

# EMDR (Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme): Psikoterapide Farklı Bir Seçenek

Önder Kavakcı<sup>1</sup>, Orhan Doğan<sup>2</sup>,  
Nesim Kuğu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Yrd. Doç. Dr., <sup>2</sup>Prof. Dr., <sup>3</sup>Doç. Dr.,  
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,  
Sivas

## ÖZET

EMDR (göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme): Psikoterapide farklı bir seçenek

Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing), son yıllarda oldukça ilgi çeken terapi yöntemlerinden biridir. Bu ilginin bir nedeni, özellikle Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tedavisindeki etkinliğinin pek çok çalışma ile gösterilmiş olmasıdır. EMDR, bilgi işleme süreçlerini kolaylaştıran ve travmatik anı parçalarının bütünleşmesini sağlayan yenilikçi bir terapi yöntemidir. Bu yaklaşımla bilginin gelecekte daha iyi işlevsellik sağlayacak şekilde işlenmesi sağlanır. Son yıllarda, tedavi kılavuzlarında ve meta analizlerinde EMDR, önerilen tedaviler arasında belirtilmektedir. Travma ve sonrası bozuklukların görülme sıklığı oldukça yüksektir. Buna karşın, Türkçe alanyazında bu bozuklukların tedavi seçenekleri ile ilgili yayınlar oldukça sınırlıdır. EMDR'nin etki mekanizması henüz tam olarak aydınlanmamıştır. Shapiro bir uyumsal bilgi işleme modeli önermiştir. Daha sonra, çeşitli araştırmacılar laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerine dayanan çeşitli nörobiyolojik modeller önermişlerdir. Bu çalışmada, EMDR ve sekiz evresi açıklanmış, bir olgu örneği, seans kayıtları ile sunularak uygulaması gösterilmiş ve bu tekniğin çalışma biçimi açıklanmış, etki mekanizması ile ilgili önerilen nörobiyolojik modeller özetlenmiş, Türkiye'de EMDR ile yapılan az sayıdaki yayın gözden geçirilmiştir. Bu tekniğin ruh sağlığı çalışanlarının uygulamalarına daha çok girmesi, hem uygulayıcıların psikiyatrik bozukluklar üzerindeki yetkinliklerini arttıracak hem de travma ve benzeri bozukluklardan yakınan hastalara hızlı iyileşme şansı verecektir.

**Anahtar kelimeler:** Travma, TSSB, EMDR, terapi, nörobiyoloji

## ABSTRACT

EMDR (eye movement desensitization and reprocessing): a different option in psychotherapy

In recent years, there has been an interest in using the EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) therapy. One of the reasons for this interest may be its effectiveness shown by numerous studies, especially, conducted with individuals who suffer from Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). The EMDR is known to be an innovative approach that accelerates information processing and facilitates the integration of fragmented traumatic memories. This process is stated to allow better integration of the information that a person has to handle in the future. Recent practice guidelines and meta-analyses have designated the EMDR as a first-line treatment for trauma. Although the prevalences of trauma and trauma related disorders are high in Turkey, there has been a limited number of published studies highlighting treatment options. The EMDR's mechanism of action has not yet been fully explained. Shapiro has proposed an adaptive information processing model. Later, based on laboratory and neuroimaging methods, a number of neurobiological models have been suggested. The present study explained the EMDR and its eight-phases. A case example with session records was provided to show the application and operation of the technique. After that, leading neurobiological models which attempt to explain the mechanisms of action of the EMDR were summarized. Finally, few studies conducted in Turkey using the EMDR were reviewed. Given the effectiveness of the EMDR regarding trauma and related disorders, the utilization of the technique by a broad number of mental health professionals may not only increase the professionals' competency on psychiatric disorders, but also may provide patients suffering from these disorders a chance to recover in a relatively short period of time.

**Key words:** Trauma, PTSD, EMDR, therapy, neurobiology

DOI: 10.5350/DAJPN2010230307

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Dr. Önder Kavakcı, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Psikiyatri AD, Sivas - Türkiye

Telefon / Phone: +90-346-258-0867

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
okavakci@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
02 Temmuz 2010 / July 02, 2010

## GİRİŞ

EMDR; psikodinamik, bilişsel, davranışçı ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi çok iyi bilinen farklı yak-

laşımların öğelerini bir araya getiren bir yöntemdir (1). Pek çok çalışma EMDR'nin TSSB'de etkili olduğunu göstermiştir (2-4). Son yıllarda yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, TSSB tedavisinde, Travma Odaklı

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve EMDR'nin diğer terapilerden üstün olduğu bildirilmiştir (5). TSSB terapilerine yönelik bir meta-analiz çalışmasında da EMDR ve Travma Odaklı BDT benzer düzeyde etkili bulunmuştur (6). Bu çalışmada, EMDR tekniği, EMDR'nin uygulaması ve EMDR için önerilen nörobiyolojik mekanizmalar özetlenmiş, karmaşıklık içermeyen bir erişkin travmasına bağlı TSSB olgusu, seans kayıtları ile verilerek uygulama örneklendirilmiştir.

### EMDR'nin ortaya çıkışı

Francine Shapiro, 1987'de EMDR ile ilgili ilk gözlemlerini yapmış ve tekniğini çeşitli durumlarda denemeye başlamıştır. Shapiro'nun EMDR'yle ilgili deneyimi arttıkça, diğer terapi yaklaşımlarından da yararlanarak bu yöntemi zenginleştirmiştir (7). EMDR ile ilgili ilk kontrollü klinik araştırma 1988'de yapılmıştır. Bu tarihten günümüze kadar hızla kabul edilen ve etkililiği konusunda üzerinde pek çok çalışma yapılan bir teknik olmuştur. İlk yıllarında yaygın eleştiriler de almasına karşın (8), tekniğin gelişmesi, araştırma sonuçları ve uygulama endikasyonlarının yerleşmesine bağlı olarak, eleştirel yayınlara son yıllarda pek rastlanmamaktadır. Temel konuları EMDR ve EMDR araştırmaları olan "Journal of EMDR Practice and Research" dergisi de 2007 yılından beri yayınlanmaktadır.

### Travma ve EMDR

EMDR yaklaşımına göre, travma ile ilgili anı bellekte uygun olmayan bir biçimde depolanır ve bu geçmiş yaşantı "düğüm" olarak adlandırılır. Düğüm, terapötik olarak çözülmesi hedeflenen, anı ağlarının merkezinde bulunan, biyolojik olarak depolanmış olan deneyimdir. Uygun olmayan biçimde depolanan bu anılar, işlevsel olmayan tepkilerin verilmesi ve kendilik algısının zayıflamasının en temel nedenidir. Şu andaki yaşantılar var olan anı ağları ile bağlantıda olduklarından, işlevsel olmayan bir biçimde depolanmış anı ile beslendiklerinde uygunsuz bir biçimde yerleşebilirler. Bellekte depolanan anılar, görüntü, düşünce, duyular gibi bilgilerden oluşurlar. Bilgi, "donmuş" bellek sisteminde değişmemiş/ işlenmemiş şekilde, nörobiyolojik seviye-

