyal kaygı bozukluğu tanısı konup konmadığına bakıldığında ise, kadın hastalardan 3'üne, erkek hastalardan ise sadece 8'ine bu tanının daha önce konulduğu saptandı. Tanının daha önce belirlenmesi açısından cinsiyete göre farklılık olmadığı görüldü (p = 0.7).

Sosyal kaygı belirtilerinde ise yetkili biri ile konuşma, dinleyiciler önünde konuşma, rol yapma, ısrarlı bir satıcıya karşı koymada erkek hastaların kadınlara göre gerek kaygı ve korku gerekse kaçınmasının daha fazla olduğu saptandı. Önceden hazırlanmış raporu bir gruba sözel olarak sunmada ise erkek hastalarda kaçınma kadınlara göre daha fazla idi. Kadın ve erkek hastalarda diğer alanlarda yaşanan korku-kaygı ve kaçınma şiddeti açısından farklılık saptanmadı (Tablo 3). Ayrıca toplam puan açısından bakıldığında da kadınlarda ortalama toplam ölçek puanı 130.8 (sd ± 34.4), erkeklerde 136.5 (sd ± 24.1) olarak bulundu ve cinsiyetler arası toplam puan açısından farklılık olmadığı görüldü (t = -0.9, p=0.3).

Anksiyete duyarlılığı açısından hastalar incelendiğinde ise "nefesimin daralması beni korkutur" maddesinin puanı kadın hastalarda erkek hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Diğer kaygı belirtilerinde cinsiyet açısından farklılık olmadığı saptandı (Tablo 4).

Tartışma

Sosyal kaygı bozukluğunda yapılan epidemiyolojik çalışmaların bir kısmında hastalığın kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bildirilmiştir.^{1,10,11,19} Bazı çalışmalar ise sosyal kaygı bozukluğunun kadınlarda daha fazla görüldüğünü fakat, erkeklerin tedaviye daha fazla başvurduğunu saptamıştır.¹⁹ Bizim çalışmamızda polikliniğimize sosyal kaygı belirtileri veya diğer psikiyatrik yakınmalarının tedavisi için başvurup bu tanı konan hastalar çalışma kapsamına alındı. Başvuranların %66'sının erkek, %33'ünün kadın olduğu görüldü. Hastaların çoğunluğunun erkek olması, sosyal kaygı bozukluğu yakınması ile hastaneye başvurunun erkeklerde daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

Sosyal kaygı bozukluğunun hangi öğrenim seviyesinde daha fazla görüldüğüne dair çelişkili yayınlar var-

