

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi ve Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme

Filiz İZCİ¹, Gizem ÜNVEREN²

¹İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul / Türkiye

²İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, Psikoloji Birimi, İstanbul / Türkiye

Öz

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) uygulamaları, travma hastalarında son dönemde sık kullanılmaya başlanan tedavi yöntemlerindedir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve diğer travma hastalarında bu iki tedavi yönteminin klinikte uygulanabilirliğinin artması ile, travma hastalarında tedavi başarısı giderek artmaktadır. Bu makalede, travma hastaları arasında sık olarak görülen TSSB'nde, BDT ve EMDR yöntemlerinin, uygulama şekillerinin ve tedaviye olan etkilerinin gözden geçirilmesine çalışılmıştır. Bu yazı ile travma sonrası akut ve kronik seyir gösteren, birden fazla psikiyatrik belirti ile giden hastalıkların tedavisinde BDT ve yeni kullanılmakta olan EMDR yönteminin önemine vurgu yapılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Travma, TSSB, BDT, EMDR

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Posttraumatic Stress Disorder

Cognitive behavioral therapy (CBT) and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) are the most common treatment methods that are practiced on trauma patients in recent years. With the increased applicability of these treatment models in Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and on other trauma patients, success rate of these treatments on trauma patients is increasing steadily. In this article, it is tried to review the application forms and effects of EMDR and CBT methods among patients with PTSD, which is a commonly seen trauma disorder. It is aimed in this article to emphasize the importance of CBT and a newly treatment EMDR in post-traumatic acute and chronic disorders with multiple psychiatric symptoms.

Keywords: Trauma, posttraumatic stress disorder, cognitive behavioral therapy, EMDR

GİRİŞ

Psikolojik travma, kişinin hayatında değişiklik yapmasını gerektiren ve kişi için yeniden uyumu gerektiren olay olarak tanımlanmıştır (Coddington, 1972). Travma sonrası ortaya çıkan birden çok psikiyatrik hastalık tanımlanmıştır. Bunlar; Akut Stres Bozukluğu (ASB), TSSB, Uyum Bozuklukları olarak tanımlanmıştır. Bu hastalıkların özellikle travmanın direk etkisi ile ortaya çıktığı düşünülmektedir. Travma sonrası ortaya çıkan hastalıklardan biri olan TSSB'yi ele alırsak, TSSB genellikle travmatik bir yaşantının ardından ortaya çıkan psikolojik bir bozukluktur. Fiziksel saldırı, cinsel istismar, şiddet, trafik kazaları ve endüstriyel kazalar, savaş, terör olayları, başkalarının yaralanmasına veya ölümüne şahit olmak, yaşamı tehdit eden hastalıklar ve depresyon, tsunami, sel, kasırga gibi doğal afetler en yaygın olarak görülen travmatik yaşam olaylarıdır (Kessler, Sonnega,

Correspondence / Yazışma:

Filiz İzci

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul / Türkiye

E-mail: filizizci@yahoo.com

Received / Geliş: 20.07.2016

Accepted / Kabul: 11.10.2016

©2017 JCBPR. All rights reserved.

Bromet, Hughes ve Nelson, 1995). Yetişkinlerde görülen TSSB'ye yönelik psikososyal müdahalelerde destekleyici, psikodinamik, BDT, maruz bırakma, EMDR gibi farklı yaklaşımlar ve modeller kullanılmaktadır (Foa, 2000; Foy, Erikson ve Trice, 2001). Son yıllarda yapılan bir derlemede, TSSB tedavisinde Travma odaklı BDT ve EMDR'nin diğer terapilerden üstün olduğu bildirilmiştir (Bisson ve Andrew 2007). Foa ve Rothbaum (1998), TSSB'de uygulanan BDT'nin, travmaya maruz bırakmayı içerdiğini ve TSSB'ye bağlı bilişsel ve davranışsal kaçınmayı hedeflediğini belirtmişlerdir. Bunun yanında EMDR ise, bilgi işleme süreçlerini kolaylaştıran ve travmatik anı parçalarının bütünleşmesini sağlayan yenilikçi bir terapi yöntemidir. Kişinin travmatik yaşantısına ilişkin bilgi işleme sürecini yeniden işleyerek kişiyi rahatsız eden travmatik olayla ilgili düşünceleri, görüntüleri, duygu ve duyumları ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır (Foa, 2000; Foy ve ark., 2001; Stickgold, 2002). Bu derlemede, TSSB hastalarında BDT ve EMDR tedavi yöntemlerinin yeri ve etkisini gözden geçirmek amaçlanmıştır.

Travma

“Travma” sözlük anlamı olarak ‘Bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yara’ şeklinde tanımlanmıştır. Tıpta fiziksel ve ruhsal travmalar olarak iki farklı anlamda kullanılmaktadır. Coddington (1972), yaptığı bir çalışmada psikolojik travmayı, kişinin hayatında değişiklik yapmasını gerektiren ve kişi için yeniden uyumu gerektiren olay olarak tanımlamıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV-TR'deki tanımına göre travma, kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi yaşamaması, kendisinin ya da bir başka kişinin fiziksel bütünlüğüne karşı bir tehdit olayı yaşamaması ya da tanıklık etmesi ya da ailesinden birinin veya başka bir yakınının beklenmedik ölümünü, şiddete maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını öğrenmesi sonucunda kişide dehşete düşme, korku ve çaresizlik benzeri duygularının ortaya çıkmasıdır (APA, 2000). DSM-V'de ise travma, gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruziyet şeklinde tanımlanmıştır. Travmaya uğrama yolları ayrı kriterlerle belirtilmiştir (Çolak, Kokurcan ve Özsan, 2010). DSM-V tanımına göre, kişi olayı aşağıdaki yollardan biri ya da daha fazlası ile gerçek ya da göz korkutucu şekilde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olmalıdır: a) Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama, b) Başkalarının başına gelen olay(lar)ı doğrudan görme, tanıklık etme c) Bir aile yakınının ya da yakın arkadaşının

başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme (Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı, kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır), d) Örseleyici olayın sevimsiz ayrıntıları ile yineleyici biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örneğin; felaket sonrası insan kalıntılarını toplayan kişiler, çocuk istismarının ayrıntıları ile yeniden karşılaşan polis memurları) Ancak bu tip bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığı ile olmuş ise bu ölçütün uygulanamayacağı belirtilmiştir (APA, 2013).

Travmaya Bağlı Oluşan Ruhsal Bozukluklar

Travma sonucunda kişiler, bireysel, toplumsal ve biyolojik etkenler, travmanın tipi, şiddeti, yaşanma biçimi ve diğer birçok etkene bağlı olarak çeşitli tepkiler vermektedir. Sonuçta bir kısmı doğrudan maruz kalınan travmatik deneyim ile ilişkilendirilen, bir kısmı ise travma ile dolaylı olarak ilişkilendirilen pek çok ruhsal bozukluk gelişmektedir. Bunlar, doğrudan travma ile ilişkilendirilen ruhsal bozukluklar, ASB, TSSB, Uyum Bozuklukları iken, dolaylı olarak travma ile ilişkilendirilen ruhsal bozukluklar, Dissosiyatif Bozukluk, Borderline Kişilik Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu, Yeme Bozuklukları, Depresyon, Diğer Anksiyete Bozuklukları (yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, vb.), Psikotik Bozukluklardır (Baysak, 2010).

TSSB

TSSB, kişinin aşırı travmatik bir stresörle karşılaşmasından ya da duymasından sonra, olayların kişiye sıkıntı veren bir biçimde yeniden yaşanması, kaçınma davranışı gösterme, duygulanımda küntlük ile birlikte otonomik, disforik ve bilişsel bulguların değişik derecelerde bulunması ile karakterize bir ruhsal bozukluktur (Sadock ve Sadock, 2003). Travmatik olaylara karşı gelişen bir aydan kısa süren tepkiler ASB ve daha hafif olduklarında ise Uyum Bozukluğu olarak tanımlanır. ASB ve TSSB'den stres etkeninin genelde daha hafif olmasıyla ve TSSB'nin temel belirtilerinden olan yeniden yaşama belirtilerinin olmamasıyla ayrılmaktadır. Baskın özellik kısa veya uzamış depresif reaksiyon, diğer duygu ve davranış bozukluklarıdır (WHO, 1993). Weiss ve arkadaşlarına (1995) göre, TSSB gelişimi için risk grupları arasında yalnızca travmaya doğrudan maruz kalanlar değil, travmaya maruz kalan bireylerle çeşitli şekillerde ilişki kuran bireyler de yer alır.

TSSB'nin Tarihçesi

19. yy.'da şiddetli biçimde yaşanan travmanın psikolojik ve psikofizyolojik etkileri giderek daha çok ilgi çekmeye başlamıştır. Amerikan iç savaşında savaşmış olan askerlerde fiziksel ve zihinsel tükenme ile “asker kalbi” olarak tanımlanmıştır (Ramsay, 1990). Özellikle savaş travmasına bağlı olarak gelişen ve süregelen nitelik kazanan TSSB belirtilerinin yaygınlaşması, ortaya çıkan sosyal ve mesleki işlevsellikteki bozulmayla birlikte 1980 yılında DSM-III sınıflama sisteminde önemli bir klinik antite olarak TSSB için ayrı bir tanıma yer verilmiştir. DSM-III-R ve DSM-IV'de değişiklik yapılmış ve ASB DSM-IV'de sınıflamaya eklenmiştir (Noyes ve Hoehn-Saric, 1998). Lanius ve arkadaşları (2010), DSM-IV ve ICD-11 sınıflama sistemlerinin travma ile ilişkili ruhsal bozuklukların ve özellikle TSSB'nin önemli bir antite olarak varlığını devam ettireceği, dissosiyatif özellikler gösteren alt tip gibi bazı yeni alt bölümlenmelerin ve alt tiplerin geliştirileceği öngörmektedir. DSM-V e kadar anksiyete bozuklukları içinde değerlendirilen TSSB, DSM V'de ise travma ve stresörle ilişkili bozukluklar bölümü içinde ASB ve Uyum Bozukluğu ile birlikte yer almıştır. DSM-V'de TSSB “korku” kökenli tanımlanmış bir bozukluk olmaktan ziyade anhedonik/disforik belirtiler de gösterebilen, negatif bilişler ve kızgınlık, dürtüsellik, kendine zarar verme gibi davranışsal belirtileri de olabilen bir sendrom olarak tanımlanmıştır. DSM-V'de akut, kronik kavramları kaldırılmış olup “gecikmeli dışavurum gösteren tip” tanımlanmış, ancak “kimi belirtiler kısa süre içinde başlamış olsa da” ibaresi eklenmiştir. Ayrıca dissosiyatif belirti gösteren TSSB'nin ayrıca kodlanması istenmiş ve derealizasyon ve depersonalizasyon alt başlıkları eklenmiştir (APA, 2013).