de başka bilgilerle uyum sağlayacak şekilde işlenmeden depolanmış olabilir (9). Çocukluk yıllarında yaşanan travmatik deneyimler özellikle böyledir. Bu anılar "T" olarak adlandırılan tecavüz, savaş deneyimi gibi açıkça kişiyi etkileyen travmatik bir yaşantı ya da "t" şeklinde gösterilen ve kişinin kendisinde "değersizim", "yetersizim" gibi olumsuz inançlara yol açan (özellikle çocukluk çağı deneyimleri) bir çok olay (stresör) ya da stresörün kronik olduğu yaşantılar olabilir (10). Birbiri ile ilişkili, temeldeki hedef anılar (düğüm) özgün halleriyle (değişmeden-işlenmeden) depolanmışlardır ve şimdiki zamanı önemli şekilde etkilerler. Şimdiki zamanda var olan bozuklukların neredeyse tamamının nedeni geçmiş deneyimlerde saklıdır. Birçok insanın hayatı boyunca benzer sorunları tekrar tekrar yaşamasının nedeni, işlenmemiş travmatik anıları olabilir. Bu anılar işlendiğinde, bilgi, bozukluktan işlevselliğe doğru hareket eder. Bilgi işleme, işlevsel olmayan verileri donma durumundan çıkarıp uyum sağlayıcı bir çözüme doğru götürür. Bozukluktan işlevsel olana doğru hareket eder, daha yüksek uyum sağlama gerçekleştikçe olumluluk artar (9).

EMDR'nin çalışma biçimi üzerine ilk hipotez Shapiro tarafından geliştirilmiştir. Shapiro'nun Uyumsal Bilgi İşleme (UBİ) modeline göre; bir bilgi eğer sıkıntı verici ya da travmatik ise tam olarak işlenemez. Bellekte olayla ilgili ilk algılar, beraberinde çarpıtılmış düşünce (bilgi) ve algılar olarak depolanacaktır. İnsanların şu an sergiledikleri uyumsuz davranışlar bu sıkıntı verici anıların işlenmeden kalmasının sonucudur. TSSB'nin "intrusive" (giriş) belirtilerinin, travmanın işlenmemiş algı, afektif ve bilişsel elemanlarından kaynaklandığı varsayılır. Göz hareketleri ve diğer bilateral (iki yönlü ses ya da dokunma uyarısı gibi) uyarıların bilgi işlemeyi uyardığı varsayımı vardır (1). Çeşitli çalışmalar EMDR ve benzeri göz hareketlerinin anı ile ilişkili afekt ve imgelerin canlılığını azalttığını göstermişlerdir (11). Sıkıntı ve bununla bağlantılı kaçınmanın azalması duyarsızlaşmayı sağlar; bu yolla da anı ile ilgili bilginin işlenmesi artıyor olabilir. Olayın imgeleri daha az belirgin hale gelerek daha erişilebilir ve böylece, anı ile ilgili bilgi uyumsal bilgiye katılabilir. Sonuç olarak, bellek ağı içinde daha fazla bağlantının kurulduğu varsayılır (9).

## EMDR'nin sekiz evresi

EMDR sekiz evrede uygulanır. İlk iki evre bir seansta tamamlanırken, diğer beş evrenin seans sayısı farklılık gösterebilir. Travmatik anılarla çalışmak hemen her zaman hasta için sıkıntı vericidir. Bu yüzden, EMDR terapisti hastanın kendi kaynaklarına yönelir ve olumsuz duygulanımlarla başa çıkabilmesi için beceriler geliştirmesine çalışır. Travmatik anı ile ilişkili tüm bellek ağlarının işlenmesini sağlamak için, tedavi genellikle en erken yaşam döneminde yaşanmış olan ilişkili olayla başlar. Önce travmatik anılar hedeflenir ve çözülür, ardından EMDR şimdiki durumlara yönelir. İşleme duygusal açıdan huzursuzluk verir ve aktif semptomatik reaksiyon ve huzursuzluk kalmayana kadar işlemeye devam edilir. Travmatik veya sıkıntılı anıların işlenmesinden başka, EMDR sağlıklı, işlevsel bir yaşamın sürdürülmesinde gereken özel beceri ve davranışları geliştirmeye yardım etmek için de kullanılır.

**Birinci evre:** Öykü alma, EMDR için hastanın hazırlığını değerlendirme, tedavi planı geliştirme ve EMDR tedavisi için uygun hedefleri belirleme aşamasıdır.

**İkinci evre:** Bir hazırlama ve stabilizasyon evresidir. Terapötik ilişki kurmayı, ulaşılabilir beklentileri belirlemeyi, hastanın semptomları hakkında eğitilmesini içerir. Bu evrede hastaya kendi kendini yatıştırma teknikleri öğretilir. Bu teknikler, hastanın seanslar arası ve seans sırasında dengesini sürdürmesi ve tamamlanmamış seansların kapanışı için kullanılır. Hastanın tedavide kalması için de yararlıdır.

**Üçüncü evre:** Travmatik anının işlenmesi başlar. Hedef anıyı temsil eden bir resim belirlenir. Hastadan bu resimle beraber gelen, onun hatırlattığı algılar, bilişler, duygu ve beden duyuları istenir. Her travmatik anı insanlarda kendiliği ile ilgili olumsuz bir biliş (kognisyon) oluşturur. Hastadan, hedef anıyı düşündüğünde, “şu anda” kendiliğiyle ilgili nasıl bir bilişe sahip olduğunu belirlemesi istenir. Hastanın kendisi hakkındaki bilişi uyum sağlayıcı değildir (yetersizim, kendimi koruyamam, sevmeyi hak eden biri değilim gibi). Ardından, hedef resme baktığında şu anda hangi olumlu inanca (bilişe) sahip olmayı arzu ettiği

sorulur. “Başarabilirim, sevmeye değer biriyim, artık güvendeyim” gibi daha işlevsel bir düşünce belirlenir. Bilişin geçerlilik ölçeği (validity of cognition= VoC), Shapiro'nun önerdiği, tek maddelik bir ölçektir; 1= hiç inandırıcı değil ile 7= tam olarak inandırıcı arasında bir puanlama yapılır. Hastadan, hedef resme baktığında, arzu edilen olumlu bilişi ne kadar inandırıcı, geçerli hissettiğini belirlemesi istenir. Olumlu bilişi belirlemek hem tedavi için ulaşılacak bir hedef oluşturur, hem de hedef travmatik anı ile düzeltici duygusal bilgi arasında daha başlangıçta ilişki kurarak bilgi işlemeyi kolaylaştırabilir (10). Hastanın hedef resmi belirlemesi ve onunla beraber gelen olumsuz bilişi tanımlaması, bellek ağlarını harekete geçirir ve güçlü duygulanımlar uyandırır. Hastanın bu duyguları fark etmesi ve tanımlaması istenir, not alınır. Hasta “Öznel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (subjective unit of disturbance scale= SUD)” üzerinde rahatsızlığının düzeyini belirler. SUD; 0 ile 10 arasında (0= hiç rahatsızlık yok ve 10= hayal edilebilecek en yüksek rahatsızlık) puanla hissedilen rahatsızlığı derecelendiren bir ölçektir. Resmin verdiği rahatsızlığın bu ölçekte düzeyini belirledikten sonra, hastadan bu rahatsızlığı bedeninde en çok nerede hissettiğini belirlemesi istenir. Bu odaklanma ona saf algısal semptomlarını tanıması ve etiketlemesine (örn. boğazda sıkılma) ve bilişsel müdahalelerden bunları ayırmasına (örn. çaresizim) izin verir.

