

OSETLJIVOST NA ANKSIOZNOST

Tatjana Vukosavljević-Gvozden¹
Borjanka Batinić^{1,2}
Ivana Peruničić³

UDK: 616.89-008.441

- 1 Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
- 2 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
- 3 Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Članak je prikazan kao usmeno saopštenje na XL Edukativnom simpozijumu Klinike za psihijatriju, Kliničkog centra Srbije pod nazivom: "Spektar anksioznih poremećaja – izazov savremenog doba" održanog od 25. do 26. oktobra 2012. u Beogradu

Kratak sadržaj

Uvod: Osetljivost na anksioznost je strah od anksioznosti zasnovan na uverenju da anksioznost ima oštećujuće fizičke, psihološke i socijalne posledice. Mnogobrojna istraživanja ukazuju da ova osetljivost predstavlja značajan faktor rizika za razvoj anksiozne i druge patologije. Najčešće korišćena mera konstrukta osetljivosti na anksioznost jeste verzija od 16 stavki Indeksa osetljivosti na anksioznost (ASI).

Cilj: Osnovni cilj ove studije jeste da pruži inicijalnu psihometrijsku evaluaciju Indeksa osetljivosti na anksioznost na srpskom uzorku, koja je do sada izostala. Uključeni su ispitivanje pouzdanosti, faktorska analiza, poređenje kliničke i nekliničke grupe prema stepenu osetljivosti na anksioznost, i utvrđivanje da li osetljivost na anksioznost predviđa crtu anksioznosti.

Metod: Uzorak čine dve grupe ispitanika: klinička grupa (N=104) kod koje je dijagnostikovana neki od anksioznih poremećaja i neklinička grupa (N=102) koja je sa prethodnom ujednačena po polu i uzrastu. Većina ispitanika u uzorku (70.4%) je ženskog pola, prosečnog uzrasta 36.23 (SD=9.47). Zadati su Indeks osetljivosti na anksioznost i Spilbergerov inventar anksioznosti kao crte.

Rezultati: Rezultati ukazuju da je Kronbahov alfa koeficijent za skalu u celini veoma visok (vrednost alfe 0.923). Dobijena je trofaktorska struktura koju čine strahovi u vezi sa fizičkim, psihološkim i socijalnim aspektima anksioznosti i ustanovljen jedan faktor višeg reda. Takođe je utvrđena značajna razlika između kliničkog i nekliničkog uzorka na celoj skali, kao i na svakom faktoru. Regresiona analiza pokazala je da fizička i psihološka zabrinutost predstavljaju značajan prediktor crte anksioznosti dok socijalna zabrinutost nema udela.

Zaključak: Karakteristike Indeksa osetljivosti na anksioznost koje su ustanovljene u našoj sredini odgovaraju nalazima prethodno obavljenih studija u inostranstvu. Ovaj instrument predstavlja adekvatnu meru ovog konstrukta u našoj populaciji tako da se može koristiti u kliničkom setingu i daljim istraživanjima.

Gljučne reči: osetljivost na anksioznost, anksioznost

UVOD

Značaj straha od straha (ili anksioznosti) uvideli su terapeuti različitih škola. Primera radi, rani psihoanalitičari [1], baš kao i kognitivno-bihejvioralni terapeuti decenijama kasnije [2] u svojim studijama slučajeva ukazuju da anksiozne osobe teže da razviju strah od neprijatnih aspekata anksioznosti, što pogoršava njihovo stanje i čini ih još disfunkcionalnijim. Razrađenih objašnjenja straha od straha ima ipak manje od kliničkih vinjeta.

Prvi skup koherentnih postavki potiče od Elisa [3] tvorca Racionalno-emotivne bihejvioralne terapije (REBT), koja zagovara stav da osoba doživljava emocije i ima bihejvioralne i kognitivne tendencije u zavisnosti od sistema uverenja a ne kao direktnu posledicu događaja. Disfunkcionalna osećanja i ponašanja (kao na primer anksioznost, depresija i sl.) čine tzv. “primarni emocionalni poremećaj” koji nastaje ukoliko osoba na iracionalan način procenjuje spoljašnje i unutrašnje događaje. Ljudi su samorefleksivni i kontinuirano misle o svojim mislima, osećanjima i ponašanjima. Ukoliko postojeća disfunkcionalna osećanja i ponašanja osoba evaluira kroz prizmu iracionalnih uverenja (na primer, da ih ne sme imati, da je užasno i nepodnošljivo ako se to desi i sl.), kreirće time novi poremećaj koji pogoršava kliničku sliku. On se u REBT-u naziva “sekundarnim emocionalnim poremećajem”, a njegovi tipični primeri su strah povodom straha, stid povodom straha, depresija povodom depresije, itd.

