



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ (TEZSİZ) PROGRAMI**

**PANİK BOZUKLUĞUN TEDAVİSİNDE BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI TERAPİ ve GÖZ HAREKETLERİ İLE
DUYARSIZLAŞTIRMA ve YENİDEN İŞLEME: LİTERATÜRE
KISA BİR BAKIŞ**

YÜKSEK LİSANS PROJESİ

NİSA NUR İSKENDER

İSTANBUL, 2021



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM/ ANASANAT DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ (TEZSİZ) PROGRAMI**

**PANİK BOZUKLUĞUN TEDAVİSİNDE BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI TERAPİ ve GÖZ HAREKETLERİ İLE
DUYARSIZLAŞTIRMA ve YENİDEN İŞLEME: LİTERATÜRE
KISA BİR BAKIŞ**

**NİSA NUR İSKENDER
(200134004)**

YÜKSEK LİSANS PROJESİ

**Danışman
(Doç. Dr. Gaye Saltukoğlu)**

İSTANBUL, 2021

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağılı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Nisa Nur İskender

İmza

TEŞEKKÜR

Bu zorlu süreçte benden maddi manevi desteğini esirgemeyen babama, dualarını eksik etmeyen anneme ve her türlü sıkıntı ve problemimde yanımda olan arkadaşım Büşra Bulut'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Ayrıca çalışma sürecinde destekleri için Dç. Dr. Gaye Saltukoğlu ve Dr. Öğr. Üyesi Melek Astar hocama teşekkür ediyorum.

Nisa Nur İskender

İmza

PANİK BOZUKLUĞUN TEDAVİSİNDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ ve GÖZ HAREKETLERİ İLE DUYARSIZLAŞTIRMA ve YENİDEN İŞLEME: LİTERATÜRE KISA BİR BAKIŞ

Nisa Nur İskender

ÖZET

Bu proje çalışmasında, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)'ın Panik Bozukluğundaki etkisinin incelenmesi konu edinmiştir. Panik bozukluk, yoğun endişe ve sıkıntı hali yaratan panik ataklarla karakterize bir bozukluktur ve kişinin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemektedir. EMDR diğer tedavilerden farklı olarak çift yönlü göz hareketlerinin patolojilerin iyileşmesinde etkili olduğunu savunmaktadır. BDT ise olumsuz ya da işlevsiz bilişlerin patolojilere sebep olduğunu ve bilişler değiştiğinde patolojilerin de iyileştiğini söylemektedir. Literatürdeki uluslararası ve ulusal çalışmaların sonuçlarına bakıldığında BDT'nin ve EMDR'ın Panik Bozukluğun tedavisi üzerinde süre, seans sayısı, çalışılan noktalar ve seans yapısı açısından farklılaştığı görülmektedir. Ayrıca iki tedavi şeklinin farklı noktalara odaklanarak çalışmasından kaynaklı Panik Bozukluk üzerindeki etkililikleri de değişiklik göstermektedir. Panik bozuklukta BDT'nin ve bir alternatif tedavi yöntemi olarak sunulan EMDR'ın Panik Bozukluk üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmalar yapılan literatür taraması sonucunda derlenmiştir.

Anahtar kelimeler; Panik Bozukluk, Agorafobi, Bilişsel Davranışçı Terapi, Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme, Panik Atak

**COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND EYE MOVEMENT
DESENSITIZATION AND REPROCESSING IN THE
TREATMENT OF PANIC DISORDER: BRIEF OVERVIEW OF
THE LITERATURE**

Nisa Nur İskender

ABSTRACT

In this project study, examining the effect of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on Panic Disorder is the subject. Panic disorder is a disorder characterized by panic attacks that cause intense anxiety and distress, and it greatly affects a person's quality of life. Unlike other treatments, EMDR argues that bidirectional eye movements are effective in the healing of pathologies. CBT, on the other hand, states that negative or dysfunctional cognitions cause pathologies and pathologies improve when cognitions change. Considering the results of international and national studies in the literature, it is seen that CBT and EMDR differ in terms of duration, number of sessions, points studied and session structure on the treatment of Panic Disorder. In addition, the effectiveness of the two treatment modalities on Panic Disorder varies due to the fact that they work by focusing on different points. Studies examining the effect of CBT and EMDR, which is offered as an alternative treatment method, on Panic Disorder in panic disorder were compiled as a result of the literature review.

Keywords; Panic Disorder, Agoraphobia, Cognitive Behavioral Therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Panic Attack

ÖNSÖZ

Bu çalışma; Panik Bozuklukta (PB) Bilişsel Davranış Terapi (BDT) ve Güz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden ekleme (EMDR) terapilerinin etkililiğinin karşılaştırılması literatürde yapılan çalışmalar dorultusunda ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır.

Araştırmaların sonuçlarına göre, Bilişsel Davranış Terapi (BDT)'nin Panik Bozuklukta etkililiği karşılanmış bir tedavi olması rağmen çalışmaların azlığı dikkat çekmiştir. Güz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden ekleme (EMDR)'nin Panik Bozuklukta etkililiği karşılanmış olmasa da hiç tedavinin olmadığı durumlara kıyasla etkili olduğu görülmüştür.

Hem Bilişsel Davranış Terapi (BDT)'nin hem de Güz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden ekleme (EMDR)'nin Panik Bozuklukta etkililiği açısından literatürde sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın alan yazına katkıda bulunacağı düşünölmektedir.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ	vi
KISALTMALAR	ix
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1. PANİK BOZUKLUK	3
1.1. KLİNİK ÖZELLİKLER	6
1.1.1. Panik Atak.....	6
1.1.2. Beklenti Anksiyetesi.....	8
1.1.3. Agorafobi	9
1.2. SÜREÇ VE PROGNOZ	12
1.3. HAZIRLAYICI ETKENLER VE HASTALIĞIN GİDİŞİ	12
1.4. STRESLİ YAŞAM OLAYLARI	13
1.5. AYIRICI TANI	14
İKİNCİ BÖLÜM	17
2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ	17
2.1. TANIM ve TARİHÇE	17
2.2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODEL	19
2.2.1. Otomatik Düşünceler.....	19
2.2.2. Ara İnanç ve Kurallar	19
2.2.3. Temel İnançlar	20
2.3. TERAPİ SÜRECİ	20
2.3.1. Ev Ödevi	21
2.4. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİDE KULLANILAN TEKNİKLER.....	21
2.4.1. Maruz Bırakma (Exposure) ve Tepki Önleme.....	22
2.4.2. Bilişsel Yeniden Yapılandırma	22

2.4.3. Sorun Çözme	23
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	24
3. GÖZ HAREKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA ve YENİDEN İŞLEME	24
3.1. TANIM ve TARİHÇE	24
3.2. EMDR'ın KURAMSAL TEMELİ	25
3.3. UYUMSAL BİLGİ İŞLEME MODELİ	26
3.4. EMDR'ın UYGULANMASI	27
3.5. EMDR'ın ETKİLİLİĞİ	30
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	33
4. BDT VE PANİK BOZUKLUK	33
4.1. PANİK BOZUKLUK ve BDT ÇALIŞMALARI	35
BEŞİNCİ BÖLÜM	38
5. EMDR VE PANİK BOZUKLUK	38
5.1. PANİK BOZUKLUKTA UYUMSAL BİLGİ İŞLEME MODELİ	39
5.2. PANİK BOZUKLUK ve EMDR ÇALIŞMALARI	43
TARTIŞMA VE SONUÇ	46
KAYNAKÇA	53

KISALTMALAR

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
EMDR	: Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme
PB	: Panik Bozukluk
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

GİRİŞ

Anksiyete bozuklukları gerginliğe sebep olan duygusal bir sıkıntıdır ve gerilim, titreme, terleme, çarpıntı gibi fiziksel semptomlara sebep olmaktadır. Panik bozukluk da anksiyete bozukluklarından biridir ve panik ataklarla birlikte bir seyir göstermektedir. Panik ataklar aniden gelir, yoğun korku ve kaygı hissine neden olur hatta kişiye öleceğini düşündürecek kadar şiddetli bir seyir izleyebilmektedir. Panik atak birçok hastalıkla birlikte görülebilmesine rağmen panik bozukluk tanısı koyulabilmesi için panik atakların nedeninin bilinmemesi gerekmektedir. Nedeni bilinmeden ve bir anda oluşan bu yoğun kaygılı durum panik bozukluk hastalarının sık sık hastanelerin acil servislerine başvurmalarına sebep olmaktadır. Panik bozukluk organik bir sebep olmaksızın oluşmaktadır ve bu hastalar genelde hastanenin psikiyatri bölümüne yönlendirilmektedir.

Çocukluk dönemindeki travmatik yaşantıların panik bozukluğa sebep olabileceği ve yetişkinlik döneminde panik bozukluğu olan bireylerin çocukluk döneminde yoğun kaygıya maruz kaldıkları görülmüştür. Bunun yanında her ne kadar panik ataklar nedensizce ortaya çıkıyor olsa da panik atak öncesindeki en az altı aylık sürede olumsuz bir yaşam deneyimine maruz kalma görülmektedir.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) bilişlerin davranışlar ve duygular üzerinde etkisi olduğu görüşünü benimsemiş bir terapi yaklaşımıdır. Hastalıktan daha çok problem ve belirti odaklı olan bu yaklaşım, işlevselliğin bozulması ile ilgili davranışların meydana gelmesinde ve sürdürülmesinde işlevsel olmayan bilişlerin etkisinin olduğunu savunmaktadır. Bu yüzden bilişleri yeniden yapılandırarak kişinin duruma uygun düşüncelere sahip olmasını sağlamaktadır. Uygun bilişler kazanılması sonucunda duygularda ve davranışlarda da değişiklik olması beklenmektedir. Bu yüzden BDT düşünce, duygu ve davranışların bir bütün olarak ele alındığı bir terapi yaklaşımıdır.

BDT’de ev ödevleri önemlidir. Danışanın terapide öğrendiği bilgileri günlük hayatına entegre edebilmesi için ev ödevleri verilmektedir. Bu yüzden terapi seansları arasında ev ödevlerinin uygulanabileceği kadar bir zaman diliminin verilmesi önemlidir. BDT’de bilişsel yeniden yapılandırma tekniği ile bilişlerdeki değişikliği, maruz bırakma ile davranış değişikliğini sağlamaya çalışmaktadır. Bunun yanında sorun çözme tekniği de BDT kullanımında önemli bir yere sahiptir.

Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR/Eye Movement Desensitization and Reprocessing) bilişsel, davranışçı, bilişsel davranışçı, psikodinamik ve danışan merkezli yaklaşımların öğelerini bir araya getiren, yapılandırılmış bir psikoterapi yöntemidir. EMDR’ı diğer tedavi yöntemlerinden göz hareketleri ya da dokunsal vuruşlar gibi çift yönlü, ritmik uyarımlar kullanması ayırmaktadır. Bu çift yönlü uyarımlar sayesinde yanlış depolanan travmatik yaşantının yeniden işlenmesi amaçlanmaktadır.

EMDR’ın Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) üzerinde yapılan ampirik çalışmaları sonucunda etkililiği kanıtlanmış ve bir tedavi şekli olarak kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle TSSB’de travmatik anıların yeniden işlenmesi üzerinde durulmuştur çünkü patolojik özelliklerin altta yatan sebebinin işlenmemiş ya da yeterince işlenmeden depolanan anılar olduğunu savunan Uyumsal Bilgi İşleme modeli bu anıların işlenerek değiştirilebileceğini savunmaktadır. Anılar işlenerek tekrar uygun hale getirildiğinde eskisi kadar rahatsız edici olmadığı ve kişinin yaşamında daha işlevsel olduğu görülmüştür.

Bu çalışmanın amacı: Panik Bozuklukta (PB) Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) terapilerinin etkililiğinin karşılaştırması ortaya koyulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. PANİK BOZUKLUK

Panik bozukluk, aniden ve kendiliğinden ortaya çıkan tekrarlayıcı panik ataklarla karakterize olan bir anksiyete bozukluğudur. Panik ataklar genelde beklenmeyen bir şekilde ortaya çıkan, kötü bir şey olacağı beklentisi, yoğun bir korku ve endişe ile birlikte ani olarak başlayan, bedensel belirtilerin eşlik ettiği, çok kısa sürede en yüksek seviyesine ulaşan ve 10-15 dakika ile bir saat arasında sürebilen yoğun anksiyete nöbetleridir. Panik atakların süresi kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Genelde 10-15 dakika içinde atağın yoğunluğunun azalarak kaybolduğu bilinmektedir (Erdoğan, 2007; Tükel, 2002).

Panik ataklar sırasında ve genelde sonrasında da kalp atım sayısında artış, boğulma hissi, nefes darlığı, yoğun huzursuzluk, göğüs ağrısı, çarpıntı, uyuşma, terleme, baş dönmesi, soluk almada güçlük, anksiyete ve çarpıntı gibi bedensel belirtiler ve kontrolünü kaybedeceği, öleceğim korkusu, aklını kaçıracağı, kalp krizi geçireceği gibi bilişsel belirtiler de eşlik eder. Beklenmedik anda ortaya çıkan ataklarla birlikte görülen bu yoğun iç sıkıntısı ve ölüm düşünceleri sonucunda kişinin yardım arama davranışı artar, yaşam kalitesi azalır ve işlevsel yeti yitimi görülebilir (Altıntaş, E., Uğuz, Ş. ve Levent, B. A., 2015; Tamam, 2009).

Panik bozukluğu, anksiyete bozuklukları arasında en sık görülendir ve kronik bir seyir göstermektedir (Konkan, Yalçınkaya, Erkıran ve Erkmen, 2003). Bu bozukluğun ilaca yanıt verme özelliklerinin, kliniğinin, seyrinin ve tedavisinin farklı oluşunun görülmesiyle diğer anksiyete türlerinden özellikle de yaygın anksiyete bozukluğundan farklı bir durum olarak kabul edilmiştir (Yüksel, 2002). Panik atağı sırasında görülen belirtiler pek çok hastalıkta ve durumda görülebildiği için panik

bozukluk tanısı ataklar kendiliğinden, bir anda ortaya çıkıyorsa ve yineleyici bir seyir izliyorsa koyulabilir (Erdoğan, 2007).

Clark (1986)' a göre panik bozukluk ve panik atak farklı kavramlardır. Panik atak, çarpıntı, terleme gibi fiziksel duyular spor yapma gibi günlük aktiviteler sırasında da ortaya çıkabilmektedir. Panik bozukluk hastası bir kişi ise normal fiziksel duyuları tehlikeli olarak algılayabilmektedir. Bedensel duyuların yanlış yorumlanması sonucunda kişi güvenlik davranışları geliştirmektedir. Kişinin yanında ilaç taşınması, hastanelerin konumlarını öğrenmesi, sıkıntı yaratacak ortamlardan kaçınması ya da yanında sürekli su taşınması güvenlik davranışları olarak adlandırılmaktadır ve korkulan sonucu önlemek için yapılan davranışlardır. Bu davranışlar hastaya güven vermekle birlikte düşüncelerin devam etmesine neden olmaktadır. Ayrıca bazı güvenlik davranışları panik atak belirtilerini şiddetlendirebilir ya da korkulan durumun gerçekleşmemesi güvenlik davranışlarına atfedilebilir (Ak ve ark., 2020).

DSM-5'e göre panik bozukluk yanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

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

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkanıdığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.

8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyuları).
11. Gerçek dışılık (“derealizasyon”, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldıırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu.

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

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (rn. denetimimi yitirme, kalp krizi geçirme, “çıldıırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.
2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (rn. spor yapmaktan ya da tanıdaık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.

C. Bu bozukluk, bir maddenin (rn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (rn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (rn. panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesnelere ya da durumlara tepki olarak; takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi takıntılara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi örseleyici olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır (Köroğlu, 2015).

Birçok ülkede yapılmış çalışmalarda panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %1.5-2.5 olduğu bulunmuştur. Panik atakların yaygınlığı ise %7 ile %9 arasında değişiklik göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1993'te yaptığı bir çalışmaya göre Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde panik atağı görülme sıklığı %3.4 ve panik bozukluğu görülme sıklığı ise %0.2 olarak saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada psikiyatri konsültasyonu istenen hastaların yaklaşık %5-10'unda panik bozukluğu görülmüştür (Tamam, 2009).

Panik bozukluğunun başlangıç yaşı 25 civarındadır. Yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabileceği gibi en sık geç ergenlik ile otuzlu yaşlar arasında görülmektedir. Evli olmayan ve şehirde yaşayan kişilerde diğer gruplara oranla yaklaşık iki kat fazla panik bozukluğu saptanmıştır. Yapılan çeşitli klinik ve epidemiyolojik araştırmalar sonucunda panik atakların, agorafobinin ve panik bozukluğun kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık iki kat daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Güz ve Dilbaz, 2003; Tamam, 2009; Tükel, 2002).