**Dördüncü evre:** Bu aşamada hastadan, hedef resme, olumsuz bilişe, bunlarla ilişkili duygu ve beden duyularına odaklanması istenir. “Bırakın ne olursa olsun, sadece olmasına izin verin, bunları setin sonunda konuşacağız, aklınıza gelen hiçbir şeyi önemsiz diye atmayın, aklınıza gelen her yeni bilgi bir şekilde bir şekilde bağlantılıdır, durmak isterseniz, sadece elinizi kaldırın” yönergesi verilir ve iki yönlü (bilateral) uyarıma başlanır. Bu evre duyarsızlaştırma aşamasıdır, hedef anı için öznel rahatsızlık birimi ölçeği (SUD) sıfır olana kadar çalışılır.

**Beşinci evre:** Bu evre, hedeflenen anıyı hastanın sıkıntı yaşamadan anımsaması ile başlar. Hastanın bu anı ile ilgili ifadeleri teşvik edilerek içgörüsünün sağlamlaşmasına çalışılır. Bu içgörü genellikle kendiliğin kabulü ve yeni olumlu kendilik algısıdır (10).

**Altıncı evre:** Beden taraması aşamasıdır. Hastadan

hedef resim ve olumlu bilişe odaklanırken bedeninde herhangi bir gerginlik olup olmadığına dikkat etmesi istenir. UBİ modeline göre, uyum bozucu şekilde depolanmış bilgiler fizyolojik olarak yaşanır. Bu yüzden, başlangıçta hedeflenen travmatik anı, herhangi bir beden duyumu olmaksızın anımsanana kadar EMDR işlemi tamamlanmış kabul edilmez. Hasta, rahatsız edici bir beden duyumu bildiriyorsa rahatlayana kadar işlemeye devam edilir.

**Yedinci evre:** Tamamlama aşamasıdır. Bu evrede terapist işlemenin yeterince sağlanıp sağlanmadığına karar verir. Eğer yeterince işleme olmadı ise, seans ikinci evrede geliştirilen kendi kendini yatıştırma teknikleri, güvenli yer uygulaması gibi egzersizler ile bitirilir ve yeni seansta devam edileceği hastaya açıklanır. Bütün hastalara seanslar arasında da işlemenin devam edebileceği bilgisi verilir.

**Sekizinci evre:** Tekrar değerlendirme seansıdır ve ilk uygulamadan sonraki her seansın başlangıç aşamasıdır. Terapist hastadan önceki seansta çalışılan hedef anıyı anımsamasını ve tedavinin etkileri üzerine bir değerlendirme yapmasını ister. Tedavinin etkisi değerlendirilir, hem de odaklanılması gereken konular hakkında bilgi edinilir. Yeni hedefler belirlenerek yeni bir EMDR seansına başlanır.

**Güvenli yer:** Travmatik yaşantıların çalışılması oldukça rahatsız edici olduğu, hastaların sıklıkla aşırı uyarılmışlık halleri, tetikte olma gibi durumlar yaşaması nedeniyle, EMDR uygulamasından önce, hastalara kendilerini kontrol edebilecekleri, rahatatabilecekleri teknikler öğretilir. Bunlardan biri de, hastanın duygusal durumlarını kolayca düzenleyebilmesini sağlayan güvenli yer egzersizidir. Hastadan kendisinde güvenlik ve rahatlık hisleri uyandıran bir yer anımsaması ya da hayal etmesi istenir. Bu görüntüye odaklandığında hissettiği duyguları ve hoş fiziksel duyuların yerini tanımlaması istenir. Bu duygu ve duyulara odaklanırken iki yönlü uyarım verilir. Nasıl hissettiği sorulur ve daha iyi hissediyorsa dört-altı set daha uygulanır. Ardından, bu görüntüyü tanımlayacak, rahatlık, plaj, ağaçlar, dağ gibi bir ipucu sözcük bulması istenir. Duygusal olarak güvende olduğu yerin görüntüsü, olumlu duyular ve ipucu sözcüğe odaklanması istenerek dört-altı set yapılır. Bu uygulamayı kendi kendine

tekrarlaması istenir ve iki yönlü uyarım olmadan da görüntüyü anımsadığında rahatlama olması sağlanır. Seans sırasında ve seanslar arasında rahatsızlığın yükseldiği anlarda kullanması önerilir (10).

**Olumlu ve olumsuz bilişin saptanması:** Biliş, kişinin kendiliği ile ilgili yorumlarını yansıtır. Travmatik yaşantılar kurbanlarda aşamadıkları olumsuz inançlar geliştirir. Olumsuz biliş, travmatik yaşantı uzak geçmişte kalsa bile, olayla ilgili kişinin kendini olumsuz değerlendirmesidir. Anımsandığında ya da çağrıştırıldığında işlevsel olmayan duygulara yol açar ve sinir ağlarında genellenerek kişinin olumsuz kendilik inançlarını besler. Olumsuz inançlar kişiyi sınırlandıran, kendilik değerini düşüren, kendiliği kötüleyen yapıdadırlar. Olumsuz biliş, “O olayı düşünürken kendiniz hakkındaki en olumsuz inancınız nedir?” sorusu ile belirlenir; sorumluluk (sevilmeyi hak etmiyorum, kötü biriyim, değersizim gibi), güvenlik/incinebilirlik (kendime güvenemem, kararlarım güvenemem, kendimi koruyamam, tehlikedeyim gibi) ve kontrol/seçenekler (güçsüzüm, zayıfım, başaramam, yetersizim gibi) alanlarındadır (10). Olumsuz biliş tanımlandığında, olumlu biliş geliştirilebilir. Olumlu biliş, olay anımsandığında olması arzu edilen durumdur, olumlu afektten damıtılmıştır. Çoğu zaman olumsuz bilişin tam tersidir. Kendilik değerini kuvvetlendirir. “O olayı aklınıza getirdiğinizde, kendinizi nasıl tanımlamak, şu anda kendinizle ilgili neye inanmak isterdiniz?” sorusu ile belirlenir. Başarılı bir tedaviden sonra olumlu inanç yerleştirildiğinde, kişinin kendisi için yeni tercihler yapabilmesi, kendi değeri hakkında olumlu hisler geliştirebilmesi ve yeni beceriler kazanabilmesi için kaynak oluşturur. Tedavi ile geçmişin algısı değiştirilir, geliştirilen olumlu biliş, genellenerek, şu anın değerlendirilmesini ve gelecekle ilgili beklentilerini etkiler (10).

Aşağıda, bir travma olgusu, seans kayıtları ile sunulurarak EMDR uygulaması anlatılmıştır.

