

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI



ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ANKSİYETE DUYARLILIĞI

MERVE ÖZGÜVEN
124102030

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. HÜSNÜ ERKMEN

İstanbul, 2015



REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14 PK:34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
(KLİNİK VE İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN) ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 / 10

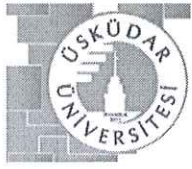
13 Ocak 15

Prof. Dr. Hüsnü ERKMEN
(Merve ÖZGÜVEN)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14 Ocak 2015 tarihinde, 01 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "**Üniversite Öğrencilerinde Anksiyete Duyarlılığı**" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 124102030
Öğrenci Adı Soyadı	: MERVE ÖZGÜVEN
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Hüsnü Erkmen
Tezin Başlığı	: Üniversite Öğrencilerinde Anksiyete Duygusallığı

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 25.02.15	Saati	: 17 ⁰⁰
Öğrenci Savunmaya	: ☒ GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUGU ☒ Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay) ☐ Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: ☒ Değişmedi. ☐ Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: ☐ GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☐ OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Prof. Dr. Sude Asgarova	
Danışman Üye	Prof. Dr. Hüsnü Erkmen	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Nadire Gülsin Yıldız	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları (form YL-13) gerekir.)

Tarih : 25 / 02 / 20 15

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....
Anabilim Dalı Başkanı

1) ÖZET

(ÖZGÜVEN, Merve, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015)

Üniversite Öğrencilerinde Anksiyete Duyarlılığı

Bu araştırmada üniversite öğrencilerinin anksiyete duyarlılığını ölçmek amaçlanmıştır.

Araştırmaya Üsküdar Üniversitesinde okuyan 221 öğrenci (169 kadın - 52 erkek) katılmıştır. Araştırmaya katılan bireylere ‘Kişisel Bilgi Formu’ ve anksiyete duyarlılığını ölçmek üzere ‘Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği-3’ (Mantar, 2010) uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Scheffe testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel, bilişsel, sosyal ve anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının katılımcıların, kiminle yaşadığı, yaş, çalışma durumu, medeni durum, psikiyatrik bir hastalık olma durumu, ailede psikiyatrik hastalığı olan birey durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, uyuşturucu kullanma durumu değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete Duyarlılığı

II) ABSTRACT

(ÖZGÜVEN, Merve, Masters Thesis, İstanbul, 2015)

Anxiety Sensitivity of University Students

This study aimed to measure the anxiety sensitivity of university students.

221 students studying in the University Research Üsküdar (169 women, 52 men) participated. Individuals participating in the study 'Personal Information Form' and to measure the anxiety sensitivity 'Anxiety Sensitivity Scale-3' (Mantar, 2010) was applied. The data obtained in this study using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) were analyzed using the program for Windows 21.0. The difference between the two groups for comparison of quantitative data, t-test, in case of more than two groups in the parameters of the intergroup comparison Unidirectional (One way) ANOVA test and the determination of group differences that cause Scheffe test was used.

Students participating in the study of physical, cognitive, social and general anxiety sensitivity of participants average scores, whom lived, age, employment status, marital status, psychiatric disease that status, psychiatric disorders in families with individual status, smoking status, alcohol use, drug use case, there was no significant difference between variables.

Keywords: Anxiety Sensitivity.

III) TEŞEKKÜR

Bu noktaya kadar gelmemde büyük emeği olan ve her zaman yanımda olduğunu hissettiğim, tez çalışmamım başından sonuna kadar beni motive ederek kayıtsız şartsız desteğini ve zamanını esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlanmamı sağlayan, örnek aldığım sevgili tez danışmanım Prof. Dr. Hüsnü ERKMEN'e,

Üniversite hayatımın önemli kazançlarından biri, her anımda yanımda olan, başım sıkışınca her sorumu yöneltebildiğim sevgili Yar. Doç. Dr. Esin Uzun Oğuz'a

Çalışmama katılmayı kabul eden değerli Üsküdar Öğrencilerine,

Her yolda benim yanımda olduğunu her zaman hissettiğim zorlu süreçlerde bile motive eden sevgili teyzem Hatice Kırbaş'a,

Son olarak, bugün olduğum insan olmamda en önemli paya sahip, bu zamana kadar bana her zaman destek olan, benim için her türlü fedakarlığı yapan, tez yazma sürecimde bana yardımcı olmak için hayatını askıya alan canım anneme,

Hayatımın erkeği, sırtımı sonuna kadar yasladığım bana güvenen sevgi dolu biricik babama ve kardeş olduğumuz için kendimi şanslı hissetmemi sağlayan Güven'e her zaman olduğu gibi hayatımın bu döneminde de yanımda oldukları için sonsuz teşekkür ederim.

Merve ÖZGÜVEN

IV) YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘ Üniversite Öğrencilerinde Anksiyete Duyarlılığı’ adlı çalışmamın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

5.02.2015

Merve ÖZGÜVEN



V) İÇİNDEKİLER

I)ÖZET

II)ABSTRACT

III)TEŞEKKÜR

IV) YEMİN METNİ

V)İÇİNDEKİLER

VI)TABLOLAR DİZİNİ

VII) SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

1. GİRİŞ	1
2. ANKSİYETE DUYARLILIĞI.....	6
2.1. Beklenti Anksiyetesi.....	7
2.2. Sürekli Anksiyete.....	7
2.3. Genetik Faktörler.....	9
2.4. Anksiyete duyarlılığı ve psikiyatrik bozukluklar.....	10
2.4.1. Panik Bozukluk.....	10
2.4.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	15
2.4.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	17
2.4.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	21
2.4.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	26
2.4.6. Depresyon.....	32
2.4.7. Madde Bağımlılığı.....	36
3. YÖNTEM	42
3.1. Katılımcılar.....	42
3.2. Veri Toplama Araçları.....	42
3.2.1. Demografik Bilgi Formu.....	42

3.2.2. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3.....	42
3.3. Veri toplanması.....	48
3.4. Veri Toplama Süreci.....	48
3.5. Veri Analizi.....	48
4) BULGULAR.....	49
5) TARTIŞMA.....	57
6) KAYNAKLAR.....	62
EKLER.....	67
ÖZGEÇMİŞ.....	72

VI) TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Anksiyete Duyarlılığı Ölçeğinin Bileşen Dağılımı

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 3. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeyleri

Tablo 4. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeyleri Kiminle Yaşandığı Göre Ortalamaları

Tablo 5. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamaları

Tablo 6. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin Ailede Psikiyatrik Hastalığı Olan Birey Bulunma Durumuna Göre Ortalamaları

Tablo 7. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin Alkol Kullanma Durumuna Göre Ortalamaları

Tablo 8. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin Gruplara Göre Ortalamaları

Tablo 9. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları

Tablo 10. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin Daha Önce Psikiyatrik Hastalığın Var Olma Durumuna Göre Ortalamaları

Tablo 11. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin medeni durum Göre Ortalamaları

Tablo 12. Öğrencilerine Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin psikiyatrik bir hastalık olma durumu Göre Ortalamaları

Tablo 13. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin sigara kullanma durumuna Göre Ortalamaları

Tablo 14. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin uyuşturucu kullanma durumuna Göre Ortalamaları

Tablo 15. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin çalışma durumuna Göre Ortalamaları

VII) KISALTMALAR DİZİNİ

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

NCS: Ulusal Komorbite Anketi

ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği



1. GİRİŞ

Anksiyete içsel veya dışsal yaşanabilecek olan bir tehlikenin beklentisi ile kişinin fiziksel, ruhsal, somatik ve bilişsel alanlarında bozulmalar yaratan kaygı durumudur. Çoğu zaman iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle ifade edilir. Aslında anksiyete, hayatta kalmaya yönelik olan bir savunma mekanizmasıdır. Bireyin karşılaşabileceği olası tehlikelerden kendini sakınması, korunması, gerekli tedbirleri alması için vardır. Normal anksiyetenin organizmayı uyarıcı, koruyucu ve motive edici özellikleri vardır. Ancak bu sistemin gereğinden fazla kullanılması patolojiye sebep olmaktadır. Anksiyetenin patolojik olarak görülmesi ise süresine, şiddetine ve kişinin işlevselliği bozmasına bağlı olarak belirlenmektedir. Anksiyetenin patolojik olarak yaşanması ise kişinin mesleki ve ailevi yaşamının, ilişkilerinin bozulmasına sebep olur. Kişi bu durumu kontrol edemez ve başa çıkamaz. Hafif bir tedirginlik halinden, panik derecesine kadar varan çeşitli yoğunluklarda yaşanabilir.

Kaygı ile korku birbirlerinden farklı birbirlerine benzer konulardır. Korku ile kaygı arasında üç temel fark bulunur. Bunlardan ilki kaynaktır. Korkunun kaynağı bellidir, kaygının kaynağı belirsizdir. İkincisi şiddettir ve korku kaygıdan daha şiddetlidir. (Manav, 2011; Cüceloğlu, 1991: 277-278).

Anksiyete Hint Germen kökenli ‘angh’ kelimesinden türetilmiştir. Bastırmak boğulmak anlamına gelmektedir (Özer,2006). 18. Yüzyıla kadar anksiyetenin fiziksel belirtilerini ayrı ayrı hastalık olarak nitelendirilmiştir, bu zamandan sonra anksiyetenin tanımları yapılmaya başlanmıştır. Heinrich Neumann ve Karl Ideler anksiyetenin sebebini doyurulmamış cinsel arzular olarak nitelendirmişlerdir. 1869’da Beard fizyolojik yetersizliklerin psikolojik sorunlara neden olduğu görüşünden yola çıkarak “Nevrasteni” terimini ortaya atmıştır (Mantar, 2008).

Freud anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerinin bir arada olduğunu iddia ederek, anksiyete nevrozunu tanımlamıştır (Özer, 2006). Diğer taraftan, Freud anksiyete nevrozunun diğer nevrozlar ile beraber görülebildiğini öne sürmüştür ve bunu karışık nevroz olarak adlandırmıştır (Berkson, 2003). İlk olarak DSM-III te anksiyete bozuklukları farklı birer hastalık olarak yerlerini almıştır ve DSM-IV te tamamen psikoanalitik kuramın etkisi tanısal sınıflandırma kitabından kaldırılmıştır. DSM-5 ile

birlikte yeni düzenlemelere gidilmiş, sınıflandırılmada değişiklikler olmuştur, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu artık anksiyete bozuklukları kümesinden ayrılmıştır. Ayrıca panik bozukluk ile agorafobi tanı olarak birbirlerinden farklı hastalıklar olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütüne ait ICD’de anksiyete bozuklukları, nevroz kavramı ile tümleşik bir şekilde 8. Basımından (ICD-8) itibaren yer alan bir tanıdır ve bu kategori DSM sınıflamasında olandan çok da farklı bir temele dayanmamaktadır. Nevroz kavramı ile tümleşik bir biçimde yer alan bu tanı ICD-10’da da yerini “anksiyete bozuklukları” na bırakmıştır. Bugün için anksiyete bozuklukları kategorisinde Generalize Anksiyete Bozukluğu (Generalized Anxiety Disorder) veya daha Türkçeleştirilmiş adıyla Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Fobik Bozukluklar (Özgül Fobiler), Obsessif Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Reaksiyonu yer almaktadır. Fobik bozukluklar içerisinde yer alan Sosyal anksiyete bozukluğu son yıllarda kendine has bir bozukluk olarak ayrıca incelenmeye başlamıştır (Berkson,2003).

Anksiyetenin Belirtileri

-Bilişsel Belirtiler

Duyusal- algısal belirtiler; kendini fazlaca gözlemleme, derealizasyon, depersonalizasyon, zihnin buğulu olması, nesneleri uzakmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyarılmışlık hali, hafıza sorunları, bilinç buğulanması, konsantrasyon da güçlükler, dikkat de dağılmalar, düşüncede duraksamalar, kesintiler, objektif düşünme güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğüdür. Ek olarak, kontrolü yitirme korkusu, başa çıkamama korkusu, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, başkalarınca olumsuz değerlendirilebileceği korkusu, başkalarına zarar verebileceği korkusu, kontrolü yitirme hissi, yineleyici korkulu düşünceler, korku veren görsel imgeler, bilişsel sapmalardır.

- Duygusal (affektif) Belirtiler

Kaygı, tasa, korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik, ölüm korkusu, alarm durumuna geçme, çabuk irkilme, gerginlik, sinirlilik, kontrolü kaybetme korkusu, çaresizliktir.

- Davranışsal Belirtiler

Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenen bu davranışlar önceleri anksiyeteyi azaltma amacı güderken sonuçta anksiyeteyi artıran özellik kazanırlar. Bu belirtiler; kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz donakalma, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğudur. (Berkun, 2003).

- Fizyolojik Belirtiler

Kolay yorulma, çarpıntı, kalp hızında artma, kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, bayılma, yüz kızarması, solunum sayısında artma, nefes darlığı, hava açlığı, kesik soluma, kaslarda gerginlik ve spazm, reflekslerde artma, yorgunluk hissi ve çabuk yorulma, yalancı romatizmal ağrılar, titreme, yüzde ve göz kapaklarında seyirme, uykuya dalma güçlüğü ve huzursuz uyku, karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı-kusma, ishal, yutma güçlüğü, ağızda kurumadır, sık idrara çıkma, cinsel güçsüzlük, erken boşalma, cinsel soğukluk, terleme, soğuk ve nemli eller, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri anksiyetenin fizyolojik belirtileri arasındadır (Berkun, 2003).

Anksiyete bozuklukları en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardandır (%25), NCS verilerine göre; yaşam boyu sıklık oranları kadınlar da %30,5, erkeklerde %19,2'dir. (Bal, 2010 akt; Reiger, 1990). 12 aylık görülme sıklığı %5.6 ile 19.3 arasındadır (Michael ve Margraf, 2004). Psikiyatri kliniğine başvuran hastaların %50 sinin anksiyete bozukluklarına rastlanmaktadır (Berkun, 2003). Anksiyete bozuklukları neredeyse tüm psikiyatrik bozuklukla beraber seyredabilen hastalıklardır (Eşel, 2003). Hastalığın %80-90 başlangıç yaşı 35 yaş altıdır, 10 ile 25 yaşları arası anksiyete bozuklukları geliştirmek için en riskli periyottur (Michael ve Margraf, 2004). Kadınlar, düşük eğitim düzeyine sahip bireyler, işsizler ve dar gelirli bireyler daha sık anksiyete bozuklukları problemleri ile karşı karşıyalardır (Michael ve Margraf, 2004).

Kaygı problemini biyolojiden çıkartıp psikoloji literatürüne getiren kişi Freud'dur (Manav, 2011). Freud'a göre anksiyetenin sebebi bilinç dışı tehditlerdir (Berkun, 2003). Kaygıyı egonun bir fonksiyonu olarak değerlendirmiştir (Manav, 2011). Anksiyeteyi bilince ulaştığı zaman, kabul edilemeyecek olan bir dürtünün işareti olarak değerlendirilir. Gerçek kaygılar hayatta kalmaya yönelik herkesin endişeleneceği konulardır, oysaki nevrotik kaygı sebepsizdir ve bir mantığı yoktur. Freud'a göre gerçek kaygı ile nevrotik kaygının arasındaki fark da budur (Manav, 2011). Freud'a göre anksiyete nevrozu 4 büyük sendromu içermektedir: Genel irritabilite, kronikanksiyöz 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" (anxious expectation)terimi altında ilk kez onun tarafından tanımlanmıştır. Freud, anksiyeteyi, kronik veya bazen yalın bir halde bazen de aniden ölme korkusu ile birlikte birden bire bilinç düzeyine çıkan akut şekliyle, büyük olasılıkla Domrich'in tanımladığı biçimiyle ele almıştır (Bekun, 2003).

Otto Rank, doğumu kaygının temel sebebi olarak görmektedir. Anne karnında rahat olan çocuk dünyaya geldikten sonra emek harcamak zorunda kalmaktadır, bu durum çocuğun yaşadığı ilk kaygı olacaktır (Obaid, 2013). Bundan sonra çocuğun karşılaşacağı bütün kaygılar bu ilk kaygının türevleri olacaktır (Obaid, 2013).

Davranış teorisine göre anksiyete çeşitli öğrenme süreçleri ile gelişir. Klasik koşullanmaya göre nötr olan bir uyarının tehlikeli bir uyarı ile eşleştirilmesi ile nötr uyarının tehlikeli olarak koşullanması sonucunda anksiyete oluşmaktadır. Bu durum, araç kazası geçiren birinin artık araç kullanmaktan korkması örneğindeki gibi direkt şartlanma olabileceği gibi, bazen sıkıntı oluşturan bir uyarının nötral uyarılarla yer değiştirmesi neticesinde endirekt şartlanma şeklinde de gelişebilmektedir.

Anksiyete birçok yolla kişinin öğrendiği bir durumdur. Bunlardan bir diğeri edimsel koşullanmadır. Edimsel koşullanma bir davranış parçasığının kendi doğurduğu sonuçlara bağlı olarak değişikliğe uğraması sürecidir. Pekiştirmeye dayanmaktadır. Örneğin kişi ellerini yıkayarak obsesyonlarından kurtulduğuna inanıyorsa bu davranışı devam ettirecektir, çünkü pekiştirmektedir.

Çevreyi gözlemleyerek pozitif veya negatif pekiştirme olmaksızın, model alma ve başkalarının davranışlarının sonuçlarının değerlendirilmesi neticesi ile meydana gelen öğrenme yöntemine gözlemsel öğrenme denmektedir. Örneğin, sosyal anksiyete problemi yaşayan bir annenin çocuğunda da aynı semptomların var olması gözlemsel öğrenmeye bir örnektir.

Davranışçı kurama göre kişinin kaygı yaşamada bir iç çatışmaya gerek yoktur. Davranışçı görüşe göre anksiyetenin bir bozukluk olarak nitelendirilmesi, tehlikesi olmayan bir durumu tehlikeli olarak algılamayı öğrenmek ile ilişkilidir.

Bilişsel teoriye göre anksiyetenin nedeni maladaptif düşünce biçimleridir. Kişilerin yaşadıkları olayları algılama biçimleri ve yorumlamaları kaygıyı oluşturmaktadır. Bir deprem birçok kişide büyük bir tehdit algısı yaratmazken, bazı kişilerde travma sonrası stres bozukluğu geliştirmeye yol açabilmektedir. Bireylerin sahip oldukları ara inançlar ve otomatik düşünceler tehlikeyi yorumlamada olumsuz rol oynamaktadır. Bu tür kişiler, tehlikeyi ya da oluşabilecek zararı abartma, sorunlarla başa çıkma yetilerini ise küçük görme eğilimi taşımaktadırlar.

Anksiyete bozukluklarında, bazı durumlara kaygılı tepkiler gösteren kişiler bu durumu normalden daha fazla tehdit edici bir durum olduğunu hissederek, örneğin ufak bir kalp çarpıntısını kalp krizi olarak yorumlanması gibi. Ayrıca bu hastalar yaşadıkları bu durumun olma olasılığını, gerçekte olduğundan daha fazla abartırlar, örneğin agorafobi hastasının dışarı çıkınca kesinlikle bayılacağına inanması gibi. Anksiyete hastaları korktuğu durumları yaşadıklarında bu durumu felaketleştirirler, sosyal anksiyete yaşayan bir hastanın elleri titrediğinde bunu herkesin fark edip onu kınayacaklarına inanması gibi ve anksiyete hastaları korktukları bu senaryoyu yaşamamak için bir takım stratejiler geliştirirler, örneğin bir annenin on kere elini yıkamazsa çocuklarının hasta olacağına inanması gibi.

