

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ  
ANABİLİM DALI

**ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3'ÜN  
TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE  
GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

**DR. ATIL MANTAR**

**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR-2008**

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ  
ANABİLİM DALI

**ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3'ÜN  
TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE  
GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**DR. ATIL MANTAR**

**TEZ DANIŞMANI  
DOÇ. DR. BEYAZIT YEMEZ**

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>iii</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	<b>iii</b>
<b>GRAFİK LİSTESİ</b> .....	<b>iii</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>v</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>1</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1.GİRİŞ</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2.AMAÇ</b> .....	<b>6</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>7</b>
2.1. Tarihçe .....	7
2.2. Anksiyete Duyarlılığı Nedir? .....	11
2.3. Anksiyete Duyarlılığı ve Sürekli Anksiyete .....	13
2.4. Anksiyete Duyarlılığını Etkileyen Faktörler... ..	15
2.4.1. Genetik Faktörler .....	15
2.4.2. Öğrenme Deneyimleri .....	16
2.4.2.1. Klasik Koşullanma.....	17
2.4.2.2. Edimsel Koşullanma.....	18
2.4.2.3. Gözlemsel Koşullanma.....	18
2.4.3. Anksiyete Duyarlılığı ve Cinsiyet .....	19
2.5. Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklar.....	20
2.5.1. Anksiyete Duyarlılığı ve Anksiyete Bozuklukları.....	20
2.5.1.1. Panik Bozukluğu.....	20
2.5.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk .....	22
2.5.1.3. Yaygın Anksiyete ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu .....	23
2.5.1.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu .....	24
2.5.2. Anksiyete Duyarlılığı ve Depresyon .....	25
2.5.3. Anksiyete Duyarlılığı ve Hipokondriyazis .....	27
2.5.4. Anksiyete Duyarlılığı ve Alkol Kullanımı .....	27
2.5.5. Anksiyete Duyarlılığı ve Madde Kullanımı .....	28
2.6. Anksiyete Duyarlılığı Ölçümü.....	30
2.6.1. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ) .....	30
2.6.2. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-Gözden Geçirilmiş Formu (ADİ-GF) ....	32

2.6.3. Anksiyete Duyarlılığı Profili (ADP).....	33
2.6.4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) .....	33
2.6.5. Çocukluk Çağı Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADI) .....	34
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>36</b>
3.1. Çalışma Deseni .....	36
3.1.1. Çalışmaya dahil edilme ölçütleri .....	37
3.1.2. Çalışmadan dışlama ölçütleri.....	38
3.2. Kullanılan Ölçüm Araçları .....	38
3.2.1. Sosyodemografik veri formu .....	38
3.2.2. M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview).....	38
3.2.3. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) .....	39
3.2.4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ) .....	39
3.2.5. Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) .....	39
3.2.6. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ).....	40
3.2.7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) .....	40
3.2.8. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	40
3.3. İstatistiksel Analiz .....	41
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>42</b>
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler .....	42
4.2. Geçerlik Ölçümleri .....	44
4.2.1. Ayırt Edici Geçerlik .....	44
4.2.2. Benzer Ölçek Geçerliği .....	46
4.2.3. Yapı Geçerliği-Faktör Analizi .....	47
4.3. Güvenirlik Ölçümleri.....	50
4.3.1. İç Tutarlılık (Cronbach Alfa).....	50
4.3.2. Madde Analizi .....	51
4.3.3. Test-Tekrar Test Güvenirliği .....	52
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>53</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>59</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>61</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>68</b>

<b>TABLO LİSTESİ</b>	<b>Sayfa No</b>
TABLO 1: Çalışma grubunun klinik özellikleri .....	42
TABLO 2: Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri .....	43
TABLO 3: Hasta ve kontrol grubunun ölçeklerden aldığı puan ortalamaları .....	43
TABLO 4: Çalışma grubunda ADİ-3 puanı ortalamaları .....	44
TABLO 5: Hastalık gruplarıyla sağlıklı grubun ADİ-3 toplam puanı temelinde karşılaştırılması, Bonferroni düzeltmesi .....	45
TABLO 6: Tüm çalışma grubunda ve hasta grubunda ADİ-3 ve ADİ puan korelasyonu .....	46
TABLO 7: Ölçekler arası korelasyon katsayısı dağılımı .....	47
TABLO 8: Ölçeğinin bileşen dağılımı .....	49
TABLO 9: Faktör Analizi, açıklanan toplam varyans .....	50
TABLO 10: Madde toplam puan korelasyonu .....	51
TABLO 11: Test-tekrar test ortalama puanları .....	52
TABLO 12: ADİ-3 Toplam puanlarının ve maddelerinin test-tekrar test için Pearson korelasyon katsayıları .....	52

<b>SEKİL LİSTESİ</b>	<b>Sayfa No</b>
ŞEKİL 1: Faktör analizi, Scree test grafiği .....	48

<b>GRAFİK LİSTESİ</b>	<b>Sayfa No</b>
GRAFİK 1: Hastalık gruplarına göre ADİ-3 puan ortalamaları .....	45

## **KISALTMALAR**

<b>PB:</b>	Panik Bozukluğu
<b>SAB:</b>	Sosyal Anksiyete Bozukluğu
<b>YAB:</b>	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
<b>OKB:</b>	Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>TSSB:</b>	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>ADİ-3:</b>	Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3
<b>ASI-3:</b>	Anxiety Sensitivity Index-3
<b>ADİ:</b>	Anksiyete Duyarlılığı İndeksi
<b>ASI:</b>	Anxiety Sensitivity Index
<b>ADİ-GF:</b>	Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-Gözden Geçirilmiş Formu
<b>ASI-R:</b>	Anxiety Sensitivity Index-Revised
<b>ADP:</b>	Anksiyete Duyarlılığı Profili
<b>ASP:</b>	Anxiety Sensitivity Profile
<b>ÇADİ:</b>	Çocukluk Çağı Anksiyete Duyarlılığı İndeksi
<b>CASI:</b>	Childhood Anxiety Sensitivity Index
<b>SKE:</b>	Sürekli Kaygı Envanteri
<b>STAI-T:</b>	State-Trait Anxiety Inventory-Trait Form
<b>BDAÖ:</b>	Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği
<b>SAS:</b>	The Somatosensory Amplification Scale
<b>BAÖ:</b>	Beck Anksiyete Ölçeği
<b>BAI:</b>	Beck Anxiety Inventory
<b>BDE:</b>	Beck Depresyon Envanteri
<b>BDI:</b>	Beck Depression Inventory
<b>M.I.N.I:</b>	Mini International Neuropsychiatric Interview-Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme
<b>DSM:</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
<b>ICD:</b>	International Clasification of Diseases

## **TESEKKÜR**

Bu çalışmanın araştırılmasında, planlanmasında, istatistiksel değerlendirme ve yazım aşamasında bilgi ve desteğini hiç bir zaman esirgemeyen sevgili hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Beyazıt Yemez'e tez sürecimdeki ve Psikiyatri eğitimimdeki katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Psikiyatri eğitimim süresince bilgilerini, deneyimlerini benimle paylaşan, hem iyi bir hekim hem de iyi bir araştırmacı olabilmem için her zaman desteklerini gördüğüm sevgili hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Doç. Dr. Yıldız Akvardar, Doç. Dr. Ayşegül Yıldız, Doç. Dr. Berna Binnur Kıvrırcık Akdede ve Yrd. Doç.Dr. Elif Onur'a teşekkür ederim.

Tezimin çeviri aşamasındaki yardımlarından dolayı Prof. Dr. Tunç Alkın, Dr. Selçuk Şimşek, Dr. Ceyhun Can ve Psikolog Dr. Neslihan Eminağaoğlu'na teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimime katkılarından dolayı Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı ve Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve asistanlarına teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım, iyi ve kötü günlerimde varlıklarını hissettiğim tüm uzman ve asistan arkadaşlarıma ve Psikiyatri Anabilim Dalı çalışanlarıma teşekkür ederim.

Asistanlık yaşamımda ve tez sürecimdeki yardımlarından dolayı tüm hastalarım; araştırmaya katılmayı kabul eden ve soruları içtenlikle yanıtlayan tüm sağlıklı gönüllülere teşekkür ederim.

Hiç bir zaman yardımlarını esirgemeyen ve her zaman yanımda olduklarını hissettiğim sevgili aileme teşekkür ederim.

Ve son olarak; verilerin toplanması ve bilgisayara girilmesi aşamasında büyük emeği olan, bana her zaman anlayışla ve sevgiyle yaklaşan ve varlığıyla bana güç katan sevgili eşim Özge'ye teşekkür ederim.

Atıl MANTAR

## **ÖZET**

### **Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması**

Dr. Atıl Mantar

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

Mithatpaşa Cad. Balçova, 35340

İzmir, Türkiye

E-mail: [atlmantar@yahoo.com](mailto:atlmantar@yahoo.com)

**Amaç:** Anksiyete duyarlılığı kişinin yaşayacağı anksiyete belirtilerinin zararlı sonuçları olacağı inancına dayanan ve bu nedenle anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilerden aşırı derecede korku olarak tanımlanmıştır. Anksiyete duyarlılığı anksiyeteyi yükselten bir durum olup kişide anksiyete bozukluğu geliştirme riskini artırmaktadır. İlk kez Reiss ve McNally tarafından 1985 yılında tanımlanmıştır. Anksiyete duyarlılığını ölçmek için Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Gözden Geçirilmiş Formu ve Anksiyete Duyarlılığı Profili adında ölçekler geliştirilmiştir. Bu çalışmanın amacı S.Taylor ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe'ye uyarlanarak hasta ve sağlıklı gönüllü gruplarında geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır.

**Yöntem:** Çalışma DSM-IV tanı ölçütlerine göre anksiyete bozukluğu ve/veya major depresyon tanısı almış 300 hasta ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 150 sağlıklı gönüllü grubundan oluşan, toplam 450 kişinin oluşturduğu bir örnekleme yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview, Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, Klinisyen Değerlendirmesi) yapılandırılmış klinik görüşmesi uygulanarak psikiyatrik hastalığın varlığı ve yokluğu belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilen tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Bedensel Duyumları Abartma



Ölçeği (BDAÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Geçerlik çalışmalarında ölçeğin, sadece Başka Türlü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu (Anksiyete Bozukluğu BTA) hasta grubu dışında ( $p= 0.289$ ) diğer hasta grupları (panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, majör depresyon) ile sağlıklı grubu ayırt ettiği gösterilmiştir. Ölçeğin ADİ ile ( $r= 0.85$ ,  $p< 0.001$ ), BAÖ ile ( $r= 0.71$ ,  $p< 0.01$ ) yüksek düzeyde ilişkili olduğu SKE ile ( $r= 0.68$ ,  $p< 0.01$ ), BDAÖ ile ( $r= 0.47$ ,  $p< 0.01$ ) ve BDE ile ( $r= 0.57$ ,  $p< 0.01$ ) orta düzeyde ilişkili olduğu ve yapılan faktör analizinde fiziksel, bilişsel ve sosyal olmak üzere 3 faktörlü bir yapıya sahip olduğu saptanmıştır. ADİ-3'ün yüksek bir iç tutarlılık gösterdiği (Cronbach alfa katsayısı= 0.93), ölçeğin tüm maddelerinin ölçeğin tümü ile tutarlılığının yeterli olduğu ve test tekrar test güvenilirliğinin oldukça iyi olduğu gösterilmiştir ( $r= 0.64$ ,  $p< 0.001$ ).

**Sonuç:** Bu alışmayla Türkçe'ye kazandırılan ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin panik bozukluğu başta olmak üzere diğer anksiyete bozuklukları, majör depresyon gibi hastalıkların bilişsel yapısını daha iyi anlamada ve hem klinik çalışmalarda hem de birinci basamak sağlık araştırmalarında kullanımının yararlı olacağı düşünölmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Anksiyete duyarlılığı, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, geçerlik, güvenilirlik

## **SUMMARY**

### **The Validity and Reliability of Turkish Version of Anxiety Sensitivity Index-3**

Dr. Atıl Mantar

Dokuz Eylül University Faculty of Medicine,

Department of Psychiatry,

Mithatpaşa Cad. Balçova, 35340

İzmir, Turkey

E-mail: [atlmantar@yahoo.com](mailto:atlmantar@yahoo.com)

**Objective:** Anxiety sensitivity has been defined as an excessive fear from senses and symptoms of anxiety and arises from a belief that anxiety symptoms that one could experience would cause some hazardous results. As a condition increasing anxiety, anxiety sensitivity also increases the risk of developing an anxiety disorder in an individual; and was first defined by Reiss and McNally in 1985. In order to measure anxiety sensitivity, several scales have been developed such as Anxiety Sensitivity Index, Anxiety Sensitivity Index-Revised and Anxiety Sensitivity Profile. The aim of the present study is to investigate validity and reliability of Anxiety Sensitivity Index–3 in patient and healthy volunteer groups, developed by Taylor et al. in 2007, by adapting it into Turkish.

**Method:** The study was carried out in 450 subjects consisting of 150 healthy individuals without any psychiatric disorder and 300 patients with any anxiety disorder and/or major depression according to DSM-IV criteria. All subjects included in the study were evaluated by M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) which is a structured interview for determination of psychiatric disorders according to DSM-IV criteria. All subjects included in the study were also given a sociodemographic form, Anxiety Sensitivity Index–3 (ASI - 3), Anxiety Sensitivity Index (ASI), State-Trait Anxiety Inventory-Trait Form (STAI–T), The Somatosensory Amplification Scale (SAS), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI) that were all self report tests.

**Results:** The validity part of the study revealed that the scale differentiates the patients from the healthy group in all disease conditions (panic disorder, generalized anxiety

disorder, obsessive compulsive disorder, social anxiety disorder, major depressive disorder) except for anxiety disorder not otherwise specified (NOS) ( $p= 0.289$ ). The scale was found to be highly related to ASI ( $r= 0.85$ ,  $p< 0.001$ ), and BAI ( $r= 0.71$ ,  $p< 0.01$ ) and moderately related to STAI-T ( $r= 0.68$ ,  $p< 0.01$ ), BDI ( $r= 0.57$ ,  $p< 0.01$ ), and SAS ( $r=0.47$ ,  $p< 0.01$ ). In the factor analysis, ASI-3 was found to be composed of 3 factors; physical, cognitive and social. It was also found that ASI-3 had a high internal consistency (Cronbach  $\alpha$  coefficient= 0.93), all items of the scale had sufficient consistency with the whole scale, and the scale had a fairly good test – retest reliability ( $r= 0.64$ ,  $p< 0.001$ ).

**Conclusion:** According to the present study, ASI-3 Turkish version showed to be a valid and a reliable scale. This scale is thought to be useful in understanding the cognitive structure of patients with especially panic disorder, as well as other anxiety disorders and major depressive disorder, in both clinical studies and in primary health care investigations.

**Keywords:** Anxiety sensitivity, Anxiety Sensitivity Index – 3, validity, reliability

## **1.1. GİRİŞ**

Anksiyete (bunaltı) içten veya dışardan gelebilecek bir tehlike beklentisinin neden olduğu kaygı ve endişe durumudur. Yaşamın sürdürülmesinde ve karşılaşılabilecek tehlikeleri önleyebilmede temel rol oynayan emosyonlardan biridir. Birçok farklı ruhsal bozuklukta ortaya çıkan, tehdide karşı geliştirilen bir tepki ve evrimsel olarak hayatta kalmaya yönelik bir duygudurumu halidir. Bu duyguya vücutta bir takım duyular eşlik edebilir. Bu duyulara örnek olarak göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, titreme, başağrısı, bulantı, sersemlik hissi verilebilir. Anksiyetenin klinik görünümüleri kişiden kişiye büyük ölçüde değişir. Anksiyetenin ortada somut bir tehlike olmaksızın yaşanması, sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkması ve kişinin olağan yaşamını etkilemeye başlaması bireyde bir anksiyete bozukluğu olduğunu düşündürür. Anksiyete bozuklukları; Agorafobi olmadan Panik bozukluğu, Agorafobili Panik Bozukluğu, Panik Bozukluğu Olmadan Agorafobi, Özgül Fobi, Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Akut Stres Bozukluğu, Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu ve Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluklarını içerir (1).

Birçok anksiyete bozukluğunun bilişsel modeli son yirmi yıllık sürede geliştirilmiştir. Anksiyete bozukluklarının bilişsel modeli altta yatan inançlar, bilişsel süreçler gibi bir takım bilişsel yapılanmaların bazı bozukluklara özgül olabileceğini öne sürer. Pek çok bilişsel düzeneğin kendilerine özgül olan anksiyete bozukluğunun etiyolojisinde veya sürmesinde rol aldığı öne sürülmektedir. Panik bozukluk için korkudan korkmak ve anksiyete duyarlılığı, yaygın anksiyete bozukluğu için belirsizliğe tahammülsüzlük ve patolojik endişe, sosyal anksiyete bozukluğu için olumsuz değerlendirilmeye karşı korku, kendine odaklanmış dikkatte artış, obsesif kompulsif bozukluk için takıntılı düşünceye sahip olmakla ilgili sorumluluk inançları ve düşünceyi baskılama ve düşüncenin önemine dair inançlar sayılabilir (2).

Anksiyete duyarlılığı zararlı fiziksel fizyolojik ve/veya sosyal sonuçları olduğuna inanılan (ölüm, delilik ya da sosyal reddedilme) anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı düzeyde bir korku olarak tanımlanmıştır. Kişinin yapısında bulunan ve süreklilik

gösteren temel bir korku biçiminde ve çok çeşitli anksiyete bozukluklarına yatkınlığı değerlendirmek üzere kavramsallaştırılmıştır. Anksiyete duyarlılığı anksiyeteyi yükselten bir durumdur. Anksiyete duyarlılığı yüksek kişiler anksiyete yaşadıklarında hemen korkularına yönelik alarm durumuna geçerler ve bu onların anksiyetesini şiddetlendirmektedir. Normal popülasyona oranla anksiyete duyarlılığı insanlarda anksiyete bozukluğuna sahip olma riskini artırmaktadır. Ve insanların o andaki anksiyete duyarlılığı düzeyi sonraki anksiyete semptomları geliştirme riskini öngörmektedir (3).

Anksiyete duyarlılığını değerlendirmede çeşitli ölçekler kullanılmaktadır ve bu amaçla ilk olarak 1986 yılında Reiss ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçek Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (Anxiety Sensitivity Index) dir (4). Ölçek üç temel faktörden (fiziksel, bilişsel ve sosyal) ve toplam 16 maddeden oluşmaktadır. Birçok dile çevrilmiş ve çevrildiği ülkelerde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Daha sonra Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-Gözden Geçirilmiş Formu (ADİ-GF) ve Anksiyete Duyarlılığı Profili (ADP) adında ölçekler geliştirilmiştir.

Anksiyete duyarlılığını psikometrik açıdan çok boyutlu ölçmek için yeni araştırmalar yapılmış ve anksiyete duyarlılığını çok boyutlu olarak değerlendiren Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (Anxiety Sensitivity Index-3) olarak adlandırılan yeni bir ölçek geliştirilmiştir. Ölçek üç alt faktörden (fiziksel, bilişsel ve sosyal) ve toplam 18 maddeden oluşmaktadır (5). Klinikte ve sağlıklı gönüllülerde kullanılması amaçlanmıştır.

## **1.2. AMAC**

Anksiyete duyarlılığını çok boyutlu olarak ölçmek için S.Taylor ve arkadaşları tarafından geliştirilen Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe ye kazandırılması; hasta ve sağlıklı gönüllü gruplarında geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak psikometrik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. TARİHÇE**

Anksiyete her insan tarafından zaman zaman yaşanan, asıl amacı yaşamın sürdürülmesi ve uyum davranışının gelişimini sağlamak olan içten veya dışardan gelebilecek bir tehlike beklentisinin neden olduğu kaygı ve endişe durumudur. Anksiyete (anxiety), darlık ve sıkışma anlamına gelen Hint-German kökenli ‘angh’ sözcüğünden türetilmiştir. Türkçe’de kaygı ya da bunaltı kelimeleri ile anlatılmaya çalışılmıştır. İçsel (intrapşik) ya da dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike veya tehlike olasılığına karşı yaşanan bir duygu durumudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İç ve dış tehlikelere karşı koruyucu, uyarıcı, önlem alınmasını sağlayan bir yönü de vardır (6).

İlk çağlarda Aristo ve Plato anlık korkulardan bahsetmişlerdir. Çiçero özel anksiyete yaşantısının süresi ve yoğunluğundan söz edip geçici patlama tarzında olan anksiyeteyi tanımlarken ‘angor’ terimini daha hafif ve süreğen olanı anlatmak için ‘anxietas’ terimini kullanmıştır. Hipokrat ise anksiyeteyi hastalık boyutunda ele almış, bedensel belirtiler ile öznel anksiyete yaşantısı arasındaki ilişkiden söz ederek, anksiyetenin uyaran bağımlı anlık korkular olduğunu belirtmiş ve süresi ile yoğunluğunun değişebileceğini söylemiştir (7).

17.yy dan itibaren dilbilimciler tarafından paroksizmal olarak ortaya çıkan, şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve endişe durumları için kullanılmış, aralarında bazı anlam farklılıkları olsa da Fransızlar “Angoisse”, Almanlar “Angst”, İspanyollar ise “Angustia” sözcüklerini kullanmışlardır. 1800’lü yılların ortalarında Heinrich Neumann’ın anksiyetenin özellikle cinsel dürtülerin doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamalarını andırmaktadır. 1800’lerin ortalarında, Otto Domrich, tıbbi psikoloji alanında ilk kez “anksiyete nöbetlerinden” söz etmiştir. Anksiyete nöbetleri tanısı büyük olasılıkla, kardiyopulmoner belirtilerle seyreden savaş meydanlarındaki terörle tetiklenen tablolar için kullanılmıştır (6).