ED, 29 yaşında erkek, bekar, bir firmada müşteri temsilcisi olarak çalışıyor. Ailesiyle birlikte Sivas'ta yaşıyor. Ağustos 2008'de çalıştığı firmanın eğitim toplantısı nedeniyle Tokat'a gidiyor. Dört arkadaşı ile birlikte Sivas'a dönerken, aniden yola çıkan bir arabaya çarpıyorlar. Çarptıkları arabayı kullanan kadın ölüyor. ED, şoförün yanında bulunan koltukta oturuyor ve kazadan yaralanarak kurtuluyor. Bir süre hastanede

tedavi görüyor. Koluna 60 dikiş atılıyor, dizinde çapraz bağ yırtığı ve gözaltlarında morluklar kalıyor. Üç ay sonra işine dönüyor. Üç-dört ay Tokat'a gitmiyor. Tokat'a gittiği ilk gün, aynı bölgede bir köpeğe çarpıyor, arabasını durdurmuyor, sadece aynadan geriye bakıyor ve yaralı köpeği görüyor. Çarpışma anı ile ilgili de "köpeğin kindar bakışları vardı" diyor. ED, olaydan yedi ay sonra kliniğe başvurdu.

Kaza sonrası arabayı kendisi kullanmamasına rağmen yoğun suçluluk hisleri, kaza ile ilgili gözünün önünden gitmeyen görüntüler, sık sık olayı hatırlama, sürekli kendisine bir şeylerin çarpması ile ilgili tekrarlayan kâbuslar, aşırı terleme, kazanın olduğu yerden geçmek istememe yakınmaları ile kliniğe başvurdu. Mesleği nedeniyle, kazanın gerçekleştiği bölgeden geçmek zorunda olduğu için, olay mahallinden geçerken mutlaka önünde bir büyük aracın bulunmasını sağlayıp, aracın ardından bölgeyi geçebildiğini bildiriyordu. Kazadan bu yana kimseyle olayla ilgili konuşmak istemiyor. Kaza sonrası duygusal alanda donukluk yaşamaktan, sevinememekten, ağlayamamaktan, sürekli tetikte olmaktan ve dikkatini toplamada güçlük yaşamaktan yakınıyordu.

ED'ye Işıklı (12) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Foa ve arkadaşlarının Travma Değerlendirme Ölçeği uygulanmış ve 51 puan üzerinden 32 puan almıştır. Ölçekte bu puan, orta-ağır TSSB belirti düzeyi olarak yorumlanmıştır. ED, DSM-IV-TR TSSB ölçütlerini de karşılamaktadır. ED'ye travma sonrası stres bozukluğu ve tedavi seçenekleri anlatıldı. EMDR uygulaması için onay alındı.

### 1.Seans

ED ile EMDR uygulaması kararı alındıktan sonra, olayla ilgili kendisini rahatsız eden sahneler saptandı. Öncelikle, ilk çarpışma anına odaklanmaya karar verildi; ilk kaza ile ilgili net bir resim tanımlamakta zorluk çekti. Bunun üzerine terapist, köpeğe çarpma anının görüntüsü ile başlama kararını verdi.

**Terapist (T):** Köpeğe çarpma anını gözünün önüne getirdiğinizde, nasıl bir resim/sahne görüyorsunuz?

**Hasta (H):** Kindar bir bakış, insan tavrı sergiler gibi. İnmeye cesaret edemedim. Ayağı kırıktı.

**T:** O ana bakarken, resimle birlikte nasıl duygular geliyor?

**H:** Karamsarlık.

**T:** Hı hı. Peki o resme baktığınızda kendinizle ilgili nasıl düşünceler oluyor?

**H:** Suçluyum.

**T:** Peki, o resme baktığınızda şu an sizin için inandırıcı olmayan, ama kendinizle ilgili söyleyebilmeyi arzu ettiğiniz bir inanış, bir düşünce var mı?

**H:** Yapabileceğimin en iyisini yaptım.

**T:** Bir ile yedi arasında bir ölçekte, bu düşüncenin sizin için inandırıcılığı şu an için kaç gibi?

**H:** Üç

**T:** Tamam, tekrar o resme bakmanızı istiyorum ve o resme baktığınızda, size verdiği rahatsızlığı bedeninizde en çok nerenizde yaşıyorsunuz?

**H:** Beynimde.

**T:** Peki, bu rahatsızlığı sıfırla on arasında bir ölçekte puanlayacak olsanız, sıfır, hiç rahatsız etmiyor ve on, hayal edebileceğiniz en büyük rahatsızlık olacak şekilde, o anın size verdiği rahatsızlık kaç gibi?

**H:** Sekiz.

**T:** Tamam. Şimdi de, size başka bir şey soracağım. Bu güne kadar kendinizi en rahat, huzurlu ve güvende hissettiğiniz yer neresi diye sorsam, aklınıza neresi gelir?

**H:** Kayak evi, orada kendimi çok rahat, güvenli ve mutlu hissedirim.

**T:** Güzel. Şimdi kayak evini gözünüzün önüne getirin ve oradaki güveni, mutluluğunuzu, rahatlığınızı hatırlayın. Bunları hatırlarken parmağımı takip edin.

Terapist kısa bir göz hareketleri (Eye Movement= EM) seti uyguladı.

**T:** Şimdi nasılsınız?

**H:** İyiyim, iyi hissettim.

**T:** Güzel, bununla kalın. EM...

**T:** Şimdi, biraz önce konuştuğumuz, kaza sahnesine dönmek istiyorum. O sahneyi gözünüzün önüne getirin. O sahne ile birlikte gelen duygularınızı, kendinizle ilgili düşüncelerinizi, bedeninizde oluşanları hatırlayın ve şimdi parmağımı takip edin, bırakın ne olursa olsun... EM...

**T:** Evet, derin bir nefes alın, şimdi sizde ne var?

**H:** Kalabalık bir grup etrafta toplanmıştı, o gözümün önüne geldi...

**T:** Güzel, devam edin. EM...

**T:** Şimdi sizde ne var?  
**H:** Arkadaşım aklıma geldi, başka bir şey yok. Ellerim terledi.  
**T:** Güzel devam edin. EM...  
**T:** Derin nefes alın, evet şimdi sizde ne var?  
**H:** “Müdüre telefon edin, oraya bir daha gitmek istemiyorum” demiştim, onu hatırladım.  
**T:** Devam edelim, EM...  
**T:** Şimdi sizde ne var?  
**H:** Ambulansın içinde 3-4 kişi inip bindi. Hafızam yerindeydi, doktor vardı, iki kişiyi gösterdiler, tanımadığımı söyledim. Bunları hatırladım.  
**T:** Güzel devam edin, EM...  
**H:** Kazadan sonra komşu kadın yüzüme baktı, kafasını çevirdi. Yüzüm bakılamayacak haldeydi. O an geldi aklıma.  
**T:** Güzel, hı hı, devam edin, EM...  
**H:** Köpeğe çarptım, plaka düşmüş. 2 km gittim, bir kamyonet arkadan gelip beni durdurdu, plakayı verdi.  
**T:** Hı hı, güzel devam... EM...  
**H:** Tokat’a ulaştıktan sonra aracın sol tarafında kan vardı, yıkattım, kırmızı bir araç sürtmüş, pasta cila yapın dedim.  
**T:** Güzel devam, EM...  
**H:** Dönüşte aynı yoldan gelmedim, Erbaa üzerinden geldim, şimdi gidebiliyorum.  
**T:** Şu an nasılsınız, bedeniniz nasıl?  
**H:** İyi, beden olarak da iyi.  
**T:** Başlangıçtaki resme dönersek, o anın size verdiği rahatsızlık şu anda 10 üzerinden kaç?  
**H:** Altı  
**T:** Tamam devam edelim, EM...  
**T:** Şimdi sizde ne var?  
**H:** Polisin sözleri aklıma geldi, çarptığımız araç siyah bir arabaymış, farları da yanmıyormuş, şoförün emniyet kemeri takılı değilmiş, emniyet kemeri takılı olsa ölmezdi demişti.  
**T:** Tamam, devam edelim. EM...  
**H:** Tutanakta çoban “Hiç fren sesi duymadım” demiş, çarpışmayı duymuş. Ölen kadın ehliyetini alalı 15 gün olmuş. Arkadaş karanlıkta o aracı hiç görememiş, bunlar beni biraz rahatlatıyor. Yola çıkarken arabada herkeşe emniyet kemerlerini bağlatmışım, şoförümüz acemi diye espri yapmışım. Tanrı bizim ölmemizi istemedi

diye düşünüyorum.