1.1. KLİNİK ÖZELLİKLER

1.1.1. Panik Atak

Panik atağı hızlı bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Başlangıcından sonra 5-10 dakika içerisinde en yüksek seviyesine ulaşır ve genelde 15 dakika sonrasında şiddeti düşmeye başlamaktadır ve ataklar nadiren saatlerce devam etmektedir. Panik atağı başladığı sırada kişinin yapmakta olduğu etkinliklere devam etmesi güçleşir hatta imkansız hale gelebilir. Hastalar içinde buldukları bu kötü durumdan bir an önce kurtulmak isterler. Kalp atım sayısında artış, çarpıntı ve baş dönmesi gibi belirtiler en çok bildirilenlerdir. Ayrıca panik ataklar sırasında karında gaz hissi, idrara çıkma isteği, bağırsak hareketlerinde artış, ağız kuruluğu, düşüncelerin yavaşlaması gibi belirtiler de görülmektedir. Ataklar her ortamda hatta uykuda bile ortaya çıkabilmektedir. Atakların sıklığı ve şiddeti de kişiden kişiye değişiklik göstermektedir ve her gün, günde birkaç kez, haftada birkaç kez, ayda birkaç ya da daha da az sıklıktaki ataklara rastlanabilmektedir.

DSM-5'e göre panik atağı ruhsal bir bozukluk değildir ve kaygı bozukluklarıyla birlikte görülebildiği gibi diğer ruhsal bozukluklarla da ortaya çıkabilmektedir.

Panik atak, dakikalar içerisinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının olduğu bir durumdur:

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkanıdığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçek dışılık (“derealizasyon”, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu (Koroğlu, 2015).

Panik atakları farklı tiplerde görülebilmektedir. Bilinen bir uyaran olmadan ortaya çıkan panik atağı beklenmedik tipte panik atağıdır. Belli durumlarda ortaya

çıkma ihtimali yüksek olan fakat mutlaka ortaya çıkmayan panik ataklar ise durumsal yatkınlık gösterilen panik ataklar olarak adlandırılmaktadır. Kişinin durumsal bir tetikleyiciyle karşılaşmasının ardından ortaya çıkan panik atakları ise duruma bağlı panik ataklarıdır (Katon, 2006; Tükel, 2002).

Panik bozukluğundaki panik atakların en temel özelliği bir nedene bağlı olmadan kendiliğinden ortaya çıkan, tekrarlayan, ne zaman başlayacağı bilinmeyen, beklenmedik panik atakların görülmesidir. Ayrıca panik bozukluk tanısı koyulabilmesi için beklenmedik panik atakların hastalığın başlangıç aşamasında görülmüş olması gerekmektedir (Tükel, 2002).

Panik atağın belirgin bedensel özelliklerinden olan çarpıntı, kalp atım sayısında artış ve göğüs ağrısı nedeniyle hastalar genellikle kalp krizi geçirdiklerini ya da ölebileceklerini düşünmektedirler. Anksiyetenin şiddetine bağlı olarak kişi kendini ya da çevresini gerçek dışı ya da değişmiş olarak algılayabilmektedir. Hastalığın seyri sırasında atakların sıklığı ya da şiddeti değişkenlik gösterebilir (Tamam, 20009; Tükel, 2002).

Panik ataklar kendiliğinden, beklenmedik bir şekilde ortaya çıksa da panik bozukluk hastalarının bir kısmı belirtilerin başlamasından önce bir hastalık, kaza ya da eşlerinden ayrılma, esrar gibi madde kullanımından sonra panik bozukluğun ortaya çıktığını söylemektedirler. Herhangi bir uyarılma, emosyonel travma, fiziksel egzersiz, alkol, kafein ya da madde kullanımı da ilk atağı tetikleyebilmektedir. Daha sonraki ataklarda herhangi bir stres faktörü ya da yaşam olayı gerçekleşmemiş olsa da ataklar kendiliğinden ortaya çıkmaya devam etmektedir (Erdoğan, 2007).

1.1.2. Beklenti Anksiyetesi

Panik atağının yaşattığı ruhsal gerginlik ve tedirginliğin etkisi kişi üzerinde atak sonrasında bile devam edebilmektedir. Böyle bir durumda kişi yeni bir atak yaşayabileceğine dair beklenti anksiyetesi içine girmektedir. Kısaca, beklenti anksiyetesi yeni bir atak geçirme korkusu olarak tanımlanmaktadır. Panik atağın

sonlanmasından sonra arkasından yeni bir atağın gelebileceği korkusu, atağın ne zaman gerçekleşeceğini belirsizliği ve atak sonrasında ortaya çıkacak sonuçlarla ilgili yoğun bir kaygı duyulmasıdır. Hastalar ne zaman panik atağı yaşayacaklarını önceden anlayabilmek amacıyla tüm bedensel ve çevresel belirtileri değerlendirirler. Bir uyarılmışlık ve tetikte olma hali içindedirler ve doğal olarak da bedensel duyularına karşı aşırı ilgi gösterme eğilimindedirler (Erdoğan, 2007; Tükel, 2002).

Beklenti anksiyetesi yoğunluğuna bağlı olarak panik atağına tahammül eşiğini düşürerek yeni atakların ortaya çıkma riskini arttırabilmektedir. Beklenmedik panik atakların beklenti anksiyetesi ile ilişkili olduğu ve beklenti anksiyetesinin de agorafobik kaçınmaya zemin hazırlayabildiği saptanmıştır (Tamam, 2009; Tükel, 2002).

1.1.3. Agorafobi

Goldstein ve Chambless (1978) agorafobiyi “korkudan korku” olarak tanımlamışlardır. “Korkudan korku” kavramı, agorafobiklerin dış uyaranlardan korkması yerine, çeşitli ortamlarda kendi fizyolojik yanıtlarından korktuklarını ortaya koymaktadır. Panik bozukluğu hastalarında panik atak sırasında oluşan bedensel belirtiler üzerine odaklanma ve bu durumdan kaçınma görülmüştür. Hastalar panik atağı sonrasında kaçmasının ya da yardım almasının zor olabileceği durumlardan uzak durmaya başlamaktadır. Süreç içerisinde kişi yeni bir atak geçirme korkusuyla birlikte ev dışında bulunmaktan, kalabalıktan, açık yerlerden, tren, otobüs ya da arabayla yolculuk yapmaktan, yardım alamayacağı ortamlardan kaçınmaktadır ve bu durum agorafobi olarak adlandırılmaktadır (Tamam, 2009). Agorafobisi olan kişilerin yoğun duygulanımdan kaçındıklarını, yaygın korku ağlarına sahip olduklarını ve kaygı ve korku tepkileri için doğru neden-sonuç ilişkisi kurmakta zorlandıkları görülmüştür (Fernandez ve Faretta, 2007).

Panik bozukluk, agorafobili ve agorafobisiz olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Agorafobinin klinik örnekleme ve toplumda panik bozukluğa eşlik etme oranı

farklılık göstermektedir. Toplum içinde görülen panik bozukluk hastalarının 1/2-1/3'üne, klinikte görülen hastaların ise yaklaşık 3/4'üne agorafobi eşlik etmektedir (Tamam, 2009).

DSM-5'e göre agorafobi tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

A. Aşağıdaki beş durumdan ikisi (ya da daha çoğu) ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma.

1. Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn. otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar).

2. Açık yerlerde bulunma (örn. otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler).

3. Kapalı yerlerde bulunma (örn. mağazalar, tiyatrolar, sinemalar).

4. Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma.

5. Tek başına evin dışında olma.

B. Kişi, kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştirici ya da utanç veren (örn. yaşlılarda düşme korkusu; altına kaçırma korkusu) diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan korkar ya da kaçınır.

C. Agorafobi kaynağı durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

D. Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinilir ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. inflamatuvar bağırsak hastalığı ve parkinson hastalığı) korku, kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. Sözgelimi, belirtileri özgül fobi, durumsal tür ile sınırlı değildir; yalnızca toplumsal durumları (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) kapsamaz ve yalnızca takıntılarla (takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi), dış görünümle ilgili algılanan kusurlarla (beden algısı bozukluğunda olduğu gibi), örseleyici olayları anımsaticılarla (rselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi) ya da ayrılma korkusuyla (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ilişkili değildir (Kroolu, 2015).

Hastalık hafif bir seyir gösterdiğinde agorafobikler bu durumlarda bulunmaya sıkıntı çekerek de olsa katlanabilirler ve normal bir yaşam biçimi sürdürebilirler. Fakat korkunun şiddeti artarsa kaçınma davranışı artar ve kısıtlı bir yaşam biçimi sürdürülür. Dolayısıyla yaşanılan korkunun şiddeti kaçınmanın derecesini de belirlemektedir. En ağır durumda ise kişi eve kapanır ve yanında ona eşlik eden biri olmadığı müddetçe dışarı çıkamaz. Bu tür hastalar eve bağlı agorafobikler olarak adlandırılmaktadır. Fobik kaçınma ve güvenlik arama davranışları anksiyetenin şiddetini geçici olarak düşürse de uzun vadede hastalığı sürdürebilmektedir. Öte yandan kaçınma davranışının oluşumunda panik atakların tipi belirleyicidir. Beklenmedik panik atakların beklenti anksiyetesi ve kaçınma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle agorafobik kaçınma, beklenmedik panik atakların kişide oluşturduğu kaygıyla başa çıkabilmesi için kullandığı bir yoldur (Tunçer, 1995; Tükel, 2002).

Agorafobikler özellikle yalnız olduklarında daha çok korku yaşamaktadırlar. Kendilerini güvende hissettikleri yerlerin dışına çıktıklarında genelde yanlarında birisinin olmasına ihtiyaç duyarlar. Agorafobi toplu bulunulan ya da kalabalık yerlerde olmaktan korku kadar psikolojik güvenlik sağlayan evre ve insanlardan uzak olmaktan korkmayı da kapsamaktadır. Agorafobikler kolayca güvenli bölgelerine ekilebileceklerinin mümkün olmadığı durumlardan korkma eğilimi

göstermektedirler. Agorafobi, ilk panik ataktan sonra birkaç gün ile birkaç yıl arasında oluşabilmektedir. Bazen panik ataklar ortadan kalktığında agorafobide de düzelme görülmektedir. Bazen de panik ataklar ortadan kalkmasına rağmen agorafobi devam etmektedir (Özakkaş, 2014; Onur, Alkın, Monkul ve Fidaner, 2004).

1.2. SÜREÇ VE PROGNOZ

Hastalık belirtileri süreç içerisinde artma ya da azalma gösterebilir fakat panik bozukluk ve agorafobi genellikle kronik bir gidişat gösterir ve yaşam boyu sürmektedir. Panik bozukluk önce panik ataklarla kendini göstermekte ve daha sonra da ataklara beklenti anksiyetesi ve fobik kaçınma davranışı eşlik etmektedir. Az sayıda belirti gösteren tam panik atak ölçütlerini karşılamayan panik ataklar daha uzun devam etme eğilimi gösterebilir ve düşük şiddette ancak ısrarlı tekrarlayan panik ataklar yeti yitimine sebep olabilmektedir. Bunun yanında tam panik atakların sıklığı azalmakta ya da tamamen kaybolabilmektedir. Hastaların %50 ile %70'inde düzelme görülmektedir. Panik bozukluğu hastalarının büyük bir kısmında ilk 2 yıl içerisinde kısmi ya da tam olarak belirtilerin sona erdiği görülmektedir. Fakat panik bozukluğuna agorafobi eşlik ediyorsa hastalığın gidişatında daha olumsuz bir seyir görülmektedir. Sekiz yıllık bir izleme sonucunda agorafobisiz panik bozukluğunda belirtilerin sona ermesi %70'leri aşarken agorafobinin eşlik ettiği olgularda %35-40 düzeyinde kaldığı görülmüştür (Tamam, 2009).

1.3. HAZIRLAYICI ETKENLER VE HASTALIĞIN GİDİŞİ

Panik bozukluğunda erken dönem yaşam olayları önemlidir. Yapılan çalışmalarda panik bozukluğu olan hastaların $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ 'sinde çocukluk döneminde uzun süre ebeveyninden ayrılma görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada panik bozukluğu olan hastaların yaklaşık %50'sinde geçmişte ayrılık anksiyetesi yaşadıkları bulunmuştur. Çocukluk döneminde yaşanan ebeveyninden ya da bakım verenden ayrılmanın agorafobi geliştirme üzerinde etkisinin olduğu düşünülmektedir. Ayrıca

panik bozukluğu hastalarının %87'sinin çocukluk döneminde orta-hafif düzeyde anksiyete belirtisi gösterdiği saptanmıştır (Yüksel, 2002).

Ebeveynin ölümü gibi travmatik yaşantıların ya da ebeveyninden uzun süre ayrı kalmanın agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğu hastalarında, agorafobinin eşlik etmediği panik bozukluk hastalarına göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Olayların kendi başına (istismar, kazalar, ayrılıklar vb.) rolüne ek olarak, ebeveyn tutumları da dikkate alınmalıdır. Ebeveyn kaygısı, katı ebeveyn yaklaşımları çocukların yaşamlarını etkilemektedir (Fernandez ve Faretta, 2007). Yapılan bir araştırmada panik bozukluğu hastalarının erken dönemde fiziksel ya da cinsel kötü davranışlara da maruz kaldığı saptanmıştır. Yapılan başka bir araştırmada 5 yaşından önce fiziksel ve cinsel kötü davranışlara maruz kalan çocuklarda yetişkinlik döneminde en sık rastlanan psikiyatrik bozukluğun agorafobi olduğu görülmüştür (Çelik ve Hocaolu, 2018; Tükel, 2002).

Hem fiziksel hem de zihinsel sağlık sorunlarına katkıda bulunan etkenlerin önemini vurgulayan araştırma, Olumsuz Çocukluk Deneyimleri çalışmasıdır. Olumsuz Çocukluk Deneyimleri çalışması, 1995 ve 1997 yılları arasında 17.000'den fazla gönüllünün sağlık sonuçlarının boylamsal takibini yürütmüştür ve yetişkinlikteki sağlık riskleri (alkolizm, depresyon, kanser, sigara) ile olumsuz çocukluk deneyimleri (istismar, ihmal, travma) arasında önemli bir ilişki bulunmuştur (Bhagwagar, 2016).

1.4. STRESLİ YAŞAM OLAYLARI

Panik atakları kendiliğinden ortaya çıksa da yapılan görüşmeler sonucunda hastalığın başlangıcından önceki aylarda kişiyi etkileyen stresli bir yaşam olayının varlığı tespit edilebilmektedir. Panik bozukluğu olan hastaların sağlıklı bireylere göre daha fazla stresli yaşam olayına maruz kaldıkları ve ilk atak öncesindeki altı ay içerisinde stresli bir yaşam olayına maruz kalma oranı %80 olarak saptanmıştır.

Sırasıyla stresli yaşam olaylarının görülme sıklığı, sevilen bir kişiden ayrılma ya da ayrılma tehdidi yaşama, iş değiştirme, hamile kalma, göç, evlilik, mezun olma, yakın bir kişinin ölümü ve fiziksel hastalık şeklindedir. Bir araştırmada 57 panik bozukluk hastasının %84'ünde ilk panik ataktan önceki altı aylık sürede stresli bir yaşam olayı saptanmıştır (Tükel, 2002). Araştırmanın sonuçlarına göre en sık görülen stresli yaşam olayı yakın bir kişinin ölümü (%17), iş ile ilgili sorunlar (%17) ve sevilen bir kişiden ayrılma (%14) olarak saptanmıştır (Erdoğan, 2007; Tükel, 2002).

1.5. AYIRICI TANI

Panik atakların herhangi bir madde, ilaç etkisinde ya da başka bir anksiyete bozukluğunda görülen durumlara bağlı olarak ortaya çıkmamış olması bir tanı ölçütüdür. Hastalığın başlangıcında panik atağı öyküsünün bulunması öncelikle panik bozukluğu tanısına götürmektedir. Bunun yanında gece oluşan panik atakların varlığı sadece panik bozukluğuna özgüdür. Panik ataklar bulunan durum ya da ortam ile ilişkiliyse atağın oluştuğu koşullara göre diğer anksiyete bozuklukları sorgulanmalıdır. Eğer atak toplumsal durumlarda oluşuyorsa sosyal fobi, kir ya da mikrop kapma korkusu sonucunda oluşuyorsa obsesif-kompulsif bozukluk, bir durum ya da nesne ile karşılaşıldığında oluşuyorsa özgül fobi, stres ve travma çağrıştıran belli durumlar sonucunda oluşuyorsa travma sonrası stres bozukluğu düşünülmeli ve sorgulanmalıdır (Tamam, 2009; Konkan ve ark., 2003).

