



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

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE
BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ VE GÖZ HAREKETLERİYLE
DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEME**

YÜKSEK LİSANS DÖNEM PROJESİ

KUBİLAY BAYRAM

İSTANBUL, 2022



FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE
BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ VE GÖZ HAREKETLERİYLE
DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEME**

YÜKSEK LİSANS DÖNEM PROJESİ

**KUBİLAY BAYRAM
(210134010)**

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

İSTANBUL, 2022

ETİK BİLDİRİM

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 bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Kubilay Bayram

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE
BİLİŞSEL DAVRANIŐCI TERAPİ VE GÖZ HAREKETLERİYLE
DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEME**
Kubilay Bayram

ÖZET

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), bireylerin yaşam kalitelerini ve işlevselliklerini etkileyen ciddi bir psikolojik rahatsızlıktır. Yapılan bu çalışma ile, TSSB tanısı alan bireylere yönelik tedavide kullanılan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) uygulamaları incelenmiştir. Çalışma bir alanyazın taraması olarak yapılmış ve edinilen bilgiler ayrı başlıklar halinde sunulmuştur. BDT ve EMDR yaklaşımlarının TSSB'nin tedavisinde kullandıkları protokoller ile birlikte, bu rahatsızlığın sağaltımı açısından etkililikleri de değerlendirilmiştir. Alanyazında yer alan ulusal ve uluslararası çalışmaların sonuçları dikkate alındığında, her iki psikoterapi yaklaşımının da TSSB'nin belirti ve bulgularını azaltmada oldukça etkili yöntemler olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Travma, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Bilişsel Davranışçı Terapi, Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme, Psikoterapi

**COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND EYE MOVEMENT
DESENSITIZATION AND REPROCESSING IN THE
TREATMENT OF POST TRAUMATIC STRESS DISORDER**

Kubilay Bayram

ABSTRACT

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a serious psychological disorder that affects individuals' quality of life and functionality. In this study, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) applications used in the treatment of individuals diagnosed with PTSD were examined. The study was conducted as a literature review and the information obtained was presented under separate headings. Along with the protocols used by CBT and EMDR approaches in the treatment of PTSD, their effectiveness in the treatment of this disorder was also evaluated. Considering the results of national and international studies in the literature, it is thought that both psychotherapy approaches are very effective methods in reducing the signs and symptoms of PTSD.

Keywords: Trauma, Post Traumatic Stress Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Psychotherapy

ÖNSÖZ

Travma Sonrası Stres Bozukluğu, diğer psikolojik rahatsızlıklarla komorbiditesi ve geniş yelpazeye yayılan belirti ve bulguları göz önünde bulundurulduğunda, bireylerin yaşamlarını kısıtlayan ve işlevselliklerini etkileyen oldukça zorlayıcı bir psikolojik rahatsızlık olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla bu zorlayıcı psikolojik rahatsızlığın sağaltımı için, temellerini farklı kuramsal kaynaklardan alan çeşitli tedavi protokolleri uygulanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu'na yönelik uygulanan tedavilerden Bilişsel Davranışçı Terapi ve Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme yaklaşımlarının tedavi uygulamalarını ve tedavideki etkililiklerini araştırmaktır. Bu yüzden bu çalışma, Travma Sonrası Stres Bozukluğu tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi ve Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme uygulamalarının konu edinildiği ulusal ve uluslararası çalışmaların gözden geçirilmesi ve derlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Hazırladığım bu çalışmada, danışman hocam başta olmak üzere eğitim hayatım boyunca üzerimde emeği olan tüm hocalarıma ve her durumda koşulsuz desteği ile yanımda olan aileme çok teşekkür ederim.

Ağustos, 2022

Kubilay Bayram

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vi
KISALTMALAR	ix
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	
1. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (TSSB).....	3
1.1. TRAVMANIN TANIMI.....	3
1.2. TRAVMA SONRASI TEPKİLER VE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR.....	4
1.2.1. Travma Sonrası Tepkiler	4
1.2.2. Travmayla İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar	5
1.3. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TANIMI.....	6
1.4. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TARİHÇESİ	6
1.5. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TANI KRİTERLERİ.....	8
1.5.1. DSM-V Tanı Kriterleri	8
1.6. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA EPİDEMİYOLOJİ	10
1.7. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA ETİYOLOJİ.....	1
Bookmark not defined.	
1.7.1. Risk Faktörleri	1
1.7.2. Biyolojik ve Nörolojik Faktörler	13
1.7.3. Genetik Faktörler	14
1.7.4. Demografik Faktörler	15
1.8. KLİNİK AÇIDAN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU	16
1.8.1. Bulgular ve Belirtiler.....	17
1.9. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA AYIRICI TANI, KOMORBİDİTE, PROGNOZ VE TEDAVİ.	19
1.9.1. Ayırıcı Tanı.....	19
1.9.2. Komorbidite	Error! Bookmark not defined.

1.9.3. Prognoz.....	2
1.9.4. Tedavi.....	3
1.9.4.1. İlaç Tedavisi.....	3
1.9.4.2. Psikoterapi.....	4
1.9.4.3. Travma Sonrası Büyüme	6

İKİNCİ BÖLÜM

2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

2.1. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ (BDT) ..	7
2.1.1. Bilişsel Davranışçı Terapi Tarihçesi	7
2.1.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Modeli.....	9
2.1.3. Bilişsel Davranışçı Terapi Temel İlkeleri	3
2.1.4. Bilişsel İşleme Tipleri	33
2.1.5. Bilişsel Davranışçı Terapi Teknikleri	35
2.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN UYGULANMASI .	4

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE GÖZ HAREKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEME

3.1. GÖZ HAREKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEME (EMDR)	49
3.1.1. Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Tarihçesi...49	
3.1.2. Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Modeli.....51	
3.1.3. Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Temel Bileşenleri.....53	
3.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE GÖZ HAREKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEMENİN UYGULANMASI	54

SONUÇ.....60

KAYNAKÇA.....633

KISALTMALAR

ADDT	Akılcı Duygusal Davranış Terapisi
ASB	Akut Stres Bozukluğu
BDGT	Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BKB	Borderline Kişilik Bozukluğu
çev.	Çeviren
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
EMD	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma
EMDR	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme
MD	Majör Depresyon
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PB	Panik Bozukluğu
SSRI	Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
vd.	Çok yazarlı eserlerde ilk yazardan sonrakiler
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

GİRİŞ

Geçmişten günümüze dek, insanların deneyimledikleri olaylar pek çok nitelik açısından değerlendirilebilmektedir. Deneyimlenen olaylar; yaşamı tehdit edici, çaresizlik ve yoğun korku duyguları oluşturan, ciddi duygusal yıkımlara sebep olan ve baş etme kapasitesini zorlayan olumsuz olaylar olduklarında, travmatik veya örseleyici olaylar olarak nitelendirilmektedir. Bu olaylar insan aracılığıyla gerçekleşebildikleri gibi, doğa olayları ve afetler şeklinde insan etkisinden bağımsız olarak da gerçekleşebilmektedir. Travmatik deneyimler için her insan potansiyel bir aday olmakla birlikte, bu olaylar günlük hayatın bir parçası olarak kabul edilmektedir. Ancak bireysel farklılıklar çerçevesinde, her insan için travmatik deneyimlerden etkilenme düzeyi değişiklik göstermektedir. Deneyimlenen travmatik olaylar, bireylerin başa çıkma kapasitelerini tehdit ettikleri gibi toplumların da başa çıkma kapasitelerini tehdit etmektedir (Ursano, Fullerton ve McCaughey, 1994).

Genellikle olumlu kişisel özelliklerin ve duygusal dayanıklılığın travmatik olaylarla başa çıkma kapasitesini arttırdığı ve travmatik olayların olumsuz etkilerine yönelik koruyucu olduğu düşünülmektedir. Dahası, deneyimlenen travmatik olayların sonrasında olumlu değişikliklerin olabileceği ve travmatik deneyimlerin büyüme ve gelişme için bir fırsat sunduğunu belirten bakış açıları da mevcuttur (Tedeschi, Park ve Calhoun, 1998). ‘‘Travma sonrası büyüme’’ ismi verilen bu kavram alanyazına görece yeni girmiş olmakla birlikte, yapılan çalışmalar genellikle travmatik deneyimlerin yol açtığı olumsuz etkilere odaklanmaktadır. Bu olumsuz etkiler, bireylerin yaşamlarını oldukça kısıtlayıcı, işlevselliklerini düşürücü ve duygusal olarak zorlayıcı olabilmektedir. Travmatik deneyimler, bazı psikolojik rahatsızlıklar açısından tetikleyici olabilmekle birlikte, travmatik deneyimlerin ardından gelişen olumsuz etkiler, bu psikolojik rahatsızlıkların belirti ve bulgularına dönüşebilmektedir. Travmatik deneyimlerin ardından gelişen belirti ve bulgular,

Özellikle travmatik olaylardan sonra en sık görülen psikolojik rahatsızlık olan Travma Sonrası Stres Bozukluğu çatısı altında toplanabilmektedir (Hacıoğlu, Aker, Kutlar ve Yaman, 2002).

Travmatik olaylar deneyimlemiş bireylerle çeşitli biçimlerde ilişki içinde bulunularak, bu olaylara doğrudan maruz kalmadan da Travma Sonrası Stres Bozukluğu gelişimi mümkün olmaktadır. Dolayısıyla travmatik deneyimler, yaşamın herhangi bir zamanında ve herkes için karşılaşılabilecek olgular olarak değerdendirilmektedir. Bu deneyimlere bağlı olarak Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı almış bireylerin yaşam kalitelerinin ciddi düzeyde azaldığı ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun belirti ve bulgularından oldukça rahatsız oldukları bilinmektedir. Dolayısıyla, Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun sağaltımı için çeşitli tedavi yöntemleri ortaya çıkmakta ve görgül çalışmalarla araştırılmaktadır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu tedavisinde güncel olarak en sık kullanılan yaklaşımlar, Bilişsel Davranışçı Terapi ve Gz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme'dir (İzci ve Ünveren, 2017). Bu çalışmada da Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı almış bireylerin tedavisinde kullanılan Bilişsel Davranışçı Terapi ve Gz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme yaklaşımlarının uygulamalarına ve etkililiklerine dair bilgiler sunulmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (TSSB)

1.1. TRAVMANIN TANIMI

“Travma” sözcüğü güncel tanımı itibariyle, “bedene dış bir etmen tarafından zarar gelmesi” olarak tıp alanyazında ve tıp sözlüklerinde yer almaktadır (Kocatürk, 2005). Bu tanıma ek olarak psikanalitik alanyazının dışında travmanın tanımı, 19. yüzyıl ve 20. yüzyılın ilk yarısına kadar fiziksel travma ile sınırlı kalmış ve fiziksel travmanın dışında psikolojik çağrışımlar taşıyan kullanımı kısıtlı olmuştur (Jones, 2007). Travmanın fiziksel olarak tanımlandığı bu dönemlerde; travmatik olay ile karşılaşan bireylerden, bu karşılaştıkları dış etmenin yaratmış olduğu rahatsız edici deneyimle psikolojik olarak baş etmeleri beklenmekte ve psikolojik olarak problemler yaşandığında, bu problemlerin bireylerin biyolojik bir zihinsel hastalığa veya zayıf ego gücüne sahip olduklarına işaret ettiğine inanılmaktaydı. Birinci Dünya Savaşı sonrasında fiziksel travmaya maruz kalan askerlerin psikolojik problemler yaşamasıyla beraber, bu belirtileri tanımlamak için “bomba şoku” (shell shock) terimi kullanılmışsa da, fiziksel travmaya maruz kalmayan askerlerin de psikolojik problemler yaşaması bu tanımlamanın yetersizliğini göstermiştir. Başka bir ifadeyle, 19. yüzyıl ve 20. yüzyılın ilk yarısında fiziksel travmaya maruz kalınmasa bile travmatik olayı deneyimlemenin ardından gelişen psikolojik problemler, travmatik olaylarla ilişkilendirilmemiştir (Jones ve Wessley, 2005). Savaş sonrası cepheden dönen askerlerin fiziksel travmalarından bağımsız olarak, yaşadıkları travmatik deneyimleri yeniden yaşantılama, keyif aldıkları durumlara ilgilerinin azalması ve tepkilerinin azalması gibi belirtiler yaşadıklarının gözlenmesiyle birlikte, bu durum psikiyatristlerin ilgisini çekmeye başlamış ve travmatik olayların psikolojik etkilerinin de olabileceği düşüncesi oluşmaya başlamıştır. İlk olarak bu gözlemlenen belirtiler bütününe “travmatik nevroz” tanısı önerilmiştir (Kardiner, 1959). Travma tanımı yıllar içerisinde pek çok kez tartışılmış ve değişikliğe uğramıştır. Bu değişim

ve gelişim, yıllar içerisinde yayınlanmış Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM) tüm sürümlerinde açık bir şekilde takip edilebilmektedir (Wilson, 1994). Tanım itibariyle travmanın, ‘‘alışılmış insani deneyimin ötesinde zorlu yaşam olayları’’ olarak adlandırılması Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın üçüncü sürümü olan DSM-III ile birlikte olmuştur (APA, 1980). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci sürümü olan DSM-V'te travma için ayrı bir kategori oluşturulmuş, travmatik yerine örseleyici terimi kullanılmış ve en güncel haliyle, bireylerin öznel deneyimlerinden bağımsız olarak standart bir hale getirilerek, ‘‘ani ve beklenmedik bir şekilde gelişen, doğrudan deneyimlenen ya da tanıklık edilen ya da bir aile bireyi veya yakın arkadaşın başına gelen ya da mesleki olarak deneyimlenen, karşı konulmaz şiddette ölümle veya ağır yaralanmayla karşı karşıya gelmiş veya cinsel saldırıya uğramış olma’’ olarak tanımlanmıştır. Bu tanımın içerisine elektronik medya, televizyon, film ve resimler yoluyla tanık olmak, iş gereği olmadıkça dahil edilmemiştir (APA, 2013).

1.2. TRAVMA SONRASI TEPKİLER VE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

1.2.1. Travma Sonrası Tepkiler

Travmatik yaşantı sonucunda ortaya çıkan, travmaya karşı geliştirilmiş fizyolojik ve psikolojik tepkiler, sağlıklı ve patolojik olarak değerlendirilebilecek farklı tepkilere yol açabilir. Bireyler ve zihinsel süreçleri, yaşantıladıkları bu örseleyici olay karşısında, olayın yıkıcı öğelerini örgütleyerek, sindirerek ve düzenlemeye çalışarak yaşanan travma ile baş etmenin yollarını aradıkları tepkisel yaklaşımın, sağlıklı olarak değerlendirilebileceği ve neticesinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu geliştirmesi nadir olarak gözlenebileceği düşünülmektedir (Taylor vd, 1998). Bir diğer tepki çeşidi olarak, eğer bireyler ve zihinsel süreçleri, yaşanan travmatik olay sonucunda travmanın yıkıcı ve tehlikeli öğelerini dissosiyasyonla ederek kendisinden uzaklaştırmaya çalışırsa, bu durum travmaya karşı geliştirilmiş ‘‘aşırı öğrenilmiş hayatta kalma tepkisi’’ olarak ele alınabilir (Silove, 1998). Travmatik olaya karşı verilebilecek bu duygusal baskılama yaklaşımı, utangaç, çekingen ve liderlik rolleri üstlenmeye isteksiz bireylerin daha çok gösterdikleri bir tepki türü olup, depersonalizasyon, derealizasyon, amnezi gibi dissosiyatif tepkiler ortaya

çıkabilir (Marmar vd., 1996). Afet tipi travmatik yaşantılara verilen tepkilerle ilgili olarak, 1957 yılında Tyhurst tarafından yapılan çalışmada, travma yaşantılamış bireyler dört grupta değerlendirilerek, bireylerin %5-12'sinin travma karşısında plan yapabilecek düzeyde bilinçlerini koruyabildikleri ve travmatik yaşantıyı gereğince değerlendirebildikleri bulgulanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %75'i travmaya karşı gösterilen normal tepki olarak tanımlanabilecek düzeyde dikkatte daralma ve otonom refleks tepkileri gösterdikleri bulgulanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %10-25'inin travmaya karşı; yüz felci, konfüzyon, hareketsiz kalma, bağırma ve ağlama gibi uygun olmayan tepkiler gösterdikleri bulgulanmıştır. Son olarak, araştırmaya katılan bireylerin %1-2'si psikotik travma tepkileri göstermiştir (McFarland, 1987; akt. Hacıoğlu vd, 2002). Travmatik yaşam olaylarına karşı gösterilen tepkilerin öznel olarak değişmesi pek çok bireysel farklılığı içerse de, bu tepkilerin sınıflandırılması ile birlikte travmaya ilişkin psikiyatrik bozukluklar tanımlanmaya başlanmıştır.

1.2.2. Travmayla İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar

Travma sonrası gösterilen tepkilerin ve rahatsızlıkların sınıflandırılması, travmaya ilişkili psikolojik rahatsızlıkların anlaşılması için önemli bir yer tutmaktadır. Daha önce çeşitli kategorizasyonlar önerilmiş olmasına karşı, ilk kez DSM-III ile birlikte "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" tanımı alanyazına girmiş ve bu sayede travma sonrası gelişen psikolojik rahatsızlıkların ve tepkilerin kapsayıcı bir çatı altında toplanması gerçekleşmiştir (APA, 1980). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın bir sonraki sürümü olan DSM-IV'le birlikte, TSSB'ye benzer belirti ve bulguların en fazla bir ay sürdüğü Akut Stres Bozukluğu (ASB) alanyazına kazandırılmıştır (APA, 1994). Travma sonrası ASB semptomları gösteren ve ASB tanısı alan bireyler, daha sonra ortaya çıkabilecek TSSB için bir risk faktörünü oluşturarak ilişkilendirilmektedir (Koren vd., 1999). DSM-V ile birlikte oluşturulan "Örselenme (Travma) ile İlişkili Bozukluklar" kategorisinde, travmatik yaşam olaylarıyla ilişkilenen bozukluklar; "TSSB", "ASB", "Uyum Bozuklukları", "Tanımlanmış Diğer Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bir Bozukluk", "Tanımlanmamış Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bir Bozukluk" olarak sınıflandırılmıştır (APA, 2013). Travmatik yaşam olaylarıyla

doğrudan ilişkilendirilmese de, Majör Depresyon (MD) gibi duygudurum bozukluklarının, anksiyete bozukluklarının, madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı gibi psikolojik rahatsızlıkların travma ile dolaylı olarak ilişkilendirildiği düşünülmektedir (Breslau vd., 1991).

1.3. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TANIMI

Psikolojik travmaların ardından karşılaşılan psikolojik rahatsızlıkların tanılanmasında, en sık kullanılan tanı ve en sık görülen bozukluk TSSB'dir (Hacıoğlu vd., 2002). DSM-III ile birlikte alanyazına giren TSSB tanımı, dış ortamın ve dış faktörlerin doğrudan nedensel rolünü de kabul ederek, psikolojik travmalarla karşılaşmış bireylerin, korku, çaresizlik ve dehşet içeren stres tepkileri göstermesini, günlük yaşam olaylarına ve yaşam stresine gösterilen tepkileri içeren diğer psikolojik rahatsızlıklardan farklı bir kalıba yerleştirmiştir (Reyes vd., 2008). Bu bağlamda incelendiğinde TSSB belirti ve bulguları, "anormal bir duruma gösterilen normal bir tepki" olarak görülebilmektedir (Işıklı ve Keser, 2020). Travma sonrası ortaya çıkan bu stres bozukluğu tepkilerin yapılarının ve faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada, travmatik olayın ardından oluşan rahatsız edici düşünce ve duyguların depresif etkisi ve bunlardan kaçınmayı içeren depresif ve kaçınmacı boyut; ikinci olarak ise anksiyete ve artan uyarılmışlığı çağrıştıran belirtilerin oluşturduğu anksiyete ve uyarılma boyutu olmak üzere, TSSB belirti ve bulgularının iki boyutu olduğu rapor edilmiştir (Maes vd., 1998).

1.4. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TARİHÇESİ

Travmatik yaşantıların psikolojik sağlık üzerindeki olumsuz etkileri, bilinen tarihsel süreç boyunca Truva Savaşı'na kadar uzanmaktadır (Bolu vd., 2014). Bu belirtileri içeren klinik tablo genellikle savaşla ilişkilendirilmiş ve çeşitli tanımlarla anlamlandırılmaya çalışılmıştır. 17. yüzyılda bazı İspanyol ve İsviçre kaynaklarında, Avrupa'dan yabancı topraklara savaşmak için gönderilen askerlerin yaşadıkları yoğun bir umutsuzluk hali gözlenmiş ve bu duruma "nostalji" ismi verilmiştir (Rosen, 1975). 18. yüzyılda Avrupa'da benzer olguların görülmeye devam ettiği bilinmektedir. 19. yüzyıla gelindiğinde, bu durum cephedeki askerler ve ordu birliği için bir tehlike olarak görülmüş ve bir tür "melankoli" olarak sınıflandırılmıştır

(Jones, 2006). Amerika iç savaşında yer almış askerlerin göstermiş olduğu; taşikardi, nefes darlığı, uyarılma düzeyinde artış ve anksiyete gibi semptomları sınıflandırmak adına ‘‘Asker Kalbi Sendromu’’ ismi kullanmış, ancak daha sonra bu tanıma Jacob DaCosta’nın 1871 yılındaki ‘‘İrritabl Kalp Üzerine’’ yazısına ithafen ‘‘DaCosta Sendromu’’ ismi verilmiştir (Javidi ve Yadollahie, 2012). Birinci Dünya Savaşı’nda yer alan ve benzer klinik tablo gösteren askerlerde, savaş esnasında patlayan bombaların beyinde hasar ve zedelenme yaratmış olduğu düşünülmüş ve bu duruma ‘‘Bomba Şoku’’ (Shell Shock) adı verilmiştir (Gearson ve Carlier, 1992). İkinci Dünya Savaşı sonrasında ‘‘Operasyonel Yorgunluk’’ (Operational Fatigue) terimi kullanılmaya başlanmıştır (Campise vd., 2006). 20. yüzyıla gelindiğinde, psikanalistler benzer klinik semptomları adlandırmak için ‘‘Savaş Nevrozu’’ terimini kullanmıştır (Buther vd., 2007). 1952 yılına gelindiğinde DSM’in yayınlanan ilk sürümü olan DSM-I’de, tarih boyunca farklı isimlerle tanımlanmaya çalışılan travma sonrası ortaya çıkan ve travmaya karşı geliştirilen belirtiler ‘‘Tahammül Edilemez Stres Reaksiyonları’’ (Gross Stress Reaction) olarak alanyazında yer almıştır (APA, 1952). Bir sonraki sürümü olan DSM-II’de travma sonrası belirtiler uyum bozukluğu olarak isimlendirilerek ‘‘Geçici Ruhsal Bozukluk’’ (Transient Situational Disturbance) olarak tanımlanmıştır (Gearson ve Carlier, 1992). Esas olarak ilk kez DSM-III ile birlikte 1980 yılında kullanılmaya başlanan tanı olan TSSB için travma olgusu yeniden tanımlanmıştır. Bu yeni travma tanımından önce, travmatik olaydan sonra ortaya çıkan belirti ve bulgular bireylerin hem biyolojik hem de psikolojik yapıları ile ilişkilendirilmiş ve travmatik olay yalnızca bir tetikleyici unsur olarak değerlendirilmiştir. DSM-III ile birlikte, TSSB tanı kategorizasyonu sırasında bu rahatsızlığın öncelikli etiyolojik sebebi bireyin kendisi olmaktan çıkarak dış unsur olan travmatik olay merkezli hale gelmiştir (Turnbull, 1998). Herkeste belirgin düzeyde rahatsızlık yaratabilecek bir olay olarak adlandırılan travma, önceki DSM’lerden farklı olarak anormal bir olaya verilen normal bir tepki haline gelmiştir; ancak travmatik olayın kriterlerinin ayrıntılı olarak tarif edilmemesi bu tanımın objektifliğini tartışmalı hale getirmiştir (Maier, 2006). Böylece 1987 yılında, DSM-III’ün revize edilmiş versiyonu olan DSM-III-R yayınlanarak, travma kavramına göre olayların travmatik nitelikleri örnekler ile birlikte düzeltilmiş ve travmatik olayın hayatı tehdit eden ciddiyeti vurgulanmıştır (APA, 1987). DSM-IV’e ve

düzeltilmiş versiyonu olan DSM-IV-R'ye gelindiğinde; tek bir kriter içeren ve dıştan etki ederek problem yaratan bir olay olan travma tanımına, bir kriter daha eklenerek bireylerin tepkileri aşırı korku, dehşet ve çaresizlik ekseninde genişletilmiş ve bireylerin öznel tepkilerinin önemi vurgulanmıştır. Ayrıca travmaya doğrudan maruz kalmadan dolaylı olarak travmatize olmak kabul edilmeye başlanmıştır (Çolak vd., 2010). 2013 yılında yayınlanan ve en güncel sürümü olan DSM-V'te, TSSB anksiyete bozuklukları kategorisinden çıkarılarak, travma ve stresörlerle ilişkili bozukluklar kategorisinde değerlendirilmiştir. Travmatik sözcüğü yerine örseleyici sözcüğü kullanılmakla birlikte, örseleyici olayın tanımını netleştirmek adına bu olaylarla maruz kalılabilecek olası yollar listelenmiştir (APA, 2013).

