

Travma Odaklı Terapilerin Teorik Temelleri, Klinik Uygulamaları ve Bilimsel Destekleri

Theoretical Foundations, Clinical Applications and Evidence Base of Trauma-Focused Psychotherapies

Ebru ŞALCIOĞLU^{a,b}

^aDABATEM Davranış Bilimleri Araştırma ve Tedavi Merkezi,
^bİstanbul Arel Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü,
Klinik Psikoloji Doktora Programı,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 21.07.2017
Kabul Tarihi/Accepted: 23.10.2017

Yazışma Adresi/Correspondence:

Ebru ŞALCIOĞLU
DABATEM Davranış Bilimleri Araştırma ve Tedavi Merkezi,
İstanbul Arel Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü,
Klinik Psikoloji Doktora Programı,
İstanbul, TÜRKİYE
esalcioğlu@dabatem.org

ÖZET Klinik tedavi araştırmalarını özetleyen meta-analizler travma sonrası stres hastalığında en etkili tedavilerin travma odaklı psikoterapiler olduğunu göstermektedir. Bunlar travmatik olayın kişi üzerinde yarattığı etkileri onun travmayla ilişkili düşünce, duygu ve davranışlarını değiştirerek ortadan kaldırmayı hedefleyen bilişsel ve davranışçı terapiler (BDT) ile göz hareketleriyle duyarısızlaştırma ve yeniden işlemedir (EMDR). Bu yazıda bu terapilerin teorik altyapıları, klinik uygulamaları, iyileşme sağlamada ne kadar etkili oldukları, danışanlar tarafından ne kadar kabul edildikleri ve klinik ortamlarda uygulanabilirlikleri değerlendirilmiştir. Ayrıca, BDT protokollerinde kullanılan her bir tedavi yönteminin iyileşmeye katkısı belirleyebilmek için yapılan bir meta-analiz bulguları verilmiştir. Terapi protokolleri travmayla ilişkili çevresel uyaranların yerinde üstüne gitme yöntemini barındırdığı zaman tedavi etkisinin arttığı, bu etkinin kısa sürede ortaya çıktığı ve takip dönemlerinde artarak kalıcılaştığı görülmektedir. Araştırmalar tedavide odağın korku ve diğer olumsuz duyguların azalmasıyla bu duygular ve bunları tetikleyen stresörler üzerinde kontrol duygusu sağlamaya kaymasının özellikle süregiden stresörlerin var olduğu afet ve savaş ortamlarında tedavi etkisini arttıracakını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Stres bozuklukları, post-travmatik; travma-odaklı psikoterapiler; davranış tedavisi; bilişsel terapi; göz hareket duyarısızlaştırma işlemi; maruz bırakma

ABSTRACT Meta-analyses based on randomized controlled trials concluded that trauma-focused psychotherapies are most effective treatments for posttraumatic stress disorder. These include cognitive and behavioral therapies (CBT) and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). This article reviews these treatments in terms of their theoretical background, clinical application, efficacy, tolerability, and applicability in clinical settings. Furthermore, it presents the findings of a meta-analysis which examined the efficacy of CBT protocols with respect to their main therapeutic interventions. The findings show that trauma-focused treatments that include live exposure to environmental trauma reminders and cues achieve the highest levels of improvement in a short period of time and maintain and increase their effects in post-treatment follow-up phase. Studies show that moving away from a focus on reduction of fear and other negative emotions during live exposure to development of sense of control over them will enhance treatment effects in post-disaster settings characterized by ongoing stressors.

Keywords: Stress disorders, post-traumatic; trauma-focused psychotherapies; behavior therapy; cognitive therapy; eye movement desensitization reprocessing; exposure

Travma Sonrası Stres Hastalığı (TSSH),* travmatik olaylar deneyimlemiş kişilerde en sık görülen ruh sağlığı sorunudur. Tarih boyunca insanlar travmatik olaylar yaşamış olsalar da bu olayların ruh sağlığı üzerinde etkilerinin

* Türkçe'ye İngilizce'den 'bozukluk' olarak alınan 'disorder' kelimesi İngilizce'de 'normal fiziksel ve ruhsal işlevleri aksatan hastalık' olarak tanımlanmaktadır (bkz. Oxford Dictionaries). Türk Dil Kurumu 'bozukluk' kelimesini 'bozuk olma durumu' olarak tanımlarken, hastalık kavramını 'organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla sağlığın ve ruh sağlığının bozulması durumu' olarak tanımlar (bkz. www.tdk.gov.tr). Dolayısıyla, kavramsal olarak 'hastalık' kelimesi 'disorder' kelimesini daha iyi karşıladığından bu yazıda kullanımı tercih edilmiştir.

TSSH tanısı altında tanımlanması ve psikiyatrik sınıflandırma sistemine alınması 1980 yılında olmuştur. Bu tarihten günümüze dek TSSH için çok sayıda psikolojik tedavi protokolü geliştirilmiş ve bunların etkileri araştırmalarda sınanmıştır. Seçkisiz kontrollü klinik deneylerin bulgularını derleyen meta-analizler TSSH'de etkili psikolojik tedavilerin travma odaklı psikoterapiler olduğunu göstermektedir.^{1,2} Travma odaklı psikoterapiler travmatik olayın kişi üzerinde yarattığı etkileri onun travmayla ilişkili düşünce, inanç, duygu ve davranışlarını değiştirerek ortadan kaldırmayı hedefleyen yaklaşımlardır. En sık kullanılan travma odaklı psikoterapiler; uyarının üstüne gitme* tedavisi (exposure treatment), bilişsel yeniden yapılandırma, düşünce ve davranışı değiştirmeye yönelik çeşitli yöntemleri harmanlayan bilişsel ve davranışçı terapi (BDT) ve göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işlemedir (EMDR). Bu yazıda bu terapilerin teorik altyapıları, uygulamaları, iyileşme sağlamada ne kadar etkili oldukları, danışanlar tarafından ne kadar kabul edildikleri (tedaviye tolerans) ve klinik ortamlarda uygulanabilirlikleri gözden geçirilecektir. Bu gözden geçirmenin bulgularından yola çıkılarak afet ve savaş koşulları için en uygun tedavi yaklaşımı tartışılacaktır.

DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM: OLUMSUZ DUYGU YARATAN UYARANIN ÜSTÜNE GİTME

TEORİ

Davranışçı tedavinin temel yöntemlerinden olan olumsuz duygu yaratan uyarının üstüne gitme, danışanı travmayla ilintili kaygı, korku ya da sıkıntı yarattığı için kaçtığı ve kaçındığı iç (travmayla ilgili anılar) ve dış uyarımlarla karşı karşıya getirme yöntemidir. Bu yöntem TSSH için geliştirilen tedavi protokolleri içinde etkili olduğuna dair en güçlü bilimsel destek alan terapi yöntemi-³

midir.³ Bu yöntemin iyileşmeye yol açan etkisini (yani etki mekanizmasını) açıklayan çeşitli kavramlar öne sürülmektedir: sönme, alışma, düzeltici öğrenme, ketleyici öğrenme süreçleri ve kontrol duygusunun artması. Aşağıda bu kavramların teorik temelleri ele alınacaktır.

Mowrer'ın İki Faktörlü Öğrenme Teorisi uyarının üstüne gitmenin etkisini klasik ve edimsel koşullanma ilkeleriyle açıklar.⁴ Buna göre, belirli uyarılara yönelik korku (ya da diğer olumsuz duygular) klasik koşullanma yoluyla, bu uyarılardan kaçma ve kaçınma edimsel koşullanma yoluyla öğrenilir. Travmatik olay (koşullanmamış uyarın) sırasında olumsuz duygular (koşullanmamış tepki) yaşayan kişi o sırada etrafında bulunan uyarımlarla (koşullanmış uyarın) daha sonra karşılaşınca kaygı, korku, sıkıntı yaşar (koşullanmış tepki) ve zamanla uyarın genelleşmesi ve üst düzey koşullanma ile çok sayıda uyarın karşısında bu duyguları hisseder. Bu uyarılardan kaçma ve kaçınma kişinin olumsuz duygularında azalma sağladığı için pekişir ve zamanla kaçınma davranışları artar. Korku tepkisi yaratan uyarımlarla olumsuz bir sonuç yaşamaksızın sistematik bir şekilde karşı karşıya kalmak uyarınla korku arasındaki ilişkinin kırılmasına, yani korku tepkisinde sönme yol açar. Klinik alanda yaygın etki yaratmasına rağmen İki Faktörlü Öğrenme Teorisi kaçınma davranışını öğrenmeyle ilişkili bazı deneysel çalışmaların sonuçlarını ve klinik gözlemleri açıklayamadığı için çeşitli eleştirilere uğramıştır ve zamanla etkisini yitirmiştir.⁵

Korku yaratan uyarınla kişi karşı karşıya bırakıldığında onun öz bildirimine dayanan korkusunda ve fizyolojik uyarılmışlık belirtilerinde azalma gözlemlenmesi, uyarının üstüne gitmenin iyileşmeye yol açan etkisini açıklayan bir model olarak alışma kavramının kabul edilmesine neden oldu.⁶ Buna göre, kişi kendisinde kaygı, korku ya da sıkıntı yaratan iç ve dış uyarımların üstüne gidince bu duygusal tepkilerinde azalma ortaya çıkacaktır. Alışmanın düzeltici öğrenme sağlayarak bilişsel değişiklik için ilk adım olduğunu öneren Duygusal İşlem Teorisi uzun yıllar kabul gören etkili bir diğer teorik model olmuştur.^{7,8} Bu teoriye göre korku tehlikeden kaçmayı programlayan bir bilişsel yapı olarak bellekte temsil edilir. Bu korku yapısı a) korkuya neden olan uyarımların temsili, b) korkuyla ilişkili tepkiler (örn. fiziksel belirtiler, donma, kaçma, vb) ve c) uyarımlarla tepkilerin anlamını içeren bilişlerden (örn. tehlike değerlendirmesi) oluşur. Kişi bu yapıyı etkinleştiren uyarınla karşılaşınca çeşitli bilişsel, davranışsal ve fizyolojik tepkiler tetiklenir. Çoğu zaman kişinin belleğindeki uyarın tehdit ilişkisi gerçekçidir ve onu tehlikeden koruya-

* "Exposure" yöntemi kişiyi tedavide sıkıntı veya korku gibi herhangi bir olumsuz duygu yaratan ve dolayısıyla kaçınılan durumun veya uyarının üstüne gitmesini sağlamak anlamına gelmektedir. Psikoloji sözlüğü bu yöntemi "maruz bırakma" olarak çözümler. Ancak, bu terim tedavinin hastanın kendi istemi dışında uygulandığı gibi yanlış bir anlam taşımaktadır. 1990'lı yıllarda bu yöntemin etki mekanizmasının rahat-sız edici uyarına "alışma" (habituation) olduğu varsayıldığı için Türkçe karşılığı olarak "alıştırma tedavisi" önerilmiş ve bu terim günümüze kadar kullanılmamıştır. Ancak, bu yazıda ele alınacağı üzere, daha sonraki yıllarda yapılan araştırmalar bu tedavinin iyileşmeye yol açan etkisinin kişinin uyarına alışması değil, uyarın ve yarattığı olumsuz duygular üzerinde kontrol duygusu geliştirmesi olduğunu göstermektedir. Kişinin kontrol duygusunun gelişmesi için uyarından kaçınma yerine, üstüne gitmesi gerekmektedir. Dolayısıyla, bu yazıda "exposure" karşılığı olarak "uyarının üstüne gitmek" kullanılmıştır. "Üstüne gitmek" deyimini, tedavinin temel ilkesini daha iyi tanımladığı gibi, halk arasında da yaygın kullanılan bir deyim olduğu için hastaların tedavinin gereğini (örneğin, sıkıntıyı veya korkuyu üstüne giderek yenmek) daha kolay anlamalarını sağlamaktadır.