Feuchtersleben 1847 yılında ilk kez organik hastalıkların neden olduğu anksiyete belirtilerini gözlemlemiş 1869 da Beard fizyolojik yetersizliklerin psikolojik sorunlara neden olduğu görüşünden yola çıkarak “Nevrasteni” terimini ortaya atmıştır ve 1890’larda anksiyete belirtilerinin birçok başka hastalıklarda görülmekle birlikte aynı, tek bir klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır. Melankoli ve anksiyete atakları arasındaki ilişkiyi ilk kez Maudsley 1879’da tanımlamış ancak Freud’a dek bu ataklar nevrasteni kavramı içinde yer almıştır (8). Freud’un 1894 yılında anksiyete nevrozunu tanımlaması ile bu semptomların bir kısmı nevrasteniden ayrı bir tablo olarak tanımlanmıştır. 1908 yılında Stekel “rezidüel anksiyete” kavramını ortaya koymuştur. Öznel anksiyete yaşantısı olmaksızın somatik anksiyete belirtilerinin ön planda olması durumu olarak tanımlanmış ve bu görüş 20. yüzyılın sonlarında Beltman tarafından “korkusuz panik bozukluğu” tanımıyla tekrar gündeme getirilmiştir.

1894 yılında Freud ilk anksiyete teorisini ortaya atmıştır. Freud’un anksiyete nevrozu kavramı oldukça kapsamlı bir kavramdır. Seksüel doyumdaki bozukluk üzerinde durulmuş ve anksiyete represyona (bastırmaya) bağlanmıştır. 1900’lü yılların başında Freud ikinci anksiyete teorisini ileri sürmüştü ve burada anksiyeteyi tehlikeyi önlemek için ortaya çıkan bir haberci olarak tarif etmiştir. Yani anksiyete represyonun sonucu değil represyon oluşturucu olarak düşünülmüştür. Yasaklanmış ve bilince çıktığı takdirde kişiyi rahatsız edecek bir dürtünün açığa çıkabileceği konusunda benliği uyarıcı bilişsel bir fenomen olarak değerlendirmiştir. Freud’a göre anksiyete nevrozu dört büyük sendromu içermektedir: Genel irritabilite, kronik anksiyöz beklenti, anksiyete nöbetleri ve sekonder fobik kaçınma. Freud anksiyöz beklentinin anksiyete nevrozunun çekirdek belirtisi olduğuna, sinirlilik, kaygı-endişe ve yüzer-gezer anksiyeteyi kapsadığına inanırdı. “Aşırı kaygı” durumu “anksiyöz beklenti” terimi altında ilk kez onun tarafından tanımlanmıştır. Freud gelişimin farklı aşamalarında farklı anksiyetelerden söz eder, doğumda yaşanan ani heyecanın ilk anksiyetenin ve daha sonraki anksiyetelerin modeli olduğunu savunur daha sonra nesne kaybının önem kazandığını savunur. Gelişim sürecinin olgunluk dönemlerinde ise temel tehlike nesne kaybindan çok nesneye ait sevginin kaybedilmesidir. Erkek çocuklarda ödipal dönemde temel kaygı kastrasyon anksiyetesiyken, süperego gelişimi ile süperego kaygısı ve suçluluk önem kazanır. Ama tüm bu gelişim evrelerinde doyurulmamış isteklerinin aşırı kışkırtmasıyla karşılaşma tehlikesinin ortak olduğundan

söz eder. Freud anksiyete belirtilerini, öncelikle somatik belirtiler olarak, ya yüzer-gezer anksiyeteye ya da ani anksiyete nöbetleri ile birlikte tarif eder. Freud kronik kaygı-endişenin basit fobiye, vertigo ve anksiyete nöbetlerinin ise agorafobiye yol açtığına inanmaktaydı. Nevrasteni ve histeri belirtilerinin, ayrıca obsesyonların anksiyete nevrozuna en çok eşlik eden belirtiler olduğunu gözlemlemiştir. Freud yüzer-gezer anksiyeteyi ve kronik endişe halini anksiyete nöbetlerinden ayırmamıştır (6).

Öğrenme teorisine göre, anksiyete bozuklukları klasik koşullanmayla öğrenilir. Bu kuramlar açısından değerlendirildiğinde anksiyete öğrenilmiş bir süreçtir; açlık, cinsellik gibi biyolojik kökenli birincil dürtülerin yanında insanı güdüleyici bir güç olarak görev yapan ikincil bir dürtüdür. Pawlow'un klasik koşullanma kavramından yola çıkarak Watson ve Morgan 1917 yılında anksiyetenin koşullu bir tepki olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu modelde koşullu bir uyaran koşulsuz bir yanıtı neden olur. Doğal olarak korkutucu olmayan uyaran doğal olarak korkutucu bir uyaranla eşleştirildiğinde, koşullu uyaran yansız olma özelliğini kaybederek korkutucu bir uyaran olma özelliğini kazanır (9). Önceden nötral olan bir uyaran, kendisiyle bağlantı kurulan diğer uyarının oluşturduğu tepkiyi ortaya çıkarır. Eysenk bireyleri nevrotik yapan kişilik özellikleri üzerine odaklanarak emosyonel olarak tutarlılık göstermeyen içe dönük kişilerin koşullu anksiyete tepkilerini öğrenmeye daha yatkın olduklarını belirtmiştir. Dışa dönüklerin ise davranış bozuklukları kişilik sorunları ve histeri tabloları göstermeye daha yatkın olduklarını söylemiştir (10).

Bilişsel yaklaşımçılara göre anksiyetenin nedeni olayların kendisi değil, kişinin beklentileri, bu olayları nasıl ve ne biçimde algılayıp yorumladığı ile ilgilidir. Bilişsel kuramların ortaya çıkması anksiyetenin daha iyi anlaşılmasına yol açmıştır. Bilişsel modelde iki ayrı düşünce bozukluğu söz konusudur. Bunlardan ilki “olumsuz düşünceler”dir. Burada kişinin, o anda içinde bulunduğu ortamla ilgili olarak kesin olmayan ancak olumsuz nitelikli düşünceleri vardır. İkincisi ise “disfonksiyonel varsayım ya da disfonksiyonel kurallar” adı verilen ve kişiyi rahatsız eden kesin düşünce ve inançlardır. Burada olumsuz düşüncenin veya inanın kesin oluşu önemlidir.



Bu düşünce bozuklukları kaynağını erken çocukluk dönemlerinden alır. O dönemlerde oluşan “negatif şemalar” genelde sessiz bir biçimde kalabildikleri gibi özgün bir olay tarafından uyarıldıklarında da işlevsel olabilirler. Bu şemalar kişinin “tehlike”yi yorumlamasında olumsuz rol oynarlar. Olayların ne biçimde yorumlandığı ve algılandığı, duygularımızı belirler. Duygularımızı tetikleyen olayların kendisinden çok onlara verilen anlam olmaktadır. Bu anlamlandırma, olayın olduğu ortamın özellikleri, olayın olduğu andaki duygudurum ve bireyin geçmiş deneyimlerine bağlıdır. Sonuç olarak aynı olay farklı kişilerde farklı duygulara neden olabileceği gibi, aynı kişide farklı zamanlarda farklı duygulara neden olabilir (11). Bilişsel kuramlar ister koşullu ister koşulsuz olsun en önemli vurguyu bireyin olayla ilgili yorumlarına yapmaktadırlar. Anksiyete tepkisinin devam etmesi değiştirilmemiş veya ortadan kaldırılmamış çeşitli bilişsel hataların halen devam ediyor olması ile ilgilidir.

Günümüzde psikiyatri alanında iki büyük tanısal sınıflama sistemi vardır. Bunlardan ilki Amerikan Psikiyatri Birliğine ait Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM) diğeri ise Dünya Sağlık Örgütüne ait ICD (International Clasification of Diseases) sınıflama sistemleridir. Bugün her iki sistem birbirine hem tanı kategorileri hem de tanı ölçütleri açısından çok yakınlaşmışlardır. Anksiyete bozukluklarının bu iki tanısal sınıflama sistemi içerisinde yer alış biçimleri son elli yıl içerisindeki anksiyete ve anksiyete bozuklukları kavramının gelişimine de ışık tutmaktadır (6).

Gerek 1952 yılında yayımlanan DSM-I ve gerekse 1968 yılında yayımlanan DSM-II, nevroz kavramını anksiyete bozukluklarının yapılandırılmasında organize edici temel kavram olarak ele almıştır. DSM-I ve DSM-II, psikiyatrik bozuklukların sınıflamasında psikoanalitik kuram ve pratiğinden oldukça etkilenmişlerdir. 1960’lardan sonraki yıllarda özellikle klinik araştırmalarla meşgul olan psikiyatristler DSM-I ve DSM-II’nin sağladığı tanı sistematüğinden giderek uzaklaşmaya ve Freud’cu gelenekten etkilenerek üretilen tanıları kullanmamaya başlamışlardır. Bu tanıların yerine hastalıkların başlangıç yaşı, belirti örüntüleri gibi daha anlaşılır parametreleri içeren, ortak bir dil oluşturmaya daha elverişli, güvenilirlikleri yüksek, betimlemelere dayanan tanıları kullanmaya başlamışlardır (6).

1980 yılında DSM-III'ün yayınlanmasıyla Freud'un etkisi ortadan kalkmış, entellektüel anlamda Krapelin'den esinlenen St. Louis grubu DSM'ye ağırlığını koymuştur. DSM-III ile tanımlayıcı yaklaşım öne çıkmış ve her bozukluk için tek tek tanı ölçütleri tanımlanmıştır. Psikodinamik kavramlar bir yana bırakılarak biyolojik vurgu ön plana çıkartılmaya başlanmış ve hastalıklar parçalanarak güvenirlilik, geçerliğin üzerine çıkartılmıştır. Anksiyete bozukluklarını içeren “nevrotik reaksiyonlar” kategorisi veya nevroz kavramını anımsatan son kalıntılar nihayet DSM-IV'de tamamen ortadan kaldırılmıştır (6).

Diğer bir tanısal sınıflama sistemi olan Dünya Sağlık Örgütüne ait ICD'de anksiyete bozuklukları, nevroz kavramı ile tümleşik bir şekilde 8. basımından (ICD-8) itibaren yer almıştır ve bu kategori DSM sınıflamasında olandan çok da farklı değildir. Nevroz kavramı ile tümleşik bir biçimde yer alan bu tanı ICD-10'da da yerini “anksiyete bozuklukları”na bırakmıştır. Bugün için anksiyete bozuklukları kategorisinde Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Panik Bozukluk (PB), Agorafobi, Fobik Bozukluklar (Özgül Fobiler), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Akut Stres Bozukluğu yer almaktadır. Fobik bozukluklar içerisinde yer alan Sosyal Fobik Bozukluk son yıllarda kendine has bir bozukluk olarak ayrıca incelenmeye başlamıştır (6).

## **2.2. ANKSİYETE DUYARLILIĞI NEDİR?**

Anksiyete duyarlılığı zararlı fiziksel fizyolojik ve/veya sosyal sonuçları olduğuna inanılan anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı düzeyde bir korku olarak nitelendirilmiştir. İlk kez Reiss ve McNally tarafından 1985 yılında tanımlanmıştır. Korku beklentisi (expectancy of fear) modelinin temelini oluşturmaktadır. Bu modelde insanlarda korku yaratan bir olaydan ya da durumdan kaçınma güdüsünün temelinde anksiyete beklentisi ve anksiyete duyarlılığı olarak adlandırılan süreçler rol oynamaktadır. Anksiyete beklentisi kişinin belirli bir durumda anksiyete ya da korku yaşayacağı beklentisidir (12). Anksiyete duyarlılığı kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren temel bir korku biçiminde ve çok çeşitli anksiyete bozukluklarına yatkınlığı değerlendirmek üzere kavramsallaştırılmıştır (3).

Teorik ve klinik önemi açısından anksiyete duyarlılığı; panik atak, anksiyete ve anksiyete bozukluklarının bilişsel teorilerinin gelişmesinden sonra tanımlanmaya başlamıştır (13). Reiss'e göre anksiyete duyarlılığı korkmaktan korkmak ya da anksiyeteden korkmak olarak tanımlanan bir bireysel farklılık değişkenidir. Bu korku, kişinin anksiyete ya da korku yaşantılarının utanmaya, hastalığa, ölüme neden olabileceği inancından kaynaklanmaktadır (12). Bu tanım panik bozukluktaki katastrofik yanlış yorumlama ve beklenti modelini bütünleştirerek yapılmış bir tanımdır (2).

Sınıflandırma araştırmalarında anksiyete duyarlılığı için yüksek ve düşük olarak iki kategorili sınıflandırma esas alınmaktadır. Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip olanlar toplumun % 10 -20'sini oluşturmaktayken düşük anksiyete duyarlılığına sahip olanlar ise toplumun geri kalan kısmını oluşturmaktadırlar (14). Anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişiler, aniden ortaya çıkan görece daha şiddetli olan ve açıklanamayan fiziksel anksiyete belirtilerini yanlış bir şekilde, tehlikeli olarak yorumlamaya yatkın olup sıklıkla kaçınma eğilimindedirler; görece daha düşük anksiyete duyarlılığına sahip olanlar anksiyete belirtilerini hoş olmayan ancak zararsız belirtiler olarak değerlendirmektedirler.

Reiss'e göre anksiyete duyarlılığı, bireylerin genetik olarak anksiyeteyi ne kadar rahatsız edici olarak algıladıkları ve anksiyete yaşantısının kendi kişisel yaşantıları açısından sonuçlarına ilişkin inançlarına göre farklılık gösterir. Anksiyete duyarlılığı yapısı anksiyete ile ilişkili çeşitli duyum ve belirtileri kapsayan bir anlama sahipse de bazı yazarlar bu kavramın temel olarak çarpıntı, terleme ve baş dönmesi gibi otonomik aktivasyona bağlı duyum ve belirtileri yansıttığını savunmaktadırlar (15).

Anksiyete duyarlılığı kavramı beklenti anksiyetesi ile ilişkili gibi görünmekte ve klinik olarak kısmen örtüşmektedir. Fakat beklenti anksiyetesi farklı olarak; panik ataklarından sonra edinilmiş, yeniden ve kaçınılmaz olan bir tehlike oluşacağına dair bir anksiyetedir. Beklenti anksiyetesinin üç ögesi mevcuttur.

1. Bir panik atak geçirmeyle ilişkili olan huzursuz edici ve endişeli yoğun düşünce uğraşları
2. Yine bir panik atağı olacak, bu da tehlike yaratacak inancı ve beklentisi

3. Süregiden bir korku eğilimi ya da korkuyla oluşan bedensel duyumlardan korkma (16).

Reiss ve arkadaşlarına göre anksiyete duyarlılığı anksiyete bozukluklarının özellikle panik atakların ve de alkol ve madde kullanımının ortaya çıkmasında önemli bir faktördür (17). Anksiyete duyarlılığının bir kişilik özelliği olduğu yönünde de yorumlar yapılmaktadır. Ancak anksiyete duyarlılığı ve kişilik boyutlarının ilişkisini araştıran yayınlar kısıtlı olmasına rağmen yapılan az sayıda araştırmada anksiyete duyarlılığının nörotisizmin ya da olumsuz duygulanımın bir alt bileşeni olduğu yönünde bilgiler mevcuttur (18).

### **2.3. ANKSİYETE DUYARLILIĞI ve SÜREKLİ ANKSİYETE**

Anksiyete duyarlılığı ile ilgili araştırmalarda karşılaşılan sorunlardan birisi de sürekli (trait) anksiyeteden farklı bir kavram olup olmadığıdır. Bu iki kavramın birbirlerinden hangi açılardan ayrıldıkları yönünde tartışmalar halen devam etmektedir. Sürekli anksiyete; anksiyete belirtilerinden korkmak değil, stres yaratan uyarıcılara korkuyla tepki verme eğilimi ya da yaygın anksiyete belirtileri yaşamaya yapısal bir yatkınlık olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete duyarlılığı ise anksiyete belirtilerinin kendisine korkuyla tepki verme eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca sürekli anksiyetenin; bazı insanların kendi anksiyetelerinden ve anksiyete duyumlarından neden bu denli korkulduğunu açıklayamadığı belirtilmektedir (19). Bununla beraber bazı araştırmacılar insanların teorik olarak yüksek sürekli anksiyeteye sahipken düşük anksiyete duyarlılığına sahip olabileceğini ve ayrıca bu durumun tam tersinde geçerli olabileceğini belirtmiştir (20).

Sürekli anksiyete ile anksiyete duyarlılığının birer kişilik özelliği oldukları yönünde de görüşler mevcuttur (21). Nitekim her iki kavramı ölçmek için geliştirilen testlerle yapılan çalışmalarda faktöryel yapı açısından birbirlerinden farklı oldukları ancak aralarında orta düzeyde bir korelasyonun (ilişkinin) olduğu ve ayrıca bu özellikleri ölçen iki ölçeğin farklı yapıları değerlendirdikleri belirtilmektedir. Taylor ve Cox'un anksiyete duyarlılığını ölçmek için geliştirdikleri Anksiyete Duyarlılığı Profili (ADP) (Anxiety

Sensitivity Profile-ASP) adlı ölçeğin geçerlik çalışmasında; sürekli anksiyeteyi ölçen Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) (State Trait Anxiety Inventory-Trait) ile anksiyete duyarlılığını ölçen ADP arasında oldukça düşük bir ilişki saptamışlardır ( $r= 0.26$ ) (22). Yazarlar bu durumu iki yapının birbirlerinden oldukça farklı yapılar olduğunun kanıtı olarak göstermişlerdir. Benzer şekilde Sandin ve arkadaşlarının yaptıkları Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ) ve Sürekli Kaygı Envanteri'nin (SKE) (STAI-T) faktöryel yapılarını belirlemeye çalıştıkları çalışmalarında sonuç olarak iki faktörlü yapının ortaya çıktığını, bunlardan ilkinin sürekli anksiyete faktörü ikincisinin ise anksiyete duyarlılığı faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Bu iki ölçeğin birbirinden farklı yapıları değerlendirdiği hipotezini desteklemişlerdir (23).

Ancak bu görüşlere katılmayan yazarlarda mevcuttur. Yapılan eleştirilerin başında anksiyete duyarlılığının sürekli anksiyetenin basit bir formu olduğu görüşü gelmektedir. Anksiyete duyarlılığının sürekli anksiyeteden ayrımlanması için yeterli verinin olmadığını belirtmektedirler. Yüksek anksiyete duyarlılığı olduğu savunulan çeşitli hastalıklarda da bunun sürekli anksiyetenin etkisinden kaynaklanmış olabileceğini iddia etmektedirler. Ayrıca anksiyete duyarlılığında olan anksiyete belirtilerinden korkunun sürekli anksiyetede olan uyarının belirsizliğinin tehdit edici gibi algılanabilmesi nedeniyle olabileceğini ileri sürmektedirler. Bununla beraber anksiyete duyarlılığını araştıran provakasyon çalışmalarının sonuçlarından yola çıkarak yüksek durumluluk anksiyetesine sahip olan kişilerin bu çalışmanın sonucunda daha fazla anksiyete yaşayabileceği ve bununda sürekli anksiyete kavramıyla açıklanabileceğini ileri sürmüşlerdir (24).

Bu iki kavramın birbirinden bağımsız kavram olmadığı yönünde görüş bildiren bazı araştırmacılar; sürekli anksiyetenin olumsuz değerlendirilme korkusu, hastalık ve yaralanmaya karşı duyarlılık ve anksiyete duyarlılığı gibi çeşitli alt düzey faktörlerden oluşan bir üst düzey faktör olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ayrıca sürekli anksiyetenin nörotisizimin bir alt faktörü olduğu anksiyete duyarlılığının ise sürekli anksiyetenin bir alt faktörü olduğu aralarında hiyerarşik bir ilişkinin olduğu iddia edilmektedir (25).

Günümüzde mevcut çalışmaların sonucunda sürekli anksiyete ile anksiyete duyarlılığının birbirlerinden farklı yapılar olduğu görüşü ön plandadır ve yine bu farka

yönelik kanıtlar yayınlamaya devam etmektedir. İki yapının birbiriyle ilişkisine yönelik soru işaretleri halen mevcut olmakla beraber anksiyete duyarlılığının sürekli anksiyeteden bağımsız bir kişilik özelliği olduğu konusunda fikir birliği oluşmaya başlamıştır.

## **2.4. ANKSİYETE DUYARLILIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

### **2.4.1. Genetik Faktörler**

Anksiyete duyarlılığının kaynakları hakkında yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Beklenti teorisine göre anksiyete duyarlılığı tamamen öğrenilmiş ve/veya genetik faktörlerden etkilenmiş bir yapı olarak değerlendirilmiştir (3). Stein ve arkadaşları anksiyete duyarlılığında kalıtımın etkisini araştırmak için bir ikiz çalışması gerçekleştirmişlerdir. Çalışmalarında anksiyete duyarlılığının güçlü kalıtılan bir yapı olduğunu belirtmişlerdir. Toplam varyansın % 45'i oranında anksiyete duyarlılığının kalıtsal bir yapısı olduğunu, geriye kalan oranında çevresel etkilerden kazanım sonucu oluştuğunu belirtmişlerdir. Çalışmada ayrıca anksiyete duyarlılığının gelişiminde çocukluk döneminde ebeveynin rolünün önemine, genetik ve öğrenilmiş deneyimlerin (çevresel faktörlerin) yüksek anksiyete duyarlılığı oluşturmadaki etkilerine dikkatleri çekmişlerdir (26).