Bilişsel Terapinin Tanımı ve Tarihçesi

Modern ruhbilim içinde düşünceye hak ettiği yeri veren ilk kişi, New York' lu psikolog Albert Ellis'tir. Ellis'in kurucusu olduğu Düşünsel Duygulanımcı Terapi, insanın ruhsal sorunlarının büyük ölçüde bireyin akılcı ve gerçeğe uygun olmayan inançlarından kaynaklandığını savunmaktadır (Ellis, 1994). Daha sonra 1960'lı yıllarda Aaron T. Beck'in geliştirdiği Bilişsel Terapinin düşüncenin ruhsal patolojilerin kavramsallaştırılmasındaki yerini psikoloji ve psikiyatri alanına kabul ettirmiştir (Beck, 1967).

Hawton, Salkovskis, Kirk ve Clark (1989) çalışmalarında, Beck tarafından formüle edilen bilişsel terapinin, çeşitli ruhsal bozuklukları (örneğin, depresyon, anksiyete, fobiler, ağrı sorunları, vb.) tedavi etmekte kullanılan etkin, yönlendirici, yapılandırılmış bir yaklaşım olduğundan

bahsedilmektedir. Young ve Beck (1980), hastanın düşüncesini tekrar değerlendirerek ve düzelterek sorunlarına ve daha önce aşılmaz sandığı ortamlara egemen olmayı öğrendiğini söylemişlerdir. Beck (1987), bilişsel yöntemlerle hastanın özgül hatalı kavramlaşmalarını ve uyuma yönelik olmayan varsayımlarını tanımlayarak göstermeyi ve test etmeyi amaçlamıştır. Clark ve Teasdale'e (1982) göre, çeşitli sözel yöntemler özgül bilişlerin ve varsayımların altında yatan mantığı ve temeli keşfetmek için kullanılır.

Bilişsel Terapilerin Temel Özellikleri

Davranışçı yaklaşımlar klasik uyaran-tepki modeli üzerinde kurulmuştur. Bilişsel psikoloji ise uyaranla tepki arasındaki mental süreçleri inceler. Bilişsel modele göre A noktasındaki olaya (uyaran) C noktasında verilen duygusal yanıtı (tepki) belirleyen, A ile C arasındaki B noktasında A olayı ile ilgili olarak yapılan yorumdur. B noktasındaki otomatik düşünceler bu yorumun ne biçimde yapılacağını belirler. Başka bir deyişle B noktasında A olayı ile ilgili yapılan farklı yorumlar, C noktasında farklı duyguların ortaya çıkmasına neden olur (Sungur, 1997). Biliş önceliği (primacy of cognition) olarak bilinen bu kavram, duyguların öncesinde düşüncelerin olduğunu dile getirmektedir (Sungur, 2003).

Yapılan çalışmalarda (Beck ve Emery, 1985; Sungur, 1997), bilişsel terapilerin temel ilke ve özellikleri şöyle sıralanmıştır:

- Bilişsel terapiler bilişsel model üzerine kurulmuşlardır. Başka bir deyişle, yaşanan bir olay sonunda hangi türden bir duygunun ortaya çıkacağını belirleyen olayla ilgili yapılan yorumlar, yani düşünce biçimleridir,
- Bilişsel terapiler davranış tedavileri gibi soruna yönelik, zamanla sınırlı, hastayla işbirliği üzerine kurulu, yapılandırılmış terapilerdir,
- Bilişsel terapiler terapist ile hastanın ortak çabalarını ve işbirliğini gerektirir. Bu bağlamda bilişsel terapiler aynen davranış terapileri gibi hastaya yapılan işlemler değil, hasta ile birlikte yürütülen işlemlerdir,
- Hastanın düşünce ve inançları birer hipotez gibi kabul edilmelidir. Her bir düşünce veya hipotez uygunluğu (doğruluğu değil) gözden geçirilmeli ve bu işlem sonunda desteklenmeli veya çürütülmelidir,
- Hipotezlerin sorgulanması sırasında soru sorma biçimi temel terapötik araçtır. Başka bir deyişle sorgulama hastanın temel düşünce ve inançlarını tehdit etmeden yapılmalıdır. Hastaya yönlendirme aracılığıyla bir farkındalık sağlamak (guided discovery), inançlarındaki

- ve düşüncelerindeki tutarsızlıkları göstermekten çok daha etkilidir,
- f) Sorulan sorular: hastanın düşünce biçimlerini anlamasını, düşüncelerindeki çeşitli bilişsel çarpıtmaların farkına varmasını, düşünce biçim ve içeriğinin daha uyumlu olanlarla yer değiştirmesini, düşünce ve buna bağlı davranışları ile ilgili olarak geleceğe yönelik daha gerçekçi planlar yapmasını sağlamalıdır,
- g) Sorulan kapalı uçlu sorular bazen açık uçlu sorulardan daha uygun olabilir, h) Bilişsel terapiler yapılandırılmıştır terapilerdir. Çeşitli belirsizlikleri nedeniyle anksiyetesi artmış hastalar için en azından başlangıçta yönlendirici bir yaklaşım oldukça yarar sağlayacaktır,
- i) Bilişsel terapiler davranış terapileri gibi sorun çözmeye yönelik yaklaşımlardır. Önce sorunlar sıralanır, ardından bu sorunlar üzerinde ayrı ayrı çalışılır. Böyle bir yaklaşım sorunların çözümüne terapistin istediği yerden değil, hastanın istediği yerden başlamak anlamına da gelir. Böylelikle hastanın terapiye uyumu artırılmış olur,
- j) Bilişsel terapiler anlaşılamayanı anlaşılır duruma getirmeyi amaçladığından, bilgilendirme çok önemlidir. Karşılıklı bilgi alışverişi tedavide sık olarak yapılmakta, terapistle hasta, hasta-hekim ilişkisinden öteye insan-insana bir ilişki içine girmektedir,
- k) Bilişsel terapiler tümevarım metoduna dayalıdır.