Bilişsel terapiye göre bilişsel yapımız birbiriyle ilişkili üç katmandan oluşur. Bu yapıya göre ilk olarak Otomatik düşünceler; kişinin kendisi ya da durumla ilgili ifadeleri, iç diyalogları ya da imgeleridir. Bunlar kişi belirli bir durum içine girdiğinde aniden ve kişi farkında olmadan ortaya çıkan bilişlerdir. Bu düşünceler ve imgeler duruma özgüdürler, genellikle akılcı ve sistematik bir çözümlemenden geçmezler.

Örneğin, bir panik atak hastasının ufak bir bedensel belirtiyi felç oluyorum diye yorumlaması.

Temel inançlar, tutumlar ve sayıltılar birbiriyle ilişkili biçimde kişinin kendisi ve diğer insanlarla ilgili standartlarını belirlerler. İnançlar, tutumlar ve sayıltılar davranışın soyut biçimlendiricisidirler; çoğunlukla gizlidirler, haklarında konuşulmamıştır. İnançlar, tutumlar ve sayıltılar duruma göre kişinin uyumunu bozucu veya işlevsel olmayabilirler. Örneğin eğer diğer insanlar benden hoşlanmazsa bu berbattır. Fonksiyonel olmayan bu sayıltılar, inançlar ve tutumlar daha temel bilgi yapılarına şemalara bağlıdır. Şemalar ya da temel inançlar kişinin bilgiyi nasıl biçimlendireceğini belirleyen, çevreyle ve kendimizle ilgili temel varsayımları içeren, erken yaşantı ve tecrübeler neticesinde oluşmuş bilişsel yapılardır. Yaşamın erken dönemlerindeki kişisel deneyimler ve çevredeki önemli insanlarla yapılan özdeşimlerle oluşan şemalar, daha sonra benzer deneyimler ve öğrenmelerle pekişir. Kalıcı bilişsel yapılar olan şemalar, oluştukları özgün ortamda sorunla başa çıkma düzeneği olarak olumlu olabilmelerine karşılık çoğu kere işlevsel değillerdir ve dolayısıyla sorun doğururlar. Kişilik denilen duygusal ve davranışsal örüntüler yaşamla ve kendilikle ilgili bu tür şemalardan oluşur. Örneğin, beceriksizim, çaresizim, güçsüzüm gibi (Türkçapar, 1999).

2. ANKSİYETE DUYARLILIĞI

Anksiyeteye bağlı gelişen duyumlardan korkulmasına anksiyete duyarlılığı denir. Anksiyete kişide bilişsel, somatik ve sosyal alanlarda problemler yaratır. Anksiyete duyarlılığında ise kişi bu belirtileri yaşamaktan kaçınmaktadır. Somatik belirtiler kişi kalp çarpıntısı yaşadığında kalbinin duracağından korkması, bilişsel semptomlar derelizasyon yaşadığında aklını kaybedeceği korkusunu yaşaması, sosyal belirtiler ise terleme ya da titreme problemleri yaşadığında ise insanların kendisi ile dalga geçeceğinden korkması gibi sebeplerdir.

Anksiyete duyarlılığı kavramı ilk olarak Reiss ve McNally tarafından ortaya atılmıştır ve o günden bu yana profesyonellerin dikkatini çeken önemli bir konu haline gelmiştir (1985). Bu tanıma göre insanlar korku yaratacak bir durumdan kaçınmanın nedenini anksiyete beklentisi ya da anksiyete duyarlılığına bağlı süreçler olarak değerlendirmişlerdir (Mantar, 2008).

Araştırmacılar yüksek anksiyete duyarlılığı ve düşük anksiyete duyarlılığı olarak iki ana grupta ayırım yapılmaktadır (Mantar, 2008). Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip bireyler anksiyetenin sonuçlarından korkup kaçınmakta, düşük anksiyete duyarlılığına sahip bireyler ise bu sonuçları zararsız olarak nitelendirmektedirler (Mantar, 2008).

2.1 BEKLENTİ ANKSİYETESİ

Beklenti anksiyetesi, panik atağın tekrarlama olasılığından dolayı oluşan kaygılanma durumudur. Beklenti anksiyetesinin gelişebilmesi için en az bir panik atak yaşanmalıdır ve bu atağın yeniden yaşanacağına dair bir kaygılı bir bekleyiş söz konusu olmalıdır. Beklenti teorisinde kişi yaşayabileceği olumsuz sonuçları tahmin eder ve bundan dolayı kaygı duyar. Örneğin, asansörde panik atak geçiren kişinin, tekrar asansöre bindiğinde panik atak geçireceğini tahmin etmesidir. Anksiyete duyarlılığında ise kişi anksiyete belirtileri yaşamaktan korkar.

Anksiyete duyarlılığı ve beklenti anksiyetesi arasında birçok fark bulunmaktadır. Beklenti anksiyetesi bir panik ataktan sonra gelişmiştir (Mantar, 2008), oysaki anksiyete duyarlılığı çoğu zaman panik atağın gelişiminde rol oynamaktadır (Maller ve Reiss, 1992). Anksiyete duyarlılığında kişinin herhangi bir panik atak geçirmesine gerek yoktur. Anksiyete duyarlılığı sadece panik atakla değil, anksiyete bozukluklarının tamamı ile yakından ilişkilidir (Schmidt ve ark, 1999). Anksiyete duyarlılığı psikiyatrik bozukluklar etiolojisinde en etkili faktördür (Reiss vd, 1986). Reiss'in (1985) teorisine göre anksiyete beklentisi duruma özgü faktörlerdir, anksiyete duyarlılığı ise kişiye özel faktörler içerir.

2.2. SÜREKLİ ANKSİYETE

Anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyete birbirlerinden farklı kavramlardır. Sürekli anksiyete stres yaratan durumlara karşı gelişen genel bir anksiyetedir, oysaki anksiyete duyarlılığı anksiyetenin sonuçlarından korkmak demektir. (McNally, 1989). Yapılan araştırmalarda sürekli anksiyete ölçeği ve anksiyete duyarlılığı ölçeklerinin arasında faktöriyel yapı açısından düşük bir ilişki saptanmıştır. Araştırmacılar sonuçlara dayanarak bu iki kavramın birbirinden farklı olduğunu savunmuşlardır (Mantar, 2008 akt; Taylor and Cox 1998). Sürekli anksiyete bireysel bir fark olarak tanımlanabilir.

Dünyayı tehdit altında görmek olarak nitelendirilebilir. (Spielberger, 1985). Sürekli anksiyete bozukluğu ve duygu durum bozukluğuna sahip bireyler, normal popülasyona göre daha yüksek anksiyete skorlarına sahiptirler. (Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009) Araştırmacılar arasındaki fikir birliği anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyetenin birbirinden farklı yapılar olduğu yanadır (Muris vd, 2001).

Taylor ve arkadaşları anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyete arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. İkisi yapı arasında beş korelasyon bulmuşlardır, bunların aralığı 0.07 ile 0.55 arasındadır, medyan korelasyon ise 0.46'dır. Medyan korelasyonunun r^2 değerine göre anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyete %21 ortak varyans paylaşmaktadırlar. Bu sonuçlar göstermektedir ki anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyete birbirlerinden farklı yapılardır (McDonald vd, 2008).

Muris ve arkadaşlarının (13-16) yaş grubu arasındaki, 819, Hollandalı çocuğa yaptıkları araştırmada, anksiyete duyarlılığının yapısını, anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyete arasındaki ilişkiyi, anksiyete duyarlılığının, anksiyete bozukluklarının ve depresyonun semptomları arasındaki ilişkiyi ve son olarak anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyetenin, anksiyete bozuklukları ve depresyonun semptomlarındaki varyans oranlarını incelemişlerdir. Çocuklar için anksiyete duyarlılığı ölçeği, sürekli kaygı ölçeği, çocuklar için kaygı ve depresyon ölçekleri kullanmışlardır. Araştırma sonuçlarına göre, anksiyete duyarlılığı üç alt boyutlu (bilişsel, somatik, sosyal) bir yapı olarak bulunmuş, anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyete arasında güçlü bir korelasyon gözlemlenmiş, fakat birbirlerinden farklı yapılarda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Anksiyete duyarlılığı, anksiyete bozuklukları, özellikle panik ve agorofobi, depresyonun semptomları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyetenin, anksiyete bozuklukları ve depresyonun semptomları arasında farklı varyans oranlarına sahip olduğu bulunmuştur. Anksiyete duyarlılığının panik ve agorofobi hastalıkları semptomları ile, sürekli anksiyete ise sosyal anksiyete bozukluğu ve ayrılık anksiyetesinin semptomlarına daha çok ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Anksiyete bozuklukları belirtilerinin gelişmesini yordamada anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyete birbirlerinden farklı faktörlere sahip olduğuna değinmişlerdir.

Bir başka çalışmada araştırmacılar, 18-34 yaşları arasında ki 390 öğrenci İspanyol öğrenci ile sürekli anksiyete ve anksiyete duyarlılığı arasındaki yapılanmayı

ölçmüşler. Sonuçlar Muris'in (2001) sonuçları ile uyumlu bulunmuştur (1991) ikisi birbirinden farklı yapılar ancak bir birleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. (Sandin vd, 2001)

2.3. GENETİK FAKTÖRLER

Stein ve arkadaşları (1999) anksiyete duyarlılığının genetik yönlerini araştırdıkları ikiz çalışmalarında, anksiyete duyarlılığının güçlü bir kalıtsal yanı olduğunu tespit etmişlerdir. Araştırmalarına 179 tek yumurta ikizi, 158 çift yumurta ikizi katılmıştır. Araştırma sonuçlarında kalıtımın anksiyete duyarlılığı üzerinde çok önemli bir etkiye sahip olduğunu görmüşlerdir.

Taylor ve arkadaşlarının (2008) 245 tek yumurta ikizi, 193 çift yumurta ikizi katılımcı (658 kadın, 218 erkek) ile yürüttükleri araştırmada, anksiyete duyarlılığının etiyolojisi araştırılmıştır. Sonuçlara göre, kadınlarda anksiyete duyarlılığının her üç faktöründe (fiziksel, bilişsel ve sosyal) çevresel ve kalıtsal etkilerin olduğu, erkeklerde ise katılımın her üç faktörde de etkili olmadığı yalnızca çevresel etkilerin var olduğu bulunmuştur.

Anksiyete duyarlılığı gelişiminde çocukluk çağında öğrenilmiş deneyimlerin etkisi olduğu düşünülmektedir. Örneğin çocukluk döneminde annesinin panik atak hastası olduğunu gören bir çocuk ileride bu belirtilerden korkabilir ve kaçınabilir. Clark anksiyete korkusunun sebebinin katastrofobik düşünceler (felaketleştirme) yani bazı bedensel duyuları yanlış yorumlama olarak düşünmüştür. Kişi zararsız bir kalp çarpıntısını kalp krizi olarak yanlış yorumluyor olabilir demiştir (Taylor, 2014: s.7).

Anksiyete duyarlılığı ve cinsiyet konularında araştırmalar birbirleri ile çelişen sonuçlar göstermektedirler (Mantar,2008). Stewart ve arkadaşlarının (1997) 818 üniversite öğrencisi ile yaptıkları araştırmada, anksiyete duyarlılığının faktörleri açısından kadınlar fiziksel skorlardan erkeklerin ise sosyal skorlardan daha anlamlı derecede puanlar aldıkları gözlemlenmektedirler. Cinsiyet rollerindeki farkların bu sonuçları oluşturduğu düşünülmektedir.

2.4 ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

2.4.1. Panik Bozukluk

Panik sözcüğü ismini yunan tanrısı 'Pan' dan almıştır (Berksun, 2003). 17.yy da Robert Burton 'melankolinin anatomisi' isimli kitabında panik bozukluğun belirtileri tanımlamıştır (Savaş,2012). 1869'da Beard 'Nevrasteni' kavramında anksiyete ve fobik bozukluklara yer vermiştir (Savaş,2012). 1871 yılında Da Costa, baş dönmesi, nefes darlığı, mide rahatsızlıkları ve anksiyete semptomlarının içinde bulunduğu tabloyu 'irritabl kalp rahatsızlığı' adını vermiştir (Bulut, 2005). Lewis,1917, bu belirtileri 'efor sendromu' olarak adlandırmıştır. Culpin, anksiyete belirtileri ve efor sendromu arasındaki bağlantının önemine dikkat etmiştir. Freud'a kadar bu kavramlar nevrasteni adı altında yer almıştır. Freud,1984 te 'anksiyete nevrozu' olarak panik atağın 9 semptomunu tanımlamıştır (Savaş,2012). Klein panik ataklar ve genel anksiyetenin bir birinden farklı bozukluklar olduğunu savunmuştur. Panik bozukluk ilk olarak 1980 de DSM-III te anksiyete nevrozları kümesinin altında tanımlanmıştır. Panikle birlikte agorafobi panik olmaksızın agorafobi olarak değerlendirilmiştir (Bulut, 2005). DSM-III-R de panik bozukluğun belirtileri 13'e yükseltilmiştir. DSM-4 te hastalığın bilişsel yönlerine ağırlık verilmiş, panik atakların başka hastalıklarla eş tanıli görülebileceği belirtilmiştir. DSM-5 te panik bozukluk ve agorafobi birbirinden farklı tanımlar olarak yer almıştır. Panik atakların sadece anksiyete bozuklukları ile değil, tüm ruhsal hastalıkla eş tanıli görülebileceği belirtilmiştir. Panik bozukluk ilk kez ICD-10'da (paroksizmal anksiyete) ayrı bir bozukluk olarak yer almıştır (Berksun, 2003).

Panik bozukluk tekrar eden panik ataklar ve beraberinde gelen korku nöbetleri ile karakterize olmuş anksiyete bozukluğudur. Kontrolü yitirip kaybetme korkusu, öleceği ya da aklını kaybedeceği korkusu ile birlikte bazı bedensel belirtilerin (soluk alımda zorluk, baş dönmesi, terleme, kalp atışlarında değişiklik vb.) eşlik etmesi ile var olan bir tablodur. Panik atak ilk 10-15 dakika da pik yapar, sonra yatışmaya başlamaktadır (Tükel, 2002).

Panik atak kimi zaman uykuda bile kişinin yaşayabileceği bir tablodur (Bulut,2005). Atakların görülme sıklığı kişiden kişiye değişmektedir, kimi hastada her gün birkaç defa kimi hastada haftada bir, iki olarak. Panik bozukluk tanısı için

beklenmedik panik atakların görülmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra beklenti anksiyetesinin var olması başka bir koşuldur.

DSM-5 PANİK ATAĞI TANIMI ÖLÇÜTLERİ

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırdığı bir durumdur:

Not: böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırılabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkanıp durduğu duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları)
11. Gerçek dışılık ‘derealizasyon’ ya da kendine yabancılaşma ‘depersonalizasyon’.
12. Denetimini yitirme ya da ‘çıldırma’ korkusu.
13. Ölüm korkusu.

B. Ataklardan en az birinden sonra aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur:

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla ilgili sürekli kaygı duyma ya da tasalanma.
2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri gösterme

- C. Bu bozukluk başka bir maddenin fizyolojik etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.

Epidemiyoloji

Kırpınar ve arkadaşlarının (1997) ülkemizde yaptıkları araştırmaya göre yaşam boyu panik bozukluk yaşama oranı %3,1'dir. Panik bozukluğun yaşam boyu prevalansı %1,5-2,5 tur (Lepine ve Pelissolo, 1999). Weissman ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları uluslararası bir araştırmada, yaşam boyu panik bozukluk yaşama oranı %1,4 -2,9. Başlangıç yaşı orta yetişkinliktedir. Kadınlarda 33-44 erkeklerde 15-24 yaşları arasındadır. Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (Weissman vd.,1997).

Etiyoloji

Genetiğin, biyolojinin ve stresli yaşam olaylarının panik bozukluk oluşumunda önemli faktörlerdir (Berkson, 2003). Panik atağın başlaması çevresel, sosyal ve psikolojik etkilere ilişkilidir. Genelde kişinin bir yakının kaybı, kişiler arası ilişkilerde ayrılıklar, önemli iş problemleri gibi sıkıntılı yaşam olaylarından sonra panik atak belirtileri kendilerini göstermeye başlar (Bulut, 2005). Yaşamın erken dönemlerinde aileden ayrılma ya da aileden birinin kaybı panik bozukluğun gelişmesine sebep olabilmektedir (Savaş,2012). Ayrıca, ayrılık anksiyetesi daha sonraları panik atak problemlerine bir risk faktörüdür. (Berkson, 2003).

Panik bozukluk belirtilerinde zaman zaman alevlenmeler ve remisyonlarla devam eden kronik seyirli bir bozukluktur. Panik atak hastaları kalp krizi geçirdiklerini düşünerek sık sık hastanenin acil servislerini ve kardiyoloji servislerine başvuru yaparlar (Savaş,2012). Panik bozukluk tanısı alan hastaların yarısında ya da üçte birinde agorafobisinde olduğu belirtilmektedir (Bulut, 2005). Panik atağın agorafobi gelişiminde bir risk faktörü olmadığı düşünülmektedir (Bulut, 2005). Panik atağa birçok ilacın yan etkisi sebep olabilmektedir böyle tablolarla kişinin kullandığı ilaçlara dikkat edilmesi gerekmektedir (Savaş, 2012).Panik bozukluğun majör depresyon ile eş tanılı devam etmesi hastalığın seyrini etkilemektedir (Bulut, 2005). Bu hastalıkların beraber görülmesi hastalığın erken yaşta başlaması ve uzun süreli görülmesine sebep olmaktadır. İntihar riskini artırmaktadır (Savaş, 2012).

Panik ataklar durumsal olarak görülüyor ise diğer anksiyete bozuklukları ile olan ilişkiye bakılmalıdır, eğer hastalık yaşama olasılığı gibi bir takıntı nesnesi ile akla geliyor ise obsesif kompulsif bozukluk; sosyal olarak kaygı yaratan bir ortamda geliyor ise sosyal anksiyete, bir olay ya da nesne ile beraber akla geliyor ise özgül fobi, bir stres ya da travmayı çağrıştıran belli uyaranlar ile oluşuyorsa travma sonrası stres bozukluğu düşünülmelidir(Savaş, 2012).

Panik atak ve anksiyete duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığının değerlendirilmesi, panik ataklar ve panik bozukluğun oluşumunda önemli bir role sahiptir (Taylor, 1995). Panik atak, fiziksel duyuların yanlış yorumlanmasından dolayı kaynaklanmaktadır. Fiziksel olarak sağlıklı biri, zararsız bir kalp çarpıntısını, kalp krizi olarak değerlendirirse, bu kişi kaygılanacaktır. Bu durumun tekrarlanması ve uzun sürmesi kişiyi olduğundan daha fazla kaygılı hale getirecektir ve duyular yinelenmeye başlayacaktır, sonuç olarak kişinin konu ile ilgili yanlış yorumları devam edecektir. Bu bir kısır döngü haline gelip panik bozukluğa yol açacaktır uyarılmalar artacaktır. Örnekte olduğu gibi bu kısır döngünün sebebi anksiyeteye bağlı duyulardan korkma ile başlamaktadır. Panik bozukluğa sahip kişiler bu duyuları çok fazla önem vermektedir. Tedavi araştırmalarında, anksiyete duyarlılığı panik atağın tedavisinde semptomları azaltmada bir aracı rolü olduğunu bulmuşlardır. (Olatunji ve Wolitzky-Taylor, 2009)

Anksiyete duyarlılığı panik bozukluk ve anksiyete bozukluklarını geliştirmede bir risk faktörüdür. Maller ve Reiss (1992) üniversite öğrencileri ile yaptıkları boylamsal bir çalışmada, yüksek anksiyete duyarlılığına sahip öğrencilerin ileride anksiyete bozukluklarını yaşama oranlarının 5 kat fazla olduğunu bulmuşlardır. Panik atağı yordama da anksiyete duyarlılığı ölçeğinin, fiziksel alt boyutu diğer alt boyutlara kıyasla hastalıkla daha ilişkilidir.