çak davranışa iter [örn., a) aslan, b) kalp çarpıntısı ve hızlı nefes alma, c) 'aslanlar saldırgandır' ve 'fiziksel belirtilerim korktuğumu gösteriyor' anlam bilişleri, d) kaçma davranışı]. Travmatik olaylar işlevsel korku yapılarında bozulmaya yol açar. Travmatik olaya maruz kalan kişilerde uyarıcı-tehdit ilişkisi gerçeği yansıtmaz ve kişiyi gerçekçi olmayan duygusal tepkiler yaşamaya iter. Bu duygusal tepkiler kaçınma davranışı nedeniyle sürer [örn. a) beton bina, b) korku, fiziksel belirtiler, c) 'binalar depremde yıkılır' ve 'binada olmam güvenli değil', d) binadan çıkma / binaya girmeme].⁹ Uyarıcının üstüne gitme etkisini, korku yapısının etkinleştirilmesi ve korku yapısına ters düşen doğru bilginin bilişsel yapıya entegre edilmesi (örn. büyütülen zarar görme olasılığının olumsuzlanması) ile sağlar.⁷

Bilişsel İşlem Teorisine göre başarılı bir şekilde uyarıcının üstüne gidilmesi, korku yapısındaki patolojik ilişkileri yok etmektense yeni yapının içinde patolojik olmayan ilişkiler oluşturulmasını sağlar.⁸ Diğer bir deyişle, korkudaki azalma öğrendiğini unutma değil yeni öğrenme anlamına gelir. Başarılı öğrenme için üç koşulun gerçekleşmesi gerekir: (1) korku yapısının etkinleşmesi (korku duyulan uyarıcıyla karşılaşma ve fizyolojik uyarılma), b) oturumlar sırasında alışma (korkuya neden olan uyarıcıyla karşılaştıkça korkunun azalması), ve c) oturumlar arası alışma (bir oturumdan diğerine başlangıç seviyesindeki korkuda azalma).⁷ Oturum içinde alışma korku tepkisini uyarıcıdan ayırtmaya yardımcı olurken oturumlar arası alışma korku tepkisi ve uyarıcı arasındaki ilişkinin anlamını değiştirmek için olanak sağlar ve uzun süreli öğrenmenin temelini oluşturur. Oturumlar arası alışmanın ortaya çıkması için gerekli ön koşul oturum sırasında alışmanın gerçekleşmesidir.

Tüm popülerliğine rağmen Duygusal İşlem Teorisi kavramsal sorunları olan, önermeleri doğrudan sınınamayan ve kısmen bilimsel destek almış bir kuramdır.¹⁰ Başarılı öğrenmenin 3 belirleyicisinin tedavi sonucuna katkısını araştıran klinik araştırmaları gözden geçiren Craske ve ark. bu teorinin önermelerinin çok az desteklendiği sonucuna varmışlardır.¹¹ Yazarlar seans başlangıcında korku yapısının etkinleşmesinin iyileşmedeki rolünü destekleyecek ya da çürütecek tutarlı kanıtlar bulamamışlardır. Ayrıca, oturum sırasında alışma genellikle gerçekleşirken, korkunun ne kadar azaldığı ya da oturum sonundaki korku seviyesinin ne olduğunun iyileşmenin belirleyicisi olmadığı görülmüştür. Bazı çalışmalar, oturum sırasında ve oturumlar arası alışmanın tedavi sonuçlarında etkili olduğunu gösterse de diğer araştırmalar korkunun ne kadar azaldığının iyileşmede

belirleyici olmadığını, yani korku parametrelerinde (örn. kalp atış hızı, deri iletkenliği, öznel bildiri, vb) değişiklik olmadığında bile iyileşmenin gerçekleştiğini göstermektedirler. Son olarak oturum sırasında alışmanın oturumlar arası alışma için gerekli bir öncül olduğu konusunda tutarlı kanıt bulunmamaktadır.

Günümüzde gittikçe daha çok kabul gören modern öğrenme teorileri uyarıcının üstüne gitmenin iyileşmeye yol açan etkisini ketleyici öğrenme süreçleri ile korku duyulan uyarıcıyla yeni ilişkiler öğrenilmesi ile açıklamaktadır.¹¹⁻¹³ Bu yaklaşıma göre kişinin uyarıcının üstüne gitmesi mutlaka koşullanmış uyarıcıyla koşullanmamış uyarıcı arasındaki ilişkinin zayıflamasına ya da silinmesine neden olmaz, tersine kişinin koşullanmış uyarıcının tehdit edici olayların ve sonuçların olmamasını da yordadığı bilgisini edinmesine neden olur. Diğer bir deyişle bu karşılaşmada kişi birbiriyle çelişen koşullanmış uyarıcının hem tehdit içerdiği hem de tehdit içermediği bilgisini öğrenir (örn. 'binalar depremde yıkılır' ve 'deprem olmuyor ve bina ayakta duruyor'). Bu öğrenme zamanla korkunun azalmasına yol açsa da bu azalma tedavi etkisinin ölçütü değildir. Korku yeni öğrenme ile sürebildiği için tedavi sırasında korkunun azalmasını hedeflemek yerine kaçınma davranışını azaltmayı ve kaygı / korku toleransını arttırmayı hedef alan yeni bir yaklaşım önerilmektedir.^{11,14}

