

Akut Stres Bozukluğunda Bir Müdahale Tekniğinin Uygulanabilirliği: Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)

Psk. Ebru SİNİCİ*, Doç. Dr. H.Gülşen ERDEN**, Yrd. Doç. Dr. Yüksel YURTTAŞ*

* GATA Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, ANKARA

** Ankara Üniversitesi Dil-Tarih Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü, ANKARA

Yazışma Adresi:

Psikolog Ebru SİNİCİ

GATA Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı

Etlik / ANKARA

Tel: +903123045507

GSM: +905323716475

Faks: +903123045500

E-posta: esinici@gmail.com

ÖZET

Akut stres bozukluğu, Türkiye'de giderek artan ve kişinin hayat kalitesini oldukça bozabilen bir sorundur. Bu konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarda hangi tedavi şeklinin daha yararlı olduğu konusunda kesin bir karara varılamamıştır. Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme [Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR] tekniği, travmatik anıların birkaç uygulama oturumunda çözümlenebileceğini ifade eden bir yaklaşımdır. EMDR oturumlarında hastadan yaşadığı bir travma sahnesi hayâl etmesini, olumsuz benlik imajı, travma ile ilgili olumsuz duyguları ve beden duyularını aklında tutması istenmektedir. Hastaya çift taraflı uyarı verilmektedir [gözün sağa sola hareketi, sağ ve sol kulağa verilen ses veya sağ ve sol ele verilen titreşim vb.]. Daha sonra danışana ortaya çıkan görüntü, duygu ve fiziksel duyuları anlatmaktadır. Bu tekrarlanan işlemler hastadaki olumsuz düşünce ve duygular duyarsızlaşıncaya kadar devam etmektedir. Olumsuz duygu ve düşüncelerin yerini olumlu duygu ve düşünceler almaktadır.

Bu çalışmanın amacı hastaların hayat kalitelerini bozan ve travma sonrasındaki ilk 4 hafta içinde aşırı korku, çâresizlik veya duygusal tepkisizlikle beraber, diğer belirtilerin de görülebildiği akut stres bozukluğunun tedavisinde yeni bir yöntem olan ve 2 yıldır aktif olarak uyguladığımız göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme [EMDR] tekniği konusunda yazılmış literatür bilgilerini gözden geçirerek bu konuda son yaklaşımların ortaya konulmasını sağlamaktır. Bununla birlikte EMDR tekniğinin yaygınlaştırılarak faâl olarak kullanılması hem hastalar hem de uygulayıcılar açısından büyük yararlar sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: akut stres bozukluğu, travma, göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme [EMDR]

ABSTRACT

APPLICABILITY OF AN INTERVENTION TECHNIQUE IN ACUTE STRESS DISORDER: EYE MOVEMENTS DESENSITIZATION AND REPROCESSING [EMDR]

Acute stress disorder is a syndrome that significantly disturbs the quality of life and has been increasingly observed in Turkey. Although there are many studies on this subject, there is no consensus about the best treatment choice. Eye Movements Desensitization and Reprocessing [EMDR] technique is a novel approach that helps to resolve traumatic memories in a few sessions. In EMDR

sessions, patients are asked to think about the trauma scene that has occurred and keep the negative self image and negative feelings about the trauma and bodily feelings in mind. Bilateral stimulation is presented to the patient [right and left movement of the eye, sound to right and left ear and vibration to right and left hand etc]. Later arising images express the feelings and physical sensations. This procedure is repeated until desensitization to negative thought and feelings are achieved. Negative thought and feelings are replaced by positive thought and feelings.

Purpose of this study is to review the studies in literature and describe the up-to-date approaches about EMDR technique which is a novel method in treatment of acute stress disorder that disturbs patient quality of life and presents with excessive fear, desperation, emotional desensitization and other symptoms within 4 weeks following the trauma and we have been using this treatment method frequently for more than 2 years. Nevertheless widespread and effective use of EMDR will provide considerable benefit for both patients and the performers.

Keywords: acute stress disorder, trauma, eye movements' desensitization and reprocessing [EMDR]

GİRİŞ

İnsanların hayatlarında trafik kazaları, doğal afetler, silâhlı saldırı, tecavüz vb. travmatik olaylar kaçınılmaz gibi görünmektedir. Bu travmatik olaylar toplumdaki tüm bireylerde yaygın olmakla beraber, çoğunlukla erkekler, gençler, azınlıklar, nevrotik veya dışa dönük kişilik özellikleri olanlar, âilelerinde veya kendilerinde psikiyatrik öyküsü bulunanlar, daha önce travmaya mâruz kalanlar ve uyum sorunu olanlar için daha fazla risk ihtimâli taşıdığından söz edilmektedir (Aker ve Acıbe 2004). Özellikle trafik kazası sonrası akut stres bozukluğu [ASB] gelişme sıklığı %18 ilâ %42 arasında değişmektedir (Bryant ve Harvey 1995, Mayou ve ark. 1993). Bu da bir olayın travmatik bir etki yapması veya bu şekilde algılanmasında hazırlayıcı bâzı etmenlerin rolü olabileceğini düşündürmektedir. Yaş, cinsiyet, toplumsal ve kültürel koşullar, çocukluk çağında yaşanan olumsuzluklar, olumsuz hayat olayları, toplumsal desteğin ve işlevselliğinin yetersizliği, âile ve psikiyatrik hastalık öyküsü gibi genetik, biyolojik ve psikolojik yatkınlıklar bu tür bir etkinin ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (Bryant ve Harvey 1995).

Travma sonrasında gelişen stres bozukluğunun tedavisinde ise kişide görülen bağlanma, kişiler arası işlevsellik, fiziksel ve psikolojik denge ve sosyal işlevsellik bozuklukları, klinisyen için zorlukları oluşturmaktadır (Robertson ve ark. 2004). Bu bozukluğun tedavisi için hem akademik hem de klinik seviyede önemli derecede ilgi olmasına rağmen, bilimsel literatürde izlenim bugüne kadar, stres bozukluğu için ne altın standart tedavi programı, ne de klinisyenler arasında genel kabûl görmüş herhangi bir tedavi yaklaşımı vardır (McFarlane ve Yehuda 2000). Ayrıca kişi üzerindeki travma etkisi geçen zamana bağlıdır ve bozukluğun ciddiyeti McFarlane ve Yehuda tarafından salık verildiği gibi, her hasta için ayrı bir tedavi yakla-

şımının kullanımını gerektirebilir.