Tablo 3: Kadın ve erkek hastalarda sosyal fobi belirtileri

Sosyal fobi belirtileri	Korku					
	Kadın	Erkek	p*	Kadın	Erkek	p*
Kaçınma						
Toplum içinde telefonla görüşme	1.2 (5)	1.1 (5)	.1	2.7 (1.1)	2.3 (1.1)	.07
Küçük bir grup etkinliğinde yer alma	2.8 (1.1)	2.8 (1)	.8	2.5 (1.1)	2.7 (1.2)	.5
Toplum içinde yemek yeme	2.5 (1.1)	2.7 (1.1)	.4	2.4 (1)	2.5 (1)	.4
Toplum içinde bir şeyler içme	2.6 (1.1)	2.6 (1.1)	.1	2.4 (1)	2.4 (1)	.9
Yetkili bir ile konuşma	3.1 (1)	3.5 (.6)	.01*	2.9 (1.1)	3.4 (.8)	.03*
Dinleyiciler önünde konuşma, rol yapma	3.6 (8)	3.8 (.3)	.03*	3.4 (.9)	3.8 (.5)	.02*
Partiye gitme	3 (1)	2.8 (.9)	.3	2.8 (.9)	2.7 (.9)	.7
Başkaları tarafından izlenirken çalışma	3.2 (1)	3.3 (1)	.5	3.2 (1)	3.2 (1)	.9
Başkaları tarafından izlenirken yazma	2.9 (1.2)	3.1 (1)	.4	3(1.2)	3.1 (1.1)	.6
Çok iyi tanımadığı biriyle telefonda görüşme	2.5 (1.1)	2.5 (1.1)	.8	2.3 (1.1)	3.1 (5.2)	.1
Çok iyi tanımadığı biriyle yüzyüze konuşma	2.8 (1.1)	2.6 (1)	.5	2.5 (1.2)	2.4 (1.1)	.7
Yabancılarla karşılaşma	2.5 (1.2)	2.7 (1.1)	.4	2.5 (1.2)	2.7 (1.1)	.4
Genel tuvaletleri kullanma	1.2 (5)	1.1 (.5)	.7	1.1 (.4)	1.1 (.5)	.6
Birilerinin oturduğu odaya girme	2.8 (1)	3 (1)	.3	2.6 (1.1)	2.8 (1)	.3
İlgi odağı olma	3.6 (.8)	3.5 (.8)	.6	3.6 (.8)	3.5 (.9)	.6
Bir toplantıda hazırlıksız konuşma yapma	3.7 (.7)	3.8 (.4)	.2	3.7 (.6)	3.7 (.5)	.8
Yetenek, yeti veya bilgi testine tabi tutulma	2.3 (1.2)	2.4 (1)	.7	2.2 (1.2)	2.3 (1.1)	.5
İyi tanımadığı birine onaylamadığını veya aynı düşüncede olmadığını ifade etme	2.7 (1.2)	2.5 (1.1)	.3	2.6 (1.1)	2.4 (1.1)	.3
Çok iyi tanımadığı birinin gözlerinin içine bakma	2.5 (1.3)	2.7 (1.1)	.5	2.6 (1.3)	2.6 (1.1)	.1
Önceden hazırlanmış bir raporu bir gruba sözel olarak sunma	3.5 (.6)	3.7 (.5)	.1	3.4 (.8)	3.7 (.4)	.01*
Romantik veya cinsel ilişki amacıyla birini tavlama çalışması	2.9 (1.1)	3.1 (1)	.2	2.9 (1)	3 (1)	.7
Alınan bir malı parasını geri almak üzere iade etme	1.8 (1.1)	2.1 (1.1)	.1	1.8 (1.2)	2.1 (1.1)	.3
Parti verme	2.5 (1.1)	2.8 (1.1)	.2	2.4 (1.2)	2.8 (1.1)	.08
İsrarlı bir satıcıya karşı koyma	1.5 (1)	2.1 (1.1)	.01*	1.5 (1)	2 (1.1)	.03*
Toplam puan	66.6 (17.4)	69.1 (11.8)	.3	64.2 (17.5)	67.4 (12.9)	.3

* p<0.005

dır. Pollard ve Henderson yüksek öğrenim seviyesinde,³⁴ Leepine ve Scheier^{11,35,36} ise düşük öğrenim seviyesinde daha çok görüldüğünü belirtmiştir. Yüksek öğrenim seviyesinin daha fazla oranda olduğunu bulan araştırmacılar, bu hastaların sosyal kaygı belirtileri nedeniyle tedavi arayışında olmalarını, belirtiler nedeniyle iş ve/veya okul, sosyal ve aile yaşamlarında meydana gelen işlevsellikteki bozulmaya daha duyarlı olmaları ile açıklamıştır. Buna karşın düşük eğitim düzeyi oranını yüksek bulan araştırmacılar ise, hastalığın erken yaşlarda başlaması nedeniyle eğitimlerinin yarıda kaldığı veya hastalığın eğitimlerini engellediği şeklinde yorumlamışlardır. Bizim çalışmamızda hastaların çoğunluğunun yüksek öğrenim düzeyinde olmaları, hatta düşük öğrenim seviyesinde hiç hasta olmaması dikkat çekicidir. Polikliniğimize başvuran hastalar, hastalığın hem okul başarısını hem de sosyal yaşamlarını etkilemesi nedeniyle gelecekte istedikleri veya hak ettikleri nitelikte bir iş bulamama veya çalıştıkları işte yükseleme riskinin yüksek olması nedeniyle tedavi arayışında