Davranışçı Terapilerin Temel Özellikleri

Sungur (1993), davranış tedavilerini oldukça genel bir tanımla, öğrenme ilkelerinin davranış bozukluklarının analiz ve tedavilerine sistematik bir biçimde uygulanışını belirttiği. Öğrenme kuramları yönünden anksiyete bozuklukları klasik koşullanma ile oluşan ve edimsel koşullanma ile devam eden klinik tablolardır. Klasik koşullandırma kuramına göre nötral yani özünde korkutucu olmayan bir uyarıcı (koşullu uyarıcı), fobik bir uyarıcıyla yani nötral olmayan korkutucu bir uyarıcıyla (koşulsuz uyarıcı) eşleştirildiğinde koşullu uyarıcı nötr özelliğini kaybederek itici/rahatsızlık verici bir uyarıcı haline gelir. Klasik uyarıcı-tepki kuramına göre koşullu uyarıcı (özünde korkutucu olmayan) zaman zaman koşulsuz uyarıcı (korkutucu olan) ile pekiştirilmez ve yalnız başına verilmeye devam edilirse, giderek uyarıcı veya itici özelliğini kaybeder. Bu teoriye aykırı gibi görünen klinik özellik edimsel koşullanma ile açıklanabilir. Edimsel koşullanma bir davranış parçacığının kendi doğurduğu sonuçlara bağlı olarak değişikliğe uğraması sürecidir. Kişi anksiyete oluşturabilecek ortamlardan ya uzak durur (kaçınma davranışları) ya da kaçınma mümkün değilse ortamda bulunma

süresini kısaltır, yani kaygısı artınca ortamı terk eder (kaçınma davranışları). Davranışçıların “İki Aşamalı Teori”si olarak bilinen bu teori Alıştırma İlkesi’ne dayalı tedavilerin temel ilkesidir. Alıştırma tedavisi (exposure therapy) kişiyi kaçınma davranışlarına neden olan yer/durum/nesne/düşünce/imaajlarla yeterince süre karşı karşıya getirerek kaçınma davranışlarının sönmelerini ve alışma durumunun ortaya çıkmasını sağlamaktır (Sungur, 1996).

TSSB ve BDT

TSSB’yi açıklamaya yönelik birkaç bilişsel kuram çerçevesinde farklı açıklamalar yapılmıştır. Horowitz’in (1986) yaptığı çalışmada, TSSB’nin kişinin var olan şemaları ile tehdit edici olay sırasındaki algısını örtüştürme ve travmaya bağlı gelişen uyarılma ile kişinin bunu normal düzeyde tutma isteği arasındaki çatışmadan kaynaklandığı ileri sürmüştür. McCann, Sakheim ve Abrahamson (1988), travmatik olayın kişinin önceden var olan, dünyaya ve kendilik algısına ait yerleşik bilişsel şemaları bozduğunu, travmanın niteliğine ve doğasına bağlı olarak olumsuz ve bireyin uyumunu bozacak nitelikte yeni şemaların oluştuğunu belirtmişlerdir. Foa ve Kozak, (1986) ise, TSSB’nin bilgi işleme-deki kusurdan ileri geldiğini öne sürmektedir. Buna göre travmatik deneyimin yaşandığı andaki uyarılara ait bilgi sözel, davranışsal ve fizyolojik tepkiler olarak kişinin belleğinde “korku yapıları” olarak yerleşmekte, kişi benzeri olayı yeniden yaşadığında bu bellek bölgesi aktive olmakta ve bireyin tehlikeli durumlardan kaçınmasını sağlamaktadır. Travma sonrasında bireyin temel varsayımları zedelendiği halde insanlar sıklıkla güvenli ve anlamlı bir dünya inancını sürdürmektedir. Livanou’a (2003) göre bu durum dünyayı tehdit edici olarak görmekten kaçınma arzusuna bağlıdır.

Foa ve Rothbaum (1998), TSSB için BDT travmaya maruz bırakmayı içerdiğini ve TSSB’ye bağlı bilişsel ve davranışsal kaçınmayı hedeflediğini belirtmişlerdir. BDT, travma yaratan olaylara odaklanmanın yanı sıra kaygıyla başetme (ör. gevşeme), psikoeğitim ve Cognitive Restruction (CR) teknikleri gibi bileşenleri içeren yapılandırılmış bir tedavi yöntemidir. TSSB hastalarında uygulanan BDT yöntemlerinden biri, öncelikle kaygı yatıştırıcıya kadar travma ile ilgili korkutucu uyarımlarla (görsel ve işsel) yüzleşmeye odaklı Prolonged Exposure’dur (PE). Resick ve Schnicke’e (1993) göre, bir diğer yöntem, travma ile ilgili olarak yerleşmiş olan problemleri bilişsel süreçlerin tespit edilip yerini daha adaptif bilişsel süreçlerin almasını sağlamayı hedefleyen Cognitive Processing Therapy’dur (CRT).

TSSB’de kullanılan terapi yöntemlerinin amaçları aşağıdaki gibidir:

Prolonged Exposure (PE): korkularla yüzleşmenin ve bunları kontrol etmeyi öğrenmenin önemini vurgulayarak, yaşanan travmayla güvenli şekilde yüzleşmeyi hedefler. Görüntüleme, yazma veya olayın yaşandığı yerlere ziyaret gibi uygulamalar sırasında hastalara duygularını nasıl idare edeceği konusunda destek sağlanır (Litz, Engel, Bryant ve Papa, 2007).