Geçirilen bir travma sonrası kısa süre içinde stres tepkileri gösteren kişilerde kronik olarak psikiyatrik bir morbiditenin gelişme ihtimâli daha fazla olduğu görülmektedir. Şiddetli travma yaşantılarından sonra, olaydan etkilenen kişiler kendilerine ve çevreye zarar verecek davranışlar içine girebilecekleri için kısa sürede olaya müdahale etmek gerekmektedir (Özkürkçügil 2000).

Travma sonrasında yaşanan sorunların çözümünde birçok yöntem kullanılmaktadır. Bunlardan biri ülkemizde yeni kullanılmaya başlanan Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme [Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR] tekniği, kaza, savaş stresi, tâciz, doğal afetler veya çocukluk döneminde yaşanan üzücü olaylar gibi rahatsız edici hayat deneyimlerinin neden olduğu ruhsal sorunların yanı sıra, fobi, performans kaygısı, panik bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, çocuklarda travma belirtileri, yas, kronik ağrı ve başka sorunların tedavisinde kullanılan psikolojik bir yöntemdir. EMDR psikodinamik, bilişsel, davranışsal ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi çok iyi bilinen farklı yaklaşımların öğeleri ni bir araya getirmektedir (Shapiro 2001).

EMDR, bilgi işleme modeline dayanan, sekiz aşamalı bir yaklaşımdır. EMDR tedavisi, rahatsız edici olaylara ulaşılmasını, işlemesini hızlandırmak ve öğrenme sürecini iyileştirmek için hafızanın algısal öğelerine [duygusal, bilişsel ve bedensel] odaklanmaktadır (Shapiro 1999a).

Francine Shapiro, 1987 yılında tesadüfen kendisini rahatsız eden ve üzen bâzı düşüncelerinin birdenbire yok olduğunu fark etmiş, o rahatsız edici düşüncelerini yeniden aklına getirdiğinde de bu düşüncelerin kendisini önceki kadar üzmediğini görmüştür. Bunun nasıl gerçekleştiğini anlamaya odaklanıp, rahatsız edici düşünceleri aklına getirdiğinde, gözlerinin kendili-

ğinden ve hızlı bir şekilde yukarı ve aşağı doğru verev olarak hareket etmeye başladığını fark etmiştir. Düşünceler yeniden yok olmuş ve o düşüncelerin olumsuz yükleri de azalmıştır. Bu noktada farklı rahatsız edici düşünce ve anılar üzerine yoğunlaşırken göz hareketleri yapmaya başlayan Shapiro, bu düşüncelerin de yok olduğunu ve ağırlıklarını kaybettiklerini görmüştür. Sonraki altı ay boyunca 70'in üzerinde kişiyle yaptığı çalışmalarla, standart bir işlem geliştirerek bunu Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma [EMD] olarak adlandırmıştır (Shapiro 1995). 1990'da eğitim verdiği klinisyenlerden gelen yüzlerce vak'a raporunun değerlendirilmesi sonrasında, rahatsız edici anıların uyumsal biçimde işlenmesi için, anıların ve kişisel yüklemelerin eş zamanlı biçimde duyarsızlaştırılmasının ve bilişsel yeniden yapılandırılmasının önemini fark etmiştir. Bu noktada yöntemini Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme [EMDR] biçiminde yeniden adlandırmıştır (Shapiro 1995). Böylece EMDR özgün bir terapötik yöntem ve temel psikolojik yaklaşımların önemli unsurlarını içeren bütünleşmiş bir sağaltım yaklaşımı olarak karşımıza çıkmıştır.

EMDR hakkında sadece psikolojik yaklaşımların unsurları ile ilgili değil, biyolojik olarak da çeşitli açıklamalar yapılmaktadır. Buna bağlı olarak travmatik deneyimlerle ilişkili olduğu bilinen limbik sistem ve amigdalaya etki ettiği öne sürülmektedir (Van der Kolk 1996). EMDR'nin iki yönlü uyarımı içeren tedavi sürecinde, nörobiyolojik mekanizmaları uyardığı, epizodik anıların harekete geçmesine katkıda bulunarak bu anıların kortikal semantik hafızaya uyum sağlamasını hızlandırdığı öne sürülmektedir (Stickgold 2002).

Olumsuz hayat deneyimleri veya travmalar beynin biyokimyasal dengesini bozabilmektedir. Bu dengesizlik, bilgi işleme sisteminde uyarlanarak çözülme durumuna ilerlemesini engellemektedir. Böylece deneyimle ilgili algılar, duygular, inanışlar ve anlamlar sinir sistemi içinde kilitlenmiş olmaktadır (Shapiro 1999b). Shapiro'ya göre göz hareketleri, travmanın bireyde yarattığı fizyolojik durumu gidermede etkili olmaktadır. İfade edilemeyen ve rahatsızlık veren duygular, göz hareketleri yoluyla sağ ve sol beyin yarımkürelerinin uyarılmasıyla açığa çıkmaktadır. EMDR tedavisinde uyarıcı/engelleyici dengeyi yeniden kurup, travmaya karşı duyarsızlaştırılmasını sağlayarak, bilgi işlemeyi ve uyarlanmış bir bütünleşmeyi gerçekleştirmek amacıyla göz hareketlerinden yararlanılmaktadır.

EMDR uygulamasının amacı, kişinin olumsuz yaşantı ile ilgili bilgiyi hızlı bir şekilde işlemesini sağlamaktır. Travmatik olaylar sonucu yaşanabilen psikolojik problemlerin birçoğunda (uyku bozuklukları, flash-

backler vb.) sorun, olumsuz olayın olmasından ziyade bu olayla ilgili olumsuz duyguların işlenememesi ile ilgilidir (Shapiro1999). EMDR ile çift yönlü uyarma sırasında danışandan sıkıntı veren sahne, düşünce, duygu ve beden duyumsamasına odaklanması istenir. Bu süreç sonucunda, geçmişte harekete geçmekte yetersiz kalmış olan uygun bilgi işleme süreci harekete geçer ve geçmişte yaşanan olumsuz olay veya durumun yol açtığı duygusal sıkıntının kaldığı yerden işlenmesi sağlanır. Amaç sadece danışanın duyduğu sıkıntıyı azaltmak değil, aynı zamanda geçmişteki olumsuz olay veya durumla ilgili negatif inancının yeni bir pozitif inanç ile yer değiştirmesi ve danışanın davranışsal değişimlerle en uygun düzeyde işlevsellik göstermesini sağlamaktır (Shapiro 1999b). Süre olarak ele alındığında, EMDR tedavisi tek bir travma söz konusu olduğunda 1 ilâ 4 seans arasında sonuçlanabilmektedir. Daha zor problemler söz konusu olduğunda tedavinin süresi uzayabilmektedir. Biz de bu yöntemi yoğun bir şekilde iki senedir uygulamaktayız.

