

# Majör Depresyon Hastalarında Travmatik Yaşantılar Sonrası EMDR Uygulamasının Tedaviyi Güçlendirici Etkileri: Olgu Serisi

Murat Semiz<sup>1</sup>, Serdar Atik<sup>1</sup>,  
Murat Erdem<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,  
Ankara - Türkiye



## ÖZET

Majör depresyon hastalarında travmatik yaşantılar sonrası EMDR uygulamasının tedaviyi güçlendirici etkileri: Olgu serisi

Depresyon yineleyici ve süregelen bir süreci olan mortalite ve morbidite açısından ciddi sonuçlara yol açabilen yaygın bir bozukluktur. Depresyon hastalarının yaklaşık yansının ilk tedaviye yanıtı yetersiz olmakla birlikte hastaların %20'si herhangi bir ilaçtan fayda görmemektedir. Bu yazı depresyon tanısıyla ilaç tedavisi alan üç hastanın göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) müdahalesi ile şikayetlerindeki değişimi anlatmaktadır. 28-44 yaş aralığında üç kadın depresyon hastasına EMDR uygulanmıştır. İki hastanın ilaç tedavisi venlafaksin 150mg/gün ve mirtazapin 30mg/gün, diğer hastanın ilaç tedavisi ise bupropion 300mg/gün ve mirtazapin 30mg/gün idi. Hastalara 6-8 seans EMDR uygulanmıştır. Hastaların travmatik yaşam olayları çalışılmıştır. Hastalara EMDR öncesi ve sonrası olmak üzere iki defa Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DSKÖ) doldurtuldu. EMDR terapisi sonrası üç hastada da BDE, BAE ve DSKÖ puanlarında önemli düzeyde azalma saptandı. Bu yazıda depresyon hastalarına EMDR ile müdahale edilmesinin yararlı olduğu gösterilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Depresyon, EMDR, güçlendirme, travmatik yaşantılar

## ABSTRACT

Treatment augmentation effects of EMDR intervention after traumatic experiences in patients with major depression: a case series

Depression is a frequent disorder that may have a recurring and chronic course with a potentially serious impact on morbidity and mortality. While around half of the patients show an inadequate response to initial antidepressant therapy, as many as 20% of patients with chronic depression do not benefit from any other alternative drugs. In this case series, three patients diagnosed with depression were treated with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Three women (aged 28-44 years) diagnosed with depression were admitted to EMDR therapy. All patients actually underwent antidepressant treatment. Two patients received 150mg/day venlafaxine and mirtazapine, one patient 300mg/day bupropion and 30mg/day mirtazapine. Six to eight sessions of EMDR were applied to the patients. Before and after treatment, patients completed Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and State-Trait Anxiety Inventory (STAI). After treatment, there was a statistically significant reduction in patient-reported BDI, BAI, and STAI scores. EMDR therapy augmentation was effective in the treatment of patients with depression.

**Keywords:** Depression, EMDR, augmentation, traumatic experiences

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Murat Semiz,  
Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim  
Dalı, Etilik/Ankara, Türkiye

Telefon / Phone: +90-312-304-4536

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
drmuratsemiz@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
19 Haziran 2015 / June 19, 2015

İlk düzeltme öneri tarihi /  
Date of the first revision letter:  
2 Temmuz 2015 / July 2, 2015

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
15 Temmuz 2015 / July 15, 2015

## GİRİŞ

Depresyon, tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluk olmasının yanı sıra, eşlik eden ciddi komplikasyonlardan dolayı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (1). Araştırmalar ve klinik

kanıtlar esas alındığında depresyon tedavisinde başlıca üç tedavi biçimi vardır; psikofarmakolojik ajanlar (Antidepresanlar, antipsikotikler ve duygudurumu düzenleyiciler), psikoterapiler (Kognitif Davranışçı Psikoterapi [KDT], Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi [KİP], psikoanalitik psikoterapi) ve psikosomatik sağaltım

(Elektrokonvulzif tedavi, Trans-kranial Manyetik Stimülasyon) uygulamalarıdır (2,3).

Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing), son yıllarda oldukça ilgi çeken terapi yöntemlerinden biridir. EMDR; psikodinamik, bilişsel, davranışçı ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi çok iyi bilinen farklı yaklaşımların öğelerini bir araya getiren bir yöntemdir (4). Pek çok çalışmada EMDR'nin TSSB'de etkili olduğu gösterilmiştir (4). TSSB'nin yanı sıra diğer anksiyete bozukluklarından panik bozukluk, fobiler, psikosomatik hastalıklarda EMDR'nin etkin olduğu olgu sunumları ile bildirilmiştir (5).

Literatürde EMDR'nin depresyon hastalarında kullanımını ile ilgili sınırlı düzeyde bilgi bulunmaktadır (6,7). Bu yazıda uygun sürede etkili dozda antidepresan ilaç kullanan üç hastanın tedavisine eklenen EMDR uygulamasının ruhsal etkileri incelenmiştir. EMDR uygulamaları Dr. M.S. tarafından gerçekleştirilmiştir. Dr. M.S. birinci düzey EMDR eğitimi almıştır.

## OLGULAR

Bütün hastalar bilgilendirilmiş yazılı onam verdiler.

### Olgu 1

Bayan F, 34 yaşında, evli, üniversite mezunu, bir erkek çocuk sahibi hasta mutsuzluk hayattan zevk almama karamsarlık şikayetleri ile psikiyatri polikliniğine başvurdu. Yaklaşık bir yıldır içine kapanmış arkadaşlarıyla görüşmek istemiyormuş, eskiden keyif aldığı aktiviteleri artık yapmak istemiyormuş, karamsarmış. Hastanın ruhsal durum muayenesinde duygulanım çökkün, düşünce süreci doğal içeriğinde hastalığı ile ilgili sıkıntıları vardı. Hastanın özgeçmişinde 8 yıl önce iş yerinde geçirdiği kaza sonrasında sağ gözü yaralandığı, hastaneye yatırıldığı, sağ gözünün opere edildiği fakat görme fonksiyonunu yitirdiği anlaşılmaktaydı. Kaza sonrası eşiyile sorunlar yaşamaya başlamış. Hastaya venlafaksin 75mg/gün başlanmış fakat şikayetlerinde gerileme olmayınca 150mg/gün olarak ilaç dozu artırılmış ve tedaviye 30mg/gün mirtazapin eklenmiş. Hasta son iki aydır ilaçlarını düzenli

kullanmasına rağmen depresif belirtilerinde kısmen azalma gözlenmiş. Hastaya DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I/CV) uygulandı ve depresyon tanısı saptandı. Hastanın psikometrik değerlendirilmesinde Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanı 34, Beck Anksiyete Envanteri (BAE) puanı 12, Süreklilik Kaygı Ölçeği (SKÖ) puanı 34 ve Durumluluk Kaygı Ölçek (DKÖ) puanı 37 olarak saptandı. Hastanın travmatik yaşantılar açısından sağ gözü ile ilgili yaşadığı kaza ve 3 yıl önce eşinin uyguladığı fiziksel şiddet değerlendirildi. Hastada travmatik yaşantıları temsil eden resim oluşturuldu, "ben güçsüzüm" olumsuz bilişine karşılık "ben güçlüyüm" bilincine inancı geçerliliği (VOC:1-7) iki puandı. Üzüntü duygusu vardı ve tedavinin başlangıcında rahatsızlığının öznel değerini (SUD:1-10) sekiz olarak bildirdi. Beden taramasında başında ağrı olduğunu ifade etti. SUD değeri altı olduğu için ilk seans ışık tekniği uygulanarak sonlandırıldı. İlerleyen seanslarda eşinden şiddet gördüğü sahneler üzerine de çalışıldı. Hastanın olumlu bilişinin yerleştirilmesinde üniversitedeki başarı gösterdiği anılar kaynak olarak kullanıldı. Dördüncü ve beşinci EMDR seansında; sol gözü ile hayatını başarılı bir şekilde sürdürebildiğini, arkadaşları tarafından her şeye rağmen güçlü biri olarak görüldüğünü ve ailesinin sorunlarına bile çare bulan kişi olduğunu bildirmekteydi. Bu anılarla ilgili sıkıntısı belirgin azalmıştı. Altı seans EMDR uygulandıktan sonra yapılan psikometrik değerlendirmelerde BDE puanı 22, BAE puanı 7, SKÖ puanı 30 ve DKÖ puanı 31 olarak saptandı.