Belirtiler organik bir etken tarafından başlatılmadığı ve sürdürülmediği durumlarda panik bozukluk tanısı konulmalıdır. Hipertiroidi, hipoglisemi, Cushing hastalığı, hipoparatiroidi gibi fiziksel hastalıklar da panik bozukluğunda görülen belirtilerle benzer belirtiler göstermektedirler. Panik ataklar, panik bozukluğunun temel belirtisi olmasına rağmen sadece ona özel değildir. Sosyal fobi, özgül fobi, post-travmatik stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarında; madde kullanımı, psikotik bozukluklar, depresif bozukluklar gibi diğer ruhsal bozuklukların seyrinde de panik atağı görülebilmektedir (Tamam, 2009).

Panik bozukluğu genellikle anksiyete bozuklukları ve depresyon ile birlikte görülür. Yapılan bir çalışmada panik bozukluğu ile birlikte en sık görülen bozukluklar depresyon (%24.5) ve somatizasyon bozukluğu (%22.5) olarak bulunmuştur. Panik bozukluğu hastalarının %35-91'inde majör depresyon görülmektedir. Panik bozukluk ve depresyonun birlikte görüldüğü durumlarda bazen depresyonun panik bozukluktan sonra bazen de önce ya da beraber başladıkları saptanmıştır (Konkan ve ark., 2003).

Sosyal fobi ile panik bozukluğu sıklıkla birlikte görülebilmektedir. Sosyal fobinin eşlik ettiği panik bozukluk hastalarında yaşam boyu depresyon gelişme ihtimali yüksektir. Obsesif kompulsif bozukluk ile panik bozukluk da birlikte görülebilmekte ve yine depresyon gelişme riskini arttırmaktadır. Panik bozukluğu hastalarında beklenti anksiyetelerini azaltmak amacıyla alkol kullanımı başladığı görülmüştür. Fakat zamanla bu durum alkolizme dönüşebilmektedir. Alkol kullanmaya başlayan olguların yaklaşık %20'sinde alkol kötüye kullanımı gelişebilmektedir. Alkolikler arasında panik bozukluğu görülme sıklığı toplum içinde görülme sıklığına göre yüksektir. Bazen alkol kullanımının panik bozukluğunun başlamasında da etkili olabileceği düşünülmektedir. İntihar girişimi ya da intihar düşüncesi panik bozukluğunda görülebilmektedir. Yapılan bir çalışmada panik bozukluğu hastalarının %42'sinin yaşamlarının bir bölümünde intihar girişiminde buldukları görülmüştür (Saygılı ve Karamustafalıoğlu, 2010; Tamam, 2009; Tükel, 2002).

Panik bozukluk hastalarının bedensel belirtilere karşı artmış bir dikkatleri vardır ve fiziksel değişikliklere karşı çok duyarlıdırlar. Panik ataklar sırasında görülen bedensel belirtiler sonucunda kişi kendisinde ciddi bir bedensel hastalığın olduğunu düşünebilmektedir. Heyecanlanma ya da egzersiz yapma durumlarında bedensel tepkilerini yanlış yorumlama görülebilmektedir. Kalp çarpıntılarını kalp krizi, soluk almada güçlüğü nefessiz kalıp ölme olarak yorumlayabilmektedirler Diğer anksiyete bozukluklarında da olduğu gibi panik bozukluğunda da ailesel kümelenme görülebilmektedir. Panik bozukluğu olan kişilerin yakınlarında hastalığın görülme riski hem genetik yatkınlığın hem de benzer çevresel koşullara maruz

kalmanın sonucunda sağlıklı kişilere göre yüksek olduğu düşünülmektedir. Özellikle ailesel kalıtımın solunum belirtilerinin eşlik ettiği ve erken başlangıçlı olgularda daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Kişiye agorafobik kaçınma davranışlarıyla nasıl başa çıkacağı öğretilmelidir. Kaçınma davranışının ortadan kalkması için korkulan durumun üzerine gidilmesi gerekmektedir ve gerçek yaşam koşullarında alıştırmanın (in vivo exposure) agorafobinin tedavisinde en etkili yöntemlerden olduğu bilinmektedir (Tamam, 2009; Tükel, 2002).

İKİNCİ BÖLÜM

2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

2.1. TANIM ve TARİHÇE

İkinci kuşağın en önemli temsilcilerinden biri olan Aaron T. Beck 1960'ların başında zihin sağlığı alanında büyük gelişmelerin gerçekleşmesini sağlamıştır. Aslında bir psikanalist olan Beck, o dönemlerde tıp topluluğunun ampirik çalışmalardan uzak kalmasından rahatsız olmuş ve kuramların deneysel olarak da geçerli olduğunun gösterilmesini savunmuştur. Bu düşünceler ışığında depresyon hastaları üzerinde çalışmalar yapmaya başlamıştır. Çalışma sonuçlarının beklentilerinin dışında ilerlediğini gören Beck, depresyon için farklı açıklamalar araştırmaya yönelmiştir. Olumsuz düşüncelerin depresyonun birincil özelliği olduğunu savunmuş ve hastaların bu olumsuz düşüncelerini test edebilmek için kısa süreli bir tedavi yöntemi geliştirmiştir (Beck, 2011).

İnsan zihninin temel özelliği beklentiler ve öngörülerdir. Birey dünyayı kendine özgü bir lens üzerinden görmektedir ve ilişkilerinin nasıl işlediğine dair kuramlar ve modeller geliştirmektedir. Kişi sahip olduğu eşsiz lens ve geliştirdiği kuram ve modeller aracılığıyla da insan ilişkilerine ve dünyaya dair öngörülerde bulunmaktadır. Bu bilgiler ışığında bilişsel terapi insanın algı, anlamlandırma ve bilişlerinin ruhsal tepkilerinde etkili olduğunu savunmaktadır (Özdel, 2015; Türkçapar ve Sargın, 2011).

Bilişsel kuram insanlarda öğrenmenin hayvanlardan farklı olarak sosyal öğrenmeye bağlı olduğunu savunmaktadır. Böylece çevreden gelen uyarılarla ortaya çıkan davranışlar arasında bilişsel sistem aracılık yapmaktadır. Bu ilkeler sonucunda hem normal insan psikolojisinin hem de patolojilerin anlaşılması ve tedavisinde etkili olan bilişsel kuram ortaya çıkmıştır. İlk olarak "Bilişsel Terapi" olarak

adlandırılmıŖ ve birçok davranıŖo terapist tarafından da kabul görmesiyle birlikte zamanla ‘‘BiliŖsel DavranıŖo Terapi (BDT)’’ adını almıŖtır.

Hastalardan daha çok problem ve belirti odaklı olan bu yaklaŖım, iŖlevsellik bozulması ile ilgili davranıŖların meydana gelmesinde ve sürdürülmesinde iŖlevsel olmayan biliŖlerin etkisinin olduğunu ileri sürmektedir. Tedavi sürecinde iŖlevsel olmayan biliŖler üzerinde alıŖtır ve amaç biliŖleri ve davranıŖları deėiŖtirmektedir.

BDT’nin temelinde renme kuramları ve biliŖsel psikoloji ilkeleri vardır ve insan davranıŖları ve psikopatolojilerini biliŖsel ve davranıŖsal kuram çerçevesinde açıklamaya alıŖmaktadır. Bu yüzden iŖlevsellik ve psikolojik iyilik halinin tanınmasında duygu, dönünce ve davranıŖlar bir bütün olarak ele alınmaktadır. Dolayısıyla dnncelerin deėiŖtirilmesiyle birlikte duygularda ve davranıŖlarda da deėiŖlik beklenmektedir. Soruna sebep olduğu dnnlen biliŖleri deėiŖtirmek için biliŖsel teknikleri, davranıŖlardaki deėiŖlikleri sağlamak içinde davranıŖsal teknikleri kullanmaktadır (zcan ve elik, 2017; Sütcü, 2015; Vatan, 2016).

Depresyonun tedavisi için tasarlanan bu psikoterapi eğidi süreç içerisinde panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompülsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu gibi anksiyete bozuklarına daha sonra yeme bozuklukları, kimlik bozuklukları, somatoform bozukluklar ve psikotik bozukluklarla alıŖmaya bağlanmaktadır. Bu uyarlamalarda kuramsal varsayımlar sabit kalmıŖ ve biliŖsel davranıŖo terapisinin tüm şekillerinde tedavi biliŖsel formülasyona, belirli bir rahatsızlık nitelendiren davranıŖ stratejilerine ve inançlara dayanmaktadır (Beck, 2021; Türkçapar ve Sargın, 2011).

BDT dŖncelerimizin, ne hissettiğimiz ve nasıl davrandığımız üzerinde etkisi olduğunu savunan yapılandırılmıŖ, terapistin aktif olduğu, zaman sınırlı ve danıŖanla iŖbirliėine dayalı bir terapi Ŗeklidir (zcan ve elik, 2017; Sütcü, 2015). Teknik uygulamalar açısından zengin, iliŖkiye dayalı, geliŖime ve yeniliğe açık bir yapıya sahip olan BDT, klinik uygulamada da psikanalitik uygulamanın dıŖına çıkararak danıŖanla daha çok etkileŖime girilmesini ileri sürmektedir. YaŖantıya yakın ve klinik odaklı bir psikoterapi kuramı olmasının yanında ampirik bulguları kullanmasının da önemli olduğu görülmektedir. Hem temel varsayım ve ilkelerini koruyan hem de

yeni gelişmeleri kuramına dahil edebilen bir yapıya sahiptir. Bilişsel terapinin kurucusu olan Beck yeni gelişmelere ve deneysel verilere önem vermektedir ve bu sayede diğer kuramlarda karşılaşılan donma ya da katılma bilişsel terapide yaşanmamaktadır (Türkçapar ve Sargın, 2011; Vatan, 2016).

2.2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODEL

Kişi karşılaştığı durumu sahip olduğu bilişsel alt yapısı sebebiyle çarpıtmaktadır. Bu çarpıtma sonucunda da ortaya otomatik düşünceler çıkmaktadır. Otomatik düşünceler de beraberinde işlevsiz duyguları ve bu duygularla ilişkili davranışları getirmektedir. Bu davranışlar da sahip olunan bilişsel alt yapının (şemaların) devam etmesine hizmet etmektedir. Herhangi bir şema aktifleştiği zaman kişide ilgili temel inançtan kaynaklanan bir anlam ortaya çıkar ve bu anlam diğer biliş, duygulanım ve davranış sistemleriyle etkileşime girer. Bir ruhsal hastalığın atak döneminde olumsuz şemalar aktif hale gelmektedir. Diğer zamanlarda olumlu şemaların aktif halde olduğu görülmektedir (Özdel, 2015; Türkçapar, 2020).

Bilişsel kuram bireyin bilişsel yapısını kavramsallaştırırken bilişleri otomatik düşünceler ve şemalar olmak üzere iki grupta inceler. Şemalar içinde ara inançları ve temel inançları barındırmaktadır. En yüzeyde otomatik düşünceler sonra ana inançlar ve en temelde de temel inançlar bulunmaktadır (Özdel, 2015; Türkçapar, 2020).

2.2.1. Otomatik Düşünceler

İnsan zihnine gün içerisinde istemli ve istemsiz olarak birçok düşünce gelmektedir ve bu düşüncelerin %13'lük kısmını istemsiz düşüncelerin oluşturduğu bilinmektedir. Kişinin özellikle düşünmeyi istemediği ve istemsiz bir şekilde zihnine gelen düşünceler otomatik düşüncelerdir ve genel olarak sözel ve imgesel bir yapıya sahiptirler. Bilişsel davranışçı terapi duygusal sıkıntılara eşlik eden olumsuz otomatik düşüncelere odaklanmaktadır. Bu düşünceler ya da imgeler zihinde birden belirir ve genelde düşünceler fark edilmezken düşünceye eşlik eden duygu fark edilmektedir (Özdel, 2015; Türkçapar, 2018).

2.2.2. Ara İnanç ve Kurallar

Ara inançları belirlemek otomatik düşünceleri belirlemekten daha zordur. Otomatik düşüncelerdeki tekrar eden ortak temalardan ara inançlar ve kurallar ortaya çıkarılabilir. Ara inançlar genelde dile getirilmemekle birlikte kişinin inandığı ve ‘‘eğer’’ ile başlayan ya da ‘‘meli/malı’’ şeklindeki gereklilik içeren düşüncelerdir. Diğer bir deyişle kişinin kendini, insanları ve dünyayı, başına gelen şeyler ve yaşantılarla ilgili geliştirdiği kurallar ve sayılıtlarla algılamasıdır. Kişi olumsuz temel inançlardan korunmak amacıyla ara inanç ve kurallar geliştirmektedir. BDT’de amaç işlevsiz katı kuralların fark edilerek esnetilmesi ve değiştirilmesini sağlamaktır (Özdel, 2015; Türkçapar, 2018).

2.2.3. Temel İnançlar

Temel inançlar şemalar olarak da adlandırılmaktadır. Kişinin, kişisel ve çevresel bilgiyi nasıl düzenlediğini gösteren, kendisi, insanlar ve dünya ile ilgili varsayımlarını içeren, yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşmuş bilişsel yapılarıdır. Temel inançlar, genel oldukları için otomatik düşüncelerden, şartlı değil kesin yargılar içerdikleri için ara inançlardan farklıdır. Beck temel inançları değersizlik, sevilme ve çaresizlik olmak üzere üç ana grupta toplamıştır. ‘‘Yetersizim, güçsüzüm, dayanıksızım, beceriksizim’’ gibi temel inançlar çaresizlik temel inancı altında, ‘‘Sıkıcıyım, sevilmiyorum, çirkinim’’ gibi temel inançlar sevilme temel inancı altında ve son olarak ‘‘Yaşamayı hak etmiyorum, değersiz biriyim, tehlikeliyim’’ gibi temel inançlar ise değersizlik temel inancının altında yer almaktadır (Özdel, 2015; Türkçapar, 2018).

2.3. TERAPİ SÜRECİ

BDT genellikle üç aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada hastanın var olan sorunu değerlendirilmektedir. Değerlendirme ve müdahale arasında geçiş aşaması olarak hastaya ve ailesine psiko-eğitim verilerek problemlerin ortaya çıkmasında işlevsel olmayan düşüncelerin, duyguların ve davranışların etkisi hakkında bilgilendirme yapılır (Vatan, 2016). Kişinin problemiyle ilişkili semptomları, bilişsel ve

duygusal özellikleri belirlendikten sonra tedavi planı oluşturulur. Psiko-eğitim ve klinik değerlendirme tamamlandıktan sonra daha aktif olan ikinci aşamaya geçilir. Bu aşamada kişinin ana semptomlarına uygun teknik ve müdahaleler uygulanmaya başlanır. Semptomlar belirgin şekilde azaldığı zaman ikinci aşamanın çalışmaları tamamlanmış olur ve hasta nüksü önlemek için hazır hale gelir. Üçüncü aşamada genelleştirme, sürdürüm ve yinelemeyi önleme teknikleri kullanılır. Tedavinin yoğunluğu azaltılır ve hastaya daha fazla sorumluluk verilir. Değişimlerin uzun süre korunabilmesi adına gerekirse güçlendirici seanslar uygulanabilmektedir (Beck, 2011; Özdel, 2015; Türkçapar, 2018; Türkçapar, 2020).

2.3.1. Ev Ödevi

Hastaların terapi odası dışında da bilişsel, davranışsal ve duygusal sorunlarını çözmek için harcadıkları çaba ve süre ev ödevi olarak adlandırılmaktadır ve BDT'nin önemli bir parçasıdır. Hastanın seans sırasında öğrendiği becerileri günlük yaşantısına uyarlaması sağlamaktadır. Seanslar arasında hastaya verilen ev ödevlerinin uygulanması için yeterli zamanın olmasına dikkat edilmelidir (Özcan ve Çelik, 2017). Ev ödevleri hastaların kendilerini daha fazla eğitmelerine, düşünce ve inançlarını test etmelerine ve yerine yeni davranış kalıpları koymalarına yardımcı olmaktadır.

Beck ve Tompkins (2007)'e göre ev ödevlerinin 6 temel amacı vardır:

1. Sorunlara uygulamalı çözümler bulmak
2. Öz farkındalığı arttırmak
3. Bilişsel, davranışsal ve duygusal beceri pratiğini arttırmak
4. Seanslarda öğrenilen teknikleri pekiştirmek
5. Düşünceleri test etmek
6. Nüksleri önlemek olarak belirtilmiştir (Soylu ve Topaloğlu, 2015).