Cox ve arkadaşlarının 265 panik atak öğrencisi ile yaptıkları bir araştırmada ise panik atak yaşayan öğrencilerin %50sinin yüksek anksiyete duyarlılığına sahip olduğu bulunmuştur (Mantar,2008 akt; Cox ve ark, 1991).

Carr ve arkadaşlarının (1994) anksiyete duyarlılığı, spontan ataklar ve solunum fonksiyonları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırmalarına 93 astım hastası

katılmıştır. Anksiyete duyarlılığı skorları panik ataklar ilişkili bulunmuş ancak solunum fonksiyonları ve panik arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Lau ve arkadaşlarının (1996) panik atak ve anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişkiyi 77 lise öğrencisi ile araştırmışlar. Anksiyete duyarlılığı ve panik atakların gelişiminde bilişsel bir risk olduğunu sonucuna ulaşmışlardır.

Schmidt ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları bir çalışmada panik atağın patogenezinde anksiyete duyarlılığının rolünü araştırmışlardır. 1,401 sağlıklı insanla yaptıkları prospektif bir çalışmada beş haftalık temel askerlik süresince incelemişlerdir. Araştırma sonuçlarına göre, anksiyete duyarlılığı spontan panik atakların gelişiminde rol oynamaktadır. Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip bireylerin akut stres durumunda panik atak geçirme olasılıklarının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Plehn ve Peterson (2002) 505 lisans öğrencisi ile yaptıkları, 11 yıl süren prospektif bir araştırmada anksiyete duyarlılığının panik bozukluğunu, panik atağı ve panik semptomlarını öngörüp göremediğini araştırmışlardır. Sonuçlarda, sürekli anksiyetenin ve anksiyete duyarlılığının panik semptomlarının ve panik ataklarının gelişiminde rolü olduğunu bulmuşlardır. Ancak sürekli anksiyeteyi kontrol ettiklerinde, anksiyete duyarlılığının panik bozukluğu öngöremediğini bulmuşlardır.

Struzik ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları bir araştırmada ise anksiyete duyarlılığının panik bozukluğun etiyolojisinde önemli bir etkiye sahip olup olmadığını araştırmışlardır. Ancak anksiyete duyarlılığının panik bozukluk için önemli bir etkiye sahip olmadığını bulmuşlardır.

Schmidt, (2006) ve arkadaşlarının anksiyete duyarlılığının eksen 1 patolojilerinin ve panik atakların gelişiminde bir risk faktörü olup olmadığını araştırmışlardır. 404 sağlıklı insanı yaptıkları iki yıllık prospektif araştırmada incelemişlerdir. Sürekli anksiyeteyi kontrol ederek yaptıkları araştırmada, anksiyete duyarlılığının anksiyete ile ilgili olan ruh hastalıklarının, madde bağımlılığı, depresyonun ve panik atağın oluşumunu etkilediğini bulmuşlardır.

Ülkemizde Hüseyin Bulut'un (2005) uzmanlık tezinde, panik bozukluğu olan hastalar ve birinci dereceden yakınlarında, anksiyete duyarlılığı ve panik atak agorafobi

belirtilerini araştırmıştır. 80 panik atak hastası ve kardeşi ile gerçekleştirdiği çalışmanın sonuçlarında panik atak hastaların yüksek düzeyde anksiyete duyarlılığı skorlarına sahip olduğu, ancak hasta yakınlarının anksiyete duyarlılığı skorlarında anlamlı bir yükseklik bulunmamıştır.

2.4.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu DSM-III'e kadar ayrı bir tanı olarak yer almamıştır, ancak klinik bir anlamlılığı olmadığı ve kendi başına ender rastlanan bir hastalık olduğu düşünülmekteydi (Berksun, 2003). DSM-III-R'de YAB hakkındaki şüpheler giderilmiştir ve tanı için gerekli olan bir aylık süreden altı aya çıkarılmıştır. DSM-IV' te aşırı anksiyete ve kaygıyı tanımlayan gerçekdışı sözcüğü kaldırılmış, kaygının engellenemez olduğu belirtilmiş ve işlevsellikte bozulma yapması gerektiği belirtilmiştir. DSM-5 te yaygın anksiyete bozukluğu tanısında bir değişiklik olmamıştır.

Nedeni tam olarak belli olmayan içsel bir bunaltı, sıkıntı halidir yaygın anksiyete bozukluğu. Kişi yaşadığı kuruntulardan kurtulamaz ve endişeleri belli bir nesneye ve ya olaya yönelik değildir, geneldir. YAB hayat kalitesinde bozulma, sağlık harcamasında artma ve azalmış üretkenlik ile yakından ilişkilidir.

- A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, bir takım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
- B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
- C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur).
 - 1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olmak.
 - 2. Kolay yorulma.
 - 3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.
 - 4. Kolay kızma.
 - 5. Kas gerginliği.

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
- D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Hipertroidi) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.
- F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Epidemioloji

Kırpınar ve arkadaşlarının (1997) ülkemizde yaptıkları araştırmaya göre yaşam boyu yaygın anksiyete bozukluğu yaşama oranı % 6,8'dir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar arasında yaygın anksiyete bozukluğu en yaygın ruhsal bozukluktur (Wittchen vd.,2002). Amerika Birleşik Devletlerinde yaşam boyu yaygın anksiyete bozukluğu yaşama oranı %5,1 -11,9'dur (Kessler vd., 2005). Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 20'dir ve diğer anksiyete bozukluklarına nazaran geç yaşlarda daha sık görülmektedir. (Lieb vd., 2005). YAB'ın kadınlarda 2 kat fazla olduğu, boşananlarda ve işsizler arasında sık görüldüğü belirtilmektedir.

YAB hastalarının hayatları boyunca eş-tanlı başka bir psikiyatri bozukluk olmuştur ve %66'sında halen eş tanıli bir bozukluk vardır. Eş tanılilik, genellikle daha yüksek ciddiyet derecesi ve direnç ile ilişkilidir. En sık görülen bozukluklar unipolar depresyon, distimi ve panik bozukluktur. En sık eş tanı % 67 ile depresyondur.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Anksiyete Duyarlılığı

Muris ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları araştırmada, yaşları 13-16 arasında değişen 819 ergen öğrenci ile anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyete arasındaki ilişkiyi, anksiyete duyarlılığının anksiyete bozuklukları ve depresyon ile olan ilişkisini, anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyetenin; anksiyete bozuklukları ve depresyon için varsıans oranlarını araştırmışlardır. Sonuçlarda anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyetenin korelasyonlarının yüksek olduğunu, anksiyete duyarlılığının anksiyete

bozuklukları ve depresyonu yordadığını, anksiyete bozuklukları söz konusu olduğunda, sürekli anksiyetenin ve anksiyete duyarlılığının farklı oranlarda varyanslara sahip olduğunu sonucu bulunmuştur. Anksiyete duyarlılığı panik ve agorafobi ile, sürekli anksiyete ise sosyal anksiyete bozukluğu ve ayrılık anksiyetesi ile ilişkili bulunmuştur.

Rector (2007) ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada anksiyete duyarlılığı ölçeğinin alt boyutlarını anksiyete bozuklukları ve depresyonla olan ilişkisini incelemiştir. Dsm-4 kriterlerine göre belirlenen 126 hastanın 48'i panik bozukluk agorafobi, 50 sosyal anksiyete bozukluğuna, 28 genel anksiyete bozukluğuna sahiptir. Sonuçlarda anksiyete duyarlılığı fiziksel alt boyutu en çok panik bozuklukla ilişkili, sosyal anksiyete bozukluğu ise sosyal alt boyut ile ilgili, genel anksiyete bozukluğu ve depresyon yaşayan hastalar en çok bilişsel boyutundan yüksek puanlar almışlardır. YAB ve depresyonlu hastalar yoğun kaygı, keder ve üzüntü yaşamaktan konsantrasyon problemleri ile karşı karşıyadırlar. Bu yüzden depresyon ve YAB ile anksiyete duyarlılığının bilişsel alt boyutu ilişkili bulunmuştur.

2.4.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyet kavramı ilk kez Janet tarafından,1903, performans anksiyetesini tanımlamak için kullanılmıştır. Diğer fobilerden ayrılması 1970 yılında Marks tarafından sağlanmıştır. DSM-III te ilk defa farklı bir tanı grubu olarak tanıtılmıştır (Berkson, 2003). DSM-III-R de özgül ve yaygın biçimleri belirlenmiştir. DSM-IV'te sosyal anksiyete bozukluğu, kişinin tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün önünde olabileceği bir toplumsal ortamda ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumda belirgin ve sürekli korku duyması olarak tanımlanmıştır. DSM-5 te 18 yaş gereksinimi kaldırılmıştır, 18 yaş altındaki en az altı aylık süre de her yaş için geçerli olmaya başlamıştır.

Sosyal anksiyete bozukluğu, kişinin toplum içinde küçük düşürüleceğinden dolayı sosyal ortamlardan kaçınması ile karakterize bir anksiyete bozukluğudur (Dilbaz, 1997). Başkaları tarafından gözlemlenebildiği ortamlarda korku ve anksiyete yaşarlar. Başkaları tarafından küçük düşürüleceği, alay konusu olacakları ve yargılanacaklarını düşündükleri ortamlardan kaçınırlar. Sosyal ortamlarda kendileri üzerine aşırı eleştirirler (Dilbaz, 1997). Sosyal anksiyete bozukluğuna sahip olan hastalarının bu

korkuları gerçekte orantılı değildir (Türkçapar, 1999). Yaşanan anksiyetenin düzeyi çok yoğundur ve bedensel, somatik ve psikolojik tüm anksiyete belirtileri eşlik eder.

DSM-5 SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANI KRİTERLERİ

- A. Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler (örn. Karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. Yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. Bir konuşma yapma) vardır.
- B. Kişi olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde: başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).
- C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.
- D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanır.
- E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
- F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
- G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye sebep olur.
- H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin (örn. Kötüye kullanabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

- İ. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
- J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk) korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Epidemiyoloji

Yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğu yaşama oranı %2-5 arasındadır, kadın erkek oranı 2.5/1'dir (Den Boer,1997). ABD'de en sık görülen en ikinci ruhsal rahatsızlıktır (Türkçapar, 1999). Kırpınar ve arkadaşlarının (1997) ülkemizde yaptıkları araştırmaya göre yaşam boyu sosyal anksiyete yaşama oranı %17'dir. Orta ergenlik döneminde ortaya çıktığı düşünülmektedir. (Anderson ve Hope, 2009; Albano ve Detweiler, 2001) . Hastaların yardım için hastaneye başvurma yaşı ise başlangıcından 15-20 yıl sonra olmaktadır (Dilbaz, 1997). Bunun sebebi kişinin sosyal anksiyeteyi kişiliğinin bir parçası olarak düşünmesidir (Dilbaz, 1997).

Sosyal anksiyete bozukluğu kişide önemli işlev kayıplarına sebep olmaktadır. Olguların %92'sinin mesleki işlevlerinde, %85'inin akademik performanslarında %70'inin ise sosyal ilişkilerinde bozukluk oluşmaktadır (Dilbaz, 1997).

Etiyoloji

Psikanalize göre sosyal anksiyete bozukluğu, anal dönem saplantısıdır, kastastrasyon korkusu olarak değerlendirilmiştir. Yani kişinin cinsel arzu ve istekleri ego düzeyin bastırılır ve sosyal korku olarak yer değiştirir. Kognitif modele göre sosyal anksiyetenin sebebi, başkalarının gözünde pozitif bir iz yaratma isteği ve bu gerçekleştiremeyeceğini düşünüp kaçınma vardır (Türkçapar, 1999). Diğer insanların yanında uygunsuz davranacakları ve bu davranışlarda onların hayatlarını olumsuz etkileyeceğini düşünürler. Sosyal performansları ile ilgili yüksek standartlara sahiptirler (Türkçapar, 1999). Sosyal anksiyete bozukluğuna sahip hastalarının yargılanacaklarına dair inançlarına ispat yaratmak için dikkatlerini seçici olarak olumsuz durumlara yoğunlaştırmaları anksiyete belirtilerinin artmasına sebep olmaktadır (Dilbaz, 1997).

Sosyal anksiyete bozukluğuna eş tanılı panik bozukluk oranı %17-50, sosyal anksiyete bozukluğuna eş tanılı obsesif-kompulsif bozukluk oranı %4-11, sosyal anksiyete bozukluğuna eş tanılı depresyon oranı %35-80, sosyal anksiyete bozukluğuna eş tanılı madde bağımlılığı oranı %8-56 arasında değişmektedir.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Anksiyete Duyarlılığı

Litaratürde anksiyete duyarlılığı ve sosyal anksiyete bozukluğunu konu alan çalışmalar kısıtlıdır. Yapılan araştırmalar sosyal anksiyete bozukluğunun anksiyete duyarlılığı ölçeği sosyal alt boyutu ile ilişkili olduğu yönedir. Yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların, anksiyete duyarlılığı indeksi bilişsel ve sosyal alt boyut skorları, panik atak hastalarının bilişsel ve sosyal alt boyutlarına göre daha yüksek puana sahiptir (Mantar, 2008).

Deacon ve Abramowitz, (2006) in yaptıkları araştırmada anksiyete duyarlılığı alt boyutlarının psikopatoloji ile olan ilişkisini araştırmışlardır. 232 hasta ile yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre anksiyete duyarlılığının fiziksel skorları panik atakla ilişki bulunmuştur. Ancak araştırmacılara göre anksiyete duyarlılığı ve panik atağın arasındaki ilişkinin sebebi, panik atak hastalarının genel olarak anksiyete yaşamaktan korkmaktan ziyade, panik atağın fiziksel duyumlarının kendisinden korkmalarıdır. Anksiyete duyarlılığının fiziksel alt boyutu panik atağın psikopatolojisiyle ilgilidir, bu gözlem panik atağın kognitif modeli ile tutarlıdır, kişiler bedensel duyumlarını yanlış yorumlamaktadır. Ayrıca, sosyal anksiyete bozukluğu ile anksiyete duyarlılığı ölçeğinin sosyal alt boyutu ile doğrudan ilişki bulunmuştur. OKB’de ise anksiyete duyarlılığının bilişsel alt boyutu, diğer anksiyete bozukluklarına nazaran daha ilişkili olduğu saptanamamıştır, onun yerine OKB’nin semptomları anksiyete duyarlılığının fiziksel alt boyutu ile bağlantılı olduğu bulunmuştur. YAB ve spesifik fobi anksiyete duyarlılığının alt boyutlarından her hangi birinde anlamlı olarak farklı çıkmamıştır, araştırmacılar bunun sebebini bu hastalıkların daha heterojenik yapıda olmasından kaynaklandığını düşünmüşlerdir.

Anderson ve Hope (2009) yaptıkları araştırmada anksiyete duyarlılığının sosyal anksiyete bozukluğu gelişimindeki rolünü incelemişlerdir. Ergenlerle yapılan çalışmaya

13-17 yaşları arasında 392 öğrenci katılmıştır. Sosyal anksiyete yaşayan hastaların anksiyete duyarlılığı skorları, anksiyete yaşamayanlara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sosyal anksiyete yaşayan hastalar minimal fizyolojik uyarılmaları bile felaketleştirmeye başlamışlardır, çünkü böyle bir uyarılma diğer insanlar tarafından görülebilir ve bu da onları çok utandır düşüncesine sahiptirler. Ayrıca çalışmaya katılan kadın ve erkek katılımcılar arasında anksiyete duyarlılığı açısından fark bulunmamıştır.

Hazen ve arkadaşları (1995) anksiyete duyarlılığı skorlarını panik atak ve sosyal anksiyete bozukluğu ile karşılaştırmışlardır. Panik bozukluk yaşayan hastalar anksiyete duyarlılığı indeksinin fiziksel alt boyutu skorlarında, sosyal anksiyete bozukluğu hastaları ise sosyal alt boyutundan yüksek skorlar almışlardır. Panik bozuklukta kişiler anksiyetenin kardiyak ve solunum ile ilgili semptomlarından korkarken, sosyal anksiyetede, anksiyetenin gözlemlenebilir semptomlarını (terleme, kızarma, titreme) yaşamaktan korkmaktadırlar.

2.4.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluğu tanısını Esquirol, “Uslam veya dürtü monomanisi” olarak istençsiz, engellenemez ve dürtüsel aktivite olarak tanımlamıştır, 1838. (Berkun, 2003). Morel 1866, kavramında önemli bir açılım sağlamıştır. Önceleri zeka bozukluğu olduğu düşünülen bu hastalığın aslında sinir sistemi hastalığının karmaşık bir görünümü olabileceğini ileri sürmüştür. Obsesif Kompulsif Bozukluk tanımlaması 1875 yılında Legrand du Saulle tarafından yapılan çalışmayla neredeyse bugünkü netliğine kavuşmuştur (Berkun, 2003). Freud obsesyonel nevrozun anal dönem saplantısı sonucu bu döneme regresyon ile oluştuğunu belirtmiştir. Obsesif kompulsif bozukluk, yapılandırılmış sınıflandırma sistemlerine ilk kez DSM-III ile girmiştir. Daha sonra DSM-III-R’de “günlük yaşamı kesintiye uğratan en az bir saat süren obsesyonlar ya da kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması” olarak tanımlanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluk DSM IV TR’ de anksiyete bozuklukları kümesi altında yer almaktaydı, DSM-5 ile birlikte obsesif-kompulsif bozukluğu ve ilişkili bozukluklar adlı farklı bir küme içerisinde yerini almaya başlamıştır.

Obsesyonlar aniden akla gelen, ısrarlı, yineleyici düşünce, dürtü ve imgelerdir. Kompulsiyon ise bu düşünceleri bastırmak ya da engellemek için yapılan ritüel hareketler ve ya düşüncelerdir (Çağın, 2006). Halk arasında obsesyonlar vesvese,

evham, takıntı gibi terimlerle ifade edilmektedir. Kompulsiyonlar, anksiyeteden kurtulmak, korku yaratan bir durumu nötralize etmek ya da engellemek üzere yapılır, fakat, yapılan eylem, engellenmek istenen şeyle gerçekçi bir biçimde alakalı değildir ya da aşırıdır. Obsesyonlar ve kompulsiyonlar içerikleri, gelişmeleri ve süreçleri bakımından kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Saldırganlık, bulaşma, cinsellik, dini, düzen ve sayma en yaygın obsesyon tipleridir (Berkun,2003). Törenselleşme, yıkama, kontrol, temizleme, düzenleme, düzeltme, sayma ve biriktirme en çok görülen kompulsiyonlar arasındadır.

DSM-5 OBSESİF KOMPULSİF TANI KRİTERLERİ

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. El yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. Dinsel değerleri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).
2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacı ile yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. Günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle

ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

- C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılanabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozukluğun belirtileri ile daha iyi açıklanamaz.