Travmatik stres belirtilerini ortaya çıkaran mekanizmaları inceleyen araştırmaların bulguları da tedavide alışma modelinden uzaklaşma önerisini desteklemektedir. Deprem, savaş, işkence, ev içi şiddet, cinsel taciz ve tecavüz deneyimi olan kişilerle yaptığımız araştırmalar travmatik stres belirtilerinin ortaya çıkmasını ve sürmesini belirleyen en önemli faktörün kişinin gelecekte tekrar olabilecek travmatik olaya ilişki beklenti kaygısı ile yaşamı üzerindeki kontrol duygusunu kaybetmesi olduğunu göstermiştir.¹⁵⁻¹⁹ Bu kontrol kaybını sürdüren en önemli etken kişinin gerçekçi bir tehdit içermeyen pek çok durumdan kaçması ve kaçınmasıdır.²⁰ O halde, kişinin travmayla ilişkili uyarıcıların üstüne giderek bunların tetiklediği korku, öfke, utanç gibi travmayla ilişkili duyguları üzerinde kontrolünü kazanması travmatik stres belirtilerini azaltacaktır.²⁰

KLİNİK UYGULAMA

TSSH tedavisinde uyarıcının üstüne gitme iki şekilde uygulanır: (1) travma ile ilişkili çevresel uyarıcıların yerinde üstüne gitme (in vivo/live exposure); (2) travmatik olayın anılarına ait imgelerin üstüne gitme (imaginal exposure). Adından da anlaşılacağı gibi ilk yöntem ki-

şinin günlük yaşamında travmatik olayı hatırlatan ya da bu olayın tekrarlanması korkusunu tetikleyen durum, ortam, nesne, kişi ve başka uyaranların üstüne gitmesini içerir. İkinci yöntem kişinin travma anıları içindeki en sıkıntı veren imgelerin üstüne gitmesini içerir. Bu ikinci yöntemin klasik uygulamasında, kişi terapist eşliğinde travma ile ilgili sıkıntı yaratan anıları sistematik, detaylı ve tekrarlayan bir biçimde sanki o anda onu tekrar yaşamış gibi gözünde canlandırarak anlatır. Bu yöntem uygulanırken danışanın travmatik anısı ile ilişkili belirgin olaylara, düşüncelere, duygulara ve duyumlara erişimi sağlanır, danışanın travmatik bellek ile duygusal angajmanı desteklenir ve terapistin asgari yönlendirmesi ile danışanın travmatik olayı kendi kelimeleri ile anlatması sağlanır.²¹

Pek çok travma odaklı BDT protokolü travmatik anıların ve çevresel uyaranların üstüne gitme yöntemlerine beraber yer verir, ama yöntemlerin uygulamaları arasında farklılıklar görülür. Örneğin, Foa ve ark. tarafından geliştirilmiş olan ve çok yaygın kullanılan Uzatılmış Maruz Bırakma (prolonged exposure) protokolünde travmatik anıları imgeleme ve çevresel uyaranların üstüne gitme her oturumda eş zamanlı uygulanır ve imgelemeyi travma deneyimi ve bunu anlatmakla ilişkili duygu ve düşüncelerin tartışılması izler.²¹ Bu protokolde danışan kendisine verilen ev ödevleri ile travma ile ilişkili çevresel uyaranların üstüne tek başına gider. Diğer yandan, Marks ve ark.nın geliştirdiği protokolde, danışan ilk 5 seans travma anılarını imgeledikten sonra 5 seans travma ile ilişkili çevresel uyaranların üstüne terapist eşliğinde gider.²² Bu tedavi boyunca travmaya ve travma öyküsünü anlatmaya verilen bilişsel ve duygusal tepkilerin tartışılmasına yer verilmez. Travma odaklı bilişsel ve davranışçı terapi protokollerinin bazıları bu iki yöntemle birlikte kaygı yönetimi teknikleri (gevşeme egzersizleri, başa çıkma becerileri, nefes egzersizleri, düşünce durdurma ve yönlendirilmiş diyalog), bilişsel yeniden yapılandırma, destekleyici danışmanlık ve imgesel yeniden senaryolaştırma (travmatik olay gerçekleşirken/gerçekleştikten sonra travmatik olay ile daha etkili baş edebildiğine dair alternatif bir görsel temsil geliştirme) gibi ek müdahaleler kullanır.²³⁻³⁰

Bazı travma odaklı BDT protokolleri sadece travma anılarına ait imgelerin üstüne gitme yöntemine kullanırken, bazı protokollerin de bu yöntemi farklı formlarda kullandığı görülmektedir.^{28,31,32} Örneğin, Resick ve Schnicke'nin geliştirdiği Bilişsel İşleme Terapisinde kişi travmatik olayla ilgili anıların üstüne yazma yoluyla gider.³³ Diğer yandan, Öyküsel Maruz Bırakma Terapi-

sinde kişi travma öyküsü ile kronolojik olarak otobiyografisini oluşturması bağlamında karşı karşıya bırakılır.³⁴ Tedavide amaç, genellikle dağınık olan travma öyküsünü uyumlu bir bütün haline dönüştürmektir. Travmatik deneyimlerin tekrarlayan bir şekilde konuşulması sırasında kişiden olay sırasında hissettiği duyguları tekrar deneyimlemesi istenir ve travma öyküsünün konuşulması bu duygularda azalma yani alışma ortaya çıkana kadar sürdürülür.

Sadece travma ile ilişkili çevresel uyaranların yerinde üstüne gitme yöntemine dayanan protokol kullanımını nadir görülür. Alışma kavramının teorik altyapısı ile ilgili sorunlar ve travma yaşayan kişilerde kontrol duygusunun TSSH gelişmesinde ve sürmesinde önemini gösteren bulgulardan yola çıkarak Başoğlu ve Şalcıoğlu tedavide sadece kaçınma davranışlarını azaltmaya odaklanan bir tedavi protokolü geliştirdi.²⁰ Yeni Kontrol Odaklı Davranış Tedavisinin amacı kişinin travma ile ilişkili koşullanmış ya da koşullanmamış uyaranların yarattığı olumsuz duygular (korku, öfke, utanç, vb) üzerinde kontrol duygusu geliştirmesini sağlayarak genel olarak travmatik stresörlere karşı psikolojik dayanıklılığını artırmaktır. Dolayısıyla tedavi, kişinin günlük yaşamında travmatik olayı hatırlatan ya da bu olayın tekrarlanması korkusunu tetikleyen çevresel uyaranların üstüne gitmesini ve onun bu uyaranlarla yarattıkları olumsuz duygular üzerinde kontrol duygusu geliştirene ve kaçınma ihtiyacı duymayana kadar karşı karşıya kalmasını sağlar. Bu yaklaşımda olumsuz duyguların azalması beklenmez. Bu yönüyle kaçınma davranışını azaltmayı ve kaygı / korku toleransını arttırmayı öneren modern öğrenme teorileri ile paralellik gösterir.