Cognitive Restruction (CR): Bazı olgular olayları olduğundan farklı hatırlayabilirler, gerçekçi olmasa da suçluluk-utanç hissedebilirler. Hedef kötü anıların mantıklı hale getirilmesi, istismar olayına gerçekçi bir bakış açısı sağlamaktır (Litz, Engel, Bryant ve Papa, 2007).

Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Litz ve arkadaşları (2007), bu uygulama ile anksiyetenin nasıl azaltılabileceğinin öğretiler olduğunu söylemektedirler. Amaç, CR'ye benzer biçimde, hastanın anılara sağlıklı bakabilmesini sağlamaktır.

BDT'nin etkililiği konusunda; Bisson ve Andrew (2007), Travma odaklı BDT'nin, tedavi görmeyenlerle ve stresle baş etme, destekleyici/yönlendirici olmayan tedavilerle kıyaslandığında TSSB kriterlerinin tümü üzerinde klinik olarak etkili olduğu göstermişlerdir. Akut veya kronik TSSB olan afet mağdurlarında Travma odaklı BDT, tedavide ilk seçenek olarak tavsiye edilmektedir. TSSB de uygulanacak BDT süresi; TSSB tek bir olaya bağlıysa 45-60 dakika uzunluğunda 8-12 görüşme yapılır. Seanslarda travmatik olay tartışılıyorsa görüşme süreleri daha uzun olmalıdır (90 dakika). Görüşmeler ise, ilk görüşme ve görüşmelerde danışanla terapötik işbirliği kurmak ve danışanı travma yaşayanlarda travma sonrası ortaya çıkabilecek tepkiler konusunda bilgilendirmek, nefes eğitimi gibi gevşeme tekniklerini tanıtmak ve danışanı bunları uygulama konusunda eğitmek, danışanı travmaya maruz bırakma tekniği ve gerekçeleri konusunda bilgilendirmek şeklinde olmalıdır. Maruz bırakma genellikle kişinin travmayla ilgili anılarını gözünde yeniden canlandırarak anlatması veya bu anıları hikaye tarzında yazmasının sağlanması şeklinde olur. In vivo maruz bırakma uygulamasında ise Foa ve Kozak (1986), danışanın travmayla bağlantılandırması sonucunda kendisinde güçlü duygular uyandırdığı veya fiziksel bazı tepkilere yol açması nedeniyle kaçındığı durumlarla yüzleşmesini sağladığını söylemektedirler.

EMDR Tanımı ve Tarihiçesi

EMDR, bilişsel, davranışçı ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi çok iyi bilinen farklı yaklaşımların öğelerini bir araya getiren bir yöntemdir (Shapiro, 1999). EMDR,

savaş stresi, taciz, doğal afetler veya çocukluk döneminde yaşanan örseleyici olaylar gibi rahatsız edici yaşam deneyimlerinin neden olduğu duygusal sorunların yanı sıra, fobi, performans kaygısı, panik bozukluk, beden algısının bozukluğu, çocuklarda travma belirtileri, yas, kronik ağrı, taciz, tecavüz ve başka sorunların tedavisinde kullanılan bilişsel, davranışsal ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi çok iyi bilinen farklı yaklaşımların öğelerini bir araya getiren psikoterapi yöntemidir (Shapiro, 2001).

EMDR, 1987 yılında ilk kez Francine Shapiro adlı bir klinik psikolog tarafından travmatik yaşantıların tedavisinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Shapiro'nun Uyumsal Bilgi İşleme (UBİ) modeline göre; bir bilgi eğer sıkıntı verici ya da travmatik ise tam olarak işlenemez. Bellekte olayla ilgili ilk algılar, beraberinde çarpıtılmış düşünce ve algılar olarak depolanacaktır. TSSB'nin "intrusive" (girici) belirtilerinin, travmanın işlenmemiş algı, afektif ve bilişsel elemanlarından kaynaklandığı varsayılır. Göz hareketleri ve diğer bilateral (iki yönlü ses ya da dokunma uyararı gibi) uyarıların bilgi işlemeyi uyardığı varsayılmaktadır (Kavakçı, Doğan, ve Kuğu, 2010).

EMDR ile tedavi rasyoneli, travmatik bir olay olduğunda bilgi işleme için gerekli olan uyarıcı/engelleme dengelinin zarar gördüğü saptamasına dayanmaktadır (Shapiro, 1995). Göz hareketleri uyarıcı/engelleme dengeli yeniden kurup "donmuş" bilginin duyarsızlaştırılmasını sağlayarak bilgi işlemeyi ve uyarlanmış bir bütünleşmeyi sağlamaktadır. Bilgi işleme, olumsuz etkinin nötrlenerek travmatik imgenin difüzyonu ve olumlu düşüncenin yeniden kurulması sayesinde gerçekleşir. Bireyin tedaviye alınabilmesi için anının resimli bir imgesini oluşturabilmesi, kendine ait olumsuz ifade ya da düşüncesi ve duygusal tepkisini gösterebiliyor olması gereklidir (Gürel, 2004).

EMDR sekiz evrede uygulanır. İlk iki evre bir seansta tamamlanırken, diğer beş evrenin seans sayısı farklılık gösterebilir.