### Olgu 2

Bayan H, 36 yaşında, evli, ilkokul mezunu, üç çocuk sahibi hasta, iç sıkıntısı, bitkinlik, mutsuzluk ile psikiyatri polikliniğine başvurdu. Hasta enerjisinin olmadığını sabahtan akşama kadar sürekli uyumak istediğini ev işlerini yapamadığını ifade ediyordu. Ruhsal durum muayenesinde konuşma miktarı azalmış, duygulanım çökkün düşünce içeriğinde evi ile ilgili sorunlar vardı. Hastanın özgeçmişinde depresif belirtilerin yaklaşık 9 yıl önce başladığı essitalopram, sertralin, fluoksetin, mirtazapin ve adını hatırlamadığı

bazı ilaçlar kullandığını dönem dönem iyilik hallerinin olduğu anlaşılmaktaydı. Son dönemde yaşadığı şikayetler yaklaşık iki yıl önce başlamış, bir yıl önce bupropion ilacı başlanmış. Hasta son üç aydır bupropion 300mg/gün ve mirtazapin 30mg/gün kullanmasına rağmen mutsuz olduğunu ifade ediyordu. Hastaya DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I/CV) uygulandı ve depresyon tanısı saptandı. Hastanın psikometrik değerlendirilmesinde BDE puanı 29, BAE puanı 11, SKÖ puanı 36 ve DKÖ puanı 38 olarak saptandı. Hastanın travmatik yaşantılar açısından çocukluk yıllarında babasının annesine ve eşinin ailesinin hastamıza uyguladığı fiziksel şiddet sahneleri çalışıldı. Hastada travmatik yaşantıları temsil eden resimler oluşturuldu, “ben aptalım” olumsuz bilişine karşılık “ben başarılıyım” olumlu bilincine inanç geçerliliği (VOC:1-7) bir puandı. İç sıkıntısı duygusu vardı ve tedavinin başlangıcında rahatsızlığının öznel değerini (SUD:1-10) dokuz olarak bildirdi. Beden taramasında göğsünde sıkışma olduğunu ifade etti. SUD değeri altı olduğu için ilk seans ışık tekniği uygulanarak sonlandırıldı. İlerleyen seanslarda eşinin ailesinden şiddet gördüğü sahneler üzerine de çalışıldı. Hastanın güçlendirilmesinde ve olumlu bilişinin yerleştirilmesinde kardeşlerinin sorunlarını tek başına çözdüğü anılar kaynak olarak kullanıldı. Beşinci EMDR seansında; dışarıdan ortaokulu ve liseyi bitirip çalışmaya başlayabileceğini düşünüyordu. Bu anılarla ilgili sıkıntısı belirgin azalmıştı. Sekiz seans EMDR uygulandıktan sonra yapılan psikometrik değerlendirmelerde BDE puanı 17, BAE puanı 7, SKÖ puanı 30 ve DKÖ puanı 31 olarak saptandı.