Unutar Kognitivne terapije Klark [4] je razvio uži model specifično vezan za nastanak i održavanje paničnih napada u kome ključno mesto imaju katastrofične interpretacije neobičnih ili neočekivanih telesnih senzacija. Ovaj model pretpostavlja da osobe koje su imale panični napad imaju tendenciju da uobičajene simptome anksioznosti interpretiraju na katastrofičan način jer ih opažaju kao znak fizičke ili psihičke bolesti od kojih će “poludeti ili umreti”. Ovakva interpretacija dovodi do pobuđenosti organizma i anksioznosti koja je povezana sa pojavom novih telesnih simptoma anksioznosti. Na ovaj način dolazi do pojave “začaranog kruga”: fizički simptomi – katastrofične interpretacije – pojačana anksioznost – panika – pojačani fizički simptomi > pojačana anksioznost – panika. Osobe koje imaju tendenciju katastrofičnog interpretiranja postaju izraženo hipersenzibilne i usmerene na telesne procese. U stalnoj potrazi za simptomima oni postaju svesni senzacija koje drugi ljudi i ne primećuju.

Treći skup postavki o strahu od straha razvili su Rajs i MekNeli [5] koji su ovu pojavu razumeli preko dve komponente: očekivanja anksioznosti i osetljivosti na anksioznost. Očekivanja anksioznosti je primarno proces učenja u kome je osoba naučila da dati stimulus izaziva anksioznost/strah. Osetljivost na anksioznost, u kojoj postoje značajne individualne razlike, sadrži uverenje da iskustvo anksioznosti/straha ima oštećujuće fizičke, psihološke ili socijalne konsekvence. Primera radi, osoba može verovati da je ubrzan rad srca znak pretećeg infark-

ta, da može poludeti usled jake uznemirenosti ili da će naići na socijalnu osudu ukoliko pocrveni pred drugima. Osetljivost na anksioznost povećava budnost na stimulse koji signaliziraju mogućnost da će osoba postati anksiozna, brigu povodom anksioznosti i motivaciju da se izbegnu stimulusi koji provociraju anksioznost. Tako, postoje značajni nalazi da strah od anksioznosti može održavati začarani krug u kome prethodno postojeća uverenja o fiziološkom uzbuđenju (i sličnim pratećim znacima anksioznosti) predisponiraju osobu da odgovori strahom na te reakcije, što vodi povećanju doživljaja anksioznosti.

Postavke Rajsa i MekNelija [5] pokrenule su veliki broj empirijskih istraživanja i izvan oblasti paničnog poremećaja, koja su rezultirala nizom značajnih nalaza. Istraživanja ukazuju da je osetljivost na anksioznost crta ličnosti koja je različita od crte anksioznosti [6]. Ona predstavlja značajan faktor vulnerabilnosti za poremećaje anksioznosti, posebno za panični poremećaj [7], posttraumatski stresni poremećaj [8], hipohondrijazu [9] kao i za bolesti zavisnosti [10], major depresivni poremećaj [11], hronični bol [12], itd. U njenom nastanku značajnu ulogu igraju i genetski i sredinski faktori [13],[14]. Iako je reč o crti koja je stabilna tokom vremena, ona se može ublažiti adekvatnim psihološkim tretmanom [15].

Najčešće korišćena operacionalizacija konstrukta osetljivosti na anksioznost kod odraslih jeste verzija od 16 stavki Indeksa osetljivosti na anksioznost (Anxiety Sensitivity Index, ASI)

[16]. U cilju unapređivanja ovog instrumenta razvijene su tri druge verzije: Indeks osetljivosti na anksioznost–revidiran (Anxiety Sensitivity Index–Revised, ASI-R) [17], Profil osetljivosti na anksioznost (Anxiety Sensitivity Profile, ASP) [18] i Indeks osetljivosti na anksioznost–3 (Anxiety Sensitivity Index–3, ASI-3) [19]. Psihometrijske karakteristike i faktorske analize ovih skala još uvek su predmet istraživanja, tako da se za merenje osetljivosti na anksioznost i dalje najčešće koristi prvobitan instrument.

Istraživanja psihometrijskih osobnosti Indeksa osetljivosti na anksioznost ukazala su na dobru unutrašnju konzistentnost (od .82 do .93) i .71 test-retest pouzdanost tokom perioda od 3 godine [20]. Korelacije između ASI i Spilbergerovog Inventara anksioznosti crta-stanje [21] kreću se od .40 do .60 [6], [22], dok su korelacije između ASI i Bekovog inventara depresije [23] oko .41 [24]. Ovi rezultati pružaju podršku opštoj validnosti skale.