EMDR'IN TEMEL ÖĞELERİ

EMDR işleminin etkili bir biçimde gerçekleşmesi, uygun hedeflerin belirlenmesine bağlıdır. Yanlış hedeflerin seçilmesi veya yanlış öğeler üzerinde durulması, tedavinin olumlu etkilerini asgariye indirecektir. Hedefler danışanın tedavisine ilişkin gereksinimleri dikkate alınarak belirlenmeli ve tam olarak işlenmelerine özen gösterilmelidir. EMDR'ın en önemli öğeleri resim [imge], olumlu ve olumsuz inançlar, duygular-rahatsızlık düzeyleri ve fiziksel duyumlardır.

Resim [İmge]

EMDR işlemi sırasında danışman danışandan, rahatsız edici bir olay veya anıyı düşünmesini ve olayı en iyi biçimde temsil eden bir resme yahut olayın en üzücü kısmına ilişkin, bir resme odaklanmasını istemektedir. Burada amaç, danışanın bilinçlilik durumu ile beyninde bilginin depolanmış olduğu bölüm arasında bir bağ kurmaktır (Shapiro 1999a).

Olumsuz İnanç

EMDR'da danışandan, söz konusu imge ile birlikte ortaya çıkan, kendisi ile ilgili olumsuz bir inancı veya uyumsuz olmayan bir benlik değerlendirmesini "ben cümlesi" biçiminde ifade etmesi istenmektedir. Bu cümle "olumsuz inanç" olarak adlandırılmaktadır. Bunun belirlenmesi çok kolay olmadığından, danışman danışana yardımcı olmaktadır (Shapiro 1999a).

Olumlu İnanç

Danışan ve danışmanın, hedefle bağlantılı olumsuz inancı belirlemelerinden sonra, danışanın arzulan olumlu bir inancı saptaması ve 1 ilâ 7 derece ara-

sında bir İnanç Geçerlik Ölçeği [Voc] üzerinde derecelendirme yapması söz konusu olmaktadır. Arzulanan bir olumlu inanç belirlemenin amacı, tedavi için bir yön belirlemektir. Böylece hem danışmanın, hem de danışanın EMDR oturumu sırasındaki ilerlemeyi değerlendirmeleri de kolaylaşmaktadır. Danışman gerekirse danışana olumlu inanç ifâdesini biçimlendirmede yardımcı olmaktadır (Shapiro 1999a).

Duygular-Rahatsızlık Düzeyi

EMDR'da danışandan anının resmini ve olumsuz inancını aklında tutarken hissettiği duyguları belirtmesi ve Özel Rahatsızlık Düzeyi Ölçeği [SUD] üzerinden rahatsız edici duyguları 0 ilâ 10 arasında bir derecelendirme yapması istenmektedir. Danışman danışanın hangi duyguyu derecelendirdiğine dikkat etmelidir. Rahatsız edici bir duygu, örneğin öfke, bir süre sonra yerini yas duygusuna bırakabilir, ancak danışanın verdiği rahatsızlık derecesi bir önceki duyguyla ilişkili olabilir. Bu noktada, danışmanın, danışanın hangi duyguyla ilgili rahatsızlık düzeyini derecelendirdiğini bilmesi uygun tepkiler verebilmesi ve işlemenin sürmesini sağlaması açısından önemlidir (Shapiro 1999a).

Fiziksel Duyumlar

Travmatik anı üzerinde yoğunlaşma sırasında oluşan fiziksel duyumlara odaklanmayı sağlamak genelde işlem üzerinde olumlu etki yaratmaktadır. Bu duyumlar, kalb atışının hızlanması, terleme, kaslarda gerginlik veya heyecanlı bir gerilimle ilişkili olabileceği gibi olumsuz inançla da bağlantılı olabilir (Shapiro 1999a).

Her EMDR oturumu beden taraması yapılarak tamamlanmalıdır. Bu işlemin sonunda danışandan zihninde fiziksel duyumlarına odaklanması istenerek gerçekleşmektedir. Bu noktada danışanın herhangi bir rahatsızlık hissedip hissetmediğini belirtmesi, oturumun sonlandırılması için gerekli bir koşuldur.

Göz Hareketleri

EMDR'da farklı türde göz hareketinin kullanılması mümkündür. Danışan için en uygun göz hareketi şekli [sağ-sol, yukarı- aşağı, vevv] belirlenir. Uygun uzaklık ve hareket hızının belirlenmesi ve hareket sırasında rahatsızlık hissedilip hissedilmediği sorulur. Bazı danışanlar göz hareketi sırasında gözlerinde ağrı, yaşarma veya kaygı bildirebilirler. Bu durumda göz hareketi yerine dizlere veya el üzerine dokunmalarla yâhut ses uyarımı kullanma önerilebilir (Shapiro 1999a).

EMDR'IN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNU AÇIKLAYAN KURAMLARLA İLİŞKİSİ

Shapiro (1995) EMDR'ın bilinen psikolojik yardım

biçimleri ile uyumlu olduğunu gösteren yanları olduğunu vurgulamaktadır; EMDR'ın erken çocukluk anılarına verdiği önem psikodinamik model ile bütünüyle uyumludur. EMDR'da şimdiki işlevsel olmayan tepki ve davranışlar üzerinde durulmaktadır; bu yönüyle klâsik davranışçılığın koşullama ve genelleme paradigmaları ile tamamen tutarlıdır. Bilişsel terapi alanındaki temelle-re de kaynaklık eden danışan merkezli yaklaşımdaki, olumlu ve olumsuz benlik değerlendirmeleri EMDR sağaltımında da önemli bir yere sâhiptir (Shapiro 1995).

Horowitz (1973, 1984), kişinin doğal tamamlama eğilimini vurgulayan bir Psikodinamik Bilgi İşleme Modeli geliştirmiştir. Tamamlama eğilimi, yeni bilginin var olan bilişsel şablonlar veya şemalarla birleştirilmesi için gerekli görülen psikolojik ihtiyaç olarak tanımlanmaktadır. Bu modele göre, travmatik bilgi, kişinin dünyaya ilişkin içsel modelleri ile uzlaşıncaya kadar faâl hâfızada işlenmeye devam etmektedir. Travma var olan şemayla birleşmediği sürece bilginin, çalışma belleğinde durması ve zorlayıcı düşüncelerin sürekli araya girmesi söz konusu olmaktadır. Birbiri ardına duygusuzluk ve kaçınma durumları yaşanması, travmatik bilginin işlenmesi ve bütünleşmesi gerçekleşinceye kadar sürüp gitmektedir. Bu noktada Shapiro (1995), tamamlama eğilimi kuramının EMDR'ın tıkanmış işleme modeli ile tamamen uyumlu olduğunu ileri sürmektedir. Shapiro'ya göre etkili yardım sağlayan birçok strateji ile öz kontrol teknikleri ve imgeleyerek yeniden canlandırma aşamalarının bütünleşmesini içeren çoklu tedavi yaklaşım olan EMDR arasında bir tutarlılık bulunmaktadır.