1.5. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TANI KRİTERLERİ

1.5.1. DSM-V Tanı Kriterleri

DSM-V ile birlikte Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu ismi ile anılmaya başlanan TSSB için farklı gruplarda belirtilen çeşitli tanı kriterleri saptanmıştır. Bu kriterler, yetişkinler ve altı yaşından büyük çocuklar için geçerli olmakla birlikte; DSM-V altı yaşından küçük olan çocuklar için farklılaşan ayrı tanı kriterleri sunmaktadır (APA, 2013). Bir bireyin TSSB tanısı alabilmesi için, öncelikle A maddesi için tanımlanmış yollardan herhangi biriyle travmatize edici bir deneyime maruziyetin varlığı gerekmektedir. Bu deneyim, gerçek bir ölüm tehdidi veya fiziksel bütünlüğüne yönelik yaralama veya cinsel saldırıya maruz kalmak olarak tanımlanmıştır. Bu deneyimle karşı karşıya gelme yolları ise, doğrudan örseleyici olay ve olayları deneyimleme, başkalarının deneyimlediği örseleyici olaylara doğrudan tanıklık etme, yakın bir arkadaşın ya da bir aile yakınının başına gelen örseleyici olay ve olayları öğrenme, örseleyici olay ve olayların hoş olmayan ayrıntılarıyla aşırı düzeyde ya da yineleyici bir şekilde karşı karşıya gelmek olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, bu karşı karşıya gelme, eğer iş ile ilgili değil ise ve çeşitli medya yayınları ve görseller aracılığıyla olmuş ise A maddesi grubu tanı kriterleri karşılanmamaktadır.

B maddesinde yer alan tanı kriterleri ise, tanımlanan örseleyici olay ve olaylardan sonra ortaya çıkan ve bunlara ilişkin istemsizce oluşan sıkıntı verici anıların olması, yine bu örseleyici olaylarla ilişkili olarak yineleyici sıkıntı veren

düşlerin olması, bireylerin yaşadıkları bu olay ve olayları yeniden yaşıyormuş gibi hissetmesiyle birlikte geçmişe dönüş gibi çözülme tepkilerinin olması, örseleyici olay ve olayları çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşıldığında uzun süren ve yoğun sıkıntı yaşanması ve bunlara yönelik belirgin fizyolojik tepkiler gösterilmesi şeklinde yer almış kriterlerin en az bir tanesinin karşılanmış olması tanı için gerekli görülmektedir.

C maddesinde yer alan tanı kriterleri ise, örseleyici olay ve olaylarla ilgili kaçınma davranışlarını içermektedir. Olaya ilişkin rahatsız edici anılar, düşünceler ve duygulardan kaçınma ve uzak durma davranışları ile olay ve olayları anımsatan her durumdan kaçınma ve uzak durma çabalarını içeren iki kriterden en az bir tanesinin karşılanması gerekmektedir.

D maddesinde yer alan tanı kriterleri ise, örseleyici olay ve olaylardan sonra ortaya çıkarak kötüleşen bir eğilimde, olay ve olaylara yönelik olarak duygudurum ve bilişlerde olumsuz değişiklikleri içermektedir. Bu grupta yer alan kriterler, deneyimlenen örseleyici olay ve olayların önemli bir yönünü hatırlayamama, kendisi, başkaları ve dünya ile ilgili kesintisizce ve abartılı şekilde olumsuz inançlar ve beklentiler geliştirme, olay ve olayların nedenlerine ve sonuçlarına ilişkin kendisini veya başkalarını suçlamasına yol açan bilişler geliştirme, süreklilik gösteren korku, öfke, utanç gibi olumsuz duygusal duruma sahip olma, olay ve olayların öncesinde önem teşkil eden etkinliklere yönelik ilgide ve katılımı gözle görünür düzeyde azalma, diğer insanlardan kopma ve yabancılaşma duyguları yaşama, kesintisiz bir şekilde mutluluk, sevgi ve doyum gibi olumlu duyguları yaşayamama olarak toplam yedi adet tanımlanmıştır. TSSB tanısı koyulabilmesi için bu grupta yer alan maddelerin en az iki tanesinin mevcut olması gerekmektedir.

E maddesinde yer alan tanı kriterleri ise, örseleyici olay ve olaylardan sonra ortaya çıkan veya kötüleşen, bu olay ve olaylarla ilişkili olarak, uyarılma düzeyinde ve tepki gösterme biçiminde gözle görünür değişiklikleri içermektedir. Bu madde grubunda yer alan tanı kriterleri, her an tetikte olma, abartılı irkilme tepkisi gösterme, odaklanmakta güçlükler yaşama, diğer insanlara veya nesnelere yönelik hem sözel hem de sözel olmayan saldırganlıkla ifade edilen öfkeli davranışlar ve öfke patlamaları yaşama, kendine zarar verebilecek davranışlarda bulunmakla birlikte korunmasız davranma, uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte zorlanma olarak

toplam altı adet olarak tanımlanmıştır. Bu maddelerden en az iki tanesinin mevcudiyeti TSSB tanısı için kriterlerden biri olarak belirlenmiştir.

F maddesi, tanı kriterleri tanımlanan bu ruhsal rahatsızlığın süresi ile ilgili bilgi vermektedir. Bu bilgiye göre, B,C,D ve E maddelerinde yer alan tanı kriterlerinin, hastanın hayatında bir aydan daha uzun bir süredir yer alması gerekmektedir.

G maddesi bu ruhsal rahatsızlığın, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açması gerektiğini ve işle ilgili olabilmekle birlikte diğer işlevsellik alanlarında gösterilen işlevselliklerde azalmaya yol açması gerektiğini belirtmektedir.

Son olarak H maddesinde ise, tanımlanan kriterleri karşılayan bu bozukluğun herhangi bir madde, alkol, ilaç veya bir sağlık durumunun fizyolojik etkileri ile açıklanamayacağı belirtilmektedir (APA, 2013).

1.6. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA EPİDEMİYOLOJİ

Travmatize edici ve örseleyici olayların toplumda oldukça yaygın olduğu düşünülmeyle birlikte, bu olaylardan sonra ortaya çıkabilen psikolojik rahatsızlıklar ile ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Travmatik olaylardan sonra gelişen TSSB'nin yaygınlığı konusunda da yapılan çeşitli araştırmalar ve çalışmalar olmakla birlikte, genel popülasyon için bu çalışmaların daha nadir olduğu düşünülmektedir. 1997 yılında yapılan bir çalışmada, travmatik olayların toplumda yaşam boyu yaygınlığı %40 olarak bildirilirken, TSSB'nin yaygınlığı %13.8 olarak bildirilmiştir (Breslau vd., 1997). TSSB'nin görülme sıklığının kadınlarda, erkeklere kıyasla daha sık olduğu düşünülmektedir. Bir çalışmada, TSSB'nin kadınlarda erkeklere kıyasla iki kat daha sık ortaya çıktığı değerlendirilmiştir (Breslau vd., 1999). Genel olarak alanyazındaki araştırmalarda, TSSB'nin toplam nüfusta yaygınlığı %1 ile %14 arasında değerlendirilmiştir. 2493 katılımcı ile yapılan bir çalışmada; TSSB'nin yaygınlığının toplam nüfusta %1, fiziksel olarak saldırıya uğramış sivillerde ve ağır bir yara almamış Vietnam gazilerinde %3.5 ve Vietnam'da yaralanan gazilerde %20 olarak saptanmıştır (Helzer vd., 1987). 1998 yılından 1999 yılına kadarki dönemde Kosova'da yapılan savaştan sonra, sığındıkları İsviçre'den dönen aileler arasında TSSB'nin prevalansı %23.5 olarak bulgulanmıştır (Eytan vd., 2004).

Her bireyin fizyolojik ve psikolojik özellikleri, genetik yapısı ve stresle başa

çıkabilme becerileri farklı olduğu için, TSSB'nin genel popülasyon içerisindeki yaygınlığı da farklılık göstermektedir. Savaş gazileri, doğal afet mağdurları veya şiddet içerikli bir olayın etkisinde kalan bireyler için TSSB'nin görülme oranı %58'e kadar çıkabilmektedir (Özgen ve Aydın, 1999). Başka bir çalışmada tanımlanan 10 travmatik olay için toplumda görülme sıklığı ve demografik gruplar arasındaki yaygınlık oranları incelenmiştir. Bu araştırmaya göre, çalışma grubunun %69'u yaşamları boyunca bu 10 travmatik olaydan en az bir tanesini yaşadığını kaydetmiştir. Ayrıca travmatik olaylara maruz kalmanın, demografik gruplar arasında farklılıklar gösterdiğini de ortaya koyan bu araştırma, beyazlar ve erkekler arasında travmatik olaylara maruz kalmanın siyahlar ve kadınlara göre daha yüksek bir oranda olduğunu değerlendirmektedir. Son olarak, genç bireylerin örseleyici durumlarla karşılaşma olasılığının daha yüksek olmasından dolayı diğer yaş gruplarına kıyasla TSSB geliştirmek için daha yüksek oranda aday olduklarını göstermektedir (Norris, 1992). TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığının toplam nüfusta %8 olduğunu belirten farklı bir kaynakta, TSSB'nin eşik altı formlarının %5 ile %15 aralığında olma ihtimali değerlendirilmiştir. Ayrıca cinsiyetler arasında da TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı farklılık göstermekle birlikte, kadınlar için %10 ve erkekler için %4 olarak değerlendirilmiştir (Sadock vd., 2016). Meksika'da yapılan farklı bir çalışmada, yaşam boyunca travmatik bir olaya maruz kalmanın prevalansı %76 ve TSSB geliştirme oranı ise %11.2 olarak saptanmıştır. Vakaların %62'sinin kronik hale geldiği ve yalnızca %42'sinin tedaviye eriştiği değerlendirilmiştir. Sonuç itibarıyla TSSB'nin yaygınlığı, gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha düşük olduğu söylenebilmektedir (Norris vd., 2003). Başka bir çalışmada, TSSB'nin ortalama olarak yaygınlığının %9.4 olduğu, ayrıca kadınlarda %16.2 ve erkeklerde %2.4 olduğu değerlendirilmiştir (Bleich vd., 2003). İnsan etkisi ile gerçekleşen travmatik olaylardan sonra gelişen TSSB'nin, doğal afetler sonrası gelişen TSSB'den daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Galea vd., 2005). Ülkemizde TSSB'nin yaygınlığı ile ilgili yapılan araştırmalar, 17 Ağustos'ta gerçekleşen 1999 depreminden sonra yoğunluk kazanmaya başlamış ve TSSB gelişimi değerlendirildiğinde toplum taramalarında %20, çadırda kalanlarda %47 ve tedavi için başvuru yapanlarda %63 olarak bildirilmiştir (Kılıç ve Ulusoy, 2003). Başka bir çalışmada, TSSB sıklığı depremden sonraki 1 ile 3 ay arasında %30.2, 6 ile 10 ay arasında %26.9 ve 18 ile 20

ay arasında %10.6 olarak değerlendirilmiştir (Karamustafalıoğlu vd., 2006). Başka bir çalışmada ise, deprem sonrasında üç yılın ardından TSSB oranı %14.6 olarak saptanmıştır (Önder, 2004). Çocuklarda ise, hayatı tehdit edici şiddette ve büyüklükteki travmatik bir yaşantıdan sonra, çocukların %25 ile %30'unun TSSB tanı kriterlerini karşılayabileceği değerlendirilmiştir (Vogel ve Koplewicz, 1995; akt. Bulut, 2009).

1.7. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA ETİYOLOJİ

1.7.1. Risk Faktörleri

Travmatik olayların nesnel dış uyaranlar olarak ve herkeste aynı etkiyi gösterecek şekilde değerlendirildiği sınıflandırma araştırmalarında bile, bir noktada travmatik olay sonucunda yaşanan psikolojik rahatsızlıkların öznel bir tecrübe olduğu ve travmatik olaydan önce bireylerin sahip olduğu bazı değişkenlerin etkisinde olarak travmatik olayların algılandığı ve dolayısıyla bu travma öncesi yaşam deneyimleri, stresle baş etme becerileri, aile ortamı gibi faktörlerin TSSB için daha uygun bir zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir (Carlson ve Ruzek, 2001). TSSB gelişimine etki eden en temel faktör, maruz kalınan travmatik olay olmasına rağmen, bu olayın algılanmasından doğan öznellikler sonucunda, olaya maruz kalan herkesin TSSB geliştirmediği bilinmektedir. Bireysel farklılıklar, kültürel farklılıklar, ailesel farklılıklar, sosyal farklılıklar ve psikolojik farklılıklar TSSB'nin gelişiminde etkili faktörlerdir. Maruz kalınan travmatik olayın etkisinin şiddetini artıran faktörler ise, bu olayın birey için öznel anlamının öneminin yüksek olması, maruz kalınan sürenin uzaması, olayın ani ve beklenmedik gelişmesi, doğal nedenler dışında insan kaynaklı olması, ölüm tehdidi içermesi, köşeye sıkışmışlık ve katastrofik yönünün olması, maruz kalan bireyin fiziksel bütünlüğünde yaralanma ve hasar olması ve suçluluk duygusu uyandırması olarak sıralanmaktadır (Özgen ve Aydın, 1999). Alanyazında TSSB gelişimi için araştırılan risk faktörleri kimi durumlarda tartışmalıdır. Araştırmacılar, 1995 yılında yapılan bir çalışmada, maruz kalınan yüksek şiddetli ve uzun süreli bir travmatik deneyimin ardından, çoğu bireyin TSSB geliştirmediğini bildirmişlerdir (Yehuda ve McFarlane, 1995). Bir meta analiz çalışmasında ise, TSSB'nin ortaya çıkmasıyla ilişkili 14 farklı risk faktörü saptanmıştır. Bu faktörler üç farklı risk faktörü kategorisi ile çerçevelenmiştir.

Travma öncesi risk faktörlerini içeren etmenler, kadın cinsiyetine sahip olmak, dış kontrol odağının daha güçlü olduğu kişilik özellikleri, eğitim düzeyinin düşük olması, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, zeka düzeyinin düşük olması, toplum içerisinde yer alan azınlık bir grupta yer alma, ailede psikiyatrik rahatsızlık geçmişinin olması olarak belirtilmiştir. Bir diğer kategori olan peritratmatik risk faktörlerini içeren etmenler; çocuklukta istismar öyküsünün olması, daha önce deneyimlenmiş bir travmanın olması ve bu travmatik olayın şiddeti, algılanan hayati tehlike düzeyi, peritratmatik emisyon ve peritratmatik dissosiasyon olarak belirtilmiştir. Son kategoride ise, travma sonrası risk etmenleri değerlendirilerek, travmatik yaşantı sonrasında sosyal desteğin olmaması ve travmatik olay sonrasında yaşamında yer alan stresörlerin genel olarak etkisi olarak belirtilmiştir (Brewin vd., 2000). Alanyazında travma tipinin TSSB gelişimini etkilediğini de bulgularan araştırmalar mevcuttur. Breslau ve arkadaşlarının yapmış olduğu ve 19 tip travmayı kapsayan bir çalışmada; travma tipinin yanısıra TSSB'nin gelişimini etkileyen diğer bir etmen olarak önceden deneyimlenmiş travmatik olayların varlığı ve sayısı ele alınmıştır. TSSB geliştirme riski açısından, şiddet içeren travmatik olaylara maruz kalmak en yüksek iken, sevdiği birinin travmatik olaya maruz kaldığını öğrenen bireylerde en düşük olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılanların son beş yılı göz önünde bulundurularak; önceden bir travmatik olayla karşılaşmış bireylerle hiç karşılaşmamış bireyler arasında TSSB gelişimi açısından farklılık bulgulanmamıştır. Ancak önceden iki veya daha fazla travmatik olayla karşılaşmış bireylerin TSSB için daha riskli oldukları bulgulanmakla birlikte, önceki travmalarının tipi özelinde, şiddet içerikli travmatik olayların varlığı, şiddet içermeyen travmatik olayların varlığına göre TSSB riski açısından iki kat daha yüksek olarak bulgulanmıştır (Breslau, 1999).

1.7.2. Biyolojik ve Nörolojik Faktörler

TSSB alanyazınında; pek çok moleküler biyolojik ve nörokimyasal sistemin travma sonrası gelişen TSSB açısından etkili olduğu tartışılmıştır. Bu biyolojik ve nörolojik sistemler, travmatik olayların öncesinde ve sonrasında değişiklik gösterdiği için travmanın biyoloji üzerinde kısa vadeli ve uzun vadeli yapısal değişikliklere neden olduğu düşünülmektedir. Strese yönelik olarak verilen biyolojik yanıtın,

sempatik sinir sistemi, nöroendokrin sistem ve hipotalamik-hipofiz-adrenal aks ile ilişkili olmasından dolayı, TSSB olgularında bu sistemlerde hasarlar ve düzensizlikler olduğu değerlendirilmiştir (Yehuda, 2011). Stres uyandıran travmatik yaşantı, hipotalamusta kortikotropin salgılayıcı hormon, hipofizde adrenokortikotropik hormon ve adrenal bezinde de kortizol salgılanmasına yol açmakla birlikte, bu biyolojik mekanizmalar hormonların salgılanması ve düzenlenmesinde değişikliklere ve sonuç itibarıyla bireylerin biyolojik bir varlık olarak yeniden düzenlenmesine neden olmaktadır (Özgen ve Aydın, 1999).

Travmatik olayın ardından TSSB geliştiren bireylerin kortizol düzeylerinin, travmatik olaylarla karşılaşmamış veya karşılaşmış olmasına rağmen TSSB geliştirmemiş bireylerden daha düşük olduğu bildirilmiştir (Bierer vd., 2006). Alanyazında, TSSB ile kortizol düzeyinde azalmaların olması arasındaki ilişkiyi inceleyen çeşitli araştırmalar yapılmış ve düşük kortizol düzeyinin, cinsiyet, yaş, mevcut depresif duygudurum, travmatik olayın tipi, tedavi ve ilaç kullanım durumu gibi faktörler ile ilişkili olmadığı vurgulanmıştır (Yehuda, 1998). Ancak kortizol düzeyinin TSSB olgularında düşük olmasının yanısıra, TSSB belirtilerinin şiddeti ile kortizol düzeyi arasında bir ilişkinin olabileceği düşünülmektedir (Najarian vd., 1996). TSSB üzerinde yapılan nöro görüntüleme çalışmalarında travmatik olaylara maruz kalan ve TSSB geliştiren bireylerin hipokampuslerinde küçülme olabileceği düşünülmüş; ancak 2001 yılında yapılan bir çalışmada TSSB ile hipokampal küçülme arasında bir ilişki kurulamamıştır (Bonne vd., 2001). Yapılan başka bir çalışmada, TSSB'ye sahip bireylerin prefrontal korteks hacimlerinin azaldığı ve bunun etkisiyle bazı yürütücü işlevlerde bozulmalar gözlemlendiği değerlendirilmiştir (Rauch vd., 2003).

1.7.3. Genetik Faktörler

Vietnam'da savaşa katılmış askerlerle ve onların savaşa katılmayan tek yumurta ikizleri ile yapılan bir çalışmada; savaş sonrasında TSSB geliştiren askerlerin hipokampus hacimlerinin normale kıyasla daha küçük olduğu ve TSSB belirtilerinin şiddeti arttıkça da hipokampus hacminin daha da küçük olduğu saptanmıştır. Manyetik rezonans görüntüleme ile bulgulara ulaşılan bu çalışmanın devamında, savaşa katılmayan ve TSSB tanısı almamış tek yumurta ikizinin de

hipokampusünün normale kıyasla daha küçük olduğu gözlenmiştir. Dolayısıyla, TSSB gelişiminde risk faktörleri değerlendirildiğinde, genetik bir yatkınlığın söz konusu olabileceği düşünülmektedir (Gilbertson vd., 2002). Genetik faktörlerin TSSB ve MD üzerindeki etkisini araştıran başka bir çalışmada ise, genetik faktörlerle, Kamboçyalı mültecilerin ebeveyn ve çocuk olarak kuşaklar arasında MD için anlamlı olmayan ve TSSB için anlamlı olan bir ilişki olduğu bulgulanmıştır. TSSB'ye etki eden genetik faktörler değerlendirilirken, maruz kalınan savaş ve şiddet olaylarının miktarı, kayıp, alınan tedavi ve sosyoekonomik durum gibi çevresel değişkenler dışlanarak, TSSB'nin genetik rolü vurgulanmıştır (Sack vd., 1995).

1.7.4. Demografik Faktörler

Alanyazında; TSSB gelişiminin cinsiyetler arasında farklılıklar gösterdiğini ve bazı travmatik olayların da cinsiyetler arasında farklılıklar gösterdiğini vurgulayan pek çok araştırma bulunmaktadır. Kadınlarda TSSB riskinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Norris vd., 2003). Ayrıca kadınların, cinsel saldırı ve çocuk istismarı yaşama olasılıkları erkeklere göre daha yüksek olarak değerlendirilmektedir. Erkeklerin ise, cinsel olmayan saldırı, kaza, savaş, ölüm ve yaralanma olaylarına tanık olma olasılıkları kadınlara göre daha yüksek olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, cinsiyetler arasında aynı travmatik olaylara maruz kalındığında kadınların TSSB geliştirmeye daha yatkın olduğu, alanyazına paralel bir şekilde bulgulanmıştır (Tolin ve Foa, 2008). Kadın cinsiyetine sahip olmanın TSSB için yatkınlık oluşturmadığını iddia eden bazı araştırmalar da mevcuttur. Genel kanının aksi olarak, Türkiye'de çocuklarla yapılan bir araştırmada, cinsiyetler arasında TSSB ile ilişkili farklılığın gözlenmediği bulgulanmıştır (Bulut, 2009).

Cinsiyetler arasındaki farklılıkla birlikte alanyazında TSSB ile yaş grupları arasında da bir ilişki kurulmuştur. Bazı araştırmalarda daha küçük yaş grubunda yer almanın TSSB için bir risk faktörü olduğu değerlendirilmiştir (Brewin vd., 2000). Bu bulguların aksi olarak, kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada, travmatik olaylarla küçük yaşta karşılaşmış olmanın travma sonrası büyüme ile ilişkili olabileceği ve TSSB geliştirmemek açısından daha pozitif bir yönü olduğu vurgulanmıştır (Widows vd., 2005).

Medeni durumun, aile üyelerinin ve arkadaşların oluşturduğu sosyal bağların ve sosyal desteğin olumlu etkisinin psikolojik rahatsızlıklar için azaltıcı etkisi olmakla birlikte, psikiyatrik bozukluklar için koruyucu olduğu da bilinmektedir (Kawachi ve Berkman, 2001). TSSB ile ilişkili olduğu düşünülen dokuz demografik ve psikososyal faktörün incelendiği bir çalışmada, özellikle TSSB ile ilişkisi olduğu bulgularan dört faktör dikkat çekmiştir. Medeni durumun TSSB ile ilişkisi alanyazında önemli bir tartışma konusu iken, bu faktörlerden bir tanesinin medeni durum olması, alanyazını destekler niteliktedir. TSSB ile ilişkili diğer üç faktör; eğitim düzeyi, çeşitli stres etkenleri ve savaşa maruz kalma olarak değerlendirilmiştir (Booth-Kewley vd., 2010). Azınlıkta yer almanın TSSB için bir risk faktörü olduğu bilinmekle birlikte, Londra’da yapılan bir çalışmada, bombalama eyleminden sonra Londra’da yaşayan bireylerin stres düzeyleri araştırılmış ve azınlık bir sosyal grupta yer almanın yüksek stres ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Rubin vd., 2005). Ayrıca, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler için TSSB riskinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Norris vd., 2003).

1.8. KLİNİK AÇIDAN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Travmatik bir olay ile karşılaşıldıktan sonra gelişen TSSB belirtilerinin klinik görünümü, olaya maruz kalan bireylerin bireysel farklılıklarından bağımsız olarak kabaca beş aşamalı olarak ele alınabilmektedir. ‘‘Karmaşa Aşaması’’ olarak ele alınan ilk aşamada, travmatik olayla karşılaşan birey şoka uğramakta ve kontrolünü kaybetmektedir. Şok etkisiyle birlikte, travmatik olay karşısında kontrol elde edebilmek adına bilinçli bir gayret gerçekleştirilememekte ve bu aşama, travmatik olaya maruz kalan bireyin öznel olarak güvende olduğunu hissedene kadar sürmektedir. Travmatik deneyimin şok etkisi ortadan kalkmaya başladığında, travmatik olaya maruz kalan birey, olay hakkında yargılama ve sorgulama süreci içerisine girmekte ve bu aşamada geçici bir rahatlama hissetmektedir. Bu aşamaya ‘‘Rahatlama ve Şaşkınlık Aşaması’’ ismi verilmiştir. İkinci aşamadan sonra, ‘‘Kaçınma Aşaması’’ olarak adlandırılan travmatik olaya maruz kalan bireyin bu olayı çağrıştırabilecek herhangi bir uyarandan kendisini uzaklaştırma ve izole etme çabası gelmektedir. Bu aşamadaki sosyal izolasyon ve içe kapanma durumu, bireyin korku, gerginlik ve huzursuzluk hislerini geçici bir biçimde hafifletmesini sağlayan

başa çıkma yöntemi olarak ele alınmaktadır. Dördüncü aşama olan ‘‘Yeniden Değerlendirme Aşaması’’ ise travmatik olayı zihninde yeniden gözden geçirme ve olay ile yeniden yüzleşme aşaması olarak belirtilmiştir. Bu aşamada travmatik olaya maruz kalan bireyin amacı, deneyimini kendisine daha az zedeleyici bir şekilde yeniden kurgulamak ve olay akışı içerisinde hikayesini oluşturmaktır. Bu aşama çok uzun sürebilmekle birlikte, kimi durumlarda aşılamayabilmektedir. Son aşamada ise, travmatik olayı ve takip eden süreçte yaşananları özümseme aşaması olarak adlandırılabilen ‘‘Uyum Aşaması’’ gelmektedir. Bireyin bu aşamaya ulaşım ulaşamayacağı konusunda, travmatik olayın öncesindeki bazı özellikleri, stresle başa çıkabilme gücü, travmatik olayın şiddeti, travmatik olayın yaratmış olduğu zararın seviyesi ve travmatik olayın ardından yeterli sayılabilecek toplumsal, psikolojik ve tıbbi destek görülüp görülmemesi gibi etmenler belirleyici etkiye sahiptir (Figley, 1985; akt. Bilgiç, 2011).

