

Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri



Dr. Atıl MANTAR¹, Dr. Beyazıt YEMEZ², Dr. Tunç ALKIN³

ÖZET

Anksiyete duyarlılığı (AD), kişinin anksiyete belirtilerinin ya da uyarılmanın zararlı sonuçlara yol açabileceği inancını yansıtmaktadır. AD'nin anksiyete bozuklukları için bir risk etkeni olduğu yönündeki kanıtlar giderek artmaktadır. AD diğer anksiyete bozukluklarının yanı sıra özellikle panik bozukluğunda (PB) yükselmiştir. Anksiyete belirtilerinin şiddeti ve sürmesinde rol oynadığı düşünülmektedir. Araştırmalar, AD'nin gelecekte ortaya çıkabilecek panik ataklarını yordayabildiğini göstermektedir. AD'yi ölçen Anksiyete Duyarlılığı İndeksi üç alt ölçekten oluşmaktadır, bunlar; fiziksel, sosyal ve bilişsel alt ölçekleridir. AD'nin "fiziksel duyumlardan korku" alt ölçeği daha çok panik ataklarının ve PB'nin yordayıcısıdır. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi ile yapılan araştırmalar; travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin sağlıklı kontrollerden daha yüksek Anksiyete Duyarlılığı İndeksi puanlarına sahip olduklarını göstermektedir. Depresyonun da yüksek AD puanlarıyla pozitif bağıntı gösterdiği öne sürülmektedir. AD ile alkol ve madde kullanım bozuklukları arasındaki ilişki henüz tam olarak aydınlatılabilmemiş değildir. "Başa çıkma amacıyla alkol kullanımı" ile AD arasında bir ilişki olabileceğine yönelik kanıtlar mevcuttur. AD'nin bilişsel bir yapı olmasından ötürü anksiyeteli hastaları değerlendirmede ve psikoterapi formülasyonlarında göz önünde bulundurulması gerekir.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete duyarlılığı, sürekli anksiyete, psikiyatrik bozukluklar

GİRİŞ

Anksiyete bozukluklarının bilişsel modelleri son 20 yılda geliştirilmiştir. Belirli bilişsel düzeneklerin, anksiyete bozukluklarının etiolojisinde veya sürmesinde rol aldığı öne sürülmüştür. Bunlardan biri olan anksiyete duyarlılığı (AD) ilk kez Reiss ve McNally (1985) tarafından tanımlanmıştır. Bu yazıda

SUMMARY

Anxiety Sensitivity and Its Importance in Psychiatric Disorders

Anxiety sensitivity refers to the extent of beliefs that anxiety symptoms or arousal can have harmful consequences. There is growing evidence for anxiety sensitivity as a risk factor for anxiety disorders. Anxiety sensitivity is elevated in panic disorder as well as other anxiety disorders. It is thought to contribute to the maintenance and severity of anxiety symptoms. Studies have shown that anxiety sensitivity more specifically predicts the future occurrence of panic attacks. The Anxiety Sensitivity Index (ASI), which measures the construct of anxiety sensitivity, has three subscales, namely, the ASI-Physical subscale, ASI-Social subscale and ASI-Mental Incapacitation Concerns subscale. The dimension reflecting "fear of physical sensations" of anxiety sensitivity is the most predictive one of panic attacks and panic disorder. Research on the ASI has demonstrated that persons diagnosed with post-traumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and social anxiety disorder all had ASI scores higher than normal controls. Depression was speculated to hold a positive correlation to high anxiety sensitivity scores. The relationships between anxiety sensitivity, alcohol and substance use disorders are still unknown. There is evidence that anxiety sensitivity is related with "drinking used as a way of coping". Since anxiety sensitivity is a cognitive construct, it should be taken into consideration when evaluating patients with anxiety and psychotherapeutic formulations.

Key Words: Anxiety sensitivity, trait anxiety, psychiatric disorders

AD'nin tanımına, bazı diğer anksiyete kavramlarıyla ilişkisine, cinsiyet farklılıklarına, ölçümüne ve ruhsal bozukluklarda AD'nin önemine odaklanılacaktır. PubMed veri tabanında "anksiyete duyarlılığı" ve "Anksiyete Duyarlılığı İndeksi" anahtar sözcüklerinin yer aldığı 1985-2010 yılları arasındaki tüm yayınlar taranmıştır. Buna ek olarak erişilen makalelerin kaynaklar bölümleri de araştırılmıştır. AD'nin tanımı,

Geliş Tarihi: 24.04.2010 - **Kabul Tarihi:** 22.02.2011

¹Uzm., İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kl., ²Prof., ³Prof., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri AD., İzmir.
Dr. Atıl Mantar, e-posta: atilmantar1975@yahoo.com

ölçümü ve ruhsal bozukluklarla ilişkisini ele alan makaleler değerlendirilmiştir.

Anksiyete Duyarlılığının Tanımı

AD, “korku beklentisi modeli” nin ana dayanağını oluşturmaktadır. Bu modele göre insanlarda korku yaratan bir olaydan ya da durumdan kaçınma güdüsünün temelinde “AD” ve “anksiyete beklentisi” süreçleri rol oynamaktadır. AD, *anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilerin zararlı fiziksel ve/veya toplumsal sonuçları olduğuna dair aşırı bir korku* olarak nitelendirilmiştir. Anksiyete beklentisi ise, *kişinin “belirli bir durumda” anksiyete ya da korku yaşayacağı beklentisidir.*

AD kavramı klinik olarak panik bozukluğundaki (PB) *beklenti anksiyetesi* ile kısmen örtüşmektedir. Fakat beklenti anksiyetesi, AD’den farklı olarak, panik ataklarından sonra edinilmiş olup yeniden ve kaçınılmaz olan bir panik atağı oluşacağına dair bir anksiyetedir. AD ise kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren temel bir korkudur. AD düzeyi yüksek olan kişiler anksiyete yaşadıklarında hemen korkularına yönelik alarm durumuna geçmekte ve bu onların anksiyetesini şiddetlendirmektedir (Reiss ve McNally 1985). Yazarlara göre, AD *“korkmaktan korkmak”* ya da *“anksiyeteden korkmak”* olarak tanımlanan bireysel değişken ve bilişsel bir yapıdır. Yani bu tanım PB’deki felaketleştirerek yanlış yorumlama ile beklenti modeli bütünleştirilerek oluşturulmuştur (Starcevic ve Berle 2006).