Son zamanlarda yayımlanan S.Taylor'ın araştırmasında anksiyete duyarlılığının etyolojisine yönelik olarak bir ikiz çalışması planlanmıştır. Monozigot ve dizigot ikizlerin dahil edildiği çalışmada anksiyete duyarlılığının üç faktörlü yapısının her birinin hangi etkenlerden daha fazla etkilendiği araştırılmıştır. Kadınlarda kalıtımın; yüksek düzeydeki duyarlılığın düşük düzeye oranla daha fazla etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda anksiyete duyarlılığının her üç faktörde (fiziksel, bilişsel ve sosyal) genetik ve çevresel etkinin önemine vurgu yapılırken, erkeklerde çevresel faktörlerin etkisi olduğu, kalıtımın önemli bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (27).

Yapılan çalışmalarda sıklıkla anksiyete duyarlılığının panik bozuklukla ilişkisine vurgu yapılmaktadır. Bu noktadan hareketle anksiyete duyarlılığının kalıtımsal bir yönü

varsa panik bozukluğu olan hastalar ile birinci derece akrabalarında normallere oranla anksiyete duyarlılığının daha yüksek olması beklenebilir. Nitekim yapılan bazı araştırmalar bu bilgiyi destekler niteliktedir. Van Beek ve Griez'in 2003 yılında yaptıkları çalışmada panik bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında kontrollere oranla daha yüksek, panik bozukluğu olan hastalara göre de daha düşük anksiyete duyarlılığı saptamışlardır (28).

Ancak son zamanlarda yapılan bazı çalışmalarda yukarıda bahsedilen bulguların aksi yönünde bilgiler mevcuttur. Van Beek ve arkadaşlarının 2005 yılında gerçekleştirdikleri çalışmada panik bozukluğu olan ve olmayan ebeveynlerin çocuklarında anksiyete duyarlılığını araştırmışlar ve bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamamışlardır. Bununla beraber panik bozukluğu olan ebeveynler ile çocukları arasında anksiyete duyarlılığı düzeyleri açısından bir ilişki bulamamışlardır. Sonuç olarak anksiyete duyarlılığının geç adölesan dönemi ya da erken erişkinlik döneminde ortaya çıktığını belirtmişlerdir (29). Yine buna benzer bir çalışmada Manuza ve arkadaşları panik bozukluğu olan ve olmayan ebeveynlerin çocuklarında anksiyete duyarlılığı açısından fark saptamamışlardır (30).

Sonuç olarak yapılan bazı çalışmalarda anksiyete duyarlılığını etkileyen etkenlerden birinin genetik faktörler olabileceğine yönelik kanıtlar olmakla beraber bunun aksini iddaa eden görüşlerde mevcuttur. Kalıtımın anksiyete duyarlılığına etkisinin olup olmadığı; varsa bu etkinin hangi mekanizmalarla gerçekleştiği halen sürmekte olan ve ileride planlanacak olan çalışmaların sonuçlarına göre belirlilik kazanacaktır.

#### **2.4.2. ğrenme Deneyimleri**

Anksiyete duyarlılığının genetik, ailesel bir bileşeni olmakla birlikte çocukluk döneminde karşılaşılan düşmanca ve tehdit edici ebeveyn davranışı ile ilişkili olabileceği gözlemlenmiştir (31). Taylor ve Cox ocukluk çağında öğrenilmiş deneyimlerin yüksek düzeyde anksiyete duyarlılığı gelişimine neden olabileceğini belirtmişlerdir. Çocukluk ağında bir kişinin kardiyak belirtilerin tehlikeli olabileceğini öğrendiğinde, onun ileride bu belirtilerden korkma olasılığının daha fazla olabileceğini söylemişlerdir (22). Bununla

bereber Taylor bazı özel öğrenme deneyimlerinin farklı anksiyete duyarlılığı boyutlarına etkisi olabileceğini belirtmiştir. Örneğin; çocukluk çağında büyüklerinden somatik belirtilerin tehlikeli olduğu inancı benimsemiş olan bir kişide somatik boyutun, ya da yine büyüklerinin yaşamış olduğu depersonalizasyon ya da derealizasyon olarak adlandırılan durumlara şahit olan bir kişide bilişsel belirtilerden korkunun daha belirgin olabileceği ve yine küçük yaşlarda toplum içerisinde gözlemlenebilir anksiyete bulguları deneyimi yaşayan (yüzünün kızarması veya titremesi nedeniyle alay edilen) birisinin gözlemlenebilir sosyal belirtilerden korkusunun daha belirgin olabileceği hipotezini öne sürmüştür (15).

Çocuklar 7–10 yaşlarına geldiklerinde stresli ya da gergin hissettiklerinde kendilerine ne olacağına ilişkin inançlar geliştirmiş olurlar. Reiss'in duyarlılık teorisine göre bu inanışlar çocuğun kalıtsal olarak sahip olduğu anksiyete duyarlılığını değiştirir. Yüksek anksiyete duyarlılığı olan çocuklar kalplerinin çarpması ya da bedenlerinin titremesini çok daha fazla korku ile karşılarlar. Bu çocuklar anksiyete duyularının hastalığa neden olacağı, utandırıcı olduğu ya da kontrollerini yitirecekleri gibi kaygılara kapılırlar. Tekrar anksiyete hissettiklerinde vücutlarına ne olduğu konusunda endişelenirler ve bu endişe stres düzeyini artırır. Sonuçta bir kısır döngü oluşur. Stres, anksiyete duyarlılığı ile ilgili daha fazla strese neden olan inançların ortaya çıkmasına neden olur. Bunun tersine orta ya da düşük düzeyde anksiyete duyarlılığı gösteren çocuklar anksiyete hissettiklerinde daha az korkarlar (32).

Araştırmalardan elde edilen sonuçlarla öğrenme deneyimleri anksiyete duyarlılığı gelişimini üç primer öğrenme mekanizması ile gerçekleştirmektedir.

1. Klasik koşullanma
2. Edimsel koşullanma
3. Gözlemsel koşullanma

**2.4.2.1. Klasik koşullanma:** Kişide doğal olarak herhangi bir etki uyandırmayan bir uyarının böyle bir etkisi olan başka bir uyarı ile (koşulsuz uyarı) eşlendirilmesi sonucunda ortaya çıkan bağlantı kurmaya dayalı öğrenme yöntemidir. Panik bozukluğu olan bir hastada hastalığın başlangıcında nötral bir uyarı olan kalp atışlarında hızlanma



ataklar sırasında anksiyete ile bir arada ortaya çıktıkça artık kalp atışlarında her hızlanma olduğunda anksiyete tepkisi de çıkmaya başlar (9).

**2.4.2.2. Edimsel koşullanma:** Bir davranışın sonuçları tarafından şekillendirilmesiyle ortaya çıkan bağlantılandırmaya dayalı bir tür öğrenme yöntemi olarak tanımlanabilir. Davranışın onlarla bağlantılı sonuçlar (pekiştirme veya cezalandırma) aracılığıyla öğrenildiğini savunan davranışçı kuramdır (9). Bu yolla koşullanmada, eğer çocuğun anksiyete belirtileri ebeveynleri tarafından olumlu ya da olumsuz pekiştirilirse ilerleyen süreçte yüksek anksiyete duyarlılığına sahip olma olasılığı daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan çocuğun anksiyete belirtilerinden korkusu aile tarafından engel olunmaya ya da yıldırmaya çalışılırsa (ceza gibi yöntemlerle) gelecekte çocuk bu belirtileri muhtemelen bastırarak ve düşük düzeyde anksiyete duyarlılığı geliştirecektir (33).

**2.4.2.3. Gözlemsel koşullanma:** Sadece başkalarını gözlemleyerek olumlu ya da olumsuz pekiştirme olmaksızın, model alma ve başkalarının davranışlarının sonuçlarının gözlemlenmesi yoluyla ortaya çıkan öğrenme yöntemidir. Model alma temel olarak gözleme yoluyla öğrenmeyi içerir (9). Çocukların model aldığı kişileri gözlemlemeleri, onların anksiyete belirtilerinden korku deneyimleri, sözel olarak bunları ifade etme şekilleri ve bu belirtilerin zararlılığı konusunda çocuğa sözel olarak aktarılan inançlar yüksek anksiyete duyarlılığı gelişimi için katkısı bulunan durumlar olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda çocukların ebeveynlerinden gördükleri sarhoşluk durumları ya da madde düşkünlüğü, öfke nedeniyle kontrolsüz davranışlara maruz kalmaları yüksek anksiyete duyarlılığı gelişimi ile ilişkili bulunmuştur (33).

Yine yapılan retrospektif bir çalışmada çocukluk çağında ailelerinde kontrolsüz davranışlara maruz kalan kişilerde anksiyete duyarlılığı bileşenlerinin ve erken erişkinlikte anksiyete belirtileri ile ilişkileri araştırılmıştır. İçki nedeniyle, öfke nedeniyle ya da diğer negatif emosyonel durumlar nedeniyle yaşanan kontrolsüz davranışların önemli derecede her üç anksiyete duyarlılığı boyutu ile pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (34).

Scher ve Stein şimdiye kadar belirtilen öğrenme teorilerinin aksine Bowlby'nin bağlanma teorisinin anksiyete duyarlılığının gelişimini açıklamada iskelet görevi göreceğini belirtmişlerdir (31). Bowlby'e göre tüm insanlar genetik olarak bakım veren kişiye bağlanma donanımına sahiptir. Bağlanma çaresiz bebeğin bakım veren yetişkine yakınlığını sağlar ve böylece olası tehlikeleri en aza indiren bir işlem haline gelir. Bowlby'e göre bakım veren bebeğin ihtiyaçlarına duyarlı ise güven duygusu daha kolay oluşur. Böylece bebek bakım verenden ayrılmaya daha az tepki verir. Bu ilişki güvenli bağlanma olarak tanımlanır. Ancak ihtiyaçlara duyarsızsa ve reddedici ise güvensizlik duygusu ön plana geçebilir. Bakım verenin ayrıldıktan sonra döneceğine emin olmadığından ayrılığa anksiyete cevabı gelir. Buna anksiyeteli bağlanma adı verilir. Bowlby'ye göre bu tip bağlanma anksiyete bozukluklarının temelini oluşturur (32). Scher ve Stein Bowlby'nin fikirlerine paralel olarak anne çocuk bağlanma ilişkisinin anksiyete duyarlılığı gelişimini etkileyebileceğini, bakım verenin anksiyete veya depresyona yol açan davranışlarının anksiyete duyarlılığı gelişimine katkıda bulunabileceğini öne sürmüşlerdir. Tehdit edici ebeveyn davranışlarının, reddedici tutumların, hostile davranış paternlerinin anksiyete duyarlılığı gelişimine etkilerini incelemişlerdir. Sonuçta tüm bu davranışların anksiyete duyarlılığını bütün olarak öngördüğünü saptamışlar ancak en güçlü ilişkiyi tehdit edici ebeveyn davranışı ile ilişkilendirmişlerdir. Ayrıca, tehdit edici ebeveyn davranışlarının sosyal olarak gözlemlenebilir anksiyete belirtilerini, hostile ve reddedici tutumların bilişsel kontrol kaybından korkuyu spesifik olarak öngördüğü sonucuna ulaşmışlardır (31).

Sonuç olarak şu ana kadar yapılan tüm bu araştırmalar; anksiyete duyarlılığı gelişiminin bir faktörle ilişkili olmadığı, genetik ve öğrenme faktörlerinin her birinin ayrı ayrı ya da birlikte anksiyete duyarlılığı gelişiminde etkisi olabileceğini göstermektedir.

#### **2.4.3. Anksiyete Duyarlılığı ve Cinsiyet**

Anksiyete duyarlılığı ve cinsiyeti araştıran çalışmalar da mevcuttur. Ancak bu çalışmalarda tutarsız sonuçlar göze çarpmaktadır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmaların bazılarında kadın öğrencilerin erkeklere göre daha yüksek anksiyete duyarlılığı skorlarına sahip olduğu bulunmuştur (4, 35). Fakat ADİ skorları açısından

cinsiyeti ile anlamlı bir ilişkinin saptanmadığı yayınlar da mevcuttur (12, 20). Cox ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada cinsiyetler arası anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, kadınların panik atak geliştirme olasılıklarının erkeklere oranla daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (20).

Ayrıca anksiyete duyarlılığı boyutları açısından da cinsiyetler arası farklılık araştırılmıştır. 1997 yılında Stewart ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların yalnız erkeklere göre fiziksel skorlarının daha yüksek olduğu, erkeklerin ise sosyal ve psikolojik faktörlerinin fiziksel faktörlere göre daha yüksek olduğu ve toplamda kadınların anksiyete duyarlılığı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yazarlar bu durumu sosyal durumlardaki cinsiyetin rolü ile açıklamaktadırlar. Erkeklerin yüksek sosyal ve psikolojik puan almalarının altında sosyal ortamlarda kadınlardan daha erken yaşta bulunmaları ve o ortamlarda yaşayacağı olumsuz deneyimlerin kabul edilemez inancını öğrenmeleri ile ilişkili olabileceğini belirtmektedirler (36).

Sonuç olarak kadınların anksiyete duyarlılığı skorlarının erkeklere oranla biraz daha yüksek olduğu söylenebilir. Ancak kesin bir kanıya varmak için daha fazla cinsiyet ve anksiyete duyarlılığı ilişkisini araştıran çalışmalara ihtiyaç vardır.

## **2.5. ANKSİYETE DUYARLILIĞI ve PSİKIYATRİK BOZUKLUKLAR**

### **2.5.1. ANKSİYETE DUYARLILIĞI ve ANKSİYETE BOZUKLUKLARI**

#### ***2.5.1.1. Panik Bozukluğu***

Yapılan çalışmalar anksiyete duyarlılığının birden çok boyutu olan bir kişilik özelliği olduğunu göstermektedir. Reiss bu durumun anksiyete bozukluğu gelişimini kolaylaştıran bir faktör olduğunu iddia etmiştir. Reiss'in beklenti teorisinden önce anksiyete duyarlılığının panik atakların bir sonucu olduğu yönünde bilgiler mevcuttu. Ancak bu teoriden sonra bunun bir sonuç olmaktan öte, anksiyete bozukluğu ve panik atak geliştirmede bir risk faktörü olabileceği görüşü egemen oldu (37). Buna yönelik bir takım çalışmalarda da kanıtlar ortaya konmuştur. Gerek ileriye dönük gerekse geriye dönük

yapılan çalışmalarda yüksek anksiyete duyarlılığının panik ve diğer anksiyete bozukluklarını yordadığı gösterilmiştir. Maller ve Reiss üç yıllık bir izlem çalışması sonucunda yüksek anksiyete duyarlılığı olan üniversite öğrencilerinin üç yıl sonra anksiyete bozukluğu gösterme oranını düşük anksiyete duyarlılığı olanlara göre beş kat fazla bulmuşlardır (38).

Anksiyete duyarlılığı ile panik bozukluğu arasında; özellikle yüksek anksiyete duyarlılığının ileride baş gösterecek panik bozukluğun habercisi olduğunu düşündüren uzunlamasına bir ilişki bulunmuştur. Schmidt ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada büyük bir genç erişkin sağlıklı grubu beş haftalık temel askerlik eğitimi süresince incelemişlerdir. Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip hava harp okulu öğrencilerinin bu stresli dönem süresince daha düşük anksiyete duyarlılığına sahip olanlara göre panik atak yaşama deneyimlerinin daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Ayrıca sürekli anksiyeteyi ve panik bozukluğu öyküsü olanları dışladıklarında bile anksiyete duyarlılığının beklenmeyen panik atakları öngördüğünü saptamışlardır (39). Cox ve arkadaşları çalışmalarına son bir yıl içerisinde panik atak geçiren üniversite öğrencilerini dahil etmişlerdir. Son bir yıl içerisinde beklenen ya da beklenmeyen panik atak yaşayan kişilerin % 50'sinin yüksek anksiyete duyarlılığına, % 20'sinin orta ve % 11'inin düşük anksiyete duyarlılığına sahip olduklarını saptamışlardır (40).

Ancak bu bulguları desteklemeyen görüşler de mevcuttur. Stewart ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada Anksiyete Duyarlılığı İndeksi'nin (ADİ) geçmişte panik atak yaşayan ve yaşamayan üniversite öğrencilerini ayırt etmede başarısız olduğunu belirtmişlerdir. Onların görüşleri biyolojik ve psikolojik çeldirme çalışmaları ile araştırılmış olan yüksek anksiyete duyarlılığının panik atak geçirmeye yatkınlığı öngördüğü yönündedir (41). Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip olan bireyler düşük olanlar ile karşılaştırıldıklarında isteğe bağlı hiperventilasyon sonrası panik belirtileri daha yoğun yaşadıkları tespit edilmiştir (42).

Hastalık gruplarında yapılan çalışmalarda panik bozukluğu olan hastalar; sağlıklılardan ve diğer anksiyete bozukluğu olan hastalardan daha yüksek ADİ skoruna sahip oldukları bulunmuştur. Panik bozukluğu olan hastaların ADİ normlarının iki standart

sapma üstünde puanlar aldıkları gösterilmiştir. Yüksek anksiyete duyarlılığı skoruna sahip olan bireylerin panik atak esnasında çok daha fazla sayıda fiziksel belirti yaşadıkları da bildirilen sonuçlar arasındadır (43).

Panik bozukluğu öngörmede toplam anksiyete duyarlılığı skorlarının önemli olduğu ancak diğer anksiyete bozukluklarıyla karşılaştırıldığında fiziksel faktörlerin ayırt edici olmada daha belirleyici olduğu belirtilmektedir (17).

Sonuç olarak anksiyete duyarlılığının anksiyete bozukluğu gelişiminde ve devamında önemli bir risk faktörü olduğu ve kişilerde yaşamlarında hiç panik atak yaşamamasalar bile; panik atak yaşamaya bir yatkınlık oluşturduğu söylenebilir.

#### **2.5.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk**

Freeston ve arkadaşları Obsesif Kompulsif Bozuklukta (OKB) rol oynayan beş temel bilişsel özellik tanımlamışlardır. Bunlardan biriside intruzif (zorlayıcı) düşüncelerin yol açtığı anksiyetenin kabullenilemez ya da tehlikeli olduğuna olan inaçtır. Psikopatoloji gelişiminde bilişsel risk faktörü olduğu birçok deneyle araştırılmış olan anksiyete duyarlılığının OKB gelişiminde ve devamında önemli bir rolü olabileceğini belirtmişlerdir (44).

Zinbarg ve arkadaşları 407 anksiyete bozukluğu (247 panik bozukluğu, 25 OKB hastası) hastasını inceledikleri çalışmada anksiyete duyarlılığı açısından üç faktörlü yapıyı araştırmışlardır. OKB hastalarının diğer anksiyete bozukluğu olan gruplarla karşılaştırdıklarında, OKB hastalarında fiziksel faktörlerde orta derecede yükselme varken panik bozukluklu hastalarda yüksek düzeyde yükselme saptamışlardır. Oysaki bilişsel faktörlerde OKB ve panik bozukluk hastaları aynı düzeyde puanlara sahipken, sosyal anksiyete bozukluğu ve özgül fobisi olan hasta grupları daha düşük düzeyde skorlara sahip oldukları görülmüştür. Sosyal faktörlerde ise hem OKB hastaları hem de panik bozukluğu olan hastalar sosyal anksiyete bozukluğu olanlardan daha düşük skorlar elde etmişlerdir. Yazarlar bu çalışmadan OKB ile panik bozukluğun arasındaki farklılığın daha fazla fiziksel faktör boyutundan kaynaklandığını öne sürmüşlerdir (17).

Calamari ve arkadaşları son zamanlarda yayınlanan çalışmalarında yalnızca OKB hastalarında anksiyete duyarlılığı ile hastalık şiddeti ve OKB belirtileri alt gruplarındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Olası diğer bilişsel risk faktörlerini dışlayarak yaptıkları değerlendirmede anksiyete duyarlılığı indeksi puanlarıyla hastalık belirti şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Belirti alt grupları arasındaki ilişkiye baktıklarında kirlenme ve zarar verme obsesyon ve kompulsyonları olan alt grupta ADİ toplam puanlarının diğer gruplardan (kirlenme, biriktirme, mental ritüellerin sık olduğu karışık obsesyon ve kompulsyonları olan grup) anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuşlardır (45).

### ***2.5.1.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu***

Yapılan araştırmalarda toplam anksiyete duyarlılığı indeksi puanları ele alındığında panik bozukluğu olan hastalar daha yüksek puan alsalarda özellikle yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu olanların anksiyete duyarlılığının bilişsel ve sosyal alt faktörlerinden daha yüksek puan aldıkları gösterilmiştir. Rodriguez ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ADİ alt faktörlerinin farklı anksiyete bozukluğu gruplarını öngörücü olduğu yorumunu getirmişlerdir. Fiziksel alt faktörlerin panik bozukluğuna, sosyal alt faktörlerin sosyal anksiyete bozukluğuna bilişsel alt faktörün yaygın anksiyete bozukluğuna işaret ettiğini belirtmişlerdir. Bu bilgiler daha önce Zinbarg ve arkadaşlarının (17) yaptığı çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur ve bilişsel alt faktörün yaygın anksiyete bozukluğu ile güçlü bir ilişkisinin olduğu sonucuna varmışlardır (46).