Faktorska struktura ASI ekstenzivno je istraživana i već dugo predstavlja predmet diskusije [25], [26], [27], [28]. Iako je osetljivost na anksioznost definisana kao unitarni konstrukt, empirijske studije ukazuju na hijerarhijski organizovanu, multidimenzionalnu strukturu koja se sastoji od jednog faktora višeg reda i određenog broja faktora nižeg reda o čijem broju ne postoji potpuna saglasnost [29]. Većina studija izveštava o trofaktorskom rešenju koje čine Fizička zabrinutost, Psihološka zabrinutost i Socijalna zabrinutost [7], [29], [30], [31]. Faktor Fizička zabrinutost čine strahovanja od fizičkih

simptoma povezanih sa anksioznošću (na primer, “Uplašim se kada mi srce ubrzo lupa”), tako da je snažno povezan sa paničnim poremećajem [30]. Faktor Psihološka zabrinutost čine strahovanja povezana sa mentalnim manifestacijama anksioznosti (na primer, “Kada sam uznemiren brinem da bih mogao biti mentalno bolestan”) koja predstavljaju nespecifičnu meru agitiranosti [27]. Faktor Socijalna zabrinutost čine strahovanja da se simptomima anksioznosti mogu primetiti u javnosti (na primer, “Važno mi je da ne izgledam uznemireno”) koja su povezana socijalnom fobijom [30]. Mnoge studije ukazuju da treći faktor ima relativno nisku unutrašnju konzistentnost i da objašnjava najmanji procenat varijanse osetljivosti na anksioznost [31], verovatno stoga što se sastoji samo od dve tvrdnje. Iako je faktorska struktura stabilna na uzorcima muškaraca i žena, [32] potrebna su ipak dalja istraživanja da bi se utvrdilo da li su faktorske strukture koje se dobijaju u ovim poduzorcima kongruentne [33].

CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Karakteristike Indeksa osetljivosti na anksioznost istražene su u velikom broju zapadnih zemalja, ali je do danas napravljeno samo jedno ekstenzivno istraživanje u zemljama Istočne Evrope. Reč je o istraživanju u Hrvatskoj koje je utvrdilo da je ASI u toj sredini pouzdana i validna mera senzitivnosti na anksioznost [34]. Cilj ove studije je da pruži inicijalnu psihometrijsku evaluaciju mere osetljivosti na anksioznost na srpskom uzorku. Ona uključuje is-

pitivanje pouzdanosti i faktorske strukture instrumenta i njegove povezanosti sa crtom anksioznosti, kao i poređenja kliničke i nekliničke grupe prema stepenu osetljivosti na anksioznost.

METOD

Uzorak

Uzorak čini 206 ispitanika podeljenih u dve grupe: kliničku (N=104) i nekliničku (N=102). Većina ispitanika u uzorku (70.4%) je ženskog pola (u kliničkom uzorku 75.5%, a u nekliničkom 65.6%). Prosečan uzrast ispitanika iznosi 36.23 (SD=9.47, Min 26, Max 60). Kliničku grupu čine pacijenti dijagnostikovani kao poremećaj anksioznosti prema kriterijumima MKB-10 klasifikacije uključujući panični poremećaj (56%), generalizovani anksiozni poremećaj (23%), posttraumatski stresni poremećaj (12%), socijalnu fobiju (6%) i druge fobije (3%). Isključujući kriterijumi za kliničku grupu bili su istovremeno prisustvo poremećaja iz grupe poremećaja raspoloženja, psihotičnih poremećaja, bolesti zavisnosti i psiho-organskog sindroma. Neklinački uzorak je prigodan, ispitanici su sakupljeni u nekoliko beogradskih preduzeća. Kriterijum za njihovo uključivanje u studiju bio je odsustvo psihijatrijskog tretmana. Uzorak je ujednačen po polu (hi kvadrat=2.463; neznačajno) i po uzrastu (t=0.942; neznačajno).

Procedura

Klinički uzorak je sakupljan tokom 2011. i 2012. godine u Udruženju za podršku ljudima sa neurozom “Herc”

u Beogradu i Klinici za psihijatriju KCS. Ispitanici su prethodno prošli temeljnu psihološku procenu obavljenju od strane psihologa, nakon koje su izdvojeni oni koji zadovoljavaju kriterijume za anksiozne poremećaje. Neklinički uzorak je sakupljan tokom 2011. godine od strane nezavisnog ispitivača. Svi ispitanici su pre početka testiranja popunili formular o dobrovoljnom i informisanom učešću u ispitivanju.