**T:** Güzel devam, EM...

**H:** Geçen gün tebligat geldi, “Arkadaşından şikâyetçi misin?” diye soruluyor, mahkemeye çıkılacak, onu hatırladım.

**T:** Olayın size verdiği rahatsızlık şu an kaç gibi?

**H:** Üç.

**T:** Doğru anladıysam, çarptığımız aracın şoförü acemiymiş, emniyet kemeri takmamış, hava karanlıkmış, o araç siyah bir arabaymış ve farlarını da yakmamış, öyle mi? Parmaklarımı takip edin, EM...

**H:** Şimdi daha iyi hissettim söylediklerinizden sonra. Onüç yaşında çocuğu varmış yanında, “Araç var, çıkma” demiş, onu hatırladım şimdi, onun emniyet kemeri bağlıymış.

**T:** Şu anda o anının size verdiği rahatsızlık kaç gibi?

**H:** Bir-iki.

**T:** Duyularınız, bedeniniz şu anda nasıl?

**H:** İyi, rahatım.

**T:** Peki, zaman nedeniyle burada duruyorum, haftaya devam edeceğiz. Sizden bir günlük tutmanızı istiyorum. Bugün çalıştıklarımızla ilgili hafta boyunca fark ettiğiniz, düşündüğünüz, hissettiğiniz bir şeyler olursa kaydetmenizi istiyorum; önemli önemsiz ne olursa kaydedin, haftaya gözden geçirelim. Burada olayla ilgili belleğinizi harekete geçirdik ve olay beyninizde yeniden işlemeye başladı, hafta boyunca da devam edebilir. Burada çalıştıklarımızla ilgili bir sıkıntınız olursa kendinize kayak evini hatırlatmanızı istiyorum, orayı hatırlayın ve oranın size verdiği o güveni, rahatlığı hatırlayın, böylece kendinizi yatıştırabilirsiniz. Şimdi, bugün yaşadığınız bu deneyimle ilgili izlenimlerinizi dinlemek istiyorum. Çalışma boyunca neler yaşadınız?

Terapist burada, hastanın EMDR seansı boyunca neler yaşadığını, izlenimlerini alır (debriefing). Üzerinde çalışması gereken bir materyal olup olmadığını, dikkat etmesi gereken bir problem, yanlış anlama ya da başka bir sorun olup olmadığını fark etmeye çalışır. EMDR'nin ilk yedi evresi seansın bu noktasında tamamlanmış olur. Sekizinci evre, gelecek seansta haftanın değerlendirilmesi ve üzerine çalışılacak yeni materyallerin saptanması, günlüğün gözden geçirilmesidir.

Bu olguda görüldüğü gibi, uygulama sırasında hastalar olayı tekrar yaşıyormuşçasına anımsarlar ve

başlangıçta sıkıntılarında artma görülebilir. İşleme ilerledikçe travmatik deneyimle ilgili başlangıçta hatırlanmayan rahatlatıcı yönler, farklı yönere dair anımsamalar ve farkındalıklar artar. Bu olguda, iki ayrı kazanın anıları bellekte birbiri ile ilişkili kodlanmıştı. Bu nedenle göz hareketleri sırasında zaman zaman birinci, zaman zaman da ikinci kazadan sahnelerin anımsandığı gözlenmektedir. Anılar bellekte birbiri ile bağlantılı olarak kodlandığı için, EMDR ile bir travmatik anı işlendiğinde, bunun genelleşerek, benzer temalı başka travmatik yaşantılara ait düşümlerin çözüldüğü görülür. Bunun için, genellikle en eski travmatik anının işlenmesi gereklidir. Bu olguda da, hem köpeğe çarpma anısından kaynaklanan, hem de ilk kazadaki travmatik yaşantıdan kaynaklanan suçluluk duygusu sadece birinin çalışılması ile ortadan kalkmıştır. Terapist hastanın tercihine uyarak olayla ilgili “suçluyum” olumsuz inancını çalışmayı kabul etmiştir. Suçluyum, kötü bir şey yaptım, kötüyüm, utanç vericiyim gibi sorumluluk alanı ile ilgili olumsuz bilişler travmatik yaşantılarla beraber sıklıkla görülür. Böyle bir olguda “tehlakedeyim” gibi bir biliş de beklenebilirken; kadının ölümü ile sonuçlanan travmatik yaşantısı, köpeğe çarpması ve durmamasının üst üste gelmesi, sorumluluk alanı ile ilgili olumsuz bir biliş geliştirmesine neden olmuş görünmektedir.

EMDR uygulanırken genellikle terapist araya girmez, yorum ya da yönlendirmede bulunmaz, soru sormaz, hastanın kendi kaynaklarından çözümler bulması amaçlanır. Hastanın ilerleme sağlayamadığı, işlemenin tıkandığı yerde terapist, EMDR uygulaması sırasında, seansta terapötik müdahalede bulunabilir (13). Ancak EMDR terapistleri bu tür bilişsel müdahaleleri az kullanmayı tercih ederler. Bu seansta, terapist, seans sonuna doğru; “Doğru anladıysam, çarptığınız aracın şoförü acemiymiş, emniyet kemeri takmamış, hava karanlıkmış, o araç siyah bir arabaymış ve farlarını da yakmamış, öyle mi?” şeklinde bir bilişsel müdahalede bulunuyor. Müdahale burada hastanın zaten bildiği, ancak kullanamadığı bilgileri hatırlatıp, hemen ardından göz hareketleri uygulayarak yapılmıştır. Terapist müdahaleden sonra hastayla herhangi bir konuşmaya –tartışmaya girmez, müdahaleyi yapar ve uygulamaya devam eder. Müdahale işlevsel ise, hasta bunu tikanıklığı aşma yönünde kullanacaktır.

Seanslarda travmatik yaşantının verdiği rahatsızlık derecesi sıfır olana kadar işlenmeye devam edilir. Seans sırasında SUD düzeyi sıfır-bir gibi kabul edilebilir bir ölçüye indirilememişse, bir gevşeme egzersizi veya güvenli yer egzersizi ile çalışma bitirilir. Rahatsızlık düzeyinin sıfır olarak bildirilmesinden sonra, terapist, travmatik yaşantının resmini gözünün önüne getirdiğinde olumlu bilişin inandırıcılığını (VoC), bir ile yedi arasında bir ölçekte sorgular, resmi gözünün önünde tutmasını ister ve inandırıcılık altı-yedi düzeyine ulaşana kadar iki yönlü uyarım uygulanır. Bu aşamada göz hareketleri setleri olumsuz içeriğin işlenmesi sırasındaki setlerden daha kısa (yaklaşık on set) tutulur.