TEDAVİ ETKİSİ

Daha önce de bahsedildiği gibi, travma anılarını imgeleme ve travma ile ilişkili çevresel uyaranların üstüne gitme TSSH için kullanılan terapi protokolleri içinde etkili olduğuna dair en güçlü bilimsel desteğe sahip terapi yöntemidir.³ Bu yöntemeye dayalı tedavi protokolleri hem TSSH belirtilerinde tedavi öncesine kıyasla anlamlı iyilik hali ortaya çıkarmış, hem de kontrol grupları karşısında etkili olmuşlardır.^{1,3} Klinik araştırmalarda elde edilen bulgular bu yöntem ile birlikte uygulanan kaygı yönetimi teknikleri, destekleyici danışmanlık, imgesel yeniden senaryolaştırma gibi ek davranış terapisi yöntemlerinin tedavi etkisini klinik olarak anlamlı düzeyde arttırmadığını göstermektedir.³⁵ Benzer bir şekilde, tek bir araştırma dışında, yapılan pek çok araştırma tedavide bilişsel yeniden yapılandırma ile travma sonrası ortaya

çıkan olumsuz düşünceleri değiştirmenin uyanarla karşı karşıya getirme yönteminin sağladığı etkiyi arttırmadığını göstermektedir.^{22,28,36,37}

BİLİŞSEL TERAPİ: BİLİŞSEL YENİDEN YAPILANDIRMA

TEORİ

Bilişsel terapide amaç travma sonrası ortaya çıkan ve kişide korku, kaygı ve sıkıntıya neden olan işlevsel olmayan düşünme tarzını düzeltmektir. Travma yaşayan kişiye bilişsel yeniden yapılandırma uygulanarak işlevsiz düşünce ve inançlarını değerlendirmesi, gerçekçi düşünceler geliştirmesi, tehlikeli olduğunu düşündüğü durumların doğruluğunu davranışçı deneylerle sınaması ve düşüncelerini gerçeği daha iyi yansıtan düşüncelerle değiştirmesi öğretilir. TSSH gelişmesini açıklayan iki güncel bilişsel teori bulunmaktadır.

Ehlers ve Clark, kişinin travmatik olayı ve sonuçlarını kendisinde süregelen bir tehdit algısı oluşturacak şekilde değerlendirmesinin kronik TSSH'ye yol açtığını savunur.³⁸ Tehdit algısını sürdüren iki faktör travmayla ve / veya sonuçlarıyla ilgili aşırı olumsuz düşünceler ile travmayla ilgili anıların niteliği, bunlarla ilgili zaman, yer ve diğer bilgilerin otobiyografik belleğe entegre edilememesidir. Bunlar dışında Ehlers ve Clark güçlü uyarıcı ve uyarıcı-tepki ilişkilerinin çok sayıda uyarıcının travma anılarını kolayca tetikleyebildiğini öne sürerler.³⁸ Travmayla ilgili tüm bu olumsuz düşünceler ve bellek sorunları kişinin bunlarla işlevsel olmayan bilişsel ve davranış stratejileri (örn. kaçınma, ruminasyon, vb) kullanılarak başa çıkması nedeniyle değişmez. Bu modele göre kaçınma, öğrenme teorilerinin aksine, süregelen tehdit algısının bir sonucu olarak ortaya çıkar.

Resick ve Schnicke'nin bilişsel işleme modeli çerçevesinden yaklaşımı travmatik olayın kişinin dış dünya ile ilgili algısını yöneten ve çevreden edindiği bilgiyi düzenlemesini sağlayan şemaları bozduğu görüşüne dayanır.³³ Travmatik olaylar özellikle kişinin güvenlik, güven, güç, bağımsızlık ve saygı alanlarındaki şemalarını bozar. Kişi bu şemalarla çelişen travma deneyimi ile ilgili bilgileri asimilasyon ve akomodasyon işlemleri ile şemalarına entegre etmeye çalışır. Asimilasyon ile travmatik olay ile ilgili bilgiyi değiştirir ve çarpıtarak varolan şemalarına oturtur (örn. 'Evimin depremde yıkılması benim tedbirsizliğim yüzünden oldu'). Akomodasyon ile uyumsuz bilgiyi oturtabilmek için şemalar değiştirilir (örn. 'Depremler bütün binaları yıkar'). Aşırı asimilasyon ve akomodasyon işlevsel değildir, kişide korkuyu

arttırır ve TSSH belirtilerini tetikler. Kaçınma davranışları asimile ya da aşırı akkomode edilen varsayımları sürdürerek TSSH belirtilerini kronikleşmesine yol açar.³³

Bilişsel teoriler öğrenme teorilerine kıyasla daha az ampirik destek almıştır. TSSH vakalarında normal vakalara oranla daha fazla düşünce içeriğinde bozulmalar, bilgi işlem süreçlerinde aksaklıklar ve bellek sorunları belirlenmiştir. Ancak travma öncesi ve travma sonrası değerlendirmelerle, travmatik olayların kişinin temel inanç ve varsayımlarını değiştirip değiştirmediğini sınavan prospektif (ileri dönük) çalışmalar bulunmamaktadır. TSSH'si olan kişiler daha fazla olumsuz düşüncelere ve bilgi işlem hatalarına sahip olsalar da, bunların TSSH'nin sebebi değil yan etkisi olduğu argümanını yansılayacak yeterli kanıt bulunmamaktadır.³⁹⁻⁴³ Ayrıca, tedavide TSSH'de iyileşmeyi sağlamak için bilişsel değişikliği ortaya çıkarmak gerektiğini destekleyen yeterince veri bulunmamaktadır.