Epidemioloji

Genel popülasyonda, yaşam boyu OKB yaşama oranı %2-3 arasındadır. (Ghasempour vd 2013;Sadock, 2007). Kırpınar ve arkadaşlarının (1997) ülkemizde yaptığı araştırmalara göre yaşam boyu obsesif kompulsif bozukluk yaşama oranı %6.2dir. Başlangıç yaşları geç ergenlik ya da erken yetişkinliktedir. Erkekler de başlangıç yaşı genel olarak 6-15, kadınlarda 20-29 olarak görülmektedir (Çağın, 2006).

OKB’de zaman zaman alevlenmeler ve remisyonlar görülebilir, kronik bir tablodur. Bu artmalar ve azalmalar stresli yaşam olayları ile ilgilidir (Zabun Korkmaz, 2012). OKB en çok majör depresyon ve distimi ile birlikte görülmektedir. Depresyonun obsesif belirtileri artırabileceği gibi, obsesyonlarında depresyonun gelişmesini sağlayabilir. OKB diğer anksiyete bozuklukları ile de eş tanıli olarak görülebilir. Sosyal fobinin OKB ile birlikte %35-41 arası, özgül fobilerin %17-21 arası, panik bozukluğun %12-29 arası, yaygın kaygı bozukluğunun %7-22 arasında görüldüğü belirtilmektedir (Çağın, 2006).

Etiyoloji

OKB normal bir kişide dahi olabilecek düşüncenin farklı olarak yorumlanmasına dayanmaktadır. Obsesyonların oluşumunda önemli rolü olan alan 6 temel inanç alanı tanımlamıştır.

Düşünce eylem karışması; Düşünce eylem kaynasmaına göre; düşünmek ve yapmak kisi için özellikle ahlaki açıdan değerlendirdiğinde, aynı sorumluluğu ifade eder. Ayrıca herhangi bir durum ile yoğunlaşan zihinsel faaliyetin, olayın olabilirliğini arttırdığını düşünmekte bu sürecin bir parçası ayılmaktadır. Örneğin, namaz kılan birinin Allah’a küfür ettiğini düşünerek, kendini dinsiz günahkâr hissetmesidir. Zaman zaman bu tarz durumlarda kişiler eylemler ve düşüncelerin aynı sorumluluğa sahip olduğunu

düşünürler, oysaki birine saldırdığını düşünme ve bunu eyleme geçirme arasında fark vardır. (Çim,2013).

Abartılmış sorumluluk; OKB’li bireyler obsesyonları kendilerinin ya da diğerlerinin başına gelebilecek bir zarardan dolayı sorumlu tutabilirler. Bu zararlar, gerçek dünyada ve /veya ahlaki seviyede güncel olabilirler. Hissedilen sorumluluk duygusu kompulsif davranışların gelişmesini sağlamaktadır. (Çim, 2013).

Düşüncelerin kontrol edilebildiğine ilişkin inanç; düşünceleri bastırmaya çalışma obsesyonlarda sık rastlanan bir durumdur. Zarardan kaçınmak ve sıkıntıyı azaltmak için düşünceler bastırılmaya çalışılır. Ancak bu bastırmalar hastalığın semptomlarının artmasını sağlamaktadır. (Çim, 2013).

Mükemmeliyetçilik işlevsel olmayan mükemmeliyetçiliğin OKB gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Bunlar kişide yüksek standartlar oluşmasını sağlamaktadır. Bu yüksek standartlar kişide anksiyeteye sebep olduğundan OKB’nin seyrini etkilemektedir. (Çim, 2013).

Belirsizliğe tahammülsüzlük; kesinliğe duyulan ihtiyaç, öngörülemezlik durumlarının olayların belirsizliğine tahammül edememektir. Kişinin olayları kontrol edebilmesi için kesinliğe ihtiyacı vardır. Özellikle kompulsiyonlarla ilişkilidir. (Çim, 2013).

Abartılı tehdit algısı; kişiler olayları, durumları güvenli oluşları ispatlanana kadar tehlikeli olarak görürler. OKB’li bireyler olayları felaketleştirdikleri için bu durumlarla başa çıkabilme becerilerinin az olduğunu düşünürler. (Çim, 2013).

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığı indeksinin obsesif kompulsif bozukluk geliştirme için bir yordayıcı olduğu düşünülmektedir. Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip insanlar rahatsız edici uyaranlara karşı daha fazla duyarlıdır, içsel ve dışsal olarak. Bu da daha fazla kaçınmaya sebep olmaktadır (Ghasempour ve ark 2013). Örneğin, yüksek anksiyete duyarlılığı olan ve kontrol obsesyonu olan biri, kendini ne kadar çok tehdit altında hissederse, takıntıları o kadar çok yineleneyecektir ve o kişinin anksiyete duyarlılığı arttıkça OKB’nin semptomları artacaktır.

Wheaton ve arkadaşlarının (2012) 636 üniversite öğrencisi ile yaptıkları bir çalışmada, anksiyete duyarlılığının obsesif kompulsif bozukluğu geliştirmeyi

yordadığını sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca anksiyete duyarlılığı ölçeğinin üç alt boyutunun obsesif kompulsif bozukluğun dört belirtisiyle (kirlenme, zarar, simetri ve kabul edilemez düşünceler) bağlantılı olduğu bulunmuştur.

Calamari ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları 280 OKB hastası ile yürüttükleri bir araştırmada OKB ve anksiyete duyarlılığı ölçeğinin skorları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Anksiyete duyarlılığı puanları arttıkça OKB'nin semptomlarının arttığı bulunmuştur.

Ghasempour ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları araştırmada anksiyete duyarlılığı ile OKB arasındaki ilişkiye bakmışlardır. Araştırma sonuçlarına göre OKB ile anksiyete duyarlılığı arasında pozitif bir ilişki olduğu yinedir.

Raines ve arkadaşlarının (2014) 77 OKB tanısı almış hastayla yaptıkları araştırmada anksiyete duyarlılığının ve anksiyete duyarlılığı alt faktörlerinin, OKB ile ilişkisine bakmışlardır. Çalışmalarında çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Anksiyete ve depresyonu kontrol ederek elde edilen veriler sonucunda, anksiyete duyarlılığı skorlarının OKB'nin semptomları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Weathon'un (2012) yaptığı araştırmanın aksine anksiyete duyarlılığının fiziksel alt boyutu, bulaşma obsesyonu ile alakalı bulunmamıştır. Araştırmacılar bu şekilde farklı sonuçlar göstermesinin sebebini örneklem farklı olmasından kaynaklandığını düşünmüşlerdir. Anksiyete duyarlılığının kognitif alt boyutunun ise obsesyon çeşitlerinden zarar verme, cinsel ve dini içerikli, biriktiricilikle, sayma – tekrar etme alakalı bulunmuştur. Kognitif alt boyutu Whaeton'un (2012) yaptığı araştırmadaki gibi OKB ile daha yakından ilgili olarak bulunmuş. Anksiyete duyarlılığının sosyal alt boyut ise kontrol-düzen obsesyonları ile ilişkili bulunmuştur.

Ülkemizde İsmail Seçer (2014), anksiyete duyarlılığını OKB üzerine yordamıştır. Araştırmayı 13-17 yaş grubu arasında Erzurum'da yaşayan 542 öğrenci ile gerçekleştirmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, anksiyete duyarlılığının OKB ile anlamlı bir ilişkisi olduğu belirtilmiştir. Anksiyete duyarlılığı OKB'yi yordamaktadır. Anksiyete duyarlılığının; Şüphe-kontrol, obsesyon, etkisizleştirme, istifçilik obsesyonları ile yüksek düzeyde; temizlik ve düzen obsesyonları ile düşük bir ilişkisi olduğu sonucuna

ulaşılmıştır. Anksiyete duyarlılığı skorları yükseldikçe, OKB semptomlarında yükseldiği gözlemlenmiştir.

2.4.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu tanımının temelleri ikinci dünya savaşından sonra atılmaya başlamıştır ve DSM-I’de yerini almıştır (Bolu vd, 2014). DSM-II’de geçici ruhsal bozukluk olarak nitelenmiş, Vietnam savaşından sonra DSM-III’te travma sonrası stres bozukluğu olarak anksiyete bozuklukları arasında yer almıştır. DSM-III-R de altı yeni semptom eklenmiş ve hastalığın teşhis konulabilmesi için en az bir ay süre olarak belirlenmiştir (Bolu vd, 2014). DSM-IV’te semptomların sürelerine göre tanımlamalar yapılmıştır. (Bolu vd, 2014). DSM-5’te TSSB anksiyete bozuklukları kümesinden ayrılmış travma ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluklar kümesinin bir parçası olmuştur. Travmatik olayın nasıl yaşandığı konusu daha açıkça belirtilmiştir. Yeniden yaşantılama, kaçınma/hissizleşme ve uyarılma semptom kümesi dörde ayrılmıştır.

Travma yaşatan bir olaydan sonra gelişen, sürekli olarak dehşet, korku ve endişe halidir. Kişi sürekli tetiktedir ve travma yineleyici bir biçimde aklına gelir. Kişi bu duygulardan kaçınma davranışları geliştirir (Berkson, 2003). Tecavüze uğrama, doğal afetler, trafik kazaları, işkenceye uğrama yada sağlık problemleri kişide travma yaratabilir. Her bireyin bu problemlere verdiği tepkiler değişkenlik gösterir. TSSB’nin oluşumunda travmanın o kişi için anlamı, şiddeti, daha önce yaşadığı travmatik olaylar ve travma sonrası içinde yaşadığı şartlar belirleyici etkenlerdir. (Özgen ve Aydın, 1999).

DSM-5 TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TANI KRİTERLERİ

- A. Aşağıdaki yollardan biri ile (ya da birden çoğu ile), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanma ile karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:
1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.
 2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).

3. Bir aile yakının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireylerinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
 4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. İnsan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları).
- B. Örseleyici olay(lar)dan başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istenç dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin varlığı:
1. Örseleyici olay(lar)ı yineleyici, istemsiz ve istenç dışı gelen sıkıntı veren anıları.
 2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.
 3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme tepkileri (örn. Geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır.)
 4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.
 5. Örseleyici olay(lar)ın simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyoloji ile ilgili belirgin tepkiler gösterme.
- C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:
1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.
 2. Örseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

- D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olması ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:
1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünün anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir.)
 2. Kendisini, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn. Ben kötüyüm)
 3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçları ile ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.
 4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. Korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).
 5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma.
 6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.
 7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama
- E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirtili örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkması ile başlayan ya da kötüleşen örseleyici olay(lar)la ilintili uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:
1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan kızgın davranışlar ve öfke patlamaları
 2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.
 3. Her an tetikte olma.
 4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.
 5. Odaklanma güçlükleri.
 6. Uyku bozukluğu.
- F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E) tanı ölçütleri bir aydan daha uzundur.
- G. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal sıkıntıya, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Bu bozukluk bir maddenin ya da bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

Tssb'nin yaygınlığı farklılık göstermektedir (Özgen ve Aydın, 1999). Bir olay bir grup insan için travma sonrası stres bozukluğu yaratabilirken, başka bir grupta bu bulgulara rastlanmayabilir. Travma öncesi, travma sırası ve travma sonrası faktörlerin travma sonrası stres bozukluğu geliştirmede rol oynadığı düşünölmektedir (Mantar, 2008). Kadınlarda cinsel istismarlar, erkeklerde ise kazalar daha çok travmaya sebep olmaktadır. (Özgen ve Aydın, 1999)

Etiyoloji

TSSB'nin psikoanalitik açıklamasına göre, travmanın regresyona (gerileme) sebep olduğu, çocukluk dönemindeki nevrozları harekete geçirdiği düşünölmektedir (Bolu vd, 2014). Freud, bazı travmaların savunma mekanizmalarını yıkarak ağır, acı verici şekilde yaşandığını, bastırmanın kifayetsiz kaldığını, egonun artık baş edemediğini ileri sürmektedir. (Bolu vd, 2014). Önce dissosiyasyon (çözölme) kullanılarak bu yaşantılar bilinçten ayrıştırılıp bilinç dışına yerleştirilmektedir. Geçmişteki çatışma alanı ile yeni travmatik olay bütünlenmiş olduğuunda ise baş etme gerçekleşebilmektedir. Bölünme (splitting), bu bütünleşmeyi yapamayan egonun savunma düzeneği olup bir yanda acıdan uzaklaşırken bir başka yönde farklı biçim ve yoğunlukta yeniden yaşanmaktadır. Baş edilemeyen çatışmalar karşısında çekilme/kaçınma başlamakta birey yalnızlık, çaresizlik yaşamaktadır (Özgen ve Aydın, 1999). Egonun gelecek olayları hayalde, gerçekte yaşama ve böylece geleceğe hazırlanma yeteneği, onun dışarıdan gelen uyarıları elemesini ve organize etmesini kolaylaştırmaktadır. Beklenmedik olaylar, hazırlanma olanağı bulunmuş olaylardan daha büyük şiddetle yaşanmaktadır (Bolu vd, 2014).

Tssb'de yaşam boyu komorbid psikiyatrik bozukluk gelişme riski %70 civarında bulunmuştur. Tssb eştanı oranları %35.5 depresyon, %29 fobik bozukluk, %12.5 obsesif-kompulsif bozukluk, %6.4 panik bozukluk ve %6.4 alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı bildirilmiştir (Doruk ve Aydın, 1998).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığı indeksi skorları, travma sonrası stres bozukluğu tanısı almış hastalarda anlamlı sonuçlar göstermektedir, üstelik panik bozukluğu skorlarına benzer sonuçlar vermektedir (Taylor,2014 sf:123). Taylor'a (1992) göre bu benzerlik, flasbacklerin ve panik atakların fenomolojilerinin birbirine benzemesi ile ilgilidir. Panik atak hastaları anksiyete duyarlılığı indeksinin kardiyak belirtilerden yüksek puan alırken, TSSB'li hastalar bilişsel duyumlardan yüksek puan almaktadır. Örneğin; Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçırıyorum diye endişelenirim ya da zihnimi bir işe verememek beni korkutur. (Taylor,2014 sf:124) TSSB ve panik bozukluk, anksiyete duyarlılığı ile diğer hastalıkları kıyaslandığında daha fazla ilişkilidir (Gutner vd., 2013; Olatunji vd., 2009).

Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip bireyler, travma sırasında otonomik uyarılara karşı daha hassastırlar, bu sebeple travma sırasında daha kuvvetli tepkiler vermektedirler. Ek olarak, yüksek anksiyete duyarlılığına sahip bireyler TSSB'nin semptomlarını yanlış yorumlamaya meyillidirler. Örneğin, yeniden yaşantılama sendromlarını, kalp krizi olarak değerlendirebilirler. Bu yanlış yorumlama, kaçınma davranışlarını artırmakta ve TSSB'nin belirtilerinin daha şiddetlenmesine ve sürdürülmesine sebep olmaktadır. (Gutner vd., 2013)

Lang ve arkadaşları (2002) anksiyete duyarlılığı ve TSSB arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Bunun için 30 adet travma öyküsü bulunmayan kadın, 23 partnerinden şiddet görmüş ancak TSSB geliştirmemiş kadın, 19 partnerinden şiddet görmüş ve TSSB geliştirmiş kadınla çalışmışlardır. Sonuçlara göre travma öyküsü bulunan kadınlara kıyasla, TSSB'li kadınların anksiyete duyarlılığı puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Anksiyete duyarlılığı bilişsel alt boyutundan oldukça yüksek puanlar almışlardır. Araştırmacılar, anksiyete duyarlılığının TSSB geliştirmede bir rol oynadığını düşünmektedirler.

Marshall ve arkadaşlarının (2010) 677 fiziksel olarak travmaya uğramış kişiyle yaptıkları araştırmada TSSB ile anksiyete duyarlılığının ilişkisine bakmışlardır. Katılımcıları aynı gün içerisinde, 6 ay sonra ve 12 ay sonrasında incelemişlerdir. Anksiyete duyarlılığı ve TSSB semptom şiddeti karşılıklı olarak ilişkili bulunmuş, yani

anksiyete duyarlılığı gelişecek olan TSSB semptom şiddetini ölçmekte, TSSB semptom şiddeti ise anksiyete duyarlılığının gelişmesinde rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Asmundson, ve Stapleton (2008) TSSBnin semptom kümesi (yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılma, hissizleşme) ile anksiyete duyarlılığının alt boyutları ile olan ilişkisini ölçmeyi amaçlamışlardır. Aktif görevde olan 138 polis memuru ile yaptıkları araştırmada tüm katılımcılar en az bir kere travmatik bir olay yaşadıklarını beyan etmişlerdir, ancak 44 katılımcı TSSB geliştirmiştir. TSSB geliştiren memurlar anksiyete duyarlılığı total puanından ve anksiyete duyarlılığı fiziksel ve bilişsel alt boyutlarında kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar almışlardır. Yeniden yaşantılama ve kaçınma semptomu anksiyete duyarlılığının fiziksel alt boyutu ile ilişkili bulunmuştur.

Collimore ve arkadaşlarının (2008) medyada gösterilen travmatik olaylardan (11 eylül saldırıları) dolayı TSSB yaşıyan 143 lisans öğrencisi ile yaptıkları araştırmada TSSB'nin semptom kümesi ile anksiyete duyarlılığının alt boyutları ile olan ilişkisini ölçmeyi amaçlamışlardır. Anksiyete duyarlılığının total sonucu, aşırı uyarılma ve kaçınma semptomları ile ilgili bulunmuştur. Ayrıca anksiyete duyarlılığının alt boyutları açısından fiziksel alt boyutu, kaçınma semptomları ile ilgili olduğu saptanmış, fakat yeniden yaşantılama ve aşırı uyarılma ile alt boyutlar arasında ilgili herhangi bir anlamlı sonuç bulunmamıştır.

Mitchell ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları bir araştırmada, anksiyete duyarlılığının bilişsel alt boyutu TSSB ve depresyon ile bağlantılı olduğundan, anksiyete duyarlılığının bilişsel semptomlarının tedavisinin, TSSB ve depresyonun semptomlarını azaltıp azaltmadığı araştırılmıştır. Araştırmayı 28 gazi ve 28 sivil ile yürütmüşlerdir. Katılımcılara kognitif anksiyete duyarlılığı terapisi ve psikoeğitim uygulanmıştır. Araştırma sonucunda anksiyete duyarlılığının kognitif alt boyutundaki iyileşmeler, TSSB ve depresyonun semptomlarının azalmalarını sağlamıştır.

Marshall ve arkadaşlarının (2010) 677 kişi ile yaptıkları boylamsal bir çalışmada TSSB ve anksiyete duyarlılığı ilişkisini araştırmışlardır. Anksiyete duyarlılığının travma sonrası stres bozukluğunu yordadığını tespit etmişlerdir.

Ülkemizde Yılmaz'ın deprem yaşayan çocukların travma sonrası stres bozukluğu yaşayan çocuklarla yaptığı araştırmada anksiyete duyarlılığının travma sonrası stresi yordadığını bulmuştur.