## 2. Seans

**T:** Nasılsınız, haftanız nasıl geçti, günlük tutma şansınız oldu mu?

**H:** İyiyim, günlük tutmadım, ama ilginç şeyler oldu. Kaza yerinde durdum ilk kez, orayı inceledim, kartvizitimi buldum, yedi ay sonra hala duruyormuş orada. Tokat’tan bir doktor arkadaşla birlikte gittim oraya. Sonra ölen kadının ailesini görmeye gittim. Ben hastanede yatarken ölen kadının kocası beni ziyarete gelmiş, bilmiyordum. “Sana da eşim kadar üzüldüm” dedi, çok kötü görünüyormuşum. Beni çok iyi karşıladılar, bu da beni rahatlatı. “Takdir-i ilahi” diyorlar. Suçluluk duygum daha da azaldı bu ziyaretten sonra. Uykularım geçen seanstan beri iyi, hiç kâbus görmedim. Terlemem de azaldı gibi hissediyorum, ama gene de var. Dikkatimi toplamakta hala güçlüğüüm var ve araç kullanırken hala kendimi biraz tetikte hissediyorum. Olaydan sonra, dört ay essitolopram (10 mg/gün) kullanmıştım, iki ay önce bıraktım. Pek faydası olmamıştı, sadece sinirlenmemi engelliyordu.

Bu bilgilenmeden sonra terapist ve hasta çalışılacak yeni materyaller üzerine konuştular ve ikinci seansta kazanın ardından hastaneye ambulans ile götürülüşü, hastane günleri çalışıldı.

Üçüncü seansta, hasta, kaçınmalarının kalmadığını, rahatlıkla olaydan bahsedebildiğini, eskiden önüne büyük bir araç alarak o bölgeden geçerken, şimdi herhangi bir problem yaşamadan arabasıyla kaza bölgesinden geçebildiğini bildirdi. İlk seanstan sonra has-

tanın kâbusları kalmamıştı. İkinci seanstan sonra da terlemesinin neredeyse hiç kalmadığını bildirdi. Foa'nın Travma değerlendirme ölçeği ile değerlendirildiğinde, ilk seans öncesi 32 olan skor, iki puana inmişti. DSM-IV-TR TSSB ölçütlerinin hiçbirini karşılamıyordu. Üç ay sonraki takip değerlendirmesinde hastanın iyilik halinin sürdüğü ve TSSB belirtilerinin bulunmadığı gözlemlendi.

### EMDR için önerilen nörobiyolojik modeller

Olguda da görüldüğü gibi, EMDR geleneksel terapi tekniklerine göre oldukça hızlı işlemektedir. Gözlemlerimiz, terapistlerin karmaşık ve zor olan daha iyidir gibi bir inanışa sahip olduklarını göstermiştir. Belki de bu yüzden, kabul görmesi zaman almıştır. Bu nedenle araştırmacılar, EMDR'nin nasıl çalıştığını araştırmaya yönelmiştir. Shapiro'nun uyumsal bilgi işleme modelinden sonra, çeşitli araştırmacılar EMDR'nin biyolojik etki mekanizmaları üzerinde, laboratuvar deneyleri ve nörogörüntüleme çalışma bulguları temelinde modeller geliştirmişlerdir. Bunların çoğunluğu, EMDR terapisi sırasında Anterior Singulat Korteksdeki (ASK) olası değişiklikleri temel alır. Özellikle bu değişiklikler, ASK'nin daha afektif bölgesi olan rostral ve daha bilişsel yönelimli kaudat alt bölgesi arasındaki bağlantısızlığı içerir (14-16). Bergman (17), EMDR'nin dorsolateral ve orbitofrontal kortekslerin aktivasyonu ile sonuçlanan serebellar işleme merkezini uyardığını ileri sürer. Ona göre, EMDR, neokortikal alanlar ve genel semantik ağlardaki travmatik anıların daha fazla bütünleşmesine yol açmaktadır.

Denny (18) bir inhibisyon modeli öne sürmüştür. Bu modele göre, EMDR ile oluşan bir oryantasyon refleksi travmatik anıların oluşturduğu karmaşayı bastırmaktadır (oryantasyon refleksi kavramı, bir değişiklik veya yeniliğin organizmayı daha duyarlı hale getirerek, organizmanın başlangıç yanıtını değiştirmesini anlatır. Örneğin, kısık ışık karşısında pupil yanıtında olduğu gibi). Armstrong ve Vaughan da (19), koşullanmamış uyarının nöronal modelinde, oryantasyon refleksinin baskılamasıyla yeniden değerlendirme ve değişimin görüldüğü bir model önermişlerdir.

Andrade ve arkadaşları (20), işlevsel belleğin görsel uzaysal bir taslakta, göz hareketlerinin travmatik

materyalin canlılığını engellediğini söyleyen bir model önerdiler. MacCulloch ve Feldman (21) EMDR'nin biyolojisi ile ilgili teorilerinde, beynin iki yönlü uyarımının somatik etkilerini vurguladılar. Onlar bir "araştırıcı refleks" önerdiler; bu mekanizmaya göre: "EMDR uygulaması öznenin çevresinde tehlike algılamadığı bir durum yaratır. Bu etki, refleks olarak uyarılmada azalma (de-arousal) ve hoş viseral (bedensel) hisler üretir". Emosyonel travma veya stresle ilgili anı ile EMDR'nin sağladığı gevşeme yanıtı eşleşir ve hasta anı üzerinde çalışabilir. Barrowcliff ve arkadaşları (22), EMDR terapisi sırasında göz hareketlerinin, gözlerin sabit olduğu durumun tersine, olumsuz otobiyografik anılarla beraber olan canlılığı, emosyonel değeri ve elektrodermal aşırı uyarılmayı (arousal) azalttığını göstermişlerdir.

Stickgold (16), EMDR'nin nörobiyolojisi ile ilgili makalesinde, uyku fizyolojisi çalışmalarından yararlanılan bir model geliştirmiştir. Ona göre TSSB, REM uykusu sırasındaki beynin normal fonksiyonunu değiştirebilir. EMDR, REM uykusu sırasında oluşan bellek bütünleşmesi için gereken özel fizyolojik durumu karşılar; bu durum iyileşme için gereklidir. Tekrarlayan sakkadik göz hareketleri beyin sapının REM üreten mekanizmalarını başlatabilir. REM benzeri durum şeklindeki bu oryantasyon yanıtı, travmatik anıların kortikal bütünleşmesini kolaylaştırır. EMDR ile aktive olan sistemler beyni, kendiliğinden, REM uykusuna benzer bellek işleme moduna kaydırır. Bu REM benzeri durum, hipokampus tarafından düzenlenen epizodik anımsamaların müdahalesi olmaksızın assosiatif kortikal ağlardaki bütünleşmeye izin verir. EMDR, iki nedenden dolayı, REM uykusundan daha fazla işe yarar. Birincisi, REM uykusundan farklı olarak, EMDR tedavisi sırasında, danışan, iki yönlü uyarıma başlamadan önce neyi zihninde tutmak istediğine, dolayısıyla neyi işlemek istediğine kendisi karar verebilir. İkinci olarak, terapistlerin dikkatli yönetimi eşliğinde, kaygı ve korku düzeyi EMDR tedavisi süresince düşük seviyelerde tutulabilir.