bulunmuşlardır. Ülkemizde eğitim düzeyi düşük olan kişilerin daha az kalifiye bir işte çalışmaları nedeniyle çok fazla sosyal beceriye gereksinimlerinin olmayışı; hastalığın belirtilerinin iş yaşamı, sosyal, aile ilişkileri ve boş zamanlarındaki işlevselliğini önemli ölçüde etkilememesi nedeniyle sosyal kaygı bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamamaları bu eğitim düzeyinde hastamız olmamasını açıklamaktadır. Ayrıca Weinstock¹ ile Turk ve arkadaşlarının¹⁹ yaptıkları çalışma sonuçlarına benzer biçimde, bu çalışmada da sosyal kaygı bozukluğu tanısı konan kadın ve erkek hastalar arasında eğitim düzeyinin farklı olmadığı görülmüştür.

Sosyal kaygı bozukluğunun erken yaşlarda başladığı bilinmektedir.^{36,37} Cinsiyete göre sosyal kaygı bozukluğunda yaş ortalamasını değerlendiren çalışmada ortalama yaşın 35 olduğu, fakat cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiştir.¹⁹ Bizim çalışmamızda ortalama yaş ise 25 civarı olup, Türkiye'de yapılan araştırmalar ile uyumludur.³⁷ Hastalık süresi açısından farklılık olmayıp, yaş ortalamasının erkeklerde daha

Tablo 4: Kadın ve erkek hastalarda anksiyete duyarlılığı göstergesi (ADG)

ADG	Kadın		Erkek		p*
– Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	2.3	1.3	2.6	1.3	.2
– Bir iş üzerinde zihnimi toplayamadığım anlarda aklımı kaçırabileceğim konusunda endişelenirim.	1	1.4	.8	1.2	.5
– Titrediğimi hissetmek beni korkutur.	2.6	1.6	2.6	1.6	.9
– Bayılcakmış gibi hissetmek beni korkutur.	2.1	1.8	1.8	1.6	.4
– Duygularımı kontrol altında tutmak benim için önemlidir.	3.4	.8	3.3	.8	.6
– Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	2.4	1.5	2.7	1.3	.3
– Midemin guruldaması beni utandırır.	2.2	1.4	1.9	1.5	.4
– Bulantı hissetmek beni korkutur.	1.1	1.6	.9	1.1	.4
– Kalbimin hızlı çarptığını hissettiğimde kalp krizi geçirdiğim konusunda endişelenirim.	.8	1.5	.6	1	.6
– Nefesimin daralması beni korkutur.	2.4	1.7	1.7	1.4	.02*
– Midem kötü olduğunda ciddi bir hastalığım olabileceği konusunda endişelenirim.	1	1.3	.7	1	.2
– Midem kötü olduğunda ciddi bir hastalığım olabileceği konusunda endişelenirim.	2.2	1.1	1.1	2	.3
– Zihnimi bir noktada toplayamama beni korkutur.	2.2	1.6	2.5	1.5	.3
– Titremem diğer insanların dikkatini çeker.	2.2	1.4	1.4	2.4	.4
– Sinirli olduğum zamanlarda akıl hastası olabileceğim konusunda endişelenirim.	.6	1	.9	1.2	.2
– Sinirli olmak beni korkutur.	2.1	1.6	1.6	1.8	.3
– Toplam puan	30.9	13.8	29.8	11.7	.6

* p<0.005

fazla olması erkek hastalarımızın tedavi için daha geç yaşta başvurması ile ilintili olabilir.

Yine epidemiyolojik veriler, bekar veya dullarda sosyal kaygı bozukluğunun daha fazla görüldüğünü bildirmiştir.²⁻⁸ Bizim araştırmamızda da hastaların çoğunluğunun bekar olduğu, fakat cinsiyetler arası medeni durumun açısından anlamlı bir farklılık olmadığını belirledik.