KLİNİK UYGULAMA

Bilişsel terapi programları da uygulamada kendi içlerinde farklılık göstermektedirler. Ehlers ve ark. tarafından geliştirilmiş olan Bilişsel Terapi programı 12 haftada verilen her biri 90 dakika süren oturumdan oluşmaktadır.⁴⁴ Tedavide bilişsel yeniden yapılandırma aracılığı ile travma ile ilgili aşırı olumsuz değerlendirmeleri değiştirilir, otobiyografik bellek hataları düzeltilir ve sorunları sürdüren davranışsal ve bilişsel başa çıkma stratejileri ortadan kaldırılır. Kaçınma davranışları işlevsel olmayan değerlendirmeleri sınamayı gerektiren davranış deneyleri ile hedef alınır. Resick ve Schnicke tarafından geliştirilen Bilişsel İşlem Terapisi (cognitive processing therapy) protokolü ise 12 haftada verilen ve her biri 60 dakika süren oturumdan oluşmaktadır.³³ Bu tedavide travmatik olayın ve bununla ilgili duygu ve düşüncelerin ayrıntılı olarak yazılmasını içeren travmatik olayın anıların üstüne gitme (5-6 oturum), güvenlik, güven, güç-kontrol, özsaygı, yakınlık temalarına her hafta sırayla odaklanılarak bilişsel çarpıtmaların düzeltilmesine yönelik bilişsel yeniden yapılandırma, düşüncelerin doğruluğunu sınamak için yapılan ve travma ile ilişkili çevresel uyarıcıların üstüne gitmeyi gerektiren davranış deneyleri yer alır. Bu terapi protokollerinde dikkati çeken en önemli nokta davranışçı deneyler adı altında yürütülen travma ile ilişkili dış uyarıcıların üstüne gitmenin tedavideki yeridir. Bu yöntem tehdidin daha iyi işlenmesine neden olduğundan başarılı bir tedavi için bilişsel terapinin gerekli bir unsuru olarak görülmektedir.⁴⁵ Dolayısıyla, bilişsel terapi kavramının terapi içeriğini tam olarak yakalamadığı, bu tedavilere bilişsel ve davra-

nışçı terapi demenin daha doğru olduğu düşünülebilir. Nitekim, travma ile ilişkili anıların ve uyarıların üstüne gitme yöntemlerini içermeyen bilişsel terapi protokolleri nadiren kullanılmaktadır.^{31,32}

TEDAVİ ETKİSİ

Bilişsel terapi klinik araştırmalarda TSSH belirtilerinde tedavi öncesine kıyasla anlamlı iyilik hali ortaya çıkarılmış ve kontrol gruplarına göre daha fazla etki sağlamıştır.^{1,3} Seçkisiz kontrollü klinik deneyler bilişsel yeniden yapılandırma içeren tedavi protokolleri ve travma ile ilişkili anıların ve uyarıların üstüne gitmeyi içeren tedavi protokolleri arasında iyileşme açısından fark bildirmemiştir.^{22,31,46} Diğer yandan, kontrollü klinik araştırmalar travma ile ilişkili anıların veya uyarıların üstüne gitme yöntemlerine bilişsel yeniden yapılandırmanın eklenmesinin tedavi etkisini arttırmadığını, ama bilişsel yeniden yapılandırmaya imgeleme ve yerinde üstüne gitmenin eklenmesinin tedavi etkisini arttırdığını göstermektedir.^{22,36,37,47}

Yukarıdaki bulgular kaçınma davranışları ortadan kalktığında TSSH gelişmesine ve sürmesine neden olarak gösterilen bilişsel içerik ve süreçlerin değiştiğini düşündürmektedir. Travma ile ilişkili uyarıların üstüne gitmenin işlevsel olmayan düşünceleri sınıma olanağı sağlayarak bilişsel değişikliğe neden olduğu düşünülebilir. Tedavinin işlevsel olmayan düşünceler üzerindeki etkisini inceleyen kontrollü araştırmalar travma ile ilişkili anıların ve çevresel uyarıların üstüne gitmenin bilişsel yeniden yapılandırma ile aynı oranda düşüncelerde düzelme sağladığını göstermiştir.^{37,48,49} Ayrıca bazı araştırmalar düşüncelerde değişikliğin TSSH iyileştikten sonra ortaya çıktığını, TSSH'de iyileşmenin öncülü olmadığını göstermiştir.^{49,50} Son olarak tedavi öncesi olumsuz düşüncelerin varlığının tedavi sürecini bozmadığı görülmüştür. Bir klinik deneyde, tedavi öncesi olumsuz düşünce düzeyinin tek başına uygulanan travma ile ilişkili uyarıların üstüne gitme tedavisinin sonucunu olumsuz etkilemediğini, aksine bu yönteme eklenen bilişsel yeniden yapılandırmanın sonucunu olumsuz etkilediğini göstermiştir.⁵¹ Bu bulgular, travmanın bilişsel etkilerinin travmatik stres belirtilerinin bir yan etkisi olabileceği görüşüne desteklemektedir.

DIĞER TRAVMA ODAKLI BİLİŞSEL VE DAVRANIŞÇI TERAPİLER

TSSH için geliştirilen tedavi protokollerinden pek çoğu farklı isimler altında halihazırda var olan bilişsel ve davranış terapileri yöntemlerinin farklı kombinasyonların-

dan oluşmaktadır (örn. Bilişsel Davranışçı Travma Tedavisi Protokolü, Travma Odaklı Grup Psikoterapisi, Doğrudan Terapötik Maruz Bırakma).^{27,52,53} Öte yandan, diğer bazı yeni protokoller, esas olarak travma anılarına ait imgelerin ve travma ile ilişkili çevresel uyarıların üstüne gitme ile bilişsel yeniden yapılandırma yöntemlerini içermelerine rağmen farklı bir rasyonelle sunmakta ve uygulamada farklılaşmaktadır (örn. Öyküsel Maruz Bırakma Terapisi, İmgesel Tekrarlama Terapisi, İmge Alışma Eğitimi vb).^{34,54,55} Bunlar yeni tedavi yaklaşımları gibi gözükmelerine rağmen, genel olarak var olan TSSH tedavilerinin değiştirilmesinden oluşturulmuşlardır. Ayrıca, çok azı TSSH'nin etyolojik teorisini dayanmakta ve deneysel olarak desteklenmektedir.