AD kavramıyla ilgili sorunlardan birisi sürekli (trait) anksiyeteden farklı bir kavram olup olmadığıdır. Bu bağlamda AD’nin, *“Sürekli anksiyetenin alt boyutu olduğu”* ve çeşitli hastalıklarda saptanan yüksek AD’nin, sürekli anksiyete etkisinden kaynaklanmış olabileceği iddia edilmektedir (Lilienfeld ve ark. 1993). Ayrıca, sürekli anksiyetenin nevrotilikliğinin bir alt faktörü olduğu, AD’nin ise sürekli anksiyetenin bir alt faktörü olduğu ve bu 3 yapı arasında hiyerarşik bir ilişkinin olduğu da öne sürülmüş (Lilienfeld ve ark. 1996) ve AD’nin nevrotilikliğinin bir alt bileşeni olduğu yönünde bazı kanıtlar bulunmuştur (Zinbarg ve Barlow 1996). *Sürekli anksiyete*, kişilerde “stres yaratan uyarıcılara korkuyla tepki verme eğilimi” ya da “yaygın anksiyete belirtileri yaşamaya yapısal bir yatkınlık” olarak tanımlanmaktadır. Kişide geçmiş anksiyete deneyimlerinden kaynaklanan, geleceğe yönelik “genel bir anksiyete” hali vardır ve anksiyete belirtilerinden korkulmamaktadır. Buna karşılık AD, kişinin anksiyete belirtilerine yönelik inançlarından kaynaklanan, “anksiyete belirtilerinin kendisine korkuyla tepki verme” eğilimidir (Taylor ve ark. 1996). Her iki kavramı ölçmek için geliştirilen testlerle yapılan çalışmalarda faktöryel yapılarının birbirlerinden farklı olduğu, ancak aralarında orta düzeyde bir bağıntının olduğu anlaşılmıştır (Taylor ve Cox 1998, Sandin ve ark. 2001). İnsanların yüksek sürekli anksiyeteye sahipken düşük AD’ye sahip olabileceği ya da tam tersinin de geçerli olabileceği belirtilmiştir (Cox ve ark. 1991a). AD’nin sürekli anksiyeteden farklı olduğu görüşü daha tutarlıdır ve kişisel gözlemlerimizle uyusmaktadır.

Anksiyete Duyarlılığının Ölçümü

AD’yi değerlendirmede en sık kullanılan ölçek, 1986 yılında Reiss ve arkadaşları tarafından geliştirilen *Anksiyete Duyarlılığı İndeksi*’dir (Anxiety Sensitivity Index). Ölçek üç alt ölçekten (fiziksel, bilişsel ve sosyal) ve toplam 16 maddeden oluşmaktadır. *Fiziksel alt ölçek* kalp çarpıntısı ya da nefes darlığı hissetmekten korkma gibi anksiyeteden kaynaklanan “bedensel belirtilerden korkmayı” ölçmektedir. Bilişsel alt ölçek bir konu üzerinde dikkati toplayamamaktan korkma ya da kişinin kendisini tuhaf ya da boşlukta hissetmesinden korkması gibi durumları değerlendiren “bilişsel kontrolü yitirmekten korkma” boyutunu ölçmektedir. Toplum içinde başkalarının kendi “anksiyete belirtilerinin fark edilmesinden korkma” (örn. titrediğinin fark edilmesi) şeklinde tanımlanan durumları ise *sosyal alt ölçek* değerlendirmektedir. Türkçeye çevrilmiş formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ayvaşık 2000). Çocuklarda yapılan araştırmalarda da, *Çocukluk Çağı Anksiyete Duyarlılığı İndeksi* kullanılmaktadır. Daha sonra, yine AD’nin ölçümüne yönelik olarak *Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-Gözden Geçirilmiş Formu ve Anksiyete Duyarlılığı Profili* ölçekleri geliştirilmiştir. Son olarak, *Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3* (Anxiety Sensitivity Index-3) geliştirilmiştir. Üç alt ölçekten (fiziksel, bilişsel ve sosyal) ve toplam 18 maddeden oluşan *Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3*’ün (Taylor ve ark. 2007) ülkemizde de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Mantar ve ark. 2010).

Öğrenme Deneyimleri ve Genetik Etkenlerin rolü

Kişilerdeki anksiyete belirtilerinin oluşumundan *klasik, edimsel ya da gözlemsel koşullanmalar* sorumludur (Türkçapar 2008). AD gelişimi de bu üç birincil öğrenme düzeneğinin herhangi biriyle gerçekleşebilir. Model aldıkları kişilerin anksiyete belirtilerinden korkması, bunları sözel ifade etme biçimleri ve bu belirtilerin zararları konusunda çocuğa aktarılan inançlar, yüksek AD gelişimine yol açabilir. Nitekim AD de tamamen öğrenilmiş ve/veya genetik etkenlerden etkilenmiş bir yapı olarak tanımlanmıştır (Reiss ve McNally 1985).

Çocukluk döneminde karşılaşılan ve kişilerde anksiyete ve depresyona neden olan ebeveyn davranışlarının AD artmasına neden olabileceği gösterilmiştir. Scher ve Stein (2003), “tehdit edici ebeveyn davranışlarının”, toplumsal olarak gözlemlenebilir anksiyete belirtilerini, “düşmanca ve reddedici tutumların” ise bilişsel kontrol kaybından korkuyu özgül olarak yordadığı sonucuna ulaşmıştır. Keza çocukların, ebeveynlerinin alkol ve madde kullanımı ya da öfkeleri nedeniyle “kontrolsüz davranışlarına maruz kalmaları” da, yüksek AD düzeyleriyle ilişkili bulunmuştur (Watt ve ark. 1998).

Bir ikiz çalışmasında AD’nin %45 oranında kalıtılabilir olduğu, geriye kalan oranın çevresel etkilerle belirlendiği öne sürülmüştür (Stein ve ark. 1999). AD ve PB’nin yakın ilişkisinden hareketle, AD’nin PB hastaları ile birinci derece

akrabalarında sağlıklılarından yüksek olması beklenir. Nitekim AD düzeylerinin PB'si olan hastaların birinci derece yakınlarında, kontrollerden daha yüksek, PB hastalarından daha düşük olduğu saptanmıştır (Van Beek ve Griez 2003). Ancak bu bulguların aksi yönünde veriler de mevcuttur. PB'si olan ve olmayan ebeveynlerin çocuklarında AD açısından farklılık saptanmamış ve PB'si olan ebeveynler ile çocukları arasında AD düzeyleri açısından bir ilişki bulunamamıştır (Van Beek ve ark. 2005, Manuzza ve ark. 2002). Genetik ve çevresel etkenlerin AD üzerine etkisini araştıran başka bir ikiz çalışmasında, kadınlarda, kalıtımın yüksek düzey AD'si olanlarda, düşük düzey AD'si olanlara kıyasla daha etkili olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda AD'nin her üç alt boyutu için hem genetik hem de çevresel etkenlerin önemine vurgu yapılırken, erkeklerde ise çevresel etkenlerin daha fazla etkili olduğu, kalıtımın etkisinin önemli olmadığı saptanmıştır (Taylor ve ark. 2008). Yalnızca bu verilerle bile AD'nin psiko-biyolojik etkilerle meydana gelen bir yapı olduğu açıktır. AD'nin gelişimi açısından gen-çevre etkileşimi üzerine gelecekte yapılacak uzunlamasına çalışmalar konuya açıklık getirecektir.