2.4.6. Depresyon

Esquirol 1840'da depresyonun bir duygudurum bozukluğu olduğunu öne süren ilk modern psikiyatrist olmuştur. Maudsley (1835-1918) ise ilk kez Duygulanım Bozukluğu terimini kullanmıştır. Faltret, 1850, hem manik hem de depresif modları delilik olarak tanımlamıştır (Kaygusuz, 2010). Delasiauve ise 1860'da ilk kez melankoli yerine ruhsal bir çökkünlük durumu, cesaret ve inisiyatif eksikliği, olumsuz düşünceler, heyecan yoksunluğu, motor hareketlerde yavaşlama anlamında “mental depresyon” kelimesini ilk kullanan kişidir (Yetkin ve Özgen, 2007). Kraepelin 1899-1915 yılları içerisinde depresif ve manik kutupları manik depresif hastalık başlığında birleştirmiştir. Günümüzde depresyon teriminin üzüntüden uyum bozukluklarına, klinik depresyondan iki uçlu bozukluğa kadar çok geniş bir yelpazede kullanılması Meyer'in çalışmaları sonucundadır (Kaygusuz, 2010). 1952'deki DSM-I'de psikanalizin ağırlığı hissedilmiş depresyon savunma mekanizmaları ile açıklanmıştır. DSM-II de ise, manik-depresif hastalığın psikolojik yönünden ziyade biyolojik faktörlerle ilgili olduğu vurgulanmaya başlanmış ve hem psikotik depresyon hem depresif nevroz kategorilerinden bahsedilmiştir (Yetkin ve Özgen, 2007). DSM-III ile birlikte duygudurum bozukluklarına günümüzdeki bakış açısının gelişmesi başlamıştır.

DSM-5 MAJOR DEPRESYON BOZUKLUĞU TANI KRİTERLERİ

- A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, belirtilerden beşi (ya da daha fazlası) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.
1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir.

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.
 3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
 4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
 5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, özel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
 6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
 7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı uygunsuz suçluluk duyguları (sanırsal olabilir)(yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
 8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (özel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
 9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
- B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozuklarla daha iyi açıklanamaz.
- E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Epidemiyoloji

Major depresif bozukluk , en sık görülen duygudurum bozukluğudur. NCS' nin oranları % 17.1 ve % 10.3 olarak çıkmıştır. Major depresif bozukluk 'nin yaşam boyu yaygınlığı 45 yaş öncesi grupta daha yüksektir. Kadınlar erkeklere oranla iki kat daha fazla majör depresyon yaşamaktadırlar (González vd, 2010).

Etiyoloji

Psikanalitik teoriye göre depresyonun nedeni libidonun engellenmesidir. Libido engellenenince ego kendinin sevmeye değer olmadığını hisseder, sonralarda bu his yerini derin bir umutsuzluğa bırakır (Özmen, 2001). Freud depresyonun sebebinin kayıp olduğuna dikkat çekmiştir. Yas ve depresyon arasındaki benzerlikler üzerinde durulmuş ve aralarındaki fark "agresyonun bireyin kendine yönelmesi" modeli ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bu kurama göre bir sevgi nesnesinin kaybı sözkonusudur. Kaybedilen kişi introjekte (içe-atım) edilir, yani sevilen kişinin tasarımı benliğin içinde saklanır. Ancak bu kişiye duyulan sevginin yanında bilinçdışı nefret, öfke gibi olumsuz duygular da vardır. Bu duygular nedeniyle (yasdan farklı olarak) kişi suçluluk hisseder, benlik saygısında düşme olur (Yemez ve Alptekin, 1998). Ona göre bugünde var olan nesne kayıpları psikoseksüel dönemdeki travmatik kayıpları çağırıştırır. Bu dönemlerde fixasyonu olan kişiler o döneme regrese olurlar. Kayıp nesne gerçekte var olabilir ya da bu sadece emosyonel bir kayıp olabilir. Oral dönem fiksasyonlarının kişinin melankoliye yatkın hale getireceğini savunmuştur (Özmen, 2001). Bilişsel teoriye göre depresyonun temelinde kişinin kendisi ve çevresi ile ilgili maladaptif düşünce kalıpları, algıları ve yorumlamaları kişiyi melankoliye sürüklemektedir (Yemez ve Alptekin, 1998). Martin Seligman'a göre depresyonun temelinde öğrenilmiş çaresizlik yatmaktadır. Kişinin hayatta yaşanan zorluklar karşısında kendini başarısız görmesi, olayların kendi kontrolünde olmadığını düşünmesi ve kendini hissetmesi öğrenilmiş çaresizliğe yol açmaktadır.

Depresyon ve Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığı ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar mevcuttur. Otto ve arkadaşları (1995) yaptıkları çalışmada antidepresan tedavisinin anksiyete duyarlılığı indeksinin skorlarını düşürdüğü gözlenilmiştir. Bir başka araştırmada, Taylor ve arkadaşları (1996) depresyon ve anksiyete duyarlılığının ilişkisini öğrenmeyi amaçlamışlardır. Çalışmaya 52 panik bozukluk hastası, 46 major depresyon hastası ve iki hastalığa birden sahip olan 37 kişi katılmıştır. Panik atak hastaları anksiyete duyarlılığı ölçeğinin sosyal ve fiziksel alt faktörlerinden, depresyon hastaları bilişsel alt faktörlerinden yüksek puanlar almışlardır. Weems ve arkadaşlarının (1997) 234 ergen ile yaptıkları araştırmada anksiyete duyarlılığı ve anksiyete, depresyon ilişkisine bakmışlardır. Anksiyete duyarlılığı ve depresyonun ilişkili olduğu sonucunu bulmuşlardır.

Lim (2014), 426 koreli ergen ile yürüttüğü çalışmada, anksiyete duyarlılığı indeksinin alt boyutlarının depresyon ve anksiyete ile olan ilişkilerini incelemiştir. Anksiyete duyarlılığının total sonucu tüm anksiyete bozukluklarını yordadığı sonucuna ulaşılmıştır ancak en çok panik atak ve ayrılık anksiyetesi ile ilişkili bulunmuştur. Anksiyete duyarlılığının bilişsel alt boyutu ise YAB ile, sosyal alt boyutu ise sosyal fobi ile doğru orantılı bulunmuştur.

Grant ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları 94 üniversite öğrencisinin katıldığı 1 yıllık prospektif bir çalışmada, anksiyete duyarlılığı alt boyutlarının, depresyon, panik ve sosyal anksiyete semptomlarının artımı ile olan ilişkisine bakmışlardır. Bir yıl süren çalışmanın sonunda, anksiyete duyarlılığının fiziksel alt boyutunun panik semptomlarını yordadığı bulunmuştur, diğer çalışmalardan farklı olarak, fiziksel alt boyutun depresif semptomları da etkilediği ortaya çıkmıştır. Araştırmacılar bunun sebebini, panik semptomların artması, depresyonun semptomlarının artmasını, dolayısıyla anksiyete duyarlılığı fiziksel skorların iki hastalıkta birden yükselmesini sağladığını düşünmektedir. Ancak anksiyete duyarlılığının sosyal alt boyutu ve bilişsel alt boyutu izlenim sonucuna göre hiçbir psikopatolojinin semptomlarını artırmadığı gözlemlenmiştir. Araştırmacılar bu farkın örneklemin farklı olmasından kaynaklanabileceğini savunmuşlardır.

Allan ve arkadaşlarının (2014) 256 hasta ile yaptıkları araştırmada, anksiyete duyarlılığı indeksi-3 ün bilişsel alt boyutunun depresyon, YAB, OKB, TSSB ve intihar düşünceleri ile ilgili; fiziksel alt boyutunun OKB, sosyal fobi, panik bozukluk ve spesifik fobi ile ilişkili; sosyal alt boyutunun ise sosyal anksiyete bozukluğu, yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu, OKB ve depresyonla ilgili olduğu bulunmuşlardır.

Olthuis ve arkadaşları (2014) Anksiyete duyarlılığı ölçeği-3'ün, psikopatoloji ile olan ilişkisini ölçmeyi amaçlamışlardır. Araştırmaya anksiyete duyarlılığı yüksek olan, 85 hasta katılmıştır. Çoklu regresyon analizleri ruhsal bozuklukları kontrol ederek yapılmıştır. Sonuçlarına göre panik bozukluğu yalnızca anksiyete duyarlılığının fiziksel alt boyutunu, depresyonu anksiyete duyarlılığının bilişsel alt boyutunu, sosyal alt boyut ise yalnızca sosyal kaygıları yordayabildiği gözlemlenmiştir. Depresyonun, anksiyete duyarlılığının sosyal ya da fiziksel alt boyutları ile ilişkisi bulunamamıştır.

Rosellini ve arkadaşları (2011), anksiyete duyarlılığı alt boyutlarının davranışsal inhibisyon ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. 606 anksiyete ve duygu durum bozukluğu hastası ile 2 yıllık boylamsal bir çalışma yürütmüşlerdir. Anksiyete duyarlılığı alt boyutları davranışsal inhibisyonu çok az yordadığını, ancak bilişsel alt boyutun, depresyon ile çok ilişkili olduğu sonucu bulunmuştur.

2.4.7. Madde Bağımlılığı

İnsanların madde kullanımı çok eski çağlara kadar uzanmaktadır. İnsanlar uyuşturucu maddeleri ilk olarak dini törenlerde kullanmışlardır. Sonralarda bu maddelerin ağrı kesici ve sakinleştirici özelliklerinden dolayı tıpta kullanılmaya başlamışlardır, ancak bağımlılık yapabilen bu maddelerin hastalık olarak sınıflandırılması yakın tarihe rastlar. İlk olarak DSM-III te madde kullanım bozuklukları olarak sınıflandırılmıştır. Günümüzde bu maddelerin bazıları legal olarak, bazıları ise tamamen yasadışı olarak kullanılmaktadır. (Beyazyürek,2000). Tarihte madde kullanımı için farklı terimler kullanılmıştır. Tiryakilik, keşlik, müptelalık, bağımlılık olarak ele alınmıştır (Beyazyürek,2000). Bağımlılık genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerin var olduğu, kronik nörobiyolojik bir hastalıktır (Uğurlu vd, 2012).

Bağımlılık; bir madde için giderek tolerans geliştirme, maddenin miktarını arttırarak alma ve bunun sonucunda kişinin hayatında işlev kaybına neden olmasına

rağmen kullanımı sürdürmeyi istemesi ve o maddeyi kullanmadığında yoksunluk belirtileri göstermesi durumunda ortaya çıkan tabloya denir. Maddenin alınması için karşı koyulamaz bir istek, sürekli olarak miktarın artımı (toleras), kullanılan maddeye karşı gelişen fizyolojik ve psikolojik gereksinim (yoksunluk) bağımlılıkta üç ana unsurdur (Şahin,2007).

Literatürde bağımlılık psikolojik ve fizyolojik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Fiziksel bağımlılık tolerans ve yoksunluk sendromu olarak ortaya çıkarken, psikolojik bağımlılık kişinin içsel problemleri yüzünden devamlı olarak maddeyi aramasıdır. Kişi bir maddeye sadece psikolojik bir bağımlılık geliştirmişse maddeyi aldığı anda rahatlama, keyif alma, kaygıların azalması görülür ve yoksunluk sendromu yaşanmaz. (Şahin,2007). Psikolojik bağımlılıkta, maddenin yeniden alınması yönünde güçlü bir arzu vardır, ancak doz artımına gerek olmaması ve kullanılan maddeye bağlı zararlı etkilerin çoğunlukla kişisel sınırlar içerisinde kalması söz konusudur (Şahin,2007). Fiziksel bağımlılıkta ise kişinin bedeni kullanılan maddenin etkisine alışır ve bu maddenin eksikliğinde bedeninde yoksunluk sendromu ortaya çıkar. Maddenin alınmamasına bağlı olarak yoksunluk belirtileri değişmektedir örneğin; mide bulantısı, baş ağrısı, kusma, ter, iştahsızlık, ishal uykusuzluk, kasılma. Yoksunluk belirtilerinin şiddeti fiziksel bağımlılığın kuvveti ile doğru orantılıdır. (Şahin,2007).

Belirli bir dozda alındığında merkezi sinir sisteminde etkisini görülen ve beynin işlevlerini değiştirerek algıda ve davranışta, ruh halinde ve bilinçte geçici etkileri görülen kimyevi maddelere psikotrop madde ya da psikoaktif madde adı verilir. Bu maddeler bağımlılık yaratırlar. Uyuşturucular (afyon ürünleri, morfin, sentetik), yatıştırıcılar (alkol, sedatif ve trankilizanlar), uyarıcılar (kokain, amfetamin grubu), halusinojenler (LSD, meksalin, esrar, fensiklidin, antikolinerjikler) olmak üzere psikoaktif maddeler kendi aralarında dörde ayrılırlar. Bu maddelerin tıbbi amaç dışında kullanımına psikoaktif maddelerin kötüye kullanımı adı verilmektedir. (Şahin,2007).

Psikoaktif maddeler doğal ve sentetik olarak ikiye ayrılmaktadırlar. Afyon, morfin, eroin, kodein, koka bitkisi, baz kokain, crack, esrar, likit esrar, marihuana ve meksalin tabi psikoaktif maddeler içerisindeyken; barbitüratlar, trankilizanlar, amfetaminler, captagon, ecstasy ve LCD sentetik psikoaktif madde grubunda yer almaktadır.

Epidemiyoloji

Birleşik Devletler’ de yapılan geniş bir araştırmanın sonucuna göre, 18 yaş üstü bireylerin madde kötüye kullanım ya da bağımlılık tanısı açısından yaşam boyu prevelanslarının % 16.7 olduğu bulunmuştur. Alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılık açısından yaşam boyu prevelans %13.8 iken; alkol dışı maddeler için bu oran % 6.2’ dir (Kaplan ve Sadock, 2004). 2001 yılında yapılan Madde Kötüye Kullanımı Üzerine Ulusal Hane Halkı Çalışması verileri (NHSDH) ABD’de 12 yaş ve üstü 16.6 milyon kişinin (%7.3) alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımı olduğuna, 2.4 milyon kişinin hem alkol hem madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olduğuna ve 3.2 milyon kişinin ise madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olduğuna işaret etmektedir (Sadock, Sadock ve Ruiz,2007).

Etiyoloji

Madde bağımlılığının sebeplerini için kuramcılarının farklı teorileri vardır. . Freud’a göre bağımlılığın atında yatan sebepler oral dönem fiksasyonlarıdır. Yeterli doyuma ulaşamayan ya da aşırı doyum sağlayan kişilerde oral dönemde takılmalar görülür. Oral dönem özellikleri taşıyan insanlar, açgözlülük, anneye aşırı bağımlılık, karamsarlık yaşarlar. Kişi burada hazzı bağımlılık yaratan maddeden alır. Bağımlı kişilik yapısı da bu dönemde gelişir (Öğel,-2001). Alfred Adler’e göre bağımlılığın oluşmasında aşağılık kompleksi etkilidir. Bu kompleks ile başa çıkamayan insanların uyuşturucuyu kendini çıkar yol olarak görürler (Öğel,-2001).

Öğrenme teorisine göre bağımlılığın sebepleri pekiştirir. Bağımlılık yaratıcı maddelerin genel olarak kaygıyı azaltıcı, rahatlatıcı ve keyif verici özellikleri pekiştiricilerdir. Kişi bu maddeleri kullandığında rahatlar ancak günlük işlevlerinde aksamalar olduğunda tekrardan kaygılanır ve bu kaygılardan kurtulmak için tekrardan madde kullanmak isterler. Bu şekilde bir kısır döngü oluşur. (Öğel,-2001)

Bilişsel teoride ise otomatik ya da otomatik olmayan düşüncelerin madde kullanımını desteklediği kanısındadır. Çevresel koşullar ve otomatik kalıplar alkol isteğini doğurur ve tetikler. (Öğel,-2001) Beklenti teorisine göre, madde kullanımı kişide pozitif yaşantıların olmasını sağlar, cinsel isteği artırır, kişinin kaygısını azaltır ve daha sosyal olmasını sağlar. Bu beklentiler ile kişi tekrardan madde kullanımına yönelir.

Sosyal öğrenme teorisine göre ise kişinin madde kullanmasının pekiştirilmesinin yanı sıra davranışın öğrenildiği bağlamda dikkat etmektedir. Örneğin ebeveynlerden birinin bağımlı olması ya da madde kullanması, çocuğa madde kullanmayı öğretir. Bu şekilde kişi alkol kullanmayı stresi azaltmak için bir yöntem olarak öğrenir (Ögel,-2001). Problemlerle başa çıkma mekanizmalarının az olması ve maddeden beklentilerin olması sonucunda kişi bağımlılığa yönelir. (Ögel,-2001)

Madde Bağımlılığı ve Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişiler daha fazla başa çıkma nedeniyle alkol kullandıkları belirtilmektedir. Samoluk ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada yüksek anksiyete duyarlılığı olan öğrencilerin düşük anksiyete duyarlılığı olan öğrencilere göre daha fazla başa çıkma nedeniyle alkol kullandıkları bulunmuştur.

Buckner ve arkadaşlarının (2011) 49 esrar kullanıcısı ile yaptıkları araştırmada, anksiyete duyarlılığı ile esrar kullanımı ilişkili bulunmuştur. Zvolensky (2006) ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, esrar bağımlıları esrar kullanmayanlara oranla daha yüksek anksiyete duyarlılığına sahip ve panik atak yaşamaya daha yatkın olduğunu bulmuşlardır. Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip bireyler, düşük anksiyete duyarlılığına sahip bireyle kıyasla daha fazla alkol problemleri yaşamaktadırlar (Conrod, 1998).

Lechner ve arkadaşları (2014), alkol bağımlılığı ve anksiyete duyarlılığının arasındaki ilişkinin depresyon olduğunu savunmuşlardır. 418 alkol bağımlısı ile gerçekleştirdikleri araştırma sonucunda hipotezleri doğrulanmıştır. Alkol bağımlılığı ve anksiyete duyarlılığı arasında depresif semptomlar önemli bir bileşendir. Anksiyete duyarlılığı, yanlış başa çıkma stratejileri veya depresyon yolu ile bağımlılığın gelişmesini etkilemektedir. Bunun sebebi, yoğun bir şekilde anksiyete duyarlılığının fiziksel belirtilerini hissetmek kişide depresyon semptomlarının yükselmesine sebep oluyor, kişi bu belirtilerden kurtulmak için alkole bağımlılık geliştirmişlerdir. Anksiyete duyarlılığının fiziksel alt boyutu, alkol bağımlılığı ile ilgilidir fakat depresyon semptomlarının aracılığı ile.

Stewart ve arkadaşları (1997) yaptıkları iki çalışmada anksiyete duyarlılığı, madde bağımlılığı ve madde bağımlılığı sebeplerinin ilişkisini araştırmışlardır. İlk araştırmaya 1.229 üniversite öğrencisi katılmıştır. Öğrencilere anksiyete duyarlılığı ölçeği ve madde bağımlılığı anketi uygulanmış, ek olarak son bir ay içerisinde kullanılan maddenin çeşidini ve madde kullanmak için sebepleri öğrencilere sormuşlardır. Araştırma sonuçlarında madde/alkol kullananlar ve kullanmayanlar açısından anksiyete duyarlılığı açısından bir fark bulunmamış, anksiyete duyarlılığı yüksek olan bayan öğrencilerde uyuşturucu kullanımının, depresyon ve kaygı ile ilgili sebepler olduğu gözlenmiştir. İkinci araştırmaya ise 2.219 üniversite öğrencisi katılmıştır. Öğrencilere anksiyete duyarlılığı ölçeği ve madde bağımlılığı anketi uygulanmış ve son bir yıl içerisinde kullanılan madde çeşidi ve kullanılan maddenin asıl amacı sorulmuştur. Esrar kullanıcıları ile anksiyete duyarlılığı arasında negatif bir ilişki saptanmıştır, araştırmacılar bunun sebebinin iki açıklaması olabileceğini düşünüyor, birincisi esrar kullanıcılarının anksiyeteleri düşüktür bu yüzden anksiyete belirtilerini yaşamaktan da korkmuyorlar, ikincisi yüksek anksiyete duyarlılığına sahip bireyler çok korktukları için zaten esrar kullanmıyorlar. Alkol ve kafein bağımlıları ve kullanmayanlar arasında anksiyete duyarlılığı skorları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

DeHaas ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları araştırmada, anksiyete duyarlılığı ve anksiyete bozukluğu ile eş tanıli giden madde bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Anksiyete bozuklukları eştanılı madde bağımlılığı tanısı almış bir grup, karşılaştırma grubunda duygu durum bozuklukları eştanılı madde bağımlılığı tanısı almış kişiler ve yalnız madde bağımlılığı tanısı almış grup üzerinde, problematik madde bağımlılığı ve anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. 88 madde bağımlılığı tedavi aşamasındaki hasta ile yaptıkları araştırmada, gruplar arasında anksiyete duyarlılığı açısından bir fark bulunamamıştır. Anksiyete duyarlılığı, negatif durumlarda (streslen kurtulmak) anksiyöz madde bağımlılarını uyuşturucu veya alkol kullanmaya itmektedir, pozitif koşullarda (keyiflenmek) ise bir etkisi bulunmamıştır. Ek olarak, anksiyete duyarlılığı, madde bağımlılığı eş tanıli depresyon hastalığını yordamamaktadır.