Sıklıkla başka psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülen sosyal kaygı bozukluğunda birincil tanısı sosyal kaygı bozukluğu olan hastaların yaklaşık %70-80'inde en az bir başka psikiyatrik hastalık da saptanmıştır.^{11,19-26} Bizim çalışmamızda sosyal kaygı bozukluğu ile birlikte başka bir psikiyatrik hastalık görülme oranını %58 olarak bulduk.

%10.4 hastada major depresyon, %9.5 oranında hastada yaygın anksiyete bozukluğu ve agorafobi, %7.6 hastada distimi, %1.9 hastada obsessif kompulsif bozukluk ve %3.8 hastada alkol ve madde bağımlılığı birlikte görülmekte idi. Lecrubier ve Weiller Fransa'da 2000 kişide yaptıkları çalışmada sosyal kaygı bozukluğu olmayanlara göre olanlarda, depresyon (%48.8) ve agorafobi görülme (%14.7) sıklığını anlamlı olarak daha yüksek bulmuştur.²⁰ Bizim çalışmamızda ise major depresyon ve distimi tanısı konan hasta sayısı %18 agorafobi tanısı konan hasta sayısı ise %9.5 idi. Yine Lec-

rubier ve Weiller'in araştırmasında YKB görülme sıklığının %15.6 olduğunu, bu oranın sosyal kaygısı olmayanlardan daha yüksek olmadığı vurgulanmıştır.²⁰ Sosyal kaygı bozukluğu tanısı olan ve olmayan hastaların kıyaslandığı bu çalışmada hem bu yöntemsel farklılık, hem de tanılarının ICD-10'a göre konmuş olması bu farklılığın nedeni olabilir düşüncesindeyiz. Rapee ve arkadaşları anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile sosyal kaygı bozukluğunun birlikteliğinin kadın ve erkeklerde farklı olmadığını belirtmiştir.³⁸ Bizim çalışmamızda kadınlarda distimik bozukluk, fobik bozukluklar ve yaygın anksiyete bozukluğu, erkeklerde de agorafobi, major depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu en sık birlikte görülen hastalık olmuştur. Alkol kötüye kullanımı ile birlikteliği ise yayınlarda %18.8 gibi sıklıkla bildirilirken,^{26,27} bizim çalışmamızda bu oranın daha düşük olduğu (%4.7) (kadınlarda %0, erkeklerde %5.7) göze çarpmıştır. Bununla birlikte gerek eş tanı, gerekse sadece alkol kullanımı açısından cinsiyete göre farklılık olmadığını saptadık.

Bazı sosyal durumlarda kadın ve erkeklerde farklı davranış kalıpları olabileceği bilinmektedir. Özellikle iş yaşantısı ile ilgili konularda karşılaşılan sosyal durumlarda kadınların erkeklere göre daha çok yakınmalarının arttığı belirtilmektedir. (Toplum önünde konuşma, birileri izlerken çalışma gibi).¹⁹ Sosyal kaygı bozuklu-

ğu olan kadınların evlenme, çocuk doğurma gibi olaylardan sonra iş yaşantısına tekrar dönmedikleri görülmüştür.³⁹ Bizim çalışmamızda önemli noktalardan biri de, ev hanımı olan kişilerin sayısının çok az olmasıdır. Bu oranın düşüklüğü ev hanımlarında bu belirtilerin olmayışı ile açıklanamaz. Bize göre ev hanımlarının işlevselliğinin bu belirtilerden dolayı tedavi arayışına gidecek düzeyde olumsuz etkilenmemesi başvurunun düşük olmasını açıklayabilir. Bu hastaların büyük oranında (%18) depresyon (distimi ve depresif bozukluk) ek tanılarının olması hastaların sosyal kaygıları yanında depresif yakınmaları nedeniyle tedaviye geldikleri biçiminde de yorumlanabilir.