Anksiyete Duyarlılığı ve Cinsiyet

Anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha sık görüldüğü düşünüldüğünde AD ve cinsiyet arasında bir ilişkinin olması akla uygun gelmektedir. Bu ilişkiyi araştıran çalışmalarda tutarsız sonuçlar göze çarpmaktadır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmaların bazılarında kadınların erkeklere göre daha yüksek AD puanlarına sahip olduğu bulunmuştur (Reiss ve ark. 1986, Stewart ve ark. 1997a). Fakat AD İndeksi puanları ile cinsiyet arasında bir ilişkinin saptanmadığı yayınlar da vardır (Ayvaşık 2000, Cox ve ark. 1991a). Bir çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen, AD İndeksi puanları daha yüksek olan kadınların panik atağı geliştirme olasılıklarının erkeklere oranla daha fazla olduğu belirtilmiştir (Cox ve ark. 1991a). AD alt boyutları açısından da cinsiyet farklılıkları araştırılmıştır. Kadınların fiziksel ve toplam AD puanlarının erkeklerden daha yüksek, erkeklerde ise sosyal ve bilişsel boyutların, fiziksel boyuta göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Stewart ve ark. 1997b, Foot ve Koszycki 2004). Toplam 38 yayının değerlendirildiği bir meta-analizde, her türden anksiyete bozukluğu olan kadınlar ile sağlıklıları arasında AD düzeyleri açısından büyük farklılık saptanmıştır. (Olatunji ve Wolitzky-Taylor 2009). Aktardığımız bilgiler ışığında AD ile cinsiyet arasındaki ilişki halen açıklığa kavuşmamış olduğunu söyleyebiliriz.

Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklar

Panik Bozukluğu: Beklenti kuramından önce AD'nin panik ataklarının bir sonucu olduğu görüşü baskındı. Bu kuramla birlikte AD'nin bir sonuç olmaktan öte, anksiyete bozukluğu ve panik atağı gelişiminde önemli ve daha da ötesi özgül bir risk etkeni olabileceği görüşü egemen oldu. Gerek ileriye

dönük gerekse geriye dönük çalışmalarda, yüksek AD'nin PB ve diğer anksiyete bozukluklarının gelişimini yordadığı gösterilmiştir (Cox ve ark. 1991b, Taylor ve ark. 1992, Schmidt ve ark. 1997a, Schmidt ve ark. 2008). Yakın tarihli bir çalışmada AD'nin panik ataklarını yordamasında özellikle fiziksel alt boyutun önemli katkısı bulunduğu gösterilmiştir (Benítez ve ark. 2009). Üç yıllık bir izlem çalışmasında, yüksek AD'si olan kişilerin anksiyete bozukluğu geliştirme oranının, düşük AD'si olanlara göre 5 kat fazla olduğu bulunmuştur (Maller ve Reiss 1992). Genç erişkinlerden oluşan geniş bir grubun 5 haftalık temel askerlik eğitimi süresince incelendiği ileriye dönük araştırmada, bu stresli dönem süresince *yüksek AD düzeyine sahip olanların* AD'si düşük olanlara göre panik atağı yaşama riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Üstelik, sürekli anksiyetesi ve PB öyküsü olanlar dışlandığında bile, AD'nin, beklenmedik panik ataklarını yordadığı saptanmıştır (Schmidt ve ark. 1997a). Tüm bu çalışmalarla, AD'nin varsayıldığı gibi, PB gelişimiyle yakından ilişkili olduğu doğrulanmıştır.

AD yalnızca PB hastalarındaki panik ataklarıyla değil agorafobinin varlığıyla da ilişkilidir (White ve ark. 2006). Gerçekten de agorafobik bireylerde AD düzeyi daha yüksektir ve AD hastalarındaki agorafobik durum sayısını yordamaktadır (McNally ve Lorenz 1987). Hatta, Hayvard ve Wilson (2007), kaçınma davranışları ile AD arasındaki yakın ilişkiden ötürü, hiç panik atağı yaşamadan gelişen agorafobiden AD'nin sorumlu olduğunu öne sürmüşlerdir.

AD ile PB'nin ilişkisi zorlama çalışmaları bağlamında da araştırılmıştır. Yüksek AD'ye sahip olan bireylerin düşük AD'si olanlara oranla, istemli hiperventilasyon ya da kese kağıdına solumayla yapılan zorlamalarının ertesinde panik belirtilerini daha yoğun olarak yaşadıkları belirlenmiştir (Asmundson ve ark. 1994, Eke ve McNally 1996). PB hastalarında yapılan hiperventilasyon ve %5.5'lük CO₂ zorlama çalışmalarında, açığa çıkan korku yanıtı ile yalnızca AD fiziksel boyutunun ilişkili olduğu, bilişsel boyutun ise depresif duygulanımla daha güçlü bir ilişki gösterdiği saptanmıştır (Zinbarg ve ark. 2001, Brown ve ark. 2003). Yüksek AD İndeksi puanlarının başta CO₂ olmak üzere zorlama çalışmalarında tanıya bakılmaksızın panik atağı belirtileri oluşumunu yordayabildiği vurgulanmaktadır (McNally 2002). Ancak böylesi bir genellemeyi desteklemeyen bazı araştırma verileri de mevcuttur. AD'nin etkisini araştıran biyolojik zorlama çalışmalarında, yüksek "durumluk anksiyete"ye sahip olan kişilerin daha fazla anksiyete yaşayabileceği ve bunun da sürekli anksiyete kavramıyla açıklanabileceği belirtilmiştir (Lilienfeld ve ark. 1993). AD İndeksi'nin CO₂ zorlamasıyla panik atağı yaşayan ve yaşamayan hastaları ayırt etmede başarısız olduğu gösterilmiştir (Kozsicky ve Bradwejn 2001, Struzik ve ark. 2004, Monkul ve ark. 2010). Zorlama çalışmalarında AD'nin yanı sıra sürekli anksiyetenin varlığı ve şiddeti, aile öyküsünün bulunması ve solunumsal tip panik ataklarının varlığı gibi başka etkenlerin

de değerlendirilmesi gerektiği kanısındayız. Dolayısıyla zorlama çalışmalarında AD'nin panik ataklarının oluşumundan sorumlu olan biricik ya da ana etken olduğu söylenemez.