Stewart ve arkadaşları (1995) yaptıkları araştırmada anksiyete duyarlılığı seviyesi ile aşırı alkol tüketimi sıklığı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmaya 332

öğrencinin arasından seçilen 30 alkolik olmayan bayan öğrenci katılmıştır. Bu öğrenciler yüksek, normal ve düşük anksiyete duyarlılığına sahip bireylerdir. Alkol tüketimi miktarı anksiyete duyarlılığı skorları ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip bayan öğrenciler, düşük anksiyete duyarlılığına sahip olanlara nazaran, daha sık aşırı alkol tüketmişlerdir.

Stewart ve Zeitlin (1995) 314 üniversite öğrencisi ile yaptıkları araştırmada, anksiyete duyarlılığı ve alkol tüketme sebeplerini arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Araştırma sonuçlarında bayan öğrencilerde anksiyete duyarlılığı arttıkça, başa çıkma için alkol tüketmede artış olmuş. Diğer alkol tüketimi sebepleri ve anksiyete duyarlılığı arasında bir ilişki bulunamamış. Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip bireyler başa çıkma, düşük anksiyete duyarlılığına sahip bireyler sosyalleşmek için alkol tüketmişlerdir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada üniversite öğrencilerinin anksiyete duyarlılığını saptanmaktadır, bu saptandığı takdirde, genel bilgilerden de anlaşılacağı gibi, ileride anksiyeteye bağlı hastalıkların önceden belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Cevap aranan sorular şöyledir:

1. Anksiyete duyarlılığının ‘yaş’ bağımsız değişkenine ile ilişkisi nedir?
2. Anksiyete duyarlılığının ‘cinsiyet’ bağımsız değişkeni ile ilişkisi nedir?
3. Anksiyete duyarlılığının ‘alkol kullanımı’ ve miktarı ile ilişkisi nedir?
4. Anksiyete duyarlılığının ‘madde kullanımı’ ve miktarı ile ilişkisi nedir?
5. Anksiyete duyarlılığının ‘sigara kullanımı’ ve miktarı ile ilişkisi nedir?
6. Anksiyete duyarlılığının ‘medeni hal’ bağımsız değişkenine ile ilişkisi nedir?
7. Anksiyete duyarlılığının ‘çalışma durumu’ bağımsız değişkeni ile ilişkisi nedir?

3. YÖNTEM

3.1. KATILIMCILAR

Araştırmaya Üsküdar Üniversitesinde okuyan, 18 yaş ve üstü arası üniversiteye yeni başlayan 129 öğrenci ile, 23-30 yaş arası 92 yüksek lisans öğrencisi katılmıştır. Öğrencilerin 169'u kadın, 52'si erkek olarak dağılmaktadır.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Demografik Bilgi Formu: Bu formda, katılımcılara ait çeşitli bilgilerin toplandığı sorular bulunmaktadır. Cinsiyet, yaş, kiminle yaşadığı, eğitim düzeyi, sigara, alkol ya da başka bir madde kullanımı, geçirilmiş psikiyatrik veya organik bir hastalığı olup olmadığı, şuanda tedavi alıp almadığı gibi konular yer almaktadır.

3.2.2. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

Reiss ve arkadaşları (1986) anksiyete duyarlılığını değerlendirmek için Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ) geliştirilmiştir, ancak ölçeğin faktör yapısında tam bir fikir birliği sağlanamamıştır. Ölçeğin ilk Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2000 yılında yapılmıştır. Türkçe'ye Kaygı Duyarlılığı İndeksi (KDI) olarak çevrilmiştir. (Mantar, 2010). Ölçekte fiziksel alanı ölçen madde sayısı 8 iken diğer iki alanı ölçen madde sayıları dördür. Bunun yanı sıra ölçekte bazı maddelerin özgül alanları hedeflememesi de sorun yaratmaktadır. Bu durum araştırmacıları Anksiyete duyarlılığının tüm boyutlarını ölçebilmek için ölçeği geliştirmeye yönlendirmiş ve 36 maddeden oluşan Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-Gözden Geçirilmiş Formu'nu (ADİ-GF) (Anxiety Sensitivity Index-Revised; ASI-R) ve 60 maddeli Anksiyete Duyarlılığı Profili (Anxiety Sensitivity Profile; ASP) ölçekleri geliştirilmiştir. (Mantar, 2010; Taylor ve Cox 1998a, Taylor ve Cox 1998b) AD'nin daha etkin biçimde ve çok boyutlu olarak değerlendirilebilmesi amacıyla yakın zamanda yine Taylor ve arkadaşları (2007) tarafından Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) geliştirilmiştir. (Mantar, 2010).

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına 300 hasta ve sağlıklılardan oluşan kontrol grubu ise çalışmaya katılmayı kabul eden 150 gönüllüden oluşturuldu. Hasta grubunun yaş ortalaması 36.55 (ss= 12.09), kontrol grubunun yaş ortalaması 35.29 (ss= 10.02) olarak saptanmıştır. Katılımcılara Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), demografik bilgi formu uygulanmıştır. Çalışmaya katılan sağlıklı kontrollere de M.I.N.I.uygulanarak herhangi bir psikiyatrik tanı almayanlar bu gruba dahil edilmiştir (Mantar, 2010).

Sosyodemografik verilerin analizinde, bağımsız örneklem t-testi ve ki kare testi kullanıldı. Ayırt edici geçerlik işlemleri için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Hasta grupları ve sağlıklıgönüllüler arasında ADİ-3 puanları açısından fark olup olmadığı ANOVA ile incelenmiştir. ADİ-3'ün yapısal geçerliliğini değerlendirmek amacıyla, ADİ-3 puanları ile diğer ölçek puanları Pearson korelasyon katsayısıyla 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-testleri kullanılmıştır. (Mantar, 2010).

Çalışmanın örneklemini agorafobili PB (49 kişi, % 10.89), agorafobisiz PB (23 kişi, % 5.11), YAB (93 kişi, % 20.67), OKB (23 kişi, % 5.11), sosyal anksiyete bozukluğu (19 kişi, % 4.22), başka türlü adlandırılmayan (BTA) anksiyete bozukluğu (12 kişi, % 2.67), major depresyonu (81 kişi, % 18) olan hastalar ve sağlıklı gönüllü (150 kişi, % 33.33) den oluşan toplam 450 kişi oluşturmuştur. Çalışmada olgu alma esnasında iki grubun tüm demografik veriler açısından eşit olmasına dikkat edilmiştir (Mantar, 2010).

Geçerlik ölçümleri

1. Ayırt edici geçerlik: ADİ-3 puanları açısından sağlıklı grupla hasta grubu arasında fark olup olmadığı bağımsız gruplarda t testi ile analiz edilmiştir. ADİ-3 puanlarının hastalarda (ort. Puan= 32.48, ss= 15.69) sağlıklılardan (ort. Puan= 12.82, ss= 8.32) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. (Mantar, 2010).

ADİ-3'ün hastaları kontrollerden anlamlı şekilde ayırt ettiği saptanmıştır ($t = -14.362$, $df = 447$, $p < 0.001$). Agorafobili PB olan hastalar ölçekten elde edilen en yüksek puan ortalamasına sahip olan gruptur. İkinci en yüksek puan alan majör depresyonu olan

hasta grubunu, agorafobisiz PB olanlar izlemektedir. ANOVA testinde gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ($F= 31.35$, $df=7$, $p<0.001$). Bu nedenle, yapılan Post Hoc analizlerde, sağlıklı grup başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu 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 farklılık saptanmamıştır. (Mantar, 2010).

2. Benzer ölçek geçerliği: ADİ-3'ün ADİ'yle ilişkisi 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. Hastaların ($n= 299$) ADİ-3 ortalama puanı 32.48 ($ss= 15.69$), ADİ ortalama puanı ise 31.69 ($ss= 13.16$) olarak tespit edilmiştir. Bu iki ölçeğin hasta grubunda da yüksek korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($r= 0.80$, $p< 0.001$). Bu yöntemle ADİ-3 ölçeğinin toplam puanları ile altın standart olarak değerlendirdiğimiz ADİ'den başka, benzer ölçek geçerliği ölçütü olarak SKE, BDE ve BDAÖ kullanılmıştır. ADİ-3 puanları ile ADİ ve diğer ölçek puanları arasında beklendiği gibi pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin arasında en yüksek korelasyon ADİ-3 ile ADİ arasında bulunmuştur.

3. Yapı Geçerliği: Yapı geçerliği bir ölçüm aracının amacı doğrultusunda çalışıp çalışmadığını belirleme sürecidir. ADİ-3'ün yapı geçerliğini sınamak için açıklayıcı faktör analizi (Exploratory factor analysis) tekniği kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini saptamada Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmıştır (Baydur ve Eser 2006). Bu çalışmada tüm grupta hesaplanan KMO değeri 0.94 olarak bulunmuştur. Bu değer 1'e yaklaştıkça mükemmel olarak kabul edilir. ADİ-3'ün faktör yapısını belirlemek üzere, verilere “Kaiser norma-e yüksek korelasyon göstermiştir (Tablo 2). lizasyonu” ve “varimax dönüştürmesine” göre temel bileşenler analizi 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 sonuçları Tablo 3'te gösterilmiştir. Madde 3, 4, 7, 8, 12, 15 faktör 1'in (fiziksel belirtiler)

altında; madde 1, 2, 5, 10, 14, 16, 18 faktör 2'nin (bilişsel belirtiler) altında, madde 6, 9, 11, 13, 17 faktör 3'ün (toplumsal belirtiler) altında en yüksek değeri almış olarak toplanmıştır.

Ortak varyans bir değişkenin analizde yer alan diğer değişkenlerle paylaştığı varyans miktarıdır. En yüksek var fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim") 0.754, en düşük varyans ise ölçeğin birinci maddesinde ("Sinirli görünmemek benim için önemlidir") 0.252 olarak bulunmuştur. Birinci madde dışındaki tüm maddelerin ortak varyansının 0.30'dan yüksek olduğu gözlenmiştir. (tablo 1) Bu değerlendirmeler ölçeğin yapı geçerliliğini desteklemektedir. Birinci faktör toplam varyansın % 45.73'ünü açıklarken, birinci ve ikinci faktör bir arada varyansın% 54.84'ünü ve saptanan bu 3 faktörlü yapı ise toplam varyansın % 61.72'sini açıklamaktadır. Yani ölçeğin 12. maddesinde ("Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim") 0.754, en düşük varyans ise ölçeğin birinci maddesinde ("Sinirli görünmemek benim için önemlidir") 0.252 olarak bulunmuştur. Birinci madde dışındaki tüm maddelerin ortak varyansının 0.30'dan yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 1). Bu değerlendirmeler ölçeğin yapı geçerliliğini desteklemektedir. Birinci faktör toplam varyansın % 45.73'ünü açıklarken, birinci ve ikinci faktör bir arada varyansın% 54.84'ünü ve saptanan bu 3 faktörlü yapı ise toplam varyansın % 61.72'sini açıklamaktadır. (Mantar, 2010).

Güvenilirlik ölçümleri

1. İç tutarlılık (Cronbach Alfa): ADİ-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 maddeler 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. (Mantar, 2010).

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. Sonuçlarımızda tüm maddelerin madde toplam korelasyonunun bu değerden büyük olduğu görülmektedir. Tüm maddelerin ölçeğin tümü ile tutarlılığının yeterli olduğu gözlenmektedir. Madde toplam korelasyonlarında en düşük katsayıya sahip maddenin toplumsal belirtiler alt ölçeğinde yer alan ve ölçeğin

1. maddesi olan (“Sinirli görünmemek benim için önemlidir”) olduğu, diğer maddelerin madde- toplam korelasyonlarının ise .53 ile .75 arasında değiştiği görülmüştür (Mantar, 2010).

3- Test-Tekrar Test Güvenilirliği: Test-tekrar test güvenilirliğine katılan 61 sağlıklı gönüllünün ilk ölçek değerlendirilmesinde almış oldukları ortalama ADİ-3 puanı 12.34 (ss= 8.32) iken, tekrar testte ise 10.70 (ss=8.81) dir. Her iki ölçüm arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($t= 1.756$, $df= 60$, $p= 0.084$). ADİ-3 toplam puanlarının ve her bir maddesinin test-tekrar test için Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Ölçek toplam puanlarının test-tekrar testte orta düzeyde korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($r= 0.64$, $p<0.001$) (Mantar, 2010).

ADİ-3’ün Türkçe versiyonunun oldukça iyi psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermiştir. Üç alt kategoride toplam 18 maddeden oluşan kişinin kendi doldurduğu (self-report) bir ölçektir. 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.

TABLO-1 Anksiyete Duyarlılığı Ölçeğinin Bileşen Dağılımı				
	Fiziksel	Bilişsel	Sosyal	Ortak Varyans
M 8- Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.	.828			.745
M 12- Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	.789			.754
M 7- Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.	.758			.681
M 3- Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	.755			.670
M 4- Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	.644			.494
M 15- Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.	.636			.590
M 16- Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.		.749		.688
M 14- Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kayırıyorum diye endişelenirim.		.716		.657
M 18- Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.		.711		.727
M 2- Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kayırıyorum diye endişelenirim.		.698		.549
M 10- Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.		.696		.652
M 5- Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.		.626		.536
M 1- Sınırlı görünmemek benim için önemlidir.		.428	.255	.252
M 11- İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.			.806	.695
M 13- Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.			.790	.694
M 6- Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.			.750	.707
M 9- Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.			.615	.607
M 17- Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.	.386		.467	.412

3.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Verileri toplamada kullanılan araçlar ve araştırmanın amacını özetleyen bir rapor gerekli izinlerin alınabilmesi açısından Üsküdar Üniversitesi rektörlüğüne sunulmuştur. Araştırmacı gerekli izinleri aldıktan sonra ölçekleri sınıflara girerek gönüllü öğrencilere uygulanmıştır. Uygulamalar tek oturumda 1 ölçek ve 1 kişisel bilgi formu şeklinde verilerek tek oturumda tamamlanmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Uygulamalar fakülte, enstitü ve bölümlerdeki Öğretim üyelerinin koordinasyonu sağlanarak sınıf ortamında gerçekleştirilmiştir. Uygulamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır. Uygulama tek oturumda ve yaklaşık 15 dakika olarak tamamlanmıştır.

3.5. VERİ ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Scheffe testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4)BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan öğrencilerin ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Grup	üniversite 1. Sınıf	129	58,4
	Yüksek Lisans	92	41,6
	Toplam	221	100,0
Cinsiyet	Kadın	169	76,5
	Erkek	52	23,5
	Toplam	221	100,0
Yaş	18-22 Yaş	106	48,0
	23-26 Yaş	46	20,8
	26 üstü	69	31,2
	Toplam	221	100,0
Çalışma Durumu	Evet	91	41,2
	Hayır	130	58,8
	Toplam	221	100,0
Medeni Durum	Bekar	193	87,3
	Evli	28	12,7

	Toplam	221	100,0
Kiminle Yaşadığı	Ailemle	181	81,9
	Yalnız	23	10,4
	Yurtta	6	2,7
	Arkadaşlarımla	11	5,0
	Toplam	221	100,0
Psikiyatrik Bir Hastalık Olma Durumu	Evet	13	5,9
	Hayır	208	94,1
	Toplam	221	100,0
Daha Önce Psikiyatrik Hastalığın Var Olma Durumu	Evet	13	5,9
	Hayır	208	94,1
	Toplam	221	100,0
Ailede Psikiyatrik Hastallığı Olan Birey	Evet	19	8,6
	Hayır	202	91,4
	Toplam	221	100,0
Sigara Kullanma Durumu	Evet	56	25,3
	Hayır	165	74,7
	Toplam	221	100,0
Alkol Kullanma Durumu	Evet	42	19,0
	Hayır	179	81,0
	Toplam	221	100,0
Uyuşturucu Kullanma Durumu	Evet	3	1,4
	Hayır	218	98,6

	Toplam	221	100,0
--	--------	-----	-------

Öğrenciler anket grup değişkenine göre 129'u (%58,4) üniversite 1. sınıf, 92'si (%41,6) Yüksek lisans olarak dağılmaktadır.

Öğrenciler cinsiyet değişkenine göre 169'u (%76,5) kadın, 52'si (%23,5) erkek olarak dağılmaktadır.

Öğrenciler yaş değişkenine göre 106'sı (%48,0) 18-22 yaş, 46'sı (%20,8) 23-26 yaş, 69'u (%31,2) 26 üstü olarak dağılmaktadır.

Öğrenciler eğitim durumu değişkenine göre 129'u (%58,4) üniversite 1. sınıf, 92'si (%41,6) Yüksek lisans olarak dağılmaktadır.

Öğrenciler çalışma durumu değişkenine göre 91'i (%41,2) Evet, 130'u (%58,8) hayır olarak dağılmaktadır.

Öğrenciler medeni durum değişkenine göre 193'ü (%87,3) bekar, 28'i (%12,7) evli olarak dağılmaktadır.

Öğrenciler kiminle yaşadığı değişkenine göre 181'i (%81,9) ailemle, 23'ü (%10,4) yalnız, 6'sı (%2,7) yurttan, 11'i (%5,0) arkadaşlarıyla olarak dağılmaktadır.

Öğrenciler psikiyatrik bir hastalık olma durumu değişkenine göre 13'ü (%5,9) Evet, 208'i (%94,1) hayır olarak dağılmaktadır.

Öğrenciler daha önce psikiyatrik hastalığın var olma durumu değişkenine göre 13'ü (%5,9) Evet, 208'i (%94,1) hayır olarak dağılmaktadır.

Öğrenciler ailede psikiyatrik hastalığı olan birey değişkenine göre 19'u (%8,6) Evet, 202'si (%91,4) hayır olarak dağılmaktadır.

Öğrenciler sigara kullanma durumu değişkenine göre 56'sı (%25,3) Evet, 165'i (%74,7) hayır olarak dağılmaktadır.

Öğrenciler alkol kullanma durumu değişkenine göre 42'si (%19,0) Evet, 179'u (%81,0) hayır olarak dağılmaktadır.

Öğrenciler uyuşturucu kullanma durumu değişkenine göre 3'ü (%1,4) Evet, 218'i (%98,6) hayır olarak dağılmaktadır.