Biyolojik yaklaşımda ise, travmatik stresin merkezi sinir sisteminde [MSS] meydana gelen değişikliklere bağlı olduğunu ileri sürer. Çok sayıda araştırma, travma sonrası stres bozukluğu olan hastalarda travmayı hatırlatan durumların, otonom sinir sistemini harekete geçirdiğini, hem kalb atışı ve kan basıncında artma gibi fizyolojik tepkilerin, hem de travma anılarının canlanmasına neden olduğunu göstermiştir. Travmayı doğrudan anımsatmayan yüksek ses gibi çeşitli uyaranlar da hem otonom uyarılmaya hem de travma anılarının canlanmasına neden olmaktadır (Van Der Kolk 1996). Shapiro'ya göre (1995) fizyolojik olarak, işlenemeyen bilginin patolojiden sorumlu olduğunu gösteren biyokimyasal açıklamalar, hızlandırılmış bilgi işleme modeli ile tutarlılık göstermektedir. EMDR'ın hızlı ve olumlu sağaltım etkileri, fizyolojik sistemi yeniden dengeleyen elektro-biyokimyasal değişimlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Literatür çalışmalarına bakıldığında görüntüler, sesler, tadlar, duygular gibi deneyimler bilişle bağlanmak-

tadırlar (Protinsky ve ark. 2001). Beyin imgelem çalışmalarına göre, travmatik anılar ve onların duygusal bileşenleri sağ yarımkürede rahatsız edici duyular şeklinde depolanmaktadır. Bu anılar ve duygusal bileşenler, beyin iki yarımküresinde doğru işlenip uygun işlevselliğin sağlanabilmesi için gereklidir (Protinsky ve ark. 2001). EMDR'da beyin sağ ve sol yarımkürelerini aynı anda harekete geçiren göz hareketleri veya çift taraflı uyurım biçimleri, yarımküreler arası ileri ve geri bilgi aktarımını kolaylaştırmakta duygu ve nedenini tekrar işleyerek bütünleşmeyi sağlamaktadır (Shapiro 1995).

EMDR'nin göz hareketi bileşeninin görsel-uzaysal bir görev gibi davranarak duygulandıran görsel anılara duyarsızlaşmaya yardımcı olduğu öne sürülmektedir. (Andrade ve ark. 1997, Kavanagh ve ark. 2001, Van den Hout ve ark. 2001). Klinik olarak travmatize olduğu bilinen örnekte Lilley ve arkadaşları (2007) travmatik sıcak noktaları (Holmes ve ark. 2005) yatıştırırken sağa sola göz hareketlerini kullanarak bu öneriye destek sağlamışlardır. Ancak, göz hareketleri dışındaki diğer görsel-uzaysal görevler bazı yararlar sağlamaktadır. Ayrıca bu görevler ortaya koyma tedavisine veya görüntülerin oluşturulduğu diğer tedavi tekniklerine yardımcı olarak kullanılabilir (Holmes ve Bourne 2008).

Sacks ve arkadaşları (2008) tedavi seansları sırasında EMDR'nin psiko-fizyolojik ilintilerini incelemiştir. TSSB olan 10 hastanın toplam 55 tedavi seansı empedans kardiyografi ile incelenmiştir. Bu çalışma yönlendirici yanıt örüntüsü oluşumunun gerçek-hayat EMDR tedavi seansları sırasındaki uyarının başlangıcı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. EMDR zaman içinde önemli psiko-fizyolojik uyandırma ile ilişkili olan otonom aktivite örüntüsü gösterdiğini öne sürmüşlerdir (Sacks ve ark. 2008).

Travma sonrası stres bozukluğunda travma sırasında bulunan yansız [nötr] herhangi bir iç veya dış uyara karşı bir koşullanma olur ve bu yansız uyaran aşırı uyarılmışlığı yaratır (Aker 2004). Bu, başka yansız uyaranlarla da eşleşerek koşullanma yaratır ve kaygı yanıtına neden olur. Koşullanma modelinde tekrar yaşantılama belirtileri, bu şekilde yaygınlaşan bir uyaran genelleşmesinin sonucudur. Uyaran genelleşmesiyle birlikte kişi kendinde duygusal ve fizyolojik yanıtı yol açan ve kendisine travmayı hatırlatan bir dizi durumla karşılaşmaya başlar. Önceden kestirilemeyen bu karşılaşmalar irkilme veya uyarılmışlık gibi koşullu yanıtlara neden olur. Bu yanıtları ve bunlara ilişkin kaygıyı azaltabilmek için kaçınma ortaya çıkar. Bu tür uyaranlardan kaçınmak zamanla bir hayat biçimi hâline gelebilir (Aker 2004). Önemli olan diğer bir nokta, korku yaratarak kaçınmaya yol açan uyaranların sadece fi-

ziksel çevre ile sınırlı olmamasıdır. Düşünsel, duygusal ve imgesel düzeyde de kaçınmaların olabileceği unutulmamalıdır. Öfke, hiddet, hüznün, kaygı ve panik gibi güçlü duygusal tepkiler, travma sırasında gösterilen yanıtlara çok benzemeleri nedeniyle yaşantıları her durumda bastırılmaya çalışılır. Böylece travmayı hatırlatan her türlü düşünce, duygu, davranış, anı, durum yer gibi uyaranlardan kaçınma başlar (Şahin 2000).

Tüm bu çabalara karşın kişiler bir şekilde korku veren uyaranla karşılaşmak durumunda kalır. Bu bir yönüyle yüzleşme veya üzerine gitmektir. Oysa koşulsuz uyaranın yokluğunda koşullu uyaranla yeterli süre karşılaşmak veya yüzleşmek, korku ve anksiyete yanıtını azaltıp söndürmektedir. Buna karşın travmadan etkilenen kişilerde olayı tekrar yaşantılamak veya başka şekillerde anksiyete yaratan uyaranlarla karşılaşmak sönmeye yol açmaz. Bu durum, yüzleşmenin terapötik bağlamda yapılmaması ve alışmanın olmaması ile açıklanır (Aker 2004). Kendiliğinden yapılan olayla yüzleşmelerde kaygının artışıyla birlikte eylem düşünsel, davranışsal ve duygusal olarak herhangi bir şekilde kesilir. Genelde bu karşılaşmalar veya yüzleşmeler düzenli ve sistematik şekilde yapılmazlar (Keane ve ark. 1985, Foa ve ark. 1989, 1993). EMDR tekniğinin de bu işlemin düzenli ve sistematik şekilde yapılmasıyla sürece olumlu katkısı bulunmaktadır.