2.4. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİDE KULLANILAN TEKNİKLER

2.4.1. Maruz Bırakma (Exposure) ve Tepki Önleme

Bilişsel terapide kullanılan en önemli davranışçı teknik maruz bırakmadır. Hastaların belli bir kısmına bakıldığı zaman diğer insanların rahatlıkla yapabildikleri kalabalık bir caddede yalnız yürüme, sokakta yol sorma, toplum içinde konuşma, yükseğe çıkma, tünelden geçme, kalabalık mağazalara girme, tek başına evden dışarı çıkma, merdiven inme gibi yaşamın içerisindeki etkinlikleri yaparken büyük sıkıntı duydukları hatta kaçındıkları görülmüştür. Diğer bir yandan yine bu hastalara bakıldığında başkalarının çok da önemsemediği ilaç veya cep telefonu taşıma, el yıkama, silme, temizlenme elektrikli cihazların kontrolü gibi davranışları çok miktarda ya da sürekli olarak yaptıkları gözlenmiştir. Kişi kaçındığı bu durumlarda sıkıntı yaşamaktadır ve yaptığı davranışlar sayesinde de rahatlamaktadır. Bu iki strateji kaçınma ve güvenlik davranışı olarak adlandırılmaktadır ve bunlar genelde kişinin rahatsızlığını ya oluşturmakta ya da sürmesine sebep olmaktadır. Kişinin korktuğu ya da kaçındığı bu durumlara kademeli olarak maruz bırakılması ve ortaya çıkan tepkinin önlenmesi bu döngüyü kırmaktadır. Kişi sıkıntının sürekli artacağı ya da hiç geçmeyeceği düşüncesinin gerçek olmadığını ve rahatlatıcı davranışlarda bulunmasa bile rahatlayabileceğini yaşayarak öğrenmiş olur. Korkulan duruma maruz kalınca başta sıkıntıda artış gözlenir fakat zamanla sıkıntı azalır ve alışma gerçekleşir. Teknik uygulanırken hastadan korktuğu ve kaçındığı durumların ya da nesnelerin tam listesi alınır ve bu durumların ne kadar sıkıntı verdiğinin derecelendirilmesi istenir. Orta düzeyde rahatsızlık veren bir durum ile maruz bırakma tekniğine başlanabilir. Saatlik veya süreli olarak kişiden bu nesneye temas etmesi ya da kaçındığı durumun içine girmesi istenir. Amaç hastanın kaçındığı durumu yaşayarak, kaygı seviyesi azalana kadar o ortamda bulunmasıdır. Ayrıca hastanın bu zor duruma girmeyi kabul edebilmesi için yarar ve gerekliliğin mutlaka açıklanması gerekmektedir (Ak ve ark., 2019; Beck, 2021).

2.4.2. Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Bilişsel işleme tiplerini düzeltmek için kullanılan bilişsel yeniden yapılandırma tekniği kişinin değerlendirme alışkanlıklarını değiştirme ve değiştirdiği bu alışkanlıkların sonucunda daha olumlu duygusal tepkiler geliştirmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bu teknik iki varsayıma dayanır; 1. Olumsuz bilişler ve çarpıtılmış düşünceler kişiyi başarısızlığa uğratan davranışlara sebep olur, 2. Bilişlerin değişmesiyle bu olumsuz düşünceler de değişmektedir. Bilişsel yeniden yapılandırma tekniği sıklıkla olumsuz düşünce ve yorumlara sahip olan danışanların bunları daha olumlu düşünce ve davranışlara değiştirmesi amacıyla kullanılmaktadır (Erford, 2019).

2.4.3. Sorun Çözme

Kişinin bütün sorunları ve bu sorunların şiddeti sadece bilişsel etkenler tarafından belirlenmez. İçinde bulunulan ortam, çevre ve yaşanan olaylar sorunların oluşumunda etkilidir. Eğer kişinin tepkileri içinde bulunduğu duruma uygunsa ve bu tepkiler yaşanan olaylardan kaynaklanıyorsa ama yine de kişi verdiği tepkilerden rahatsızsa o zaman ilk olarak sorun çözme tekniği kullanılmalıdır. İlk önce üzerinde çalışılacak sorunların tanımlanması gerekmektedir. Daha sonra bu sorunları terapistle herhangi bir sınırlama olmaksızın paylaşması istenmektedir. Sorunun nasıl değişebileceği, değiştirirken hangi yöntemlerin kullanılabileceği, bulduğu seçeneklerin yazılması, bu seçeneklerin her birinin artılarının ve eksilerinin gözden geçirilmesi ve en uygun seçenek üzerinden çözümün hayata geçirilmesi için atılması gereken adımlar saptanır. Sorunu çözerken kişinin karşılaşılabileceği engellerin neler olabileceği ve bunların üstesinden gelmek için neler yapılabileceği de düşünülmelidir (Ak ve ark., 2020).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. GÖZ HAREKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA ve YENİDEN İŞLEME

3.1. TANIM ve TARİHÇE

Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR/Eye Movement Desensitization and Reprocessing), bilişsel, davranışçı, bilişsel davranışçı, psikodinamik ve danışan merkezli yaklaşımların öğelerini bir araya getiren, yapılandırılmış, kapsamlı, bütüncül bir psikoterapi yöntemidir. Bilgi işleme modeline dayanan bilişsel davranışçı, danışan merkezli, beden temelli ve psikodinamik gibi farklı ekollerin çeşitli öğelerini bütünleştirmiştir. Göz hareketleri, dokunsal vuruşlar, işitsel uyarım ya da titreşim topları gibi ardışık, ritmik ve çift yönlü uyarımlar kullanılırken danışanın travmatik yaşantıya odaklanmaya yönlendirilmesi EMDR'ı diğer yaklaşımlardan ayıran yönüdür (Akkuş ve Durna, 2021; Tokgöz, 2018).

EMDR kuramsal temel üzerine değil Francis Shapiro'nun 1987 yılında yaşadığı bir deneyime dayanmaktadır. Shapiro yürürken, kendisini rahatsız eden düşüncelerin yoğunluğunun azaldığını ve bu düşünceleri yeniden hatırladığında onların eskisi kadar rahatsız edici olmadıklarını fark etmiştir. Shapiro bu düşünceleri değiştirmek için bilinçli bir çaba göstermemiştir. Bu deneyimini gözden geçirdiğinde düşünceleri aklından geçirirken gözlerini sağa sola, yukarı aşağı hareket ettiğini fark etmiştir. Bu deneyimini kendisi ve yakın çevresi üzerinde test etmiş ve rahatsız edici düşüncelerden kurtulmakta işe yaradığını görmüştür. Bazı insanların göz kaslarının yapısı sebebiyle gözlerini sistematik olarak hareket ettiremediklerini fark ettiğinde ise bu hareketlerin daha kolay yapılabilmesi için parmakla yönlendirmeyi içeren bir işlem geliştirerek EMDR'ye ekleme yapmıştır (Denizli, 2008; Kavakcı, Doğan ve Kuğu, 2010). Shapiro bu yaklaşımın etkililiğini test etmek için ilk deneysel çalışmasını yine kendisi gerçekleştirmiştir. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı

almış hastaların bir kısmına EMDR uygulanmıştır. Diğer grup olan kontrol grubu hiçbir tedavi almamıştır. Araştırmanın sonucunda EMDR grubundaki katılımcıların öznel stres birimiyle ölçülen algılanan stres düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde az olduğu görülmüştür. Bu ilk çalışma sonucunda EMDR'nin etkililiği bilimsel bulgularla kanıtlanmıştır ve bir terapi yaklaşımı olarak gelişmesi hızlanmıştır (Denizli, 2008).

3.2. EMDR'ın KURAMSAL TEMELİ

Bu yaklaşımın en çok eleştiri aldığı ve zayıf olarak görülen yanı göz hareketlerini kullanarak iyileşmeyi ya da değişimi nasıl sağladığıdır çünkü Shapiro bu yaklaşımın değişimi nasıl sağladığını ilgili bir kuramsal temele dayandırmamıştır (Denizli, 2008).

EMDR özellikle travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) tedavisinde kullanılmış ve travmaya maruz kalmış bireyler üzerindeki etkililiği çeşitli araştırmalarla bilimsel olarak incelenmiştir. (Denizli, 2008; Tokgöz, 2018). Hala tartışmalı bir tedavi yöntemi olmasına rağmen EMDR'ın etkililiği çeşitli araştırmalar sonucunda ortaya koyulmuştur ve bu araştırmalar çoğunlukla travma sonrası stres bozukluğu ile ilgilidir (Goldstein, Beurs, Chambless ve Wilson, 2000). TSSB çalışmalarının bir meta-analizinde, EMDR'nin etkinlik açısından davranış terapisi ve seçici serotonin geri alım inhibitörleriyle karşılaştırılabilir olduğunu ve kontrol koşullarından üstün olduğunu bulunmuştur Goldstein, De Beurs, Chambless ve Wilson, 2000).

EMDR yaklaşımıyla değişim, bilginin nörobiyolojik olarak saklanmasıyla açıklanmaktadır. İnsanların doğuştan sahip oldukları varsayılan bilgi işleme sisteminin yaşantılarla ilgili bilgileri, fizyolojik süreçler aracılığıyla ve bilgiyi duygusal sağlığa ulaşmak amacıyla sakladığı öne sürülmektedir. Bu sistemin engellenmesi sonucunda da patolojiler ya da işlevsizlikler ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla bilgiye yeniden ulaşmak ve bu bilgiyi yeniden işlemek sistemi tekrar harekete geçirmekle sağlanmaktadır. Nörobiyolojik mekanizmayı harekete geçiren ise göz hareketleridir ve beyinde fizyolojik değişiklikler sağlayarak bilginin yeniden işlenmesine aracılık etmektedir. İstem dışı göz hareketlerinin bilişsel süreçlerle

ilişkisi bilinmektedir fakat yine de EMDR yaklaşımıyla göz hareketlerinin değişimi nasıl sağladığı ya da kolaylaştırdığına ilişkin açıklamalar sınırlıdır. Dolayısıyla EMDR'nin etkililiğini, kuramsal temelini açıklayarak değil ampirik çalışmalarla ortaya koymaya çalıştığı görülmektedir (Denizli, 2008).

3.3. UYUMSAL BİLGİ İŞLEME MODELİ

Uyumsal Bilgi İşlem modeli (Adaptive Information Processing, AIP) patolojik kişilik özelliklerinin en büyük sebebinin altta yatan işlevsiz anılar olduğunu ve bunların yapısal olarak değiştirilebileceğini öne sürmektedir. EMDR ile başarı sağlanan klinik sonuçların hızını açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Başarılı tedavi sonuçlarını tahmin etme, patolojilerin temelini açıklama ve uygulayıcıya rehber olması amacıyla kullanılmaktadır (Shapiro, 2007).

Bu modele göre yeni yaşantılar, algı, davranış ve tutumların temeli olan anı ağları içerisinde değerlendirilmektedir. Patolojik örüntüler geçmişte yaşanan rahatsız edici olayın zamanında yetersiz bir şekilde işlenerek ya da yeterince işlenmeden kaydedilmesi sebebiyle oluşmaktadır. Geçmiş yaşantılardan kaynaklanan patolojik örüntülerin de düşünceleri, duyguları ve davranışları etkilediği düşünülmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk, bazı depresyon türleri ve daha da karmaşık durumlar olan kişilik bozukluklarında önceki tecrübelerin etkisiyle patoloji oluştuğu kabul edilmektedir. Sağlıklı bir birey yeni yaşantıları bilgi işlem sürecinden geçirir, kendisine faydalı olan bilgiyi alır ve bu bilgiyi uygun duygularla depolar. Yeni bir anı oluştuğunda anı ağları içerisinde değerlendirilir. Dolayısıyla işlevsel olmayacak şekilde depolanmış geçmiş anılar ileride anı-tepki arasındaki uyumsuzluğun temel sebebidir (Shapiro, 2002; Shapiro, 2007).

Mevcut uyarıcılar, kişinin geçmişteki anılarına bağlı davranmaya devam etmesine ve bu anılarla ilgili olumsuz duygu ve inançları ortaya çıkarmasına sebep olur. Rahatsız edici olay, anı ağlarında uygun bir şekilde özümsemediği için geçmiş olayın şiddeti devam etmektedir ve kişi hala geçmişteki bu rahatsız edici olay ile ilişkili duygusal ve davranışsal tepkiler vermektedir. Rahatsız edici olay ya da anılar işlevsel olmayacak şekilde kaydedildiğinde kişinin geçmişten gelen olumsuz duygu ve inançlarının bugününü etkilemesine sebep olmaktadır. Böyle anılar EMDR ile

işlendiği zaman bugünkü duygu ve bilişlerinin daha olumlu olmasını ve bu olumlu değişimin rahatsız edici olayla ilişkili anılar içinde genellenmesi, kişinin duruma daha uygun davranışlarda bulunmasını sağlamaktadır (Shapiro, 2007).

Uyumsal bilgi işleme modeline göre patolojiler, doğuştan gelen bilgi işlem sisteminin bloke edilmesinden kaynaklanmaktadır. İşlevsiz bir şekilde depolanmış bilgi doğru bir şekilde ele alınırsa patolojiler de değişim ve iyileşme göstermektedir. Dolayısıyla süreç rahatsız edici anıya ulaşma, sistemin aktif hale getirilmesi ve bilginin uyumsal bir şekilde çözüme götürülmesi şeklinde ilerlemektedir. Rahatsızlık veren anıların yeniden işlenmesi durumunda danışanın bilişsel, davranışsal, duygusal, öz değer ve öz yeterlilik düzeylerinde değişiklikler görülmüştür. EMDR diğer alımlama yöntemlerinden çok daha kısa bir zamanda terapötik değişimi gerçekleştirme ve bunu yaparken rahatsız edici olayın üzerinden ne kadar sürenin geçişi ile ilgilenmemektedir (Shapiro, 2002; Tokgöz, 2018).

3.4. EMDR'ın UYGULANMASI

EMDR süreci kapsamlı olarak planlanmış 8 aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar ardışık ve yapılandırılmış bir şekilde devam etmektedir ve bir aşama tamamlanmadan diğer aşamaya geçilmemelidir. Protokol oluşturulurken uyumsal bilgi işleme modelinden yararlanılmaktadır.

1. Aşama: Danışanın Hikayesi Alma ve Terapi Planlama

Öncelikle danışanın yaşam koşulları, patolojinin temelini oluşturan geçmiş olaylar, mevcut tetikleyiciler ve genel durumu öğrenilmelidir. Danışanın yaşam koşullarının travmatik bir durumla yüzleşmeyi sağlayabilecek durumda olmasına dikkat edilmelidir. Danışanın semptomları ve problemleri dikkatli bir biçimde dinlenmelidir ve EMDR tedavisi için uygunluğu tespit edilmelidir. Alınan öykü sonucunda danışanın hayatındaki olumlu ve olumsuz olaylardan öğrenmesi gereken hedefler belirlenmelidir (Denizli, 2008; Shapiro, 2007; Tokgöz, 2018).

2. Aşama: Hazırlık

Danışanın beklentilerini belirlemeyi, terapötik ilişkinin kurulmasını ve danışanın öğitilmesini içerir. Terapötik ilişki kurulduktan sonra danışana EMDR hakkında

ayrıntılı bir bilgilendirme yapılır. Bilgilendirme sürecinin amacı danışanın yapılacak işlemleri onaylaması ve katılımının sağlanmasıdır. Danışanın göz hareketlerini nasıl yapacağını ve terapinin zorlayıcı olduğu zamanlarda onu rahatlatarak, kontrol duygusunu geliştirecek bazı geveme egzersizleri ve teknikler de yine bu aşamada gösterilmektedir (Denizli, 2008; Shapiro, 2007; Tokgöz, 2018).

3. Aşama: Hedefin Değerlendirilmesi

EMDR'nin en kritik aşaması olarak tanımlanmaktadır. Danışandan travmatik deneyimini en iyi şekilde yansıtacak bir imge ya da görsel oluşturması istenmektedir. Bu sayede EMDR için işlenmesi gereken hedefe ulaşılmaktadır. Danışanın kendine dönük işlevsel olmayan ve travmatik yaşantısına eşlik eden düşünceleri ortaya çıkarılır. Sonrasında danışandan kendine ilişkin olumlu bir düşünce belirlemesi istenir. Bu olumlu düşünce ileriki aşamalarda kullanılacaktır. Danışandan belirlendiği bu olumlu düşünceye yedi dereceli (1-tamamen geçersiz, 7-tamamen geçerli) Düşünce Geçerliliği Ölçeği (Validity of Cognition Scale-VoC) üzerinden ne kadar inandırıcı derecelendirmesi istenir.

Ayrıca travmatik yaşantıya ilişkin imge ve danışanın kendisiyle ilgili olumsuz düşüncesi birleştirilir ve bu ikisinin danışana yarattığı stresin şiddeti değerlendirilir. Yine danışandan algıladığı bu stresin şiddetini 10 dereceli (1-rahatsız edici değil, 10-olabilecek en kötü şekilde rahatsız edici) Öznel Rahatsızlık Düzeyi Ölçeği (Subjective Units of Disturbance Scale-SUD) üzerinden derecelendirmesi istenir. Bu aşamada son olarak danışanın, travma yaratan olayı düşündüğünde hissettiği duyguların bedenindeki yerini tespit etmesi istenir (Denizli, 2008; Shapiro, 2007; Tokgöz, 2018).