1.8.1. Bulgular ve Belirtiler

Travmatik olayın ardından gelişen TSSB belirtileri ve bulguları, genel hatları itibariyle, travmatik olayı tekrar tekrar yaşantılama, travmatik olaya eşlik eden uyarılardan kaçınma, tepki düzeyinde azalma ve artmış uyarılmışlık belirtileri olmak üzere üç ana grupta ele alınmaktadır (Aker, 2012). Travmatik olayın tekrar tekrar yaşantılanmasına yönelik olan belirtiler; deneyimlenmiş travmatik olayla doğrudan veya dolaylı olarak, aynı zamanda travmatik deneyimin bir parçası veya tümüyle de ilişkili olarak, bireyin isteğinin dışında oluşan düşünceler, algılar, rüyalar, hissedilen sıkıntıya yönelik fizyolojik tepkiler ve dissosiyatif geri dönüş yaşantıları (flashback’ler) şeklinde olabilmektedir. (Özgen ve Aydın, 1999). Kaçınma ve küntleşme belirtileri ise, travmatik olay ile ilişkili rahatsız edici düşünceler ve duygulardan kaçınmak için özellikle çaba gösterme, travmatik olayı çağrıştıran veya herhangi bir özelliğine benzerlik gösteren yerler, durumlar, etkinlikler, zamanlar ve kişilerden uzaklaşma, ilgi duyulan etkinliklere yönelik ilgi kaybı ve katılımın azalması, travmatik olayın bir bölümünü veya belli bir özelliğini hatırlamakta zorlanma, insanlardan kaçınma ve yabancılaşma hissetme, kendiliğine ve sahip olduklarına yönelik olarak geleceği kalmadığı duygusu yaşamak ve duyguları hissetmekte zorlanma olarak yedi farklı özellikte tanımlanmaktadır (Aker,

2012).

Duygusal tepkilerin kısıtlanması ve duyguları yaşamakta zorlanma, bireylerin sevgi, yakınlık, bağ kurma, cinsellik gibi duyguları eskisine kıyasla daha az duyumsayabildiği bir durum olarak tanımlanmakla birlikte, alanyazında bu duygusal küntleşmeden ‘’duygusal anestezi’’ olarak bahsedilmektedir (McFarlane, 2002; akt. Binay, 2016). Artmış uyarılmışlık belirtileri ise, uykuya dalmada ve sürdürmede zorlanma, uykunun kabuslarla bölünmesi, hızlı irkilme, kolay sinirlenme ve öfke patlamaları, travmatik olayı yeniden yaşamaya yönelik aşırı tedirginlik, sürekli halde tetikte olma hali ve yoğunlaşma güçlükleri olarak alanyazında yer almaktadır (Aker, 2012). Bunların yanısıra dissosiyatif belirtiler de TSSB için önem taşımaktadır. Alanyazında dissosiyatif belirtiler, travmatik olay esnasında veya sonrasında; bütünleşmiş bilinç, bellek, kişilik veya çevreye dair algılamada ani veya yavaş, geçici veya kalıcı bozulmaların oluşması ile kendisini gösteren zihinsel baş etme çabası olarak ele alınmaktadır. Bireylerin deneyimledikleri dissosiyatif belirtiler: dış dünya algısındaki gerçekdışılık olarak tanımlanabilecek derealizasyon, bireyin kendiliğine yönelik dışardan bir izleyici olarak deneyimlediği ve benlik algısında değişikliklere yol açan depersonalizasyon ve travmatik deneyimin belli bir bölümü veya tamamını hatırlamak konusunda ciddi bir güçlük yaşadığı dissosiyatif amnezi olarak belirtilmektedir (Aker, 2012).

TSSB’nin klinik seyri açısından tüm belirtilerin içerisinde kaçınma belirtileri, TSSB’nin kronik hale gelmesi için en önemli yordayıcı olarak belirtilmektedir. Yeni travmatik olayların deneyimlenmesi ise, TSSB’nin klinik seyri açısından daha olumsuz bir tablo ile ilişkili olmakla birlikte, bireylerin yeni bir travmatik olayla karşılaşmalarını engellemeye yönelik çabalarının olmasından dolayı, bu durumun TSSB’nin kronik hale gelmesini etkilemekte olduğu değerlendirilmektedir (Perkonigg vd., 2005). TSSB belirtileri ile ilişkili olarak yapılan iki yıllık boylamsal bir çalışmada; birinci ayın sonunda irkilme tepkileri %27, irritabilite %18 ve uyku bozukluğu %16 olarak bulgulanmıştır. Çalışmanın 6. ayında ise irkilme tepkileri %27, irritabilite %40, uyku bozukluğu %21, odaklanma ve konsantrasyonun azalması %21 ve travmatik olayın yeniden yaşantılanması %31 olarak bulgulanmıştır. Çalışmanın ikinci yılına gelindiğinde ise, irkilme tepkileri ve uyku bozukluğu %26, irritabilite %24 ve travmatik olayın yeniden yaşantılanması %31

olarak bulgulanmıştır. Ek olarak, TSSB belirtileri kendi aralarında kıyaslanırsa; irritabilite, irkilme tepkileri, uyku bozukluğu ve konsanstrayon kaybı gibi artmış uyarılmışlık belirtilerinin diğer TSSB belirtilerine göre yaygınlığı göze çarpmaktadır (Southwick vd., 1995).

1.9. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA AYIRICI TANI, KOMORBİDİTE, PROGNOZ VE TEDAVİ

1.9.1. Ayırıcı Tanı

TSSB belirtileri, pek çok açıdan anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, psikotik bozukluklar ve depresif bozukluklar gibi diğer psikolojik rahatsızlıkların belirtileri ile bir kesişim kümesine sahip olarak değerlendirilmektedir (Özgen ve Aydın, 1999). Travmatik olayların ardından gelişen ve TSSB belirti ile örtüşen bir tablo çizen ASB; travmatik olayın deneyimlenmesi ardından hemen başlamakla birlikte, tanı kriterlerini karşılaması açısından en az üç gün gerekmede ve en çok dört hafta sürmektedir. Dört hafta sonrasında, ASB devam eder ve TSSB tanı kriterleri karşılanırsa, ASB tanısı TSSB'ye dönüşmektedir (APA, 2013). TSSB ve depresif bozukluklar, komorbid olarak birarada bulunabilmekle birlikte, TSSB sonrasında depresyon gelişebilmekte veya daha önceden yaşanmış depresyon TSSB gelişimi için yatkınlaştırıcı bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, ayırıcı tanı açısından; uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte yaşanan zorluklar, odaklanma zorlukları, duygulanımda kısıtlılık ve etkinliklere yönelik ilginin ve katılımın belirgin olarak azalması, TSSB ve MD açısından benzer belirtiler olarak değerlendirilmektedir (Sağaltıcı, 2013).

Uyum bozukluğu ile TSSB arasındaki benzerliklerin ayrıştırılmasında ise, deneyimlenen stres etkeninin yapısı önem taşımaktadır. TSSB açısından bu etkenin, bireyin yaşamını tehdit edebilecek nitelik taşımakta olduğu, ancak uyum bozukluğu açısından genellikle daha olağan düzeyde kabul edildiği belirtilmektedir. Buna ek olarak, uyum bozukluğunda travmatik olayın tekrar tekrar deneyimlendiği zihinsel yeniden yaşama belirtilerinin gözlenmediği vurgulanmaktadır. Kimi durumlarda, TSSB ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) da bir arada görülmekle birlikte, ayırıcı tanı açısından önemli olan OKB'de yer alan yineleyici düşüncelerin, deneyimlenen travmatik olay ile ilişkili olmamasıdır (Özgen ve Aydın, 1999). Daha

önce DSM’de ‘‘Anksiyete Bozuklukları’’ kategorisinde yer alan TSSB’nin Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) ile de kesişen belirti kümeleri bulunmaktadır. Bu kesişen belirtiler: uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte zorlanma, aşırı irkilme tepkileri, öfke patlamaları ve irritabilite olarak değerlendirilirken, TSSB belirtilerinde bulunan travmatik olayın tekrar tekrar deneyimlendiği zihinsel yeniden yaşama ve kaçınma belirtilerinin YAB’de bulunmadığı değerlendirilmektedir. TSSB’nin artmış uyarılmışlık düzeyine bağlı olan belirtilerinin, Panik Bozukluğu (PB) açısından da benzerlik gösterdiği söylenebilmektedir. Ayırıcı olan, PB’de kendiliğinden ve beklenmedik bir biçimde ortaya çıkan panik atakların, travmatik olayla veya travmatik olayı çağrıştıran bir uyararla ilişkili olmamasıdır (Sağaltıcı, 2013). TSSB’nin başka psikolojik rahatsızlıklarla birlikte görülme olasılığı %81 olarak değerlendirilmektedir. TSSB belirtileri gösteren bireyler, bu yüksek oran göz önünde bulundurulmakla birlikte ayırıcı tanı açısından, organik faktörler ve beyin zedelenmeleri açısından da değerlendirilmektedir. Ayrıca olası bir temaruz şüphesi açısından ikincil kazançlar dikkatle incelenmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014; akt. Binay, 2016).

1.9.2. Komorbidite

TSSB tanısı alan bireylerin büyük bir kısmında TSSB’ye ek olarak; depresyon, madde bağımlılığı, alkolizm, panik bozukluk gibi en az bir psikolojik rahatsızlığın da bulunduğu değerlendirilmektedir. Özellikle depresyonun TSSB ile büyük ölçüde komorbiditesi vurgulanmaktadır (Brady vd., 2000). TSSB ile birlikte görülen psikolojik rahatsızlıklar, genel hatlarıyla %27.9 ile %51.9 oranında TSSB’ye eşlik etmektedir (Kessler vd., 1995). Yapılan bir araştırmada, TSSB tanısı almış bireylerin yaşamın herhangi bir döneminde depresif atak geçirme riski %69 olarak değerlendirilmiştir (Roszell vd., 1991). Bu oran benzer şekilde farklı bir kaynakta da %68 olarak yer almaktadır (Keane ve Wolfe, 1990). Vietnam dönemi gazileriyle yapılan bir çalışmada, TSSB ve MD komorbiditesi ortak genetik etmenlerle birlikte açıklanarak %62.5 olarak bulgulanmıştır (Koenen vd., 2008). TSSB’ye eşlik eden diğer psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkışında travmatik olayın, olayın üzerinden geçen sürenin ve deneyimlenmiş önceki travmatik olayların varlığı önem taşımakla birlikte, TSSB’nin uyku üzerindeki etkisi, diğer psikolojik

rahatsızlıklara kıyasla belirgin düzeyde dikkat çekmektedir.

Alanyazında; TSSB ve uykuya ilişkili sorunların komorbiditesi %70 ile %91 arasında bir oranda yer alırken, travmatik olay ile ilişkili olan kabusların komorbiditesi %19 ile %71 arasındaki oranlarda sık görülen bulgular olarak yer almaktadır. Ayrıca alanyazında, TSSB'nin YAB ile komorbiditesi %12 olarak, Sosyal Fobi ile ise %8 olarak yer almaktadır (Akçay vd., 2013).

TSSB'ye eşlik eden psikolojik rahatsızlıkların cinsiyetler arasında da farklılaştığı gözlenmektedir. Alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı erkeklerde TSSB ile birlikte en sık görülen psikolojik rahatsızlık iken, kadınlarda MD'dir. Erkeklerde en sık gözlenen alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığından sonra davranım bozukluğu ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı gelmekteyken; kadınlarda MD'den sonra fobiler ve alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı gelmektedir (Kessler vd., 1995). Ayrıca travmatik olayın türünün de TSSB'ye eşlik eden psikolojik rahatsızlıkların farklılaşmasına yol açtığı düşünülmektedir. Savaş ve sel afeti açısından yapılan bir karşılaştırmada, sel baskınından etkilenen bireylerde aynı gazilerde olduğu gibi, TSSB'ye MD ve anksiyete bozukluklarının büyük ölçüde eşlik ettiği gözlenmiştir. Ancak savaş gazilerinde afet mağdurlarından farklı olarak Madde Bağımlılığı ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanıları ön plana çıkmaktadır (Green vd., 1992).

DSM sınıflandırma sisteminde farklı eksenlerde yer alsalarda TSSB ve kişilik bozukluklarının komorbiditesi de alanyazın için merak konusu olmuştur. Özellikle Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ile TSSB'nin komorbiditesini araştıran bir çalışmada, BKB tanısı almış bireylerin %30.2'si aynı zamanda TSSB tanısı almışken, TSSB tanısı almış bireylerin de %24.2'si aynı zamanda BKB tanısı almıştır. TSSB ve BKB olgularının yüksek oranda birlikte gözleendiği, ancak tam anlamıyla örtüşmediği, TSSB ve BKB komorbiditesi olan bireyler için yaşam kalitesinin oldukça düşmekte olduğu ve diğer psikolojik rahatsızlıklara kıyasla yaşam boyu intihar girişimi olasılığının daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Her iki tanının ayrı gözleendiği olgularla kıyaslandığında, TSSB ve BKB komorbiditesi olan bireyler için çocukluk çağı travmatik olaylarının özellikle önem taşıdığı düşünülmüştür (Pagura vd., 2010).

1.9.3. Prognoz

TSSB'nin prognozunu etkileyen etkenler üç grupta kategorize edilerek: bireyin demografik özellikleri, psikiyatrik rahatsızlık geçmişi, aile içerisindeki diğer bireylerin psikiyatrik rahatsızlık geçmişi, işsizlik, boşanmış olma, herhangi bir felakete, işkenceye veya şiddete maruz kalmış olma gibi travmatik olay öncesinde yer alan etkenler, maruz kalınan travmatik olayın ve deneyimlenen korkunun şiddeti, bireyin hayatını tehdit etme düzeyi, bireyin zihinsel hazırlığı ve kontrol düzeyi gibi travmatik olay esnasındaki etkenler ve temel gereksinimlerin karşılanma biçimi, fiziksel ve psikolojik kaynakların kaybı, bireyin baş edebilme stratejileri, toplumsal olarak destek düzeyi ve yeni bir travmatik olayın varlığı gibi travmatik olay sonrası çeşitli etkenlerden söz edilmektedir (Bilgiç, 2011). TSSB'nin prognozunu etkileyen etkenlere bağlı olarak, travmatik olayın deneyimlenmesinin ardından bir ay gibi kısa bir sürede gelişebilen TSSB, kimi koşullarda 30 yıl kadar uzun bir sürenin ardından da gelişebilmektedir. Travmatik olaya maruz kalan bireylerde, olayın 6. ayında %74'ünün, 12. ayında %60'ının TSSB tanı kriterlerini karşılayacağı değerlendirilmektedir (Binay, 2016). TSSB tanı kriterlerini karşılayan bireylerin ortalama iyileşme süresi yaklaşık 24.9 ay olarak değerlendirilirken, 60. ayın sonunda bu bireylerin üçte birinde TSSB belirti ve bulgularının devam ettiği değerlendirilmektedir. Ek olarak, TSSB tanılı bireylerin iyileşme süresi, tedavi aldıklarında 36 ay, tedavi almadıklarında ise 60 ay olarak saptanmıştır (Kessler vd., 1995). 1988 yılında Ermenistan'da olan depremin ardından yapılan bir çalışmada; TSSB'nin uzun dönem seyri incelenmiş ve farklı travmatik olayların prognozu, gelişen belirti ve bulgular açısından, TSSB, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar çerçevesinde değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, depremin üç yıl sonrasında TSSB belirti ve bulgularının şiddetinde azalış olmadığı, ancak genel hatlarıyla depresif belirtilerin şiddetinde azalma olduğu saptanmıştır. Ek olarak, depreme maruz kalan bireyler ile şiddet içeren bir olaya maruz kalan bireylerin geliştirdikleri TSSB'lerinin prognozunda da önemli farklılıklar gözlenmemiştir. Ayrıca çalışmada, TSSB'nin prognozu açısından; travmatik olayın ardından gelişen TSSB belirti ve bulgularının kronikleşmemesi için, klinik değerlendirme ve erken dönem terapötik ruh sağlığı müdahalesinin koruyucu önemi vurgulanmaktadır (Goenjian vd., 2000). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir

çalışmada, Vietnam gazilerinde gözlemlenen TSSB'nin kronik hale gelmesi olgusunun tüm travmatik olay tipleri ardından gelişen TSSB için genellenip genellemeyeceği araştırılmıştır. Çalışmaya göre, 1972 yılında bir barajın yıkılması sonucu gelişen sel baskınından etkilenen bireylerin, aradan geçen 14 yılın ardından TSSB başta olmak üzere diğer psikolojik rahatsızlıkları taşıdığı tespit edilmiştir (Green vd., 1992). TSSB'nin prognozunu etkileyen cinsiyetler arası farklılıklar da mevcuttur. Kadınlarda TSSB'nin kronik hale gelme ihtimalinin erkeklerden dört kat fazla olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, boşanmış bireylerde TSSB'nin kronik hale gelme riski, evli bireylerden daha yüksek olarak değerlendirilmektedir. TSSB'nin prognozunu etkileyen bir diğer etmen de yaş olarak ele alınmaktadır. Orta yaş grubunda yer alan bireylerin, diğer yaş gruplarına kıyasla psikolojik rahatsızlıklar açısından en riskli grupta bulunduğu düşünülmekte ve orta yaş grubunda yer alanın TSSB'nin prognozunda olumsuz gidişat açısından risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Green vd., 1996). Eğitim düzeyinin de TSSB'nin prognozu açısından belirleyici olduğu düşünülmektedir. Eğitim düzeyinin yükselmesi, hayatın herhangi bir döneminde TSSB'ye olan yatkınlığı azaltırken, TSSB'nin kötü prognozunu da azaltmaktadır (Breslau vd., 1991).

1.9.4. Tedavi

TSSB'nin tedavisinde hem ilaçlı tedavinin hem de psikoterapinin etkili olduğu belirtilmektedir. (Tural ve Önder, 2003). Özellikle ilaçlı tedavinin ve psikoterapinin birlikte kullanıldığı kombine tedavilerin TSSB'nin sağaltımı açısından daha fazla yarar sağladığı düşünülmektedir. (Foa, 1997). TSSB için 61 tedavi sonucunun değerlendirildiği bir meta analiz çalışmasında, tedavinin bırakılma oranının psikoterapilerde ilaçlı tedavilerden daha düşük olduğu saptanmıştır. TSSB'nin belirti ve bulgularının azaltılması açısından, psikoterapilerin ilaçlı tedavilerden daha etkili olduğu, ancak her iki tedavinin de kontrol gruplarına kıyasla oldukça etkili olduğu değerlendirilmiştir (van Etten ve Taylor, 1998).

1.9.4.1. İlaçlı Tedavi

TSSB'nin ilaçlı tedavisi, özellikle belirti ve bulguların şiddetli düzeyde deneyimlendiği olgularda önerilmektedir. Alanyazında tek başına ilaçlı tedavinin

yetersiz olacağı yönündeki görüşle birlikte, ilaçlı tedavinin TSSB'nin belirti ve bulgularının şiddetinin hafifletilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. İlaç kullanımının, TSSB'nin sempatik aşırı uyarılma ve anıları yineleyen biçimde hatırlama belirtilerini hafiflettiği, ancak kaçınma belirtilerine karşı etkisiz kaldığı belirtilmektedir (Friedman, 1988). TSSB tanısı almış bireyler için, ilaç tedavisinin etkili olması, öncelikle ilaç kullanım fikrine barışık olmakla ilişkilidir. Çoğu durumda TSSB tanısı almış bireyler ilaç kullanımı konusunda isteksiz olmakla birlikte, ilaç kullanımı hakkında psikoeğitim ve ilacın tedavideki rolü hakkında doğru bilgilendirme yapılması önem taşımaktadır. Kendine zarar verici eylemlerde bulunmaya yatkın bireyler ve psikotik geri dönüşler yaşayan bireyler için farmakolojik tedavinin hastanenin yatılı servisinde yapılması daha uygun olarak değerlendirilirken; TSSB'ye eşlik eden alkolizm veya madde bağımlılığı gibi durumlara TSSB'den önce müdahale edilmesi önerilmektedir (Bilgiç, 2011). TSSB'nin tedavisinde kullanılabileceği düşünülen ilaç türleri çok çeşitli olmakla birlikte, genel olarak en sık başvuru alan, Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI), Trisiklik Antidepresanlar ve Monoamin Oksidaz İnhibitörleri'dir (Davidson ve Connor, 1999). TSSB'nin yanı sıra eşlik eden anksiyete bozuklukları ile depresif bozuklukların tedavisinde de kullanılan SSRI'lar, genellikle TSSB'nin aşırı uyarılmışlık, kaçınma, ilgi azalması, travmatik olayı zihinsel olarak yeniden yaşantılama gibi temel belirtilerinin sağaltımı açısından en etkili ve ilk başvuru alan farmakolojik tedavi yöntemi olarak değerlendirilmektedir (Tanır, 2016). Ayrıca, son yıllarda yapılan ve devam eden çalışmalara göre, psikodelik maddelerin de TSSB'nin tedavisinde alternatif bir tedavi seçeneği olarak umut verici oldukları vurgulanmaktadır (Henner, Keshavan ve Hill, 2022).

1.9.4.2. Psikoterapi

TSSB'nin tedavisinde psikoterapinin ve psikoterapötik müdahalelerin etkililiğinin büyük bir rol oynadığı düşünülmektedir. Alanyazında en sık kullanılan ve en etkili olduğu düşünülen psikoterapi yaklaşımı BDT olarak değerlendirilmekle birlikte, EMDR, grup terapileri ve psikodinamik terapilerin de TSSB'nin tedavisinde kullanılabileceği düşünülmektedir. Psikoterapi yaklaşımlarına ek olarak, gevşeme egzersizleri gibi tekniklerin psikoterapi yaklaşımları içerisinde aktif olarak

kullanılması TSSB'nin sağaltımı açısından önem taşımaktadır (Bilgiç, 2011). Psikodinamik terapilerin travma ve TSSB olgusuna getirdikleri açıklama, travmatik olayın bireylerin bilinçdışındaki çözümlenmemiş iç çatışmaları tetiklediği varsayımına dayanmaktadır (Özgen ve Aydın, 1999). Psikodinamik terapilerin TSSB üzerinde etkisini araştıran kontrollü çalışmaların sayısı oldukça az olmakla birlikte, 1989 yılında yapılan bir çalışmada TSSB tanısı almış bireylerde hipnoterapi, duyarsızlaştırma ve psikodinamik terapi yaklaşımları karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, araştırmaya dahil edilen farklı terapi yaklaşımları ve tedavi protokolleri arasında belirgin farklılıklar olmadığı, ancak psikodinamik psikoterapinin daha fazla iyileşmeye yol açtığı bulgulanmıştır (Brom, Kleber ve Defares, 1989).

Grup terapileri, birden fazla bireyi aynı anda iyileştirme avantajına sahip olmakla birlikte, TSSB'nin özellikle sosyal izolasyon tutumlarında olumlu değişimlere yol açması adına önemlidir. Grup terapileri, travmatik olaya maruz kaldıktan sonra TSSB belirtileri geliştiren bireylerin güven, empati ve bütünlük içinde diğer bireylerle paylaşabileceği terapötik bir ortam olarak değerlendirilmektedir (Binay, 2016). Grup terapisini BDT ile birleştiren bir yaklaşım olan Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi (BDGT) genellikle 60 ile 90 dakika arasında sürmekle birlikte ortalama olarak 90 dakika şeklinde, haftada ikiden iki haftada bir kadar çeşitli aralıklarda olmak üzere, genellikle haftada bir kez uygulanmaktadır. Alanyazında BDGT ve TSSB ile ilişkili yapılan oldukça az sayıdaki çalışmada, çeşitli psikososyal müdahalelerle ve terapi yaklaşımlarıyla karşılaştırılan BDGT'nin, TSSB'nin belirtilerini azaltmada ve eşlik eden anksiyete ve depresyon gibi rahatsızlıkları önlemede etkili bir tedavi yaklaşımı olduğu değerlendirilmiştir (Tokgünaydın ve Sütçü, 2016).