Anksiyete Duyarlılığı İndeksinin bilişsel faktörü altında yer alan (“Kafamı bir işe veremediğim zaman aklımı kaçıyorum diye endişelenirim”) ya da (“Sinirlendiğimde aklımdan zorum olduğundan korkarım”) maddeleri sıklıkla yaygın anksiyete bozukluğunda bilişsel içeriğinde bulunan endişe ile uyumlu bulunmaktadır. Bununla beraber yaygın anksiyete bozukluğunda bulunan kontrol edilemeyecek kötü bir şeyler olacakmış hissi ya da endişe hakkında olumsuz meta inançlar ADİ’nin bilişsel boyutuyla oldukça örtüşmekte olduğu bildirilmektedir (47). Ancak olumsuz meta inançların depresyonla da ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bilişsel kontrol kaybından korkunun depresyona işaret ettiğini ve bunun da anksiyete duyarlılığının özel bir formunu temsil ettiği düşüncesi ortaya konmuştur (48).

Anksiyete bozukluklarında anksiyete duyarlılığını araştırırken karşımıza çıkan sorunlardan biri eş tanılara oldukça sık rastlanılmasıdır. Dolayısıyla bu durum ADİ'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında da sorun olarak gösterilmiştir. Nitekim çalışmalarda bir anksiyete bozukluğuna % 50–55 oranında ya bir diğer anksiyete bozukluğu ya da depresyon eşlik etmektedir. Ve bu durum eş tanı oranının oldukça fazla olduğu yaygın anksiyete bozukluğu grubunda en fazla göze çarpmaktadır. Alternatif yaklaşımlardan akla en uygun olanı araştırmaların eş tanıyı dışlayarak yani öncelikle depresyonu ve şiddetli anksiyeteyi kontrol altında tutarak birincil tanılarının ele alınması ile yapılmasıdır.

Sonuç olarak ADİ boyutlarının anksiyete bozukluklarıyla ilgili olduğu varsayılmaktadır. Depresyon ve anksiyete şiddeti ile ilgili özgül olmayan belirtiler kontrol edildiğinde; ADİ-fiziksel boyutunun diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla panik bozuklukta yüksek olacağı, ADİ-sosyal boyutunun diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla sosyal anksiyete bozukluğunda daha yüksek olacağı ve ADİ-bilişsel boyutunun diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla yaygın anksiyete bozukluğunda daha yüksek olacağı varsayılmaktadır. Aynı zamanda ADİ-bilişsel boyutunun, özellikle depresyon şiddet skorlarıyla ilişkili olacağı ve ikincil major depresif bozukluğu olan ve olmayan hastaları ayırt edebileceği de varsayılmaktadır. Ancak anksiyete duyarlılığının tüm bileşenlerinin adı geçen anksiyete bozukluklarıyla özgül olarak ilişkili olup olmadığının anlaşılması için daha ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

#### ***2.5.1.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu***

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), herkes için ağır stres sayılabilecek, olağandışı bir fiziksel ya da ruhsal travmayla karşılaştıktan sonra, olayın tekrar tekrar yaşanması, tepkilerde yavaşlama, dış dünyaya olan ilginin azalması, otomatik, disforik ve bilişsel semptomların değişik derecelerde bulunması ile ilgili bozukluktur. Travma sonrası stres bozukluğunda hastalığın belirleyicisi olarak travma öncesi, travma sırası ve travma sonrası faktörlerden bahsedilmektedir. Anksiyete duyarlılığı hem travma sonrası başa çıkma becerileri hem de travma öncesi kişilik yapısı ve genetiği içeren bir yapı olarak tanımlandığında, travma sonrası tepkileri yordama konusunda ışık tutabilecek bir kavramdır. Anksiyete duyarlılığı ve travma ile ilgili veriler kısıtlı sayıdadır. Yapılan

araştırmalar TSSB puanlarının anksiyete duyarlılığı, depresyon ve anksiyete puanlarıyla korele olduğunu göstermektedir (49). Ülkemizde Yılmaz'ın yaptığı tez çalışmasında depremden etkilenen çocuklarda anksiyete duyarlılığının yordayıcılığını ve deprem sonrası anksiyete ve depresyonla ilişkisi araştırılmıştır. TSSB'si olan çocuklarda anksiyete duyarlılığı, durumluluk ve süreklilik anksiyete ve depresyon puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Anksiyete duyarlılığı puanları ile travma sonrası stres puanlarının ilişkisine bakıldığında anksiyete duyarlılığı puanlarının travma sonrası stres puanlarını yordadığı saptanmıştır. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan çocuklar değerlendirildiğinde de depreme maruz kalıp sağlıklı olan çocuklara göre daha fazla anksiyete duyarlılığı ve anksiyete düzeyi saptanmıştır (32).

TSSB ve anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişki yapılan az sayıda araştırmaya rağmen anlamlı gözükmektedir. Ancak anksiyete duyarlılığının hangi alt faktörleri ile ilişkinin daha belirgin olduğunu saptamak için yeni araştırmalara ihtiyaç olduğunu söyleyebiliriz.

## **2. 5. 2. ANKSİYETE DUYARLILIĞI ve DEPRESYON**

Depresyon, genetik, çevresel ve gelişimsel etkenlerin etkileşimi nedeniyle oluşan bir bozukluktur. Depresyon gelişiminde yaklaşık % 70'e varan oranda katkıda bulunan etkenin genetik risk olduğu belirtilmesine rağmen, çocukluk sıkıntılarının da bozukluğun patogenezinde önemli olduğu belirtilmektedir. Özellikle çok sayıda araştırma kanıtları çocukluk travmasının depresyonun patofizyolojisine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Nörotisizm gibi hazırlayıcı kişilik özelliklerinin de çocukluk travmasının etkisiyle depresyona yatkınlık oluşturan önemli bir etken olduğu gösterilmiştir. Bilişsel teori, olumsuz yaşam olaylarının, kendilik, dünya ve gelecek hakkında aşırı biçimde esnek ve uygun olmayan inançlar oluşturarak, depresif bir şemayı aktif hale getirdiğini ve bunun da kişiyi depresyona yatkın hale getirdiğini ne sürer. Bu işlevsel olmayan inançların, erken yaşam deneyimleri tarafından biçimlendirildiği ve görece değişmez oldukları düşünülür.

Anksiyete bozuklukları ile anksiyete duyarlılığı ilişkisini inceleyen araştırmaların yanında depresyon ile anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sayısı



görece daha kısıtlı sayıdadır. Erişkinlerde yapılan birçok çalışma sonucunda depresyon hastalarının, panik bozukluğa oranla daha düşük ancak diğer anksiyete bozuklukları ile hemen hemen aynı düzeyde anksiyete duyarlılığı skoruna sahip oldukları saptanmıştır (50). Otto ve arkadaşları eş tanıli anksiyete bozukluğu olan hastaları dışladıktan sonra değerlendirdikleri depresyon hastalarında yükselmiş ADİ skorları saptamışlardır. Antidepresan tedavisi ile ADİ skorlarının normal sınırlara indiğini bulmuşlardır (51). Eş tanıli anksiyete bozukluğu olan depresyon hastalarında ADİ skorlarının daha yüksek olabileceği tahmin edilebilir bir düşüncedir.

Asmundson ve arkadaşları kronik ağrı hastalarını ele aldıkları çalışmalarında yüksek anksiyete duyarlılığına sahip olan hastaların orta ve düşük anksiyete duyarlılığına sahip olanlara göre daha fazla depresif belirti gösterdiklerini belirtmişlerdir (52).

Çocuklarda yapılan araştırmalarda da çocukluk çağı anksiyete duyarlılığı indeksi puanları depresyon ile de ilişkili bulunmuştur. Weems ve arkadaşları anksiyete ile ilişkili sorunlar nedeniyle kliniğe başvuran bir grup çocukta çocuk depresyon ölçeği ile Çocukluk Çağı Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADI) arasında önemli sayılabilecek düzeyde bir korelasyon bulmuşlardır ( $r= 0.52$ ) (53). Muris ve arkadaşlarının sağlıklı adölesanları aldıkları geniş bir örnekleme yaptıkları araştırmada anksiyete duyarlılığı ile depresyon arasında önemli bir korelasyon saptamış olmalarına rağmen sürekli anksiyeteyi kontrol ettiklerinde bu korelasyonun oldukça zayıfladığı ve istatistiksel olarak anlamlılığa erişmediğini belirtmişlerdir (54).

Bazı çalışmalar depresyon ile anksiyete duyarlılığı arasında, anksiyete duyarlılığının sadece bir bileşenini içeren bir ilişkiden söz etmektedirler. Bilişsel kontrolünü kaybetme korkusu, bilişsel kontrolsüzlük korkusu ya da mental yetersizlikle ilgili alanla ilişkiye dikkat çekilmiştir. Başlangıçta konsantre olamama veya dikkat dağınıklığı nedeniyle kişinin kendisinden bekleneni verememesi ve bunun neden olduğu korku ile ilişkili olan anksiyete duyarlılığının bu yönü giderek derealizasyon ve depersonalizasyon belirtilerinden korku ve genel olarak duygular üzerinde denetimini yitirme korkularını kapsayarak genişlemektedir (2).

Anksiyete duyarlılığı ile depresyon arasında ilişkiyi gösteren elimizde bilgiler olsa da bu ilişkiyi daha net olarak ortaya koyacak ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

### **2. 5. 3. ANKSİYETE DUYARLILIĞI ve HİPOKONDRIYAZİS**

Hipokondriyaklar ve hipokondriyak özellikleri olan bireyler, beden belirtilerinden korktukları ve bunları katastrofik bir biçimde yorumlama eğiliminde oldukları için, hipokondriyazis ile anksiyete duyarlılığı arasında bir ilişki olduğunu varsaymak yanlış olmaz. Watt ve Stewart anksiyete duyarlılığının hipokondriyazisin yordayıcısı olduğu sonucuna varmışlardır (55). Cox ve arkadaşları klinik olarak hipokondriyazis ile bağlantılı olacak şekilde anksiyete duyarlılığının, yalnızca anksiyete ve anksiyete belirtilerinden korkmaktan daha yaygın olarak beden duyularından ve hastalıklardan korkma ve sağlık ilgileriyle bağlantılı olduğunu bulmuşlardır (56).

### **2. 5. 4. ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE ALKOL KULLANIMI**

Anksiyete duyarlılığı ile alkol kullanımı ve/veya alkol kötüye kullanımı arasında ilişki hem klinik hem de klinik olmayan örneklerde yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Cooper ve arkadaşları alkol kullanma nedenlerini dört kategori ile açıklayan bir model geliştirmişlerdir. Bu modele göre içme nedenleri sosyalleşme, başa çıkma, eğlenme ve uyum sağlama olarak dört kategori ile açıklanabilmektedir (57). İçme nedenleri ve kişilik özelliklerini araştıran çalışmalara bakıldığında ilişkili olduğu düşünülen kavramlardan bir tanesi de anksiyete duyarlılığıdır. Anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişiler daha fazla başa çıkma nedeniyle alkol kullandıkları belirtilmektedir. Samoluk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yüksek anksiyete duyarlılığı olan öğrencilerin düşük anksiyete duyarlılığı olan öğrencilere göre daha fazla başa çıkma nedeniyle alkol kullandıkları bulunmuştur (58).

Ülkemizde de Çakmak'ın 2006 yılında tez çalışması olarak yaptığı ve bir bölümünü yayınladığı üniversite öğrencilerinde alkol kullanma nedenleri ve kaygı duyarlılığı arasındaki ilişkiyi ele aldığı araştırmasında daha önceki literatür bilgileriyle uyumlu

sonuçlar bulmuştur. Yüksek, orta ve düşük anksiyete duyarlılığına sahip olanlar olarak örneklemleri gruplara ayırdıklarında başa çıkma nedeni açısından gruplar arasında anlamlı fark saptamıştır. Yüksek anksiyete duyarlılığı ve orta anksiyete duyarlılığına sahip olan grupların düşük anksiyete duyarlılığına sahip olan gruba göre daha fazla başa çıkma nedeniyle alkol kullandıkları bulunmuştur. İçme nedeni ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Gözden Geçirilmiş Formunun alt boyutları arasındaki korelasyon değerlerine bakıldığında başa çıkma içme nedeninin bilişsel kontrolü kaybetmekten korkma ve sosyal ortamlarda fark edilen kaygı belirtilerinden korkma alt boyutları ile; sosyalleşme içme nedeninin solunum ile ilgili belirtilerden korkma ve sosyal ortamlarda fark edilen kaygı belirtilerinden korkma alt boyutu ile; uyum sağlama içme nedeninin ise anksiyete duyarlılığı indeksinin tüm alt boyutları ile anlamlı pozitif yönde korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Eğlenme içme nedeni ile Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Gözden Geçirilmiş Formunun alt boyutları arasında korelasyon değerlerinin hiçbirisi anlamlı bulunmamıştır. Sonuç kısmında yazar, kişi anksiyete duyarlılığı nedeniyle yaşadığı korku ya da kaygıdan kaynaklanan içsel yaşantılardan ya da bu korkularının grup içerisinde ortaya çıkmasından kaynaklanabilecek olumsuz yaşantılardan kaçınmak için alkol kullanıyor olabilirler diye görüş bildirmiştir (37).

Öte yandan anksiyete duyarlılığı ve alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki olmadığını gösteren araştırma verileri de mevcuttur. Novak ve arkadaşlarının 293 klinik olmayan üniversite öğrenci grubunda yaptıkları çalışmada alkol ve sigara tüketiminin anksiyete duyarlılığı ile ilişkili olmadığı farklı içme nedenleri ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ancak anksiyete duyarlılığının, başa çıkma içme nedeniyle alkol kullanımı ile doğrudan ilişkili olduğunu saptamışlardır (59).

## **2. 5. 5. ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE MADDE KULLANIMI**

Anksiyete duyarlılığı ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar alkol kullanımıyla ilişkisini araştıran çalışmalara kıyasla oldukça az sayıdadır. Ancak yapılan çalışma sonuçları sıklıkla birbirleriyle çelişmektedir. Forsyth ve arkadaşları madde kötüye kullanımı olan bir grupta anksiyete ile ilişkili psikolojik risk faktörlerinin madde seçimi arasındaki ilişkiyi araştırdıkları 94 detoksifiye olmuş madde bağımlısını dahil

ettikleri çalışmada, anksiyete duyarlılığı ile madde seçimi arasında bir ilişki bulamamışlardır (60). Ancak bunun aksine yakın zamanda yapılan eroin, kokain ve her ikisini kullanan ve kullanmayan kişilerin dahil edildiği dört grubun karşılaştırıldığı çalışmada düzenli eroin kullanıcılarının oluşturduğu grupta anksiyete duyarlılığı düzeylerinin panik bozuklukta görülenle karşılaştırılabilecek şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (61).

Stewart ve arkadaşları üniversite öğrencilerinde anksiyete duyarlılığı ve madde kullanım çeşitliliği ile ilişkisini araştırdıkları çalışmada, esrar ya da haşhaş kullanıcılarının kullanmayanlara göre oldukça düşük düzeyde ADİ skorlarına sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Sonuç olarak araştırmadan esrar kullanımı ile anksiyete duyarlılığı arasında negatif bir ilişki varlığına işaret edilmektedir. Bununla beraber aynı çalışmada kız öğrenciler arasında olumsuz duygulanımla başa çıkmak için kullanılan nikotin ile anksiyete duyarlılığı seviyeleri arasında pozitif ilişki saptamışlardır. Yine aynı çalışmada sigara içenlerle içmediğini belirten gruplar arasında toplam ADİ skorları açısından bir fark bulunmamıştır (35).

Nikotin ve anksiyete duyarlılığı arasında ilişki Novak ve arkadaşlarının 2003 yılında genç erişkinleri dahil ettikleri çalışmada da değerlendirilmiş ve ADİ skorları ile sigara kullanımı oranları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (59).

Fakat bazı çalışmalarda, olumsuz duygulanımı azaltmak için başvuru alan nikotin kullanımının anksiyete duyarlılığı ile pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Brown ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sigara içme davranışına anksiyete duyarlılığının olumsuz pekiştirme aracı olduğu ve yüksek anksiyete duyarlılığına sahip olan bireylerde sigarayı bırakmanın erken dönemlerinde relaps (tekrar sigara içimi) oranlarında artmış bir risk olabileceği hipotezi test edilmiştir. Çalışmaya 60 geçmişte depresif atak geçiren ve şu an sigarayı bırakmak isteyen sigara içicisi dahil edilmiştir. Anksiyete duyarlılığı skorları ile olumsuz duygulanımı azaltmak için sigara içimi arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Sigarayı bırakmanın erken dönemlerinde (ilk 7 gün), yüksek anksiyete duyarlılığına sahip olan bireylerde tekrar sigaraya başlama riskinde artış saptanmıştır. Yazarlar sonuç olarak yüksek anksiyete duyarlılığına sahip olan sigara içicilerinin daha sıklıkla negatif

duygudurumla baş edebilmek ya da azaltabilmek için sigara içtiklerini ve bu kişilerin sigarayı bırakmanın erken dönemlerinde erken yoksunluk belirtilerini tolere edebilmede daha yetersiz olabileceklerini belirtmişlerdir (62).

Özetle şu ana kadar yapılan çalışmalara bakıldığında anksiyete duyarlılığı ile madde kullanımı ve/veya kötüye kullanımı arasında bir ilişkinin varlığı gösterilmiş durumdadır. Ancak kötüye kullanımı olan her madde ile ilişkinin daha kesin tespiti için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

## **2. 6. ANKSİYETE DUYARLILIĞI ÖLÇÜMÜ**

### **2. 6. 1. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-ADİ (Anxiety Sensitivity İndex-ASI)**

Anksiyete duyarlılığını değerlendirmede ilk ve genel olarak kullanılan ölçek Reiss ve arkadaşları tarafından 1986 yılında geliştirilmiş olan Anksiyete Duyarlılığı İndeksidir (4). Onaltı maddeden oluşan ölçek beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her bir madde kişinin hem anksiyete belirtileri hem de sonuçları hakkında inanışlarını test etmektedir. Ölçek birçok dile çevrilmiş ve çevrildiği ülkelerde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Çeşitli araştırmalarda anksiyete duyarlılığı indeksinin iç tutarlılık katsayısının 0.80 - 0.90 arasında değiştiği bulunmuştur. Test tekrar test çalışmalarında güvenilirlik katsayıları .71-.75 arasınada olduğu gösterilmiştir.

Anksiyete duyarlılığı indeksinin faktör yapısı ile ilgili çalışmalara bakıldığında bu konu ile ilgili tam bir fikir birliğine varılamamıştır. Tek faktörlü yapının en uygun yapı olduğu bildirilmiştir (4). Ancak ölçeğin uygulandığı bazı araştırmalarda dört faktörlü yapı tespit edilmiştir. Bunlar 1- Anksiyete ile ilgili bilişsel belirtilerden korkma, 2- Toplum içinde gözlenebilir anksiyete belirtilerini kontrol edememe korkusu, 3- Kardiyopulmoner ve gastrointestinal duyumlardan korkma, 4- Fenalık hissi ve titremeden korkma şeklindedir (12). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2000 yılında Ayvaşık tarafından yapılmıştır. Türkçe'ye Kaygı Duyarlılığı İndeksi (KDİ) olarak çevrilmiştir. Ancak biz çalışmamızda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ) olarak kullanmayı daha uygun gördük.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında da dört faktörlü yapı bulunmuştur ancak tek faktörlü yapının daha güvenilir olduğu belirtilmiştir (12).

Taylor 1996 da yayınladığı çalışmasında farklı bir durum tespiti yaparak herhangi bir anksiyete bozukluğu olmayan sağlıklı gönüllü grubunda ADİ'nin tek faktör altında toplandığını, panik bozukluğu ya da depresyon gibi bir bozukluğu olan klinik gruplarda ölçeğin üç faktöre ayrıştığını göstermiştir. Bu boyutları, 1- Somatik belirtilerden korkma (kalp çarpıntısı ya da nefes darlığı hissetmekten korkma), 2- Bilişsel kontrolü kaybetmekten korkma (bir konu üzerinde dikkati toplayamamaktan korkma), 3- Sosyal ortamlarda yani toplum içerisinde başkalarıyla kendi anksiyete belirtilerinin fark edilmesinden korkma (yüzünün kızarması ya da titrediğinin fark edilmesi) şeklinde tanımlamıştır. Ancak bu faktörlerin üst düzey tek bir faktör altında toplandığı da gösterilmiştir (21).

ADİ ile ilgili yapılan diğer bir tartışmada ADİ'nin geçici bir durumu ya da daha stabil bir kişilik özelliğini ölçüp ölçmediğidir. Reiss ve arkadaşları 1986 yılındaki çalışmalarında en azından ADİ skorlarının iki haftalık bir sürede değişmediğini sabit kaldığını belirtmişlerdir (4). Maller ve Reiss'in uzunlamasına çalışmasında ADİ skorlarının üç yıllık bir süre içerisinde 0.71 oranında korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Bu sonuç birçok kişilik özellikleri için belirtildiği gibi ADİ skorlarının uzun bir süre boyunca stabilitesini koruduğu şeklinde yorumlanmıştır. ADİ'nin anksiyete duyarlılığını yüksek oranda ölçtüğü ve anksiyete duyarlılığının değişmeyen bireysel bir özellik olduğunu vurgulamışlardır (38).