1. Evre: Öykü alma, EMDR için hastanın hazırlığını değerlendirme, tedavi planı geliştirme ve EMDR tedavisi için uygun hedefleri belirleme aşamasıdır.
2. Evre: Hastanın hazırlanmasını içerir. Göz hareketi veya başka iki yönlü uyarım tekniklerinden birini seçmesi sağlanır.
3. Evre: Travmatik anının işlenmesi başlar. Hedef anıyı temsil eden bir resim belirlenir. Hastadan bu resimle beraber gelen, onun hatırlattığı algılar, bilişler, duygu ve beden duyumları istenir.

4. Evre: Duyarsızlaştırmadır. Bu aşamada iki yönlü uyarım verilmeye başlanır, uyarım zaman zaman kesilerek hastaya nelerin canlandığı sorulur. Temalar duygusal, davranışsal bilişsel ve fizyolojik ya da olayla ilgili olabilir.
5. Evre: Bu evre, hedeflenen anıyı hastanın sıkıntı yaşamadan anımsaması ile başlar. Hastanın bu anı ile ilgili ifadeleri teşvik edilerek içgörüsünün sağlamlaşmasına çalışılır.
6. Evre: Beden taraması aşamasıdır. Hastadan hedef resim ve olumlu bilişe odaklanırken bedende herhangi bir gerginlik olup olmadığına dikkat edilmesi istenir. Hasta, rahatsız edici bir beden duyumu bildiriyorsa rahatlayana kadar işlemeye devam edilir.
7. Evre: Kapama aşamasıdır. Hastadan bu aşamada oturum bittikten sonra da işleyişin devam edeceğini, yeni iç görüler, düşünceler, anılar ve rüyalar fark edebileceği eğer bu olursa yalnızca ne yaşadığına odaklanması ve bunu ayrıntılarıyla not etmesi istenir.
8. Evre: Tekrar değerlendirme seansıdır ve ilk uygulamadan sonraki her seansın başlangıç aşamasıdır. Tedavinin etkisi değerlendirilir, hem de odaklanması gereken konular hakkında bilgi edinilir. Yeni hedefler belirlenerek yeni bir EMDR seansına başlanır (Shapiro, 2001).

Travma ve EMDR

EMDR yaklaşımına göre, travma ile ilgili anı bellekte uygun olmayan bir biçimde depolanır ve bu geçmiş yaşantı “düğüm” olarak adlandırılır. Düğüm, terapötik olarak çözülmesi hedeflenen, anı ağlarının merkezinde bulunan, biyolojik olarak depolanmış olan deneyimdir. Uygun olmayan biçimde depolanan bu anılar, işlevsel olmayan tepkilerin verilmesi ve kendilik algısının zayıflamasının en temel nedenidir. Şu andaki yaşantılar var olan anı ağları ile bağlantıda olduklarından, işlevsel olmayan bir biçimde depolanmış anı ile beslendiklerinde uygunsuz bir biçimde yerleşebilirler. Bellekte depolanan anılar, görüntü, düşünce, duyular gibi bilgilerden oluşurlar. Bilgi, “donmuş” bellek sisteminde değişmemiş/ işlenmemiş şekilde, nörobiyolojik seviyede başka bilgilerle uyum sağlayacak şekilde işlenmeden depolanmış olabilir. Birbiri ile ilişkili, temeldeki hedef anılar (düğümler) özgün halleriyle (değişmeden-işlenmeden) depolanmışlardır ve şimdiki zamanı önemli şekilde etkilerler. Birçok insanın hayatı boyunca benzer sorunları tekrar tekrar yaşamalarının nedeni, işlenmemiş travmatik anıları olabilir. Bu anılar işlendiğinde, bilgi, bozukluktan işlevselliğe doğru hareket eder. Bilgi işleme, işlevsel olmayan verileri donma durumundan çıkarıp uyum sağlayıcı bir çözüme doğru götürür. Bozukluktan işlevsel olana doğru hareket eder, daha yüksek uyum sağlama gerçekleştikçe düzelme artar (Shapiro ve Maxfield, 2002).