TSSB'nin tedavisine yönelik olarak uygulanan terapilerin değerlendirildiği 1998 yılında yapılan bir meta analiz çalışmasında, BDT, EMDR ve psikodinamik yaklaşımın, TSSB'nin belirti ve bulgularının azaltılmasında ve elde edilen tedavi kazanımlarının ilerleyen süreçlerde korunmasında etkili tedavi yaklaşımları oldukları ifade edilmiştir (Sherman, 1998). 1998 yılında yapılan başka bir meta analiz çalışmasında ise, TSSB'nin iyileşmesi açısından psikoterapiler arasında en etkili tedavi yöntemlerinin davranışsal teknikler içeren davranış terapisi ve EMDR olduğu

değerlendirilmekle birlikte, tedavinin ardından yapılan 15 haftalık izlem sonucunda davranış terapisinin ve EMDR'nin etkilerinin korunduğu gözlenmiştir (van Etten ve Taylor, 1998).

1.9.4.3. Travma Sonrası Büyüme

Travma Sonrası Büyüme olgusu, travmatik olay ve olaylara maruz kalan bireylerde karşılaştıkları bu yaşam krizleriyle mücadele sonucunda ortaya çıkan gelişim için bir fırsat olarak değerlendirilen olumlu bir deneyimdir (Duman, 2019). Travma sonrası ortaya çıkan olumlu değişimlerle ilgili olarak yapılan bir çalışmada, bireylerin %30 ile %90'ının travmatik olay deneyiminin ardından yüksek bir oranda bazı olumlu değişiklikler bildirdikleri belirtilmiştir (Sawyer ve Ayers, 2009). Bu gözlemlenen travma sonrası büyüme olgusunun bireylerde, farklı inanç sistemlerinde acı çekmenin insanı olgunlaştırdığı ve değiştirdiği de göz önünde bulundurularak, kendini daha çok takdir edebilme, önceliklerini değiştirebilme, günlük hayatın parçası olan faaliyetlerden daha çok keyif alabilme, farklı arkadaşlıklar edinebilme, rutin dışına çıkabilme ve daha doyumlu ve anlamlı bir hayat arayışında bulunma gibi değişikliklere yol açtığı düşünülmektedir (İnci ve Boztepe, 2013).

İKİNCİ BÖLÜM

2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

2.1. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ (BDT)

BDT, temellerini bilişsel psikoloji ilkelerinden ve öğrenme kuramlarından alan, halihazırda var olan psikopatolojilerin tedavisinde ve oluşabilecek potansiyel psikopatolojilerin önlenmesinde oldukça sık kullanılan, neredeyse her yaş grubuna hitap eden ve bilimsel kanıtlara dayanan bir psikoterapi yöntemidir (Özcan ve Çelik, 2017).

2.1.1. Bilişsel Davranışçı Terapi Tarihçesi

Psikoterapinin gelişimi ve tarihsel arkaplanı açısından, 20. yüzyılın başlarında dünyanın en meşhur ve psikoterapi alanına en hakim kuramı Sigmund Freud'un Psikanatilik Kuramı olmakla birlikte, aynı zamanda klinik açıdan belirgin başarıya ulaşamaması ve bilimsel olarak temellendirilememesi sebebiyle, en çok eleştirilen kuramı olmuştur (Türkçapar, 2018). Deneylere ve gözlemlere dayanan bilimsel temelli yöntemler ilk kez 20. yüzyılın ortalarına gelindiğinde, insanı davranış ve fizyolojik tepkilerden ibaret olarak değerlendiren ve zihni yalnızca öğrenme ve koşullanmaların saklandığı bir yapı olarak değerlendiren davranışçı kuramın ortaya çıkışı ile psikoloji alanında yer edinmeye başlamıştır. Freud'un kuramına alternatif olarak ortaya çıkan davranışçı kuramda gözlemlere ve deneylere dayanan bilimsel yöntemlerin yer almasının yanısıra, İkinci Dünya Savaşı'nın dünyada yaratmış olduğu mevcut kitlesel yıkım ve tahribatın, kuramın doğuşu ve yükselişi açısından önem taşıdığı düşünülmektedir. Kuramın temelinin, insan doğasına dair olan eşitlik görüşü ve insanın çevrenin etkisiyle şekillendirilen tertemiz bir "boş levha" (tabula rasa) olduğu görüşü, İkinci Dünya Savaşı'nın politik iklimi olan ırkçılık ve biyolojik üstünlüğe karşı, savaşın ardından kabul edilmeye oldukça hazır alternatif bir görüş olarak değerlendirilmektedir (Türkçapar ve Sargın, 2012). Edimsel Koşullama ve Klasik Koşullama gibi insan doğasını anlamaya, öğrenme psikolojisini çözümlenmeye ve geliştirilen çeşitli yöntemlerle sağaltmaya çalışan davranışçı kuramın, özellikle

fobilerin klinik anlamda kavramsallaştırılması ve sağaltımı açısından başarı göstermesi, kuramı oldukça popüler hale getirmiştir. Ancak, davranışı ortaya çıkartan düşüncelerin ve duyguların göz ardı edilmesi, Davranışçı kuramın depresyon gibi psikopatolojilerin hem klinik açıklaması hem de sağaltımı açısından yetersiz kaldığını göstermekle birlikte, bazı alternatif çalışmaların gerekliliğini de göstermeye başlamıştır. Modern psikoloji açısından, davranışların yanısıra, düşünce gibi bilişsel süreçlerin de insan doğasını anlamakta, açıklamakta ve sağaltmakta önemli olduğunu ortaya koyan bilişsel kuramlar, birbirinden bağımsız olarak çalışan Albert Ellis ve Aaron Beck'in çalışmalarından doğmuştur. Akılcı Duygusal Davranış Terapisi (ADDT) kuramını geliştiren Albert Ellis'in ve Bilişsel Terapi kuramını geliştiren Aaron Beck'in çalışmalarını oldukça olumlu karşılayan davranışçı kuram ile birlikte, Bilişsel Davranışçı Terapi adında bütünleşik bir kuramın doğuşu söz konusu olmuştur (Türkçapar, 2018). Bilişsel Terapi'nin gelişimi açısından, Aaron Beck'in 1960'lı yıllarda psikanaliz ve depresyon üzerine yaptığı çalışmalar önem taşımaktadır. O dönemlerde depresyonun klinik modeli Freud'un açıklamaları üzerine "benliğe yönelik öfke" olarak kabul edilmekte ve psikopatolojilerin oluşumunda bilinçli farkındalıktan oldukça uzak olan bilinçdışı süreçlerin etkisinin söz konusu olduğu kabul edilmekteydi. Beck, depresyon hastaları ile çalışırken, geleneksel psikanaliz tedavileri ve klinik gözlemler sonucunda depresyonun merkezinde bastırılan ve düşmanca kendiliğe dönmüş bir öfke yerine, bilişsel olarak bilgi işleme düzeyinde olumsuz tutumlar ve ön yargılar gözlemlenmiştir. Bu durum deneysel testler ve klinik gözlemlerle desteklendikçe de, Beck'in duygusal bozukluklardan özellikle depresyonun bilişsel modeli hakkında yaptığı açıklamalarla, bilişlerin psikopatoloji ve insan doğası üzerindeki etkisinin kavramsallaştırılması sağlanmıştır (Corsini ve Wedding, 2012). Aynı dönemlerde, Beck gibi psikanaliz eğitimi almış olan Albert Ellis de geleneksel psikanaliz uygulamalarının kazanılan içgörüyeye rağmen yetersiz kaldığını ve psikanalitik kuramın varsayımlarının davranışçı kuram ile bir noktada örtüştüğünü fark etmiştir. Psikanalize göre, çocuklukta koşullandırılan bireylerin davranışçı kuramdaki sönme olgusunu deneyimlememeleri ve davranışlarını yetişkinlikte bile koşullanmaları doğrudan doğruya sürdürmeleri kuşku uyandırmıştır. Çocuklukta öğrenilen koşullamaların yetişkinlikte de sürdürülmesini açıklamakta, düşünce süreci, deneyimler üzerine yorum yapma ve

yargılama, soyutlama ve hatırlama gibi bilişsel özelliklerin olduğunu fark etmiştir (Türkçapar, 2018).

Modern psikoloji ve psikoterapiden önce, antik çağlarda yaşayan filozofların da düşünce ve inançların duygusal rahatsızlıklarla ilişkilendirilebileceği yönünde bazı görüşleri mevcuttur. Özellikle, Eski Yunan felsefesinde Stoa Okulu olarak adlandırılan felsefe okulunun insan bilişlerine yönelik bakış açısı, olayların olması gerektiği şekliyle olduğunun kabulü ve insanın mutlu olması açısından olayların algılanmasının önemi ile bu olaylar karşısında göstermiş olduğu uyumun önemi, günümüz modern psikolojisiyle paralellik göstermektedir (Özdel, 2015).

2.1.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Modeli

Davranışçı Kuram ile ortaya çıkan psikoterapi tekniklerini kullanan terapistler, bireylerin açıkça ortada olan davranışlarını veya bu davranışların gözlemlendiği çevresel koşulları değiştirmeye odaklanmaktayken; zaman içerisinde davranışlar ile çevresel olaylar arasında köprü görevi görebilecek bilişlerin ve iç seslerin önemini fark etmişlerdir. Terapistler, bu farkındalık ekseninde deneyimlenen olayların kendilerinden ziyade o olaylar hakkındaki bilişsel yorumların ve düşüncelerin, duygu ve davranışlara yol açtığı fikrini ortaya koymuşlardır. Bilişsel terapilerin temelindeki bu fikir alanyazında, “bilişsel aracılık” olarak yer edinmektedir (Kramer, Bernstein ve Phares, 2014). Bu aracı rolündeki bilişlerin incelenmesi ve araştırılması ile birlikte, modern psikoterapinin gelişimi davranışlardan daha çok onları ortaya çıkaran bilişsel özelliklere doğru yeni bir yöne evrilmiştir. Bilişsel Terapi, biliş olgusu üzerinden temellenmekle birlikte, biliş olgusunun tanımı konusunda alanyazında kesin bir saptama bulunmamaktadır. Genellikle, dikkat, yargılama, bellek, düşünce, bilinç ve öğrenme gibi zihnin işleyiş süreci ile ilgili özellikleri kapsayan biliş olgusu, duygusal girdilerin değiştiği, denetlendiği, depolandığı ve kullanılmak üzere geri çağrıldığı süreçlerin toplamı olarak tanımlanabilmektedir (Gündoğan, 2019). Bilişsel Terapi'nin kuramsal altyapısı ise, kökleri Stoa felsefesine dayanan ve bireylerin davranışlarının merkezinde, kendiliğine yönelik görüşlerinin ve kişisel olarak algıladığı dünyaya yönelik görüşlerinin olduğunu varsayan Fenomenolojik Yaklaşım, Freud'un bilişin birincil ve ikincil süreçlerin hiyerarşik yapılanmasına ait kavramlarını içeren Yapısal

Kuram ve Derinlik Psikolojisi ile Beck ve Ellis'in çalışmaları ile doğan ve George Kelly'nin davranışların değişimlenmesinde inançların rolüne değinerek bilişsel modelin ilk tanımlarından birini yaptığı bilişsel psikoloji alanı olmak üzere üç farklı kaynaktan beslenmektedir (Corsini ve Wedding, 2012).

Ellis'in ADDT ismini verdiği bilişsel psikoterapi yöntemi, temellerini davranışçı kuramdan alan ABC modelinin bilişsel olarak uygulandığı bir formülasyonu izlemektedir. Ellis'in uyarlamasına göre bu modelde: aktive edici olayı temsil eden A, akılcı olmayan inanışları temsil eden B ve akılcı olmayan inanışların sebep oldukları sonuçları temsil eden C olarak şemalaştırılmıştır (Ellis, 2002). Ellis'in ortaya çıkarmış olduğu ADDT, zaman içerisinde geliştirilerek kavramsal açıdan daha da güçlendirilmiştir. Beck'in modelinin aksine, modern psikiyatrinin tanısıl sınıflandırma sistemiyle doğrudan entegre edilmiş psikopatolojilere özgü formülasyonlara sahip olmamakla birlikte; yine de ana akım bilişsel davranışçı terapilerden biri olarak sayılmakta ve daha derin bilişsel yapıların çalışılması gerekli görülen bireylerde sıkça kullanılmaktadır (Özdel, 2015). Beck'in bilişsel terapi modelinde, TSSB'de kendiliğe ve dünyaya yönelik olumsuz değerlendirmelerin gözleendiği gibi, her psikolojik rahatsızlık açısından ayrı bir bilişsel profil çizilebileceğini ortaya koyan bilişsel özgüllük hipotezi önem taşımaktadır (Beck, 2005).

Bilişsel psikoterapilere göre psikopatolojilerin ve nevrotik işleyişin bilişsel modeli, bireylerin otomatik gelişen olumsuz, işlevsiz ve sağlıksız bilgi işleme süreçlerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Leahy, 2018). Bu modelin tedavideki yeterliliğini ve kuramsal altyapısını test eden bir çalışmada; depresyonda yer alan olumsuz önyargıların: tek uçlu, çift uçlu, tepkisel ve iç döngüsel olmak üzere, tüm depresyon şekillerinde bulunduğu değerlendirilmiştir (Haaga, Dyck ve Ernst, 1991). Bireylerin kendisine, geleceğe ve deneyimlerine yönelik olarak dünyaya ilişkin bilişsel örüntülerini içeren bilişsel üçlü, uyarıcının olumsuz olarak önyargılı biçimde bilişsel bilgi işleme ve belirlenebilir işlevsel olmayan inançların depresyonda rol oynadığına dair kanıtlar da bilişsel modelin gelişimi açısından önem taşımaktadır (Hollon, Kendall ve Lumry, 1986). Beck'in çalışmalarıyla temelleri şekillenen bilişsel model ve Bilişsel Davranışçı Terapi, öncelikle depresyonun tedavisinde kullanılmakla birlikte, zaman içerisinde anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları,

yeme bozuklukları, beden dismorfik bozukluklar gibi sayısız psikolojik rahatsızlığın tedavisinde kullanılmaya başlanmış ve bu rahatsızlıklar üzerinde BDT'nin etkililiğini değerlendiren bilimsel temelli oldukça fazla sayıda çalışma yapılmıştır. Çalışmaların sonuçlarına göre, BDT geniş bir yelpazeyi kaplayan çeşitli psikopatolojiler için ilaçlı veya ilaçsız olarak, belirtileri ve bulguları ortadan kaldırmakta ve nüksü önlemekte oldukça etkili olarak değerlendirilmiştir (Beck, 2005). Bireylerin duygusal, fizyolojik veya davranışsal tepkilerinin, deneyimledikleri olayları algılama, yorumlama ve çıkarım yapma şekillerinden etkilendiği varsayımına dayanan bilişsel modele göre, tüm psikopatolojilerde yaygın olarak davranışları etkileyen olumsuz duygudurumun yanı sıra, duyguları ve davranışları etkileyen ve bunlardan etkilenen işlevsiz düşünceler yer almaktadır. Yalnızca psikopatolojilerde değil, her türlü olay ve durum için de genellenebilir bu kabulle birlikte, bireyler düşüncelerini daha gerçekçi ve her duruma özgü uyarlanabilir halde değerlendirmeyi öğrendiklerinde, duygudurumlarında ve davranışlarında sağlıklı düzeyde değişimler yaşanacağı vurgulanmaktadır (Beck, 2021).

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin davranışçı tarafı, öğrenme kuramı ve davranış psikolojisine dayanmakla birlikte daha çok akademik araştırmalar ve teorik perspektifte bulunmaktayken; bilişsel tarafı Beck'in ilk oluşturduğu haliyle otomatik düşünceler ve şemalar olmak üzere iki ana başlıkta toplanan ve klinik olarak uygulamaya ve pratiğe dönük olarak değerlendirilmektedir (Türkçapar, 2018). Bilişsel yaklaşım, psikanalitik kurama benzer olarak, zihinsel olayların bireylerin bilinçli farkındalığının dışında olabileceğini ifade etmektedir, ancak farklı olarak bu bilinçdışı bilişlerin psikanalitik kuramdaki bilinçdışı olgusu gibi derinlerde gömülü olmadığını ve savunma mekanizmalarıyla muhafaza edilmeye çalışılmadığını vurgulamaktadır. Uyumsuzluk yaratan ve işlevsiz olarak değerlendirilen bu bilişlerin, öğrenilmiş zihinsel alışkanlıklar olduğunu ve bilinç yüzeyine yakın, basitçe yapılan sorgulamalarla ve konuşarak ulaşılabilecek bilinç seviyelerinde oldukları belirtilmektedir. Bu yüzden bilişsel terapistler, bireylerin uyumsuzluk yaratan ve genellikle kendine zarar verici bilişlerini bilinçdışı olarak değil, otomatik olarak tanımlamışlardır (Kramer vd., 2014). Bu bağlamda otomatik düşünceler, bireylerin olumsuz duygudurumlarıyla bütünleşik halde duyguya eşlik eden, kendiliğinden ve otomatik olarak ortaya çıkan duruma özgü sözel kalıp düşünceler veya görsel kalıp

imgeler olarak ifade edilebilmektedir (Leahy, 2018). Bu düşünceler, büyük çoğunlukla duygusal rahatsızlığın yaşandığı sırada duygulara eşlik etmekle birlikte, olağan zihin akışı içerisinde yerleşik halde fark edilmekten uzak bilişler olabilmektedir. Belirli bir duygusal yoğunluğun ortasında otomatik düşüncelerin farkedilmesi oldukça güçtür. Dolayısıyla bu düşünceler, genellikle bir refleks gibi incelenme fırsatı olmadan hızlı bir şekilde doğru ve geçerli olarak kabul edilmektedir (Beck, 2021).

Otomatik düşünceler, bilişsel modelin üç bilişini de içeren bilişsel yapının en dış katmanında yer almakla birlikte, bilişsel yapının merkezinde ara inançlar ve temel inançlar olarak iki ana başlıkta ele alınan şemalar bulunmaktadır. Bilişsel yapının en yüzeysel katmanında bulunan otomatik düşüncelerin altında bulunan ara inançlar; bireylerin deneyimleri, gözlemleri ve öğrenmeleri sonucunda dünyaya ve kendisine dair inanmakta olduğu kuralları, varsayımları ve beklentileri içermektedir. Ara inançlar, dil aracılığıyla ifade edilmeseler dahi bireylerin davranışlarını düzenleyici etkiye sahiptirler (Türkçapar, 2018). Bilişsel yapının çekirdeğinde bulunan temel inançlar ise, bireylerin sahip oldukları en köklü inançlar olarak değerlendirilmektedir. Temel inançlar, bireylerin çoğunlukla kendilerine dahi söylemeye çekindikleri; başkalarına, dünyaya ve kendilerine dair kolay kolay değişmeyen katı inanışları içermektedir. Beck, temel inançları değersizlik temelli, çaresizlik temelli ve sevimsizlik/sevilmeme temelli inançlar olmak üzere üç ana grupta sınıflandırmaktadır (Beck, 2021).

2.1.3. Bilişsel Davranışçı Terapi Temel İlkeleri

BDT'nin formülasyonu ile uygulanışı diğer tüm psikoterapi yöntemleri gibi, olgu ve vaka düzeyinde kişiye özgü değişiklikler gösterse de, BDT'nin temelini oluşturan ve herkes için geçerli olan belirli genel ilkeler mevcuttur. Bu ilkelerden ilki, BDT'de her zaman ve her durumda, terapiye getirilmiş olan sorunların bilişsel modeli baz alarak bilişsel formülasyonun oluşturulması ve her bireyin bilişsel terimler ile kavramsallaştırılarak anlaşılması gerektiğine dayanmaktadır. İkincisi, BDT'nin etkili bir şekilde uygulanabilmesi için her zaman empatiye, yakınlığa, özene ve dürüstlüğe dayanan terapötik bir yaklaşımın oluşturulması gerektiğine dayanmaktadır. Üçüncü ilke ise, BDT'nin işbirliği ve danışanların aktif katılım

göstermesinin önemini vurgulamaktadır. Dördüncü ilke, BDT'nin amaca yönelik ve sorun odaklı olduğunu vurgulamaktadır. Beşinci ilke, BDT'nin zamansal vurgusu ile ilişkili olmakla birlikte, danışanların mevcut sorunlara ve geçmişe yönelik bakış açıları, şimdi ve burada olmak üzere yeniden değerlendirilmektedir. Altıncı ilke ise, BDT'nin eğitici yönüne vurgu yapmaktadır. BDT, danışanlara kendi kendilerinin terapisti olmayı öğretmekle birlikte, öğretilen yeni bilişsel ve davranışsal becerilerin aktif kullanılmasını vurgulamakta ve nüksü önlemeyi hedefleyen eğitici bir psikoterapi yöntemi sunmaktadır. BDT'nin yedinci ilkesi, danışanların sorunlarının oluşturduğu rahatsız edici durumları azaltmak, psikopatolojilerin belirti ve bulgularını sağaltmak ve gündelik sorunlarla başa çıkmaya dair danışanlara yeni beceriler kazandırmak olarak şekillenen terapi hedeflerinin zaman açısından sınırlı hale getirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. BDT için oluşturulan hedefler ve terapi amaçları, zamansal açıdan yapılandırılmakta ve çerçeveselendirilmektedir. BDT'nin sekizinci ilkesi, seanslarda önceden belirlenmiş bir yapıya uyulması gerektiğini vurgulamaktadır. Seansların yapılandırılması terapinin verimliliğini ve etkililiğini arttırmakla birlikte, danışanların BDT'ye alışma sürecini hızlandırmaktadır. Bu yapı, kabaca giriş bölümü, orta bölüm ve son bölüm olarak üç bölüme ayrılabilir. BDT, giriş bölümünde duygudurum kontrolü, geçen haftanın seansının ve yaşanan önemli olayların incelenmesi ile seansın gündeminin belirlenmesi olarak yapılandırılırken; orta bölüm, geçen haftanın ödevinin incelenmesi gündem konularının ele alınması, gelecek haftanın ödevinin kararlaştırılması ve seansın özetlenmesi olarak yapılandırılmaktadır. Son bölümde ise geribildirim yer almaktadır. BDT'nin dokuzuncu ilkesi, danışanların bozulmuş düşünce ve inançlarının saptanması, değerlendirilip incelenmesi ve bu bozuk düşünce ve inançlara uygun yanıtlar oluşturulmasını öğretmekle ilgilidir. Onuncu ve son ilke ise, BDT'de düşünce, duygudurum ve davranışı değiştirebilmek adına çeşitli tekniklere yer verildiğini vurgulamaktadır (Beck, 2021).

2.1.4. Bilişsel İşleme Tipleri

BDT'nin ön plana çıkan kavramlarından biri de günümüzde bilişsel işleme tipleri olarak alanyazında yer bulan, bilişsel hatalar veya bilişsel çarpıtmalardır. Bilişsel işleme tipleri, bilişsel psikolojinin incelediği herkes için

geçerli temel bilişsel özelliklerle örtüşerek normal zihinsel işleyişin önemli bir parçası olmakla birlikte, bireylerin düşüncelerine belirli kalıplarda biçimler vererek psikopatolojilere özgü bilişsel sonuçlara yol açmaktadırlar. Psikolojik rahatsızlığa sahip bireylerde, sağlıklı bireylere kıyasla daha sistematik ve daha sık olarak, içinde bulunulan bağlama uygunsuz biçimlerde ortaya çıkmaktadırlar. Olumsuz duygulara ve fonksiyonel olmayan davranışlara yol açan bilişsel işleme tipleri, otomatik düşüncelerin içeriği analiz edilerek saptanabilmektedir. Bireyler belirli bilişsel işleme tiplerine daha yatkın olabilmekte ve her otomatik düşünce için birden fazla bilişsel işleme tipi söz konusu olabilmektedir (Türkçapar, 2018). Benliği ile ilgili problemler içerisinde olan bireylerde daha sık biçimde kullanıldığı düşünülen bilişsel işleme tiplerini, Beck ve arkadaşları kategorize ederek, “Keyfi Çıkarsama”, “Seçici Algılama”, “Aşırı Genelleme”, “Büyütme ve Küçültme”, “Kişiselleştirme” ve “İki Kutuplu Düşünme” olmak üzere altı farklı tip olarak ele almışlardır. Daha sonra bu bilişsel işleme tiplerine farklı araştırmacılar tarafından “Etiketleme”, “Duygusal Nedensellik” “Meli/Malı Düşünce Tarzı” “Zihin Okuma” ve “Falcılık” eklenmiştir (Hiçdurmaz ve Öz, 2011).