Farklı hasta gruplarında yapılan çalışmalarda genellikle PB'si olan hastaların, sağlıklılardan ve diğer anksiyete bozukluğu olanlardan daha yüksek AD'ye sahip oldukları ve PB hastalarının AD İndeksi normlarının 2 standart sapma üstünde puanlar aldıkları belirlenmiştir. Yüksek AD'si olan bireylerin panik atağı esnasında daha fazla sayıda fiziksel belirti yaşamaktadır (Taylor ve ark. 1992). Olatunji ve Wolitzky-Taylor'un (2009) meta-analizinde, PB ve travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB), diğer anksiyete bozukluklarına oranla AD ile daha güçlü bir ilişki sergilediği, buna karşılık diğer anksiyete bozuklukları arasında AD bakımından bir farklılık olmadığı bildirilmiştir. PB'yi yordamada toplam AD puanlarının önemli olduğu konusunda uzlaşa oluşmuştur. Ancak alt ölçekler açısından durum biraz daha karışıktır. Diğer anksiyete bozukluklarıyla karşılaştırıldığında fiziksel alt ölçeğin PB için daha ayırt edici olduğu (Zinbarg ve ark. 1997, Benítez ve ark. 2009) ya da bunun aksine, AD'nin bilişsel alt boyutunun 1 yıllık izlemede PB başlangıcı için en önemli belirteç olduğu bildirilmiştir (Li ve Zinbarg 2007). AD'nin ileride oluşabilecek PB, depresyon ve sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) için bir yordayıcı olup olmadığını araştırıldığı 1 yıllık bir izlem çalışmasında, fiziksel alt boyutun panik ve depresif belirtileri yordadığı, buna karşılık bilişsel ve sosyal boyutların bir yordayıcılığının olmadığı saptanmıştır (Grant ve ark. 2007). Tüm bu araştırma verileri temelinde, AD'nin PB'ye özgül olmadığı ancak PB hastalarını sağlıklılardan ve kısmen de diğer anksiyete hastalarından ayırt ettiği söylenebilir. Alt boyutların PB ve diğer anksiyete bozuklukları ile bağlantılı olup olmadığı hala açıklığa kavuşturulmayı beklemektedir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk: Psikopatoloji gelişiminde bilişsel bir risk etkeni olabileceği düşünülen AD'nin obsesif kompulsif bozukluk (OKB) gelişiminde ve sürmesinde de rol oynayabileceği öne sürülmüştür (Freeston ve ark. 1996). Anksiyete hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, OKB hastalarında PB hastalarında görülen büyüklükte olmamakla birlikte AD İndeksi fiziksel alt ölçeğinde yükselme saptanmıştır. Oysa bilişsel alt ölçekte OKB hastalarının PB hastalarıyla aynı düzeyde, SAB ve özgül fobisi olanlardan daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür (Zinbarg ve ark 1997). Yalnızca OKB hastalarının incelendiği bir çalışmada, AD İndeksi puanlarıyla hastalık belirti şiddeti arasında bir ilişki saptanmıştır. OKB hastaları belirti alt grupları açısından değerlendirildiğinde ise, bulaşma (bulaşma obsesyonları ve yıkama kompulsiyonları) ile zarar verme (saldırganlık obsesyonları ve kontrol etme kompulsiyonları) alt grubunda AD İndeksi toplam puanlarının diğer alt gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Calamari ve ark. 2008). Araştırma sayısının kısıtlı olması AD ve OKB ilişkisi konusunda kesin çıkarımlar yapılmasını önlemektedir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Yapılan araştırmalarda toplam AD İndeksi puanları ele alındığında PB hastaları daha yüksek puan alsalar da, özellikle yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve SAB'si olanların AD'nin bilişsel ve sosyal alt ölçeklerinden yüksek puan aldıkları görülmüştür. Rodriguez ve arkadaşları (2004), AD İndeksi alt ölçeklerinin farklı anksiyete bozukluğu gruplarını yordayıcı olduğunu belirtmiş ve fiziksel alt ölçeğin PB'ye, sosyal alt ölçeğin SAB'ye ve bilişsel alt ölçeğin ise YAB'ye işaret ettiğini vurgulamışlardır. Bu görüş, Zinbarg ve arkadaşlarının (1997) sonuçlarıyla uyumludur ve bu yazarlar da bilişsel alt ölçeğin YAB ile güçlü bir ilişkisinin olduğu sonucuna varmışlardır. Agorafobili PB, SAB ve YAB hastalarının oluşturduğu bir örneklemede, AD alt boyutlarının hangi bozukluklarla ilişkili olduğu incelendiğinde, bilişsel boyutun YAB ve ikincil depresif bozuklukla ilişkili olduğu bulunmuştur (Rector ve ark. 2007). AD İndeksi'nin bilişsel alt ölçeği altında yer alan maddelerin bazıları YAB'deki *endişe* tanımı ile uyumludur. Dolayısıyla, YAB'de görülen *"denetlenemeyecek kötü bir şeyler olacaktıymış hissi"* ya da *"endişe hakkında olumsuz meta inançlar"* AD'nin bilişsel boyutuyla örtüşmektedir (Wells 2005). Bu bulgular da AD'nin PB'ye özgül olmadığını ve diğer anksiyete bozukluklarında rol oynayabileceğini göstermektedir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Diğer anksiyete bozukluklarıyla pek çok ortak özelliğe sahip olan TSSB'de hastalığın belirleyicisi olarak travma öncesi, travma sırası ve travma sonrası risk etkenleri söz konusudur. Yüksek düzeyde AD'nin de TSSB için bir risk yaratması beklenir. Araştırmalar TSSB şiddetinin AD, depresyon ve anksiyete puanlarıyla bağıntılı olduğunu göstermektedir (Hinton ve ark. 2005). Depremden etkilenen ve TSSB'si olan çocuklarda hem AD, hem de durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve depresyon puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (Yılmaz 2006). Travmaya maruz kalmış olan erişkinlerde fiziksel alt boyutun PB ile ilişkili olduğu ve bilişsel alt boyutun ise TSSB'deki kaçınmayla ilgili belirtilerin önemli bir yordayıcısı olduğu sonucuna varılmıştır (Vujanovic ve ark. 2008). TSSB belirti kümeleriyle (yeniden yaşantılama, kaçınma, artmış uyarılabilirlik hali vb), AD'nin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam AD İndeksi puanlarının yanı sıra, hem fiziksel hem de bilişsel puanların TSSB hasta grubunda TSSB olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bu grupta AD'nin fiziksel alt boyutunun "TSSB belirti şiddetinin" ve "yeniden yaşantılamanın" önemli bir yordayıcısı olduğu bildirilmiştir (Asmundson ve Stapleton 2008). Bunlara ek olarak AD -depresyonla birlikte- TSSB olgularındaki bedensel yakınmaları da güçlü biçimde yordamaktadır (Jakupcak ve ark. 2006). Araştırma sonuçları AD'nin TSSB ile ilişkili olduğunu açıkça göstermektedir. TSSB alanında yapılan tüm çalışmalarda kişilerin ruhsal değerlendirmeleri travma sonrasında yapıldığından TSSB hastalarında yüksek bulunan AD düzeylerinin