Tablo 3. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeyleri

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Fiziksel	221	6,557	5,011	0,000	23,000
Bilişsel	221	8,276	5,465	0,000	24,000
Sosyal	221	5,498	4,692	0,000	20,000
Anksiyete Duyarlılığı Genel	221	20,217	13,396	0,000	62,000

Araştırmaya katılan öğrencilerin “fiziksel” düzeyi ($6,557 \pm 5,011$); “bilişsel” düzeyi ($8,276 \pm 5,465$); “sosyal” düzeyi ($5,498 \pm 4,692$); “anksiyete duyarlılığı genel” düzeyi ($20,217 \pm 13,396$); olarak saptanmıştır.

Tablo 4. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeyleri Kiminle Yaşandığı Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Fiziksel	Ailemle	181	6,890	5,193	1,734	0,161
	Yalnız	23	4,783	3,275		
	Yurtta	6	6,667	5,241		
	Arkadaşlarımla	11	4,727	4,101		
Bilişsel	Ailemle	181	8,530	5,533	0,975	0,405
	Yalnız	23	7,435	5,639		
	Yurtta	6	5,333	4,457		

	Arkadaşlarımla	11	7,455	4,156		
Sosyal	Ailemle	181	5,724	4,907	1,000	0,394
	Yalnız	23	4,044	3,431		
	Yurtta	6	4,333	3,266		
	Arkadaşlarımla	11	5,455	3,616		
Anksiyete Duyarlılığı Genel	Ailemle	181	20,934	13,869	1,004	0,392
	Yalnız	23	16,609	11,349		
	Yurtta	6	16,000	10,392		
	Arkadaşlarımla	11	18,273	9,696		

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel, bilişsel, sosyal, anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının kiminle yaşandığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Fiziksel	18-22 Yaş	106	7,066	5,481	1,455	0,150
	23 Ve üstü	115	6,087	4,508		
Bilişsel	18-22 Yaş	106	8,877	6,052	1,576	0,120
	23 Ve üstü	115	7,722	4,822		
Sosyal	18-22 Yaş	106	5,509	5,199	0,035	0,972
	23 Ve üstü	115	5,487	4,193		
Anksiyete Duyarlılığı Genel	18-22 Yaş	106	21,217	14,996	1,066	0,293

	23 Ve üstü	115	19,296	11,721		
--	------------	-----	--------	--------	--	--

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel, bilişsel, sosyal, anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$)

Tablo 6. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin Ailede Psikiyatrik Hastalığı Olan Birey Bulunma Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Fiziksel	Evet	19	6,421	5,037	-0,123	0,902
	Hayır	202	6,569	5,021		
Bilişsel	Evet	19	10,368	6,094	1,754	0,081
	Hayır	202	8,079	5,377		
Sosyal	Evet	19	4,895	4,202	-0,585	0,559
	Hayır	202	5,555	4,741		
Anksiyete Duyarlılığı Genel	Evet	19	21,895	13,241	0,570	0,569
	Hayır	202	20,059	13,432		

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel, bilişsel, sosyal, anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının ailede psikiyatrik hastalığı olan birey değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin Alkol Kullanma Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Fiziksel	Evet	42	6,357	4,818	-0,286	0,775

	Hayır	179	6,603	5,067		
Bilişsel	Evet	42	8,571	5,696	0,389	0,698
	Hayır	179	8,207	5,423		
Sosyal	Evet	42	4,857	4,046	-0,983	0,276
	Hayır	179	5,648	4,829		
Anksiyete Duyarlılığı Genel	Evet	42	19,952	12,504	-0,142	0,887
	Hayır	179	20,279	13,629		

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel, bilişsel, sosyal, anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının alkol kullanma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin Gruplara Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Fiziksel	üniversite 1. Sınıf	129	7,248	5,269	2,457	0,012
	Yüksek Lisans	92	5,587	4,475		
Bilişsel	üniversite 1. Sınıf	129	8,930	5,851	2,124	0,029
	Yüksek Lisans	92	7,359	4,752		
Sosyal	üniversite 1. Sınıf	129	5,705	5,124	0,779	0,419
	Yüksek Lisans	92	5,207	4,018		
Anksiyete Duyarlılığı Genel	üniversite 1. Sınıf	129	21,581	14,466	1,802	0,063
	Yüksek Lisans	92	18,304	11,539		

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel puanları ortalamalarının anket grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı

bulunmuştur($t=2.457$; $p=0.012<0,05$). üniversite 1. Sınıfın fiziksel puanları ($x=7,248$), yüksek lisans olanların fiziksel puanlarından ($x=5,587$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin bilişsel puanları ortalamalarının anket grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=2.124$; $p=0.029<0,05$). üniversite 1. Sınıfın bilişsel puanları ($x=8,930$), yüksek lisans olanların bilişsel puanlarından ($x=7,359$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyal, anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının anket grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Fiziksel	Kadın	169	6,562	5,150	0,030	0,976
	Erkek	52	6,539	4,578		
Bilişsel	Kadın	169	8,195	5,633	-0,395	0,693
	Erkek	52	8,539	4,921		
Sosyal	Kadın	169	5,213	4,744	-1,632	0,104
	Erkek	52	6,423	4,438		
Anksiyete Duyarlılığı Genel	Kadın	169	19,793	13,580	-0,848	0,397
	Erkek	52	21,596	12,810		

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel, bilişsel, sosyal, anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin Daha Önce Psikiyatrik Hastalığın Var Olma Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Fiziksel	Evet	13	7,077	3,796	0,385	0,700
	Hayır	208	6,524	5,083		
Bilişsel	Evet	13	12,539	5,043	2,949	0,004
	Hayır	208	8,010	5,390		
Sosyal	Evet	13	8,769	4,065	2,626	0,009
	Hayır	208	5,293	4,661		
Anksiyete Duyarlılığı Genel	Evet	13	29,462	8,676	2,598	0,010
	Hayır	208	19,639	13,441		

Araştırmaya katılan öğrencilerin bilişsel puanları ortalamalarının daha önce psikiyatrik hastalığın var olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=2.949$; $p=0.004<0,05$). Daha Önce Psikiyatrik Hastalığı olanların bilişsel puanları ($x=12,539$), Daha Önce Psikiyatrik Hastalığı olmayanların bilişsel puanlarından ($x=8,010$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyal puanları ortalamalarının daha önce psikiyatrik hastalığın var olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=2.626$; $p=0.009<0,05$). Daha Önce Psikiyatrik Hastalığı olanların sosyal puanları ($x=8,769$), Daha Önce Psikiyatrik Hastalığı olmayanların sosyal puanlarından ($x=5,293$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının daha önce psikiyatrik hastalığın var olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=2.598$; $p=0.010<0,05$). Daha Önce Psikiyatrik Hastalığı olanların anksiyete duyarlılığı genel puanları ($x=29,462$), Daha Önce Psikiyatrik Hastalığı olmayanların anksiyete duyarlılığı genel puanlarından ($x=19,639$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel puanları ortalamalarının daha önce psikiyatrik hastalığın var olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin medeni durum Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Fiziksel	Bekar	193	6,440	5,082	-0,904	0,367
	Evli	28	7,357	4,490		
Bilişsel	Bekar	193	8,290	5,597	0,101	0,920
	Evli	28	8,179	4,538		
Sosyal	Bekar	193	5,456	4,688	-0,347	0,729
	Evli	28	5,786	4,795		
Anksiyete Duyarlılığı Genel	Bekar	193	20,150	13,508	-0,195	0,846
	Evli	28	20,679	12,818		

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel, bilişsel, sosyal, anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. Öğrencilerine Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin psikiyatrik bir hastalık olma durumu Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Fiziksel	Evet	13	7,846	4,432	0,956	0,340
	Hayır	208	6,476	5,044		
Bilişsel	Evet	13	12,846	7,313	3,171	0,035
	Hayır	208	7,990	5,220		

Sosyal	Evet	13	6,846	6,053	1,068	0,287
	Hayır	208	5,414	4,599		
Anksiyete Duyarlılığı Genel	Evet	13	28,077	12,646	2,200	0,029
	Hayır	208	19,726	13,316		

Araştırmaya katılan öğrencilerin bilişsel puanları ortalamalarının psikiyatrik bir hastalık olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=3.171$; $p=0.035<0,05$). psikiyatrik bir hastalık olanların bilişsel puanları ($x=12,846$), psikiyatrik bir hastalık olmayanların bilişsel puanlarından ($x=7,990$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının psikiyatrik bir hastalık olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=2.200$; $p=0.029<0,05$). psikiyatrik bir hastalık olanların anksiyete duyarlılığı genel puanları ($x=28,077$), psikiyatrik bir hastalık olmayanların anksiyete duyarlılığı genel puanlarından ($x=19,726$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel, sosyal puanları ortalamalarının psikiyatrik bir hastalık olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin sigara kullanma durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Fiziksel	Evet	56	6,875	5,195	0,549	0,583
	Hayır	165	6,449	4,959		
Bilişsel	Evet	56	8,875	5,250	0,949	0,344
	Hayır	165	8,073	5,537		

Sosyal	Evet	56	5,893	5,176	0,729	0,467
	Hayır	165	5,364	4,525		
Anksiyete Duyarlılığı Genel	Evet	56	21,786	13,578	1,014	0,312
	Hayır	165	19,685	13,333		

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel, bilişsel, sosyal, anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının sigara kullanma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin uyuşturucu kullanma durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Fiziksel	Evet	3	6,000	6,000	-0,193	0,847
	Hayır	218	6,564	5,012		
Bilişsel	Evet	3	11,667	3,512	1,082	0,280
	Hayır	218	8,229	5,477		
Sosyal	Evet	3	7,667	2,082	0,806	0,421
	Hayır	218	5,468	4,713		
Anksiyete Duyarlılığı Genel	Evet	3	26,667	6,028	0,839	0,402
	Hayır	218	20,128	13,454		

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel, bilişsel, sosyal, anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının uyuşturucu kullanma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Öğrencilerin Anksiyete Duyarlılık Düzeylerinin çalışma durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Fiziksel	Evet	91	5,956	4,855	-1,495	0,136
	Hayır	130	6,977	5,094		
Bilişsel	Evet	91	7,747	5,244	-1,205	0,230
	Hayır	130	8,646	5,604		
Sosyal	Evet	91	5,506	4,334	0,021	0,984
	Hayır	130	5,492	4,943		
Anksiyete Duyarlılığı Genel	Evet	91	19,231	12,395	-0,916	0,361
	Hayır	130	20,908	14,060		

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel, bilişsel, sosyal, anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

5) TARTIŞMA

Anksiyete duyarlılığı kavramı tanımlandığından bugüne oldukça dikkat çeken bir konu olmuştur. Anksiyete duyarlılığı zararlı fiziksel fizyolojik ve/veya sosyal sonuçları olduğuna inanılan anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı gelişen bir korku olarak nitelendirilmiştir. (Reiss ve McNally, 1985). Anksiyete duyarlılığı kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren temel bir korku biçiminde ve çok çeşitli anksiyete bozukluklarına yatkınlığı değerlendirmek üzere kavramsallaştırılmıştır. Anksiyete duyarlılığının anksiyetenin belirtilerinden korkmak için bireysel bir farklılık olduğu düşünülmektedir (Reiss, 1991).

Reiss (1991)'e göre anksiyete duyarlılığı, bireylerin anksiyeteyi ne kadar rahatsız edici olarak algıladıklarına ve anksiyete yaşantısının sonuçlarına ilişkin inançlarına göre farklılık göstermektedir. Anksiyete duyarlılığı yüksek olan bireyler, aniden ortaya çıkan, görece daha şiddetli ve açıklanamayan fiziksel kaygı belirtilerini yanlış bir şekilde yorumlama ve sıklıkla bu belirtilerden kaçınma eğilimindedirler; görece daha düşük anksiyete duyarlılığına sahip olan bireyler anksiyete belirtilerini hoş olmayan fakat daha zararsız belirtiler olarak değerlendirmektedirler (Mantar, 2008).

Anksiyete duyarlılığının bilişsel alt boyutundan alınan yüksek puanlar; kişinin konsantrasyon problemleri ve zihinsel sorunları ile karşı karşıya olduğuna, sosyal alt boyutundan alınan yüksek puanlar; sosyal olarak reddedileceği ya da alay konusu olacağı düşüncesine, fiziksel alt boyutundan alınan yüksek puanlar; kişide fiziksel olarak bir sorunla karşı karşıya olduğu hissi yaşamasına sebep olmaktadır.

Bu araştırmada üniversite öğrencilerinin anksiyete duyarlılığını araştırılmıştır. Herhangi bir psikiyatrik bir rahatsızlığı olmadığını bildiren 208 ve psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu bildiren 13 Üsküdar Üniversitesi öğrencisine, anksiyete duyarlılığı indeksi-3 uygulanmıştır. Elde edilen değerler, istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel, bilişsel, sosyal, anksiyete duyarlılığı genel puanları ortalamalarının kiminle yaşadığı, yaş, çalışma durumu, medeni durum, psikiyatrik bir hastalık olma durumu, ailede psikiyatrik hastalığı olan birey durumu,

sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, uyuşturucu kullanma durumu değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Bizim çalışmamızda anksiyete duyarlılığı ölçeği total puan ortalaması (20.2 ± 13.3), fiziksel alt boyut puan ortalaması (6.5 ± 5.0), bilişsel alt boyut puan ortalaması (8.2 ± 5.4) ve sosyal alt boyut puan ortalaması (5.4 ± 4.6)'dir.

Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da 4,720 sağlıklı kişi ile yapılan anksiyete duyarlılığı ölçeği total puan ortalaması (12.8 ± 10.5), fiziksel alt boyut puan ortalaması (4.2 ± 4.2), bilişsel alt boyut puan ortalaması (2.7 ± 3.8) ve sosyal alt boyut puan ortalaması (5.9 ± 4.7)'dir. (Taylor vd, 2007).

Fransa'da 701 sağlıklı kişi ile yapılan anksiyete duyarlılığı ölçeği total puan ortalaması (16.4 ± 9.1), fiziksel alt boyut puan ortalaması (5.0 ± 4.0), bilişsel alt boyut puan ortalaması (2.8 ± 3.4) ve sosyal alt boyut puan ortalaması (8.5 ± 4.8)'dir. (Taylor vd, 2007).

Meksika'da 418 sağlıklı kişi ile yapılan anksiyete duyarlılığı ölçeği total puan ortalaması (15.2 ± 11.3), fiziksel alt boyut puan ortalaması (5.5 ± 4.8), bilişsel alt boyut puan ortalaması (3.5 ± 4.1) ve sosyal alt boyut puan ortalaması (6.1 ± 4.3)'dir. (Taylor vd, 2007).

Hollanda'da 536 sağlıklı kişi ile yapılan anksiyete duyarlılığı ölçeği total puan ortalaması (10.7 ± 8.1), fiziksel alt boyut puan ortalaması (2.7 ± 3.2), bilişsel alt boyut puan ortalaması (1.7 ± 2.8) ve sosyal alt boyut puan ortalaması (5.7 ± 4.0)'dir. (Taylor vd, 2007).

İspanya'da 480 sağlıklı kişi ile yapılan anksiyete duyarlılığı ölçeği total puan ortalaması (14.2 ± 9.8), fiziksel alt boyut puan ortalaması (4.5 ± 3.9), bilişsel alt boyut puan ortalaması (2.8 ± 3.7) ve sosyal alt boyut puan ortalaması (6.9 ± 4.7)'dir. (Taylor vd, 2007).

Zinbarg ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları araştırmada sağlıklı kontrol grubun anksiyete duyarlılığı ölçeği total puan ortalaması 7.13, fiziksel alt boyut ortalaması 2.88, bilişsel alt boyut ortalaması 0.41, sosyal alt boyut ortalaması 3.84'dür.

Wheaton ve arkadaşlarının (2012)'de yaptıkları araştırmada sağlıklı kontrol grubunun anksiyete duyarlılığı ölçeği puanları ortalaması 14.6, fiziksel alt boyutu 3. 9, bilişsel alt boyutu 2. 9, sosyal alt boyutu ise 7. 8 dir.

Mantar'ın (2008)'de ülkemizde yaptığı araştırmada sağlıklı kontrol grubunun anksiyete duyarlılığı ölçeği total puan ortalaması 12. 8, Stewart ve Zeitlin (1995)'de yaptıkları araştırmada sağlıklı grubun ortalaması 18. 7 dir, Plehn ve Peterson (2002)'de yaptıkları araştırmada sağlıklı kontrol grubunun anksiyete duyarlılığı ölçeği puanları ortalaması 18. 3'dür. Bizim çalışmamızda katılımcıların anksiyete duyarlılığı ölçeği puanları 20. 2'dir, daha önce yapılan çalışmalara kıyasla yüksek bulunmuştur, ancak bulgularımız Reiss ve Peterson'un (1992) belirlediği sağlıklı grubun puanları içerisinde yer almaktadır.

Araştırmada madde ve alkol kullanan katılımcı sayısı az olsa da sonuçlar literatürdeki sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda alkol kullananların anksiyete duyarlılığı ortalaması (19.9 ± 12), madde kullananların ortalaması ise (26.6 ± 6)'dır, bu sonuç Lechner ve arkadaşlarının (2014) alkol kullanan hastalarının anksiyete duyarlılığı ortalaması (25.1 ± 13) ile uyumludur. Ayrıca Stewart ve arkadaşlarının (1997) alkol ve madde bağımlısı grubunun sonuçları ile (22.3) ve DeHaas ve arkadaşlarının (2001) madde kullanan katılımcı grubu ile (25.6) paralel sonuçlar göstermektedir. Yapılan çalışmalarda madde ve alkol kullanımının artması anksiyete duyarlılığı indeksi puanlarını artırdığı gözlenmektedir (Stewart vd, 1997).

Hasta gruplarının anksiyete duyarlılığı puanları kontrol gruplarına göre daha anlamlı çıkmaktadır ve anksiyete duyarlılığı puanlarının yükselmesi gelecekte olabilecek hastalıklar için bir risk faktörüdür.

Gerek ileriye dönük gerekse geriye dönük yapılan çalışmalarda yüksek anksiyete duyarlılığının panik ve diğer anksiyete bozukluklarını yordadığı gösterilmiştir. Maller ve Reiss (1992) 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.

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 (32.6). İkinci sırada sosyal

anksiyete bozukluğu (ort.= 31.6 puan), üçüncü sırada yaygın anksiyete bozukluğu (27.5) ve son olarak dördüncü sırada obsesif kompulsif bozukluğu olan grup (26.3 puan) bulunmuştur (Taylor vd, 2007).

Anksiyete duyarlılığı ölçeğinin alt faktörlerinin farklı anksiyete bozukluğu gruplarını öngörücü olduğu düşünülmektedir. Fiziksel alt faktörlerin panik bozukluğuna, sosyal alt faktörlerin sosyal anksiyete bozukluğuna, bilişsel alt faktörün yaygın anksiyete bozukluğuna işaret ettiğini düşünülmektedir.

Anksiyete duyarlılığı kavramı psikolojik problemlerin gelişmesi için genel bir risk faktörüdür. Anksiyete duyarlılığı olumsuz duyguları daha da yoğunlaştırmaktadır bu da negatif duygusal öğrenmelere sebep olmaktadır. Ayrıca anksiyete duyarlılığı zararlı duygusal düzenlemelere sebep olabilmektedir (örn, kaçınma, tekrarlamalar) bu sağlıklı düzenlemeler de kişilerde ruhsal rahatsızlıklara ya da daha fazla stres yaşamaya sebep olabilmektedir (Schmidt vd, 2006).