Sosyal kaygı bozukluğunun klinik belirtilerinin kadınlarda erkeklerden daha şiddetli olduğu çoğu yayında belirtilmiştir.^{5-10,13,16-19} Turk ve arkadaşlarının Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği kullanarak sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyetler arası farklılığı araştırdıkları çalışmasında ise genel tuvaletleri kullanmada ve alınan bir malı parasını geri almak üzere iade etme puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bunun dışında erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu saptanan sosyal kaygı alanı olmadığı belirlenmiştir.¹⁹ Bizim çalışmamızda ise yetkili biri ile konuşma, dinleyiciler önünde konuşma, rol yapma, ısrarlı bir satıcıya karşı koyma gibi sosyal alanlarda belirlenen sosyal kaygı ve kaçınma şiddeti erkeklerde daha yüksektir. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin ülkemizde yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında genel tuvaletleri kullanma maddesinin işlerliği bulunamamıştır.³⁰ Turk ve arkadaşlarının bu kaygı alanını erkek hastalarda daha yüksek bulması, bizim çalışmamızda ise herhangi bir farklılık saptanmamasının nedeni, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğine bağlı olabilir kanısındayız. Buna rağmen çoğu durumda (özellikle resmi olmayan durumlarda) kadın ve erkeklerin hissettikleri korku ve kaçınma derecesinin aynı olduğunu saptadık. Örneğin başkaları tarafından izleniyorken çalışma, telefonla görüşme gibi.

Bizim çalışmamızda literatür bilgilerinin tersine, sosyal kaygı bozukluğu tanısı konanların çoğunluğu erkek hasta idi ve sosyal kaygı bozukluğu belirtileri erkeklerde daha şiddetliydi. Bu sonuç Türklere çocuk yetiştirme biçimi, cinsiyete göre yüklenen rollerin batı kültüründen farklılığı ile ilgili olabilir düşüncesindeyiz. Genellikle ülkemizde atılganlığın, iş ve sosyal yaşamdaki becerinin ve başarının daha çok erkeklerden bek-

lenmesi ülkemizde erkeklerin bu beceri eksikliklerini giderme konusunda daha istekli olmalarını ve bu konuda hekime başvurma oranının yüksek olmasını açıklamaktadır. Ayrıca koruyucu ve ketleyici anne babalar kız çocuklarını yetiştirirken az konuşması, toplum içinde söze girmemesi konusunda müdahaleleri olmakta ve buna uyan çocuklar yine toplum tarafından akıllı çocuk olarak ödüllendirilmektedir. Sonuçta da sosyal kaygı bozukluğunun belirtileri hastalığın bir parçası olarak algılanmamakta ve yardım arayış oranı daha düşük olabilmektedir. Bunun yansımaları olarak da kliniklere başvuran hastaların küçük bir oranını kadın hastalar oluşturmaktadır.

Sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyete göre olabilecek farklılıkları daha net belirlemek için saha taraması yapılmasının uygun olacağı düşüncesindeyiz. Çünkü bizim hastalarımız tedavi amacıyla başvuran, çoğunluğunun yüksek öğrenim seviyesinde olduğu hastalardan oluşmakta idi. Yine de sonuçlarımız sosyal kaygı bozukluğu belirtilerinin cinsiyete göre farklı olabileceğini, kültürel etmenlerinde bu konuda olası etken olabileceğini göstermiştir.

Kaynaklar

1. Weinstock LS. Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 9): 9-13.
2. Davidson JR, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993; 23(3): 709-18.
3. Degonda M, Angst J. The Zurich study, XX. Social phobia and agoraphobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 243(2): 95-102.
4. Fravelli C, Degl'innocenti BG, Giardinelli L. Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 308-12.
5. Lepine JP, Lellouch J. Classification and epidemiology of social phobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 244(6): 290-6.
6. Lindal E, Stefansson JG. The lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimated by the US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88(1): 29-34.
7. Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D ve ark. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; 241(4): 247-58.
8. Kesler RG, Mc Gonagle KA, Zhao S ve ark. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the USA: results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
9. Turner SM, Beidel DC, Townsley RM. Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol* 1992; 101(2): 326-31.