Rasolkhani-Kalhorn ve Harper (23), limbik sistemde de-potansiyalizasyona dayanan bir model önermişlerdir. Hayvanlarla yapılan laboratuvar çalışmaları, limbik sistemin çeşitli alanlarındaki sinapsların potansiyalize olmasının korkuya ait anının oluşmasında



ilk adım olduğuna işaret etmektedir. Bu sinapsların de-potansiyalizasyonu korku anıların silinmesi veya değişmesiyle sonuçlanacaktır. De-potansiyalizasyon için temel mekanizma, “düşük frekanslı uyarımın” harekete geçirilmesidir. Yazarlar, araştırmalarında, anının geri çağırılması (hatırlanması) sırasında limbik sistem içindeki potansiyalize olmuş devrelerin değişken hale geldiğini ve de-potansiyalizasyona çok yatkın olduğunu bulmuşlardır. EMDR terapisi sırasında, düşük frekanslı uyarım ile beynin uyarılabildiğini ve bunun korku anılarının izlerini yatıştırabildiğini veya değiştirebildiğini ileri sürmüşlerdir. Temel etkinin hipokampus ve amigdala merkezli olduğunu, iki yönlü uyarımın depotansiyalize edici etkisinin ASK’yi de içererek, beyin boyunca uzandığını da belirtmişlerdir.

Kaye’nin (24) önerdiği mekanizmaya göre, EMDR, ASK’yi etkileyerek neokortikal bilginin bütünleştirilmesine izin verir. ASK’nin daha üst bölgesi bilginin bilişsel işlenmesinde, daha alt bölge ise afektif işleme-sinde görev alır. EMDR sırasında uyarım ASK üzerinde iki yönlü etki yapar, ters yönlere etkileyerek bilişsel ve semantik işleme-yi karşılıklı olarak baskılar ve düğümün çözülmesini sağlar. İkinci olarak da, EMDR protokolündeki kaynak geliştirme uygulaması ve yenilik arayışı etkilerinin harekete geçirmesiyle, ASK’ye dopaminerjik Ventral Tegmental Alan projeksiyonlarının iyileşmede etkisi olabilir.

Bergman (25), 2008’de yayınlanan makalesinde, EMDR’nin etki mekanizması hakkındaki görüşlerini geliştirmiştir. Travma belleği beynin sağ tarafında lokalize olarak bildirilmektedir. İki yönlü uyarım hemisferler arası iletişime, travma materyalinin konuşma ve dil alanlarıyla bütünleşmesine izin verir. EMDR’nin etkisi ile hemisferik lateralitenin onarılması, bellek bütünleşmesi, somatosensoryal (beden-algı) bütünleşmesi ve dinamik nöral ağların senkronize olması sonucu somatosensoryal-kognitif (beden-algı-biliş) bütünleşme oluşmaktadır. Travma sırasında talamo-kortikal bağlanma bozulur; EMDR talamusu aktive eder, bu bozulmayı onarır.

Yine Bergman (26), yakınlarda yayınlanan bir makalesinde, nörogörüntüleme çalışmalarından gelen bulguları değerlendirmiş ve başarılı bir EMDR tedavisiyle, 1) prefrontal lob aktivitesinde azalma yoluyla

emosyonel düzenlenme, 2) asosiasyon korteksinin artmış düzenlenmesiyle limbik aşırı uyarımın engellenmesi, 3) temporal lob aktivitesinin azalmasıyla travmatik epizodik belleğin aşırı yoğunlaşmasında (consolidation) ve intrusionlarda azalma, 4) oksipital aktivasyonda azalma ile bu bölge ile düzenlenen flash-back’lerin azalması, 5) limbik ve prefrontal alanlar arasındaki işlevsel dengenin sağlanması, 6) artmış talamik aktivasyon bulgusu ile de talamik onarılmanın olduğunu ileri sürmüştür. Nörogörüntüleme çalışmalarının sonuçlarının bellek fonksiyonunda onarıma, işlemsel bellek/odaklanma ve affekt düzenlenmesinde etkileri olduğunu belirtmiştir.

Buraya kadar, EMDR literatüründe önerilen nörobiyolojik mekanizmalar özetlenmiştir. Bu alanda yapılacak çalışmalar hem TSSB, hem bellek, hem de EMDR’nin işleyişi hakkındaki bilgilerimizi arttıracak, daha gelişmiş tedavi seçenekleri sunmamıza olanak verecektir.

Travma çalışmak için EMDR’nin iyi bir seçenek olarak görünmesine karşın, ülkemizde EMDR ile de yapılmış az sayıda yayın vardır, bu da tekniğin yeterince tanınmadığını düşündürmektedir. Gürel (27) yaptığı bir olgu bildiriminde, fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğinde yatan trafik kazası sonrası TSSB ve bedensel yaralanması bulunan ve hiçbir tedaviyi kabul etmeyen bir hastaya iki seans EMDR uygulamış ve hasta travmatik anıların etkisinden kurtularak tedavi sürecini kabul etmiş, iyileşme sürecinin takipte artarak devam ettiğini belirtmiştir. Tutarel-Kışlak (28), kaygı duyarlılığını azaltma ile ilgili olarak 19 üniversite öğrencisi ile yaptığı bir çalışmada, travmaya bağlı ya da belirli durumlarda kaygı duyarlılığı yaşayanların tedavisinde EMDR’nin etkili olduğunu bulmuştur. Yine Tutarel-Kışlak’ın (29) bir başka çalışmasında, travmatik deneyim yaşayan görme engelli bir olguda EMDR yöntemi, dize hafifçe vurma (tapping) şeklinde uygulanmış ve 2 seanslık uygulama sonrası ve takipte, travma belirtilerinin belirgin düzeyde azaldığı görülmüştür. Konuk ve arkadaşları (30), 1999 depremi sonrası TSSB tanısı alan 47 olguya ortalama beş seans 90 dakikalık EMDR uygulamışlar ve katılımcıların bildirimine göre TSSB belirtilerinde belirgin azalma olduğunu bulmuşlardır; 6 ay sonra yapılan izlemede, iyilik halinin devam ettiğini saptamışlardır.

## SONUÇ

Son yıllardaki çalışmalar, disosiyatif bozukluklar (31), konversiyon bozukluğu (32), kronik ağrı (33), otoimmün hastalıklar (34), dolaşım sistemi hastalıkları (35) gibi bir çok hastalık ile travma arasındaki bağlantılara dikkat çekmektedir. Mümkün olan en kısa sürede travmaya müdahale ve tedavisi bu nedenlerle çok önemlidir. Ruh sağlığı çalışanlarının travmaya yönelik girişimlerinde ilaç tedavisi, bilişsel davranışçı yaklaşımlar ve grup uygulamaları yanı sıra, kolay öğrenilen ve kısa sürede yanıt alınma şansı veren EMDR tekniğini de yaygın olarak kullanmaları gerektiğine inanıyoruz.

EMDR, TSSB'nin yanı sıra, kronik ağrı (36), fantom ağrı (37), özgül fobi (38,39), çocuklarda TSSB (40) ve stresle ilgili dermatolojik bozukluklarda (41) kullanılmış ve olumlu sonuçların elde edildiği bildirilmiştir.