4. Aşama: Duyarsızlaştırma

Bu aşamada danışandan onu rahatsız eden olayı imgelemesi, bu yaşantıyla ilişkili kendine dönük olumsuz inançlarına ve bedensel belirtilerine odaklanması istenir. Bunların belirlenmesiyle aynı anda psikolojik danışman tarafından yönlendirilen göz hareketleri dizileri yapılmaktadır. Göz hareketleri dizisinin her biri 24 tekrardan oluşmaktadır ve psikolojik danışman işaret parmağı ile danışanın gözlerini sağ-sol

düzenli bir şekilde hareket ettirmesini sağlar. Göz hareketleri dışında sesli uyarılar ya da el çarpma da kullanılabilir.

Bu aşamada her göz hareketi dizisi tamamlandıktan sonra danışandan rahatlama, zihnini boşaltma ve bu travmatik yaantının yarattığı stresi Özel Rahatsızlık Düzeyi Ölçeği üzerinde derecelendirmesi istenmektedir. Bu stres seviyesi sifra ya da bire düzene kadar duyarsızlaştırma aşamasına devam edilir. Duyarsızlaştırma aşamasının süresi ve sayısı kайдan kийye değişiklik göstermektedir fakat genelde oturumların 90 dakika sürmesi önerilmektedir. Dördüncü oturumdan önce olumlu değişimin görülmeye başlanabileceği saptanmıştır (Denizli, 2008; Shapiro, 2007; Tokgöz, 2018).

5. Aşama: Yerleştirme

Bu aşamada danışanın travmatik deneyimi ile ikinci aşamada belirlenen işlevsel düşüncesini birleştirmek amaçlanmaktadır. Danışandan önceden belirlediği işlevsel düşüncesini hatırlama ve bu düşünceye ne kadar inandığı Düşünce Geçerliliği Ölçeğinde bir ile yedi arasında derecelendirmesi istenir. Aynı zamanda danışanın daha etkili bir işlevsel düşünce bulması yönünde teşvik edilebilir. Danışanın işlevsel düşüncesine olan inanca düşüncenin geçerliliği ölçeğinde 7 (tamamen geçerli) olana kadar bu düşüncenin gerçekliği tartışılır (Denizli, 2008; Shapiro, 2007; Tokgöz, 2018).

6. Aşama: Bedeni Tarama

Danışandan travmatik yaantının bedende yarattığı semptomlardan iz kalmadığını anlamak adına bedensel mesajlarını taraması ve bunları fark etmeye çalışması istenir. Danışanın, beden taraması sonucunda travmatik yaantıyla alakalı mesajların hala olduğu görülürse tekrar bu rahatsızlıklara odaklanılır ve ortadan kalkana kadar göz hareketlerine devam edilir. Bu aşamanın sonunda travmatik deneyimden kaynaklanan ve patoloji yaratan duyguların, düşüncelerin ve bedensel semptomların yeniden işleme süreci tamamlanmış olur (Denizli, 2008; Shapiro, 2007; Tokgöz, 2018).

7. Aama: Kapanma

Bu aamada danan EMDR oturumundan zihinsel olarak olumlu ve güvenli bir eekilde ayılması amaçlanmaktadır. Danan travmatik durumla ilgili bir rahatsızlık yaarken ya da bir müdahalenin ortasındayken oturumun sonlandırılmaması gerekmektedir. Eer gerekirse dananın geveme egzersizleri eiliinde rahatsızlıının aiddetinin azalması ve güvenli bir duygu durumuna geçmesi saalanmalıdır. Bu kriterler saalandıktan sonra oturum sonlandırılabilir. Ayrıca yeniden ileme tamamlanmadıysa, bir sonraki oturuma yeniden ilenecek materyal kaldı ve bu materyalin bir sonraki oturumda ilenecei konusunda danan bilgilendirilmelidir (Denizli, 2008; Shapiro, 2007; Tokgöz, 2018).

8. Aama: Yeniden Deerlendirme

Sürecin etkilerini deerlendirmek, yeniden ilemeyle birlikte ortaya çıkan olabilecek çarımları tespit etmek ve zaman içerisinde kapsamlı bir ileme saalamaktır. Son seanstan bu yana ortaya çıkanlar daha büyük bir sistem içinde entegrasyonu deerlendirilir. Bu yüzden her yeni seansın baılangıcında bir önceki seansın deerlendirmesinin yapılması önemlidir. Yeniden deerlendirme sürecin etkisini, yeni odakları ve gidilecek yönü belirlemekte yardımcı olmaktadır (Denizli, 2008; Shapiro, 2007; Tokgöz, 2018).

3.5. EMDR'ın ETKİLİLİĞİ

Literatürde EMDR'nin etkililiğini ortaya koyan ampirik araırmalar günden güne artmaktadır. EMDR'nin çalımlarının yapıldı ve geliştirildiği hedef grubunu travma sonrası stres bozukluğu yaayan bireyler oluşturmaktadır. Fakat son yıllarda davranı sorunları ve düşük özsaygısı olan çocuklar gibi gruplarla ya da sınav kaygısı gibi farklı sorunlar üzerinde EMDR'nin etkililiği araıılmaya başlanmıştır. Yöntemin etkililiği yapılan birçok çalıma sonucunda kabul edilmiş, bir psikoterapi yaklaşımı haline gelmiş ve çeitli patolojilerin tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır.

Yapılan bir araırmada travma sonrası stres bozukluğu yaayan 36 kişi üzerinde imgesel maruz bırakma, uygulamalı kas gevsetme ve EMDR'nin etkililiği karşılaştırılmıştır. İmgesel maruz bırakma ve uygulamalı kas gevsetme uygulanan

gruplara oturumlar arasında ödevler verilirken EMDR uygulanan gruba ödev verilmemiştir ve terapi dört oturumdan oluşmuştur. Çalışma sonucunda yapılan 3 aylık takipte tüm gruplardaki katılımcıların bekleme listesindeki konulara göre travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinde azalma olduğu görülmüştür. Üç grup kendi arasında karşılaştırıldığında ise EMDR grubundaki katılımcıların diğer gruplara göre anlamlı şekilde daha az semptom gösterdiği saptanmıştır (Vaughan ve Armstrong, 1994).

Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış hastalara verilen 15 oturumlu EMDR sonucunda hastaların anksiyete ve endişe puanlarında tanı evrelerinin altındaki seviyeleri düşüldüğü görülmüştür. Ayrıca iki vakada yaygın anksiyete bozukluğu semptomlarının tam remisyonu saptanmıştır. Müdahaleden hemen sonra ve iki aylık süre içerisinde yapılan izleme sonucunda dört katılımcının da yaygın anksiyete bozukluğu tanısına karşılamadıkları görülmüştür. Ek olarak, EMDR tedavisi boyunca hem günlük endişe hem de kaygı ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler görülmüştür (Gauvreau ve Bouchard, 2008).

EMDR ile travmaya müdahale etmeyen etkin dinlemenin karşılaştırıldığı bir araştırmada her iki yöntemin de travmatik yaşantı deneyimlemiş bireyler üzerinde iyileşme sağladığı bulunmuştur. Bunun yanında EMDR grubundaki kişilerin etkin dinleme grubundakilere göre travma sonrası stres bozukluğu ile ilgili öz saygı, depresyon ve anksiyete ölçeklerinde anlamlı şekilde daha fazla iyileşme gösterdikleri görülmüştür (Scheck ve ark. 1998).

Uzun süreli maruz bırakma içeren bilişsel yeniden yapılandırma ile EMDR'in travma sonrası stres bozukluğunun tedavisindeki etkinliğinin karşılaştırıldığı araştırmada, EMDR grubunda algılanan depresyon düzeyinin azaldığı, sosyal işlevselliklerinin arttığı, daha az oturum sonucunda ilerleme gösterdikleri ve 15 aylık takipte tedavi kazanımlarının devam ettiği bulunmuştur (Power, McGoldrick ve ark., 2002).

Travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde EMDR'in etkinliğinin araştırıldığı 61 çalışmanın sonuçlarının değerlendirildiği bir meta-analizde incelenen araştırmalarda EMDR, ilaç tedavisi, davranışçı terapi, gevşeme eğitimi, hipnoterapi

ve psikodinamik terapi yöntemleri kullanılmaktadır. Psikolojik terapiler arasından davranışçı terapi ve EMDR'ın en etkili iki terapi olduğu saptanmıştır (Van Etten ve Taylor, 1998).

EMDR'nin sadece TSSB'de değil diğer psikiyatrik bozuklukları ve ruh sağlığı sorunları da başarıyla tedavi ettiği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada stresli yaşam olaylarına maruz kalmış fakat travma sonrası stres bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamayan kişilere EMDR ve aktif dinleme içeren plasebo uygulanmıştır. Bekleme listesi ve aktif dinlemeyle, algılanan stres düzeyi ve durumluk kaygısı azaltma düzeyleri açısından karşılaştırıldığında EMDR'ın önemli ölçüde daha düşük puanlar gösterdiği saptanmıştır (Cvetek, 2008).

EMDR'ın etkinliğinin araştırıldığı bu çalışmalara bakıldığında farklı türlerde travma yaşayan bireylerde psikolojik açıdan iyileşme sağlandığı görülmektedir. Ayrıca son yıllarda EMDR'nin sunum kaygısına da çocuklarda davranış sorunları gibi konularda etkinliğinin gösterildiği araştırmalar yapıldığı bilinmektedir. Bu yüzden EMDR sadece travma sonrası stres bozukluğunda değil, farklı sorunlarda da kullanılabilmesi açısından gelişme aşamasındadır (Tokgöz, 2018).

Kuramsal temeli zayıf olmasına rağmen yapılan ampirik çalışmalar sonucunda etkinliği desteklenen EMDR'ın travma sonrası zorluklar yaşayan bireylerde etkinliği açıkça görülmüştür. Ayrıca EMDR'ın sadece travma sonrası stres bozukluğunun değil depresyon, madde kullanımı, cinsel işlevsizlikler, anksiyete, somatoform bozukluklar gibi farklı problemlerde kullanılmasyla ilgili çalışmalar devam etmekte ve sayıları giderek artmaktadır. Bunun yanında kısa sürede olumlu sonuçlar vermesi sayesinde maddi ve kasıtlı zaman anlamında zorluk yaşanan durumlarda etkili bir şekilde kullanılabilmektedir (Denizli, 2008).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BDT VE PANİK BOZUKLUK

Bilişsel Davranış Terapi, 12-15 seans süren, belirlenmiş hedeflere ulaşmayı amaçlayan, yapılandırılmış ve hastaya bir veya daha fazla psiko-egitim verilen bir tedavi yaklaşımıdır. Panik bozuklukla karşılaşırken bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma ve gevşeme tekniklerini kullanan bilişsel davranış terapide ödevler iyilemede önemli bir rol oynamaktadır ve terapist ve hasta terapi boyunca aktiftir. Terapinin temel amacı panikle ilişkili duyumlara karşı tepkiselliği azaltmak, katastrofik yorumların yerine alternatif düşünceler koymak, kaçınma ve güvenlik davranışlarını ortadan kaldırmak ve kaygıya tahammül seviyesini artırmaktır (Kocaç ve Alkar, 2020).

BDT'nin panik bozukluğun tedavisindeki etkililiği çoklu meta-analizler tarafından ortaya koyulmuştur (Ateş ve Arcan, 2018; Gallagher, 2013). Panik atak belirtilerinin, uzun süreli beklenti anksiyetesinin, fobik kaçınmanın ve agorafobinin iyileşmesinde etkisi olan BDT'nin kısa ve uzun dönemdeki etkili sonuçları gösterilmiştir (Ateş ve Arcan, 2018).

Bilişsel model, panik bozukluğun oluşumunda bilişlerin etkili olduğu görüşünü savunmaktadır. Panik ataklar da çarpıntı, baş dönmesi gibi bazı bedensel duyumların yanlış yorumlanmasından kaynaklanmaktadır. Bu yanlış yorumlanan duyumlar genelde normal anksiyetede hissedilen tepkilerdendir ve bazı bedensel duyumları da içerir. Bedensel duyumların katastrofik yorumlanması sonucunda bu belirtiler gerçekte olduğundan daha tehlikeli algılanmakta ve bu felaketleştirme sonucunda otonomik aktivitede artış olmaktadır. Panik bozukluk hastası hafif bir nefes darlığı hissini ölçüm olarak yorumlayabilmektedir. Çeşitli uyaranlar atakları tetikleyebilmekte ve bu uyaranlar genellikle içsel (düşünce, vücut hissi) ya da dışsal (alışveriş merkezinden korkmak) olabilmektedir. Bedensel duyumların katastrofik

yorumlanması anksiyetenin artmasına, anksiyetenin artması ise bedensel duyuların artmasına neden olur. Dolayısıyla bu kısır döngü panik atakla sonuçlanmaktadır (Clark,1986).

BDT, bilişlerin yeniden yapılandırılması yoluyla felaketleştirilmiş yanlış yorumlamaları düzeltmeye çalışır. BDT'nin panik bozuklukta etkili olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Ayrıca BDT'nin farmakoterapi ile kombinasyon halinde etkili olduğu ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri ile kombinasyon halinde kullanıldığında en iyi tedavi kazanımlarına sağladığı görülmüştür. PB için BDT müdahaleleri, (a) bilişsel yeniden yapılandırmanın (yanlış yorumlamaları düzeltme), (b) davranışların korkulan fiziksel duyularına uyandıran egzersizler yapmak için içsel maruz kalma ve (c) nefes egzersizleri kullanılmaktadır. Agorafobinin tedavisinde ise davranışın korkunç yanlış yorumlamaları için seans içi hazırlıktan önce korkulan durumlara kademeli olarak maruz kalmanın in vivo maruz bırakma kullanılması önerilmektedir. Genellikle terapist destekli maruz bırakmanın agorafobi tedavilerinde daha etkili olduğu görülmüştür. Bunun yanında, bibliyoterapi, bilgisayar tarafından uygulanan dolaylı maruz kalma, internet tabanlı bilişsel davranışçı terapi gibi diğer tedaviler de PB için etkili sonuçlar göstermiştir (Bhagwagar, 2016).

BDT panik atak döngüsünü kırmak için bilişsel yeniden yapılandırma ve maruz bırakma (exposure) tekniklerini kullanmaktadır. Panik atağın döngüsünde etkili olan bedensel duyuların katastrofik yorumlanması şeklindeki hatalı bilişleri hastaya fark ettirebilmek ve bunların yerine gerçekçi düşünceler üretebilmek amacıyla bilişsel yeniden yapılandırma kullanılır. Bilişsel yeniden yapılandırma tekniğinde düşüncelerin duygulara olan etkisinden bahsedilmektedir ve hedef kaygı ya da korkulu anlardaki düşünceleri yakalamak ve bu düşünceleri deşifre etmektir (Ak ve ark., 2020; Ateş ve Arcan, 2018; Kuloğlu ve Alkar, 2020).

Maruz bırakma ise kaçınma davranışlarına ortadan kaldırmak amacıyla içsel maruz bırakma (interoceptive exposure) ve gerçek yaşamda maruz bırakma (in vivo exposure) olarak iki şekilde uygulanmaktadır. İçsel maruz bırakmada amaç bedensel duyulardan duyulan korkuyu, gerçek yaşamda maruz bırakmada ise belirli durum

ve bağlamdan duyulan korkuyu deşnitirmektedir. Hastanın güvenlik davranışlarını bırakarak korktuğu duruma maruz kalması sonrasında beklediği kötü sonuç gerçekleşmeyince kaygısının azalacağı düşünülmektedir (Ak ve ark., 2020; Ateş ve Arcan, 2018; Kalaç ve Alkar, 2020).

Gerçek yaşamda maruz kalma, gerçek bir tehlike olmadığı gözlemlerken kaçınmayı azaltmak ve uсталı uyandırmak için yapılır. Terapistin, danışanın (agorafobik) duruma maruz kalırken olumlu veya ilginç olan özelliklerine dikkat etmesine yardımcı olması önemlidir (Horst ve de Jongh, 2015). Ayrıca panik bozukluğun belirtilerini, kaygının sebeplerini ve panik atak döngüsünün fiziksel, bilişsel ve davranışsal bileşenlerini açıklamak amacıyla psiko-egitim verilmektedir. Hastanın kendisini doğru şekilde gözlemlemesi için kendini izleme ile tedavi boyunca atakların kaygının tutulması istenir (Ateş ve Arcan, 2018). Sonuç olarak bilişsel davranışçı terapi panik bozukluğunda etkili bir tedavi yöntemidir ve özellikle ilaç tedavisine yanıt vermeyen hastalarda kullanımı önemli ve etkilidir (Manfro, Heldt, Cordioli ve Otto, 2008).