Keyfi Çıkarsama ismi verilen bilişsel işleme tipi, bireylerin inandıkları sonuçların hiçbir destekleyici kanıt bulunmamasına ve kimi durumda inandıklarının aksi kanıtların bulunmasına rağmen, doğru kabul ettikleri çıkarsamaları olarak ifade edilmektedir. Seçici Algılama bilişsel işleme tipi ise, bireylerin bir durumu bilişsel olarak değerlendirdikleri esnada belirli bir kısma veya detaya odaklanarak, durumun büyük bir bölümünü ihmal ettikleri seçici soyutlamaları ifade etmektedir. Odaklanılan detaylardan yola çıkılarak bütün durumun kavramsallaştırılmasına yol açan bu bilişsel hataya “zihinsel filtreleme” ismi de verilmektedir. Aşırı Genelleme bilişsel işleme tipi ise, dar bir perspektiften takip edilen sınırlı sayıdaki örneklerden yola çıkarak genel bir varsayıma veya kurala inanmayı tarif etmektedir. Büyütme ve Küçültme bilişsel işleme tipi, bireylerin durumlara özgü yapmış oldukları bilişsel yorumlardaki öznel ağırlıkları ifade etmektedir. Deneyimlenen durumun herkes için farklı açıdan yorumlanabilir bir kısmı olmakla birlikte, bazı bireylerin olumluyu yok sayarak olumsuza odaklanma eğilimlerinden dolayı bu bilişsel hataya bazı kaynaklarda “olumluyu yok sayma” ismi verilmiştir. Kişiselleştirme bilişsel işleme tipi ise, bireylerin kendilerine ve psikolojik

rahatsızlıklarına aşırı odaklanmaları sonucu, kendileriyle ilişkili olmayan dışsal bir faktörü kendileriyle ilişkilendirmelerini ifade etmektedir. Bu bilişsel hatayı aktif olarak kullanan bireyler, çoğunlukla olumsuz olaylardan sonra kendilerini sorumlu tutarak suçlu ve reddedilmiş hissetmeye eğilimlidirler. İki Kutuplu Düşünme bilişsel işleme tipi, bireylerin durumları ya hep ya hiç algoritması şeklinde iki zıt uçta algıladıkları ve değerlendirdikleri bilişsel hataları anlatmaktadır. Etiketleme bilişsel işleme tipi ise, bireylerin daha gerçekçi ve bağlama daha uygun değerlendirmeler yapmak ve olaylar için etiketlemelerde bulunmak yerine, kendilerini ve diğerlerini genel etiketlerle etiketledikleri bilişsel hataları ifade etmektedir. Duygusal Nedensellik bilişsel işleme tipi ise, bireylerin hissettikleri duygulardan yola çıkarak hiçbir somut kanıt olmamasına rağmen ve kimi durumda aksi kanıtlara sahip olmalarına rağmen bunlara dikkat etmeyerek, yalnızca hissettikleri ve inandıkları için değerlendirilen durumlar arasında nedensellik kurgulamalarını ifade etmektedir. Meli/Malı Düşünce Tarzı bilişsel işleme tipi, bireylerin dünyaya, diğer insanlara ve kendilerine yönelik katı kurallarını vurgulamaktadır. Bu bilişsel hatayı kullanan bireyler, genellikle istenilen sonuçlara ulaşmanın yalnızca tek bir yolu olduğuna inanmakla birlikte; dünyanın nasıl olması gerektiği, başkalarının kendilerine nasıl davranması gerektiği, kendisinin nasıl biri olması gerektiği gibi belirlenmiş kurallarının ve beklentilerinin gerçekleşmemesi sonucunda oluşabilecek kötü senaryoları abartmaktadırlar. Zihin Okuma bilişsel işleme tipi ise, diğer insanların düşüncelerinin bilindiğine inanılan bilişsel hataları içermektedir. Bu bilişsel hatayı kullanan bireyler, diğer insanların da kendi düşüncelerini bildiklerine ve hatta bilmeleri gerektiğine inanmaktadırlar. Falcılık bilişsel işleme tipi ise, olayların kötüye gideceğine yönelik olarak bulunulan bir öngörünün gerçek olduğuna kuşku duyulmadığı durumlar için geçerlidir. Bazı kaynaklarda bu bilişsel hata için “felaketleştirme” ismi de kullanılmakla birlikte; felaketleştirme durumu, olması muhtemel diğer sonuçları hesaba katmayarak, geleceğin hep olumsuz olacağını varsaymaktadır (Türkçapar, 2018).

2.1.5. Bilişsel Davranışçı Terapi Teknikleri

BDT, danışanlara kendi bilişlerini ve olumsuz içerikli otomatik düşüncelerini gözlemlemeyi, bilişleri ve davranışları arasında kurulan bağlantıların farkına

varmayı, fonksiyonel olmayan otomatik düşünceleri destekleyen ve desteklemeyen kanıtları objektif bir noktadan incelemeyi, bu olumsuz ve önyargılı bilişlerin daha gerçekçi ve fonksiyonel alternatif yorumlarla değiştirilmesini sağlamayı ve olumsuz deneyimlere zemin hazırlayan inançları saptayarak değiştirebilmeyi öğretmek için tasarlanan ve oldukça özgün öğrenme deneyimlerinden oluşan bir psikoterapi yöntemidir. Bu süreçlerdeki hedeflere ulaşabilmek için hem bilişsel hem de davranışçı teknikler terapötik bir zeminde kullanılmakla birlikte; hangi zamanda hangi tekniğin kullanılacağı, bireylerin ifade ettiği belirtilere, bulgulara, psikolojik rahatsızlıklara ve işlevsellik düzeylerine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. (Beck vd., 1979). BDT’de bireylerin hem gerçekçi hayat sorunları hem de bilişsel hatalar içeren otomatik düşüncelerine bağlı olumsuz ve fonksiyonel olmayan duygu ile davranış tepkileri çeşitli tekniklerle ele alınmaktadır. Gerçekçi hayat sorunlarına yönelik olarak sorun çözme teknikleri kullanılmakla birlikte; değiştirilmesi mümkün olmayan ve çözülemeyecek problemler barındıran olumsuzluklar için bireylerin bu sorunlarla baş etme becerileri geliştirilerek sorunlar karşısında dayanıklılıklarının artırılması amaçlanmaktadır. Deneyimlenen olaylara verilen duygusal ve davranışsal tepkiler arasındaki bilişlerin öznel yorumlamalara dayanan çeşitli bilişsel hatalar içermesiyle birlikte; BDT’de uygulanan teknikler, gerçekçi yaşam olaylarından daha çok, bilişsel yeniden yapılandırma ismi verilen bireylerin olayları algılama ve yorumlama şekillerine yönelik çeşitli müdahalelere yönelmektedir. Ancak bu durum her zaman net bir ayrışma içermemekle birlikte, BDT’de çoğunlukla hem gerçekçi hayat olayları hem çevre koşulları hem de bilişsel hatalara yönelik olmak üzere birçok teknik birlikte kullanılmak durumundadır (Türkçapar, 2018).

Bilişsel teknikler, sözel olarak bireylerin otomatik düşüncelerini ortaya çıkarmak ve bu düşüncelerin altında yatan uyumsuz varsayımları ve fonksiyonel olmayan bilişsel hataları incelemek ve değiştirmek üzere bir dizi sorgulama ve bilişsel müdahale içeren teknikleri içermektedir (Corsini ve Wedding, 2012). Yunan filozof Sokrates’in kullandığı, bir konuyu tartışırken tartıştığı kişiye doğrudan bilgi aktarmak yerine, bir dizi soru sorarak aktarmak istediği bilginin doğal olarak açığa çıkmasını sağladığı bir teknik olan Sokratik Sorgulama tekniği, BDT’ler içerisinde Yönlendirilmiş Keşif ismiyle de anılmaktadır. Yönlendirilmiş Keşif, BDT’lerde bilgi alma aracı ve danışanın farkındalık alanının genişletilmesi için kullanılan bir teknik

olmakla birlikte, aynı zamanda temel terapötik işlevlere de sahip bir teknik olarak ele alınmaktadır. Yönlendirilmiş Keşif: danışanların sorunlarına yönelik bilişlerini anlayabilmek için sorunlara ve bilişsel yorumlara yönelik bilgilerin toplandığı bilgi edinme aşaması, danışanların bilgi verdiği konuları empatik bir şekilde dinleme aşaması, danışanların aktardıkları bilgilerin özetlendiği ve sorularla ortaya çıkan danışanların kendilerine özgü bilişsel yorumların vurgulandığı özetleme aşaması, sorularla ortaya çıkan yeni bilgilerin sorunu oluşturan öznel eski bilişlerle karşılaştırıldığı analitik sentez soruları aşaması ve ortaya çıkan alternatif ve daha fonksiyonel olan inancın davranışlara dönük sonuçlarının neler olabileceğinin değerlendirildiği uygulama soruları aşaması olmak üzere beş aşamadan oluşan bir yapı olarak değerlendirilmektedir (Türkçapar, 2018).

BDT'nin terapi hedefleri doğrultusunda ele alınacak sorun belirlendikten sonra, Yönlendirilmiş Keşif ile bu sorun üzerinde durulurken, soruna yönelik bilişsel içeriğin ele alınması ve bilişsel değişikliğin sağlanması için hedeflenen ilk nokta otomatik düşüncelerdir. Otomatik düşüncelerin saptanmasına yönelik olarak; danışanların olumsuz duygularını aktive edici olay esnasında neler düşündükleri ve bu olaya veya kendilerine yönelik zihinlerinden neler geçtiğini ortaya çıkaran doğrudan sorular sormak, otomatik düşüncelerini doğrudan hatırlamakta zorlanan bireyler için duygudurumda ortaya çıkan değişiklik anı ile bu ana eşlik eden etkenlerin değerlendirildiği yönlendirilmiş keşif ile otomatik düşünceleri saptamak, özellikle otomatik düşüncelerine yönelik bilişsel kaçınması olan bireyler için olumsuz duyguları aktive edici olayın en kötü sonuçlarının değerlendirildiği en kötü senaryo tekniği, terapi seansının sağladığı güvenli ortamın etkisiyle olumsuz duyguların oluşmadığı durumlarda kullanılabilen, danışanların duygularını ortaya çıkarmaya yönelik işlemler aracılığıyla bu duygulara eşlik eden otomatik düşüncelerin saptandığı ve saptanan bu düşüncelerin davranış deneyleri eşliğinde kayıt edilmesi tekniği ve terapi seansının dışında da otomatik düşünceler için kayıt formu tutulması gibi çeşitli teknikler geliştirilmiştir. Otomatik düşüncelerin saptanmasından sonra, danışanların bu düşüncelerini bir varsayım olarak görerek incelemeyi öğrendiği ve danışanların düşüncelerinde bilişsel değişikliklere sebep olan teknikler, otomatik düşünceleri ele alma teknikleri olarak alanyazında yer edinmektedir. Otomatik düşünceleri ele almaya yönelik teknikler, danışanların

düşünceye olan bakış açısını ve düşünceyle olan ilişkilerini değiştirmeye dayalı üst bilişsel teknikler ve düşüncenin içeriğinin incelendiği düşünce içeriğine dönük teknikler olarak iki ayrı gruba ayrılmaktadır. Bireylerin düşünceye olan bakış açılarını ve düşünceyle olan ilişkilerini değiştirmeye dayalı üst bilişsel teknikler, zihnin düşünme sürecini anlamaya ve düşüncenin zihnin içerisindeki hipotezler olduğunu fark etmeye dayanmaktadır (Türkçapar, 2018). Beck, düşüncenin somut gerçeklik olmadığı ve bireylerin zihinlerinde oluşturulan varsayımlardan ibaret olduğunun ayırımına varabilmeyi “bilişsel uzaklaşma” (cognitive distancing) olarak adlandırmaktadır (O'Donohue ve Fisher, 2009).

Düşünce içeriğine dönük teknikler ise, düşüncelerin somut gerçeklikle ne kadar uyumlu olduğunu değerlendirmeyi, karşılaşılan durum ile ilgili olarak yapılan çıkarımların ve anlamlandırmaların durumla uygunluğunu ve fonksiyonelliğini değerlendirmeyi içermektedir. Kanıt inceleme tekniği, düşünce içeriğine dönük tekniklerden gerçekliğin incelenmesini temel alan bir tekniktir. Otomatik düşüncelerin doğruluğunu kabul etmektense bu düşüncenin gerçekliğini destekleyen ve desteklemeyen somut kanıtların kıyaslanması ile otomatik düşünceye olan inancın azaltılmasına dayanmaktadır (Türkçapar, 2018). Bilişsel İşleme Tipleri'nin danışanlara aktarılmasından sonra, düşünce içeriğinde yer alan bilişsel hataların saptanması da danışanların düşüncelerine dışarıdan bakabilme ve bu düşünceleri objektif bir perspektiften inceleme fırsatı sunmaktadır. Felaketleştirmeme tekniği ise, danışanların korku duydukları sonuçlara karşı hazırlanmasına yardım eden ve şimdiye, geleceğe ve geçmişe yönelik zaman algılarını genişletmek için bir zaman projeksiyonu tekniği ile birlikte kullanılan, “eğer ... olursa” şeklinde düşünme üzerine kurulu bir tekniktir. Yeniden atfetme tekniği ise, danışanların deneyimledikleri olayların tek yönlü değerlendirildiği durumlarda ve genellikle Kişiselleştirme bilişsel çarpıtmasına sahip olduklarında sıkça kullanılan bir tekniktir. Yeniden atfetme tekniğinde amaçlanan, danışanın bu tek yönlü değerlendirme yerine tüm olasılıkları ve etmenleri hesaba katarak değerlendirmede bulunmasıdır (Corsini ve Wedding, 2012). Yeniden atfetme tekniğinin bir örneği olarak pasta dilimi tekniği gösterilebilir. Pay ismi de verilen pasta dilimi tekniğinde, danışanın deneyimlediği olaylarda soruna yol açan olası nedenlerin yuvarlak bir grafik üzerinde pay edildiği bir tekniktir. Danışan bu teknikle birlikte kendi sorumluluğunun durum üzerindeki

etkisini ve düzeyini yeniden gözden geçirme fırsatı bulmaktadır (Kahraman, Şahinöz ve Güriz, 2016). Çifte standart tekniği ise, duygusal yoğunluğun objektif değerlendirmeyi etkilediği durumlarda danışanların deneyimledikleri durumu bir başkasının bakış açısıyla görmelerine dayanmaktadır. Çifte standart tekniğinde danışan bir başkasının perspektifinden deneyimlediği olayı değerlendirirken, duygusal yoğunluğun getirmiş olduğu öznellik azalmakla birlikte daha gerçekçi ve daha fonksiyonel değerlendirmelerin yapılması mümkün olmaktadır. Alternatif açıklamalar tekniği, danışanların deneyimledikleri duruma yönelik gelişen otomatik düşüncelerinin, durumla ilgili bir açıklama veya nitelendirme olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Alternatif açıklamalar tekniği ile danışanlar deneyimledikleri durumun farklı yönlerden açıklamalarını araştırarak, otomatik düşüncelerinin tekdüzeliğini ortadan kaldırmayı öğrenmektedirler. Terimleri tanımlama tekniği, danışanların kendilerine yönelik Etiketleme bilişsel çarpıtmasını kullandıkları durumlarda uygulanabilecek ve bu etiketlemelerin olumsuz anlamlarının karşılıksızlığını göstermeye ve otomatik düşüncelerini gerçekliğe daha uygun hale getirmeye dayanan bir tekniktir (Türkçapar, 2018).

Danışanların olumsuz duygudurum sırasında ortaya çıkan otomatik düşüncelerinin somut gerçekliğe uygun olmadığı durumlarda kullanılabilir doğrudan farklı düşünce getirme yaklaşımı ise, danışana olumsuz düşünmek yerine daha olumlu ve daha gerçekçi düşünseydi hangi düşüncelere sahip olurdu diye sorularak olayların değişmediği durumlarda bilişsel yorumlamayı değiştirebilmenin ve olayları yeni ve farklı bir açıdan değerlendirmenin mümkün olabileceğini göstermektedir. Kullanılan başka bir yaklaşım ise, danışanların olumsuz otomatik düşüncelerinin geçerliliğini test etmek için deney yapmasına dayanan bir yöntem olan deneysel tekniktir. Deneysel teknikte amaçlanan, danışanların otomatik düşüncelerinin somut gerçeklikle uyumunun ne düzeyde olduğunu anlamalarıdır. Derecelenmiş düşünce ismi verilen bir başka teknik ise, iki kutuplu düşünme bilişsel çarpıtmasını kullanan danışanlar için daha uygun olmakla birlikte, olayları iki zıt kutupta kategorize etmek yerine genellikle 100 üzerinden yapılan bir derecelendirmede kendi düşüncesini konumlandırmayı öğretmektedir. Semantik yöntem ise, gerçekliğin olduğu haliyle kabul edilmesine ve gerçekçi beklentiler içinde bulunulmasına yönelik olarak, danışanların sahip oldukları olumsuz otomatik

düşüncelerin daha az duygusal yoğunluk taşıyan ve gerçekliğe daha uygun bir yorum içeren alternatif düşüncelerle değiştirilmesine dayanmaktadır. Ayrıca, terapistin ve danışanın sırasıyla gerçeğe uygun ve fonksiyonel olmayan düşünceleri ve bunlara alternatif olarak gerçeğe uygun ve fonksiyonel düşünceleri seslendirdikleri rol oynama teknikleri de kullanılmaktadır. Yarar-zarar analizi veya fayda-maliyet analizi ismi verilen başka bir teknik ise, doğruluğu ve gerçekliğe uygunluğu ele alınamayan öznel yorumlarda veya otomatik düşüncelerin gerçekliğe uygun olduğu durumlarda kullanılabilen bir tekniktir. Bu teknikte amaçlanan, danışanın sahip olduğu bilişsel yorumların kendisine nasıl bir fayda sağladığı ve nasıl bir zarar getirdiği değerlendirilerek hayatındaki işlevselliğinin fark edilmesini sağlamaktır (Türkçapar, 2018).

Davranışçı teknikler, bireylerin otomatik düşüncelerini ve varsayımlarını değiştirmek üzere kurgulanan davranış deneyleri ile bir dizi aktivite, öğrenme ve davranışçı müdahale içeren teknikleri içermektedir. Ayrıca davranışçı teknikler bilişsel tekniklerle de birlikte kullanılarak, bilişsel yeniden yapılandırmanın ardından oluşan yeni bilişsel yorumların hem öğrenilmesi hem de pratik edilmesi açısından önem taşımaktadır. (Corsini ve Wedding, 2012). Özellikle anksiyete problemleri olan danışanlarda sık kullanılan BDT'nin davranışçı tarafının temel tekniklerinden biri olan aşamalı gevşeme eğitimi, çeşitli kas gruplarının gerilmesi ve ardından serbest bırakılması ile oluşan gevşeme hissine odaklanılarak gevşemenin sağlandığı ve uyarılma düzeyinin azaltıldığı bir tekniktir. Bu eğitim genellikle tek başına uygulanan bir teknik olmamakla birlikte, kimi durumlarda nefes egzersizleri ile birlikte farklı davranışçı ve bilişsel tekniklerle de kullanılmaktadır. Sistemik duyarsızlaştırma tekniği, öğrenme kuramının karşılıklı ketleme ilkesine dayanan bir tekniktir. Bu teknikte amaçlanan, kaygıya yol açan uyarıcıların varlığında kaygı karşıtı tepkinin ortaya konulması ile kaygı tepkilerinin baskılanması ve buna bağlı olarak uyarıcı ile kaygı tepkileri arasındaki bağın zayıflatılmasıdır. Alkolizm, rahatsız edici cinsel davranışlar, sigara içme, madde kötüye kullanımı ve aşırı yeme gibi psikolojik rahatsızlıklarda kullanılan tiksindirme terapisi tekniği de öğrenme kuramının klasik koşullanma ilkelerini takip etmektedir. Bu teknikte, problemleri davranışçı ortaya çıkaran uyarıcı ile organizmaya rahatsızlık verecek düzeyde çirkin veya kötü etkileri olan bir uyarıcı eş zamanlı olarak eşleştirilmektedir. Aynı amaç

doğrultusunda, problemleri davranışı ortaya çıkaran uyarıcıyla eş zamanda değil de uyarıcının hemen ardından verilen ceza ile edimsel koşullanma ilkelerinden de faydalanılmaktadır (Beck, 2021).

Maruz bırakma ve tepki önleme tekniği ise, danışanların yoğun korku duydukları ve kaçındıkları uyarıcılara veya durumlara, belirli bir çerçevede oluşturulan terapötik bir düzen içerisinde maruz bırakıldığı ve ardından ortaya çıkan tepkilerin önlenerek danışanların oluşturduğu kısırdöngüyü kırmaya yarayan davranışçı bir tekniktir. Bu teknik, danışanların kaçınma gösterecek düzeyde rahatsızlık duydukları uyarıcılara maruz kaldıkları ilk zamanlarda rahatsızlık düzeylerinin yükseleceğini kabul etmekte, ancak bir süre maruz kalınmasının ardından ortaya çıkan ve öğrenme kuramlarının "alışma" ismi verdiği fenomen ile birlikte rahatsızlık hissini azalacağı görüşüne dayanmaktadır (Türkçapar, 2018). Maruz bırakma tekniğinin işe yarabilmesi, sönme ve alışmanın gerçekleşebilmesi için, danışanların maruz kaldıkları uyarıcıdan kaçınmamaları ve anksiyetelerini azaltıcı güvenlik davranışları geliştirmemeleri önem taşımaktadır. Bu kaçınma ve güvenlik davranışlarının engellenerek uyarıcıya doğrudan maruz kalınmasına tepki önleme ismi verilmekle birlikte, danışanların maruz kalacakları uyarıcıların belirli bir hiyerarşik listesinin de oluşturulması gerekmektedir. Maruz bırakma, en hafif anksiyete uyandıran maddeden yukarı doğru adım adım gerçekleştirilmektedir (Beck, 2021). Maruz bırakmanın adım adım gerçekleştirilmediği bir teknik olan taşıma tekniğinde ise, danışanlar oluşturulan anksiyete hiyerarşisinin en üstündeki en şiddetli uyarana maruz bırakılmakta ve tekniğin işe yarayabilmesi için tepki önleme ile birlikte danışanların korkularının tamamen sönmesini beklemek gerekmektedir. Dolayısıyla bu teknik uzun süreler alabilmektedir (Kramer vd., 2014).

Danışanların psikolojik rahatsızlıklarını da etkisiyle, tamamlanması gereken günlük görevlerde erteleme ve kaçınma davranışları geliştirdiği durumlarda kullanılabilecek tekniklerden biri olan aşamalı etkinlik planlaması, danışanların yapmak durumunda oldukları işlerin bir listesini çıkardıkları ve bu listeden bir iş seçerek, işin tamamlanabilmesi için neler yapılması ve hangi adımların atılması gerektiğini saptadıkları ve bu adımların atılması sırasında oluşabilecek olası zorlukları değerlendirilerek çözüm yolları aradıkları bir tekniktir. Danışanların tepki dağılımını geliştiren beceri eğitimleri ve sorun çözme teknikleri de BDT'de sıkça

kullanılmakla birlikte, öğrenilmiş yeni bilgilerin uygulama alanlarına yönelik prova edilmesini sağlayan davranışsal tekrarlar, model alma öğrenme olgusunun temellendirdiği rol yapma etkinlikleri, olumsuz duyguların şiddetini ve olumsuz düşüncelerin sıklığını azaltmak için kullanılan sosyal temas, fiziksel aktivite, çalışma, oynama ve görsel imgeleme gibi dikkati uzaklaştırma teknikleri ve seanslar arasındaki bilişsel ve davranışsal değişikliklerin somut durumlar karşısında uygulanmasına yönelik oluşturulan ev ödevleri de davranışçı teknikler arasında değerlendirilmektedir (Corsini ve Wedding, 2012).

2.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN UYGULANMASI

Bilişsel modele göre TSSB; maruz kalınan travmatik deneyimin etkisiyle bilginin seçici işlenmesi sonrası bilişsel yapıda oluşan, bireylerin kendilerine, geleceğe, başkalarına ve dünyaya yönelik bilişsel önyargılarının ve fonksiyonel olmayan inançlarının neden olduğu bir psikolojik rahatsızlıktır. Dolayısıyla bilişsel terapiler TSSB için, deneyimlenen travmatik olayın ardından gelişen bu bilişsel önyargıların ve fonksiyonel olmayan inançların ortadan kaldırılmasını temel almaktadır (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). Bilişsel terapilerin bilişsel model ekseninde TSSB için daha kapsayıcı hedefleri bulunmakla birlikte, bu hedefler: travmatik deneyimin yol açtığı ruminasyon ve düşüncelerin bastırılması gibi uyumlu olmayan bilişsel stratejilerin ortadan kaldırılması, artan kaygıyı kontrol edebilmek için oluşturulan kaçınma ve güvenlik davranışlarının azaltılması, bilişsel üçlüde yer alan tehlike ve tehdit algısının düzeyinin azaltılarak bilişsel üçlüye yönelik daha olumlu alternatif bakış açılarının benimsenmesinin sağlanması, travmatik olaya yönelik olarak zihinde oluşan görüntülerin, düşüncelerin ve hatıraların istenmeden zihne doluşmasının kabullenilmesi ve daha uzlaşmacı yaklaşılmasının sağlanması, TSSB'nin belirti ve bulgularının azaltılmasının yanında eşlik eden anksiyete ve depresyonun da azaltılması ve hem sosyal hem de mesleki açıdan azalan işlevsellik düzeyinin arttırılması olarak özetlenebilir (Clark ve Beck, 2011).