10. Furmark T, Tillfors M, Everz P ve ark. Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34(8): 416-24.
11. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD ve ark. Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 282-8.
12. Stein MB, Walker JR, Forde DR. Setting diagnostic thresholds for social phobia: Considerations from a community survey of social anxiety. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 408-12.
13. Aimes PI, Gelder MG, Shaw PM. Social phobia: A comparative clinical study. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 174-9.
14. Marks IM, Gelder Mg. Different ages of onset in varieties of phobias. *Am J Psychiatry* 1966; 123: 218-21.
15. Edelman RJ. Dealing with embarrassing events: Socially anxious and non-socially anxious groups compared. *British Journal of Clinical Psychology* 1985; 24: 281-8.
16. Bridges KR, Sanderman R, Breukers P ve ark. Sex differences in assertiveness on US version of scale for interpersonal behavior. *Personality and Individual Differences* 1991; 12: 1239-43.
17. Faravelli C, Zucchi C, Viviani. Epidemiology of social phobia: A clinical approach. *Eur Psychiatry* 2000; 15(1): 17-24.
18. Snell WE. Willingness to self-disclose to female and male friends as a function of social anxiety and gender. *Personality and Social Psychol Bull* 1989; 15: 113-25.
19. Turk CL, Heimberg RG, Orsillo SM ve ark. An investigation of gender differences in social phobia. *J Anxiety Disord* 1998; 12(3): 209-23.
20. Lecrubier Y, Weiller E. Comorbidities in social phobia. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; (12 Suppl)6: S17-21.
21. Lecrubier Y, Wittchen HU, Faravelli C ve ark. European perspective on social anxiety disorder. *Eur Psychiatry* 2000; 15(1): 5-16.
22. Boyd JH, Rae DS, Thompson JW et al. Phobia: prevalence and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25(6): 314-23.
23. Wittchen HU, Beloch E. The impact of social phobia on quality of life. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996; (11 Suppl)3: 15-23.
24. Angst J. Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; (8 Suppl)1: 21-5.
25. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* 1990; (24 Suppl)2: 3-14.
26. Hazan AL, Stein MB. Clinical phenomenology and comorbidity. Stein MB (ed). *Social Phobia clinical and research perspectives*. Washington DC. American psychiatric Press, Inc, 1995: 3-41.
27. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA ve ark. *Social Phobia*. 1. baskı. The Guilford Press. New York. 1995.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. baskı. Washington DC, American Psychiatric Association. 1994.
29. DSM-III-R Yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe versiyonu (SCID): Sorias S (Çeviri Editörü). Bornava: Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
30. Dilbaz N. Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliliği. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 2001.
31. Hamilton M. Development of rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychology* 1967; 6: 278-96.
32. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50-5.
33. Dilbaz N, Güz H. Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliliği. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 2001.
34. Pollard CA, Henderson JG. Four types of social phobia in a community sample. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176: 440-5.
35. Lepine JP. Diagnosis and epidemiology of social phobia. *European Neuropharmacology* 1993; 3: 186-7.
36. Akdemir A, Cinemre B. Sosyal Fobi: Epidemiyoloji, eşlik eden hastalıklar, klinik gidiş, prognoz. *3P Dergisi* 1996; 4(ek 1): 11-6.
37. Gökalp P, Tükel R, Solmaz D ve ark. Clinical features and comorbidity of social phobics in Turkey. *Eur Psychiatry* 2001; 16(2): 115-21.
38. Rapee RM, Sanderson WC, Barlow DH. Social phobia features across the DSM-III anxiety disorders. *J Psychopat Behav Assess* 1988; 10: 287-99.
39. Caspi A, Elder GH, Bem DJ. Moving away from the world: Life-course patterns of shy children. *Development Psychology* 1988; 24: 824-31.