bir neden mi yoksa sonuç mu olduğunu belirlemek zordur. Yine de, eğer kişilerde AD yüksek ise TSSB belirtilerinin şiddetlenebileceği unutulmamalıdır.

Depresif Bozukluk: Erişkinlerde yapılan çalışmalarda, depresyon hastalarının PB'ye oranla daha düşük, ancak diğer anksiyete bozukluklarıyla hemen hemen aynı düzeyde AD'ye sahip oldukları saptanmıştır (Taylor ve ark. 1996). Eşanlı anksiyete bozukluğu olan depresyon hastalarında AD İndeksi puanlarının daha yüksek olabileceği kestirilebilir bir durumdur. Otto ve arkadaşları (1995), anksiyete bozukluğu eştanısı olan hastaları dışladıklarında bile, depresyon hastalarında yükselmiş AD İndeksi puanları olduğunu saptamışlardır. Ayrıca, yazarlar antidepresan ilaç tedavisiyle AD İndeksi puanlarının da normal sınırlara indiğini bulmuşlardır. Ağrı belirtileri ve depresyon arasındaki ilişkide AD'nin de rolü olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (Asmundson ve ark. 1999). Bazı yayınlarda depresyon ile AD arasında, AD'nin sadece tek bileşenini içeren (*bilişsel kontrolü kaybetme korkusu*) bir ilişkiden söz edilmektedir. Bilişsel kontrolü yitirmekten korkmanın depresyonda sık görüldüğü ve bunun da AD'nin özel bir biçimini temsil ettiği öne sürülmüştür (Cox ve ark. 2001a). Başlangıçta “odaklanamama veya dikkat dağınıklığı” nedeniyle kişinin kendisinden bekleneni verememesi ve bu durumdan korkmakla ilişkili olan AD, giderek “derealizasyon ve depersonalizasyon belirtilerinden” ve “duygular üzerinde denetimini yitirme” korkularını kapsayarak genişlemektedir (Starcevic ve Berle 2006). Bu bulgular klinik uygulamalar sırasında özellikle anksiyete belirtileri olan depresif hastalarda AD'nin değerlendirilmesinin önemini sergilemektedir. Sonuçlar başta duygudurum bozuklukları olmak üzere anksiyete bozuklukları dışında kalan ruhsal hastalıklarda AD'nin önemli olduğunu işaret etmektedir.

Hipokondriyazis: Bedene yönelik bir ilgi artışı AD'nin doğal bir sonucudur (Schmidt ve ark. 1997b). Uzun süren ve tedavi edilmeyen AD'nin kişilerde en azından *sağlık anksiyetesi*ne yol açması beklenebilir. Bunu doğrulayacak şekilde AD'nin sağlık anksiyetesinin ayrılmaz bir parçası olduğu yönünde veriler bulunmaktadır (Abramowitz ve ark. 2007). Sağlık anksiyetesini en tipik biçimde sergileyen hipokondriyak bireyler, bedensel belirtilerden korktukları ve bunları felaketleştirerek yorumlama eğiliminde oldukları için, hipokondriyazis ile AD arasında bir tanımsal benzerlik olduğunu varsaymak yanlış olmaz. Nitekim sağlıklılardan oluşan bir örnekleme, özellikle AD fiziksel alt boyutunun bedene yönelik vijilans ve tıbbi yardım arayışıyla bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Zvolensky ve Forsyth 2002). Cox ve arkadaşları (2001b), klinik olarak hipokondriyazis ile bağlantılı olacak şekilde, AD'nin, yalnızca anksiyete ve anksiyete belirtilerinden korkmaktan çok, daha genel olarak “beden duyularından ve hastalıklardan korkma” ve “sağlık ilgileri” ile yakın ilişkili olduğunu bulmuşlardır. AD'nin hipokondriyazis gelişiminin yordayıcısı olduğunu saptayan yayınlar da vardır (Watt ve Stewart 2000). PB ile

hipokondriyazis arasındaki bağlantıdan da AD'nin sorumlu olabileceği sonucuna varılmış (Deacon ve Abramowitz 2008) ve bu bulgular üzerinden hipokondriyazisin aslında bir anksiyete bozukluğu olduğu öne sürülmüştür (Olatunji ve ark. 2009). Anksiyete belirtilerinden sağlık anksiyetesine, oradan da hipokondriyazise olan gelişim çizgisini iyi tedavi edilmiş anksiyete hastalarında gözlemlemekteyiz. Ancak, AD'nin yüksek olduğu bireylerde AD'ye yönelik erken psikoterapötik müdahalelerin hipokondriyazis gelişimini önleyip önleyemeyeceği hala yanıtlanmamış bir sorudur.

Alkol ve Madde Kullanımı: Cooper ve arkadaşları (1995), alkol kullanma nedenlerini açıklayan modeline göre içme nedenleri “sosyalleşme, başa çıkma, eğlenme ve uyum sağlama” olarak gruplanmaktadır. İçme nedenleri ve kişilik özelliklerini araştıran çalışmalarda, AD'si yüksek olanların daha çok *başa çıkma* amacıyla alkol kullandıkları belirtilmektedir (Samoluk ve ark. 1999). Araştırmalarda başa çıkma amacıyla içmenin bilişsel kontrolü yitirmekten korkma ve sosyal ortamlarda kaygı belirtilerinin fark edilmesinden korkmakla, sosyalleşme amacıyla içmenin solunumla ilgili belirtilerden korkma ve sosyal ortamlarda kaygı belirtilerinin fark edilmesinden korkmakla, uyum sağlama amacıyla içmenin ise tüm AD alt boyutlarıyla olumlu yönde bağıntılar gösterdiği bulunmuştur. Öte yandan üniversite öğrencilerinde alkol ve sigara tüketiminin AD ile doğrudan ilişkili olmadığı, ancak AD'nin başa çıkma amaçlı alkol kullanımıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (Novak ve ark. 2003). Türkiye'de yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre yüksek AD'li kişiler, korku ve kaygılarından ya da korkularının grup içinde ortaya çıkmasından kaynaklanabilecek olumsuz yaşantılardan kaçınmak için alkol almaktadırlar (Çakmak 2006).