Bilişsel yeniden yapılandırma, yönlendirilmiş keşif ve fonksiyonel olmayan inançların kontrollü deneylerle araştırmalara dahil edilmesiyle birlikte, TSSB'nin bilişsel terapiler açısından uygulamaya hazır ve etkililiği kanıtlanmış protokolleri

oluşmaya başlamıştır. Alanyazında ‘‘Bilişsel Terapi’’ ve ‘‘Bilişsel İşlem Terapisi’’ olmak üzere TSSB’ye yönelik olarak geliştirilen başlıca iki tür bilişsel terapi protokolünden bahsedilmektedir (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). Ehler ve arkadaşlarının geliştirdiği bilişsel terapi protokolünde, öncelikle deneyimlenen travmatik olay ile ilişkili oluşmuş bilişsel önyargılar ve fonksiyonel olmayan inançlar ve imgesel maruz bırakma tekniği aracılığıyla travmatik olay ile ilişkili en çok anksiyete yaratan noktalar saptanmaktadır. Saptanan duygusal yoğunluğu yüksek otomatik düşüncelerin olumsuz ve fonksiyonel olmayan yönüne dönük olarak, yönlendirilmiş keşif tekniği kullanılmakta ve alternatif düşüncelerin geliştirilmesi sağlanmaktadır. Geliştirilen alternatif düşünceler, imajinasyon tekniği ile yeniden senaryolaştırılan travmatik olayların içeriğine eklenmektedir. İmajinasyon tekniğinin yeterli olmadığı durumlarda, uzatılmış maruz bırakma tekniklerinde olduğu gibi öğrenme kuramının alışma ve sönme olgularını hedefleyerek yapılan davranışçı teknikler kadar aktif olmamakla birlikte, travmanın yařandđı olay yerinin ziyareti gibi canlı maruziyetler protokol doğrultusunda söz konusu olabilmektedir (Ehlers vd., 2005).

Resick ve arkadaşlarının geliştirdiği bilişsel işlem terapisi protokolünde ise, danışana tedavinin rasyoneli açıklandıktan ve terapi sürecine yönelik olarak bir planlama yapıldıktan sonra, öncelikle travmatik olayın kişisel anlamı üzerinde durulmakta ve danışana deneyimlediği bu travmatik olayın kendisi için ne anlam ifade ettiğini diğer seansta üzerinde konuşulmak üzere yazarak getirmesi istenmektedir. Daha sonraki seanslarda, travmatik deneyimin tüm detaylarını içerecek şekilde yazılması ödev olarak verilmekte ve bu ödevin danışan tarafından kendi kendine okunması beklenmektedir. Detaylı şekilde yazılan travmatik deneyimin terapistte okunmasının ardından, yönlendirilmiş keşif ile danışanların kendilerine yönelik olumsuz ve suçlayıcı bilişsel önyargıları ve fonksiyonel olmayan düşünceleri ele alınmaktadır. İlerleyen seanslarda, danışanların deneyimledikleri travmatik olaya yükledikleri anlamın değiştirilmesi üzerinde durulmaktadır. Sorunu ortaya çıkartan ve sürdüren bilişsel örüntüleri saptamayı öğrenen danışanlar için alternatif düşüncelerin oluşturulması süreci başlatılmaktadır. 12 seanslık bir yapısı olan bu protokolün sonucunda, terapi kazanımları değerlendirilip özetlenerek terapi sonlandırılmaktadır. Bu protokolda de, uzatılmış maruz bırakma gibi öğrenme

kuramının alışma ve sönme olgularını hedefleyerek uygulanan davranışçı teknikler kadar aktif olmamakla birlikte, deneyimledikleri travmatik olayın tüm detaylarını yazmak ve tekrarlayıcı şekilde okumak, kısıtlı da olsa imgesel maruziyetlerin protokol doğrultusunda söz konusu olabileceğini göstermektedir (Resick vd., 2002).

TSSB'nin tedavisi için uygun görülen bilişsel terapi protokollerinin etkililiğini değerlendiren kontrollü çalışmalarda, bahsi geçen her iki tedavi protokolünün de etkili olduğu değerlendirilmektedir. Resick ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu bilişsel işlem terapisinin TSSB'nin tedavisinde kullanıldığı bir çalışmada, uygulanan protokolün TSSB'nin belirti ve bulgularının azaltılmasında etkili olduğu ve elde edilen kazanımların üç ve altı aylık izlemlerde korunduğu bulgulanmıştır (Resick ve Schnicke, 1992). Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde cinsel saldırı ile ilişkili olarak gelişen TSSB'nin tedavisi hakkında yapılan bir çalışmada ise, bireysel destek müdahalesi ile bilişsel işlem protokolünün etkililiği karşılaştırılmış ve bilişsel işlem protokolünün bireysel destek müdahalesinden TSSB belirti ve bulgularını azaltmakta ve işlevselliği arttırmakta önemli ölçüde daha etkili olduğu bulgulanmıştır. Tedavinin altıncı ayında yapılan izlemde, bilişsel işlem terapisinin protokolü uygulanmış gruptaki katılımcıların %9'unun, bireysel destek müdahalesinde bulunmuş gruptaki katılımcıların ise %42'sinin TSSB, anksiyete ve depresyon belirtilerini karşıladığı saptanmıştır (Bass vd., 2013). Cinsel saldırıya maruz kalmış bireylerle yapılan başka bir çalışmada, bilişsel işlem terapisi ile uzatılmış maruz bırakma hem TSSB hem de MD açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, bilişsel işlem terapisinin yalnızca TSSB ve TSSB ile komorbid MD için aynı ölçüde etkililiği olduğu bulgulanmakla birlikte, özellikle belirli suçluluk bilişlerinin azaltılmasında uzatılmış maruz bırakmadan daha etkili olduğu bulgulanmıştır (Nishith, Nixon ve Resick, 2005).

Ehlers ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu bilişsel terapi protokolünün kullanıldığı bir çalışmada, uygulanan protokol sonucunda yalnızca TSSB için değil, depresyon ve anksiyete açısından da bilişsel terapinin etkili olduğu ve TSSB'nin sağaltımının bilişsel modelin öngördüğü üzere travma sonrası fonksiyonel olmayan bilişler ile ilişkili olduğu değerlendirilmiştir. (Ehlers vd., 2005). Yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde, bilişsel terapi protokolünün hem TSSB hem de depresyonun belirti ve bulgularını azaltmakta etkili olduğu bulgulanmıştır (Ehlers

vd., 2003).

TSSB'nin BDT ile tedavisinde, bilişsel model üzerinden temellenen tekniklerin yanısıra travmatik deneyim ile yeniden yüzleşmenin söz konusu olduğu maruziyete dayalı davranışçı tekniklerin ön plana çıktığı protokoller de kullanılmaktadır. Temellerini öğrenme kuramından alan maruz bırakma tedavilerine göre TSSB, travmatik olayın deneyimlenmesi sırasında ortaya çıkan korku ile çevrede bulunan uyaranlar arasında gerçekleşen bir klasik koşullanma olarak değerlendirilmektedir. Bu tanımlamaya göre; travmatik olay esnasında yaşanan korku, travmatik deneyimin ardından azalmış olsa bile, travmatik olay esnasında çevrede bulunan uyaranlarla veya onları çağrıştıran uyaranlarla karşılaşılması sonucu yeniden yükselmektedir. Sonuç olarak TSSB'nin BDT'nin davranışçı kısmı ile tedavisinde, klasik koşullama yoluyla elde edilen korku koşullamasının alışma ve sönme olguları açısından değerlendirilmesi ve başlangıçta nötr olan uyaranlara yönelik olarak öğrenilmiş korkunun, bu uyaranlara imgesel veya canlı olmak üzere sistematik olarak maruz kalınması ile kademeli olarak azaltılması amaçlanmaktadır (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013).

BDT alanyazında, TSSB'nin tedavisinde maruz bırakma ve yüzleştirme tekniklerinin uygulanması için çeşitli protokoller bulunmakla birlikte; görgül çalışmaların desteklediği başlıca tedavi protokolü Foa ve arkadaşlarının TSSB ve TSSB ile ilgili sorunların iyileştirilmesi için geliştirdiği uzatılmış maruz bırakma tedavisi protokolüdür (van Minnen, Harned, Zoellner ve Mills, 2012). Uzatılmış maruz bırakma tedavisinin protokolü: travmatik deneyime yönelik anıların imajinasyon tekniği ile tekrar tekrar hayal edilmesini içeren imgesel maruz kalma, kaçınma davranışlarının yöneldiği durumlara veya uyaranlara canlı olarak tekrar tekrar maruz kalmayı içeren in vivo maruz kalma, travmatik olayların ve TSSB'nin yaygın tepkileri ile uzatılmış maruz bırakma tedavisine yönelik psikoeğitim ve genel fizyolojik uyarılmayı azaltarak yavaş, ritmik ve rahat nefes almaya odaklanılan bir teknik içeren yeniden nefes eğitimi olmak üzere dört ana bileşeni içermektedir (Peterson, Foa ve Riggs, 2019). Uzatılmış maruz bırakma tedavisinin başlangıcında, danışana tedavinin rasyoneli açıklandıktan ve terapi sürecine yönelik olarak bir planlama yapıldıktan sonra, öncelikle anksiyete belirtilerini azaltmada ve günlük stres unsurlarına yönelik kontrol duygusunu geliştirmede yardımcı olması için nefes

eğitimi verilmektedir. İlerleyen seanslarda, imgesel maruz bırakma tekniği kullanılarak danışanın travmatik deneyimi gözünde canlandırması istenmekte ve şimdiki zaman kipini kullanarak yüksek sesle deneyimini paylaşması istenmektedir. Danışanın travmatik deneyimi imgesel olarak yeniden yaşaması sağlanırken ses kaydı alınmakta ve danışandan bu ses kayıtlarını her gün dinlemesi istenmektedir. İlerleyen seanslarda bu protokol doğrultusunda, kaygı hiyerarşisi de kullanılarak canlı maruz bırakma uygulanmaktadır (Foa, 2011).

Uzatılmış maruz bırakma tekniği, TSSB'nin tedavisi açısından en ön plana çıkan davranışçı tekniklerden olmakla birlikte, geniş yelpazeye yayılan çeşitli travma tipleri açısından, TSSB belirti ve bulgularını azaltmada oldukça etkili bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. TSSB'nin psikoterapi ekseninde tedavisi açısından, uzatılmış maruz bırakma tekniğinin etkililiği pek çok tedavi yöntemi ile kıyaslanmıştır. Savaş ve terör kaynaklı gelişen TSSB'nin tedavisinin araştırıldığı bir çalışmada, uzatılmış maruz bırakma ile travmatik olaya doğrudan odaklanmayan ve gündelik stres unsurları ile ilgilenen bir tedavinin kıyaslanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre; uzatılmış maruz bırakmanın TSSB'nin belirti ve bulgularını azaltmada daha etkili olduğu bulgulanmakla birlikte, aynı zamanda depresyonun belirti ve bulgularının da hem kısa vadeli hem de uzun vadeli olarak azalmasında daha etkili olarak değerlendirilmiştir (Nacasch vd., 2010). Japonya'da yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilerek, uzatılmış maruz bırakmanın hem TSSB'nin hem de depresyonun belirti ve bulgularının azalmasında önemli ölçüde etkili olduğu vurgulanmıştır (Asukai vd., 2010). Uzatılmış maruz bırakma tekniği, şimdiye odaklı terapi gibi tedavi yöntemlerine kıyasla TSSB belirtilerinde azalmaya yol açması açısından daha etkili bir tedavi yöntemi olarak değerlendirilmektedir. Tedavi sonrasında üç ve altı aylık izlem sonuçlarına göre, uzatılmış maruz bırakma uygulanmış danışanların %29'unun TSSB kriterlerini karşılamadığı ifade edilmektedir (Schnurr ve Lunney, 2012).

TSSB'ye sahip gazilerle yapılan bir çalışmada, haftada iki defa olmak üzere toplam 18 seans maruz bırakma terapisinin TSSB'nin travmatik olayı zihnen yeniden deneyimleme ve aşırı uyarılma gibi pozitif belirti ve bulgularını azalttığı, ancak negatif belirti ve bulgularını azaltmadığı değerlendirilmiştir. Bununla birlikte altı aylık izlem sonucunda iyileşmenin korunduğu gözlenmiştir. Çalışmanın bir başka

tarafı ise, aile temelli beceri geliştirme müdahalelerinin TSSB üzerindeki etkisini değerlendirmekte ve davranışsal aile terapisinin, TSSB belirti ve bulguları üzerinde etkisinin olmadığını göstermektedir (Glynn vd., 1999). Kabusları engellemeye yönelik bir BDT tekniği olarak değerlendirilen “’imgelem prova terapisi” (imagery rehearsal therapy) cinsel bir saldırıdan kurtulmuş ve TSSB geliştirmiş bireylerde beş hafta boyunca yürütülen bir çalışmada incelenmiştir. İmgelem prova terapisinin özellikle kronik hale gelmiş kabuslar açısından TSSB belirti ve bulgularının şiddetini azaltmakta etkili olduğu ve uyku kalitesinin artmasını sağladığı bulgulanmıştır (Krakow vd., 2000). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, deprem sonrası gelişen deprem ile ilgili korkular üzerinde kontrol duygusunu geliştirmek ve TSSB belirti ve bulgularını azaltmak için tasarlanmış kendi kendine maruz kalma talimatlarını içeren tek seanslık kısa bir davranışsal tedavinin iyileşme açısından önemli etkilerinin olduğu bulgulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, tedavinin ardından altı hafta sonra %49 olarak değerlendirilen iyileşme oranı, tedavinin 12. haftasında %80’e ve 24. haftasında %85’e yükselmiştir. Çalışmanın bir ve iki yıllık izlem sonuçlarında, uygulanan kısa davranışsal tedavinin %83 oranında TSSB belirti ve bulgularını iyileştirdiği bulgulanmıştır. Bu sonuçlar, deprem gibi afetlerden kurtulan bireyler için uygun maliyetli ve kısa süreli bir müdahalenin tedavici rolünü göstermektedir (Başoğlu vd., 2005).

TSSB’nin belirti ve bulgularını azaltmaya yönelik olarak uygulanan BDT tedavisinin her bir TSSB belirti ve bulgusu üzerindeki etkisinin incelenmesi ve tedavide erken dönemde iyileşen belirti ve bulguların değerlendirilmesi için yapılan bir çalışmada, TSSB’nin kaçınma belirtilerinin değişen ilk belirti olduğu varsayılmış ve kaçınma belirtilerinde yaşanan azalmanın diğer tüm belirti ve bulgular için genelleneceği düşünülmüştür. Müdahalenin yalnızca davranışsal kaçınmaya odaklandığı bu çalışmanın sonuçlarına göre, tedavinin altıncı haftasında yalnızca davranışsal kaçınma açısından anlamlı bir etki bulgulanırken, tedaviden sonraki altıncı ayda uyuşma belirtileri de dahil olmak üzere, TSSB’nin 15 belirti ve bulgusunun %60 ile %89 arasında değişiklik gösteren iyileşme oranlarına sahip olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca, kaçınma belirtileri ile 12 TSSB belirti ve bulgusunun ilişkili olduğu gözönünde bulundurularak, iyileşmedeki kritik bölümün kaçınma belirtilerindeki azalma ve kontrol duygusundaki artış olduğu değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak, kaçınma belirtilerinin azaltılması ve kontrol duygusunun geliştirilmesi açısından, rahatsız edici uyarana maruz kalmanın TSSB'nin sağaltımı için önem taşıdığı ve yeterli olduğu düşünülmektedir (Şalcıoğlu, Başoğlu ve Livanou, 2007).

BDT'nin bilişsel ve davranışçı tekniklerinin en az altı ay boyunca TSSB'ye sahip bireyler üzerindeki etkilerinin değerlendirildiği kontrollü bir çalışmada, yalnızca imgesel ve canlı olarak uygulanan uzatılmış maruz bırakma, yalnızca bilişsel yeniden yapılandırma, hem uzatılmış maruz bırakma hem de bilişsel yeniden yapılandırma ve kontrol grubu olarak uzatılmış maruz bırakma ve bilişsel yeniden yapılandırma olmadan yalnızca gevşeme çalışmaları uygulanan gruplar karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, uzatılmış maruz bırakma ve bilişsel yeniden yapılandırma, hem tek başlarına hem de bir aradayken TSSB'nin belirti ve bulgularını azaltmakta oldukça etkili olarak bulgulanmakla birlikte, altı aylık izlem sonucunda iyileşmenin etkilerinin korunduğu da bulgulanmıştır. Hem uzatılmış maruz bırakma hem de bilişsel yeniden yapılandırmanın tek başlarına terapötik etkileri olmasının yanı sıra, tedavi yöntemi olarak birleştirildiklerinde karşılıklı olarak güçlenmedikleri değerlendirilmiştir. Ayrıca tek başlarına değerlendirildiklerinde, hem uzatılmış maruz bırakma hem de bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme çalışmalarından önemli ölçüde daha üstün olarak bulgulanmıştır (Marks vd., 1998).

TSSB'nin tedavisinde kullanılan BDT'nin Travma Tedavi Protokolü ile EMDR'nin etkililiğini karşılaştıran bir çalışmada ise, BDT'nin travmaya yönelik sunduğu tedavi protokolünün EMDR'den hem klinik hem de istatistiksel açıdan daha etkili olduğu değerlendirilmiştir. Bu karşılaştırmanın yanı sıra üç aylık izlem sonuçlarına göre, BDT'nin tedavideki üstünlüğünün korunarak daha belirgin hale geldiği bulgulanmıştır (Deville ve Spence, 1999). TSSB'nin tedavisinde kullanılan yöntemlerin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, uzatılmış maruz bırakma tekniğinin hem EMDR'den hem de gevşeme eğitiminden, TSSB'nin belirti ve bulgularını azaltmada daha etkili olduğu, kaçınma belirtilerini azaltma konusunda daha hızlı olduğu ve daha büyük bir oranda iyileşme sağladığı bulgulanmıştır. Ayrıca aynı araştırmanın sonuçlarında, EMDR ve gevşeme eğitimi arasında TSSB'nin tedavisi açısından belirgin bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir (Taylor vd., 2003).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE GÖZ HAREKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEME

3.1. GÖZ HAREKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEME (EMDR)

Danışanların psikolojik rahatsızlıklarının sağaltımına yönelik olarak kullanılan EMDR, olumsuz yaşantıların oluşturduğu zihindeki bilginin, terapistin sistematik parmak hareketleri doğrultusunda danışanların göz hareketleri ile takip etmeleri sonucu yeniden işlenmesine dayanan ve görgül çalışmalarla desteklenen bütüncül bir psikoterapi yaklaşımıdır (Denizli, 2008).

3.1.1. Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Tarihçesi

EMDR, 1987 yılında kurucusu olan Francine Shapiro tarafından tesadüfen farkına varılan bir gözlem sonucu ortaya çıkmıştır. Shapiro yaptığı yürüyüş sırasında, bazı rahatsız edici düşüncelerinin bilinçli bir çaba sarf etmeksizin kendiliğinden zihninden kaybolduğunu ve hatırlamaya çalıştığında ise aynı rahatsız edici düşüncelerin eskisi kadar rahatsız edici duygusal yükleri olmadığını fark etmiştir. Ayrıca rahatsız edici düşüncelere odaklanmaya çalıştığında, gözlerinin belirli bir hızda yatay şekilde ileri ve geri hareket ettiklerini tespit etmiştir. Daha sonra bu etkiyi bilinçli bir çaba göstererek deneyimleyen Shapiro, olumsuz içerikli düşüncelere ve anılara odaklanarak gözlerini hareket ettirdiğinde de aynı sonuçlara ulaşmış ve önce olumsuz içerikli düşüncelerin zihninden kaybolduğunu, daha sonra zihnine geri geldiklerinde ise olumsuz etkilerinin olmadığını ifade etmiştir (Sinici, Erden ve Yurttaş, 2009).

Bu keşfinin etkisini başkaları üzerinde de test etmek isteyen Shapiro, insanların gözlerini belirli bir süre ve sistematik bir şekilde hareket ettirebilecek kas kontrolüne sahip olmadıklarını ve rahatsız edici bilişlere fazla takıldıklarını fark etmiştir. Bu sorunları ortadan kaldırabilmek için, insanlardan hareket eden parmaklarının klavuzluğunda, bu hareketi gözleriyle takip etmelerini istemiş ve bu

işlem sırasında parmaklarının hızını ve yönlerini değişimleyerek, en etkili sonucu verecek stratejiyi geliştirmeye yönelmiştir. Takip eden altı aylık süre içerisinde 70 kişiyle yaptığı çalışmalar sonucunda; keşfettiği bu yöntemin anksiyeteyi azaltmak için en etkili olan prosedürünü standartlaştırarak, bu prosedürü duyarsızlaştırmaya yönelik bir tedavi tekniği olarak davranışçı model çerçevesinde ele almış ve Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma (EMD) ismini vermiştir (Shapiro, 2018). Shapiro standartlaştırılan bu yeni yöntemin psikopatolojiler üzerinde etkililiğini ölçmek için; savaş ve cinsel saldırı gibi travmatik olaylara maruz kalmış 22 katılımcıdan oluşan kontrollü bir çalışma yapmıştır. Çalışmanın sonucunda; EMD uygulanan deney grubundaki katılımcıların anksiyete düzeylerinin ve uyku sorunlarının belirgin ölçüde azaldığı, travmatik deneyime yönelik gelişen olumsuz bilişlerinin içeriğinin yeniden değerlendirilerek olumlu yönde değiştiiği ve elde edilen bu kazanımların bir ve üç aylık izlemlerde korunduğu bulgulanmıştır (Shapiro, 1989).

Keşfedilen bu yöntem, ilk yıllarında bilimsel topluluklardan çok farklı eleştiriler almıştır. Yapılan eleştiriler; yöntemin etkilerini açıklayabilen görgül bir modelin tanımlanması, tedavi için uygulamaya dönük prosedür ve protokollerin oluşturulması ve bunların görgül çalışmalarla desteklenmesi sonucunda azalmaya başlamıştır (Perkins ve Rouanzoin, 2002). Uygulanan yöntemin çalışma prensiplerinin incelenmesiyle birlikte; EMD'nin duyarsızlaştırmaya yönelik bir davranışçı modele değil, bilgi işleme mekanizmasıyla ilgili bir modele dayandığı tespit edilerek EMD ismi EMDR olarak değiştirilmiştir (Shapiro, 2018). Yöntemin değişen ismiyle birlikte, anksiyeteye yönelik davranışçı bir teknik olmaktan çıkan EMDR'in daha bütüncül bir bilgi işleme paradigmasına sahip olması ve görgül çalışmalarla desteklenmiş prosedür ve protokollerin oluşturulması, hem uygulama sahasını genişletmiş hem de bütüncül bir psikoterapi olma yolunda destekleyici olmuştur. Tek bir travmatik olay kaynaklı TSSB'ye sahip bireylerle yapılan çalışmalarda, 90 dakikalık üç EMDR seansının TSSB'nin belirti ve bulgularını %84 ile %100 oranları arasında azalttığı bulgulanarak, EMDR'nin çalışma sahasının genişletilmesi görgül çalışmalarla sürdürülmüştür (Shapiro, 1999). İlerleyen süreçlerde, EMDR'ye yönelik eleştirilerin azalması ve ilginin giderek artması sonucunda, diğer psikoterapi yaklaşımlarından da yararlanılarak bu yaklaşım zenginleştirilmeye devam edilmiştir (Perkins ve Rouanzoin, 2002).

Ayrıca, EMDR'ye ismini veren göz hareketlerinin, EMDR'nin bilgi işleme modeli ve çalışma mekanizması içerisinde yer alan bir çok bileşenden yalnızca biri olduğu ve bu adlandırmadan kaynaklanan bir yanlış anlaşılma sonucu kimi kaynaklarda EMDR'nin yalnızca bir teknik olarak ele alındığı ifade edilmiştir. EMDR, bütüncül bir bilgi işleme modeline dayanan ve oldukça entegre bir tedavi yöntemi sunan bir prosedüre ve protokole sahip bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (Shapiro, 1999).

3.1.2. Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Modeli

Adaptif Bilgi İşleme (ABİ) modeli; klinik sonuçlarda alınan istikrarlı tepki örüntülerini açıklamaya ve tedavide etkili çalışma mekanizmalarını anlamaya yönelik olarak, EMDR'nin hem pratik hem de kuramsal altyapısını oluşturan Shapiro tarafından geliştirilen bir bilgi işleme paradigmasıdır. ABİ'ye göre, beynin kendisine ulaşan duygu, düşünce, imge, ses ve koku gibi bilgileri, ilgili bellek ağlarına bağlayarak fonksiyonel hale getiren ve böylece insan gelişimini öğrenme yoluyla destekleyen fizyolojik temelli bir sistem bulunmaktadır. Bu sistem doğası gereği normal olarak çalıştığında psikolojik sağlığı da korumaktadır (Fidan ve Özkan, 2018). ABİ modeli, rahatsız edici girdileri adaptif çözümlere kavuşturmaya ve psikolojik açıdan sağlıklı bir bütünleşmeye dönüştürmeye programlı doğuştan getirilen bir sistemin varlığını öne sürmektedir. Bu bağlamda psikolojik rahatsızlıklar, rahatsız edici olayların gerçekleştiği sırada yeterince işlenmemiş bilginin, bozulan bilgi işleme sistemi aracılığıyla fonksiyonel olmayan bir şekilde sinir sisteminde depolanması olarak ele alınmaktadır. Geniş yelpazede bakıldığında neredeyse her psikolojik rahatsızlığın açıklanmasında kullanılabilecek bu model, TSSB açısından travmatik deneyim ile ilişkili elde edilen bilgilerin, travmatik anıların, fonksiyonel olmayan olumsuz duygu ve inançların geçmişte özel bir biçimde sinir sistemine depolanması ve yeterince işlenmemiş bu bilgilerin adaptif olmayan şekilde geleceğe aktarılması olarak ele alınmaktadır (Shapiro, 2018). EMDR'nin etkililiğine dair artan klinik kanıtlarla birlikte, bilişler üzerindeki hızlı etkisini açıklayabilmek için oluşturulmuş ABİ'ye göre, EMDR'nin çalışma mekanizmasında yer alan göz hareketleri ile oluşturulan çift yönlü dikkat uyarımı, psikolojik rahatsızlıklarda kullanıldığında bilgi işlemeyi hızlandırmakta ve rahatsız

edici deneyimlerin adaptif olarak çözümlenmesiyle sonuçlanmaktadır (Shapiro ve Maxfield, 2002).