### Olgu 3

Bayan M, 44 yaşında, evli, lise mezunu, iki çocuk sahibi hasta, yaklaşık 15 ay önce başlayan ağlama isteği, mutsuzluk, karamsarlık uyumakta güçlük yaşama ve huzursuzluk şikayetleri ile psikiyatri polikliniğine başvurdu. Hasta sık sık ağlamak istediğini, içinde anlam veremediği sıkıntılarının olduğunu, hiçbir aktiviteden zevk almadığını kimseyle konuşmak istemediğini ifade ediyordu. Çalışmak istemiyor görevlerini

sürekli erteliyormuş. Ruhsal durum muayenesinde konuşma miktarı azalmış, duygulanım çökkün düşünce içeriğinde evi ile ilgili sorunlar vardı. Hasta son üç aydır venlafaksin 150mg/gün ve mirtazapin 30mg/gün kullanmasına rağmen mutsuzluğunun ve iç sıkıntısının tam olarak iyileşmediğini ifade ediyordu. Hastanın özgeçmişinde yaklaşık 4 yıl önce benzer depresif belirtilerin olduğu essitalopram ve adını hatırlamadığı bazı ilaçların verildiği fakat hastanın ilaçlarını düzenli kullandığı anlaşılmaktaydı. Hastaya DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I/CV) uygulandı ve depresyon tanısı saptandı. Hastanın psikometrik değerlendirilmesinde BDE puanı 33, BAE puanı 19, SKÖ puanı 39 ve DKÖ puanı 40 olarak saptandı. Hasta, lise öğrencisiyken tanımadığı kişilerden fiziksel şiddet görmüş. Altı yıl önce silahlı saldırıya uğramış ve bir yakını bu saldırıda öldürülmüş. Hastada travmatik yaşantıları temsil eden resimler oluşturuldu, “ben suçluyum” olumsuz bilişine karşılık “Elimden geleni yaptım” olumlu bilincine inanç geçerliliği (VOC:1-7) iki puandı. Üzüntü duygusu vardı ve tedavinin başlangıcında rahatsızlığının öznel değerini (SUD:1-10) 10 olarak bildirdi. Beden taramasında kollarında uyuşukluk, midesinde baskı hissi olduğunu ifade etti. SUD değeri sekiz olduğu için, ilk seans ışık tekniği ve güvenli yer egzersizleri uygulanarak sonlandırıldı. İlerleyen seanslarda lisede şiddet gördüğü sahneler üzerine de çalışıldı. Hastanın güçlendirilmesinde ve olumlu bilişinin yerleştirilmesinde, çocuklarının sorunlarında tek başına sorumluluk aldığı ve başarılı olduğu anılar kaynak olarak kullanıldı. Hasta ilerleyen seanslarda, çalışabilecek gücü hissettiğini ve işine döneceğini bildirdi. Sekiz seans EMDR uygulandıktan sonra yapılan psikometrik değerlendirmelerde BDE puanı 21, BAE puanı 11, SKÖ puanı 32 ve DKÖ puanı 31 olarak saptandı.

### TARTIŞMA

Tüm seçeneklere rağmen ilaç tedavilerine yanıt alamayan, yeterli düzeyde şikayetlerinde iyileşme olmayan, ilacın bırakılmasından hemen sonra depresif belirtileri tekrarlayan, ilaç kullanmak istemeyen veya

olası yan etkilerden dolayı ilaç kullanamayan (gebelik gibi) önemli sayıda depresyon hastası bulunmaktadır (8). Bu sorunlar, hekimleri depresyon tedavisinde psikosomatik sağaltım yöntemlerine veya psikoterapilere yönlendirmektedir.