Taylor ve Cox 1998 de ADİ'nin faktör yapısındaki belirsizliğin ölçeğin toplamda 16 madde gibi oldukça az bir madde sayısına sahip olmasına ve bu maddelerin faktörlere eşit olarak dağılmamış olmasına bağlamışlardır. Ölçekte fiziksel skorları ölçen madde sayısı 8 diğer iki alanı ölçen madde sayıları dörder maddedir. Bilişsel ve sosyal alt ölçeklerdeki madde sayısının oldukça az olması sorun olan nedenlerden biri olarak belirtilmiştir. Ayrıca ölçekte bazı maddelerin spesifik alanları hedeflememesi diğer bir sorun olarak gösterilmiştir. Bu durum araştırmacıları anksiyete duyarlılığının tüm boyutlarını ölçmek için ölçek geliştirmeye yönlendirmiş ve 36 maddeden oluşan Anksiyete

Duyarlılığı İndeksi-Gözden Geçirilmiş Formu'nu (ADİ-GF) (Anxiety Sensitivity Index-Revised) (ASI-R) geliştirmişlerdir (63).

## **2. 6. 2. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-Gözden Geçirilmiş Formu-ADİ-GF (Anxiety Sensitivity Index-Revised-ASI-R)**

Taylor ve Cox tarafından geliştirilen gözden geçirilmiş formun anksiyete duyarlılığının farklı boyutlarını daha iyi ölçeceği öne sürülmüştür. Toplam 36 maddeden oluşmakta olan ADİ-GF'nin on maddesi ADİ'den alınmıştır. İlk ölçekte olduğu gibi beşli Likert tipi ölçüm sağlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 144 dür. Orijinal çalışmada ADİ-GF'nin dört alt faktörden oluştuğunu ve bu dört alt faktörün tek bir üst faktör altında toplandığını bulmuşlardır. Bu dört alt faktör 1- Solunum ile ilgili belirtilerden korkma, 2- Kalp-damar hastalıkları ile ilgili belirtilerden korkma, 3- Bilişsel kontrolü kaybetmekten korkma, 4- Sosyal ortamlarda fark edilebilen anksiyete belirtilerinden korkma şeklinde adlandırılmıştır (63).

ADİ-GF'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Durmuş-Sandler tarafından yapılmıştır (64). Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0.94, test tekrar test güvenilirlik katsayısını ise .75 olarak bulunmuştur. Ölçeğin ölçüt geçerliliği üniversite öğrencileri ile panik bozukluk tanısı alan klinik gruptaki hastaların test puanlarının karşılaştırılması şeklinde yapılmış ve klinik grubun puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Durmuş-Sandler'ın çalışmasında ölçeğin faktör analizi çalışması gerçekleştirilmemiştir. Ancak 2006 yılında ADİ-GF'nin ileri psikometrik incelemeleri Çakmak tarafından yapılmıştır. 411 üniversite öğrencisi ve 55 alkol bağımlısı yatan hastayı dâhil ettiği çalışmasında açıklayıcı faktör analizi sonucunda ADİ-GF'nin Taylor ve Cox'un yaptığı ilk çalışma gibi dört alt faktörden oluştuğu bulunmuştur. Dört faktörün açıkladığı toplam varyans % 47.63'tür. Birinci faktör toplam varyansın % 31.81'ini, ikinci faktör % 6.67'sini, üçüncü faktör % 4.91'ini ve dördüncü faktör % 4.22'sini açıklamaktadır. Aynı çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. Orijinal çalışma ile Türkçe formunun faktör yapısının araştırıldığı çalışmanın sonuçları karşılaştırıldığında birbiriyle oldukça tutarlı olduğu gözlemlenmektedir (37).

### **2. 6. 3. Anksiyete Duyarlılığı Profili-ADP (Anxiety Sensitivity Profile-ASP)**

Anksiyete duyarlılığını ölçmede Taylor ve Cox tarafından geliştirilen diğer bir ölçekse 60 maddeden oluşan Anksiyete Duyarlılığı Profili (ADP) dir (22). Her bir faktörün 10 madde içerdiği toplam 6 farklı boyuttan oluşmaktadır. Boyutlar ve iç tutarlık katsayıları şu şekilde saptanmıştır. 1- Kardiyovasküler belirtilerden korku ( $\alpha= 0.92$ ), 2- Solunumsal belirtilerden korku ( $\alpha= 0.94$ ), 3- Gastrointestinal belirtilerden korku ( $\alpha= 0.88$ ), 4- Toplum içinde gözlenebilir anksiyete belirtilerinden korku ( $\alpha= 0.90$ ), 5- Disosiyatif ve nörolojik belirtilerden korku ( $\alpha= 0.89$ ), 6- Bilişsel kontrol kaybından korku ( $\alpha= 0.92$ ). Her bir faktörün birbiriyle korelasyonlarının 0.57 – 0.86 arasında değiştiği belirtilmiştir. Her bir madde için söz konusu ölçümde duyumun yaşanması hayal edilip, bu duyumun yaşandığı zaman bunun ölmek, delirmek, kontrolünü kaybetmek, alay edilmek ya da başkaları tarafından küçümsenmek gibi kötü şeylere neden olabilme olasılığını derecelendirmektedir. Maddeler 1–7 arasında değişen 7 basamaklı bir ölçek (1 ve 2= hiçbir zaman, 3, 4, 5= orta derecede; 6 ve 7= her zaman) üzerinden puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 60, en yüksek puan ise 420 dir. Yapılan çalışmalarda ADİ gibi dört alt faktörden oluşan ve toplamda bir üst faktörün temsil edildiği yapı ortaya çıkmıştır. Bu alt faktörler 1-Solunumsal belirtilerinden korku, 2- Bilişsel kontrol kaybından korku, 3- Gastrointestinal belirtilerden korku. 4- Kardiyak belirtilerden korku şeklindedir. ADP'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Ayvaşık ve Tutarel-Kışlak tarafından gerçekleştirilmiş, oldukça yüksek bir iç tutarlılık katsayısı ( $\alpha= 0.98$ ) ve orijinal çalışma ile aynı faktör yapısı bulunmuştur (65).

### **2. 6. 4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) (Anxiety Sensitivity Index-3, ASI-3)**

Anksiyete duyarlılığını ölçmek için yakın zamanda yine Taylor ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (5). Bu çalışmada Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılması planlanan ölçek anksiyete duyarlılığını daha etkin biçimde çok boyutlu olarak değerlendirilebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. ADİ ve ADİ-GF ile yapılan çalışmalarda faktöryel yapılar ile ilgili karmaşık sonuçların bulunması ileri psikometrik enstrümanlara ihtiyaç olduğunu göstermiş ve bu nedenle anksiyete duyarlılığını çok boyutlu olarak ölçen ADİ-GF'den bazı maddelerin seçilerek yeni bir gözden geçirilmiş



form elde edilmiş ve ADİ-3 olarak adlandırılmıştır. Teorik olarak klinik örneklemede geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirmek ne kadar önemli ise aynı zamanda klinik olmayan örneklemlerde de anksiyete bozuklukların gelişimine neden olabilecek risk faktörlerini tespit edebilecek bir ölçek aynı derecede öneme sahiptir. O nedenle her iki grup açısından yeterliliği yapılan çalışma ile değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Ölçek orijinal ADİ gibi fiziksel, sosyal ve bilişsel alt boyutları olan ve her alt boyutta 6 madde bulunan toplam 18 maddeden oluşmaktadır. 18 maddeden beş tanesi orijinal ADİ’de bulunan maddeleri içermektedir. Ölçek beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. ‘0’ çok az anlamına gelirken ‘4’ çok fazla anlamına gelmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan ise 72 dir. Uygulayıcılardan; her bir maddede yer alan ifadelerle ilgili şimdiye kadar ki deneyimlerini dikkate alarak ya da o madde ile ilgili deneyimi yoksa o durumu yaşaması halinde nasıl hissedebileceğini düşünerek ilgili ifade ile ne derecede hem fikir olduğunu belirtmesi istenmektedir.

Geçerlik güvenilirlik çalışması toplam 6 ülkede (Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Fransa, Meksika, Hollanda ve İspanya) klinik ve klinik olmayan grupların dahil edildiği geniş bir örneklemede yapılmıştır. Yapılan doğrulayıcı faktör analizinde üç faktörlü yapı ortaya konmuştur. Üç faktörlü yapının açıkladığı toplam varyans % 76 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı her bir ülke grubu için ayrı ayrı hesaplanmış ve ADİ ile karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Sonuç olarak fiziksel belirtileri değerlendiren alt faktörde güvenilirlik katsayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış, ancak diğer alt faktörlerdeki cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ADİ-3 te ADİ’ye göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (5).

## **2. 6. 5. Çocukluk Çağı Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ) (Childhood Anxiety Sensitivity Index, CASI)**

Erişkin popülasyonda yapılan araştırmalardan sonra çocuk popülasyonunda anksiyete duyarlılığı araştırmaları planlanmış ve sonuç olarak Çocukluk Çağı Anksiyete Duyarlılığı İndeksi’de (ÇADİ) (Childhood Anxiety Sensitivity Index-CASI) Silverman ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir (66). Altı ile 17 yaş arası okul çağı

çocuklarına yönelik hazırlanmıştır. 18 maddelik ÇADİ çocuklarda, anksiyete ile ortaya çıkan bedensel duyularından ne kadar korktuklarını puanlamalarına dayanır. Erişkin ölçeği ile aradaki en önemli fark maddelerin ve puanlamanın daha basit oluşudur. ÇADİ, altı yaşına kadar küçük çocukların bile kolayca anlayacağı hiç (1), biraz (2), çok fazla (3) şeklinde puanlanır. ÇADİ toplam puanları 18–54 arasında değişir.

ÇADİ ile yapılan çalışmalar da psikometrik özelliklere bakıldığında Cronbach  $\alpha$  iç tutarlılık katsayısı hem klinik hem de klinik olmayan grupta 0.87, iki haftalık test tekrar test güvenilirliği klinik olmayan grupta 0.76 klinik grupta 0.79 olarak bulunmuştur. Ayrıca sürekli anksiyete düzeyi kontrol edildiğinde de korkuya yatkınlığı yordayabileceği ortaya konmuştur. Silverman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ÇADİ'nin üç alt faktörlü hiyerarşik yapıdan oluştuğunu göstermişlerdir. Bu alt faktörler, 1-Fiziksel belirtilerden korkmak, 2- Mental yetersizlikten korkmak, 3- Sosyal ortamlarda değerlendirilmekten korkmak şeklinde açıklanmıştır (67).

Anksiyete duyarlılığını değerlendiren başka ölçeklerde geliştirilmiştir. Örneğin 1992 yılında Kenardy ve arkadaşları 21 maddeden oluşan Anksiyete Belirtileri ve İnanışları Ölçeği'ni (Anxiety Symptoms and Beliefs Scale) geliştirmişler ancak ölçek ADİ gibi yaygın olarak kullanım şansı bulamamıştır (68).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Haziran 2007 tarihinde yayınlanan Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) adlı ölçeğin Türkçe formunun hasta ve sağlıklı gönüllülerde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına başlanılmadan önce ölçeği geliştiren yazardan (Steven TAYLOR) onay alınmıştır.

ADİ-3 iyi derecede İngilizce bilen beş akademik personel tarafından Türkçe'ye Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ismi ile çevrilmiştir. Türkçe'ye çevrili metin bir başka akademik personel tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilerek özgün metin ile karşılaştırılmıştır. Anlamları tam olarak karşılamadığı düşünülen maddeler tekrar gözden geçirilerek ölçeğin Türkçe son biçimi oluşturuldu. Ölçeğin Türkçe son versiyonunda 18 madde bulunmaktadır.

Çalışmanın başlangıcında Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (Ek-1).

#### **3. 1. ÇALIŞMA DESENİ**

Çalışmaya katılacak hasta grubu Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine Ocak 2008 - Mayıs 2008 tarihleri arasında başvuran kişiler arasından oluşturuldu. Toplam 300 hasta çalışmaya dahil edildi. Sağlıklılarından oluşan kontrol grubu ise çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü kişiler tarafından oluşturuldu. Toplam 150 gönüllü kişi araştırmaya dahil edildi.

Başvuru sırasında hastalık tanıları deneyimli psikiyatristler tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre kondu. İlk değerlendiren hekimler tarafından çalışmanın içeriği hastalara açıklandıktan sonra katılmayı kabul eden hastalar çalışmayı yürüten hekime yönlendirildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) (Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme) Türkçe versiyon 5.0.0, Klinisyen Değerlendirmesi, ile ikinci bir görüşme yapılarak tanıları doğrulandı. Tanıları doğrulanan hastalardan ve sağlıklı gönüllülerden çalışmaya katılmayı kabul edenlerden onam alındı.

Çalışmada kullanılmak üzere bir demografik veri formu oluşturuldu. Her katılımcı için bir set hazırlandı. Bu set içinde sosyodemografik veri formu yanında katılımcıların yanıtlayacağı Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) bulunmaktaydı. Çalışmaya katılan kişilere verilecek ölçekler rasgele sırayla yerleştirilerek katılımcıların etkilenmesi azaltılmaya çalışıldı. Tüm uygulama yaklaşık 20-30 dakikada tamamlanmıştır.

Sağlıklı gönüllü grubundan çalışmaya katılan ve yeniden değerlendirilmeyi (tekrar test) kabul eden, 15-30 gün içerisinde tekrar test randevusuna gelen kişilerle ikinci kez görüşülerek belirli ölçekleri yeniden yanıtlamaları istendi.

Çalışmaya katılan gönüllülere de M.I.N.I görüşmesi yapılmıştır ve herhangi bir psikiyatrik tanı almayanlar sağlıklı gruba dahil edilmiştir. Çalışmada hasta grubu ve sağlıklı gönüllü grubu olmak üzere toplam 450 kişiye ait bulgular değerlendirilmiştir.

### **3. 1. 1. Çalışmaya dâhil edilme ölçütleri**

1. Primer tanısı agorafobi olmadan panik bozukluğu, agorafobili panik bozukluğu, panik bozukluğu olmadan agorafobi, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan (BTA) anksiyete bozukluğu, majör depresyonu olan hastalar,
2. Sağlıklı gönüllü için herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış olmak,
3. 18 yaşından büyük 65 yaşından küçük olmak,
4. Kendisinden onam alınan kişiler.

### 3. 1. 2. Çalışmadan dışlama ölçütleri

1. Şizofreni, bipolar bozukluk, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk ve diğer psikotik bozuklukların varlığı (deliryum, demans, epilepsi vb)
2. Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu tanısı almış olmak,
3. Görüşmeyi etkileyebilecek boyutta ciddi kişilik bozukluğunun bulunması,
4. Mental retardasyonun olması,
5. Ağır fiziksel bir hastalığının olması ve klinik laboratuvar bulgularının ciddi bir hastalığı gösteriyor olması,
6. Ciddi bir nörolojik hastalığının bulunması (Serebrovasküler hastalık vb),
7. Psikoaktif madde etkisi altında olmak,
8. 18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olmak.

### 3. 2. KULLANILAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

DSM-IV'e göre birinci eksen bozukluğun varlığı veya yokluğu belirlenmesi için çalışmayı yürüten hekim tarafından tüm katılımcılara M.I.N.I. yapılandırılmış klinik görüşme uygulandı. ADİ-3'ün geçerlik ve güvenilirliğinin gösterilmesi amacıyla her biri öz bildirim olarak uygulanan toplam 6 ayrı ölçek uygulandı.

**3.2.1. Sosyodemografik veri formu:** Hastalarının ve sağlıklı gönüllülerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile ilgili veriler toplandı.

**3.2.2. M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) (Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, Klinisyen Değerlendirmesi-uyarlama 5.0):** Sheehan ve Lecrubier tarafından DSM-IV ve ICD-10'da yer alan temel birinci eksen psikiyatrik bozuklukları değerlendiren kısa yapılandırılmış görüşme olarak tasarlanmıştır (69). Türkçe çevirisi Yazgan ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır.

**3.2.3. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) (Anxiety Sensitivity Index-3, ASI-3):** Ölçek fiziksel, sosyal ve bilişsel alt kategorileri ile anksiyete duyarlılığını çok boyutlu olarak değerlendirilebilmesi amacıyla Taylor ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. Üç alt kategoride toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçek beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. ‘0’ çok az anlamına gelirken ‘4’ çok fazla anlamına gelmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan ise 72 dir. Uygulayıcılardan; her bir maddede yer alan ifadelerle ilgili şimdiye kadar ki deneyimlerini dikkate alarak ya da o madde ile ilgili deneyimi yoksa o durumu yaşaması halinde nasıl hissedebileceğini düşünerek ilgili ifade ile ne derecede hem fikir olduğunu belirtmesi istenmektedir (5) (Ek-2).

**3.2.4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ) (Anxiety Sensitivity Index, ASI):** Anksiyete duyarlılığını saptamak amacıyla Reiss ve arkadaşları tarafından 1986 yılında geliştirilmiş ilk ölçektir (4). Onaltı maddeden oluşup beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her bir madde kişinin anksiyete belirtilerinin sonuçları hakkında inanışlarını test etmektedir. Fiziksel alt boyutta sekiz; bilişsel ve sosyal alt boyutlarda dörder madde bulunmaktadır. Maddeler 0 yok, 4 çok fazla olarak değerlendirilmektedir. Çeşitli araştırmalarda iç tutarlık katsayısının .80 ile .90 arasında değiştiği bulunmuştur. Normal popülasyonda ve klinikte birçok anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi ruhsal bozukluklarda yaygın olarak kullanılmaktadır. ADİ-3 ile korelasyonunun saptanması amacıyla kullanılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (12) (Ek-3).

**3.2.5. Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) (State-Trait Anxiety Inventory-Trait, STAI-T):** Çalışmada Spielberger tarafından geliştirilen Durumluk – Sürekli Kaygı Envanterinin sadece Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır (70). Ölçek 1985 yılında Türkçe’ye uyarlanmıştır (71). Kişinin içinde bulunduğu koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirleyen bir ölçektir. Ölçek toplamda 20 maddeden oluşmakta ve dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. (1-hemen hiçbir zaman, 4- hemen her zaman). Örtüşme geçerliliğinin saptanması amacıyla kullanılmıştır. Ülkemizde birçok çalışmada kullanılmaktadır (Ek-4).

**3.2.6. Bedensel Duyuları Abartma Ölçeği (BDAÖ) (The Somatosensory Amplification Scale, SAS):** Barsky ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir (72). Kişilerin yakınmalarını bedenselleştirirken kullandıkları büyütme/abartmayı ölçmek üzere geliştirilen on maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, çoğu bir hastalık göstermeyen bir dizi rahatsız edici bedensel duyumu içeren maddelerden oluşmaktadır (73). Her bir madde için 1 ile 5 arasında puan verilir. Maddelerden alınan puanların toplanmasıyla bir toplam abartma/büyütme puanı elde edilir. Örtüşme geçerliliğinin değerlendirilmesi ve anksiyete duyarlılığı toplam puanı ile bedensel duyuları abartma arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla kullanılmıştır (Ek-5).

**3.2.7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (Beck Anxiety Inventory, BAI):** Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiş olan ölçek kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir (74). Kişiden istenen son bir hafta içerisinde sıralanan anksiyete belirtilerinden kendisini ne derece rahatsız ettiğini belirtmesidir. Yirmi bir maddeden oluşan ölçek dördümlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır (0 hiç, 3 ciddi derecede). Çalışmada tipik anksiyete semptomlarının örtüşme geçerliliğini değerlendirebilmek için kullanılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (75) (Ek-6).

**3.2.8. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Beck Depression Inventory, BDI):** 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin 1978 yılında ikinci formu geliştirilmiştir (76). Depresif belirtilerin sorgulandığı 21 maddelik ölçekte kişinin son bir haftada kendini nasıl hissettiğini en iyi tanımlayan cümleyi belirtmesi istenmektedir. Her bir maddede dört seçenek vardır ve 0-3 arası puanlama yapılmaktadır. Sürekli Kaygı Envanteri ile .55 korelasyon göstermektedir. Örtüşme geçerliliğini saptamak amacıyla kullanılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1988 yılında Hisli tarafından yapılmış olup birçok çalışmada kullanılmaktadır (77) (Ek-7).

### 3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel açıdan değerlendirilmesinde SPSS windows 11.0 paket programı kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin analizinde, Bağımsız Örneklem t-Testi (Independent Sample t Test) ve ki kare testi kullanıldı. Ayırt edici geçerlik işlemleri için Bağımsız Örneklem t Testi yöntemi uygulanmıştır. Hastalık grupları ve sağlıklı gönüllüler arasında ADİ-3 puanları açısından fark olup olmadığı ANOVA yöntemi ile yapılmıştır. ADİ-3'ün yapısal geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla, ADİ-3 puanları, diğer ölçek puanları ile Pearson korelasyon katsayısı ile karşılaştırılmıştır. ADİ-3'ün faktör yapısını belirlemek için Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) yöntemi kullanılmıştır. Güvenilirlik analizlerinde, iç tutarlılık için cronbach alfa katsayısı, test tekrar test güvenilirliği için Pearson korelasyon katsayısı ve Eşleştirilmiş Örneklem t Testi (Paired Sample t Test) kullanılmıştır.