Düzenli eroin kullanıcılarının oluşturduğu grupta yapılan çalışmada, AD düzeyleri PB'de görülenle kıyaslanabilecek oranlarda yüksek bulunmuştur (Lejuez ve ark. 2006). Buna karşılık farklı maddelerin kötüye kullanımı olan bir hasta grubunda AD ile madde seçimi arasında özgül bir ilişki bulunmamıştır (Forsyth ve ark. 2003). Başka bir çalışmada, esrar ya da haşhaş kullanıcılarının kullanmayanlara göre oldukça düşük AD İndeksi puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir. Bu bulgu esrar kullanımıyla AD arasında olumsuz yönde bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir (Stewart ve ark. 1997a). Şimdiye kadar AD ile sigara kullanımı arasında açık ve anlamlı bir ilişki gösterilebilmiş değildir (Stewart ve ark. 1997a, Novak ve ark. 2003). Ancak sigarayı bırakmanın erken dönemlerinde (ilk 7 gün), yüksek AD'ye sahip olanlarda yoksunluk belirtilerini tolere edemediklerinden, sigaraya başlama riskinin de arttığı saptanmıştır (Brown ve ark. 2001).

Tüm bu veriler AD yüksekliğinin belli maddelere özgül bir yatkınlık yaratmadığını göstermektedir. Bunun yanı sıra yüksek AD'nin madde bağımlılığı hastalarının en azından bir kısmında, bazen nedensel bazen de sürdürücü etkenlerden biri olarak rol oynadığı söylenebilir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

AD kavramı ortaya atılmasından bu yana geçen yirmi yılı aşkın zamanda psikiyatrik araştırmalarda önemli ölçüde ilgi çekmiş durumdadır. Anksiyetenin kendisi ek anksiyete belirtileri –özellikle bedensel belirtiler- ve korku yaratmaktadır. Olumsuz duygulanım, sürekli anksiyete ve nevroz gibi psikopatolojik kavramlarıyla kısmen örtüşmesi, aralarındaki sınırların bulanıklığı ya da aralarında hiyerarşik bir yapının olup olmadığı hala tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Geçmişten kaynaklanan ve geleceğe odaklanmış devamlı bir anksiyete hali olarak tanımlanan sürekli anksiyeteden ayırt edilen farklı bir anksiyete halidir. Belirli bir durumda anksiyete ya da korku yaşayacağı beklentisi olarak tanımlanan beklenti anksiyetesinden farklıdır. Ancak AD'nin bu kavramlarla karıştırılmamasını sağlayacak klinik araştırmalar kaynaklı yeterli bilgi yoktur. Aralarında kesin klinik ayırım yapılamadığı durumlarda ilişkili değerlendirme ölçeklerinin (AD İndeksi, Eysenck Kişilik Envanteri vb) kullanılmasını öneririz.

AD; anksiyete ve anksiyete bozukluklarına yatkınlığın nedenlerini açıklamaya çalışan bilişsel bir yapı olmasından ötürü anksiyete bozuklukları için bir “incinebilirlik etkenidir”. Güncel olan görüş AD'nin “yaradılıştan gelen bir yatkınlık (dispozisyonel)” doğasında olduğudur. Başka deyişle, kişilerde “anksiyete yatkınlık” oluşturan çok sayıda etkenlerden biridir. Yine de, çoğu anksiyete hastasında AD'nin bozukluğun ortaya çıkmasının nedeni mi, sonucu mu olduğu tartışılabilir. Bu incinebilirlik etkeni olma niteliğinin özellikle PB gelişimi için daha doğru olduğunu söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

- Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ (2007) Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther*, 38: 86-94.
- Asmundson GJ, Norton GR, Wilson KG ve ark. (1994) Subjective symptoms and cardiac reactivity to brief hyperventilation in individuals with high anxiety sensitivity. *Behav Res Ther*, 32: 237-241.
- Asmundson GJ, Norton PJ, Veleso F (1999) Anxiety sensitivity and fear of pain in patients with recurring headaches. *Behav Res Ther*, 37: 703-713.
- Asmundson GJ, Stapleton JA (2008) Associations between dimensions of anxiety sensitivity and PTSD symptom clusters in active-duty police officers. *Cogn Behav Ther*, 37: 66-75.
- Ayvaşık HB (2000) Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 15: 43-57.
- Benítez CI, Shea MT, Raffa S ve ark. (2009) Anxiety sensitivity as a predictor of the clinical course of panic disorder: a 1-year follow-up study. *Depress Anxiety*, 26: 335-342.
- Brown RA, Kahler CW, Zvolensky MJ ve ark. (2001) Anxiety sensitivity: relationship to negative affect smoking and smoking cessation in smokers with past major depressive disorder. *Addict Behav*, 26: 887- 899.
- Brown M, Smits JAJ, Powers MA ve ark. (2003) Differential sensitivity of the three ASI factors in predicting panic disorder patients' subjective and behavioral response to hyperventilation challenge. *Anxiety Disord*, 17: 583-591.
- Calamari JE, Rector NA, Woodard JL ve ark. (2008) Anxiety sensitivity and obsessive-compulsive disorder. *Assessment*, 15: 351-363.
- Cooper ML, Russell M, Frone MR ve ark. (1995) Drinking to regulate positive

AD'nin öğrenilerek ve/veya genetik etkenlerden etkilenerek geliştiği varsayımı yapılan araştırmalarla anlaşılmaya çalışılmıştır (Stein ve ark. 1999, Taylor ve ark. 2008). Ancak bireysel farklılıkların (yaş, eğitim ve cinsiyet gibi) AD üzerine ne gibi etkiler yarattığı hala kesin olarak tespit edilememiştir. Bunun nedeni AD'ye yol açan biyolojik, ruhsal ve sosyal etkenleri çocuklar üzerinde araştıran ileriye yönelik çalışmaların olmamasıdır.