Depresyon tedavisinde önemli seçeneklerden biri de psikoterapilerdir. Ancak, tüm dünyada depresyonun yaygın görülmesi ve hasta sayısının her geçen gün artmasına karşın yeterli sayıda psikoterapi yapabilecek yetkin terapistin bulunmaması ve psikoterapi yapmak için gerekli zaman veya mekan gibi teknik imkansızlıklardan dolayı bir çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de depresyon tedavisinde psikoterapi seçeneği ilaçlar kadar sık kullanılmamaktadır (9,10). Literatürde psikoterapi yöntemlerinden sadece KDT ve KİP'in depresyon tedavisinde yararlı olduğuna dair yeterli düzeyde araştırma bulunmaktadır (11,12). EMDR ile ilgili ise az sayıda çalışma bulunmaktadır (7). Bae ve arkadaşları (6), depresyon tanısı konulan iki ergene üç ve yedi seans olmak üzere EMDR terapisi uyguladığı olgu sunumu bulunmaktadır. Bae ve arkadaşları (6), bu hastaların EMDR uyguladıktan sonra anlamlı düzeyde iyileşmenin görüldüğünü bildirmiştir. Bizim olgularımız da düzenli ilaç tedavisi kullanmalarına rağmen tedaviye kısmi yanıtın olduğu depresyon hastalarıydı ve yapılan 6-8 seans EMDR ile şikayetlerinde azalma gözlemlendi.

EMDR'nin depresyondaki işleyiş mekanizması henüz bilinmemektedir. Shapiro (13), EMDR'nin işleyiş şeklini Uyumsal Bilgi İşleme (UBİ) olarak isimlendirdiği bir mekanizma ile açıklamıştır. Sıkıntı veren anıların, beyinde yeterince işlenemediği ve düğümlendiği, uygun olmayan şekilde depolandığı bildirilmiştir (14). Önce travmatik anılar hedeflenir ve çözülür, ardından EMDR şimdiki durumlara yönelir. EMDR'nin bu anıları işlenmesini (reprocessing) kolaylaştırarak travmatik anıların çözümlendiği savunulmuştur (15). Vitriol ve arkadaşları (16), depresyon hastalarının özgeçmişinde travmatik yaşantıların yaygın görüldüğünü saptamış olup hastaların iyileşmesinde ilaç tedavilerinin yanında travmaya yönelik müdahalelerin gerekliliğini önermiştir. Bockting ve arkadaşları (17), ruhsal travmanın depresyonun yineleyici ve dirençli olması açısından

yatkınlaştırıcı bir etken olduğunu göstermiştir. Bu yazıda da depresyon hastalarında travmatik yaşantıların sorgulanmasının önemli olduğu bildirilmiştir. Travmanın işleyişinin sürdürülmesinin ve olumsuz bilişlere müdahale edilmesinin travmanın rahatsız edici etkilerinden (bedensel, bilişsel ve duygusal etkiler) kurtulmaya olanak sağladığı düşünülmüştür (4). Hastalarımızda da terapi sürecinde olumlu bilişlerin geçerliliğinin arttığını gördük. Depresyon düzeyindeki iyileşme, EMDR'nin travmatik yaşantılara müdahalesinin yanı sıra hastalardaki olumsuz bilişlerin değişimi ile ilgili olabileceğini düşünmekteyiz.

Bu yazının en önemli kısıtlılıkları hastalara travmatik yaşantıları ile ilgili ölçek uygulanmaması ve olgu sayısının az olmasıdır. EMDR alışılmış tedavilerden farklı olarak hem biliş, hem duygu, hem de beden ile çalışır ve buralarda oluşan düğümün çözümüne yönelir. EMDR'nin beden duyularına etkisi göz önüne alındığında; depresyon ölçeklerindeki iyileşmede, ölçekteki beden ile ilgili maddelerdeki düzelmenin de katkısının olduğunun unutulmaması gerekir. Bu durum hastanın genel yaşam kalitesinin de arttığına işaret eder. Hastaların öyküleri değerlendirildiğinde, kronik tekrarlayan ya da çocukluk travmalarının var oluşu olguların Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu (K-TSSB) özelliklerinin karşıladığını düşündürmektedir. K-TSSB ise alışılmış tedavilerden uzun ve farklı yaklaşımları gerektiren bir bozukluktur. Hastaların travmatik yaşantıları; SUD düzeyi 0-1, VOC düzeyi 6-7 ve beden taraması negatif olana dek sürdürülmesine rağmen çoklu travması olan hastalarda 6-8 seans yetersiz kalmış olabilir veya hastaların bildirmediği çalışılmamış başka travmatik yaşantılar olabilir. İleride yapılacak çalışmalarda benzeri durumlar için daha fazla terapi seansı uygulanması düşünülmelidir.