Shapiro EMDR'ın çalışma mekanizmasını açıklamak adına, yönlendirilmiş göz hareketlerinin REM uyku evresinde ortaya çıkan hızlı göz hareketlerini taklit ettiğini öne sürmüştür. EMDR ve REM uyku evresi arasındaki ilişkiye dikkat çeken Shapiro'nun önerisinden sonra, EMDR'nin kullandığı bu taklitin klinik anlamda iyileşmeye yol açan işleyişi hakkında daha net açıklamalar ortaya konmuştur. EMDR'ın bilgi işleme sisteminin aktifleştirilmesini sağlamak için kullandığı yönlendirilmiş göz hareketlerinin yanı sıra çift yönlü el vuruşları ve çift yönlü sesler gibi uyarımları da içeren tedavi sürecinde, dikkatin tekrarlayıcı bir şekilde yönlendirilmesinin nörobiyolojik mekanizmaları uyararak REM uyku evresine benzer bir duruma neden olduğu öne sürülmektedir. Bununla birlikte çift yönlü uyarımın, rahatsız edici deneyimlerle ilişkilendirilmiş epizodik anıların hipokampus aracılığıyla harekete geçmesini sağlayarak semantik belleğe uyum sağlamasını hızlandırdığı ve sonuç olarak bu rahatsız edici anıların amigdala aracılığıyla olumsuz duygusal yüklerinin azalmasına yol açtığı düşünülmektedir (Stickgold, 2002).

Özetle, EMDR'de çift yönlü dikkat uyarımı ile dikkatin tekrarlayıcı bir şekilde yönlendirilmesinin, REM uyku evresindeki nörobiyolojik sistemi harekete geçirerek bölgesel beyin aktivasyonunda ve nöromodülasyonda REM uyku evresindeki benzer değişimler ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Ayrıca bir filtreleme görevi görerek rahatsız edici deneyimlerden gelen bilgilerin adaptif ve fonksiyonel şekilde bellek ağlarına bağlanmasını sağladığı, böylece rahatsız edici deneyimin sebep olduğu uyumsuz bilginin sinir sistemine adaptif olarak işlendiği ve eşlik eden olumsuz duyguların şiddetinin azaldığı öne sürülmektedir. Öne sürülen bu yaklaşımı destekleyen bir araştırmada, EMDR'nin beyincik üzerinden de işleyen bir etki mekanizmasının olabileceği değerlendirilmektedir (Bergmann, 2000).

Başka bir çalışmada çift yönlü dikkat uyarımı ile çalışma belleği arasındaki ilişki incelenmiştir. Çift yönlü dikkat uyarımının, çalışma belleğinin görsel ve uzamsal duyu bilgilerinin depolanması gibi işlevlerini bozarak, rahatsız edici deneyim ile ilişkili düşünce ve imgelerin canlılığının azaltılmasını sağladığı ve azalan canlılıkla birlikte, zihindeki bilişlerin duygusal yoğunluğunun da azaldığı ifade edilmektedir (Andrade, Kavanagh ve Baddeley, 1997).

EMDR'nin çalışma mekanizmalarını anlamaya yönelik oluşturulan bilişsel bilgi işleme modellerinin yanı sıra, temellerini davranışçı kuramdan ve evrim teorisinden alan modellerle de EMDR'nin kuramsal altyapısına yönelik çeşitli açıklamalar yapılmaktadır (Denny, 1995; MacCulloch ve Feldman, 1996). Alanyazında hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalarda, korku hafızasının oluşmasında limbik sistemin çeşitli alanlarındaki sinapsların güçlenmesinin etkisi vurgulanmaktadır. Dışarıdan düşük frekanslı bir uyarım verildiğinde, bu güçlenen sinapsların etkilerinin zayıfladıkları, aynı zamanda belleğin geri çağırılması sırasında güçlenmiş bağlantıların kararsız hale gelerek savunmasız bir konuma geldikleri, böylece korku içerikli anıların silinmesinin veya değiştirilmesinin söz konusu olabileceği değerlendirilmektedir. Düşük frekanslı uyarıma benzer olarak EMDR'nin de korkutucu anıların bellek izlerinin giderilebilmesi ve değiştirilebilmesi için biyolojik bir temele sahip olduğu belirtilmektedir (Rasolkhani-Kalhorn ve Harper, 2006).

3.1.3. Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Temel Bileşenleri

EMDR'nin temel bileşenleri: imge, bedensel duyum, negatif biliş, pozitif biliş, duygu, duygusal ve bilişsel değerlendirme ölçekleri, öznel rahatsızlık ölçeği ve bilişin geçerliliği ölçeği olarak ele alınmaktadır (Bal, 2020).

EMDR uygulaması sırasında terapist, danışandan rahatsız edici olayı düşünmesini ve en çok rahatsızlık veren noktaya odaklanmasını istemektedir. Bu odaklanılan nokta, rahatsız edici olaya yönelik belirgin bir görüntü olabilmekle birlikte, belirsiz ve bulanık imgeler de olabilmektedir. Oluşturulan bu noktaya rahatsız edici olayın imgesi ismi verilmekte ve bu odaklanma sonucunda bilinç ile rahatsız edici olayın depolandığı yer arasında bir bağ kurulmaktadır. Daha sonra, bu imgenin altında yatan olumsuz inançlar ve uyumsuz öz değerlendirmeler ortaya çıkartılmakta ve bunlara negatif biliş ismi verilmektedir. Negatif biliş, danışanların şimdiki zamanda kendilerine yönelik olarak yaptıkları olumsuz değerlendirmeleri içeren bilişsel yorumlar olarak tanımlanmakta ve bu tanımın içerisinde betimlemeler bulunmamaktadır. Negatif bilişin belirlenmesi, bu bilişsel yorumların fonksiyonelliğinin değerlendirilmesi için bir fırsat oluşturmakta ve yeniden işlenmesi

gereken bilgilerin uyarılmasını sağlamaktadır (Shapiro, 2018).

Negatif biliş EMDR'nin terapi hedefleri ile ilişkili olarak tanımlandıktan sonra, olumlu inançlar ve uyumlu öz değerlendirmeler belirlenmekte ve bu bilişsel yorumlar pozitif biliş olarak adlandırılmaktadır. Belirlenen pozitif biliş, 7 puanlı bilişin geçerliliği ölçeğinde gerçekçilik ve inandırıcılık açısından değerlendirilmektedir. Gerçekçi olmayan pozitif bilişler tedaviye eklenmemekle birlikte; uygun pozitif bilişlerin hem tedavi için yön verici olduğu hem de danışanların kendi kapasitelerini yeniden tanımlama şansı elde etmelerini sağladığı ifade edilmektedir. Pozitif bilişin belirlenmesinden sonra, danışandan imgeyi ve negatif bilişi aklında tutması ve bu sırada hissettiği duyguyu adlandırması istenmektedir. Adlandırılan duygunun ise öznel rahatsızlık ölçeğinde derecelendirilmesi beklenmektedir. Duyguların yanı sıra bedensel duyuların da tedavi için önemli ve kullanışlı bileşenler olduğunu belirten EMDR yaklaşımı, boyun kasılması, kaslarda gerginlik, terleme ve kalp hızı artışı gibi fiziksel duyuların duygusal gerilimle bağlantılı olduğunu vurgulamaktadır (Shapiro, 2018).

3.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE GÖZ HAREKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEMENİN UYGULANMASI

Basit bir teknik olarak keşfedilen göz hareketleri, zaman içerisinde önce bir başlangıç prosedürü ve terapi tekniği olarak ele alınan EMD'ye, daha sonra artan klinik araştırmalar ve bilgi işleme modelinin oluşturulması sonucu, psikolojik rahatsızlıkların sağaltımı için kullanılan bir tedavi protokolü olarak ele alınan EMDR'ye dönüşmüştür. Bu bağlamda, EMDR'nin farklı psikoterapi yaklaşımlarından oluşturduğu sentez ile bütüncül bir yaklaşım sunan kuramsal altyapısının varlığı, EMDR'nin bir psikoterapi yaklaşımı olarak ele alınmasını sağlamaktadır. EMDR'nin adaptif bilgi işleme modeline göre TSSB ise; travmatik deneyim ile ilişkili bilgilerin adaptif olmayan şekilde bellekte depolanması sonucu ortaya çıkan bir psikolojik rahatsızlık olarak ele alınmaktadır. Dolayısıyla TSSB'nin tedavisinde uygulanan EMDR yaklaşımı, adaptif olarak işlenmemiş travmatik deneyimin bilgilerinin, bellek ağlarıyla bütünleşmesini ve yeniden işlenmesini sağlamayı temel almaktadır (Yaşar, 2021). Ek olarak, travmatik deneyimlerin adaptif

olmayan şekillerde bellek ağlarına katılması ve depolanması “düğüm” olarak adlandırılmaktadır. EMDR yaklaşımında hedeflenen, bellek ağlarında adaptif olmayan şekilde depolanmış bilginin yeniden işlenmesi ile bu düğümün terapötik olarak çözülmesidir (İzci ve Ünveren, 2017).

EMDR tedavisinin uygulanması, danışanların başa çıkma becerilerini geliştirmeye ve rahatsız edici deneyimlerin etkisini azaltmaya odaklanmaktadır. TSSB'nin ortaya çıkmasına neden olan travmatik deneyimler ile ilişkili bellek ağlarının yeniden işlenerek TSSB'nin sağaltımının sağlanması için yapılan EMDR uygulaması, danışanların öyküsünün alındığı ve tedavi için yol haritasının oluşturulduğu ilk evreden, uygulama sırasında hissedilen rahatsızlığın ortadan kalktığı ve tedavinin etkisinin değerlendirildiği son evreye kadarki süreci kapsayan toplam sekiz temel evreden oluşan bir protokole dayanmaktadır (Kavakçı, Doğan ve Kuğu, 2010).

İlk evre, danışanın EMDR tedavisi için uygun olup olmadığının ve EMDR uygulaması sırasında ortaya çıkabilecek yoğun rahatsızlık hisleri ile başa çıkma becerilerine sahip olup olmadığının değerlendirildiği öykü alma evresidir. Bu evrede aynı zamanda TSSB'nin belirti ve bulguları, danışanın fonksiyonel olmayan davranışları ve ele alınması gereken tüm özellikleri değerlendirilerek bir klinik tablo oluşturulmaktadır. Oluşturulan bu klinik tablo ile birlikte tedavi için uygun terapi hedefleri belirlenerek, danışan özelinde bir tedavi planı geliştirilmektedir. İkinci evre ise, terapötik ilişkinin kurulduğu, EMDR tedavisinin psikoedükatörünün verildiği ve süreç ile ilgili soru işaretlerinin giderildiği hazırlık evresidir. Bu evrede aynı zamanda, danışanların kendi kendilerini rahatlatabilmelerini ve uygulama sırasında ortaya çıkabilecek rahatsızlıkla başa çıkabilmelerini sağlamak için yönlendirilmiş rahatlatma egzersizleri öğretilmektedir (Shapiro, 2018). EMDR tedavisinin ilk iki evresi genellikle ilk seansa tamamlanırken, geri kalan evrelerin seans sayıları danışanın ve psikopatolojinin özelinde değişiklik göstermektedir (Kavakçı, Doğan ve Kuğu, 2010). Üçüncü evre, hedeflenen anının işlenmesi için gerekli bileşenlere yönelik temel bir müdahalenin bulunduğu değerlendirme evresidir. Bu evrede, işlenmesi hedeflenen anı belirlendikten sonra, anıyı en iyi temsil edeceği düşünülen bir imge belirlenmektedir. Bu imge aracılığıyla, travmatik deneyime odaklanıldığında ortaya çıkan rahatsızlık hisleri, duygular, bilişler ve bunlara eşlik

eden bedensel duyular gibi bileşenler saptanmaktadır. Danışanın travmatik deneyim ile ilişkili olumsuz inanışları ve kendine yönelik uyumsuz değerlendirmeleri saptanarak, rahatsızlık verici duygunun dil ile ifadesi olarak tanımlanan negatif biliş belirlenmektedir. Sonraki evrelerde negatif bilişin yerine geçirilecek pozitif biliş de bu evrede belirlenerek, 7 puanlı bilişin geçerliliği ölçeğinde değerlendirilmektedir. Bu noktada, belirlenen imge ve negatif biliş kullanılarak travmatik deneyime özgü olumsuz duygu ve rahatsızlığın düzeyini belirlemek için 10 puanlı öznel rahatsızlık ölçeği uygulanmaktadır. Bu evrede son olarak, travmatik deneyimle ilişkili rahatsızlık hislerine eşlik eden bedensel duyuların yerleri belirlenmektedir (Shapiro, 2018). Dördüncü evre, danışanlardan oluşturulan imgeye, duyguya, bedensel duyulara ve negatif bilişe odaklanmalarının istendiği duyarsızlaştırma evresidir. Bu evrede çift yönlü dikkat uyarımı ile hedeflenen anı doğrultusunda öznel rahatsızlık ölçeği puanı sıfırlanana kadar çalışılmaktadır (Kavakçı, Doğan ve Kuğu, 2010). Duyarsızlaştırma evresinin ardından danışanların travmatik deneyimleri ile ilişkili imgeyi hatırladıklarında rahatsızlık duymadıkları aşamada başlayan beşinci evre ise, travmatik deneyim ile ilişkili negatif bilişin yerine daha önce belirlenen pozitif bilişin konulduğu yerleştirme evresidir. Bu evrede danışandan, çift yönlü dikkat uyarımı ile çalışılırken travmatik anı ve pozitif bilişin zihinde birlikte tutulması istenmektedir. Bu uygulama, pozitif bilişe olan inancın değerlendirildiği bilişin geçerliliği ölçeğinde 7 puana erişilinceye kadar devam etmektedir. Danışanlar pozitif bilişe odaklandıkça, pozitif bilişin hedeflenen travmatik deneyime ilişkin bellek ağlarına bağlanması, çağrışımsal bağı da kuvvetlendirerek pozitif bilişin diğer rahatsız edici deneyimlere de genellenmesine yol açmaktadır (Shapiro, 2018). Altıncı evre ise, pozitif bilişin yerleştirilmesinden sonraki aşama olan beden taraması evresidir. Bu evrede, danışandan travmatik deneyimi hatırlaması ve bu sırada zihinsel olarak bedenini incelemesi istenmektedir. Beden taraması esnasında rahatsız edici bedensel duyular ortaya çıkabilmekte ve bu durumda bedende bir rahatsızlık kalmayana dek çift yönlü dikkat uyarımı ile çalışılmaktadır (Şener ve Sağlam, 2020). Yedinci evre, kapanış evresidir. Bu evrede, uygulama sonucunda yeniden işlemenin sağlanıp sağlanmadığı değerlendirilerek, işlemenin tamamlanmamış olması durumunda bile, her seansın sonunda danışanı duygusal bir denge haline getirmek önem taşımaktadır. Ayrıca seans aralarında oluşabilecek rahatsız edici imge, düşünce

ve duyguların işleme sürecinin devam ettiğinin bir kanıtı ve EMDR tedavisinde olumlu gidişatın göstergesi olarak ele alındığını danışana aktarmak önemlidir. EMDR uygulamasının sekizinci ve son evresi olan yeniden değerlendirme evresi, ilk uygulamadan sonraki her seansın başlangıcında alınan, bir önceki seanstaki uygulama hakkındaki geribildirimleri içermektedir. Danışandan alınan geribildirimlerle tedavinin etkisinin değerlendirildiği bu evre, terapistin odaklanılması gereken yeni hedefleri oluşturabilmesi için önem taşımaktadır (Shapiro, 2018).

EMDR yaklaşımının TSSB'nin tedavisinde kullanımının etkililiğini araştıran ve 1991 ile 2013 yılları arasında yayınlanan 26 kontrollü çalışmanın bulguları üzerinden gerçekleştirilen bir meta analiz çalışmasında, EMDR'nin TSSB'nin belirti ve bulgularını önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır. Bununla birlikte, seans sürelerinin 60 dakikadan daha uzun olmasının anksiyete ve depresyon belirtilerinin azaltılmasında önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır (Chen vd., 2014). 1989 ile 2013 yılları arasında yayınlanan 11 kontrollü çalışmayı içeren başka bir meta analiz çalışmasında benzer sonuçlar bulgulanarak, EMDR'nin TSSB'nin belirti ve bulgularını azaltmakta etkili bir yaklaşım olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada EMDR ile travma odaklı BDT karşılaştırılmış ve EMDR'nin travmatik deneyimi zihinsel olarak yeniden yaşantılama ve uyarılmışlık belirtilerini azaltmakta daha etkili bir yaklaşım olduğu ifade edilmiştir (Chen, Zhang, Hu ve Liang, 2015). TSSB'nin tedavisinde yaygın olarak kullanılan EMDR ve travma odaklı BDT'nin etkililiğinin karşılaştırıldığı birçok araştırma yapılmıştır. 1989 ile 2005 yılları arasında alanyazında yer alan çalışmaların sistematik olarak incelendiği bir meta analiz çalışmasında, her iki tedavi yönteminin arasındaki farklar klinik anlamda önemsiz olarak değerlendirilmiştir. Dolayısıyla, EMDR ve BDT'nin travma odaklı protokollerinin TSSB'nin tedavisinde eşit derecede etkili oldukları düşünülmektedir (Seidler ve Wagner, 2006). 2013 yılında yayınlanan başka bir kaynakta ise, 4761 katılımcıyı içeren 70 çalışmanın sonuçlarında benzer bulgulara rastlanarak, TSSB'nin tedavisinde EMDR ve BDT'nin travma odaklı protokollerinin birbirlerine üstünlüğü olmadığı ifade edilmiştir. Ancak, tedaviyi tamamlamadan bırakma oranlarının travma odaklı BDT'de EMDR'ye göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper ve Lewis, 2013).

Şizofreni gibi psikotik rahatsızlıklara sahip bireyler için travmatik olaylara maruz kalmak oldukça yaygın bir deneyim olmakla birlikte, deneyimlenen travmatik olaylar hem psikotik belirti ve bulguların başlaması için hem de mevcut psikotik rahatsızlığın belirti ve bulgularının şiddetlenmesi için bir tetikleyici olarak değerlendirilmektedir. Alanyazında, TSSB ve psikotik bozuklukların komorbiditesinde etkililiği çalışılan tedaviler açısından EMDR'ın yeri oldukça sınırlıdır. Yapılan bir çalışmada, sekiz yıldır şizofreni tanısına sahip bir bireye iki seans EMDR ve antipsikotik ilaç tedavisi uygulanmış ve katılımcının genel klinik seyrinde olumlu değişiklikler gözlemlenmiştir. Sonuç olarak EMDR, TSSB ve psikotik bozuklukların komorbiditesinde etkili, güvenli ve kısa süreli bir müdahale olarak değerlendirilmiştir (Yasar vd., 2018). Ayrıca organik bir temeli olmayan ve tekrarlayıcı olarak şiddetli kusma atakları şeklinde ortaya çıkan psikojenik kusma açısından EMDR'nin etkililiği, bu rahatsızlığın altında olumsuz bir yaşam deneyimi olduğu varsayımından yola çıkarak araştırılmıştır. Yapılan olgu sunumu çerçevesinde, EMDR psikojenik kusmanın sağaltımı açısından etkili bir alternatif olarak değerlendirilmiştir (Gündoğmuş, Aydın, Sarı ve Yaşar, 2019).

EMDR yaklaşımının travmatik deneyime sahip çocuklarda gelişen TSSB'nin tedavisinde kullanıldığı sekiz farklı çalışmanın sistematik gözden geçirmesinde, EMDR yaklaşımının TSSB'nin belirti ve bulgularını azaltmakta etkili bir psikoterapi yaklaşımı olduğu değerlendirilmiştir. Ayrıca, EMDR'nin kaçınma ve uyarılmışlık belirtilerine kıyasla, travmatik deneyimi zihinsel olarak yeniden yaşantılama belirtisi üzerinde görece daha etkin olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, EMDR ve BDT karşılaştırılmış ve EMDR'nin BDT'den anlamlı düzeyde üstün bir yaklaşım olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Field ve Cottrell, 2011).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, yönlendirilmiş göz hareketleri ile çift yönlü dikkat uyarımının sağlandığı çalışmaların aksine, katılımcının dizlerine ritmik ve hafif bir şekilde vurularak bu etkinin göz hareketlerinin karıştırıcı etkisi olmaksızın farklı bileşenlerle sağlandığı bir çalışma yapılmıştır. Görme engelli olan katılımcının travmatik anıları ve rahatsız edici olumsuz duyguları için uygulanan EMDR tedavisinin sonucunda, rahatsız edici olumsuz duyguların etkilerinin azaldığı, bellekte yer alan travmatik deneyim ile ilişkili duylara yönelik imgelerin canlılığının azaldığı ve katılımcının kişisel gelişim yönünde ilerleme sağladığı

gözenmiştir (Kışlak Tutarel, 2004). Trafik kazasından sağ olarak kurtulan ve fiziksel tedaviye engel oluşturabilecek düzeyde travmatik deneyim kaynaklı psikolojik rahatsızlık yaşayan bir danışan için iki seans EMDR uygulaması sonucunda, deneyimlediği travmatik olayın olumsuz etkilerinden tamamıyla kurtulduğu, tedavi için işbirliği içerisinde bulunduğu, takip edilen üç ve altı aylık süre içerisinde psikolojik sağlığının korunduğu, iyilik halinin ise artmaya devam etmekte olduğu rapor edilmiştir (Gürel, 2004).

EMDR ve ilaçlı tedavilerin TSSB'nin sağaltımı açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, yetişkinlikte deneyimlenen travmatik olay kaynaklı gelişen TSSB'nin belirti ve bulgularını azaltmada EMDR'nin daha etkili olduğu bulgulanmıştır. Çocuklukta deneyimlenen travmatik olay kaynaklı gelişen TSSB açısından her iki tedavi yönteminin de tam olarak etkili olmadığı, ancak SSRI temelli ilaçlı tedavinin TSSB'nin belirti ve bulgularının rahatlatılması açısından birinci basamak müdahale olarak önemli rol oynayabileceği vurgulanmıştır (van der Kolk vd., 2007).

1999 yılında gerçekleşen Marmara depreminin ardından, TSSB belirti ve bulgularına sahip yaklaşık 1500 kişi EMDR ile tedavi edilmiştir. Tedavi edilen bu grupta yer alan ve TSSB tanısı almış 41 katılımcının oluşturduğu temsil grubunu değerlendiren bir çalışmada, 90 dakikalık ortalama beş seans EMDR uygulamasının TSSB belirti ve bulgularını ortadan kaldırmakta %92.7 oranında etkili olduğu bulgulanmıştır. Buna ek olarak, elde edilen bu kazanımların altı aylık takipte de korunduğu belirtilmiştir (Konuk vd., 2006).

SONUÇ

Travma Sonrası Stres Bozukluğu alanyazında, travmatik olayların deneyimlenmesiyle ilişkili olarak ortaya çıkan stres tepkilerinin kronikleşmesi durumunda gözlenen bir psikolojik rahatsızlık olarak adlandırılmaktadır. Bu stres tepkilerinin deneyimlenen olaya karşı geliştirilmesi beklenen bir durum olduğu için, bu tepkiler ‘‘anormal bir duruma verilen normal bir tepki’’ olarak ele alınmaktadır (Işıklı ve Keser, 2020). Travmatik olaylar sonucu oluşan stres tepkileri farklı psikolojik rahatsızlıklarda da görülebileceğinden dolayı, bu tepkilerin TSSB belirti ve bulguları çatısı altında toplanarak TSSB tanısı alması için güncel olarak DSM-V kullanılmaktadır. TSSB tanısı DSM-V’te, anksiyete ile ilişkili bozuklukları içeren kategoriden çıkarılarak, travmalarla ilişkili bozuklukları içeren yeni bir kategoride sınıflandırılmıştır (APA, 2013).

TSSB’nin epidemiyolojisine yönelik çalışmalarda, travmatik olaylarla karşılaşmak gündelik hayatın içerisinde oldukça yaygın bir durum olarak değerlendirilmekle birlikte, deneyimlenen travmatik olaylardan sonra TSSB tanı kriterlerini karşılayacak düzeyde stres tepkilerinin gelişmesi görece daha az yaygın bir durum olarak ele alınmaktadır. Alanyazında yer alan araştırmalar, TSSB’nin toplam nüfusta yaygınlığını genel olarak %1 ile %14 arasında değerlendirmektedir. Bu oranın değişiklik göstermesi, bireylerin stresle başa çıkabilme kapasiteleri dahil pek çok fizyolojik ve psikolojik özelliği içermekle birlikte, travmatik olayların tiplerinin de TSSB gelişimi için belirleyici olduğu düşünülmektedir. Travmatik olayların tipleri ile ilişkili olarak; şiddet içerikli olayların etkisinde kalan bireyler için TSSB’nin görülme oranının %58’e kadar çıkabileceği bildirilmiştir (Özgen ve Aydın, 1999).