Sonuç olarak; anksiyete duyarlılığının anksiyete bozukluğu gelişiminde ve devamında önemli bir risk faktörü olduğu ve kişilerde yaşamlarında hiç patoloji yaşamaları bile; patolojik problemler yaşamaya bir yatkınlık oluşturduğu söylenebilir.

Anksiyete duyarlılığı konusunun Türk örnekleminde ele alındığı çalışmaların sayısının sınırlı olduğunu ve sayılarının artırılması gerekmektedir, bu çalışmanın da özellikle anksiyete bozuklukları açısından farklı bir katkı yapacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada Eksen-1 bozukluklarına bakılmamıştır. Gelecekte yapılacak olan çalışmalar için anksiyete duyarlılığının boylamsal olarak ele alınması ve eksen-1 tanıların yordamasının ölçülmesi önerilebilir.

Ölçeğimizin kendi kendine değerlendirme aracı olması sebebi ve klinik görüşme eksikliği araştırmanın bir diğer kısıtlılığıdır.

Araştırmaların mümkün olduğunca daha geniş örneklemelerde incelenmesi veri çeşitliliği açısından önerilmektedir.

Gelecekte yapılacak araştırmaların izlem çalışması olması bir diğer öneridir.

Anksiyete duyarlılığının üniversite öğrencileri grubunda incelendiği bu araştırmada çeşitli değişkenler ele alınmışsa da gelecek çalışmalarda farklı araştırma gruplarında ve farklı değişkenlerle incelenmesi önerilmektedir.

Psikolojik Danışmanların eğitimde oluşabilecek olumsuz yaşantıları önleyebilmeleri adına anksiyete duyarlılığı ve buna bağlı oluşabilecek durumları ele alarak bu konuda gerekli çalışmaları yapmaları önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- 1- Akalın, E. S., Cimili, C., & Kuzhan, E. (2002). Depresyon, Pratisyen Hekimler ve Depresyon Eğitimi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(2), 58-62.
- 2- Akyüz Çim, E.F. (2013). *Obsesif Kompulsif Bozukluğun Örtük Bellek Performansı ve Bilişsel Süreçlere Etkisi*. Uzmanlık Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van.
- 3- Allan, N. P., Capron, D. W., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2014). Unique relations among anxiety sensitivity factors and anxiety, depression, and suicidal ideation. *Journal of anxiety disorders*, 28(2), 266-275.
- 4- Anderson, E. R., & Hope, D. A. (2009). The relationship among social phobia, objective and perceived physiological reactivity, and anxiety sensitivity in an adolescent population. *Journal of anxiety disorders*, 23(1), 18-26.
- 5- Asmundson, G. J., & Stapleton, J. A. (2008). Associations Between Dimensions of Anxiety Sensitivity and PTSD Symptom Clusters in Active-Duty Police Officers. *Cognitive behaviour therapy*, 37(2), 66-75.
- 6- Bayraktar, E. (1997). Obsesif-kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 25-32.
- 7- Berksun, O. E. (2003). *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*. Ankara, Turgut Yayıncılık.
- 8- Bolu, A., Erdem , M., ve Öznur, T. (2014). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *AJCI*, 8(2), 98-103.
- 9- Buckner, J. D., Leen-Feldner, E. W., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2009). The interactive effect of anxiety sensitivity and frequency of marijuana use in terms of anxious responding to bodily sensations among youth. *Psychiatry research*, 166(2), 238-246.
- 10- Bulut, H. (2005) *Panik Bozukluğu Olan Hastalar ve Birinci Dereceden Yakınlarında Anksiyete Duyarlılığı ve Panik Atak Agorafobi*. Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 11- Bulut, H. (2005). *Panik Bozukluğu Hastalarında ve Birinci Derece Yakınlarında Anksiyete Duyarlılığı ve Panik Agorafobi Spektrumu*. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- 12- Calamari, J. E., Rector, N. A., Woodard, J. L., Cohen, R. J., & Chik, H. M. (2008). Anxiety sensitivity and obsessive-compulsive disorder. *Assessment*.

- 13- Carr, R. E., Lehrer, P. M., Rausch, L. L., & Hochron, S. M. (1994). Anxiety sensitivity and panic attacks in an asthmatic population. *Behaviour Research and Therapy*, 32(4), 411-418.
- 14- Collimore, K. C., McCabe, R. E., Carleton, R. N., & Asmundson, G. J. (2008). Media exposure and dimensions of anxiety sensitivity: Differential associations with PTSD symptom clusters. *Journal of anxiety disorders*, 22(6), 1021-1028.
- 15- Conrod, P. J., Pihl, R. O., & Vassileva, J. (1998). Differential sensitivity to alcohol reinforcement in groups of men at risk for distinct alcoholism subtypes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(3), 585-597.
- 16- Çağın, Ö. (2006). *Obsesif Kompulsif Belirtilerin Yordayıcıları Olarak Obsesif İnançlar, Girici Cümleleri Yorumlamada Yanlılık ve Stresle Başa Çıkma Yollarının Bilişsel Model Çerçevesinde İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 17- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(7), 837-857.
- 18- DeHaas, R. A., Calamari, J. E., Bair, J. P., & Martin, E. D. (2001). Anxiety sensitivity and drug or alcohol use in individuals with anxiety and substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 26(6), 787-801.
- 19- Den Boer, J. A. (1997). Social phobia: epidemiology, recognition, and treatment. *BMJ*, 315(7111), 796-800.
- 20- Dilbaz, N. (1997). Sosyal fobi. *Psikiyatri Temel Kitabı. C Güleç, E Köroğlu (Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği*, 483-492.
- 21- Doruk, A., Türkbay, T. , Aydın, H., ve Söhmen, T. Posttravmatik Stres Bozukluğu Tanısı Alan Erişkinlerde Çocukluk Yaşı Travmatik Öykülerinin Araştırılması.
- 22- Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni
- 23- Ghasempour, A., Akbari, E., Azimi, Z., Ilbeygi, R., & Hassanzadeh, S. (2013). Predicting Obsessive-Compulsive Disorder on the Basis of Emotion Regulation and Anxiety Sensitivity. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 15(2), 94-97.

- 24- Gillihan, S. J., Farris, S. G., & Foa, E. B. (2011). The effect of anxiety sensitivity on alcohol consumption among individuals with comorbid alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Psychology of addictive behaviors*, 25(4), 721.
- 25- González, H. M., Tarraf, W., Whitfield, K. E., & Vega, W. A. (2010). The epidemiology of major depression and ethnicity in the United States. *Journal of psychiatric research*, 44(15), 1043-1051.
- 26- Grant, D. M., Beck, J. G., & Davila, J. (2007). Does anxiety sensitivity predict symptoms of panic, depression, and social anxiety?. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 2247-2255.
- 27- Gutner, C. A., Nillni, Y. I., Suvak, M., Wiltsey-Stirman, S., & Resick, P. A. (2013). Longitudinal course of anxiety sensitivity and PTSD symptoms in cognitive-behavioral therapies for PTSD. *Journal of anxiety disorders*, 27(7), 728-734.
- 28- Hazen, A.L., Walker, J.R., & Stein, M.B. (1995). Comparison of anxiety sensitivity in panic disorder and social phobia. *Anxiety*, 1, 298-301.
- 29- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- 30- Lang, A. J., Kennedy, C. M., & Stein, M. B. (2002). Anxiety sensitivity and PTSD among female victims of intimate partner violence. *Depression and anxiety*, 16(2), 77-83.
- 31- Lau, J. J., Calamari, J. E., & Waraczynski, M. (1996). Panic attack symptomatology and anxiety sensitivity in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 355-364.
- 32- Lechner, W. V., Shadur, J. M., Banducci, A. N., Grant, D. M., Morse, M., & Lejuez, C. W. (2014). The mediating role of depression in the relationship between anxiety sensitivity and alcohol dependence. *Addictive behaviors*, 39(8), 1243-1248.
- 33- Lepine, J. P., & Pelissolo, A. (1999). Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms*, DJ Nutt, JC Ballenger, JP Lepine (Ed), London, Martin Dunitz.

- 34- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 445-452.
- 35- Lim, Y. J. (2014). Symptoms specificity of anxiety sensitivity dimensions in Korean adults. *Indian journal of psychological medicine*, 36(2), 182.
- 36- Maller RG, Reiss S. Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders* 1992; 6:241–247
- 37- Manav, F. (2011). Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 5(9), 201-2012.
- 38- Mantar, A., Yemez, B., & Alkın, T. (2011). Anksiyete duyarlılığı ve psikiyatrik bozukluklardaki yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 187-93.
- 39- Mantar, A., Yemez, B., & Alkin, T. (2011). Anxiety sensitivity and its importance in psychiatric disorders. *Turkish J Psychiatry*, 22, 187-193.
- 40- Marshall, G. N., Miles, J. N., & Stewart, S. H. (2010). Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *Journal of abnormal psychology*, 119(1), 143.
- 41- Marshall, G. N., Miles, J. N., & Stewart, S. H. (2010). Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *Journal of abnormal psychology*, 119(1), 143.
- 42- McDonald, S. D., Hartman, N. S., & Vrana, S. R. (2008). Trait anxiety, disgust sensitivity, and the hierarchic structure of fears. *Journal of anxiety disorders*, 22(6), 1059-1074.
- 43- McDonald, S. D., Hartman, N. S., & Vrana, S. R. (2008). Trait anxiety, disgust sensitivity, and the hierarchic structure of fears. *Journal of anxiety disorders*, 22(6), 1059-1074.
- 44- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological psychiatry*, 52(10), 938-946
- 45- Michael, T., and Margraf, J. (2004). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 3(4), 2-6.
- 46- Mitchell, M. A., Capron, D. W., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2014). Reduction of cognitive concerns of anxiety sensitivity is uniquely associated with

- reduction of PTSD and depressive symptoms: A comparison of civilians and veterans. *Journal of psychiatric research*, 48(1), 25-31.
- 47- Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H., & Schouten, E. (2001). Anxiety sensitivity in adolescents: factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour research and therapy*, 39(1), 89-100.
- 48- Obaid, F. P. (2013). Sigmund Freud ve Otto Rank: Kaygı ve Doğumla İlgili Tartışma ve Yüzleşmeler. *Turkish Annual of Psychanal. Int.*, 5, 209-236.
- 49- Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB. Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychology Bulletin*. 2009;135:974–999.
- 50- Olthuis, J. V., Watt, M. C., & Stewart, S. H. (2014). Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 28(2), 115-124.
- 51- Otto, M. W., Pollack, M. H., Fava, M., Uccello, R., & Rosenbaum, J. F. (1995). Elevated anxiety sensitivity index scores in patients with major depression: Correlates and changes with antidepressant treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(2), 117-123.
- 52- ÖGEL, K. (2005). Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 1(47), 61-4.
- 53- Özdemir, N. (2004). *Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobi ile Benlik Algısı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- 54- Özerdem, A. (1998). Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Psikoz Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 2, 98-102.
- 55- Özgen, F., ve Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1, 34-41.
- 56- ÖZMEN, M. (2001). Depresyonda Dinamik Nedenler. *Duygudurum Dizisi*, 6, 283-287.
- 57- Öztürk, O. (2004). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- 58- Plehn, K., & Peterson, R. A. (2002). Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: a prospective study. *Journal of anxiety disorders*, 16(4), 455-474.

- 59- Raines, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W., & Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 71-76.
- 60- Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., & Leybman, M. (2007). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1967-1975.
- 61- Reiger DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders. *J Psychiatry Res Suppl*, 1990; 2:3-14.
- 62- Reiss S., Silverman W.K., Weems C.F. Anxiety sensitivity. In: Vasey M.W., Dadds M.R., editors. *The developmental psychopathology of anxiety*. Oxford University Press; New York: 2001. pp. 92–111
- 63- Rosellini, A. J., Fairholme, C. P., & Brown, T. A. (2011). The temporal course of anxiety sensitivity in outpatients with anxiety and mood disorders: Relationships with behavioral inhibition and depression. *Journal of anxiety disorders*, 25(4), 615-621.
- 64- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007:604-612.
- 65- Samoluk, S. B., Stewart, S. H., Sweet, S. B., & MacDonald, A. B. (1999). Anxiety sensitivity and social affiliation as determinants of alcohol consumption. *Behavior Therapy*, 30(2), 285-303.
- 66- Sandin, B., Chorot, P., & McNally, R. J. (2001). Anxiety sensitivity index: Normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 39(2), 213-219.
- 67- Savaş, N. (2012). *Panik Bozukluğunda Anksiyete Duyarlılığı ve Mizaç/Karakter Özelliklerinin Tedavi Sonucu Üzerine Etkisi*. Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- 68- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of abnormal psychology*, 106(3), 355.

- 69-Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of abnormal psychology*, 106(3), 355.
- 70-Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J., & Maner, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of psychiatric research*, 40(8), 691-699.
- 71-SEÇER, İ. (2014). Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Anksiyete Duyarlılığı Arasındaki İlişkinin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi. *EĞİTİM VE BİLİM*, 39(176).
- 72-Stein, D. J., Hollander, E., & Rothbaum, B. O. (Eds.). (2010). *Textbook of anxiety disorders*. American Psychiatric Pub..
- 73-Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1999). Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 246-251.
- 74-Stewart, S. H., & Zeitlin, S. B. (1995). Anxiety sensitivity and alcohol use motives. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(3), 229-240.
- 75-Stewart, S. H., Karp, J., Pihl, R. O., & Peterson, R. A. (1997). Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use. *Journal of substance abuse*, 9, 223-240.
- 76-Stewart, S. H., Peterson, J. B., & Pihl, R. O. (1995). Anxiety sensitivity and self-reported alcohol consumption rates in university women. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(4), 283-292.
- 77-Stewart, S. H., Taylor, S., & Baker, J. M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of anxiety disorders*, 11(2), 179-200.
- 78-Struzik, L., Vermani, M., Duffin, J., & Katzman, M. A. (2004). Anxiety sensitivity as a predictor of panic attacks. *Psychiatry research*, 129(3), 273-278.
- 79-Şahin, M. (2007). *Madde Bağımlılığı Konusunda Türkiye’de Yapılmış Olan Lisansüstü Tezler Üzerinde Bir Değerlendirme*. Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi, Ankara
- 80-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
- 81-Taylor, S. (1995). Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 243-258.

- 82- Taylor, S. (Ed.). (2014). Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety. Routledge.
- 83- Taylor, S. (Ed.). (2014). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Routledge.
- 84- Taylor, S., Jang, K. L., Stewart, S. H., & Stein, M. B. (2008). Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral-genetic analysis. *Journal of anxiety disorders*, 22(5), 899-914.
- 85- Taylor, S., Koch, W. J., Woody, S., & McLean, P. (1996). Anxiety sensitivity and depression: how are they related?. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(3), 474.
- 86- Tkel, R. (2002). Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5, 5-15.
- 87- Türkçapar, M. H. (1999). Sosyal fobinin psikolojik kuramı. *Klinik Psikiyatri*, 2, 247-253.
- 88- Weems, C. F., Hammond-Laurence, K., Silverman, W. K., & Ferguson, C. (1997). The relation between anxiety sensitivity and depression in children and adolescents referred for anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 35(10), 961-966.
- 89- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., ... & Yeh, E. K. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 305-309.
- 90- Wheaton, M. G., Mahaffey, B., Timpano, K. R., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(3), 891-896.
- 91- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- 92- Yazıcı MO. Duygudurum Bozuklukları: Kavram ve Tarihe. *Türkiye Klinikleri* 2007;3(29): 1- 4.
- 93- Yemez, B., & Alptekin, K. (1998). Depresyon etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 21-25.

- 94- Yetkin S, Özgen F. Tarihsel Bakış İçinde Depresyon. Türkiye Klinikleri 2007; 3(47): 1- 5.
- 95- Yılmaz, S. (2006). Çocuklarda anksiyete duyarlılık ölçeği uyarlama ve geçerlik güvenirlik çalışması ve depremzedelerde anksiyete duyarlılığı. *Uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye.*
- 96- Zabun Korkmaz, I. (2012). *Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Bilişsel İşlevlerindeki Olası Bozuklukların Yaşam Kalitesi ile İlişkisi.* Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- 97- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9(3), 277
- 98- Zvolensky, M. J., Bonn-Miller, M. O., Bernstein, A., McLeish, A. C., Feldner, M. T., & Leen-Feldner, E. W. (2006). Anxiety sensitivity interacts with marijuana use in the prediction of anxiety symptoms and panic-related catastrophic thinking among daily tobacco users. *Behaviour Research and Therapy*, 44(7), 907-924.

EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma, Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Merve Özgüven tarafından yapılan bir tez çalışmasıdır. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin anksiyete duyarlılığı tespit etmek amaçlanmaktadır. Araştırmadan elde edilen veriler, bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacak ve gizlilikleri esas alınacaktır.

Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sonuçlarından sağlıklı veriler elde edilebilmesi için soruların samimi bir şekilde doldurulması ve boş bırakılmaması oldukça önemlidir. Araştırmanın gizliliği açısından doldurduğunuz formu çevrenizle paylaşmamanız rica olunur.

Araştırmayla ilgili herhangi bir problemle karşılaştığınızda irtibat bilgilerinden araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Merve ÖZGÜVEN

Üsküdar Üniversitesi

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Mail: mrvozgyn@hotmail.com

Telefon: 05356688187

EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

TARİH:

1. CİNSİYET:

2. DOĞUM TARİHİ:

3. EĞİTİM DURUMU:

ÜNİVERSİTE / BÖLÜM/ SINIF:

YÜKSEK LİSANS / BÖLÜM/SINIF:

4. ÇALIŞIYOR MUSUNUZ? ÇALIŞIYORSANIZ İŞİNİZ NEDİR?

5. EVLİ MİSİNİZ? BEKAR MI?

6. KİMLE YAŞIYORSUNUZ?

7. PSİKİYATRİK BİR HASTALIĞINIZ VAR MI? VAR İSE NEDİR?

8. DAHA ÖNCE PSİKİYATRİK BİR HASTALIĞINIZ VAR MIYDI?

9. AİLENİZDE PSİKİYATRİK BİR RAHATSIZLIĞI OLAN BİREY VAR MI? VAR İSE

RAHATSIZLIĞI NEDİR?

10. SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ? KULLANIYORSANIZ MİKTARI NEDİR?

11. ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ? KULLANIYORSANIZ MİKTARI NEDİR? KULLANMA

SIKLIĞI NEDİR?

12. UYUŞTURUCU KULLANIYOR MUSUNUZ? KULLANIYORSANIZ MİKTARI NEDİR?

KULLANMA SIKLIĞI NEDİR?

EK 3. ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3 (ADİ-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.

	Çok Az	Az	Biraz	Fazla	Çok Fazla
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

ÖZGEÇMİŞ

Merve Özgüven

Email Adresi: mrvozgyn@hotmail.com

KİŞİSEL BİLGİLER

☐ Doğum Tarihi: 23.01.1988

☐ Doğum Yeri: İstanbul

☐ Ehliyet: B Sınıfı (2006)

☐ Medeni Durumu: Bekâr

☐ Uyuğu: T.C

EĞİTİM BİLGİLERİ

☐ 2006 – 2012: Yeditepe Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

☐ 2003 – 2006: Seyhan Çukurova Lisesi

STAJ VE İŞ DENEYİMLERİ

☐ 2013- 2015 Psiko Yaşam Akademisi Eğitim Danışmanlık- Psikolog

☐ 2012 -2013 Avigen Eğitim Danışmanlık – Psikolog