GÖZ HAREKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEME (EMDR)

TEORİ

EMDR, kişinin travmatik olayın anılarına ait imgelere bilişsel, duygusal ve fiziksel özelliklerine de dikkat ederek odaklandığı sırada dışarıdan bir uyarının iki yönlü yatay görsel, işitsel ya da duyuşsal uyarım verilmesiyle uygulanan bir bilişsel yeniden işleme terapisi.⁵⁶ EMDR tedavisini geliştiren Shapiro travmatik anıların bellekte işlevsel olmayan bir şekilde depolandığını söyler ve bu depolanmış deneyimleri “düğüm” olarak nitelendirir.⁵⁶ Gerektiği gibi bir bilgi işlem sürecinden geçmeden depolanan bu anılar merkezi sinir sisteminde işlevsel olmayan biçimde sıkışır ve işlevsel olmayan tepkilere yol açar. Bellekteki bu düğümlerin işlenmesi sıkışan anının uyumlu hale gelmesini sağlar. Travmatik olayı imgelerken iki yönlü yatay görsel, işitsel ya da duyuşsal uyarıma odaklanmanın beynin iki hemisferi arasındaki iletişimi arttırdığı ve fazla olumsuz uyarılma yaşamadan (örn. anının canlılıkla hatırlanmasını önleyerek) travmatik olayı hatırlamayı kolaylaştırarak travmatik olayın bilişsel ve duygusal yeniden işlenmesine yardımcı olduğu savunulur.

EMDR, teorik alt yapısı ve uygulaması konusunda oldukça eleştirilen bir psikolojik tedavi yöntemidir. EMDR'in aldığı en önemli eleştiri travma anılarını imgelemenin bir davranış terapisi yöntemi olduğundan etkisini gösterdiği ve göz hareketlerinin tedaviye aslında bir katkısı olmadığıdır. EMDR destekçileri, EMDR oturumlarındaki imgelemenin çok kısa ve kesintili olmasının davranış terapisinin gerektirdiği alışma gerçekleşene dek uyarıların uzatılmış ve kesintisiz karşı karşıya gelme ile katı bir zıtlık taşıdığını savunmaktadırlar.⁷ Ancak, iyileşme için alışmanın gerekli olmadığını ve uyarıların kısa

ve kesintili bir şekilde karşı karşıya gelme ile de aynı sonuca ulaşıldığını gösteren çalışmalar EMDR teorisyenlerini yanlışlamaktadır.^{11,14} İki yönlü yatay görsel, işitsel ya da duyuşsal uyarıma odaklanmanın beynin iki hemisferi arasındaki iletişimi artırarak travma öyküsünün anlatılmasında olumsuz uyarılmayı azalttığını destekleyen yeterince bilimsel kanıt bulunmamaktadır. Eğer iki yönlü yatay uyarım hemisferler arasındaki iletişimi artırarak travmatik anının canlılıkla hatırlanmasını engelliyorsa o halde iki yönlü dikey uyarıma odaklanmanın travmatik anının canlı hatırlanmasını engellemesi gerekir. Bu hipotezi sınanan ilginç bir çalışma iki yönlü dikey uyarımın, iki yönlü yatay uyarım kadar anıların canlı hatırlanmasını azalttığını gösterdi.⁵⁷ Bu bulgular EMDR'in teorik altyapısını desteklememektedir.

KLİNİK UYGULAMA

EMDR sekiz aşamalı bir terapidir.⁵⁶ İlk iki aşama birer oturum sürerken, diğer aşamaların seans sayıları değişken olabilmektedir. İlk aşamada öykü alınır, kişinin EMDR için uygunluğu belirlenir ve tedavi planlanır. İkinci aşamada, kişiye tedavi tanıtılır, onam alınır ve terapötik ilişki geliştirilerek güvenli alan oluşturulur. Üçüncü aşamada tedavide çalışılacak hedef anı belirlenir ve hedef anının temsil edildiği bir imge seçilir. Bu aşamada tedavi hedefi oluşturmak ve bilgi işlemeyi kolaylaştırmak amacıyla hedef imge ile ilişkili kişinin kendisiyle ilgili olumsuz düşünceleri ve edinmek istediği olumlu düşünce değerlendirilir. Duyarsızlaştırma aşaması olarak nitelendirilen dördüncü aşamada kişiye seçilen imgeye, olumsuz düşünce, duygu ve bedensel hislerine odaklanması yönergesi verilerek iki yönlü yatay uyarım başlanır ve kişinin sıkıntısında tamamen azalma olana kadar uyarım sürer. Beşinci aşamada kişinin hedeflenen travmatik anıyı sıkıntı hissetmeden hatırlaması istenir ve kişinin yeni bir olumlu kendilik algısı oluşturması için çalışılır. Beden taramasının yapıldığı altıncı aşamada kişinin travmatik anıyı imgelediği sırada ortaya çıkan olumsuz bedensel duyular ortadan kalkana kadar iki yönlü yatay uyarım yapılır. Bu sırada kişiden hedef imgeye ve olumlu bilişe odaklanarak bedenindeki duyulara dikkat etmesi istenir. Yedinci aşama tamamlama aşamasıdır ve terapist işleminin yeterli olduğuna dair bir sonuca varır. Eğer işleme yeterli değilse, bu aşamada güvenli yer uygulaması, kendi kendini yatıştırma egzersizleri gibi çeşitli teknikler uygulanır. Sekizinci aşamada çalışılan travmatik anı anımsatılarak kişiden tedavinin sonucuna yönelik bir değerlendirme yapılması istenir ve gerekirse yeni hedefler doğrultusunda tekrar EMDR seanslarına başlanır.