Instrumenti

Indeks osetljivosti na anksioznost (ASI) [16]. ASI je skala samoprocene koja se sastoji od 16 stavki koje mere strah od simptoma anksioznosti na petostepenoj Likertovoj skali procene. Raspon totalnog skora iznosi od 0 do 64. U uzorcima iz različitih zemalja Evrope i SAD-a aritmetičke sredine variraju od 14,2 do 22,5, sa aritmetičkom sredinom od oko 19 ($M=19,01$; $SD=9,11$) [35]. Skorovi iznad 25 sugerišu „moguće probleme“, a skorovi iznad 30 mogu ukazati na dijagnozu paničnog poremećaja, agorafobije, PTSD, ili druge značajne psihopatologije [35]. Na našem uzorku skala u celini se pokazala veoma visoko pouzdanom - Kronbahov alfa koeficijent pouzdanosti iznosi 0.923. Takođe su sve

stavke pokazale veoma visoku pouzdanost.

Inventar crte anksioznosti (STAI-T) [21]. Spilbergerov inventar je razvijen za procenu dva povezana ali različita konstrukta: crte i stanja anksioznosti. Pošto smo u ovoj studiji primarno zainteresovani za stabilne razlike u anksioznosti, a ne za procenu stepena anksioznosti u trenutku popunjavanja upitnika, korišćena je samo skala koja meri crtu anksioznosti. STAI-T se sastoji od 20 stavki koje mere opšti nivo anksioznosti klijenta na četvorostepenoj Likertovoj skali procene. Na našem uzorku skala u celini se pokazala veoma visoko pouzdanom - Kronbahov alfa koeficijent pouzdanosti iznosi 0.951. Takođe su sve stavke pokazale veoma visoku pouzdanost.

REZULTATI

Vrednosti osnovne deskriptivne statistike za Indeks osetljivosti na anksioznost i Spilbergerov inventar crte anksioznosti prikazani su u Tabeli 1.

Na osnovu faktorske analize stavki ASI, metodom glavnih komponenti, Promaks rotacijom izolovali smo tri faktora koji objašnjavaju 63.082% varijanse: 1. Fizička zabrinutost (objašnjava 47.23% varijanse); 2. Psihološka zabrinutost (ob-

Tabela 1: Aritmetičke sredine i standardne devijacije za ASI i STAI-T						
Table 1: Mean and Standard Deviations for ASI and STAI-T						
	Ceo uzorak		Klinički		Neklinički	
	AS	SD	AS	SD	AS	SD
ASI	24.43	13.75	31,29	13,23	17,43	10,37
STAI-T	45.70	12.38	52,94	9,91	38,32	10,10

ASI – Indeks osetljivosti na anksioznost (Index anxiety sensitivity), STAI-T – Inventar stanja i crte anksioznosti - crta (Stait-Trait Anxiety Inventory - trait)

jašnjava 9.12% varijanse); 3. Socijalna zabrinutost (objašnjava 6.64% posto varijanse). U Tabeli 2 prikazana je matrica sklopa izolovanih faktora.

Faktori međusobno koreliraju u opsegu od .457 do .607. Oni snažno konvergiraju ka zajedničkom faktoru, pri čemu je faktor drugog reda najviše zasićen faktorom fizička zabrinutost što je prikazano u Tabeli 3.

Unutrašnja konzistentnost trofaktor-skog modela proveravana je izračunavanjem Kronbahovih alfa koeficijenata. Za skalu u celini alfa koeficijent iznosi

0.923, a za izolovane faktore vrednosti su nešto niže, što je prikazano u Tabeli 4:

Rezultati t-testa u analizi razlika po faktorima ASI i STAI-T u odnosu na pripadnost grupi (klinička i neklinička) prikazani su u Tabeli 5. Rezultati pokazuju da se klinički uzorak statistički značajno razlikuje po svim faktorima ASI i skoru na STAI-T u odnosu na neklinički uzorak. Vrednosti AS pokazuju da klinički uzorak postiže veće skorove na svim merama.

U analizi povezanosti i objašnjenju crte anksioznosti faktorima ASI koristili smo hijerarhijsku regresionu analizu.