## **4. BULGULAR**

### **4. 1. TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER**

İngilizce'den Türkçe'ye çevrilen Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Çalışma 300 anksiyete bozukluğu ve majör depresyon tanısı olan hasta grubu ve 150 sağlıklı gönüllü (kontrol grubu) ile yapıldı. Çalışma grubunun klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1: Çalışma grubunun klinik özellikleri**

	Sayı (n)	% (Tüm Olgular)
Agorafobili panik bozukluğu	49	10.89
Agorafobisiz panik bozukluğu	23	5.11
Sosyal anksiyete bozukluğu	19	4.22
Obsesif kompulsif bozukluk	23	5.11
Yaygın anksiyete bozukluğu	93	20.67
Anksiyete bozukluğu BTA	12	2.67
Majör depresyon	81	18.0
Sağlıklı gönüllü	150	33.33
Toplam	450	100.0

Hastaların ve kontrol grubunun sosyodemografik bulguları Tablo 2'de verilmiştir. Cinsiyet dağılımı hasta ve kontrol grubu arasında fark göstermiyordu. Kadın/erkek dağılımı hasta grubunda % 70.3 kadın, % 29.3 erkek ve kontrol grubunda % 66 kadın, % 34 erkekten oluşmaktaydı ( $\chi^2= 1.020$ ,  $df= 1$ ,  $p= 0.312$ ). Hastaların ve kontrol grubunun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $t= -1.095$ ,  $df= 448$ ,  $p= 0.274$ ). Hasta grubunun yaş ortalaması 36.55 ( $ss= 12.09$ ) kontrol grubunun yaş ortalaması 35.29 ( $ss= 10.02$ ) olarak saptandı. Hasta ve kontrol grubu eğitim yılı olarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t= 0.918$ ,  $df= 448$ ,  $p= 0.359$ ). Hasta grubunun % 20'si ilkokul mezunu, % 50.7'si ortaokul ve lise mezunu, % 29.3'ü ise yüksekokul ve üniversite mezunu idi. Sağlıklı grubun % 19.3'ü ilkokul mezunu, % 42'si ortaokul ve lise mezunu, % 38.7'si yüksekokul ve üniversite mezunuydu. Eğitim durumları açısından değerlendirildiğinde de istatistiksel açıdan

anlamlı fark saptanmadı ( $\chi^2= 4.28$ ,  $df= 2$ ,  $p= 0.118$ ). Hasta grubu ile kontrol grubu medeni durumları açısından karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Ancak p değeri istatistiksel olarak anlamlılığa yakındı. Her iki grupta bekârların yüzdesi birbirine yakın olduğu halde (hasta grubunun % 28.7'si sağlıklı grubun % 27.3'ü bekar) sağlıklı grubunda evli, hasta grubunda boşanmış ve eşi ölmüş olanların sayısı daha fazla idi ( $\chi^2= 5.96$ ,  $df= 2$ ,  $p= 0.051$ ).

**Tablo 2: Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri**

	HASTA GRUBU		SAĞLIKLI GRUBU		ANLAMLILIK
	N	%	N	%	
<b>CİNSİYET</b>					
Kadın	212	70.7	99	66	$\chi^2= 1.020$ $p= 0.312$
Erkek	88	29.3	51	34	
<b>MEDENİ DURUM</b>					
Evli	180	60	102	68	$\chi^2= 5.96$ $p= 0.051$
Bekar	86	28.7	41	27.3	
Boşanmış ve Eşi Ölmüş	34	11.3	7	4.7	
<b>ÖĞRENİM DURUMU</b>					
İlkokul	60	20.0	29	19.3	$\chi^2= 4.28$ $p= 0.118$
Ortaokul ve Lise	152	50.7	63	42.0	
Yüksekokul ve Üniversite	88	29.3	58	38.7	
<b>YAŞ (ort)</b>					
	36.55		35.29		$t= -1.095$
<b>Standart Sapma (ss)</b>					
	12.09		10.02		$p= 0.274$
<b>EĞİTİM SÜRESİ (ort)</b>					
	10.49		10.84		$t= 0.918$
<b>Standart Sapma (ss)</b>					
	3.60		4.21		$p= 0.359$

Hasta ve kontrol grubunun ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları Tablo 3'de verilmiştir.

**Tablo 3: Hasta ve kontrol grubunun ölçeklerden aldığı puan ortalamaları**

		N	Ortalama puan	Standart sapma
<b>ADİ-3</b>	hasta	299	32.48	15.69
	kontrol	150	12.82	8.32
<b>SKE</b>	hasta	300	52.17	8.66
	kontrol	150	38.90	6.01
<b>BDAÖ</b>	hasta	300	30.27	7.42
	kontrol	150	25.27	7.46
<b>BAÖ</b>	hasta	300	25.21	14.04
	kontrol	150	6.51	5.41
<b>ADİ</b>	hasta	300	31.64	13.17
	kontrol	149	15.37	8.97
<b>BDE</b>	hasta	298	18.24	10.52
	kontrol	150	5.49	4.93

## 4. 2. GEÇERLİK ÖLÇÜMLERİ

Geçerlik bir ölçüm aracının ölçülmek istenilen özelliği tam ve doğru bir şekilde yapabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda ayırt edici geçerlik, benzer ölçek geçerliği ve faktör analizi geçerlik ölçümleri için kullanılmıştır.

### 4. 2. 1. Ayırt edici geçerlik

Çalışmada ADİ-3 puanları açısından sağlıklı grupta klinik olarak tanı alan hasta grubu arasında fark olup olmadığı bağımsız gruplarda t testi ile analiz edilmiştir. Hasta grubunun ölçekten aldığı ortalama puan 32.48 (ss= 15.69) iken sağlıklı grupta ortalama puan 12.82 (ss= 8.32) olarak bulunmuştur. Hastalar ile sağlıklılar arasında ADİ-3 puanlarının birbirinden istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu görülmüştür. Sonuç olarak hastaları kontrollerden anlamlı şekilde ayırt ettiği saptanmıştır ( $t = -14.362$ ,  $df = 447$ ,  $p < 0.001$ ) (Tablo 4).

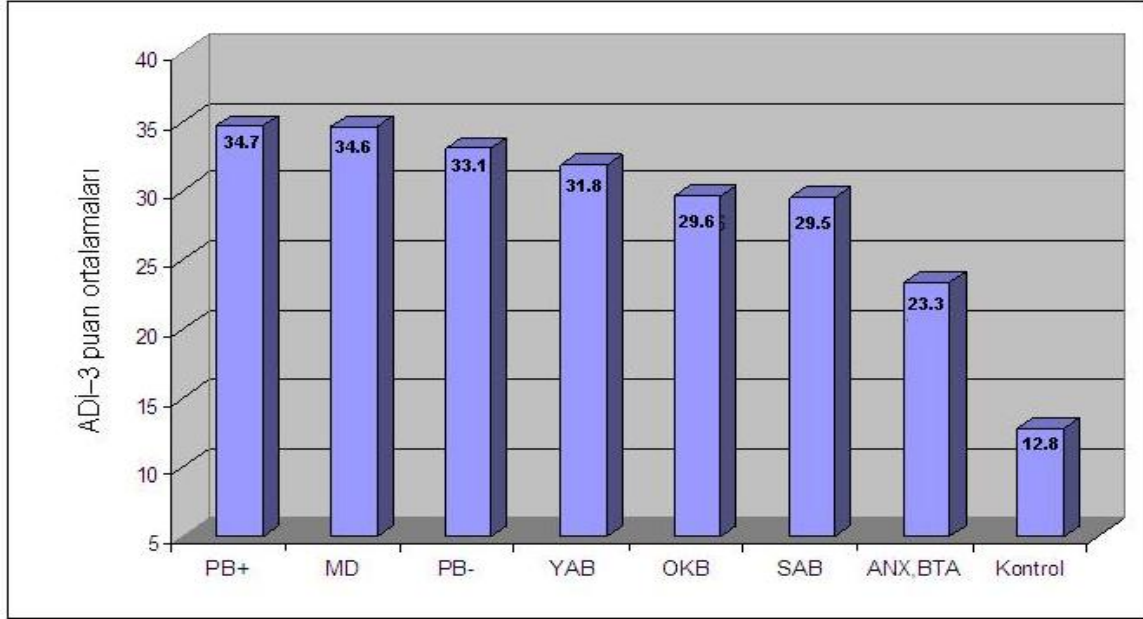
**Tablo 4: Çalışma grubunda ADİ-3 puanı ortalamaları**

ADİ-3 puanı	N	Ortalama	SS
Hasta	299	32.48	15.69
Sağlıklı	150	12.82	8.32

$t = -14.362$ ,  $df = 447$ ,  $p < 0.001$

Hastalık gruplarında ve sağlıklılarda ADİ-3 toplam puan ortalamaları **Grafik 1**'de gösterilmektedir. Agorafobili panik bozukluğu olan hastalar ölçekten elde edilen en yüksek puan ortalamasına (34.7) sahip olan grup olarak görülmektedir. İkinci en yüksek puan alan grup 34.6 ortalama ile majör depresyonu olan hasta grubu ve üçüncü sırada 33.1 puan ortalaması ile agorafobisiz panik bozukluğu olan hasta grubu gelmektedir.

**Grafik 1: Hastalık gruplarına göre ADİ-3 puan ortalamaları**



**PB+**: Agorafobili Panik Bozukluğu, **PB-**: Agorafobi olmadan Panik Bozukluğu, **MD**: Majör Depresyon, **YAB**: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, **OKB**: Obsesif Kompulsif Bozukluk, **SAB**: Sosyal Anksiyete Bozukluğu, **ANX BTA**: Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu

ANOVA testine göre gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ( $F= 31.35$ ,  $df= 7$ ,  $p< 0.001$ ). Bu nedenle yapılan Post Hoc analizlerde, sağlıklılar; Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu (Anksiyete bozukluğu BTA) grubu hariç ( $p= 0.289$ ) diğer tüm hasta gruplarından  $p< 0.001$  düzeyinde daha düşük skorlar almışlardır. Ancak hasta grupları birbirleri arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 5).

**Tablo 5: Hastalık gruplarıyla sağlıklı grubun ADİ-3 toplam puanı temelinde karşılaştırılması, Bonferroni düzeltmesi**

Tanı (I)	Tanı (J)	Ortalama fark (I-J)	Standart hata	p
Agorafobili panik bozukluğu	Sağlıklı	21.83	2.24	< .001
Agorafobisiz panik bozukluğu		20.31	3.05	< .001
Sosyal anksiyete bozukluğu		16.65	3.31	< .001
Obsesif kompulsif bozukluk		16.79	3.05	< .001
Yaygın anksiyete bozukluğu		19.01	1.80	< .001
Anksiyete bozukluğu BTA		10.51	4.08	.289
Majör depresyon		21.82	1.88	< .001

#### 4. 2. 2. Benzer ölçek geçerliği

Anksiyete duyarlılığını ölçmek için ilk olarak geliştirilen ve Türkçe'ye çevrilerek geçerli ve güvenilir olduğu gösterilen Anksiyete Duyarlılığı İndeksiyle ilişki için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Tüm çalışma grubunun ADİ-3 ortalama test puanı 25.97 (ss= 16.50), ADİ ortalama test puanı 26.26 (ss= 14.19) olarak bulunmuştur. Tüm deneklerin ADİ-3 ve ADİ puanları karşılaştırıldığında birbiriyle yüksek korelasyon gösterdiği ( $r= 0.85$ ,  $p< 0.001$ ) saptanmıştır. Ayrıca ADİ-3 ve ADİ puan ortalamaları hasta grubunda karşılaştırılmıştır. 299 hastanın ölçek puanları karşılaştırıldığında ADİ-3 ortalama puanı 32.48 (ss= 15.69), ADİ puan ortalaması 31.69 (ss= 13.16) olarak tespit edilmiştir. Bu iki ölçeğin hasta grubunda da yüksek korelasyon gösterdiği saptanmıştır ( $r= 0.80$ ,  $p< 0.001$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6: Tüm çalışma grubunda ve hasta grubunda ADİ-3 ve ADİ puan korelasyonu**

<b>ADİ-3 &amp; ADİ</b>	<b>N</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>Tüm çalışma grubu</b>	448	.85	< .001
<b>Hasta Grubu</b>	299	.80	< .001

Bu yöntem ile ADİ-3 ölçeğinin toplam puanları ile altın standart olarak değerlendirdiğimiz ADİ'den başka, benzer ölçek geçerliği kriteri olarak Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır. Aradaki ilişkiyi incelemek için de Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. ADİ-3 puanları ile ADİ, SKE, BDAÖ, BAÖ, BDE ve puanları arasında beklendiği gibi pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin arasında en yüksek korelasyon ADİ-3 ile ADİ arasında bulunmuştur. ADİ-3 diğer kullanılan tüm ölçeklerle de yüksek korelasyon göstermiştir. Diğer ölçeklerle ilişkili olan korelasyonlar Tablo 7'de görülmektedir.

**Tablo 7: Ölçekler arası korelasyon katsayısı dağılımı**

	ADİ-3	SKE	BDAÖ	BAÖ	ADİ	BDE
ADİ-3	1					
SKE	.679(**)	1				
BDAÖ	.466(**)	.440(**)	1			
BAÖ	.713(**)	.677(**)	.499(**)	1		
ADİ	.850(**)	.632(**)	.548(**)	.721(**)	1	
BDE	.571(**)	.774(**)	.375(**)	.704(**)	.561(**)	1

\*\*  $p < 0.01$ ,  $n = 449$

#### 4. 2. 3. Yapı Geçerliliği - Faktör analizi

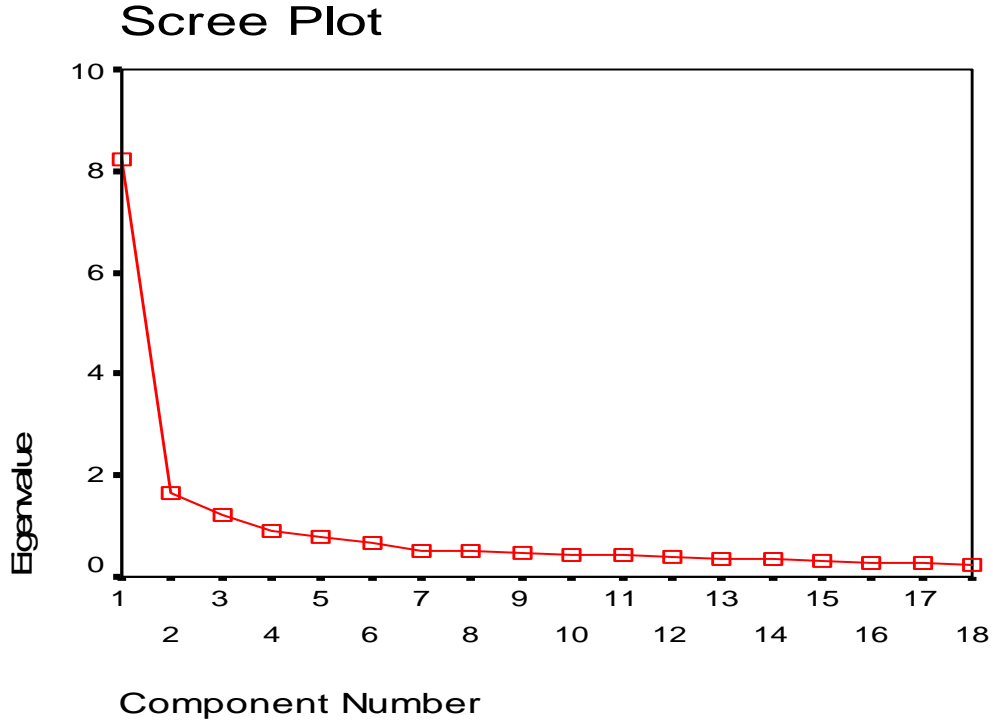
Yapı geçerliliği bir ölçüm aracının amacı doğrultusunda çalışıp çalışmadığını belirleme sürecidir. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi 3'ün yapı geçerliliğini sınamak için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) (Exploratory factor analysis) tekniği kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini saptamada Kaiser-Meyer-Olkin ( KMO ) testi yapılmaktadır (78).

Bu çalışmada tüm grupta hesaplanan KMO değeri 0.94 olarak bulunmuştur. Bu değer 1'e yaklaştıkça mükemmel olarak kabul edilir. Barlett testi uygulanarak değişkenler arası korelasyon test edilir ve farklılık bulunursa veri setinin faktör analizi için uygun olduğuna karar verilir. Bu çalışmada da  $p < 0.001$  olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Sonuçta verilerin faktör analizi için uygun olduğu gösterilmiştir. ADİ-3'ün faktör yapısını belirlemek üzere, verilere “kaiser normalizasyonu” ve “varimax dönüştürmesine” göre Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) yapılmıştır. Faktörlerin elde edilmesinde özdeğer istatistiği (eigen value) 1'den büyük olan faktörler anlamlı kabul edilmiştir.

Değişkenlerin rotasyonunun amacı yorumlanabilir ve anlamlı faktörler elde etmektir. Bu amaçla varimax rotasyon sonucu elde edilen tablo aşağıda gösterilmiştir (Tablo 8). Madde 3, 4, 7, 8, 12, 15 faktör 1 (fiziksel belirtiler) in altında; madde 1, 2, 5, 10, 14, 16, 18 faktör 2'nin (bilişsel belirtiler) altında, madde 6, 9, 11, 13, 17 faktör 3'ün (sosyal belirtiler) altında en yüksek değeri almış olarak toplanmıştır.

Faktör sayısının hesaplanmasında diğer bir yöntem Scree test grafiğidir. Grafiğin yatay şekil aldığı düzeye kadar olan sayı faktör sayısı olarak kabul edilir. Yapılan analiz sonucunda 3 faktörlü yapı **Şekil 1**'de görülmektedir.

**ŞEKİL 1: Faktör analizi, Scree test grafiği**



Ortak varyans bir değişkenin analizde yer alan diğer değişkenlerle paylaştığı varyans miktarıdır. Tablo 8’de ortak varyans görülmektedir. En yüksek varyans ölçeğin 12. maddesi olan (“Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim”) de 0.754, en düşük varyans ölçeğin birinci maddesi olan (“Sınırlı görünmemek benim için önemlidir”) de 0.252 olarak bulunmuştur. Birinci madde dışındaki tüm maddelerin ortak varyansının 0.30’den yüksek olduğu gözlenmiştir.

**Tablo 8: Ölçeğin bileşen dağılımı**

	Fiziksel	Bilişsel	Sosyal	Ortak varyans
ADİ-3 M 8	.828			.745
ADİ-3 M 12	.789			<b>.754</b>
ADİ-3 M 7	.758			.681
ADİ-3 M 3	.755			.670
ADİ-3 M 4	.644			.494
ADİ-3 M 15	.636			.590
ADİ-3 M 16		.749		.688
ADİ-3 M 14		.716		.657
ADİ-3 M 18		.711		.727
ADİ-3 M 2		.698		.549
ADİ-3 M 10		.696		.652
ADİ-3 M 5		.626		.536
<b>ADİ-3 M 1</b>		<b>.428</b>	<b>.255</b>	<b>.252</b>
ADİ-3 M 11			.806	.695
ADİ-3 M 13			.790	.694
ADİ-3 M 6			.750	.707
ADİ-3 M 9			.615	.607
<b>ADİ-3 M 17</b>	<b>.386</b>		<b>.467</b>	.412

Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis)  
Kaiser Normalizasyonu ile varimax rotasyon yöntemi

Bu değerlendirmeler ölçeğin yapı geçerliliğini desteklemektedir. Birinci faktör toplam varyansın % 45.73'ünü açıklarken, birinci ve ikinci faktör bir arada % 54.84'ünü ve saptanan bu 3 faktörlü yapı toplam varyansın % 61.72'sini açıklamaktadır. Özdeğerler ve açıklanan toplam varyans Tablo 9'da gösterilmiştir.



**Tablo 9: Faktör Analizi, Açıklanan toplam varyans**

<b>ÖZDEĞERLER</b>			
<b>Faktör</b>	<b>Toplam</b>	<b>Varyansın yüzdesi (%)</b>	<b>Toplam %</b>
<b>1</b>	8.232	45.733	45.733
<b>2</b>	1.640	9.110	54.843
<b>3</b>	1.238	6.880	61.723
<b>4</b>	.915	5.085	66.808
<b>5</b>	.777	4.317	71.125
<b>6</b>	.683	3.793	74.917
<b>7</b>	.526	2.923	77.840
<b>8</b>	.525	2.919	80.759
<b>9</b>	.477	2.647	83.407
<b>10</b>	.438	2.433	85.840
<b>11</b>	.415	2.303	88.143
<b>12</b>	.378	2.098	90.241
<b>13</b>	.360	1.997	92.238
<b>14</b>	.352	1.956	94.194
<b>15</b>	.300	1.666	95.861
<b>16</b>	.270	1.500	97.360
<b>17</b>	.258	1.434	98.794
<b>18</b>	.217	1.206	100.000

Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis)

### **4. 3. GÜVENİLİRLİK ÖLÇÜMLERİ**

Bir ölçeğin güvenilirliği ölçülen özelliğin değişmemesi ve ölçümlerin tekrarlandığı durumlarda da bu kararlılığın gösterilmesi durumu olarak tanımlanabilir. Güvenilirliğin dayandığı temel kavram tahmin edilebilirlik, öngörülebilirliktir. Temelde güvenilirlik, bir testin kendi içindeki maddelerin birbiriyle ilişkisidir (78). Bir ölçümün güvenilirliği farklı yöntemlerle değerlendirilebilir. Bu çalışmada güvenilirliği sınama yöntemleri olarak iç tutarlılık, madde analizi ve test tekrar test ölçümleri yapılmıştır.

#### **4. 3. 1. İç tutarlılık (Cronbach Alfa)**

Anksiyete Duyarlılığı İndeksi 3'ün iç tutarlılığı Cronbach Alfa güvenilirlik analizi tekniği ile hesaplanmıştır. Toplam 449 denekten elde edilen verilerle ADİ-3 ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0.93 olarak saptanmıştır. Ölçeğin maddeleri arası iç tutarlılığı

yüksektir. Alt faktörler için Cronbach alfa katsayısı ise fiziksel belirtiler için 0.89; bilişsel belirtiler için 0.88; sosyal belirtiler için 0.82 olarak bulunmuştur.