TSSB ve EMDR

EMDR'nin TSSB'de etkili olduğu kanıtlanmıştır (Bisson ve Andrew, 2007). EMDR'nin belirtilerde bir çok tedaviden daha hızlı düzelme sağladığı (Ironson, Freund, Strauss ve Williams, 2002) ve daha az tedavi seansı gerektirdiği (Van Etten ve Taylor, 1988) ve Travma odaklı bilişsel terapi ile eşit etkili olduğu bildirilmiştir (Seidler ve Wagner, 2006). Konuk, Knipe, Eke, Yüksek, Yurtsever ve Ostep (2006), 1999 depremi sonrası TSSB tanısı alan 47 olguya ortalama beş seans 90 dakikalık EMDR uygulamışlar ve katılımcıların bildirimine göre TSSB belirtilerinde belirgin azalma olduğunu bulmuşlardır, 6 ay sonra yapılan izlemde, iyilik halinin devam ettiğini saptamışlardır. Gürel (2004), yaptığı bir olgu bildiriminde, fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğinde yatan, trafik kazası sonrası TSSB ve bedensel yaralanması bulunan ve hiçbir tedaviyi kabul etmeyen bir hastaya iki seans EMDR uygulamış ve hasta travmatik anıların etkisinden kurtularak, tedavi sürecini kabul etmiş ve iyileşme sürecinin takipte artarak devam ettiğini belirtmiştir. Barrowcliff, Gray, Freeman ve MacCulloch (2004), EMDR terapisi sırasında göz hareketlerinin, gözlerin sabit olduğu durumun tersine, olumsuz otobiyografik anılarla beraber olan canlılığı, emosyonel değeri ve elektrodermal aşırı uyarılmayı azalttığını göstermişlerdir. Stickgold (2002), EMDR'nin nörobiyolojisi ile ilgili makalesinde, uyku fizyolojisi çalışmalarından yararlanan bir model geliştirmiştir. Ona göre TSSB, Rapid eye movement (REM) uykusu sırasındaki beynin normal fonksiyonunu değiştirebilir. EMDR, REM uykusu sırasında oluşan bellek bütünleşmesi için gereken özel fizyolojik durumu karşılar, bu durum iyileşme için gereklidir. Tekrarlayan sakkadik göz hareketleri beyin sapının REM üreten mekanizmalarını başlatabilir. REM benzeri durum şeklindeki bu oryantasyon yanıtı, travmatik anıların kortikal bütünleşmesini kolaylaştırır. EMDR ile aktive olan sistemler beyni, kendiliğinden, REM uykusuna benzer bellek işleme moduna kaydırır. Bu REM benzeri durum, hipokampus tarafından düzenlenen epizodik anımsamaların müdahalesi olmaksızın assosiyatif kortikal ağlardaki bütünleşmeye izin verir. EMDR, iki nedenden dolayı, REM uykusundan daha fazla işe yarar. Birincisi, REM uykusundan farklı olarak, EMDR tedavisi sırasında, danışan, iki yönlü uyarıma başlamadan önce neyi zihninde tutmak istediğine, dolayısıyla neyi işlemek istediğine kendisi karar verebilir. İkinci olarak, terapistlerin dikkatli yönetimi eşliğinde, kaygı ve korku düzeyi EMDR tedavisi süresince düşük seviyelerde tutulabilir. Bergman'nın (2008), yayınlanan bir makalesinde, EMDR'nin etki mekanizması hakkındaki görüşlerini geliştirmiştir. Travma belleği beynin sağ

tarafında lokalize olarak bildirilmektedir. İki yönlü uyarım hemisferler arası iletişime, travma materyalinin konuşma ve dil alanlarıyla bütünleşmesine izin verir. EMDR'nin etkisi ile hemisferik lateralitenin onarılması, bellek bütünleşmesi, somatosensoryal (beden-algı) bütünleşmesi ve dinamik nöral ağların senkronize olması sonucu somatosensoryal-kognitif (beden-algı-biliş) bütünleşme oluşmaktadır. Travma sırasında talamo-kortikal bağlanma bozulur, EMDR talamusu aktive eder ve bu bozulmayı onarır.

SONUÇ

Travma, ASB, TSSB, Uyum Bozuklukları, Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları gibi birden fazla ruhsal bozukluğa sebep olabilmektedir. Ruhsal bozuklukların ortaya çıkması, kişiyi, çevresini ve yaşam kalitesini ciddi anlamda etkileyen bir duruma sebep olabilir. Travma tedavisinde medikal tedavi, BDT, psikodinamik terapi, maruz bırakma ve EMDR gibi bir çok tedavi şekli kullanılabilir. Son yıllarda yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, TSSB tedavisinde, Travma odaklı BDT ve EMDR'nin diğer terapilerden üstün olduğu bildirilmiştir (Bisson ve Andrew, 2007).

BDT, genellikle otomatik düşünceleri saptama, günlük tutma, gevşeme ve başa çıkma, beceri eğitimini ve bilişsel yeniden yapılanmayı içerir (Tatrow ve Montgomery, 2006; Anderson, Watson ve Davidson, 2008). Bu tedavi teknikleri sıkıntıları tanıma ve iyileştirmeye, uyumsuz düşünce ve davranışlarını değiştirmeye ve yaşam kalitesini yükseltmeye odaklanmakta, hastanın günlük hayatında kendini daha iyi hissetmesini sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (Moorey ve Greer, 2002; Greer, Park, Pigerson ve Safren, 2010). Travmada BDT ise, travma yaratan olaylara odaklanma, kaygıyla başetme (ör. gevşeme), psiko eğitim ve CR teknikleri gibi bileşenleri içeren yapılandırılmış bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (Foa ve Rothbaum, 1998). TSSB'nin bilgi işlemedeki kusurdan ileri geldiği düşünülmüştür. Travmatik olayın yaşandığı andaki uyarılara ait bilgiler, sözel, davranışsal ve fizyolojik tepkiler olarak kişinin belleğinde "korcu yapıları" olarak yerleşmektedir. Kişi benzeri olayı yeniden yaşadığında bu bellek bölgesi aktive olmakta ve bireyin tehlikeli durumlardan kaçınmasını sağlamaktadır. TSSB'de ise bu "korcu yapılarının" daha geniş olduğu, uyarın fazlalığı ve yanıt fazlalığı içerdiği, özgün bir uyarandan çok geniş bir uyarın yelpazesine aşırı bir yanıt olduğu ve uyarınlarla kolayca ve hızlı bir şekilde yanıt geliştiği öne sürülmüştür (Foa ve Kozak, 1986).