TSSB tanısı almış bireyler için, yaşanan belirti ve bulgular kişiden kişiye farklılaşabilmekle birlikte, irritabilite, kaçınma, irkilme tepkileri, uyku bozuklukları ve artmış uyarılmışlık belirtilerinin TSSB’nin diğer belirtilerinden daha sık gözlemlendiği düşünülmektedir (Southwick vd., 1995). TSSB’de görülen belirti ve

bulgular kimi zaman başka bir tanı daha alabilecek düzeyde olabilmekte ve bu durumda TSSB'ye ek olarak bir tanı verilmektedir. Alanyazındaki çalışmalarda, MD, uyku bozuklukları, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı başta olmak üzere TSSB'nin diğer psikolojik rahatsızlıklarla komorbiditesinin yüksek olduğu değerlendirilmektedir (Kessler vd., 1995).

Alanyazında TSSB'ye yönelik tedaviler, ilaçlı tedaviler ve psikoterapiler olmak üzere farklı disiplinlerden ve kuramsal altyapılardan beslenen yaklaşımlar olarak yer almaktadır. TSSB'nin tedavisine yönelik çalışmalarda, ilaçlı tedavi ve psikoterapinin birlikte kullanıldığı kombine tedavilerin oldukça etkili olduğu değerlendirilmektedir (Foa, 1997). TSSB'nin psikoterapötik yaklaşımlar açısından tedavisinde ise, Travma odaklı BDT ve EMDR önemli düzeyde etkili yaklaşımlar olmakla birlikte, en çok tercih edilen psikoterapilerdir (İzci ve Ünveren, 2017). Alanyazında yer alan ulusal ve uluslararası çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde, TSSB'nin tedavisinde, EMDR yaklaşımının kullandığı göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işlemenin ve travma odaklı BDT protokolünün kullandığı bilişsel yeniden yapılandırma ve uzatılmış maruz bırakmanın oldukça etkili uygulamalar oldukları değerlendirilmektedir. Uzatılmış maruz bırakmanın ve EMDR'nin TSSB'nin tedavisindeki etkililiklerini araştıran pek çok çalışma ve meta analiz yapılmıştır. Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre, BDT'nin travma protokolünün kullandığı uzatılmış maruz bırakma ile EMDR'nin TSSB'nin tedavisinde eşit derecede etkili yaklaşımlar oldukları bulgulanmıştır. Uzatılmış maruz bırakma ve EMDR'nin karşılaştırıldığı bir araştırmada alanyazındaki çalışmalara paralel olarak, her iki yöntemin de TSSB'nin belirti ve bulgularını azaltmakta etkili yöntemler oldukları, ancak alanyazında yer alan meta analizlerin aksine uzatılmış maruz bırakmanın EMDR'den daha etkili olduğu bulgulanmıştır (Taylor vd., 2003). Dolayısıyla BDT ve EMDR'nin TSSB'nin tedavisindeki etkililiklerini karşılaştıran daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Yapılan bu çalışma ise, TSSB'ye yönelik olarak uygulanan BDT ve EMDR tedavi protokollerini ele almak ve bu yaklaşımların TSSB'nin belirti ve bulgularını azaltmaktaki etkililikleri hakkında bilgi toplamak amacıyla yapılmıştır. Çalışma, yeni bir bulgu ortaya koymamış ve alanyazında yer alan bilgilerin araştırılması ve derlenmesi ile hazırlanmıştır. TSSB, yaşaması oldukça zorlayıcı bir psikolojik

rahatsızlık olduğu için, TSSB'nin tedavisine yönelik olarak çok fazla çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar; kimi zaman birbirlerini destekleyen sonuçlara, kimi zaman ise birbirlerinden farklı sonuçlara ulaşmaktadır. Alanyazında geniş bir yelpazeye yayılan TSSB çalışmalarına göre, psikoterapi yaklaşımlarının kendi içerisinde farklı tedavi protokolleri ve uygulanış şekilleri oluşabilmektedir. Bu durum, bilgi toplamayı ve yapılan çalışmaları karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır. İlerleyen zamanlarda yapılan çalışmaların artması ve standart tedavi protokollerinin sınırlarının netleştirilmesinin bu sorunu ortadan kaldırabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akçay, B. D., Özgen F., M., Balıkçı, A., & Öznur, T.** (2013). Travma sonrası stres bozukluğunda uyku. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 441-460.
- Aker, A. T.** (2012). Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal travmaya yaklaşım. *Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi Çalışma Birimi Yayını*.
- American Psychiatric Association.** (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-I. Washington, DC. (1. edition)
- American Psychiatric Association.** (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III. Washington, DC. (3. edition)
- American Psychiatric Association.** (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III-R. Washington, DC. (3. edition revised)
- American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddeley, A.** (1997). Eye-movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British journal of clinical psychology*, 36(2), 209-223.
- Asukai, N., Saito, A., Tsuruta, N., Kishimoto, J., & Nishikawa, T.** (2010). Efficacy of exposure therapy for Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events: A randomized controlled study. *Journal of traumatic stress*, 23(6), 744-750.
- Bal, F.** (2020). *Tinnituslu Bireylerde Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing-EMDR) Yönteminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Bass, J. K., Annan, J., McIvor Murray, S., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., ... & Bolton, P. A.** (2013). Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *New England Journal of Medicine*, 368(23), 2182-2191.

- Başıoğlu, M., Şalcıoğlu, E., Livanou, M., Kalender, D., & Acar, G.** (2005). Single-session behavioral treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder: A randomized waiting list controlled trial. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(1), 1-11.
- Beck, A. T.** (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G.** (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S.** (2021). *Bilişsel davranışçı terapi: temelleri ve ötesi*. (Çev. M.Şahin ve I. Tarı Cömert.). Ankara: Nobel Yayıncılık. (Orijinal yayın tarihi, 2011).
- Bergmann, U.** (2000). Further thoughts on the neurobiology of EMDR: The role of the cerebellum in accelerated information processing. *Traumatology*, 6(3), 175–200.
- Bierer, L. M., Tischler, L., Labinsky, E., Cahill, S., Foa, E., & Yehuda, R.** (2006). Clinical correlates of 24-h cortisol and norepinephrine excretion among subjects seeking treatment following the world trade center attacks on 9/11. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 514-520.
- Bilgiç, S.** (2011). Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması. *Tıpta uzmanlık tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir*.
- Binay, H.** (2016). *Suriye ve Irak'tan gelen savaş mağduru çocuk ve genç mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C.** (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, (12).
- Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z.** (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Jama*, 290(5), 612-620.
- Bolu, A., Erdem, M., & Öznur, T.** (2014). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 8(2).
- Bonne, O., Brandes, D., Gilboa, A., Gomori, J. M., Shenton, M. E., Pitman, R. K., & Shalev, A. Y.** (2001). Longitudinal MRI study of hippocampal

volume in trauma survivors with PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1248-1251.

- Booth-Kewley, S., Larson, G. E., Highfill-McRoy, R. M., Garland, C. F., & Gaskin, T. A.** (2010). Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 23(1), 69-77.
- Brady, K., Pearlstein, T., Asnis, G. M., Baker, D., Rothbaum, B., Sikes, C. R., & Farfel, G. M.** (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Jama*, 283(14), 1837-1844.
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C.** (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American journal of Psychiatry*, 156(6), 902-907.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E.** (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L.** (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of general psychiatry*, 54(1), 81-87.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D.** (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748.
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B.** (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(5), 607.
- Bulut, S.** (2009). Depremden sonra çocuklarda görülen travma sonrası stres tepkilerinin yaş ve cinsiyetler açısından karşılaştırılması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(31), 43-51.
- Butcher, J. M., Mineka, S., & Hooley, J. M.** (2007). *Abnormal Psychology* (13th Edition).
- Campise, R. L., Geller, S. K., & Campise, M. E.** (2006). Combat Stress. In C. H. Kennedy & E. A. Zillmer (Eds.), *Military psychology: Clinical and operational applications* (pp. 215–240). The Guilford Press.
- Carlson, E. B., & Ruzek, J.** (2001). Effects of traumatic experiences. *National Center for PTSD, Department of veterans affairs. (Full Text)*.

- Chen, L., Zhang, G., Hu, M., & Liang, X.** (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(6), 443-451.
- Chen, Y. R., Hung, K. W., Tsai, J. C., Chu, H., Chung, M. H., Chen, S. R., ... & Chou, K. R.** (2014). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*, 9(8), e103676.
- Clark, D. A., & Beck, A. T.** (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Corsini, R. J., & Wedding, D.** (2012). Modern psikoterapiler. *İstanbul: Kaknüs Yayınları*.
- Çolak, B., Kukurcan, A., & Hüseyin, H. Ö.** (2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-26.
- Davidson, J. R., & Connor, K. M.** (1999). Management of posttraumatic stress disorder: diagnostic and therapeutic issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 33-38.
- Denizli, S.** (2008). Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme: yaklaşımın etkililiği ve bugünkü durumu. *Ege Eğitim Dergisi*, 9(2), 79-92.
- Denny, N. R.** (1995). An orienting reflex/external inhibition model of EMDR and Thought Field Therapy. *Traumatology*, 1(1), 1.
- Deville, G. J., & Spence, S. H.** (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of anxiety disorders*, 13(1-2), 131-157.
- Duman, N.** (2019). Travma sonrası büyüme ve gelişim. *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi*, 4(7), 178-184.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R.** (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of general psychiatry*, 60(10), 1024-1032.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M.** (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour research and therapy*, 43(4), 413-431.

- Ellis, A.** (2002). *Overcoming resistance: A rational emotive behavior therapy integrated approach*. Springer Publishing Company.
- Eytan, A., Gex-Fabry, M., Toscani, L., Deroo, L., Loutan, L., & Bovier, P. A.** (2004). Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(10), 664-671.
- Fidan, U., & Özkan, N.** (2018). Odaklanma–meditasyon sürecinin aktif EMDR yazılımı ile kontrol edilmesi. *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 34(1), 247-254.
- Field, A., & Cottrell, D.** (2011). Eye movement desensitization and reprocessing as a therapeutic intervention for traumatized children and adolescents: A systematic review of the evidence for family therapists. *Journal of Family Therapy*, 33(4), 374-388.
- Foa, E. B.** (1997). Trauma and women: course, predictors, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(9), 25-28.
- Foa, E. B.** (2011). Prolonged exposure therapy: Past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28(12), 1043–1047.
- Friedman, M. J.** (1988). Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: an interim report. *The American journal of psychiatry*.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D.** (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic reviews*, 27(1), 78-91.
- Gersons, B. P., & Carlier, I. V.** (1992). Post-traumatic stress disorder: The history of a recent concept. *The British Journal of Psychiatry*, 161(6), 742-748.
- Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K.** (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature neuroscience*, 5(11), 1242-1247.
- Glynn, S. M., Eth, S., Randolph, E. T., Foy, D. W., Urbaitis, M., Boxer, L., ... & Crothers, J.** (1999). A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 243.
- Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M., & Pynoos, R. S.** (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 911-916.

- Green, B. L., Gleser, G. C., Lindy, J. D., Grace, M. C., & Leonard, A.** (1996). Age-related reactions to the Buffalo Creek dam collapse: Effects in the second decade.
- Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., & Leonard, A. C.** (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *Journal of nervous and mental disease*.
- Gündoğan, N. A.** (2019). *Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının Bireylerin Obsesif Kompulsif Belirti Düzeylerine Etkisi* (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Gündoğmuş, İ., Aydın, M. B., Sarı, D., & Yaşar, A. B.** (2019). Psikojenik kusma tedavisinde göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR)'nin hızlı etkinliği: olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(1), 106-110.
- Gürel, D.** (2004). Tıbbi tedaviye karşı olumsuz tutum gösteren fiziksel ve ruhsal travmalı bir hastanın iki seanslık göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden yapılandırma tekniği ile iyileşme süreci: Olgu sunumu. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 24(6), 689-696.
- Haaga, D. A., Dyck, M. J., & Ernst, D.** (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological bulletin*, 110(2), 215.
- Hacıoğlu, M., Aker, T., Kutlar, T., & Yaman, M.** (2002). Deprem tipi travma sonrasında gelişen travma sonrası stres bozukluğu belirtileri alt tipleri. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 15, 4-15.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L.** (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, 317(26), 1630-1634.
- Henner, R. L., Keshavan, M. S., & Hill, K. P.** (2022). Review of potential psychedelic treatments for PTSD. *Journal of the Neurological Sciences*, 120302.
- Hiçdurmaz, D., & Öz, F.** (2011). Benliğin Bilişsel Yaklaşımla Güçlendirilmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal*, 18(2).
- Hollon, S. D., Kendall, P. C., & Lumry, A.** (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 52.

- İnci, F., & Boztepe, H.** (2013). Post traumatic growth: if something not killing could be strengthened?/Travma sonrası buyume: oldurmeyen aci guclendirir mi?. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(2), 80-85.
- İzci, F., & Ünveren, G.** (2017). Travma sonrası stres bozukluğunda bilişsel davranışçı terapi ve göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 6(1), 31-38.
- Işık S., Keser E.** (2020) Travma sonrası stres bozukluğunda duygular ve duygu düzenleme. Vatan S, editör. Duygu Düzenleme. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.55-63.
- Javidi H, Yadollahie M.** (2012) Post-traumatic stress disorder. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 3:2-9.
- Jones, E.** (2006). Historical approaches to post-combat disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 361(1468), 533-542.
- Jones, E.** (2007). A Paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders* 21: 164-175.
- Jones, E., Wessely S.** (2005). Shell shock to PTSD, military psychiatry from 1900 to the Gulfwar. Hove: Psychology Press.
- Kahraman, M. S., Şahinöz, Ş., & Güriz, S. O.** (2016). Pasta Dilimi Tekniği'nin Bilişsel Terapilerde Kullanımı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 38-43.
- Karamustafalioglu, O. K., Zohar, J., Guveli, M., Gal, G., Bakim, B., Fostick, L., ... & Sasson, Y.** (2006). Natural course of posttraumatic stress disorder: a 20-month prospective study of Turkish earthquake survivors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(6), 882-889.
- Kardiner, A.** (1959) Traumatic neuroses of war. In: Arieti, S. (Ed.). American handbook of psychiatry. New York: Basic Books. Vol. 1:pp.245–257.
- Kavakçı, Ö., Doğan, O., & Kuğu, N.** (2010). EMDR (Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme): Psikoterapide farklı bir seçenek. *Düşünen Adam-Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(3), 195-205.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F.** (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78(3), 458-467.
- Keane, T. M., & Wolfe, J.** (1990). Comorbidity In Post-Traumatic Stress Disorder An Analysis of Community and Clinical Studies 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(21), 1776-1788.

- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B.** (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kılıç, C., & Ulusoy, M.** (2003). Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 232-238.
- Kışlak Tutarel, Ş.** (2004). Görme engelli bireyde Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Tedavi yönteminin dize hafifçe vurma alternatifinin uygulanması: Bir olgu sunumu. *Türk Psikoloji Yazıları*, 7(14), 77-90.
- Kocatürk, U.** (2005). Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü, Nobel Tıp Kitapevi, 9. Baskı, *travma maddesi*.
- Koenen, K. C., Fu, Q. J., Ertel, K., Lyons, M. J., Eisen, S. A., True, W. R., ... & Tsuang, M. T.** (2008). Common genetic liability to major depression and posttraumatic stress disorder in men. *Journal of affective disorders*, 105(1-3), 109-115.
- Konuk, E., Knipe, J., Eke, I., Yuksek, H., Yurtsever, A., & Ostep, S.** (2006). The effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on posttraumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. *International Journal of Stress Management*, 13(3), 291-308.
- Koren, D., Arnon, I., & Klein, E.** (1999). Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: a one-year prospective, follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 367-373.
- Krakov, B., Hollifield, M., Schrader, R., Koss, M., Tandberg, D., Lauriello, J., ... & Kellner, R.** (2000). A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: a preliminary report. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 589-609.
- Kramer, G. P., Bernstein, D. A., & Phares, V.** (2014). Klinik psikolojiye giriş. (İ. Dağ, Çev. ed.). *Ankara: Mentis Yayıncılık*.
- Leahy, R. L.** (2018). Bilişsel terapi ve uygulamaları (Çev. Hasan Hacak, Muhittin Macit, Ferruh Özpilavcı) *İstanbul: Litera Yayıncılık*.
- MacCulloch, M. J., & Feldman, P.** (1996). Eye movement desensitisation treatment utilises the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: a theoretical analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 169(5), 571-579.

- Maes, M., Delmeire, L., Schotte, C., Janca, A., Creten, T., Mylle, J., ... & Rousseeuw, P. J.** (1998). The two-factorial symptom structure of post-traumatic stress disorder: depression–avoidance and arousal–anxiety. *Psychiatry research*, *81*(2), 195-210.
- Maier, T.** (2006). Post-traumatic stress disorder revisited: Deconstructing the A-criterion. *Medical hypotheses*, *66*(1), 103-106.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S.** (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of general psychiatry*, *55*(4), 317-325.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., & Delucchi, K.** (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *The American journal of psychiatry*, *153*: 94-102.
- Nacasch, N., Foa, E. B., Huppert, J. D., Tzur, D., Fostick, L., Dinstein, Y., ... & Zohar, J.** (2010). Prolonged exposure therapy for combat-and terror-related posttraumatic stress disorder: A randomized control comparison with treatment as usual. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(9), 15752.
- Najarian, L. M., & Fairbanks, L. A.** (1996). Basal cortisol, dexamethasone suppression of cortisol, and MHPG in adolescents after the 1988 earthquake in Armenia. *Am. J. Psychiatry*, *153*, 929-934.
- Nishith, P., Nixon, R. D., & Resick, P. A.** (2005). Resolution of trauma-related guilt following treatment of PTSD in female rape victims: a result of cognitive processing therapy targeting comorbid depression?. *Journal of affective disorders*, *86*(2-3), 259-265.
- Norris, F. H.** (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of consulting and clinical psychology*, *60*(3), 409.
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., & Rodriguez, J. D. J. G.** (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of abnormal psychology*, *112*(4), 646.
- O'Donohue, W. T., & Fisher, J. E.** (2009). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. John Wiley & Sons, Inc.

- Önder, E., & Tural, Ü.** (2004). Travma sonrası stres bozukluğunda tedavi kılavuzu. *Ankara, Türk Psikiyatri Derneği.*
- Özcan, Ö., & Çelik, G. G.** (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri, 3(2)*, 115-120.
- Özdel, K.** (2015). Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 8(2)*, 10-20.
- Özgen, F., & Aydın, H.** (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri, 1(34-41)*.
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J.** (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the US population. *Journal of psychiatric research, 44(16)*, 1190-1198.
- Perkins, B. R., & Rouanzoin, C. C.** (2002). A critical evaluation of current views regarding eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clarifying points of confusion. *Journal of clinical psychology, 58(1)*, 77-97.
- Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., Maercker, A., & Wittchen, H. U.** (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *American Journal of Psychiatry, 162(7)*, 1320-1327.
- Peterson, A. L., Foa, E. B., & Riggs, D. S.** (2019). Prolonged exposure therapy. In B. A. Moore & W. E. Penk (Eds.), *Treating PTSD in military personnel: A clinical handbook* (pp. 46–62). The Guilford Press.
- Rasolkhani-Kalhorn, T., & Harper, M. L.** (2006). EMDR and low frequency stimulation of the brain. *Traumatology, 12(1)*, 9-24.
- Rauch, S. L., Shin, L. M., Segal, E., Pitman, R. K., Carson, M. A., McMullin, K., & Makris, N.** (2003). Selectively reduced regional cortical volumes in post-traumatic stress disorder. *Neuroreport, 14(7)*, 913-916.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A.** (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of consulting and clinical psychology, 70(4)*, 867.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K.** (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology, 60(5)*, 748.

- Reyes, G., Elhai, J. D., & Ford, J. D.** (2008). *The encyclopedia of psychological trauma*. John Wiley & Sons.
- Rosen, G.** (1975). Nostalgia: a 'forgotten' psychological disorder. *Psychological medicine*, 5(4), 340-354.
- Roszell, D. K., McFall, M. E., & Malas, K. L.** (1991). Frequency of symptoms and concurrent psychiatric disorder in Vietnam veterans with chronic PTSD. *Psychiatric Services*, 42(3), 293-296.
- Rubin, G. J., Brewin, C. R., Greenberg, N., Simpson, J., & Wessely, S.** (2005). Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectional survey of a representative sample of Londoners. *Bmj*, 331(7517), 606.
- Sack, W. H., Clarke, G. N., & Seeley, J.** (1995). Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1160-1166.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P.** (2016). Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. (Onbirinci Baskı) A. Bozkurt (Çev. Ed.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Sağaltıcı, E.** (2013). Suriyeli mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu taraması.
- Sawyer, A., & Ayers, S.** (2009). Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychology and Health*, 24(4), 457-471.
- Schnurr, P. P., & Lunney, C. A.** (2012). Work-related outcomes among female veterans and service members after treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 63(11), 1072-1079.
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E.** (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological medicine*, 36(11), 1515-1522.
- Shapiro, F.** (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of traumatic stress*, 2(2), 199-223.
- Shapiro, F.** (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety disorders*, 13(1-2), 35-67.

- Shapiro, F.** (2018). *Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme: temel prensipler, protokoller ve prosedürler.* (Çev. M. Şaşzade ve I. Sansoy.). İstanbul: Okuyan Us Yayınevi. (Orijinal yayın tarihi, 2001).
- Shapiro, F., & Maxfield, L.** (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of clinical psychology, 58*(8), 933-946.
- Sherman, J. J.** (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 11*(3), 413-435.
- Silove, D.** (1998). Is posttraumatic stress disorder an overlearned survival response? An evolutionary-learning hypothesis. *Psychiatry, 61*(2), 181-190.
- Sinici, E., Erden, H. G., & Yurttaş, Y.** (2009). Akut Stres Bozukluğunda Bir Müdahale Tekniğinin Uygulanabilirliği: Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR). In *Yeni Symposium* (Vol. 47, No. 4).
- Southwick, S. M., Morgan, C. A., Darnell, A., Bremner, D., Nicolaou, A. L., Nagy, L. M., & Charney, D. S.** (1995). Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry.*
- Stickgold, R.** (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of clinical psychology, 58*(1), 61-75.
- Şalcıoğlu, E., & Başoğlu, M.** (2013). Current state of the art in treatment of posttraumatic stress disorder. *New Insights into Anxiety Disorders, 379.*
- Şalcıoğlu, E., Başoğlu, M., & Livanou, M.** (2007). Effects of live exposure on symptoms of posttraumatic stress disorder: The role of reduced behavioral avoidance in improvement. *Behaviour research and therapy, 45*(10), 2268-2279.
- Şener, Ö., & Sağlam, S.** (2020). Travma Sonrası Stres Bozukluğu İçin EMDR: Bir Olgu Sunumu. *Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4*(2), 190-207.
- Tanır, Y.** (2016). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics, 2*(3), 59-63.

- Taylor, S., Kuch, K., Koch, W. J., Crockett, D. J., & Passey, G.** (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of abnormal psychology, 107*(1), 154.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogrodniczuk, J.** (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(2), 330.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.).** (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Routledge.
- Tokgünaydın, S., & Sütçü, S. T.** (2016). Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistemik Bir Gözden Geçirme. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler, 8*(1).
- Tolin, D. F., & Foa, E. B.** (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(1), 37–85.
- Tural, Ü., & Önder, E.** (2003). Travma sonrası stres bozukluğunun farmakolojik tedavisi. *Tamer Aker, Emin Önder (editörler). Psikolojik Travma ve Sonuçları (ss: 121-133). İçinde. İstanbul: Epsilon.*
- Turnbull, G. J.** (1998). A review of post-traumatic stress disorder. Part I: Historical development and classification. *Injury, 29*(2), 87-91.
- Türkçapar, M. H.** (2018). *Bilişsel davranışçı terapi: temel ilkeler ve uygulama*. İstanbul: Epsilon Yayınevi.
- Türkçapar, M. H., & Sargın, A. E.** (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 1*(1), 7-14.
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S., & McCaughey, B. G.** (1994). Trauma and disaster. *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos, 3-27.*
- van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B.** (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *The Journal of clinical psychiatry, 68*(1), 16611.

- van Etten, M. L., & 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.
- van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K.** (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European journal of Psychotraumatology*, 3(1), 18805.
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K.** (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health psychology*, 24(3), 266.
- Wilson, J.** (1994). The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: from Freud to DSM-IV, *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 7, No. 4:681-698.
- Yaşar, A. B.** (2021). *EMDR terapisi ile beyinde değişim: ruhsal travma terapisinde iyileşmek*. İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Yasar, A., Kiraz, S., Usta, D., Abamor, A., Zengin Eroglu, M., & Kavakci, Ö.** (2018). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on a patient with schizophrenia and clinical effects: a case study. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 29(2).
- Yehuda, R.** (1998). Neuroendocrinology of trauma and PTSD. *Psychological Trauma: Annual review of psychiatry*, 17, 97-131.
- Yehuda, R.** (2011). Disease markers: molecular biology of PTSD. *Disease markers*, 30(2-3), 61-65.