Panik bozukluk için BDT ve maruz kalma terapilerinin iki önemli sınırlaması ve eleştirisi vardır. Birincisi, tedavi etkilerinin uzun vadeli korunmasını henüz belirlenmemiş olmasıdır. Uzun vadeli sonuçların analizleri, çeşitli kanıta dayalı tedavilerin klinik etkinlikleri gösterilmiş olsa bile sınırlı olduğu bulunmuştur. Bunun yanında BDT'nin panik bozukluğunda zaman içindeki etkinliği hakkında az şey bilinmektedir. Sonuçlar ayrıca hastaların kısa bir tedavi sürecinden sonra iyileştirmesini, ancak hastaların büyük çoğunluğunun uzun süreli ek tedaviye ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (Bhagwagar, 2016; Fernandez ve Faretta, 2007).

4.1. PANİK BOZUKLUK ve BDT ÇALIŞMALARI

Yapılan bir çalışmada tedavi almayan kontrol gruplarına kıyasla BDT'nin panik bozukluk belirtilerinde azalma sağladığı görülmüştür. Bilişsel yeniden yapılandırma ve maruz bırakmanın birlikte kullanıldığı BDT'nin farmakolojik tedaviden daha güçlü bir etkiye sahip olduğu ve BDT'nin tedavi sonrası 1 yıllık sürede hala etkisini devam ettirdiği fakat farmakolojik tedavinin etkisinin azaldığı görülmüştür (Ateş ve Arcan, 2018; Kalaç ve Alkar, 2020).

BDT'nin panik bozukluk belirtilerinin şiddetinde azalma sağlanmanın yanı sıra terapiden elde edilen kazanımların tedavi sonrasında da korunduğu görülmektedir. Buna karşın yapılan boylamsal çalışmalar sonucunda panik bozukluğun terapi sonrasındaki gidip gelişimi deşiken olduğu görülmektedir. Bir gözden geçirme çalışmasında BDT tedavisi sonrasında panik bozukluk belirtilerinde iyileşme sağlandığı fakat bir yıl sonrasında artık bu iyileşmenin anlamlı olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla belirtiler kısa vadede azalması olsa da bazı hastaların panik bozukluk belirtileri başka bir tedavi arayışına girecek şekilde tekrarlayabilmektedir. Sonuç olarak BDT'nin iyileştirici etkisi her hasta için aynı derece kalıcı olmamaktadır (Ateş ve Arcan, 2018; Kılıç ve Alkar, 2020).

Panik bozukluğun tedavisinde tek başına iç uyaranlara alıştırma (interoceptive exposure) kullanılarak etkisini araştırmak için yapılan bir çalışmada 17 hastada 6 seans %35 karbondioksit kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre panik semptomlarında, fiziksel duyumlarda, panikle ilgili endişe ve genel kaygıda önemli azalmalar görülmüştür. Sonuç olarak iç uyaranlara alıştırmanın panik ve genel kaygı üzerinde olumlu bir etki yarattığı söylenebilmektedir (Beck, Shipherd ve Zebb, 1997).

Başka bir araştırmada, aynı katılımcı grubu üzerinde, ilaç tedavisinin ve bilişsel davranışçı tedavinin etkililiğinin karşılaştırılması için yapılan iki çalışma sonucunda bilişsel davranışçı tedavinin ilaç tedavisine göre daha iyi olduğu sonucu bulunmuştur (Gould, Otto ve Pollack, 1995).

Bilişsel davranışçı terapinin anksiyete bozuklukları üzerindeki etkililiğini görmek için yapılan çalışmaların meta-analizinde BDT'nin panik bozukluğundaki etkililiğinin incelendiği iki farklı çalışma (Kenardy ve ark., 2003 ve Barlow ve ark., 2000) vardır. Meta-analizin sonuçlarına göre BDT'nin panik bozuklukta diğer anksiyete bozukluklarına oranla daha az etkili olduğu görülmüştür. Panik bozukluğun içindeki çok çeşitli semptom ölçütlerinin analizde karmaşıklık oluşturduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak semptomların çeşitliliğinden dolayı BDT panik bozuklukta daha az etkili olmasına rağmen etkililiği kanıtlanmıştır (Stewart ve Chambless, 2009).

Panik bozukluk için etkili tedavi yöntemlerinin meta-analizi sonucunda önemli noktalar bulunmuştur. İlk olarak ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapinin birlikte yapıldığı müdahalelerin kontrol grubuna göre daha etkili olduğu bulunmuştur. İkinci olarak, agorafobili panik bozukluğunun kısa süreli tedavisinde antidepresanlar ve benzodiazepinler eşit derecede etkili görünmektedir, ancak yapranma oranları ile değerlendirildiğinde benzodiazepinler bu süre zarfında daha iyi tolere edilmektedir. Üçüncü olarak BDT çok düşük yapranma oranı, yüksek panik sıklığı ve tedavi sonrasında yüksek oranda paniksiz gidişat ile ilişkilendirilmiştir. Dördüncü olarak maruz bırakma ve ilaç tedavisinin birlikte verildiği çalışmalar, sadece BDT müdahalelerinin verildiği çalışmalar kadar etkili görünmemektedir. Son olarak panik bozukluğu için ilaçların en güncel ve kapsamlı BDT programlarının kombinasyonunu test eden az çalışmanın olduğu görülmüştür (Gould, Otto ve Pollack, 1995).

Alan yazın gözden geçirildiğinde panik bozukluğun BDT ile tedavisini içeren olgu sunumlarının fazla olmadığı görülmüştür.

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. EMDR VE PANİK BOZUKLUK

Agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluğunun tedavisinde EMDR terapisi için faydalı hedefler belirlenirken, danışanın panik geçmişinde mevcut patolojiyi harekete geçiren herhangi bir deneyim kullanılabilir; bu deneyimler, şikayetlerin (panik, beklenen korku tepkileri ve kaçınma eğilimlerinin) ortaya çıktığı veya kötüleştiği ve bugün hala duygusal olarak rahatsız edici olarak deneyimlenen olayları anlattıkları içermektedir. Panik atak anlarına travmatik anlar veya agorafobik durumlar örnek olarak verilebilir (Horst ve de Jongh, 2015).

Literatür, panik atakları kendilerinin genellikle saklatıcı verici olarak deneyimlendiğini ve korku ya da çaresizlik gibi öznel bir tepkiye neden olduğunu ileri sürer. Bu durumun genellikle diğer stresli yaşam olaylarından sonra geliştiğine dair göstergeler vardır. Bu nedenle yaşamı tehdit eden deneyimler olarak görülebilir. Ayrıca panik anları travmatik olayı yeniden yaşandıran zamanlara eşlik eder ve bu nedenle TSSB'deki gibi travmatik anlara benzemektedir. TSSB tedavisinde EMDR Terapisinin etkinliği iyi incelenmiştir. Bununla birlikte, diğer anksiyete bozuklukları için EMDR terapisinin etkinliği üzerine araştırma azdır. Agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluğu için resmi bir kılavuz bulunmamaktadır (Horst ve de Jongh, 2015).

Danışan tarafından hissedilen kaygı ve korkunun aslında örtük bellek alanında bulunan duygular ve fiziksel duyumlar olduğu varsayıldığında için illemler bozukluğuna neden olan ve devam ettiren olayları izlenmesi EMDR tedavisinin en önemli yönüdür. (Fernandez ve Faretta, 2007).

EMDR'nin panik bozukluklarına uygulanabilmesi konusunda özellikle klinik deneyimler sonucunda, var olan terapilere entegrasyonunun, paniği destekleyen ve sürdüren temaların bilişsel olarak anlaşılmasına ve korkulan olaylar ya da durumlar açısından duyarsızlaştırmaya sağladığı görülmüştür. Dolayısıyla psikolojik ağların oluşturan önemli duygusal koşulları ortaya çıkarmaya, bozukluğun bilişsel olarak daha iyi anlaşılmasına ve davranışsal iyileşmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca EMDR unutulmuş, anlamlı travmatik anıların sırasıyla hatırlanmasına da kolaylaştırır. Bu yüzden yeniden işleme sonrasında, korkulan (ve dolayısıyla kaçınılan) olaylara karşı daha iyi bir uyumun ve daha gerçekçi bir tutumun gerçekleşmesi sağlanmaktadır (Fernandez ve Faretta, 2007).

Agorafobik danışanların TSSB'si olan kişilerden farklı olarak yoğun duygulanımlardan daha fazla kaçındıkları, yaygın korku ağlarına sahip oldukları, kaygı ve korku tepkileri için doğru neden sonuç ilişkisi kurmakta zorlandıkları görülmüştür (Bhagwagar, 2016).

Agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluklarının tedavisinde EMDR'nin nasıl faydalı olabileceğini anlamak için, uyarlanabilir bilgi işleme modeli olan EMDR'nin teorik çerçevesinin açıklanması gereklidir. Uyarlanabilir Bilgi İşleme modeli mevcut algıların depolanmış bilgilerle çabılarıyla sağlayarak öğrenmeyi kolaylaştırır ve duygusal sokağına giderecek şekilde işlemektedir. Bu sayede örtük bellekte saklanan anılara erişim kolaylaştır ve daha uyumlu bilgilerle ilişkilendirilerek rahatsız edici düşüncelerin, duyguların ve bedensel duyuların çözülmesini sağlamaktadır (Horst ve de Jongh, 2015).

5.1. PANİK BOZULUKTA UYUMSAL BİLGİ İŞLEME MODELİ

Psikopatolojiler, travmatik veya rahatsız edici olumsuz yaşam deneyimlerinin uyumsuz kodlanması veya eksik işlenmesi nedeniyle olabileceğini öne süren varsayımsal bir model olan Shapiro'nun Uyumsal Bilgi İşleme (AIP) modeline dayanmaktadır (Bhagwagar, 2016).

AIP modeli, tüm insanların hassas bir dengeyi koruyan ve bilginin uyarlanabilir bir şekilde işlenmesine izin veren fizyolojik temelli bir bilgi işleme

sistemine sahip olduğunu varsaymaktadır. Travmatik deneyimlerin bu bilgi işleme sistemini bozabileceğini, ilişkili görüntüleri, sesleri, düşünceleri ve duyguları işlenmemiş ve işlevsiz bir şekilde depoladığını ve bunun daha sonra tekrarlayan olumsuz bir düşünme, hissetme ve davranış kalıbıyla sonuçlanabileceğini varsaymaktadır. Bu nedenle, etiyolojik olayların ve diğer deneyimlerin EMDR ile doğrudan yeniden işlenmesinin çoğu klinik şikayetin tedavisinde olumlu bir etki sağlayacaktır varsayılmaktadır (Bhagwagar, 2016).

Uyumsal Bilgi işleme modeli, panik ataklar sırasında hissedilen kaygı ve korku hissini kavramsallaştırmaktadır ve mevcut bir durumun olumsuz etkisinin, bilgiler ve algularla birlikte işlevsiz bellek aracılığıyla harekete geçirdiğini ileri sürmektedir (Bhagwagar, 2016).

Panik bozukluğun başlangıcı ile ilgili geçmiş etiyolojik olayların işlenmesi panik bozukluk ve agorafobi için EMDR tedavisinin temel özelliğidir. Biyolojik faktörler bazı insanları kaygı veya panik tepkilerine yatkın hale getirebilirken, sağlıklı genellikle daha önceki bir yaşam deneyimi veya sorunu harekete geçiren ve kişinin sinir sisteminde kilitli kalan deneyimlerdir (Leeds, 2012). Panik bozukluğun erken dönem çocuklukta olumsuz deneyimlerden, özellikle ayrılık veya stresli ebeveyn etkileşimleriyle ilgili yanıtlardan kaynaklandığı düşünülmektedir (Bhagwagar, 2016). Brown, Harris ve Eales (1993), terk ve ayrılan panik bozukluklarının gelişimi üzerindeki etkisini doğrulayarak çocuklukta öngörülemeyen ve kontrol edilemeyen uyaranlara maruz kalmanın bu tür semptomlara sebep olabileceğini ileri sürmektedir. Bu sonuçlar, daha önce açıklanan Uyumsal Bilgi işleme teorisi ile tutarlıdır, çünkü olumsuz deneyimler olayın bilgi işlemesini bozmak için yeterli şokları yaratması olabilir ve bu da patolojinin temelini oluşturan depolanmış duyguların ve duyular ile sonuçlanmaktadır (Fernandez ve Faretta, 2007).

Panik ataklar tamamen beklenmedik bir şekilde ortaya çıktıkları için danışanlar bunları yaşamı tehdit edici olarak deneyimleyerek, korku veya çaresizlik gibi öznel tepkiler vermektedirler. Travmaya maruz kalan yoğun duyguların (görüntüler, düşünceler, duygular ve duyular) bellek alanında işlevsiz bir şekilde depolanmasına neden olmaktadır. Çözülmemiş olaylar benzer karışıklıklar sırasında

kolayca tetiklenir ve genellikle düüncelere, duygulara ve somatik tepkilere yol açar. Yeterince iolenmemi travmatik bir çocukluk deneyiminin izlerinden hala etkilenme, görünümte nötr bir olayın kişi tarafından ostarap verici olarak deneyimlenmesi ve yoğun bir kaygı tepkisi ile sonuçlanabilir. Bunun sonucunda belli tepki kalıpları, psikopatoloji, fobiler ve panik bozukluklarla ilişkili kaçınma davranışlarıyla ortaya çıkabilir (Fernandez ve Faretta, 2007; Horst ve de Jongh, 2015).

Semptomlar ile geçmişteki olumsuz ya da stresli deneyimlerin arasındaki ilişki özellikle panik bozukluklarında belirgindir. Panik bozukluklarındaki panik anları, TSSB'deki travmatik anlara çok benzemektedir (Yunitri ve ark., 2020). Ayrıca yapılan çalışmalar, panik ataklar sırasında yaşanan semptomların kendi başlarına travmatik birer deneyim haline geldiğini göstermektedir. EMDR'in travma konusundaki kullanılma etkililiği göz önüne alındığında, panik bozukluklarıyla ilgili travmatik olayları da etkili bir şekilde ele alması beklenmektedir (Fernandez ve Faretta, 2007).

EMDR tedavisinde amaç iolevsiz öğrenme deneyimlerinden sorumlu anı ve durumu belirlemektir. Belirli rahatsız edici olay (görüntü, duygu ve fiziksel duyum) iki yönlü uyaran ile eş zamanlı eyletirme yoluyla iolenmektedir ve bu sayede (örn. ilk panik atak) diğer ilişkili olaylarla kendiliğinden ve doğrudan ilişkilendirilebilmektedir. Bazen bu bağlantılar, bir dizi göz hareketi sırasında kendiliğinden ortaya çıkar ve her ne kadar terapist için hemen net olmasa da sürekli işleme sayesinde rahatsızlıkların sebebi ortaya çıkabilmektedir (Fernandez ve Faretta, 2007).

EMDR, eşzamanlı bir duygusal duyarsızlaştırma, fiziksel duyumların deşimesi ve olayla ilgili davranışın iç görülerinin ortaya çıkarılmasını sağlayan çok duyulu bir düzeyde çalışır. Duygusal ve bilişsel içerikteki eşzamanlı deşim, davranışın gerçeklikle yeniden daha uygun bir temas kurmasını ve yeni davranışlara tevrik edilmesini sağlar (Fernandez ve Faretta, 2007; Trlin ve Hasanovic, 2021).

Erken yaşam olaylarının yeniden işlenmesini hedefleyen EMDR'ın tedavi planında, bazı hastalar panik atak anlarının yeniden işlenmesi sırasında kendilerini yeterince hazır hissetmedikleri derin korku, yalnızlık, incinme, öfke ya da keder duygularına maruz kalabilirler. Bu yüzden panik bozukluk hastaları öncelikle kaygılarını yönetebilme, kendi kendini yatıştırabilme ve duygularını tolere edebilme becerisi kazanma ile başlayan, üphelerini ve endişelerini gidermeyi amaçlayan yapılandırılmış bir tedavi planına ihtiyaç duyarlar. Öncelikle, ilk, en kötü ve en son panik ataklarının seans içindeki başarıyla yeniden işlenmesiyle tedaviye aloma ve terapötik ittifak kurulması gerekmektedir (Bhagwagar, 2016; Fernandez ve Faretta, 2007; Leeds, 2012). Shapiro, yeterli hazırlık olmamasından EMDR tedavisini engelleyebileceğinden bahseder ve agorafobisi olan danışanların hazırlık aşamasından birden fazla seans içermesi gerektiğini tavsiye etmektedir. Birden fazla süren hazırlık aşaması sayesinde danışanların semptomları bir miktar hafifler ve durumun temeli olan travmatik yaşam deneyimlerine yaklaşmaya kendilerini daha hazır hissetmektedirler (Bhagwagar, 2016). Bu ilk kazanımlardan sonra hastalar panik ataklarının ve agorafobilerinin altında yatan temel acı verici duygular ve bu duygular besleyen anıları terapötik ortamında güvenliği içerisinde yeniden deneyimlemeye hazır hale gelmektedirler. Temel acı verici duygular ve anılar işlendikten sonra korku büyük ölçüde azaltılırsa o zaman in vivo maruz bırakma önerilmektedir. Ayrıca in vivo maruz bırakma, işlenmesi gereken belirli tetikleyicileri ortaya çıkarmak için de kullanılır. Danışanlar genellikle EMDR sürecinde kendiliğinden kaçınmaya bırakmaya ve yeni olumlu davranışlar sergilemeye başlarlar. Bu yüzden davranış değişikliği herhangi bir ev ödevi verilmeden kendiliğinden gerçekleştirildiği görülmektedir (Bhagwagar, 2016; Fernandez ve Faretta, 2007; Leeds, 2012).