Birçok çalışma ile EMDR'nin TSSB'de etkili olduğu görülmüştür (Lazrove, Triffleman, Kitei McGlashan ve Rounsville, 1998; Scheck, Schaeffer ve Gilette, 1998; Van der Kolk ve ark. 2007). Travma tedavisi için kolay öğrenilebilir ve uygulanabilir tedavi yöntemlerinden biri olan EMDR'nin klinik kullanımının artması, travma hastalarının iyileşme hızlarını artıracaktır. TSSB hastalarında BDT ve EMDR gibi tedavi yöntemlerinin kullanılması hastaların yaşam kalitelerine ve işlevselliklerine olumlu yönde etki edecektir.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2001). Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (DSM-IV-TR) (4th Ed.). (Köroğlu E, Trans.), Yeniden gözden geçirilmiş. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anderson, T., Watson, M., Davidson, R. (2008). The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study. *Palliative Medicine*, 22, 814–21.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barrowcliff, A.L., Gray, N.S., Freeman, T.C.A. ve MacCulloch, M.J. (2004). Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15, 325-45.
- Baysak, E. (2010). Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa Çıkma Tazları, Tükenmişlik ve İlişkili Etkenler (Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi).
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders And Phobias: A Cognitive Perspective*. NewYork: Basic Books.
- Beck, A. (1987). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bergman, U. (2008) The Neurobiology of EMDR: Exploring the thalamus and neural integration. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 300-14.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Review*, 18(3), CD003388.
- Clark, D.M. & Teasdale, J.D. (1982). Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 87–95.
- Coddington, R.D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. II. A study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 205–13.
- Çolak, B., Kokurcan, A. & Özsan, H.H. (2010). DSM'ler Boyunca Travma Kavramının Seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-25.
- Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Secaucus, NJ: Birch Lane.
- Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape. Cognitive-behavior therapy for PTSD*. NewYork: Guilford.

- Foa, E.B. (2000). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl 5), 43-8.
- Foy, D.W., Eriksson, C.B. & Trice, G.A. (2001). Introduction to group interventions for trauma survivors. *Group Dynamics*, 5(4), 246-51.
- Greer, J.A, Park, E.R., Prigerson, H.G. & Safren, S.A. (2010). Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24, 294-313.
- Gürel, D. (2004). Tıbbi tedaviye karşı olumsuz tutum gösteren fiziksel ve ruhsal travmalı bir hastanın iki seanslık göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden yapılandırma tekniği ile iyileşme süreci: Olgu sunumu. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 24, 689-96.
- Hawton, K. & Kirk, J. (1989). Problem-solving. In: K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive Behavioural Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Horowitz, M.J. (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 241-9.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J.L. & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: a community based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-28.
- Kavakçı, Ö., Doğan, O. & Kuğu, N. (2010) EMDR (göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme): Psikoterapide farklı bir seçenek. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 195-205.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the national comorbidity survey. *Archives of Genetic Psychiatry*, 52, 1048-60.
- Konuk, E., Knipe, J., Eke, I., Yüksek, H., Yurtsever, A. & Ostep, S. (2006). The effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on posttraumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. *International Journal of Stress Management*, 13, 291-308.
- Lanius, R.A., Vermetten, E., Loewenstein, R.J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J.D. & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-7.
- Lazrove, S., Triffleman, E., Kite, L., McGlashan, T. & Rounsaville, B. (1998). An open trial of EMDR as treatment for chronic PTSD. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 601-8.
- Litz, B.T., Engel, C.C., Bryant, R.A. & Papa, A. (2007). A Randomized, Controlled Proof-of-Concept Trial of an Internet Based, Therapist-Assisted Self-Management Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1676-84.
- Livanou, M. (2003). Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Teorik Yönleri. In: Aker T, Önder M. E. (Eds.). *Psikolojik Travma ve Sonuçları*, 5US Yayınları.
- McCann, I.L., Sakheim, D.K. & Abrahamson, D.J. (1988). Trauma and victimization: A model of psychological adaptation. *The Counseling Psychologist*, 16, 531-94.
- Moorey, S. & Greer, S. (2002). *Cognitive Behavior Therapy for People with Cancer*. New York: Oxford University Press.
- Noyes, R.J. & Hoehn-Saric, R. (1998). *The Anxiety Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ramsay, R. (1990). Invited review: post-traumatic stress disorder; a new clinical entity? *Journal of Psychosomatic Research*, 34(4), 355-65.
- Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1993). *Cognitive Processing Therapy For Rape Victims: A Treatment Manual*. Newbury Park, CA: Sage.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2003). *Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. (9th Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishing, 623-31.
- Scheck, M.M., Schaeffer, J.A. & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 25-44.
- Seidler, G.H. & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515-22.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. (1st ed.) New York: Guilford Press, pp.1-65.
- Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 35-67.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols And Procedures*. (2nd Ed). Newyork: Guilford Press, 4-126.
- Shapiro, F. & Maxfield, L. (2002). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information Processing in the Treatment of Trauma*. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 933-46.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61-75.
- Sungur, M.Z. (1993). Davranış Tedavileri. *Psikiyatri Bülteni*, 2(3), 109-15.
- Sungur, M.Z. (1996). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde davranış tedavileri. *Anksiyete Monografileri Serisi*, 10, 431-40.
- Sungur, M.Z. (1997) Bilişsel-davranışçı terapilerin gelişim öyküsü. *Psikoterapiler El Kitabı*. Tangör A (Ed). Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 4, 50-66.
- Sungur, M.Z. (2003). Bilişsel-davranışçı terapilerin temel ilke ve özellikleri ve entegre yaklaşımın yararları. *3P Dergisi*, 11(Ek.2), 31-8.
- Tatrow, K. & Montgomery, G.H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 17-27.
- Van der Kolk B.A., Spinazzola, J., Blaustein, M.E., Hopper, J.W., Hopper, E.K., Korn, D.L., et al (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 37-46.
- Van Etten, M.L. & Taylor, S. (1988). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5, 126-44.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R., Metzler, T. & Ronfeldt, H. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 361-8.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- Young, J. & Beck, A.T. (1980). *Cognitive Therapy Scale: Rating manual*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.