Ayrıca, çeşitli tedavi kılavuzlarında EMDR, önerilen yöntemler arasındadır (42,43). Ülkemizde TSSB üzerine yapılan çalışmalar ve klinik gözlemlerimiz travma ve travma ile ilişkili bozuklukların oldukça yaygın olabileceğine işaret etmektedir. Sonuç olarak, travma çalışmak isteyen ruh sağlığı çalışanları için EMDR, çok kısa sürede öğrenilebilme ve uygulayabilme, kısa sürede sonuç alınabilme açılarından iyi bir seçenek olarak görünmektedir.

## Teşekkür

Yazarlar, önerileri ve taslakta yaptığı düzeltici katkılarından dolayı, Doç. Dr. Emine Gül Kaççı'ya teşekkür ederler.

## KAYNAKLAR

1. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *J Anxiety Disord* 1999; 13:35-67.
2. van der Kolk BA, Spinazzola J, Blaustein ME, Hopper JW, Hopper EK, Korn DL, Simpson WB. A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:37-46.
3. Lazrove S, Triffleman E, Kite L, McGlashan T, Rounsaville B. An open trial of EMDR as treatment for chronic PTSD. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68:601-608.
4. Scheck MM, Schaeffer JA, Gillette C. Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *J Trauma Stress* 1998; 11:25-44.
5. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 3:CD003388.
6. Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med* 2006; 36:1515-1522.
7. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J Traumatic Stress* 1998; 2:198-223.
8. Perkins BR, Rouanzoin CC. A critical evaluation of current views regarding eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): clarifying points of confusion. *J Clin Psychol* 2002; 58:77-97.
9. Shapiro F, Maxfield L. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information Processing in the Treatment of Trauma. *J Clin Psychol* 2002; 58:933-946.
10. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. Second ed., New York: Guilford Press, 2001; 4-126.
11. van den Hout M, Muris P, Salemink E, Kindt M. Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *Br J Clin Psychol* 2001; 40:121-130.
12. Işık S. Travma sonrası stres belirtileri olan bireylerde olaya ilişkin dikkat yanlılığı, ayrışma düzeyi ve çalışma belleği uzamı arasındaki ilişkiler. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006.
13. Gilson G, Kaplan S. The therapeutic interview in EMDR: Before and beyond. A Manual for Trained Clinicians. 2000.
14. Bergman U. Speculations on the neurobiology of EMDR. *Traumatology* 1998; 4:4-16.
15. Corrigan F. Mindfulness, dissociation, EMDR, and the anterior cingulate cortex: a hypothesis. *Contemp Hypnosis* 2002; 19:8-17.
16. Stickgold R. EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *J Clin Psychol* 2002; 58:61-75.
17. Bergmann U. Further thoughts on the neurobiology of EMDR: The role of the cerebellum in accelerated information processing. *Traumatology* 2000; 6:175-200.
18. Denny N. An orienting reflex/external inhibition model of EMDR and thought field therapy. *Traumatology* 1995; 1:1-6.
19. Armstrong MS, Vaughan K. An orienting response model of eye movement desensitization. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1996; 27:21-32.
20. Andrade J, Kavanagh D, Baddeley A. Eye movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post traumatic stress disorder. *Br J Clin Psychol* 1997; 36:209-223.

21. [MacCulloch MJ, Feldman P. Eye movement desensitisation treatment utilizes the positive viscerale element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: a theoretical analysis. Br J Psychiatry 1996; 169:571-579.](#)
22. [Barrowcliff AL, Gray NS, Freeman TCA, MacCulloch MJ. Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. J Forens Psychiatry Psychol 2004; 15:325-345.](#)
23. [Rasolkhani-Kalhorn T, Harper ML. EMDR and low frequency stimulation of the brain. Traumatology 2006; 12:9-24.](#)
24. [Kaye B. Reversing reciprocal suppression in the anterior cingulate cortex: A hypothetical model to explain EMDR effectiveness. Journal of EMDR Practice and Research 2007; 2:88-99.](#)
25. [Bergman U. The Neurobiology of EMDR: Exploring the thalamus and neural integration. Journal of EMDR Practice and Research 2008; 4:300-314.](#)
26. [Bergman U. EMDR's Neurobiological mechanisms of action: A survey of 20 years of searching. Journal of EMDR Practice and Research 2010; 4:22-42.](#)
27. [Gürel D. 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 J Med Sci 2004; 24:689-696.](#)
28. [Tutarel-Kışlak Ş. Kaygı duyarlılığını azaltmada göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme \(EMDR\) tedavisi. Turkish Journal of Psychology 2004; 19:49-65.](#)
29. [Tutarel-Kışlak Ş. Görme engelli bireyde göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme tedavi yönteminin dize hafifçe vurma alternatifinin uygulaması: bir olgu sunumu. Türk Psikoloji Yazıları 2004; 7:77-90.](#)
30. [Konuk E, Knipe J, Eke I, Yuksek H, Yurtsever A, Ostep S. The effects of eye movement desensitization and reprocessing \(EMDR\) therapy on posttraumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. Int J Stress Manag 2006; 13:291-308.](#)
31. [Sar V, Akyüz G, Doğan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. Psychiatry Res 2007;149:169-176.](#)
32. [Sar V, Akyüz G, Dogan O, Oztürk E. The prevalence of conversion symptoms in women from a general Turkish population. Psychosomatics 2009;50:50-58.](#)
33. [Sharp TJ. The prevalence of post-traumatic stress disorder in chronic pain patients. Curr Pain Headache Rep 2004;8:111-115.](#)
34. [Boscarino JA. Posttraumatic stress disorder and physical illness, result from clinical and epidemiologic studies. Ann NY Acad Sci 2004; 1032:141-153.](#)
35. [Gander ML, von Känel R. Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2006; 13:165-172.](#)
36. [Grant M, Threlfo C. EMDR in the treatment of chronic pain. J Clin Psychol 2002; 58:1505-1520.](#)
37. [Schneider J, Hofmann A, Rost C, Shapiro F. EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. Pain Med 2008; 9:76-82.](#)
38. [De Jongh A, van den Oord HJ, Ten Broeke E. Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of specific phobias: Four single-case studies on dental phobia. J Clin Psychol 2002;58:1489-1503.](#)
39. [De Jongh A, Ten Broeke E, Renssen MR. Treatment of specific phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing \(EMDR\): protocol, empirical status, and conceptual issues. J Anxiety Disord 1999; 13:69-85.](#)
40. [Ahmad A, Larsson B, Sundelin-Wahlsten V. EMDR treatment for children with PTSD: results of a randomized controlled trial. Nord J Psychiatry 2007; 61:349-354.](#)
41. [Gupta MA, Gupta AK. Use of eye movement desensitization and reprocessing \(EMDR\) in the treatment of dermatologic disorders. J Cutan Med Surg 2002; 6:415-421.](#)
42. [Benedek DM, Friedman MJ, Zatzick D, Ursano RJ. APA Guideline Watch: Practice Guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder, 2009;1-12.](#)
43. [National Collaborating Centre for Mental Health \(NCCMH\). Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline No. 26. London: Gaskell and the British Psychological Society, 2005.](#)