TSSB'nin doğrudan terapotik yüzleşme ile sağaltımında travmatik anılar, kaygı azalınca kadar birkaç oturumda iyileştirilmektedir (Stampfl ve Levis 1967). Doğrudan karşı karşıya getirme tekniği ile duyarsızlaştırma çalışmalarında, danışanlar çok yoğun düzeyde kaygı yaşadıkları için terapiyi yarıda bırakabilmektedirler. Ayrıca çok sayıda oturuma devam etme gerekliliğine karşın danışanların, terapiye devam etmemeleri sıklıkla ortaya çıkan bir durumdur.

Bazı açılardan EMDR'ın bir "karşı karşıya getirme" yâni mâruzîyet yöntemi olduğu düşünülmektedir. Çünkü doğrudan tedavi etkisi yaratabilmek için danışandan travmatik olayı aklında tutması istenmektedir. Bununla birlikte pek çok araştırma bulgusu ile desteklenen bir bilgi de EMDR'daki karşı karşıya getirmede diğer tekniklerdekinden daha az kaygı uyandırmasıdır (Wilson ve ark. 1996, Wilson ve ark. 1997). Ayrıca EMDR'da doğrudan terapötik yüzleştirmede olduğu gibi kaygı düzeyini şiddetlendirme veya artırma girişi yoktur. EMDR'da diğer karşı karşıya getirme tekniklerine oranla daha yüksek düzeyde başarı sağlandığı gözlenmiştir (Lipke ve Botkin 1992).

Bilişsel modele göre, anksiyete ve benzeri duygusal sorunlara uyumsuz ve gerçekçi olmayan düşünme biçimleri neden olur. Tehdidin nasıl algılandığı, kestirile-

bildiği ve kontrol edilebilirliği gibi bilişsel değişkenlerin stres bozukluğunun gelişimi ve sürmesinde etkili olduğu düşünülür. Stres etkeninin özellikleri de yanıtın ortaya çıkmasında önemlidir (Aker 2004). Model, bilişsel algılama kadar tekrar hayata, rüyalar ve uyarılmışlık tepkilerini ortaya çıkaran travmatik hafıza içindeki yanıt elemanlarına da önem verir. Ayrıca sosyal destek, hayat olayları, başa çıkma yetenekleri, aile öyküsü ve psikopatolojik öykü gibi çeşitli etmenlerin koruyucu veya ortaya çıkarıcı rolleri vardır (Scott 1993).

Anksiyete bozukluğu olan kişiler tehlikeyi olduğundan fazla abartıp, kendi kaynaklarını ve stres etkeniyle ilgili başa çıkma yeteneklerini küçümseme eğilimindedirler. Travmalardan sonra kişilerde “Ya Hep, Ya Hiç”, aşırı genelleştirme, olumsuzlukları büyütüp olumlu olayları görmezden gelme, kişiselleştirme ve kendini suçlama, olduğundan güçlü görünmeye çalışma gibi düşünce ve tutumlar öne çıkar. Bu tür düşünce, inanç ve tutumlar kişinin psikolojisini olumsuz yönde etkilerler (Scott 1993).

Kişinin travmanın nedenine yaptığı atf ve travmatik yaşantıya verdiği anlam da bir diğer önemli noktadır. Tehlike veya tehditle ilgili inançlar anksiyete ve korkunun gelişmesinde temel bir role sahiptir. Yaşanılan felâketin boyutlarını sonradan öğrenmek bile [nasıl bir felâketten kurtulmuşum] travmanın anlamının değişmesine ve kişinin psikolojisinin bozulmasına yol açabilir (Foa ve Riggs 1993, Aker 2000, Janoff-Bulmann 1992).

Olayın, olayda bulunan anlamının yeniden tanımlanmasının ve uygun olmayan kendini suçlamanın hafiflemesini içeren bir bilişsel yeniden değerlendirme, travmadan kurtulanların EMDR’la sağaltımında önemli bir boyuttur. EMDR’daki duyarsızlaştırma ve bilişsel yeniden işleme, rahatlama tepkisine yol açmaktadır. Bu noktada kaygı, duyarsızlaştırmanın ardından gelen derin bir rahatlama tepkisi ile eşleşmektedir. Bu durum, sistematik duyarsızlaştırma ve doğrudan terapötik karşı karşıya getirmeye benzetmekte, fakat sistematik duyarsızlaştırmadan daha hızlı olmakta ve uzamış karşı karşıya getirme tekniğinde yaşananlardan daha az sıkıntı yaratmaktadır (Shapiro 1995).

EMDR'IN DİĞER TEDAVİ YÖNTEMLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Scheck, Schaeffer ve Gillette (1998) Rogerian aktif dinleme şekliyle kıyasladığında iki seans EMDR ile tedavi edilen bireyler [travma hikâyesi olan veya yüksek riskli davranışlı olan] için genel işlevsellik ve beş sıkıntı ölçüsü üzerinde çok önemli ilerleme bildirmiştir. TSSB’si olan askerlerde Carlson, Chemtob ve arkadaşları (1998) biofeedback ve rölaksasyona oranla

EMDR ile tedavi edilen bu kişiler arasında daha fazla ilerleme bildirmiştir. Stres bozukluğu semptomlarını bildiren 23 kişilik deney grubu ile Devilly ve Spence (1999) bilişsel davranış terapisinin bir çeşidine karşı EMDR’ın etkinliğini kıyaslamış ve stres bozukluğu patolojisini azaltmada BDT türünü daha etkili bulmuştur. Aksine, Rogers ve arkadaşları (1999) her iki grupta da olumsuz düşüncelerde azalma bildirmesine rağmen mâruz bırakma ile karşılaştırıldığında Vietnam gâzilerinde EMDR’ın daha olumlu değişiklikler meydana getirdiğini bildirmiştir. Lee ve arkadaşları (2002) tedavi gruplarına rasgele atanan 22 denekte stresle başa çıkma eğitimi ve mâruz bırakma tekniği kombinasyonuna karşı EMDR’ı karşılaştırmıştır. Her iki yaklaşımda tedavi sonrası ve 3 ay takipte klinik olarak anlamlı ilerlemeler oluşturmaya rağmen olumsuz düşünceleri azaltmada EMDR’ı daha yararlı bulmuşlardır. Ironson ve arkadaşlarının (2002) yapmış olduğu çalışmanın sonuçları EMDR ve uzun süreli mâruz bırakmanın ikisinin de depresyon ve stres bozukluğu semptomlarını azaltmada eşit olarak etkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bununla beraber üç aktif tedavi seanslarını takiben stres bozukluğu semptomlarında %70 azalma ile sonuçlanan EMDR’da uzun süreli mâruz bırakmaya göre daha fazla görülmüştür.