Tabela 2: Matrica sklopa
Table 2: Pattern Matrix

	Faktori		
	1	2	3
ASI9 Kada primetim da mi srce ubrzano lupa, brinem da ću možda dobiti srčani udar	.900		
ASI6 Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa	.891		
ASI10 Uplašim se kada ostanem bez daha	.867		
ASI11 Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao biti ozbiljno bolestan	.861		
ASI4 Uplašim se kada počne da mi se vrti u glavi	.723		
ASI8 Uplašim se kada mi je muka u stomaku	.714		
ASI14 Neobični telesni simptomi me plaše	.621		
ASI3 Uplašim se kada počnem da drhtim	.604		
ASI7 Sramota me je kada mi stomak krči	.406		
ASI12 Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak		.902	
ASI2 Kada ne mogu da se skoncentrišem na zadatak, brinem da ću skrenuti s uma		.862	
ASI13 Drugi ljude primete kada drhtim		.743	
ASI15 Kada sam uznemiren, brinem da bih mogao biti mentalno bolestan	.366	.521	
ASI16 Plašim se kada sam uznemiren	.335	.508	
ASI5 Važno mi je da imam kontrolu nad svojim osećanjima			.914
ASI1 Važno mi je da ne izgledam uznemireno			.865

Koficijent multiple korelacije između kriterijumske varijable STAI-T i prediktora faktora ASI iznosi: $R = 0.737$; $R^2 = 0.543$; $R^2(\text{korigovano}) = 0.536$; $F(3, 202) = 79.952$; $p < 0.000$. Analiza beta pondera pokazuje da je najveća vrednost pridružena faktoru psihološke zabrinutosti, a zatim fizičke zabrinutosti. Socijalna zabrinutost nije pokazala značajan doprinos u objašnjanju STAI-T što se vidi iz Tabele 6. Obična linerana korelaci-

ja pokazuje značajnu povezanost faktora socijalne zabrinutosti i STAI-T, ali analiza parcijalnih i part korelacija, ukazuje da je ta veza pod uticajem međusobnih korelacija faktora ASI.

DISKUSIJA

U ovoj studiji napravili smo inicijalno ispitivanje psihometrijskih karakteristike Indeksa osetljivosti na anksioznost (ASI)

Tabela 3: Korelacije faktora ASI sa faktorom drugog reda	
Table 3: Factor correlations with higher order factor	
	Faktor drugog reda
Fizička zabrinutost	.949**
Psihološka zabrinutost	.810**
Socijalna zabrinutost	.611**

** Korelacija je značajna na nivou 0.01

Tabela 4: Pouzdanost tro-faktorskog modela	
Table 4: Reliability for a three-factor model	
	Alfa koeficijent
Fizička zabrinutost	0.892
Psihološka zabrinutost	0.835
Socijalna zabrinutost	0.710

Tabela 5: Razlike po grupama u odnosu na faktore ASI i crte anksioznosti							
Table 5: Group differences for ASI factors and trait of anxiety							
	Klinički		Neklinički		t	df	p
	AS	SD	AS	SD			
Fizička zabrinutost	.501	.947	-.511	.770	8.408	204	.000
Psihološka zabrinutost	.367	1.049	-.374	.791	5.712	204	.000
Socijalna zabrinutost	.315	.976	-.321	.923	4.801	204	.000
STAI-T	52.94	9.907	38.316	10.103	10.491	204	.000

STAI-T – Inventar stanja i crte anksioznosti - crta (Stait-Trait Anxiety Inventory - trait)

u našoj sredini. Utvrđeno je da karakteristike ovog instrumenta na našem uzorku odgovaraju nalazima prethodno obavljenih studija u inostranstvu.

Prvo, srednje vrednosti na skali za klinički i neklinički uzorak odgovaraju vrednostima koje nalazimo u zemljama zapadne Evrope i SAD-a [35], [36]. Pored toga srednja vrednost na skali za neklinički uzorak odgovara nalazima na hrvatskoj populaciji koja nam je kulturno sličnija od ostalih [34].

Drugo, rezultati faktorske analize ukazuju na trofaktorsku strukturu sa jednim faktorom višeg reda, što je takođe u skladu sa rezultatima prethodnih istraživanja [29], [30], [31], [34]. Prvi faktor je nazvan fizička zabrinutost pošto sadrži strahovanja od somatskih senzacija kao što su ubrzani rad srca, problemi sa disanjem, stomachne tegobe, vrtoglavica i sl. (na primer, “Kada primetim da mi srce ubrzano lupa, brinem da ću možda dobiti srčani udar”). Drugi faktor je nazvan psihološka zabrinutost pošto sadrži strahovanja od gubitka kognitivne kontrole, teškoće u koncentraciji, pamćenju i sl. (na primer, „Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak”). Treći faktor nazvan je socijalna zabrinutost pošto sadrži strahovanja od vidljivih simptoma anksioznosti i mogućih negativnih reakcija okoline (na primer, “Va-

žno mi je da ne izgledam uznemireno”). Pouzdanost prva dva faktora (alfa koeficijenti .892 i .835), kao i skale u celini (alfa koeficijent .923), u samom je vrhu vrednosti alfa koeficijenata koji su ustanovljeni u drugim studijama, dok je pouzdanost trećeg faktora (alfa koeficijent .71) veća nego u drugim studijama u kojima se kreće od .36 do .53 [30], [31], [34].