Mevcut semptomların önceki anılarla ilişkisinin bulunmaya çalışılması genel olarak tedavi edici çalışmalarda sık olsa da EMDR terapisi sırasında daha hızlı ortaya çıkması görülmektedir. Dolayısıyla EMDR'ın, bellek aşına doğrudan erişim sağladığı söylenebilir (Fernandez ve Faretta, 2007). Komorbid durumları olan hastaları başarılı bir şekilde tedavi etmek için daha kapsamlı ve daha uzun bir tedavi planına ihtiyaç duyulmaktadır (Leeds, 2012).

5.2. PANİK BOZUKLUK ve EMDR ÇALIŞMALARI

TSSB bir anksiyete spektrum bozukluğu olduğu için, sınırlı da olsa anksiyete bozukluklarının EMDR ile tedavisine yönelik bazı araştırmalar yapılmıştır.

Goldstein ve Feske (1994)'nin yaptığı pilot bir çalışmada panik bozukluğu olan yedi danışana geçmiş anıları, beklenen panik atakları ve kaygı uyandıran kişisel anıları için EMDR tedavisi uygulanmıştır. 5 seans EMDR sonucunda, danışanların panik atak sıklığında, panik atak yaşamaya korkusunda, genel kaygısında, kaygı yaşamayan olumsuz sonuçlarına ilişkin düşüncelerinde, beden duyularından korkmada, depresyon ve diğer patoloji ölçümlerinde belirgin bir azalma görülmüştür.

Feske ve Goldstein (1997), EMDR'ın panik bozukluğu tedavisindeki ilk kontrollü çalışmasını yayınlamışlardır. 43 hasta 6 seans EMDR, EMDR tedavisinin göz hareketleri olmadan yapılması ve bekleme listesi olmak üzere üç farklı gruba seçkisiz atanmıştır. Göz hareketlerinin tedavinin etkililiğine ne ölçüde katkı sağladığını görmek amacıyla yapılan araştırmada geveme egzersizleri, nefes egzersizleri ya da in vivo maruz bırakma kullanılmamıştır. Çalışma sonunda EMDR grubundaki hastalarda panik bozukluğu şiddeti, agorafobi ve kaygının bildiriminde günlük ve görüşme ölçümlerinde önemli bir gelişme kaydedilirken, bilişsel ölçümlerde ve panik atak sıklığında belirgin bir değişiklik görülmemiştir. EMDR grubundaki katılımcıların panik ve paniğe bağlı semptomlarının bekleme listesine göre azaldığı görülmüştür. Bunun yanında göz hareketleri kullanılmadan tedavi yapılan grup ile EMDR karşılaştırıldığında, EMDR'ın daha fazla iyileşme sağladığı görülmüştür. Fakat tedavi sonrasındaki 3 aylık takipte göz hareketleri olmadan yapılan tedavi ve EMDR arasında bir farklılık görülmemiştir.

Goldstein, de Beurs, Chambless ve Wilson (2000), Feske ve Goldstein (1997)'in çalışmasının devamı niteliğinde yaptıkları agorafobili panik bozukluğun tedavisinde EMDR ve geveme terapisi karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda EMDR'nin bekleme listesi grubuna kıyasla daha üstün sonuçlar gösterdiği fakat panik şiddeti, agorafobi veya kaygıya azaltmada daha iyi olmadığı görülmüştür. Ayrıca EMDR tedavisinin panik bozukluktaki etkililiği için Feske ve Goldstein (1997) tarafından yapılan araştırmadan daha az fayda gösterdiği bulunmuştur.

Goldstein ve ark. (2000) vardıkları sonuç, agorafobili panik bozukluğu tedavisinde EMDR kullanımının etkililiğinin desteklenmediği yönündedir.

Fernandez ve Faretta (2007)'nin yayınladığı çalışmada 32 yaşındaki bir kadının 20 yaşındayken başlayan agorafobili panik bozukluğunun EMDR ile tedavisi ele alınmıştır. Uygulama sonucunda hastanın semptomlarının sonlandırılması, semptomlar ve ikincil kazanımlar hakkında içgörü kazanılması, yeni bir benlik algısının oluşması ve günlük yaşamı kolayına geri döndürüldüğü kaydedilmiştir.

Bir ön çalışmada, yaygın anksiyete bozukluğunda EMDR'in potansiyel etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Dört katılımcıya 15 seans EMDR uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, kaygı ve anksiyete puanlarının tedavi öncesi seviyelere düştüğünü ve iki vakada YAB semptomlarının tam olarak iyileştirdiği görülmüştür. Hem tedavi sonrası hem de 2 aylık takipte, dört katılımcının tümünün artık YAB tanı kriterlerini karşılamadığı bulunmuştur (Gauvreau ve Bouchard, 2008).

Duman, Bayram ve Demirtaş (2018) yaptıkları bir vaka çalışmasında 38 yaşındaki erkek panik bozukluk hastasına 12 seans EMDR uygulanmıştır. EMDR tedavisine ek olarak süreç içerisinde in vivo maruziyet ve ev ödevleri verilmiştir. Tedavi bittiğinde panik atakların ve agorafobik davranışların tamamen iyileştirdiği görülmüştür. Tedaviyi takip eden ilk ayda yapılan kontrol seansında tedavi kazanımlarının devam ettiği ve panik atakların olmadığı görülmüştür.

Leeds (2012)'in panik bozukluk hastaları için EMDR üzerinde değişiklikler yaptıkları modelin kullandıkları bir vaka çalışmasında 30 yaşında agorafobili panik bozukluğu olan bir kadına 17 seans uygulama yapılmıştır. EMDR'in üç aşamalı protokolünün ve sekiz aşamanın tümünün kullanıldığı tedavi sonucunda panik bozukluk ve agorafobik semptomlarda tamamen iyileşme sağlandığı kaydedilmiştir. Danışmanın kendi raporuna göre beş aylık bir süre boyunca bu katkılar korunmuştur (Bhagwagar, 2016).

EMDR'in çeşitli popülasyonlar ve ölçümlerle incelendiği 34 çalışmanın meta analizinde EMDR, herhangi bir tedavi uygulanmadığı durumlarla ve kaygı

oluşturan uyaranlara maruz kalınmayan terapilerle karşılaştırıldığında etkili olduğu görülmüştür. Ancak, EMDR diğer maruz bırakma teknikleri ile karşılaştırıldığında önemli bir etkisinin olduğu görülmemiştir. Meta analiz sonucu, EMDR'nin diğer maruz bırakma tekniklerinden daha etkili olmadığı ve tedavinin ayrılmaz bir parçası olan göz hareketlerinin gereksiz olduğunu göstermektedir (Davidson ve Parker, 2001).

Yapılan bir araştırmada haftada üç kez yoğun bir şekilde uygulanan 12 EMDR seansı sonucunda, travmatik olaylar olarak tanımlanan ölçütlerini karşılamayan, ancak anksiyete ve depresyon gelişimine deneyimsel katkıda bulunan rahatsız edici anılarla çözümedeki etkinliği ölçülmüştür. Olumsuz bilgilerle ilişkili hataların EMDR ile yeniden öğrenilmesi, ilgili sıkıntının ortadan kaldırılması ve bilgilerin uyarlanabilir ve olumlu inançlara yeniden formüle edilmesiyle sonuçlanmıştır. Sonuç olarak, çalışmaların bulguları, EMDR tedavisinin anksiyete ve depresyondan mustarip bireyler için yararlı olabileceğini ve yoğunlaştırılmış EMDR'in duygusal acıya hızlı bir şekilde azaltmada etkili olabileceğini düşündürmektedir (Grey, 2011).

Bir araştırmada, şiddetli agorafobili panik bozukluk ve komorbid majör depresif bozukluk tanısı almış bir durumda EMDR tedavisinin etkinliği araştırılmıştır. Haftada üç toplamda 12 seans EMDR uygulanmıştır. Bu pilot çalışma sonucunda, yoğun EMDR'nin komorbid majör depresif bozukluk ve agorafobili panik bozukluğun tedavisinde etkili olabileceği saptanmıştır (Grey, 2011).

EMDR'nin panik semptomları üzerindeki etkisini ölçen sadece iki çalışmanın olduğu meta-analiz sonuçlarında özellikle anksiyete, fobi, panik ve davranışsal/somatik semptomların azaltılmasında EMDR'nin etkinliğini destekleyen kanıtlar bulunmuştur (Yunitri ve ark., 2020).

EMDR'nin antipanik BDT ile karşılaştırıldığı bir çalışmada hastalar ya 5 EMDR seansı ya da beş BDT seansı almışlardır. BDT ile tedavi edilen hastaların beş seanstan sonra panikten kurtulduğu, EMDR ile tedavi edilen hastaların hala panik atak yaşadığı görülmüştür (Muris ve Merckelbach, 1999).

Bir araştırmada EMDR'nin kaygıyla ilgili bilişleri azaltma, bedensel duyumlardan korkmayı hafifletme ve yaşam kalitesini iyileştirme kriterleri aēasından BDT ile aynı etkiyi gösterdiği bulunmuştur. Bunun yanında çalışma sonucunda agorafobik kaçınma ile ilgili bulguların yetersiz olduğu görülmüştür. Sonuç olarak EMDR terapisinin panik bozukluk hastalarına tedavi etmek için BDT kadar etkili olduğu kanıtlanmıştır (Horst, 2017).

BDT ve EMDR'ın panik bozukluk üzerindeki etkililiğinin kıyaslandığı bir çalışmada panik bozukluk tanısı almış 84 hastanın 42'sine BDT 42'sine ise EMDR uygulanmıştır. Her iki tedavi aynı de 13 seans uygulanmıştır. Psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre konusunda EMDR'ın BDT'den daha az etkili olduğu görülmemiştir. Çalışmaya göre EMDR'a maruz bırakmanın eklenmesinin etkili olabileceği düşünülmektedir. Özetle, EMDR'ın panik bozuklukta BDT kadar etkili bir alternatif olabileceği görülmüştür (Horst ve ark., 2017).

Faretta (2013) tarafından yapılan çalışmada, panik bozukluk hastalarına BDT ve EMDR tedavisi uygulanmıştır ve iki hasta grubu arasındaki fark incelenmiştir. Çalışma sonucunda EMDR grubundakiler tarafından bildirilen daha düşük panik atak sıklığında, iki terapi arasında önemli bir fark görülmemiştir.

TARTIşMA VE SONUē

Panik bozukluk, aniden ve kendiliğinden ortaya çıkan tekrarlayan panik ataklarla karakterize olan bir anksiyete bozukluğudur. Beklenmeyen bir şekilde

ortaya çıkan ve yoğun korku ve endişeye sebep olan panik ataklar çok kısa sürede en yüksek seviyelere çıkmaktadır ve kişi öleceğini ya da kalp krizi geçireceğini düşünmektedir. Dolayısıyla panik ataklar kişinin hayatını olumsuz yönde etkileyen hatta travmatize edici olan yaşımlardır. Panik ataklarla birlikte hastalar genelde yardım almaları zor olacağı durumlardan kaçınırlar ve bu kaçınmalar sonucunda agorafobi görülebilmektedir (Erdoğan, 2007; Tükel, 2002; Altıntaş, E., Uzun, İ. ve Levent, B. A., 2015; Tamam, 2009).

Bilişsel Davranış Terapi (BDT) ve Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden Değerleme (EMDR) etkililiği karşılaştırılan iki farklı terapi yöntemidir. Son yıllarda EMDR'in travma konusundaki etkililiği sonucunda panik bozukluk üzerinde faydalı olup olmadığını görmek amacıyla birçok çalışma yapılmıştır çünkü panik bozuklukta görülen panik atakların yoğun korku ve çaresizlik nedeniyle travmatik bir deneyim olduğu ve genelde panik atak öncesinde kişinin olumsuz bir yaşantıya maruz kaldığı görülmüştür. EMDR'in panik bozukluk geliştirmeye karşı yatkınlık yaratan geçmiş olayları çözümlmek için olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir (Faretta, 2013). BDT ise panik bozukluğun kişinin bedensel duyularına katastrofik yorumlaması sonucunda panik atak yaşadığını düşünmektedir ve bu yüzden tedavide geçmiş yaşantılardan daha çok güncel sorunlara, düşüncelere ve davranışlara odaklanmaktadır. Bu yazıda literatürde BDT'nin ve EMDR'in panik bozukluk üzerindeki etkililiğini araştıran çalışmalar derlenmiş ve iki terapi yöntemi arasındaki farklılıklar ve benzerlikler karşılaştırılmıştır.

Panik bozukluk için kanıta dayalı tedavi seçenekleri BDT ve ilaç tedavisidir. Yapılan çalışmalarda BDT'nin panik bozuklukta farmakolojik tedaviden daha etkili olduğu görülmüştür (Ateş ve Arcan, 2018; Kalaç ve Alkar, 2020). BDT modeli, panik ataklar için bazı fiziksel olayların (kalp çarpanması, terleme) katastrofik yorumundan kaynaklandığını görüşündedir (Faretta ve Leeds, 2017). Maruz bırakma yoluyla öncelikle rahatsız edici güncel durum ve vücut duyularına odaklanan ve olumsuz bilişleri, bilişsel yeniden yapılandırma ile değiştirmeyi öneren BDT'nin aksine, EMDR tedavisinin birincil odak noktası etiyolojik olayların, tetikleyicilerin ve yeni davranışların seans içinde Uyumsal Bilgi Değerleme modeli rehberliğinde işlenmesidir.

Shapiro'nun Uyumsal Bilgi işleme modelinin varsayımlarına dayanarak, diğer EMDR, rahatsız edici yaşam olaylarından kaynaklanan patolojilerin iyileşmesini hızlandırabiliyorsa, anksiyete bozukluğu olan bireylerin büyük bir bölümünün EMDR'den yararlanabileceği düşünülmektedir (de Jongh ve ten Broeke, 2009). Panik bozukluk da sık görülen bir anksiyete bozukluğu olduğu için aynı etki panik bozuklukta da beklenmiştir. Birçok danışanın korkularına ve bedensel duyularına doğrudan maruz kalmasından travmatik olduğu düşünüldüğünde EMDR terapisi panik atak anıları (ilk, en kötü ve son) ve güncel anıları ele almak için panik bozuklukta yararlı bir yaklaşım olacaktır (Faretta, 2013; Fernandez ve Faretta, 2007; Leeds, 2012). Fakat sonraki sayıda seans içerisinde birden fazla hedefin işlenip işlenmediği maalesef açık değildir. Panik bozukluğa taciz, istismar ya da ebeveyn kaybı gibi travmatize edici yaşantıların sebep olduğu düşünüldüğünde anıların ortaya çıkarılmasında fakat daha sonra işlenemeyecek acı verici bir duyguların tetikleyebildiği görülmüştür. Göz hareketlerinin korkulan bedensel duyular üzerinde in vivo maruz bırakma etkisi sağladığı düşünülmektedir fakat panik bozukluğu için EMDR tedavisindeki göz hareketi bileşeninin yararlı kesin olarak desteklenmemektedir (Feske ve Goldstein, 1997).

In vivo maruziyet BDT'de kullanılan, kişinin gerçek yaşamda tehlikeli olarak gördüğü durumlara kademeli olarak maruz bırakılması sonucunda aslında beklediği kötü sonucun gerçekleşmediğini görmesini sağlayan bir tekniktir. EMDR'ın panik ataklar ve agorafobik davranışlar üzerinde etkili olduğu bir çalışmada EMDR'a ek olarak in vivo maruziyet ve ev ödevleri kullanıldığı görülmüştür. In vivo maruz bırakma ve ev ödevleri BDT'nin terapide kullanılan önemli bileşenlerden olduğu için sadece EMDR'ın panik bozukluktaki etkisinden söz edilemez (Duman, Bayram ve Demirtaş, 2018). Dolayısıyla EMDR'ın diğer tedavi yöntemlerinden ayrılan göz hareketlerinin travmatik yaşantılara işlerken yararlı olabildiği fakat panik bozukluğa sebep olan olumsuz yaşantılarda etkili olmadığı söylenebilir (Bhagwagar, 2016; Fernandez ve Faretta, 2007; Grey, 2011; Goldstein ve Feske; 1994).