Mc Cullough’a göre (2002) kısa süreli dinamik psikoterapide duyarsızlaştırma, adaptif davranışlardan [hüzün, hiddet, hassaslık vb.] inhibitör duyguların [anksiyete, suçluluk, duygusal acı] durumsal ilişkisini kırmak demektir. EMDR’da ise yeniden işlemenin fonksiyonu bâzen duyarsızlaştırmadan daha etkili olarak görülür fakat altta yatan mekanizmaların hayli farklı olduğu görünmektedir. Hem kısa süreli dinamik psikoterapide hem de EMDR’da kaygının, suçluluk, utanma ve duygusal “acı içeren inhibitör duygular” olarak adlandırılacak öğelerle çalıştığını göstermiştir. Aynı çalışmada, kısa süreli dinamik psikoterapi ve EMDR’daki aktif mekanizmaların birbiriyle örtüşen bileşenlere sâhip olabileceği ancak bâzı majör alanlarda oldukça farklı mekanizmalar kullanıldığı görülmüştür. Her ikisi de uyumlu olmayan duyguları normâl limitler içerisine getirmeye çalışmaktadır. Her ikisi de daha pozitif duyguların ortaya çıkmasıyla sonuçlanmaktadır. Bununla birlikte kısa süreli dinamik psikoterapi daha sık serbestleştirmekte ya da harekete geçen duyguları [keder, duygusallık vb.] duyarsızlaştırmakta böylece bağlantıları kırmaktadır. EMDR daha sıklıkla inhibitör duyguları [korku, anksiyete, utanma, acı] beyne yeni bağlantılar yapmasına ve yeni bilgiyi işlemesine izin vererek değiştirmektedir (Mc Cullough 2002).

Bisson ve Andrew (2007) The Cochrane Collaborati-

on'un kılavuzlarını takip ederek tüm psikolojik tedavilerin randomize kontrollü çalışmalarını sistematik olarak gözden geçirmişlerdir. Sonuç olarak bireysel ve grup travma odaklı bilişsel davranışsal terapi ve stres yönetimini tedavide efektif olduğunu görmüşlerdir. Bireysel travma odaklı bilişsel davranışsal terapi ve EMDR, tedaviyi izleyen 2-5. aylar arasında tedavide stres yönetimine göre daha üstün olduğuna varılmıştır. Ayrıca travma odaklı bilişsel davranışsal terapi, EMDR ve stres yönetimi diğer terapilerden daha efektif görülmüştür.

Van Der Kolk ve arkadaşları (2007) psikoterapi ile birlikte seçici serotonin geri-alım inhibitörlerinden [SSGİ] fluoksetin'nin etkililiğini, EMDR ve plasebo ilâç tedavilerini karşılaştırmıştır. Sonuç olarak çalışma, erişkin başlangıçlı travma hastalarının çoğunda depresyon ve stres bozukluğunun önemli ve uzun süreli azaltılmasında EMDR tedavisinin etkililiğini desteklemektedir. Bununla beraber, çocukluğunda travma geçirmiş yetişkin hastalarda, semptom azaltılmasını sağlama amaçlı en güvenilir birinci seçeneğin SSGİler olduğu sonucuna varmışlardır.

Seidler ve Wagner (2006) 1989 ilâ 2005 tarihleri arasında yapılmış EMDR ve travma odaklı bilişsel davranışsal terapi tedavi sonuçlarını açıklayan 8 yayın belirlemişlerdir. Bunlardan 7'sini meta-analitik olarak araştırmışlar ve sonuç olarak her iki tedavinin eşit etkililikte olduğunu görmüşlerdir. Bir tedavinin diğerine üstünlüğüne dâir herhangi bir kanıt bulamamışlardır.

Carlson ve arkadaşlarının (1998) yaptığı bir çalışmada, askerlere uygulanan 12 seans EMDR ile askerlerin stres bozukluğu belirtilerini %77 oranında ortadan kaldırılmıştır. Etkilerin izleme çalışmalarında da devam ettiği görülmüştür. Bu çalışma, savaş askerleri ile yapılan tüm tedavinin tamamlandığı tek randomize çalışmadır.

Chemtob ve arkadaşları ise (2002) EMDR'ın âfet sonrası stres bozukluğu tedavisinde diğer tedavilere yanıt vermeyen çocuklarda etkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışma da âfetle ilgili stres bozukluğu ve çocuklarda stres bozukluğu tedavisi konusunda ilk kontrollü araştırma özelliği taşımaktadır.

Marcus ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmanın sonuçları, 50 dakikalık 6 EMDR seansının ardından tek travma geçiren mağdurların tümünün ve çoklu travma mağdurlarının %80'inin artık stres bozukluğu tanısı almadıklarını göstermiştir. Yapılan izleme çalışmasında diğerlerine nazaran az sayıdaki EMDR seansının etkilerinin zaman içinde devam ettiği görülmüştür (Marcus 2004).

Yapılan bir çalışmada üç seans EMDR'ın ardından 2 aylık izlemenin sonunda yaşanan anıyla ilişkili stres-

te ve davranış sorunlarında anlamlı azalmayı işaret eden sonuçlar alınmıştır (Soberman ve ark. 2002). Bununla beraber diğer bir izleme çalışması Wilson ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır. 15 aylık izleme çalışmasının ardından olumlu tedavi etkilerinin devam ettiği ve stres bozukluğu semptomlarının %84 oranında iyileştiği görülmüştür.

Deville ve Spence'in (1999) yaptığı araştırma, bilişsel davranışçı tedavinin EMDR'a göre daha olumlu sonuçlar doğurduğunun gözlemlendiği tek çalışmadır. Çalışmanın kısıtlılığı, zayıf tedavi aktarımı ve bilişsel davranışçı tedavi koşuluna yönelik yüksek beklentilerin oluşmasıdır.

Van den Hout ve arkadaşları (2001), göz hareketleriyle duygudurumun yeniden düzelmeye ve bu nedenle de canlılığın azalmasına eşlik eden somatik algıları değiştirdiği ile ilgili olan kendi teorilerini test etmişlerdir. Kontrol koşullarına göre resmin canlılığını azaltmada göz hareketlerinin daha etkili olduğu görülmüştür.