Klinički poduzorak u poređenju sa nekliničkim ima značajno izraženiju osetljivost na anksioznost na skali u celini, kao i na svim faktorima, što je u skladu sa teorijskim postavkama [5], i nalazima prethodnih studija [37]. Ova razlika sugerise da ispitanici sa anksioznom patologijom imaju izraženiji strah od anksioznosti i njenih simptoma tj. da razvijaju anksioznost kao odgovor na sopstvene anksiozne simptome.

Rezultati regresione analize u ovoj studiji pokazuju da strahovi od somatskih senzacija i gubitka kognitivne kontrole predstavljaju značajne prediktore anksioznosti kao crte. Ovaj nalaz se može lako razumeti u svetlu Rajsovih teorijskih postavki [5] po kojima osetljivost na anksioznost igra značajnu ulogu u razvoju anksioznosti. Naime, osobe sa povišenom osetljivošću na anksioznost pogrešno interpretiraju različite somatske senzacije i psihološke simptome ank-

Tabela 6: Regresioni model povezanosti faktora ASI sa crtom anksioznosti
Table 6: Regression model of correlations of ASI factors and trait of anxiety

Zavisna varijabla: STAI-T	Beta	t	p	Linearna korelacija	Parcijalna korelacija	Part korelacija
Fizička zabrinutost	.289	4.700	.000	.613	.314	.224
Psihološka zabrinutost	.490	7.800	.000	.694	.481	.371
Socijalna zabrinutost	.058	1.033	.303	.432	.073	.049

STAI-T – Inventar stanja i crte anksioznosti - crta (Stait-Trait Anxiety Inventory - trait)

sioznosti kao pretnju, verujući da će nakon njih uslediti negativne posledice što vodi stvaranju i/ili održavanju anksioznosti. Nalazi su takođe u skladu sa postavkama Racionalno-emotivne bihevioralne terapije o sekundarnom emocionalnom poremećaju [3] tj. o strahu od strana koji biva kreiran užasavanjem i nepodnošenjem vlastitog straha, kao i sa postavkama Klarkovog [4] modela paničnog poremećaja koji unutar Kognitivne terapije ukazuje na ključnu ulogu katastrofičnih interpretacija telesnih senzacija u razvoju paničnih napada.

Za razliku od prva dva faktora, faktor socijalna zabrinutost nije se pokazao prediktorom crte anksioznosti. Iako obična linearna korelacija pokazuje značajnu povezanost ovog faktora i crte anksioznosti, dalje analize u kojima je ukonjena zajednička varijansa koju socijalna zabrinutost deli sa ostalim faktorima ASI, pokazuju da socijalna zabrinutost zapravo nema udela u objašnjenju crte anksioznosti. Drugim rečima, anksiozne osobe manifestuju socijalnu zabrinutost stoga što su zabrinute za fizičke i psihološke simptome, što je potrebno proveriti daljim istraživanjima.

Na kraju pomenimo i ograničenja ove studije vezane za prirodu primenjenih instrumenta i karakteristike uzorka. Instrumenti korišćeni u istraživanju spadaju u tzv. tehnike samoprocene koje su osetljive na pitnja verodostojnosti, davanja društveno poželjnih odgovora i slično. Klinički poduzorak u ovom istraživanju čini heterogena skupina ispitanika

koji se nalaze u različitim fazama tretmana, uz prisustvo ili odsustvo farmakoterapije, što značajno utiče na nivo anksioznosti i osetljivosti na anksioznost. Neklinički uzorak je prikupljan metodom prigodnog uzorka. Ukoliko želimo da povećamo poverenje u dobijene rezultate buduća istraživanja bi trebalo da se ozbiljnije pozabave pitanjima selekcije uzoraka, pre svega u sakupljanju homogene kliničke grupe koja ne uzima medikamente i nije na psihoterapiji/savetovanju. Uprkos ovim ograničenjima saglasnost dobijenih nalaza sa teorijskim postavkama i prethodnim istraživačkim nalazima je ohrabrujuća, tako da se nadamo da će oni stimulisati dalja istraživanja ove značajne teme u našoj sredini.