BDT ve EMDR'ın etkisinin panik bozukluk üzerinde durumluk-sürekli kaygı, beklenti kaygısı, fobik kaygı açısından herhangi bir farklılık bulunmamakla birlikte EMDR'ın BDT'ye kıyasla panik atak sıklığının azalmasında daha etkili olduğu

görülmüştür. Fakat EMDR'ın tedavi kazanımlarına sonrasında koruyamadığı görülmüştür. Bunun yanında bir artış olarak EMDR uygulamasında herhangi bir ödev ya da maruz bırakma olmadan hastalarda davranışsal değişiklik sağlandığı görülmüştür (Faretta, 2013). Hastaların sorunu oluşturan yaantıları ve bu yaantılar arasındaki bağlantıları bilişsel olarak anlamlandırılmaları sonucunda davranışsal değişiklik gösterdikleri görülür.

Goldstein ve Feske (1994)'nin yaptığı çalışmada agorafobisi olmayan panik bozukluk hastalarının, agorafobisi olanlara göre EMDR tedavisine daha fazla yarar verdiği bulunmuştur. Bunun yanında agorafobide en etkili tekniğin gerçek yaşamda amaçlı olarak korkulan duruma maruz kalma olan in vivo maruziyet olduğu görülmüştür. Kaçınma davranışlarında in vivo maruziyet kullanılması, agorafobiklerin korktukları alanlara gerçek yaşamda maruz bırakılmalarına ve kademeli olarak alışılmaları korkulan durumla yüzleşme açısından daha faydalı olduğu söylenebilir.

EMDR kadar duygusal olarak korkulmuş bir sürece girmeye hazır olmayan hastalar için geliştirilmiş bir hazırlık aşamasının ve terapistin EMDR tedavi protokollerine uymasının önemine vurgu yapılmıştır. BDT ise duygusal olarak zorlayıcı durumlarda kademeli olarak in vivo maruz bırakmaya kullandığı için herhangi bir ek hazırlık sürecine ihtiyaç duymamaktadır. Bu bilgiler doğrultusunda EMDR'ın panik bozukluk tedavisinde daha az seansta bile etkili olduğu düşünülmektedir. Panik bozukluğunda BDT gibi karata dayalı tedavilerin bile 12 ile 20 seans arasında olumlu sonuçlar verdiği ve yapılan seanslarda ev ödevlerinin olumlu etkisi göz önüne alındığında süre açısından BDT ve EMDR arasında belirgin bir farklık yoktur (de Jongh ve ten Broeke, 2009; Feske & Goldstein, 1997; Goldstein ve Feske, 1994).

Bunun yanında bilişsel davranışa dayalı müdahaleden önce duygusal olarak yüklü hedeflerin geliştirilmiş bir hazırlık aşamasıyla birlikte duyarsızlaştırılması için EMDR uygulanmasının, tedaviden sonraki nüks oranlarına daha da düşürdüğünü bu yüzden EMDR ve BDT'nin kombinasyonunun daha faydalı olabileceği düşünülmektedir (Faretta ve Farra, 2019). BDT ve maruz bırakmanın, panik

bozukluk ve agorafobide daha etkili olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır (Goldstein, De Beurs, Chambless ve Wilson, 2000; Muris ve Merckelbach, 1999). Maruz bırakma ve BDT gibi daha güçlü karşta dayalı tedaviler olduğu için ve agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluğun EMDR tedavisine ilişkin çalışmaların sınırlı olmasından dolayı tek başına bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaması gerektiği görülmüştür (Bhagwagar, 2016; Feske ve Goldstein, 1997; Goldstein ve Feske, 1994).

BDT, seansların haftalık olarak gerçekteştirmektedir çünkü tedaviden en iyi faydayı alabilmek için günlük ev ödevlerinin tamamlanması ve bu tamamlama için de yeterli süre verilmelidir (Özcan ve Çelik, 2017). Araştırmacılar, ev ödevlerinde yapılan terapi çalışmalarının BDT çalışmaları için ek tedavi süresi olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır. EMDR ile ev ödevi verilen BDT ile karşlaştırılan gelecekteki çalışmalarda, daha iyi bir karşlanma sağlamak için yoğunlaştırılmış EMDR uygulanması önerilmektedir. Yoğunlaştırılmış EMDR uygulamanın faydası yapılan çalışmada desteklenmiştir (Grey, 2011).

EMDR ve BDT'nin karşlaştırıldığı çalışmalarda uygun ölçüm araçlarının kullanılmamasından kaynaklı olarak EMDR'ın agorafobili panik bozuklukta BDT ile etkisinin neredeyse aynı olduğu sonucu desteklenmemektedir (Perna, Sangiorgio, Grassi ve Caldirola, 2018). Goldstein, De Beurs, Chambless ve Wilson (2000) çalışmasında EMDR'ın panik semptomlarını azaltmadaki etkililiği BDT ile karşlaştırılınca yetersiz kalmaktadır. EMDR'da korku alan değerimesiyle birlikte bilginin de değeritmesi amaçlanmaktadır. Aslında EMDR'ın geçmiş yaşantıların yeniden idlenmesine ve bu yaşantılar tetiklendiğinde kişinin daha uygun tepkiler vermesini sağlamaya çalışması için yine bilişsel bir değerimden bahsedebiliriz. Fakat tedavi sonuçlarında EMDR'ın olumsuz düşünme üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür. BDT'nin olumsuz bilişleri değeritirmede etkililiği göz önüne alındığında EMDR'a karş üstünlüğünün olduğu görülmektedir (Goldstein, De Beurs, Chambless ve Wilson, 2000).

Kuramsal temeli zayıf olmasına rağmen TSSB'deki etkililiği kanıtlanan EMDR maalesef aynı etkililiği panik bozuklukta gösterememiştir. EMDR genellikle

tedavinin olmadıkları durumlardan veya spesifik olmayan müdahalelerden daha etkili olmasına rağmen, mevcut kanıta dayalı müdahalelerden (BDT ve maruz bırakma) daha az etkili olduğu görülmüştür. Ek olarak BDT'nin etkililiği kanıtlanmamış olmasına rağmen alan yazındaki çalışmaların az olması bir eksiklik olarak değerlendirilebilir (Ateş ve Arcan, 2018).

Ayrıca EMDR savunucuları alternatif (BDT) tedavi yaklaşımlarına kıyasla EMDR'in değerini gösterememektedirler. Bir yanda ampirik kanıt eksikliği ile diğer yanda EMDR'in kaygıya tedavi etmeyi amaçlayan bir terapötik plana uyabileceği düşünülmesi arasındaki tutarsızlık dikkat çekmektedir. Araştırma sonuçlarına göre EMDR'in anksiyete bozukluklarının tedavisinde hiçbir ek değeri olmadığını düşünmek yanlış olmaz. EMDR'in anksiyete bozukluklarında bir yöntem olarak etkililiği gelecekte yapılacak araştırmalara bağlıdır (de Jongh ve ten Broeke, 2009).

Bunların yanında panik bozukluk için BDT ve maruz kalma terapilerinin iki önemli sınırlaması ve eleştirisi vardır. Birincisi, tedavi etkilerinin uzun vadeli korunmasını henüz belirlenmemiş olmasıdır. Son zamanlarda yapılan bazı araştırmalar, panik bozukluk için BDT müdahalelerinin yaklaşık bir yıl sürebileceğini gösterse de diğer araştırmalar standart BDT'lerin birkaç yıl boyunca geçerli olmayabileceğini göstermektedir. Bilişsel ve maruz kalmaya dayalı tedavileri kullanmanın ikinci dezavantajı, yüksek bırakma oranlarının olmasıdır. Birçok danışanın maruz kalma tedavisini tolere edememesi nedeniyle bırakma oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu nedenle, geleneksel BDT'ler etkili olsa da bu çalışmaların uzun vadeli sonuçları sorulabilir görünmektedir ve panik bozukluğu olan hastaların büyük çoğunluğunun uzun süreli ek tedaviye ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar, panik bozuklukta EMDR tedavisinin panik ve agorafobi semptomlarını ortadan kaldırmaya yardımcı olabileceğini düşündürmektedir (Bhagwagar, 2016; Leeds, 2012).

BDT'nin şu anda anksiyete bozuklukları için birinci basamak tedavi olduğu düşünüldüğünde EMDR'in TSSB'deki bozukluklarda uygulanmaması gerektiği ya da EMDR ile BDT arasındaki farkların incelendiği daha fazla ve kapsamlı

çalışmaların yapılması literatüre katkı açısından önemlidir (Faretta ve Farra, 2019; Muris ve Merckelbach, 1999).

Yapılan literatür taramasına göre BDT ve EMDR panik atak sıklığını azaltmada etkili görünmektedir fakat tedaviden elde edilen kazanımların tedavi sonrasında da kalıcılığı konusunda farklılaşmaktadır ve BDT'nin etkilerinin uzun süre devam ettiği görülmüştür. Yine de literatürde bununla ilgili yeterince çalışma görülmemiştir (Feske ve Goldstein, 1997).

Yapılan literatür taramasında BDT'nin bilişleri değiştirme ve in vivo maruz bırakma sonucunda panikle ilgili genel kaygıda ve bedensel duyumlarda etkili olduğu ve etkisinin tedaviden sonra da sürdüğü görülmektedir. EMDR ise panik bozukluğa neden olan geçmiş travmatik yaşantıların yeniden işlenerek yanlış depolanan anıların sebep olduğu olumsuz duyguların değiştirilmesini amaçlamaktadır fakat göz hareketlerinin ya da uyumsal bilgi işleme modelinin panik bozukluktaki geçmiş yaşantıların işlenmesindeki etkisinin kanıtlanmadığı olduğu görülmüştür. EMDR'in panik sıklığını azaltmada etkili olduğu bazı araştırmalar görülse de TSSB'deki anksiyete bozukluklarında tek başına bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaması önerilmektedir. Ayrıca iki tedavi yöntemi arasındaki uygulama farklılıkları yapılan karşılaştırma çalışmalarındaki önemli bir sınırlıktır.

KAYNAKÇA

- Ateş, N. ve Arcan, K. (2018). Panik Bozuklukta Bilişsel Davranış Terapi: Bir Olgu Sunumu. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 5(3), 61-78.
- Ak, M., Karapınar, M., Atmaca, M., Erkan Yüce, A., Güler, Ö., Kesici, M. ve Kumsar, N. A. (2020). Klinik Uygulamada Bilişsel Davranış Terapi. Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara.
- Baş, A. U. (ed.), Psikolojik Danışmanların Bilmesi Gereken 40 Teknik (Ankara: Pegem Akademi, 2019)
- Beck, J. G., Shipherd, J. C. ve Zebb, B. J. (1997). How Does Interoceptive Exposure for Panic Disorder Work? An Uncontrolled Case Study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(5), 541-556. Doi: 10.1016/S0887-6185(97)00030-3.
- Bhagwagar, H. (2016). EMDR in the Treatment of Panic Disorder With Agoraphobia: A Case Description. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10 (4), 256-274.
- Böke, Ö., Pazvantolu, O., Babadağ, Z., Ünverdi, E., Ay, R., Çetin, E. ve Şahin, A. R. (2015). Panik bozukluğunda üst bilişler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 1-6.
- Cahill, S. P., Carrigan, M. H. ve Frueh, B. C. (1999). Does EMDR work? And if so, why?: a critical review of controlled outcome and dismantling research. *Journal of anxiety disorders*, 13(1-2), 5-33.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470. Doi: 10.1016/0005-7967(86)90011-2.
- Cvetek, R. (2008). EMDR treatment of distressful experiences that fail to meet the criteria for PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(1), 2-14.
- Çelik, F. G. H. ve Hocaolu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695-711.

- Davidson, P.R ve Parker, K. C. H. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2), 305-316.
- de Jongh, A. ve ten Broeke, E. (2009). EMDR and the Anxiety Disorders: Exploring the Current Status. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 133-140.
- Duman, R.N., Bayram, S. ve Demirtaşı, B. (2018). EMDR: Olgu Sunumları. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1(1), 142-164.
- Erdoğan, S. (2007). Panik bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 10(4), 3-13.
- Faretta, E., & Dal Farra, M. (2019). Efficacy of EMDR therapy for anxiety disorders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 325-332.
- Faretta, E. ve Leeds, A. (2017). EMDR THERAPY OF PANIC DISORDER AND AGORAPHOBIA: A REVIEW OF THE EXISTING LITERATURE. *Clinical Neuropsychiatry*, (5), 330-340.
- Fernandez, I. ve Faretta, E. (2007). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of Panic Disorder With Agoraphobia. *Clinical Case Studies*, 6(1), 44-63.
- Feske, U. ve Goldstein, A. J. (1997). Eye Movement Desensitization and Reprocessing Treatment for Panic Disorder: A Controlled Outcome and Partial Dismantling Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1026-1035.
- Gauvreau, P. ve Bouchard, S. (2008). Preliminary Evidence for the Efficacy of EMDR in Treating Generalized Anxiety Disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(1), 26-40.
- Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H., ve Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior therapy*, 28(2), 285-305.
- Goldstein, A. J. ve Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior therapy*, 9, 47-59.

- Goldstein, A. J., De Beurs, E., Chambless, D. L. ve Wilson, K. A. (2000). EMDR for Panic Disorder With Agoraphobia: Comparison With Waiting List and Credible Attention-Placebo Control Conditions EMDR for Panic Disorder With Agoraphobia: Comparison With Waiting List and Credible Attention-Placebo Control Conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 947.
- Grey, E. (2011). A pilot study of concentrated EMDR: A brief report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(1), 14.
- Horst, F. ve de Jongh, A. (2015). EMDR Therapy Protocol for Panic Disorders. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy Scripted Protocols and Summary Sheets: Treating Anxiety, Obsessive-Compulsive, and Mood-Related Conditions*, 51-69.
- Horst, F., Den Oudsten, B., Zijlstra, W., de Jongh, A., Lobbestael, J. ve De Vries, J. (2017). Cognitive behavioral therapy vs. eye movement desensitization and reprocessing for treating panic disorder: a randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*, 8, 1409.
- Katon, W. J. (2006). Panic disorder. *New England Journal of Medicine*, 354(22), 2360-2367.
- Konkan, R., Yalçınkaya, S., Erkan, M. ve Erkmen, H. (2003). Panik Bozukluğu ve Komorbid Tanılar. *Dünyanın Adam*, 16(4), 219-222.
- Köröglü, E. (2015). DSM-5 tanı odaklı klinik psikiyatri. HBY Yayınları.
- Leeds, A. M. (2012). EMDR Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia: Two Model Treatment Plans. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6 (3), 110-119.
- Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V. ve Otto, M. W. (2008). Cognitive-behavioral therapy in panic disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, 81-87.
- Muris, P. ve Merckelbach, H. (1999). Traumatic memories, eye movements, phobia, and panic: A critical note on the proliferation of EMDR. *Journal of anxiety disorders*, 13(1-2), 209-223.
- Onur, E., Alkan, T., Monkul, E. S. ve Fidaner, H. (2004). Panik-Agorafobi Spektrumu Kavramı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 215-223.
- Özakkas, T. (2014). Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi. 1. Basım, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.

- Özcan, Ö. ve Çelik, G. G. (2017). Bilişsel Davranış Terapi. *Türkiye Klinikleri*, 3(2), 115-120.
- Özdel, K. (2015). Düünden bugüne bilişsel davranış terapiler: Teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 8(2), 10-20.
- Perna, G., Sangiorgio, E., Grassi, M. ve Caldirola, D. (2018). Commentary: cognitive behavioral therapy vs. eye movement desensitization and reprocessing for treating panic disorder: a randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*, 9, 1-2.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V. ve Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(5), 299-318.
- Saygı, S. ve Karamustafalı, O. (2010). Panik bozukluğu hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. *Düünen Adam-Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1), 32-37.
- Shapiro, F. (2002). EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1-22.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR practice and Research*, 1(2), 68-87.
- Soylu, C. ve Topaloğlu, C. (2015). Bilişsel davranış terapide ev ödevi uygulamaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(3), 280-288.
- Stewart, R. E., ve Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(4), 595-606.
- Sütçü, S. T. (2016). Bilişsel Davranış Grup Terapileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 1-2.
- ahin, M. (ed.), Bilişsel Davranış Terapi: Temelleri ve Ötesi. (Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2021).

- Trlin, I. ve Hasanovic, M. (2021). EMDR Treatment of Panic Disorder With Agoraphobia: Case Report. *Psychiatria Danubina*, 33 (1), 59-64.
- Tunçer, Ö. (1995). Psikosomatik Açısından Panik Bozukluk. *Kriz Dergisi*, 3(1), 138-143.
- Türkçapar, H. (2020). Bilişsel davranışçı terapi temel ilkeler ve uygulama. Epsilon Yayıncılık. İstanbul.
- Van Etten, M. L., ve Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 5(3), 126-144.
- Vatan, S. (2016). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Üçüncü Kuşak Yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 190-203.
- Vaughan, K., Armstrong, M. S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., & Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 25(4), 283-291.
- Yunitri, N., Kao, C. C., Chu, H., Voss, J., Chiu, H. L., Liu, D., Shen, S. T. H., Chang, P. C., Kang, X. L. ve Chou, K. R. (2020). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of psychiatric research*, 123, 102-113.