Sonuç olarak; bu olgu serisi ile tedaviye yetersiz yanıt veren depresyon hastalarında travmatik yaşantıların sorgulanmasının ve bu anılara EMDR ile müdahale edilmesinin önemli olduğu gösterilmiştir. Depresyon hastalarında EMDR'nin etkinliğinin araştırılması için, hasta sayılarının artırılıp uzun süreli takiplerin yapıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Katkı Kategorileri	Yazarın Adı
Olgunun takibi	M.S., S.A.
Literatür araştırması	M.S., S.A., M.E.
Makalenin yazımı	M.S., M.E.
Makalenin gözden geçirilerek revize edilmesi	M.S., S.A., M.E.

**Çıkar çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

**Finansal destek:** Yazalar finansal destek beyan etmemişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2000; 1:41-47.
2. Yazıcı O. Tedaviye dirençli depresyon. *Klinik PsikoFarmakoloji Bülteni* 1999; 9:68-77.
3. Çetin M. Tedaviye Dirençli Depresyonlarda Yeni Antipsikotiklerin Yeri. *Klinik PsikoFarmakoloji Bülteni* 2010; 20(Ek 1):15-25.
4. Kavakçı Ö, Doğan O, Kuğu N. EMDR (Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme): Psikoterapide farklı bir seçenek. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2010; 23:195-205. **[CrossRef]**
5. Kavakçı Ö, Yenicesu Gİ. Hiperemesis gravidarum tedavisi için göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) tedavisi: Olgu serisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014; 27:335-341. **[CrossRef]**
6. Bae H, Kim D, Park YC. Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression. *Psychiatry Investig* 2008; 5:60-65. **[CrossRef]**
7. Hase M, Balmaceda UM, Hase A, Lehnung M, Tumani V, Huchzermeier C, Hofmann A. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. *Brain Behav* 2015; 5:1-9. **[CrossRef]**
8. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000; 320:26-30. **[CrossRef]**
9. Mohr DC, Ho J, Hart TL, Baron KG, Berendsen M, Beckner V, Cai X, Cuijpers P, Spring B, Kinsinger SW, Schroder KE, Duffecy J. Control condition design and implementation features in controlled trials: a meta-analysis of trials evaluating psychotherapy for depression. *Transl Behav Med* 2014; 4:407-423. **[CrossRef]**
10. Bilican I, Soygüt G. Türkiye’de eğitim sürecinde olan ve deneyimli psikoterapistlerin mesleki gelişim süreçleri. *Türk Psikiyatri Derg* 2015; 26:249-260. **[CrossRef]**
11. van Hees ML, Rotter T, Ellermann T, Evers SM. The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2013; 13:22. **[CrossRef]**
12. van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, Fjorback LO, Piet J. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clin Psychol Rev* 2015; 37:26-39. **[CrossRef]**
13. Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*. New York: Guilford Press 2001.
14. Shapiro F. The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *Perm J* 2014; 18: 71-77. **[CrossRef]**
15. McGuire TM, Lee CW, Drummond PD. Potential of eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychol Res Behav Manag* 2014; 7:273-283.
16. Vitriol V, Cancino A, Weil K, Salgado C, Asenjo MA, Potthoff S. Depression and psychological trauma: an overview integrating current research and specific evidence of studies in the treatment of depression in public mental health services in Chile. *Depress Res Treat* 2014; 608671. **[CrossRef]**
17. Bockting CL, Hollon SD, Jarrett RB, Kuyken W, Dobson K. A lifetime approach to major depressive disorder: the contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clin Psychol Rev* 2015; 41:16-26. **[CrossRef]**