ZAKLJUČAK

Istraživanje psihometrijskih karakteristika Indeksa osetljivosti na anksioznost govori u prilog tome da je ovaj instrument adekvatna mera ovog konstrukta u našoj sredini. Faktorska analiza ukazala je na tri faktora (fizička zabrinutost, psihološka zabrinutost i socijalna zabrinutost), koji se dobijaju i u većini stranih studija. Klinički poduzorak ima izraženiju osetljivost na anksioznost u odnosu na neklinički poduzorak na svim faktorima i skali u celini. Fizička i psihološka zabrinutost takođe predstavljaju prediktore crte anksioznosti. Gledano u celini, nalazi ove studije ohrabruju dalje korišćenje Indeksa osetljivosti na anksioznost u kliničkom setingu i istraživanjima u našoj sredini.

ANXIETY SENSITIVITY

Tatjana Vukosavljević-Gvozden¹
Borjanka Batinić^{1,2}
Ivana Peruničić³

Summary

Introduction: Anxiety sensitivity is fear of anxiety based on belief that anxiety has damaging physical, psychological and social effects. Numerous researches point to the fact that this sensitivity represents a significant risk factor for the development of anxious and other pathologies. The most often used measure of the construct of anxiety sensitivity is version of 16-item Anxiety Sensitivity Index.

Objective: This study aims to make initial psychometric evaluation of the Anxiety Sensitivity Index on a Serbian sample, which has not been carried out so far. Reliability testing, factor analysis, the comparison of a clinical and non-clinical group by anxiety sensitivity level and establishing whether anxiety sensitivity may predict trait anxiety are included.

Method: The sample comprises two groups of subjects: a clinical group (N=104) diagnosed with an anxiety disorder and a non-clinical group (N=102) of the same sex and age as the former. The majority of the subjects in the sample (70.4%) are female and their average age is 36.23 (SD=9.47). The Anxiety Sensitivity Index and Spielberger Trait Anxiety Inventory have been set.

Results: The results indicate that the Chronbach's alpha coefficient for the entire scale is very high (the value of alpha being 0.923). A three-factor structure composed of fears in relation to physical, psychological and social aspects of anxiety has been obtained and a higher-order factor has been established. Moreover, a significant difference between the clinical and the non-clinical sample has been observed on the entire scale as well as on each factor. Regression analysis has shown that physical concern and psychological concern are significant predictors of trait anxiety, while social concern does not play a part.

Conclusion: The characteristics of the Anxiety Sensitivity Index which have been established in our environment correspond to the results of studies previously carried out abroad. This instrument is an adequate measure of this construct in our population and thus it can be used in the clinical setting and further research.

Key words: anxiety sensitivity, anxiety

- 1 Department of psychology, Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Belgrade, Serbia
- 2 Clinic for Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia
- 3 Institute of mental health, Belgrade, Serbia

Literatura:

1. Fenichel O. *Psychoanalytic Theory of the Neuroses*. New York. Norton; 1945.
2. Beck AT, Emery G. *Cognitive Therapy of Anxiety and Phobic Disorders*. Philadelphia, Pa. Center for Cognitive Therapy; 1979.
3. Ellis A. The theory of rational-emotive therapy. In: Ellis A, Whiteley JM, editors. *Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy*. Brooks Cole Publishing Company; 1979. p.5-32.
4. Clark DM. A cognitive approach to panic disorder. *Behav Res Ther* 1986; 24:61-70.
5. Reiss S, McNally RJ (1985). Expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootylin RR, editors. *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. San Diego: Academic Press; 1985. p.107-121.
6. McWilliams LA, Cox BJ. How distinct is anxiety sensitivity from trait anxiety? A re-examination from a multidimensional perspective. *Pers Individ Differ* 2001; 31:813-818.
7. Taylor S, editor. *Anxiety Sensitivity: Theory, Research and Treatment of the Fear of Anxiety*. Mahwah, NJ. Erlbaum; 1999.
8. Taylor S. Anxiety sensitivity and its implications for understanding and treating PTSD. *J Cogn Psychot Int Quart* 2003; 17:179-186.
9. Watt MC, Stewart SH. Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *J Psychosom Res* 2000; 49:107-118.
10. Otto MW, Safren SA, Pollack MH. Internal cue exposure and the treatment of substance use disorders: Lessons from the treatment of panic disorder. *J Anxiety Disord* 2004; 18:69-87.
11. Taylor S, Koch WJ, Woody S, McLean P. Anxiety sensitivity and depression: How are they related? *J Abnorm Psychol* 1996; 105:474-479.
12. Asmundson GJG. Anxiety sensitivity and chronic pain: empirical findings, clinical implications, and future directions. In: Taylor S, editor. *Anxiety Sensitivity: Theory, Research and Treatment of the Fear of Anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999. p.269-285.
13. Scher CD, Stein MB. Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *J Anxiety Disord* 2003; 17:253-269.
14. Taylor S, Jang KL, Stewart SH, Stein, MB. Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral-genetic analysis. *J Anxiety Disord* 2008; 22:899-914.
15. Smits JAJ, Berry AC., Tart CD, Powers MB. The efficacy of cognitive-behavioral interventions for reducing anxiety sensitivity: A meta-analytic review. *Behav Res Ther* 2008; 46:1047-1054.
16. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 1986; 24:1-8 .
17. Taylor S, Cox BJ. Anxiety sensitivity: Multiple dimensions and hierarchic structure. *Behav Res Ther* 1998; 36:37-51.
18. Taylor S, Cox BJ. An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in clinical sample. *J Anxiety Disord* 1998; 12:463-483.
19. Taylor S, Zvolensky MJ, Deacon B et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychol assessment* 2007; 19:176-188.
20. Maller RG, Reiss S. Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *J Anxiety Disord* 1992; 6:241-247.
21. Spielberger CD. *Priručnik za Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti STAI [Stait-Trait Anxiety Inventory for Adults]*. Jastrebarsko, Croatia: Naklada Slap; 2000.

22. Isyanov EV, Calamari JE. Does stress perception mediate the relationship between anxiety sensitivity and anxiety and depression symptoms? *Anxiety Stress Copin* 2004; 17:153-162.
23. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory—II Manual*. New York, NY: Harcourt Brace; 1996.
24. Smári J, Erlendsdóttir G, Björgvinsdóttir A, Ágústsdóttir VR. Anxiety sensitivity and trait-symptom measures of anxiety and depression. *Anxiety Stress Copin* 2003; 16:375-386.
25. Zinbarg RE, Brown TA, Barlow DH, Rapee RM. Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: A reanalysis teasing apart the contributions of the two levels in the hierarchical structure of the Anxiety Sensitivity Index. *J Abnorm Psychol* 2001; 110:372-377.
26. Deacon BJ, Abramowitz JS. Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2006; 20: 837-857.
27. Deacon BJ, Abramowitz JS, Woods CM, Tolin DF. The Anxiety Sensitivity Index—Revised: Psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behav Res Ther* 2003; 41:1427-1449.
28. Hinton D, Pich V, Safren S, Pollack M, McNally R. Anxiety sensitivity in traumatized Cambodian refugees: A discriminant function and factor analytic investigation. *Behav Res Ther* 2005; 43:1631-1643.
29. Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME, Spencer MA, Keller MB. Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disordered patients. *Behav Res Ther* 2004; 42:79-91.
30. Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA. Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychol assessment* 1997; 9: 277-284.
31. Zvolensky MJ, McNeil DW, Porter CA, Stewart SH. Assessment of anxiety sensitivity in young American Indians and Alaska Natives. *Behav Res Ther* 2001, 39:477-493.
32. van Widenfelt BM, Siebelink BM, Goedhart AW, Treffers PDA. The Dutch Childhood Anxiety Sensitivity Index: Psychometric properties and factor structure. *J Clin Child Adoles Psychol* 2002; 31:90-100.
33. Broman-Fulks JJ, Deacon BJ, Olatunji BO, Bondy CL, Abramowitz JS. Categorical or dimensional: A reanalysis of the anxiety sensitivity construct. *Behav Res Ther* 2010; 41:154-171.
34. Jurin T, Jokić-Begić N, Korajlija AL. Factor structure and psychometric properties of the Anxiety Sensitivity Index in a sample of Croatian adults. *Assessment* 2011; 4:145-157.
35. Peterson RA, Plehn K. Measuring anxiety sensitivity. In: Taylor S, editor. *Anxiety Sensitivity: Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999. p.61-82.
36. Peterson RA, Reiss S. *Anxiety Sensitivity Index Revised Test Manual*. Worthington: OH:IDS Publishing Corporation; 1992.
37. Olatunji B, Wolitzky-Taylor K. Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Psychol Bull* 2009; 135:974-999.

Tatjana Vukosavljević-Gvozden
 Braće Jugovića 17, Beograd
 tel: 060-0638-962
 tvvgvozde@f.bg.ac.rs