Başta PB olmak üzere anksiyete bozukluklarının etiopatogenezini açıklamaya yönelik ileri sürülen bu kavramın önceleri tek boyutlu olduğu düşünülmüşse de sonraki faktör analizi çalışmaları bu yapının çoğul faktörlü olduğunu göstermiştir. Genel olarak AD İndeksinin fiziksel alt ölçeğinin PB'de yüksek olduğu, sosyal alt ölçeğinin SAB'de yüksek olduğu ve bilişsel alt ölçeğinin ise YAB'de ve depresyonda yüksek olduğu çıkarılabilir. Öncül araştırmalar AD'nin PB ve agorafobi ile ilişkili olduğunu düşündürse de, artık AD'nin SAB, YAB ve TSSB gibi anksiyete bozukluklarının, hipokondriazisin ve alkol ya da madde kullanım bozukluklarının ortaya çıkmasında ve/veya sürmesinde rol oynadığını söyleyebiliriz. Bu rolün ne büyüklükte olduğu uzun dönemli izlem çalışmaları sonucunda ortaya çıkarılabilir. Diğer taraftan AD'nin tedavide nasıl ele alınacağıyla (psikososyal ve/veya farmakolojik yaklaşımlar) ilgili veriler oldukça azdır. Tedavi yaklaşımlarının AD indeksi skorları üzerine etkisi daha fazla araştırılmalıdır.

Klinik açıdan önemi olan bu bilişsel yapının özellikle anksiyeteli hastalarda mutlaka ele alınması gereklidir. Bu hastalarda AD'nin sorgulanması ve psikoterapi formülasyonlarında yer alması tedavi ve yineleme oranlarını olumlu yönde etkileyecektir.

and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *J Pers Soc Psychol*, 69: 990-1005.

- Cox BJ, Endler NS, Swinson RP (1991a) Clinical and nonclinical panic attacks: An empirical test of a panic anxiety continuum. *J Anxiety Disord*, 5: 21-34.
- Cox BJ, Endler NS, Norton GR ve ark. (1991b) Anxiety sensitivity and nonclinical panic attacks. *Behav Res Ther*, 29: 367-369.
- Cox BJ, Enns J, Murray W ve ark. (2001a) Anxiety sensitivity and major depression: Examination of affective state dependence. *Behav Res Ther*, 39: 1349-1356.
- Cox BJ, Fuentes K, Borger SC ve ark. (2001b) Psychopathological correlates of anxiety sensitivity: Evidence from clinical interviews and self-report measures. *J Anxiety Disord*, 15: 317-332.
- Çakmak Ş (2006) Psychometric properties of Anxiety Sensitivity Index-Revised and the relationship with drinking motives and alcohol use in Turkish university students and patients. Dissertation thesis ODTÜ, Ankara, Türkiye.
- Deacon BJ, Abramowitz JS (2008) Is hypochondriasis related to OCD, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *J Cogn Psychother*, 22: 115-127.
- Eke M, McNally RJ (1996) Anxiety sensitivity, suffocation fear, trait anxiety, and breath-holding duration as predictors of response to carbon dioxide challenge. *Behav Res Ther*, 34: 603-607.
- Foot M, Koszycki J (2004) Gender differences in anxiety-related traits in patients with panic disorder. *Depress Anxiety*, 20:123-130.
- Forsyth JP, Parker JD, Finlay CG (2003) Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance abusing veterans. *Addict Behav*, 28: 851-870.

- Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R (1996) Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res Ther*, 34: 433-446.
- Grant DM, Beck JG, Davila J (2007) Does anxiety sensitivity predict symptoms of panic, depression, and social anxiety? *Behav Res Ther*, 45: 2247-2255.
- Hayvard C, Wilson KA (2007) Anxiety sensitivity: A missing piece to the agoraphobia-without-panic puzzle. *Behav Modif*, 31:162-173.
- Hinton DE, Chhean D, Pich V ve ark. (2005) 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*, 18: 617-629.
- Jakupcak M, Osborne T, Michael S ve ark. (2006) Anxiety sensitivity and depression: mechanisms for understanding somatic complaints in veterans with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*, 19: 471-479.
- Koszycski D, Bradwejn J (2001) Anxiety sensitivity does not predict fearful responding to 35% carbon dioxide in patients with panic disorder. *Psychiatry Res*, 101: 137-143.
- Lejuez CW, Paulson A, Daughters SB ve ark. (2006) The association between heroin use and anxiety sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. *Behav Res Ther*, 44: 667-677.
- Li W, Zinbarg RE (2007) Anxiety sensitivity and panic attacks: a 1-year longitudinal study. *Behav Modif*, 31: 145-161.
- Lilienfeld SO, Turner SM, Jakob RG (1993) Anxiety Sensitivity: An examination of theoretical and methodological issues. *Adv Behav Res Ther*, 15: 147-183.
- Lilienfeld SO, Turner SM, Jacob RG (1996) Further comments on the nature and measurement of anxiety sensitivity: A reply to Taylor. *J Anxiety Disord*, 10: 411-424.
- Maller RG, Reiss S (1992) Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *J Anxiety Disord*, 6: 241-247.
- Mantar A, Yemez B, Alkin T (2010) Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe Formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 21(3): 225-234.
- Manuzza S, Klein RG, Moulton JL ve ark. (2002) Anxiety sensitivity among children of parents with anxiety disorders: A controlled high-risk study. *J Anxiety Disord*, 16: 135-148.
- McNally RJ, Lorenz M (1987) Anxiety sensitivity in agoraphobics. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 105: 146-149.
- McNally RJ (2002) Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biol Psychiatry*, 52: 938-946.
- Monkul ES, Onur E, Tural U ve ark. (2010) History of suffocation, state-trait anxiety, and anxiety sensitivity in predicting 35% carbon dioxide-induced panic. *Psychiatry Res*, May 16. [Epub ahead of print]
- Novak A, Burgess ES, Clark M ve ark. (2003) Anxiety sensitivity, self reported motives for alcohol and nicotine use and level of consumption. *J Anxiety Disord*, 17: 165-180.
- Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS (2009) Is hypochondriasis an anxiety disorder? *Br J Psychiatry*, 194: 481-482.
- Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB (2009) Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychol Bull*, 135: 974-999.
- Otto MW, Pollack MH, Fava M ve ark. (1995) Elevated Anxiety Sensitivity Index scores in patients with major depression: Correlates and changes with antidepressant treatment. *J Anxiety Disord*, 9: 117-123.
- Rector NA, Szacun-Shimizu K, Leybman M (2007) Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behav Res Ther*, 45: 1967-1975.
- Reiss S, McNally RJ (1985) Expectancy model of fear. Theoretical issues in behavior therapy. S Reiss, RR Bootzin (Eds). San Diego, CA: Academic Press, s. 107-121.
- Reiss S, Peterson RA, Gursky DM ve ark. (1986) Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther*, 24: 1-8.
- Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME ve ark. (2004) Factor structure and stability of the anxiety sensitivity index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. *Behav Res Ther*, 42: 79-91.
- Samoluk SB, Stewart SH, Sweet S ve ark. (1999) Anxiety sensitivity and social affiliation as determinants of alcohol consumption. *Behav Res Ther*, 30: 285-303.
- Sandin B, Chorot P, McNally RJ (2001) Anxiety Sensitivity Index: Normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behav Res Ther*, 39: 213-219.
- Scher CS, Stein MB (2003) Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *J Anxiety Disord*, 17: 253-269.
- Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ (1997a) The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *J Abnorm Psychol*, 106: 355-364.
- Schmidt NB, Lerew DR, Trakowski JH (1997b) Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *J Consult Clin Psychol*, 65: 214-220.
- Schmidt NB, Mitchell MA, Richey JA (2008) Anxiety sensitivity as an incremental predictor of later anxiety symptoms and syndromes. *Comp Psychiatry*, 49: 407-412.
- Starcevic V, Berle D (2006) Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key construct. *Depress Anxiety*, 23: 51-61.
- Stein MB, Jang KL, Livesley WJ (1999) Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *Am J Psychiatry*, 156: 246-251.
- Stewart SH, Karp J, Pihl RO ve ark. (1997a) Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use. *J Subst Abuse*, 9: 223-240.
- Stewart SH, Taylor S, Baker JM (1997b) Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *J Anxiety Disord*, 11: 179-200.
- Struzik L, Vermani M, Duffin J ve ark. (2004) Anxiety sensitivity as a predictor of panic attacks. *Psychiatry Res*, 129: 273-278.
- Taylor S, Koch WJ, McNally RJ (1992) How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *J Anxiety Disord*, 7: 249-259.
- Taylor S, Koch WJ, Woody S ve ark. (1996) Anxiety sensitivity and depression: How are they related? *J Abnorm Psychol*, 105: 474-479.
- Taylor S, Cox BJ (1998) An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *J Anxiety Disord*, 12: 463-484.
- Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ ve ark. (2007) Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychol Assess*, 19:176-188.
- Taylor S, Jang KL, Stewart SH ve ark. (2008) Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral-genetic analysis. *J Anxiety Disord*, 22: 899-914.
- Türkçapar H (2008) Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama. Editör: Köroğlu E, HYB Basım yayın, Ankara.
- Van Beek N, Griez E (2003) Anxiety sensitivity in first-degree relatives of patients with panic disorder. *Behav Res Ther*, 41: 949-957.
- Van Beek N, Perna G, Schruers K ve ark. (2005) Anxiety sensitivity in children of panic disorder patients. *Child Psychiatry Hum Dev*, 35: 315-322.
- Vujanovic AA, Zvolensky MJ, Bernstein A (2008) Incremental associations between facets of anxiety sensitivity and posttraumatic stress and panic symptoms among trauma-exposed adults. *Cogn Behav Ther*, 37: 76-89.
- Watt MC, Stewart SH, Cox BJ (1998) A retrospective study of the learning origins of anxiety sensitivity. *Behav Res Ther*, 36: 505-525.
- Watt MC, Stewart SH (2000) Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *J Psychosom Res*, 49: 107-118.
- Wells A (2005) The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cogn Ther Res*, 29: 107-121.
- White KS, Brown TA, Somers TJ ve ark. (2006) Avoidance behavior in panic disorder: The moderating influence of perceived control. *Behav Res Ther*, 44: 147-157.
- Yılmaz S (2006) Çocuklarda anksiyete duyarlılık ölçeği uyarlama ve geçerlik güvenilirlik çalışması ve depremzedelerde anksiyete duyarlılığı. Dissertation thesis Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye.
- Zinbarg RE, Barlow DH (1996) Structure of anxiety and the anxiety disorders: A hierarchical model. *J Abnorm Psychol*, 105: 181-193.
- Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA (1997) Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychol Assess*, 9: 277-284.
- Zinbarg RE, Brown TA, Barlow DH ve ark. (2001) Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: a reanalysis teasing apart the contributions of the two levels in the hierarchical structure of the Anxiety Sensitivity Index. *J Abnorm Psychol*, 110: 372-377.
- Zvolensky MJ, Forsyth JP (2002) Anxiety Sensitivity Dimensions in the Prediction of Body Vigilance and Emotional Avoidance. *Cogn Ther Res*, 26: 449-460.

ŞİZOFRENİ DERNEKLERİ

RUH HEKİMLERİNİN İLGİ ve DESTEĞİNİ BEKLİYOR

Şizofreni Dernekleri Federasyonu

Mareşal Fevzi Çakmak sokak 39/6 Beşevler-Ankara
Tel. 0312 213 39 60 - 0312 212 11 12
e-posta: sizderfed@yahoo.com.tr

Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği

Mareşal Fevzi Çakmak sokak 39/6 Beşevler -Ankara
Tel. 0312 213 39 60 - 0312 212 11 12
e-posta: sizofrenihyd@yahoo.com

Şizofreni Gönüllüleri ve Dayanışma Derneği

Ethemefendi Cad. Fırın Sok., Can Apt. No: 5/5, Erenköy, İSTANBUL
Tel. 0216 363 77 26 • Faks. 0216 302 19 94
www.sizofrenigonulluleri.org
e-mail: bilgi@sizofrenigonulluleri.org

Şizofreni Dostları Derneği

Lamartin Cad., 23/4, Talimhane, Taksim, İSTANBUL
Tel. 0212 256 36 61 • Faks. 0212 256 53 91

İzmit Bizimbahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği

Yenimahalle, KOCAELİ
Tel. 0262 226 69 54

Şizofreni Dayanışma Derneği

1469 Sok. Alsancak, Konak, İZMİR
Tel. 0232 465 05 15

Şizofreni Gönüllüleri Derneği

Ferhuniye Cad., No:1, KONYA
Tel. 0332 350 89 00

Şizofreni ile Yaşam Derneği

Tunca Mah. İzmir Cad. No: 172/2, Karaköy, MANİSA
Tel: 0 236 239 64 71

Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği (AŞ-DER)

Bayındır 1 Sokak Fazıl Bey İş Merkezi No 15/16 Kızılay, ANKARA
Tel: 0312 432 57 87 • Faks: 0312 475 62 98

Şizofreni ve Benzeri Bozukluklar Dayanışma Derneği

Tel: 0532 283 25 85 • Tel: 0224 452 66 66, Bursa