#### 4. 3. 2. Madde Analizi

Madde analizi için madde toplam puan korelasyonu yöntemi kullanılmıştır. Madde toplam korelasyonunun negatif olmaması ve genel olarak 0.20'nin üzerinde olması beklenir. Kesim noktası olarak 0.20 aldığımızda; sonuçlarımızda tüm maddelerin madde toplam korelasyonunun bu değerden büyük olduğu görülmektedir. Tüm maddelerin ölçeğin tümü ile tutarlılığının yeterli olduğu gözlenmektedir.

Madde toplam istatistiklerine bakıldığında madde toplam korelasyonlarında en düşük katsayıya sahip maddenin sosyal belirtiler alt ölçeğinde yer alan ve ölçeğin birinci maddesi olan (“Sinirli görünmemek benim için önemlidir”) olduğu; diğer maddelerin madde-toplam korelasyonlarının ise .53 ile .75 arasında değiştiği görülmüştür. Her maddenin madde toplam korelasyon katsayısı ve eğer madde çıkarılırsa alfa değeri Tablo 10’da gösterilmiştir.

**Tablo 10: Madde toplam puan korelasyonu**

	Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu	Alfa değeri (Eğer madde çıkarılırsa)
ADİ-3 M 1	.3800	.9300
ADİ-3 M 2	.5716	.9259
ADİ-3 M 3	.6656	.9238
ADİ-3 M 4	.5564	.9262
ADİ-3 M 5	.5932	.9255
ADİ-3 M 6	.6516	.9241
ADİ-3 M 7	.6684	.9237
ADİ-3 M 8	.6503	.9242
ADİ-3 M 9	.6679	.9238
ADİ-3 M 10	.6966	.9230
ADİ-3 M 11	.5312	.9269
ADİ-3 M 12	.7056	.9228
ADİ-3 M 13	.5729	.9259
ADİ-3 M 14	.6911	.9233
ADİ-3 M 15	.6187	.9249
ADİ-3 M 16	.6871	.9234
ADİ-3 M 17	.5477	.9266
ADİ-3 M 18	.7559	.9218

### 4. 3. 3. Test-Tekrar Test Güvenilirliği

Test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla iki ayrı zamanda aynı deneğin değerlendirilmesinde ADİ-3'ün ne kadar tutarlı olduğunu saptamak için 61 sağlıklı gönüllüye 15-30 gün sonra ikinci kez ölçek uygulanmıştır. 61 sağlıklı gönüllünün ilk ölçek değerlendirilmesinde almış oldukları ortalama test puanı 12.34 (ss= 8.32), tekrar testte ise 10.70 (ss= 8.81) dir. Her iki ölçüm arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (t= 1.756, df= 60, p= 0.084) (Tablo 11). ADİ-3 toplam puanlarının ve her bir maddesinin test-tekrar test için Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin test-tekrar testte orta düzeyde korelasyon gösterdiği saptanmıştır (r= 0.64, p<0.001) (Tablo 12).

**Tablo 11: Test-tekrar test ortalama puanları**

ADİ-3	N	Ortalama puan	SS
Test	61	12.34	8.32
Tekrar Test	61	10.70	8.81

t= 1.756, df= 60, p= 0.084

**Tablo 12: ADİ-3 Toplam Puanlarının ve Maddelerinin Test-Tekrar Test için Pearson Korelasyon Katsayıları ( N= 61)**

	Korelasyon	p
<b>ADİ-3 TOPLAM</b>	<b>.639</b>	<b>&lt; .001</b>
<b>ADİ-3 M 1</b>	.262	.041
<b>ADİ-3 M 2</b>	.418	.001
<b>ADİ-3 M 3</b>	.260	.043
<b>ADİ-3 M 4</b>	.639	< .001
<b>ADİ-3 M 5</b>	.432	.001
<b>ADİ-3 M 6</b>	.386	.002
<b>ADİ-3 M 7</b>	.526	< .001
<b>ADİ-3 M 8</b>	.393	.002
<b>ADİ-3 M 9</b>	.565	< .001
<b>ADİ-3 M 10</b>	.478	< .001
<b>ADİ-3 M 11</b>	.507	< .001
<b>ADİ-3 M 12</b>	.411	.001
<b>ADİ-3 M 13</b>	.640	< .001
<b>ADİ-3 M 14</b>	.517	< .001
<b>ADİ-3 M 15</b>	.415	.001
<b>ADİ-3 M 16</b>	.604	< .001
<b>ADİ-3 M 17</b>	.639	< .001
<b>ADİ-3 M 18</b>	.494	< .001

## **5. TARTIŞMA**

Bu araştırmada anksiyete duyarlılığını çok boyutlu ölçmek için geliştirilen ve tarafımızdan Türkçe'ye çevrilen Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün hasta ve sağlıklı gönüllü gruplarında geçerlik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır.

Bu çalışmada DSM-IV tanı ölçütlerine göre anksiyete bozukluğu ve/veya major depresyon tanısı almış oldukça geniş bir hasta grubu (n=300 hasta) ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan sağlıklı gönüllüye (n=150) ait bulgular değerlendirilmiştir.

Demografik veriler açasından değerlendirdiğimizde; cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni durum ve eğitim yılı açasından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak hasta grubu ile kontrol grubu, medeni durumları açasından karşılaştırdıklarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmasa da, p değerleri istatistiksel olarak anlamlılığa yakındı (p= 0.051). Bu bulgunun çalışma tasarımı açasından önemli bir farklılığa yol açağığı görüşünde değiliz. Çalışmada olgu alma esnasında iki grubun tüm demografik veriler açasından eşit olmasına dikkat edilmiş olması, elde edilmiş olan verilerde anksiyete duyarlılığına etkisi olabilecek karşıtırıcı etkenlerin dışlanmasına neden olmuştur.

Bir ölçüm aracının ölçülmek istenilen özelliği tam ve doğru bir şekilde yapabilmesine geçerlik denir. Ölçülen özelliğin farklı yapıları tanımlamaması ve istenilen noktaları öne çıkarabilmesi gerekir. ADİ-3 için birden çok geçerlik ölçümü uygulanmıştır. Bir ölçeğin geçerliğinin test edilmesinde en sık kullanılan yöntemlerden biri ayırt edici geçerliktir. Ölçeğin hasta ve sağlımları ayırt edebilmesi beklenmektedir (78). Hasta grubuyla sağlıklı gönüllü grubu arasında ADİ –3 puanları açasından fark olup olmadığını araştırdığımızda, iki grubun birbirinden istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğunu saptadığ (Hasta grubu= 32.48 ± 15.69, sağlıklı gönüllü grubu= 12.82 ± 8.32). Hastalık gruplarında agorafobili panik bozukluğu olan hastalar ölçekten elde edilen en yüksek puan ortalamasını (34.7) elde ederken, majör depresyon hasta grubu 34.6 ile ikinci, agorafobisiz panik bozukluğu olan hasta grubu üçüncü en yüksek puan ortalamasını (33.1) elde etti. Diğer gruplarda ise yaygın anksiyete bozukluğu 31.8, obsesif

kompulsif bozukluk 29.6, sosyal anksiyete bozukluğu 29.5 ve başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu (anksiyete bozukluğu BTA) grubu ise 23.3 puan almıştır (Grafik 1). Sağlıklılar; anksiyete bozukluğu BTA grubu hariç ( $p= 0.289$ ) diğer tüm hasta gruplarından  $p< 0.001$  düzeyinde daha düşük skorlar almışlardır. Bununla beraber hasta grupları birbirleri arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ölçeğin, anksiyete bozukluğu BTA dışında kalan hasta gruplarını aldıkları ortalama puanlar temelinde normal kontrollerden ayırt edebildiği görülmektedir. Tüm örneklem açısından ele aldığımızda anksiyete bozukluğu BTA grubunun örnekleme en düşük yüzde ile yer aldığı görülmektedir. Bu gruba dahil olan hasta sayısının oldukça az olması sağlıklı gönüllü grubu ile arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamasının bir nedeni olabilir. Toplum ve klinik örneklemelerinde yer alan olguları birbirinden oldukça iyi ayırt edebilmesi ADİ-3'ün yapısal geçerliğine katkıda bulunan bir kanıttır.

ADİ-3'ü geliştirme ve geçerlik çalışması yakın zamanda yayınlanmıştır. Bu nedenle literatürde ölçeğin kullanıldığı bir araştırmaya ulaşılamamaktadır. Ancak ölçeği geliştiren Taylor ve arkadaşları çalışmalarını oldukça büyük bir örnekleme gerçekleştirmişlerdir. Çalışmaya toplam altı ülke katkıda bulunmuş ve çalışma grubunun büyük bir çoğunluğunu klinik olmayan üniversite öğrencileri oluşturmuştur. Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan kısmında klinik grup olarak değerlendirilen toplam 390 hastanın dahil edildiği grupta tedavi öncesi ADİ-3 puanları en yüksek panik bozukluğu grubunda tespit edilmiştir (ort.= 32.6 puan). İkinci sırada sosyal anksiyete bozukluğu (ort.= 31.6 puan), üçüncü sırada yaygın anksiyete bozukluğu (ort.= 27.5 puan) ve son olarak dördüncü sırada obsesif kompulsif bozukluğu olan grup (ort.= 26.3 puan) bulunmuştur (5). Bizim çalışmamızda da orijinal çalışmada olduğu gibi en yüksek puanı panik bozukluğu olan grup (ort.= 34.7) almıştır. İki çalışmada da hasta grupları açısından değerlendirdiğimizde anksiyete duyarlılığı puanlarının birbirine oldukça benzer olması, ölçeğin ruhsal bozukluğu olan hasta gruplarında kullanımı açısından değerli olduğu kanısındayız. Sağlıklı grupları aldıkları ortalama ADİ-3 puanları açısından değerlendirdiklerinde Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Kanada'da 12.8, Fransa'da 16.4, Meksika'da 15.2, Hollanda'da 10.7, İspanya'da ise 14.2 puan aldıkları görülmüştür. Bizim çalışmamızda sağlıklı grubun ortalama puanı 12.8 idi. Çalışmamıza dâhil ettiğimiz sağlıklı grubun ADİ-3 puan ortalamaları ABD ve Kanada ile aynı değerde saptanmıştır.

Bir ölçeğin geçerliğini değerlendirmede kullanılan yöntemlerden biri de benzer ölçek geçerliğidir. Aynı özellikleri ölçtüğü düşünülen ve daha önce geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçüm aracının çalışma grubu üzerinde uygulanması ve elde edilen değerlerin araştırılan ölçüm aracı ile karşılaştırılması temeline dayanır (78). Çalışmamızda ADİ-3 toplam puanlarıyla ADİ, SKE, BDAÖ, BAÖ ve BDE toplam puanlarının korelasyonları değerlendirilmiştir (Tablo 6 ve 7). Bu amaçla kullanılan ölçeklerin beşinin de Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (12, 71, 73, 75, 77). ADİ-3 ile tüm ölçekler büyük ölçüde korelasyon göstermişlerdir. En yüksek korelasyon beklenildiği üzere Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ) ile bulunmuştur. Bir diğer yüksek düzeyde korelasyon Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile bulunmuşken, ölçeğin diğer ölçeklerle orta düzeyde korelasyon gösterdiği saptanmıştır. En düşük korelasyonun bulunduğu ölçek ise Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) olmuştur. Ancak bulunan bu değer bile orta düzeyde bir korelasyonu yansıtmaktadır. Bulunan tüm korelasyonlar için p değerleri < 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Genel olarak anksiyete duyarlılığının sürekli anksiyeteden bağımsız bir özellik olduğu savunulmaktadır. Reiss, anksiyete duyarlılığı ile sürekli kaygı arasındaki korelasyonu değerlendirmiş olan 11 farklı çalışmada, sürekli kaygı ile anksiyete duyarlılığı arasındaki örtüşme varyansının % 0 ile % 36 arasında değiştiğini bildirmiştir (12). Yani örtüşme az miktardadır. Anksiyete Duyarlılığı İndeksinin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında Ayvaşık, ADİ'nin Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) ile olan korelasyonunu  $r = .47$  ( $p < 0.001$ ) olarak bulmuştur (12). Bizim çalışmamızda bu değer  $r = .63$  ( $p < 0.01$ ) olarak orta düzeyde korelasyon olarak bulunmuştur. ADİ-3'ün SKE ile olan korelasyonu da  $r = .68$ 'dir ( $p < 0.01$ ). Sözü edilen bu sonuçlar bu iki özelliğin birbiriyle tamamen örtüşen yapılar olmadığına bir kanıtı olarak değerlendirilebilir.

Bir ölçeğin amacı doğrultusunda çalışıp çalışmadığının belirlenme sürecinde önem taşıyan ve yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde en sıklıkla kullanılan yöntem faktör analizidir (78). Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün faktör yapısını belirlemek üzere faktör analizi yapılmıştır. Genel olarak faktör analizi denilince akla ilk gelen açıklayıcı faktör analizidir. Faktör analizinde örneklem büyüklüğünün yeterli düzeyde olması değişkenler arası korelasyonun güvenilirliği için önemlidir. Çalışmamızda hesaplanan örneklem

büyükülüğünün yeterliliğini saptamada kullanılan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi örneklem yeterliliği ölçütü 0.94 gibi yüksek bir değer saptanmıştır ve Barlett's testi sonucunda da anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Bu nedenle veri setimizin faktör analizine uygun olduğu düşünülmüştür.

Temel bileşenler analizi ve varimax rotasyon sonucu özdeğeri (eigenvalue) 1'den büyük olan ve toplam varyansın % 61.72'sini açıklayan 3 faktör belirlenmiştir. Fiziksel belirtiler, Faktör 1'e ağırlık verirken, bilişsel belirtiler Faktör 2'ye, sosyal belirtiler ise Faktör 3'e ağırlık vermiştir. Üç faktörün özdeğerleri, açıkladığı varyans ve her bir maddenin faktör yükleri Tablo 8 ve 9 da görülmektedir.

Taylor ve arkadaşlarının çalışmasında faktör analizi sonucu toplam varyansın % 76'sını açıklayan ve özdeğeri 1'den büyük olan 3 faktör belirlenmiştir (5). Orjinal çalışma ile aynı faktör yapısını elde etmek çalışmamızın geçerliği açısından önemli bir bulgu olduğunu söyleyebiliriz. Hangi maddenin hangi faktöre ait olduğunu belirlemede ölçüt, bir faktör ile madde arasında ilişkinin derecesini gösteren faktör yüküdür. Genel olarak bir madde hangi faktör ile en yüksek ilişkiyi gösteriyorsa o faktör altında sıralanır. Faktör yükleri için kesim noktası .30 - .32 arasında değişmektedir. Eğer bir değişkenin tüm faktörlerle olan faktör yükü .30'dan küçükse değişken hiç bir faktörün altında yer almıyor demektir (12). Bizim çalışmamızda tüm faktör yüklerinin bu değer üzerinde olduğu saptanmıştır. Ancak ölçeğin birinci maddesi ("Sinirli görünmemek benim için önemlidir"), Taylor ve arkadaşlarının çalışmasında sosyal faktöre ağırlık verirken, bizim çalışmamızda bilişsel faktöre ağırlık vermektedir. Sinirli görünmek, sinirli olmak Türk toplumunda sosyal kaygılardan farklı olarak, aklını yitirmek ve ya delirmek gibi bir durum olarak algılanıyor olabilir. Ve yine toplumumuzda sinirli olmak, ruhsal bir hastalığa yakalanma endişesini uyandırıyor olup bilişsel faktörler altında yer almış olabilir. Taylor ve arkadaşlarının çalışmasında da madde 1'nin faktör yükünün en düşük değere sahip olduğu görülmektedir (Madde 1= .54) (5). Bu soru aynı zamanda ADİ'de de bulunan ortak beş sorudan biridir. Ülkemizde Ayvaşık'ın yaptığı Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında bu madde ile ADİ'nin diğer bir maddesinin hem madde-toplam korelasyonlarının hem de faktör yüklerinin düşük olmasının Türkçe ifadeden kaynaklanabileceği düşünülüp ifadede değişiklik yapılarak çalışma tekrarlanmış ancak

aynı maddenin faktör yükü yine .30'un altında olduğu (.23) bulunmuş ve bu maddelerin sorunlu maddeler olduğu belirtilmiştir (12).

Maddelerin faktör yükü açısından değerlendirdiğimizde diğer bir bulgumuz ölçeğin 17. maddesinin (“Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm”) Taylor ve arkadaşlarının çalışması gibi sosyal faktöre ağırlık vermesine rağmen, fiziksel faktör yükünün de dikkate değer şekilde yüksek olmasıdır. Bu durumun nedeni kültürle ilişkili olabilir. Ülkemizin doğu kültürünün izlerini taşıyor olması, toplum içerisinde bayılma belirtisinin sosyal kaygı boyutunun yanı sıra bir fiziksel hastalıkla da ilişkilendirilebileceği düşüncesine dayanıyor olabilir. Taylor ve arkadaşlarının çalışmasında da madde 17'nin faktör yükünün en düşük iki değerden birine sahip olduğunu görmekteyiz (Madde 17= .59) (5). Madde 1 ve 17'nin çalışmamızda ölçeğe ortak katkılarının en az olan iki madde olduğunu belirtmek isteriz (Madde 1= .252, Madde 17= .412).

Faktör sayısını belirlemede diğer bir yöntem özdeğerlerin grafik dağılımının (Scree Plot) incelenmesidir. Özdeğeri 1'in üzerinde olan toplam üç faktör grafikte kırılma olarak kendisini göstermektedir. Grafiğin üst kısmında tek bir kırılma oldukça belirgin olarak gözlemlendiğinden üç faktörden çok tek faktör çözümünün daha uygun olabileceği söylenebilir. Ancak sonuç olarak çalışmamız, anksiyete duyarlılığını tek bir genel faktöre yüklenen üç özel faktörden oluştuğunu göstermiştir.

Bulunan faktörlerin hastalık grupları açısından belirleyici olup olmadığı, başka bir ifadeyle, hastalıklar için özellik taşıyıp taşımadığı bu çalışma içerisinde değerlendirmedi. Bu sorunu açıklığa kavuşturacak ileri psikometrik ölçümlerin yapılmasında yarar vardır.

Sonuç olarak değerlendirilen tüm bu parametreler ADİ-3'ün geçerli bir ölçek olduğunu göstermiştir.

Bu çalışmada ADİ-3'ün güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla, iç tutarlılık, madde analizi ve test-tekrar test ölçümleri uygulanmıştır.



İç tutarlılığının değerlendirilmesi için bir iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı hesaplanır. Hesaplanan katsayının düşük çıkması ölçeğin farklı özellikleri ölçtüğünü, yüksek çıkması ise ölçüm için kullanılan maddelerin homojen bir yapıyı ölçtüğünü gösterir (78). Çalışmamızda iç tutarlılık güvenilirlik katsayısını saptamak amacıyla Cronbach alfa değeri hesaplanmıştır. Bu yöntemle ADİ-3'ün iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak saptanmıştır. Bu oldukça yüksek bir değer olup çok iyi bir iç tutarlılık ve yüksek derecede güvenilirlik göstergesi olarak kabul edilebilir. Ayrıca alt faktörler için de iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Cronbach alfa değeri fiziksel belirtiler için 0.89, bilişsel belirtiler için 0.88 ve sosyal belirtiler için 0.82 olarak bulunmuştur. Bu sonuç bize her alt faktörün kendi içinde ve ölçek bütünü içinde uyumlu ve birbirini tamamlar nitelikte olduğunu göstermektedir. Taylor ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda beş farklı ülkeden altı ayrı grup değerlendirilmiş ve her bir grup için iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Fiziksel faktör için 0.79 – 0.86 aralığında, bilişsel faktör için 0.79 – 0.91 aralığında, sosyal faktör için ise 0.73 – 0.86 aralığında değişen iç tutarlılık katsayıları bulunmuştur (5). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz güvenilirlik katsayılarının diğer çalışmadaki bulgularla oldukça benzer olduğu görülmektedir.

İç tutarlılık değerlendirme yöntemlerinden bir diğeri madde ile toplam ya da madde ile boyut arasındaki korelasyon katsayılarının incelenmesi yöntemidir. Böylece ölçülmek istenen boyutla madde arasındaki durum ortaya konur. Bir maddenin testin tümü ile tutarlılığının göstergesi olabilecek korelasyon değerinin en az 0.20 olması gerektiği belirtilmektedir. Ölçülen madde çözümlene içerisinden çıkarıldıktan sonra hesaplanan güvenilirlik katsayısında artış görülüyor ise o maddenin ölçüm aracındaki güvenilirliği düşürdüğüne karar verilir. Tersine madde çıkarıldıktan sonra güvenilirlik katsayısında önemli ölçüde düşüş gözleniyor ise ilgili maddenin ölçülen boyut için oldukça önemli olduğu düşünülmektedir (78). Ölçeğin birinci maddesinin en düşük madde toplam puan korelasyon katsayısına sahip olduğu gösterilmiştir. Ancak bu korelasyon değeri orta düzeye yakın bir korelasyon değeri olarak değerlendirilebilir. Yine birinci madde hariç herhangi bir maddenin çıkarılması Cronbach alfayı küçültmektedir. Birinci madde çıkartıldığında alfa değerindeki artış 0.0013 gibi düşük bir düzeydedir. Yine de ölçeğin bütünlüğünü etkilemekte ve güvenilirliğini azaltmaktadır. Ancak, ölçeğin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının oldukça yüksek olması, madde 1'in tüm ölçekle orta düzeyde bir

korelasyon göstermesi ve eğer çıkarılırsa ölçeğin eksik maddeyle kullanılması gelecekte ülkemizde yapılacak çalışmaların dünyadaki diğer çalışmalarla karşılaştırma olanağını ortadan kaldırdığı nedeniyle ölçeğin bütünlüğünün Türkçe versiyonunda da korunmasının daha uygun olacağı kanısına vardık. Diğer maddelerin ölçeğin tümü ile olan tutarlılığının yeterli olduğu gözlenmektedir.