Yurt içinde yapılmış çalışmalar

Yurt içinde yapılmış çalışmalara bakacak olursak obsesif kompulsif davranış bozukluğu gösteren bir vakanın EMDR ile iyileşme sürecinin açıklandığı bir vak'a çalışması Gürel (2001) tarafından yapılmıştır. Yine Gürel (2004) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise trafik kazası sonrası kırık sekeli olan bir hastanın psikolojik travmasına yönelik EMDR uygulanmıştır. İki oturumluk EMDR seansı sonrasında hasta trafik kazası ve kaza sonrası tedavi sürecinde yaşadığı travmatik anıların etkisinden tümünden kurtulmuştur. Daha sonra yapılan altı haftalık takip sürecinde hastanın iyilik durumunun artarak devam ettiği görülmüştür (Gürel 2004).

Cinsel tâcize mâruz kalan kişiler üzerinde kontrollü EMDR uygulamalarını içeren bir derleme Kışlak (2002) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, cinsel tâciz, cinsel istismar ve cinsel saldırı gibi travmalar üzerinde EMDR ile ilgili çok fazla çalışmanın olmadığı, yapılan bazı çalışmalarda kuramsal veya yöntemsel karışıklıkların olduğu bu nedenle de daha geniş örneklem gruplarıyla çeşitli kontrol koşullarına sâhip yöntemsel açıdan güçlü çalışmaların yapılmasının EMDR'ın stres bozukluğu tedavisindeki rolünü belirleyebileceği sonucuna varmıştır.

Kışlak (2004) tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise kaygı duyarlılığını azaltmada EMDR'ın etkililiği araştırılmıştır. Çalışmada EMDR uygulaması sonrasında, solunumla ilgili belirtilerden korkma ve kalble ilgili belirtilerden korkma alt ölçeklerinden alınan puanlarda anlamlı derecede azalma görülmüştür. Dört

ay sonraki izleme çalışmasında duyarlılık daha da azalmıştır. Buna göre, travmaya bağlı veya belirli durumlarda kaygı duyarlılığı yaşayan kişilerin tedavisinde EMDR'ın kas gevşetmeye göre etkili bir tedavi yolu olabileceği görüşünü desteklemiştir (Kışlak 2004).

Yine Kışlak (2004) tarafından yapılan bir başka çalışmada görme engelli birey üzerinde uygulanan EMDR tedavi yönteminde dize hafifçe vurma alternatifi kullanılmıştır. Bu çalışma, ilk kez görme engelli bir bireyde çalışılması ve göz hareketlerinin karıştırıcı etkisi olmadan, ritmik dize vurma ile gerçekleşmesi açısından bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Sonuç olarak dize vurma alternatifi yoluyla da bellekteki travmatik işitme, koku ve dokunmaya dayalı imgelerin canlılığı azalmıştır (Kışlak 2004).

TARTIŞMA

Shapiro (1995) EMDR'ın, bilinen psikolojik yardım biçimleri ile uyumlu olduğunu gösteren yanları olduğunu vurgulamaktadır; EMDR'ın erken çocukluk anılarına verdiği önem psikodinamik model ile bütünüyle uyumludur. EMDR'da şimdiki işlevsel olmayan tepki ve davranışlar üzerinde durulmaktadır; bu yönüyle klasik davranışçılığın koşullama ve genelleme paradigmaları ile tamamen tutarlıdır. Bilişsel terapi alanındaki temellere de kaynaklık eden danışan merkezli yaklaşımdaki, olumlu ve olumsuz benlik değerlendirmeleri EMDR sağaltımında da önemli bir yere sahiptir (Shapiro, 1995).

EMDR İngiltere'de Klinik Mükemmellik Enstitüsü (2005), Amerika'da Amerikan Psikiyatri Derneği (2004), Avustralya'da Avustralya Posttravmatik Mental Sağlık Merkezi (2007) ve Hollanda'da Hollanda Mental Sağlık Bakımında İlkeler için Ulusal Yönlendirme Komitesi (2003) tarafından PTSD'de kanıtla dayalı bir tedavi şekli olarak kabul edilmiştir. Ancak, EMDR'nin başarısını sağlayan etki mekanizması konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. (Rogers ve Silver 2002, Smyth ve Poole 2002).

SONUÇ

Gerek akut stres bozukluğu gerekse TSSB' nin tedavisinde yeni bir yöntem olan EMDR tekniği konusunda yapılmış literatür bilgilerini gözden geçirerek bu konuda son yaklaşımlar ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Yalnızca istatistikî değerler açısından değil, aynı zamanda hastaların bildirdikleri gelişmeler, duygularını ifade ediş biçimleri ve olumlu değişimin uzun süreli oluşu da EMDR'ın etkililiğine dâir kanıtlar olarak değerlendirilebilir. Literatür ışığında EMDR tekniğinin yaygınlaştırılarak etkin olarak kullanılmasının

hem hastalar hem de uygulayıcılar açısından yararlar sağlayacağı düşünülmektedir.

Tüm bunların yanında EMDR, araştırmalara ve geride bıraktığı sürece rağmen henüz gelişme aşamasında olan bir yöntemdir. Dolayısıyla farklı kültürlerde, gelişmekte olan ülkelerde etkili bir şekilde kullanılması için sâdece travma değil birçok psikiyatrik bozukluk üzerinde de klinik, kontrollü, deneysel araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (2004) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.
- Andrade J, Kavanagh D, Baddeley A (1997) Eye-movements and visual imagery: a working memory approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. *Brit J Clin Psychology*; 36: 209-223.
- Aker T, Acıbe Ö (2004) Travma sonrası stres bozukluğunun bilişsel davranışçı tedavisi. Tükel R, editör. *Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, 219-244.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2007) Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Post Traumatic Stress Disorder. Melbourne, Victoria: ACPTMH.
- Bisson J, Andrew M (2007) Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database System Review*; 18: CD003388.
- Bryant RA, Harvey AG (1995) Acute stress response: A comparison of head injured and non-head injured patients. *Psychol Med*; 25: 869-874.
- Carlson J, Chemtob CM, Rusnak K, Hedlund NL, Muraoka MY (1998) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for combat related post-traumatic stress disorder. *J Traumatic Stress*; 11: 3-24.
- Chemtob CM, Nakashhima J, Carlson JG (2002) Brief- treatment for elementary school children with disaster-related PTSD: A field study. *J Clin Psychology*; 58: 99-112.
- Deville G, Spence SH (1999) The Relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavioral trauma treatment protocol in the amelioration of post-traumatic stress disorder. *J Anxiety Disorders*; 13: 131-157.
- Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health and Care (2003) Guidelines for the diagnosis treatment and management of adult clients with an anxiety disorder. Utrecht, Netherlands: The Dutch Institute for Healthcare Improvement (CBO).
- Foa EB, Steketee G, Olasov- Rothbaum B (1989) Behavioral- cognitive conceptualization of post traumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*; 20: 155-176.
- Foa EB, Riggs D (1993) Posttraumatic stress disorder and rape. Oldram JM, Riba MB, Tasman A, editors. *American Psychiatric Press. Review of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 12: 273-304.
- Gürel D (2001) Obsesif kompulsif davranış bozukluğu olan bir hastanın göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme tekniği ile iyileşme süreci. *3P Dergisi*; 9: 393-402.
- Holmes EA, Mathews A (2005) Mental imagery and emotion: A special relationship? *Emotion*; 5: 489-497.
- Holmes EA, Bourne C (2008) Inducing and modulating intrusive emotional memories: a review of the trauma film paradigm. *Acta Psychologica*;