ADİ-3 için uygulanan bir başka güvenilirlik değerlendirmesi test tekrar test korelasyonunun saptanmasıydı. Birçok yazar tarafından anksiyete duyarlılığının bir kişilik özelliği olduğu bildirilmekteyken bu duyarlılığı saptamaya çalışan bir ölçek için bu yöntem önemli bir güvenilirlik ölçüsüdür. 61 sağlıklı gönüllüye ilk uygulamadan 15-30 gün sonra yeniden ADİ-3 uygulanmıştır. Test tekrar test korelasyon katsayısı 0.64 ( $p < 0.001$ ) olarak saptandı. Ölçek maddelerinin ayrı ayrı test tekrar test korelasyonlarına baktığımızda en düşük korelasyonların ölçeğin üçüncü maddesi (“Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur”) ve birinci maddesi olduğu görülmektedir (Madde 3:  $r = 0.26$ ,  $p < 0.043$ , Madde 1:  $r = 0.26$   $p < 0.041$ ). Diğer maddelerin orta düzeyde korelasyon gösterdiği görülmektedir (Tablo 11). Taylor ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada test tekrar test güvenilirlik yöntemi çalışılmamıştır. Anksiyete duyarlılığı gibi üzerinde henüz tam bir fikir birliğine varılmamış bir kavram açısından bakarsak test tekrar test korelasyon değerinin yüksek bir güvenilirliği tespit ettiğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler Taylor ve arkadaşlarının bildirdiği ADİ-3 verileri ile paralellik göstermekte ve anksiyete duyarlılığını ölçen ölçeğimizin güvenilirliğini desteklemektedir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Çalışmamızda S.Taylor tarafından geliştirilerek 2007 yılında yayınlanan “Anxiety Sensitivity Index-3” özgün isimli ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldı. Ölçeğin Türkçe son biçimi oluşturularak “Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3” adı verildi.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği ile ilgili açık kanıtlar sağlamıştır. ADİ-3’ün geçerlik çalışmasında, ölçeğin anksiyete bozukluğu BTA

hasta grubu dışında diğer anksiyete bozukluğu ve majör depresyonu olan hastalar ile sağlıklı gönüllüleri ayırt edici olduğu gösterilmiştir. ADİ-3 toplam puanı ile ADİ ve BAÖ ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu SKE, BDAÖ, BDE ile orta düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Ölçekte anksiyete duyarlılığını tek bir genel faktöre yüklenen üç özel faktörden oluştuğu gösterilmiştir. Ölçeğin birinci maddesinin Türk toplumunda bilişsel faktöre ağırlık verdiği bulunmuştur.

ADİ-3 güvenilirlik çalışması için; ölçeğin iç tutarlılığı, madde-toplam puan korelasyonu ve test-tekrar test güvenilirliği değerlendirildi. ADİ-3'ün yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu ve her alt faktörün kendi içinde ve ölçek bütünü içinde uyumlu ve birbirini tamamlar nitelikte olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin birinci maddesinin en düşük madde toplam puan korelasyon katsayısına sahip olduğu ancak ölçeğin tümü ile olan tutarlılığının yeterli olduğu bulunmuştur. ADİ-3'ün test-tekrar test güvenilirliğinin ise; anksiyete duyarlılığı gibi bir kavramı değerlendiren bir ölçek için yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler ADİ-3'ün anksiyete duyarlılığını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir. Bu araştırma ile psikiyatri araştırmalarında kullanılmak üzere yeni bir ölçek Türkçe'ye kazandırılmıştır. Ölçeğin; özellikle panik bozukluğu başta olmak üzere diğer anksiyete bozuklukları ve majör depresyonu olan kişilerdeki ruhsal yapının daha iyi anlaşılmasında ve onların tedavi planlarının oluşturulmasında yararlı olacağı görüşündeyiz. Ayrıca öz bildirim tarzında uygulanan ve uygulaması yaklaşık beş dakika kadar kısa süreli olan bir ölçeğin birinci basamak sağlık araştırmalarında da kullanımının yararlı olacağı kanısındayız.

## **KAYNAKLAR**

1. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. Klinik Psikiyatri 2004; Ek 4:12–16
2. Starcevic V, Berle D. Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key constructs. Depression and Anxiety 2006; 23:51–61
3. Reiss S, McNally RJ. Expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootzin RR, (eds). Theoretical issues in behavior therapy. San Diego, CA: Academic Press, 1985, 107–121
4. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. Behaviour Research Therapy 1986; 24(1):1–8
5. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index–3. Psychol Assess 2007; 19(2):176–88
6. Stein DJ, Hollander E. Textbook of anxiety disorders. The American psychiatric publishing, Washington DC, 2001
7. Işık E, Taner Y. Çocuk, ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları. Baskı Golden Print, İstanbul, 2006
8. Angst J. Panic disorder: History and epidemiology. Eur Psychiatry 1998; 13 (suppl 2):51–55
9. Türkçapar H. Bilişsel terapi temel ilkeler ve uygulama. Editör: Köroğlu E, HYB Basım yayın, Ankara, 2008
10. Avcu G. Symptom Assessment Questionnaire (SA-45®) Sorun Tarama Ölçeği'nin Türkiye koşullarına uygun dilsel eşdeğerlilik, geçerlik, güvenirlik ve norm çalışması, yüksek lisans tezi, 2006, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
11. Saklovskis PM. The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety seeking behavior, and the special case of health, anxiety and obsessions. Saklovskis PM (ed). Frontiers of Cognitive Therapy, New York, Guilford Press, 1996
12. Ayvaşık HB. Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 2000; 15(46):43-57

13. Taylor S. Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33:243–258
14. Bernstein A, Zvolensky MJ, Kotov R, Arrindell WA, ve ark. Taxonomicity of anxiety sensitivity: A multi-national analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 2006; 20:1–22
15. Taylor S. Understanding and treating panic disorder: Cognitive-behavioral approaches. Chichester, UK: Wiley 2000
16. Onur E, Monkul S, Alkın T. Panik bozukluğun fenomenolojisi. *Anksiyete bozuklukları, Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi-No:4*, Editörler: Tükel R, Alkın T, Kasım 2006
17. Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA. Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment* 1997; 9:277–284
18. Zinbarg RE, Barlow DH. Structure of anxiety and the anxiety disorders: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology* 1996; 105:181-193
19. Donnell CD, McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic attacks in a nonclinical population. *Behaviour Research and Therapy* 1990; 28(1):83–85
20. Cox BJ, Endler NS, Swinson RP. Clinical and nonclinical panic attacks: An empirical test of a panic anxiety continuum. *Journal of Anxiety Disorders* 1991; 5:21-34
21. Taylor S. Nature and measurement of anxiety sensitivity: Reply to Lilienfeld, Turner and Jacob. *Journal of Anxiety Disorders* 1996; 10:425–451
22. Taylor S, Cox BJ. An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders* 1998; 12:463–484
23. Sandin B, Chorot P, McNally RJ. Anxiety Sensitivity Index: Normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39:213-219
24. Lilienfeld SO, Turner SM, Jakob RG. Anxiety Sensitivity: An examination of theoretical and methodological issues. *Advances in Behavior and Research Therapy* 1993; 15:147-183
25. Lilienfeld SO, Turner SM, Jacob RG. Further comments on the nature and measurement of anxiety sensitivity: A reply to Taylor. *Journal of Anxiety Disorders* 1996; 10:411-424
26. Stein MB, Jang KL, Livesley WJ. Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156:246–251

27. Taylor S, Jang KL, Stewart SH, Murray B, ve ark. Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral–genetic analysis. *Journal of anxiety disorder* 2008; 22:899-914
28. Van Beek N, Griez E. Anxiety sensitivity in first-degree relatives of patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2003; 41:949–957
29. Van Beek N, Perna G, Schruers K, Muris P, Griez E. Anxiety sensitivity in children of panic disorder patients. *Child Psychiatry and Human Development* 2005; 35(4):315–322
30. Manuzza S, Klein RG, Moulton JL, Scarfone N, ve ark. Anxiety sensitivity among children of parents with anxiety disorders: A controlled high-risk study. *Journal of Anxiety Disorders* 2002; 16:135–148
31. Scher CS, Stein MB. Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorder* 2003; 17:253–269
32. Yılmaz S. Çocuklarda anksiyete duyarlılık ölçeği uyarlama ve geçerlik güvenirlik çalışması ve depremzedelerde anksiyete duyarlılığı. Uzmanlık tezi, 2006; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye
33. Watt MC, Stewart SH, Cox BJ. A retrospective study of the learning origins of anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy* 1998; 36:505–525
34. Watt MC, Stewart SH. The role of anxiety sensitivity components in mediating the relationship between childhood exposure to parental dyscontrol and adult anxiety symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment* 2003; 25(3):167- 176
35. Stewart SH, Karp J, Pihl RO, Peterson R. Anxiety sensitivity and selfreported reasons for drug use. *Journal of Substance Abuse* 1997; 9:223–240
36. Stewart SH, Taylor S, Baker JM. Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders* 1997; 11:179–200
37. Çakmak Ş. Psychometric properties of Anxiety Sensitivity Index-Revised and the relationship with drinking motives and alcohol use in Turkish university students and patients. Master tezi, 2006, ODTÜ, Ankara, Türkiye
38. Maller RG, Reiss S. Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders* 1992; 6:241–247

39. Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ. The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *J Abnorm Psychol.* 1997; 106(3):355–64
40. Cox BJ, Endler NS, Norton GR, Swinson RP. Anxiety sensitivity and nonclinical panic attacks. *Behaviour Research and Therapy* 1991; 29:367–369
41. Stewart SH, Knize K, Pihl RO. Anxiety sensitivity and dependency in clinical and nonclinical panickers and controls. *Journal of Anxiety Disorders* 1992; 6:119–131
42. Asmundson GJ, Norton GR, Wilson KG, Sandler LS. Subjective symptoms and cardiac reactivity to brief hyperventilation in individuals with high anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy* 1994; 32:237–241
43. Taylor S, Koch WJ, McNally RJ. How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders* 1992; 7:249-259
44. Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy* 1996; 34:433-446
45. Calamari JE, Rector NA, Woodard JL, Cohen RJ ve ark. Anxiety sensitivity and obsessive--compulsive disorder. *Assessment* 2008; 15(3):351–63
46. Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME, Spencer MA, ve ark. Factor structure and stability of the anxiety sensitivity index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. *Behavior Research and Therapy* 2004; 42:79–91
47. Wells A. The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research* 2005; 29:107–121
48. Cox BJ, Enns J, Murray W, Freeman P, Walker JR. Anxiety sensitivity and major depression: Examination of affective state dependence. *Behavior Research and Therapy* 2001; 39:1349–1356
49. Hinton DE, Chhean D, Pich V, Safren SA, ve ark. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: a cross-over design. *J Trauma Stress* 2005; 18(6):617–29
50. Taylor S, Koch WJ, Woody S, McLean P. Anxiety sensitivity and depression: how are they related? *Journal of Abnormal Psychology* 1996; 105:474–479

51. Otto MW, Pollack MH, Fava M, Uccello R, ve ark. Elevated Anxiety Sensitivity Index scores in patients with major depression: Correlates and changes with anti depressant treatment. *Journal of Anxiety Disorders* 1995; 9(2):117–123
52. Asmundson GJ, Norton PJ, Veleso F. Anxiety sensitivity and fear of pain in patients with recurring headaches. *Behaviour Research and Therapy* 1999; 37:703- 713
53. Weems CF, Hammond-Laurence K, Silverman WK, Ferguson C. The relation between anxiety sensitivity and depression in children and adolescents referred for anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 1997; 35:961–966
54. Muris P, Schmidt H, Merckelbach H, Schouten E. Anxiety sensitivity in adolescents: factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39:89–100
55. Watt MC, Stewart SH. Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *J Psychosom Res* 2000; 49(2):107–18
56. Cox BJ, Fuentes K, Borger SC, Taylor S. Psychopathological correlates of anxiety sensitivity: evidence from clinical interviews and self-report measures. *J Anxiety Disord* 2001; 15(4):317–32
57. Cooper ML, Russell M, Frone MR, Mudar P. Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995; 69:990–1005
58. Samoluk SB, Stewart SH, Sweet S, MacDonald AB. Anxiety sensitivity and social affiliation as determinants of alcohol consumption. *Behaviour Therapy* 1999; 30:285-303
59. Novak A, Burgess ES, Clark M, Zvolensky M, ve ark. Anxiety sensitivity, self reported motives for alcohol and nicotine use and level of consumption. *Journal of Anxiety Disorders* 2003; 17:165–180
60. Forsyth JP, Parker JD, Finlay CG. Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviours* 2003; 28:851–870



61. Lejuez CW, Paulson A, Daughters SB, Bornovalova MA, ve ark. The association between heroin use and anxiety sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. *Behav Res Ther* 2006; 44(5):667–77
62. Brown RA, Kahler CW, Zvolensky MJ, Lejuez CW, ve ark. Anxiety sensitivity: relationship to negative affect smoking and smoking cessation in smokers with past major depressive disorder. *Addictive Behaviours* 2001; 26: 887- 899
63. Taylor S, Cox BJ. Anxiety sensitivity: Multiple dimensions and hierarchic structure. *Behaviour Research and Therapy* 1998; 36:37–51
64. Durmuş-Sandler G. D. Anxiety Sensitivity in panic attack. Yayınlanmamış master tezi, 2001, Bogaziçi Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
65. Ayvaşık BH, Tutarel-Kışlak. Factor sructure and reliability of the Anxiety Sensitivity Profile in a Turkish sample. *European Journal of Psychological Assessment* 2004; 20: 358–367
66. Silverman WK, Fleisig W, Rabian B, Peterson RA. Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology* 1991; 20:162–168
67. Silverman WK, Ginsburg GS, Goedhart AW. Factor structure of the childhood anxiety sensitivity index. *Behaviour Research and Therapy* 1999; 37(9):903- 917
68. Kenardy J, Evans L, Oei TPS. The latent structure of anxiety symptoms in anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 1992; 149:1058-1061
69. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, ve ark. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20:22-33; 34-57
70. Spielberger C.D, Gorsuch R.L, Lushene R.E. *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologist Pres, 1970
71. Öner N, Le Compte A. Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul Bogaziçi Üniversitesi Yayınları No:233, 1985
72. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatry Res* 1990; 24:323–334
73. Güleç H, Sayar K, Güleç MY. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2007; 20(1):16–24


74. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(6):893–7
75. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory. *J.Cognitive Psychother* 1998; 12:163–172
76. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, ve ark. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561–71
77. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3–13
78. Baydur H, Eser E. Uygulama: Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi. *Sağlıkta Birikim* 2006; 1(2):99-123

# **EKLER**

## EK-1: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı:

### DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Tarih ve Sayı: 18.01.2008/ 23

<p><b><u>Etik Kurul Üyeleri</u></b> Prof.Dr.Taner ÇAMSARI Prof.Dr.Tunç ALKIN Doç.Dr.M.Hakan ÖZDEMİR Doç.Dr.Ayça Arzu SAYINER Doç.Dr.Vesile ÖZTÜRK Doç.Dr.Mustafa SEÇİL Doç.Dr.Murat DUMAN Doç.Dr.Güven ASLAN Yard.Doç.Dr.Murat ÖRMEN Öğr.Gör.Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN Yunus Karşlı</p> <p><b><u>Etik Kurul Başkanı</u></b> Prof.Dr.Taner ÇAMSARI</p> <p><b><u>Etik Kurul Sekreteri</u></b> Hatice İGÇİ</p>	<p><b>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,</b></p> <p>Etik Kurulumuzun 17 Ocak 2008 tarih ve 13/02/2008 no.lu toplantısında; 17/2008 Protokol numaralı Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Doç.Dr.Beyazıt YEMEZ'in proje yöneticisi ve Dr.Atıl MANTAR'ın sorumlusu olduğu "Anksiyete duyarlılığı indeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması" isimli projenin uygulanmasında etik açıdan sakınca yoktur. (Bilgilendirilmiş Onam Formu (BOF) başlıklı paragrafın, anket formunun ön kısmına eklenmesi gerekmektedir.)</p> <p>Katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.</p> <p>Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.</p> <p> Prof. Dr.Taner ÇAMSARI Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurul Başkanı</p>
---	--

Tel: 0232 412 22 54

**EK-II****ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3**

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içersine alınız. Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamanız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	<b>Çok Az</b>	<b>Az</b>	<b>Biraz</b>	<b>Fazla</b>	<b>Çok Fazla</b>
1. Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4
4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.	0	1	2	3	4
6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.	0	1	2	3	4
7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.	0	1	2	3	4
8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.	0	1	2	3	4
12. Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.	0	1	2	3	4
14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.	0	1	2	3	4
16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.	0	1	2	3	4

**EK-III****ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ**

Aşağıdaki her bir madde için, ifadelerin sağ tarafında yer alan ve o maddeyle ne derece hemfikir olduğunuzu gösteren terimi daire içine almaz. İfadelerden herhangi biri ile ilgili hiç bir deneyiminiz (örneğin, daha önce hiç titreme yaşamamış bir kişi için 'Titrediğimi hissetmek beni korkutur' maddesi gibi) ya da fikriniz yok ise, böyle bir yaşantınız olsaydı ne hissedeceğinizi düşünerek cevap veriniz. Diğer maddeleri kendi deneyimlerinizi / yaşantılarınızı temel alarak yanıtlayınız.

	Çok Az	Az	Biraz	Oldukça	Çok Fazla
1. Sınırlarımı kontrol edebilmek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kendimi bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıırıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Titrediğimi hissetmek beni korkutur.	0	1	2	3	4
4. Kendimi bayılacak kadar halsiz hissetmek beni korkutur.	0	1	2	3	4
5. Duygularımı kontrol altında tutabilmek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
6. Kalp çarpıntısı hissetmek beni korkutur.	0	1	2	3	4
7. Midemin guruldaması beni utandırır.	0	1	2	3	4
8. Midemin bulanması beni korkutur.	0	1	2	3	4
9. Kalbimin çok hızlı çarptığını farkettiğimde, kalp krizi geçirebilirim diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
10. Nefesimin daralması beni korkutur.	0	1	2	3	4
11. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
12. Kendimi bir işe verememek beni korkutur.	0	1	2	3	4
13. Titrmeye başladığımda diğer insanlar farkeder.	0	1	2	3	4
14. Bedenimden aldığım tuhaf sinyaller beni korkutur.	0	1	2	3	4
15. Sinirlendiğimde, aklımdan zorum olduğundan korkarım.	0	1	2	3	4
16. Sinirli olmak beni korkutur.	0	1	2	3	4

**EK-IV****SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ (STAI-2)**

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genellikle nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, uygun olanını işaretleyin.

	Hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Her zaman
21-Genellikle keyfim yerindedir	( )	( )	( )	( )
22-Genellikle çabuk yorulurum	( )	( )	( )	( )
23-Genellikle kolay ağlarım	( )	( )	( )	( )
24-Başkaları kadar mutlu olmak isterim	( )	( )	( )	( )
25-Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	( )	( )	( )	( )
26-Kendimi dinlenmiş hissedirim	( )	( )	( )	( )
27-Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	( )	( )	( )	( )
28-Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	( )	( )	( )	( )
29-Önemsiz şeyler için edişelenirim.	( )	( )	( )	( )
30-Genellikle mutluyum	( )	( )	( )	( )
31-Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	( )	( )	( )	( )
32-Genellikle kendime güvenim yoktur	( )	( )	( )	( )
33-Genellikle kendimi emniyette hissederim	( )	( )	( )	( )
34-Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	( )	( )	( )	( )
35-Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	( )	( )	( )	( )
36-Genellikle hayatımdan memnunum	( )	( )	( )	( )
37-Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	( )	( )	( )	( )
38-Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	( )	( )	( )	( )
39-Aklı başında ve kararlı bir insanım	( )	( )	( )	( )
40-Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	( )	( )	( )	( )

EK-V

### BEDENSEL DUYUMLARI ABARTMA ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz.

**Doğru değilse (1).....Tamamen doğru ise (5)** olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

Doğru değil.....Tamamen doğru

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1- Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir.....                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2- Duman, sis yada hava kirliliğine tahammül edemem.....                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3- Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4- Bir yerim morardığında, uzun süre öylece kalır.....                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5- Ani yüksek sesler beni rahatsız eder.....                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6- Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm<br>attığını duyarım..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7- Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem....                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8- Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim.....                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9- Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı bile beni gerçekten<br>rahatsız eder.....    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10- Ağrıya çok az tahammülüm vardır.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



## EK-VI

## BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğimi yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sınırlılık				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

**EK-VII:**

**BECK DEPRESYON ENVANTERİ**

Aşağıda, gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA İÇİNDE** kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki harfi daire içine alınız.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.  
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.  
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.  
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.  
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.  
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.  
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.  
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.  
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.  
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.  
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.  
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.  
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.  
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.  
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.  
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.  
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.  
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnutum.  
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.  
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.  
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.  
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.  
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.  
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.  
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.  
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.  
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.  
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.  
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.  
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.  
(c) Çoğu zaman sinirliyim.  
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.  
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.  
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.  
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.  
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.  
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.  
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.  
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum.  
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.  
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.  
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.  
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.  
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.  
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.  
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.  
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.  
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.  
(d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.  
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.  
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.  
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.  
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.  
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.  
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.  
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet ( ) Hayır ( )
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.  
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.  
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor  
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.  
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.  
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim  
(d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.