- 127: 553-566.
- Horowitz MJ (1973) Phase-oriented treatment of stress response syndromes. *Am J Psychother*; 27: 506-515.
- Horowitz MJ, Marmar C, Weiss DS, Devit KN, Rosenbaum R (1984) Brief psychotherapy of bereavement reactions: the relationship of process to outcome. *Arch Gen Psychiatry*; 41: 438-448.
- Ironson G, Freund B, Strauss JL, Williams J (2002) Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. *J Clin Psychology*; 58: 113-128.
- Janoff-Bulmann R (1992) *Shattered Assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press, Maxwell Macmillan International.
- Kavanagh DJ, Freese S, Andrade J, May J (2001) Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories. *Brit J Clin Psychology*; 40: 267-280.
- Keane TM, Zimering RT, Caddell JM (1985) A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in combat veterans. *The Behavior Therapist*; 8: 9-12.
- Kışlak Ş (2002) Cinsel tacize mâruz kalan kişiler üzerinde kontrollü EMDR uygulamaları. *Türk Psikoloji Bülteni*; 26-27: 75-78.
- Kışlak Ş (2004) Kaygı duyarlılığını azaltmada göz hareketleri ile duyarısızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) tedavisi. *Türk Psikoloji Dergisi*; 19: 49-65.
- Kışlak Ş (2004) Görme engelli bireyde Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Tedavi yönteminin dize hafifçe vurma alternatifinin uygulanması: bir olgu sunumu. *Psikoloji Yazıları Dergisi*; 7: 77-90.
- Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R (2002) Treatment of post traumatic stress disorder: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to eye movement desensitization and reprocessing. *J Clin Psychology*; 58: 1071-1089.
- Lilley SA, Andrade J, Turpin G, Sabin-Farrell R, Holmes EA (2007) Selective visual working memory interference with vividness and emotionality of post-traumatic stress disorder images. Unpublished manuscript.
- Marcus S, Marquis P, Sakai C (1997) Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*; 34: 307-315.
- Marcus S, Marquis P, Sakai C (2004) Three and 6 month follow up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *Int J Stress Management*; 11: 195-208.
- Mc Cullough L (2002) Exploring change mechanisms in EMDR applied to 'small - t trauma' in short - term dynamic psychotherapy: research questions and speculations. *J Clin Psychology*; 58: 1531-1544.
- McFarlane AC, Yehuda R (2000) Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: conceptual challenges raised by recent research. *Aust N Z J Psychiatry*; 34: 940-953.
- National Institute for Clinical Excellence (2005) *Post traumatic stress disorder (PTSD): The management of adults and children in primary and secondary care*. London: NICE Guidelines.
- O'leary LD (1975) *Behavior Therapy: Application and Outcome*. Wilson TG, editor. London: Prantice-Hall International.
- Özkürkçügil ÇA (2000). *Posttravmatik Stres Bozukluğu*. 3P Dergisi; Cilt.8. Ek Sayı: 1: 13-20.
- Protinsky H, Spark J, Flemke K (2001) Eye movement desensitization and reprocessing: innovate clinical applications. *J Contemp Psychother*; 31: 125-135.
- Robertson M, Humphreys FL, Ray R (2004) Psychological treatments for posttraumatic stress disorder: recommendations for the clinician based on a review of the literature. *J Psychiatric Practice*; 10: 106-118.
- Rogers S, Silver SM, Goss J, et al (1999) A single session, group study of exposure and eye movement desensitization and reprocessing in treating post traumatic stress disorder among Vietnam War veterans: preliminary data. *J Anxiety Disord*; 13: 119-130.
- Rogers S, Silver SM (2002) Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *J Clin Psychology*; 58: 43-59.
- Sack M, Lempa W, Steinmetz A, Lamprecht F, Hofmann A (2008) Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)-Results of a preliminary investigation. *J Anxiety Disord*; 22: 1264-1271.
- Scheck MM, Schaeffer JA, Gillette C (1998) Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *J Traumatic Stress*; 11: 25-44.
- Scott MI, Stradling SG (1993) *Counseling for posttraumatic stress disorder*. Stradling S, editor. London: Sage Publications, 18-29.
- Seidler GH, Wagner FE (2006) Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med*; 36: 1515-1522.
- Shapiro F (1995) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro F (1999a) Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *J Anxiety Disord*; 1-2: 35-67.
- Shapiro F (1999b) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Level 1 Training Manual Part one of Two Part Training*. EMDR Institute, Inc.
- Smyth NJ, Poole AD (2002) EMDR and cognitive-behavior therapy: Exploring convergence and divergence. Shapiro F, editor, *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 151-180). Washington, DC: American Psychological Association.
- Soberman GB, Greenwald R, Rule DL (2002) A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *J Aggress Maltreat Trauma*; 6: 217-236.
- Stampfl TG, Levis DJ (1967) *Essentials of implosive therapy: a learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy* (Abstract). *J Abnorm Psychology*; 72: 496.
- Stickgold R (2002) EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *J Clin Psychol*; 58: 61-75.
- Şahin D (2000) *Travma sonrası stres bozukluğu*. Anksiyete Bozuklukları. Tükel R, editör. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 105-136.
- Van den Hout M, Muris P, Salemink E, Kindt M (2001) Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *Brit J Clin Psychol*; 40: 121-130.
- Van der Kolk BA (1996) *Trauma and Memory*. van der Kolk BA, McFarlane C, Weisaeth L, editors. *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* New York: Guilford Press, 279-302.
- Van der Kolk BA, Spinazzola J, Blaustein ME, Hopper JW, Hopper EK, Korn DL, Simpson WB (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. *J Clin Psychiatry*; 68: 37-46.
- Wilson SA, Becker LA, Tinker RH (1997) Fifteen month follow up of eye movement of desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma. *J Consult Clin Psychol*; 65: 1047-1056.
- Wilson DL, Silver SM, Covi WG, Foster S (1996) Eye movement desensitization and reprocessing: effectiveness and autonomic correlates (Abstract). *J Behav Ther Exp Psychiatry*; 27: 219-229.