TEDAVİ ETKİSİ

EMDR'nin TSSH belirtileri üzerindeki etkisine yönelik yürütülmüş 22 seçkisiz kontrollü klinik deneyi inceleyen bir meta-analizde EMDR'nin tedavi öncesinden sonrasına değişime yönelik edindiği etki boyutu* ortalama 0.66 olarak bulunmuştur (%95CI = 0.89--0.44).⁵⁸ Bu bulgular EMDR'nin TSSH için orta büyüklükte bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu araştırmalar içerisinde sadece beş çalışmada EMDR büyük etki sağlamış (etki boyutu aralığı: 0.81-2.42), 17 çalışmada ise sağladığı etki küçük ve orta büyüklükte kalmıştır (etki boyutu aralığı: 0.10-0.73). Göz hareketlerinin etkisini ayırıştırma hedefleyen 28 seçkisiz kontrollü klinik deneyi derleyen bir başka meta-analiz travma öyküsünü iki yönlü yatay göz hareketleri ile işleminin öyküyü gözler sabit işlemeye göre anlamlı bir klinik etki farkı yaratmadığını bildirmiştir (etki boyutu = 0.10).⁵⁹ Aynı meta-analiz EMDR ile travma anısını imgeleyerek onunla karşı karşıya gelme arasında tedavi etkisi açısından bir fark olmadığını da göstermiştir (etki boyutu= 0.19). Bu bulgular EMDR'nin travmatik olayın anılarına ait imgelerin üstüne gitme yönteminden ayrılmadığını düşündürmektedir. EMDR'nin farkını ortaya koyacak daha fazla metodolojisi güçlü araştırmalara ihtiyaç vardır.

TRAVMA ODAKLI TERAPİLERDE KULLANILAN YÖNTEMLERİN ETKİSİ VE UYGULANABİLİRLİĞİ

YÖNTEMLERİN ETKİSİ

Seçkisiz kontrollü klinik araştırmaları içeren meta-analizler değişik travma odaklı terapi protokollerinin birbirlerine yakın etkileri olduğunu göstermiştir.^{1,2,35} Daha önce de belirtildiği gibi TSSH tedavisinde kullanılan BDT protokolleri yukarıda anlatılan terapi yöntemlerinin farklı kombinasyonlarından oluşmaktadır. Meta-analizler başlıca terapi yöntemlerinin iyileşmeye katkısını ayırıştırarak türde analizler yapmamışlardır. Tedavide kısa sürede en yüksek etkiyi yaratarak kalıcı iyileşmeyi ortaya çıkaracak yöntemlerin neler olduğunu belirlemek en etkili tedavi protokollerini oluşturabilmek için önemlidir. Bu yöntemlerin belirlenmesi tedavi maliyetini ve tedavi için harcanan zamanı optimize etmek için de gereklidir. BDT protokollerinde kullanılan her bir yöntemin iyileşmeye katkısını belirleyebilmek için yaptığımız meta-analizler ilginç bulgular ortaya

* Bir tedavi için hesaplanan etki boyutu, tedavinin etkisinin sayısal büyüklüğüdür. Bir tedavinin etki boyutu tedavi öncesinden sonrasına değişim olarak ya da tedavi grubunun kontrol grubuna göre sağladığı fark olarak hesaplanabilir. Genellikle 0.20 = küçük etki, 0.50 = orta etki, 0.80 = büyük etki olarak değerlendirilir.

koydu.^{*35,60,61} Bu bölümde bu meta-analizlerin bulgularından bahsedilecektir.

Meta-analiz için Eylül 2013'e kadar uluslararası hakemli bilimsel dergilerde yayınlanmış seçkisiz kontrollü klinik deneyler PILOTS, PsycInfo ve PubMed veritabanları taranarak belirlendi. Meta-analize dahil edilebiliyor olması için araştırmanın travma odaklı bilişsel ya da davranışçı teknikleri kullanan tedavi protokollerinin etkisini aktif (başka tedavi protokolleri) ya da pasif (bekleme listesi, plasebo, vb.) bir kontrol grubu karşısında seçkisiz kontrollü deneysel desenle sınımlanmış akut / kronik TSSH ya da yazarlar tarafından işlemsel olarak tanımlanmış klinik olarak anlamlı eşik altı TSSH tanısı almış yetişkinleri içeriyor olması, olgularda ağır ruhsal hastalık (örn. psikotik bozukluk, duygu durum bozukluğu, kişilik bozuklukları vb.) ve alkol ve madde bağımlılığının olmaması, etkisini araştırdığı terapinin tüm TSSH belirtilerinde iyileşmeyi hedef alıyor olması, etkisini sınımladığı terapinin yüz yüze yürütülmüş olması (telefon ya da internet üzerinden verilen tedaviler dışlandı), tedavi etkisinin değerlendirilmesi için yapılan ön ölçüm ve son ölçümler için tedavi gruplarına kör bir değerlendirmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış görüşme formları ve / veya öz bildirim ölçekleri kullanılmış olması, örneklemindeki olgu sayısının en az 10 olması ve etki boyutlarının hesaplanabilmesi için gerekli istatistikleri ya da bu istatistiklerin talep edilebilmesi için yazarların iletişim bilgilerini içeriyor olması gerekiyordu. Bu işleme kriterlerini 70 seçkisiz kontrollü klinik araştırma karşıladı.

Seçkisiz klinik araştırmalarda sınımlanan protokollerde kullanılan temel yöntemler travmatik olayın anılarına ait imgelerin üstüne gitme (oturma imgelerle ya da yazarak), travmayla ilişkili çevresel uyaranların yerinde üstüne gitme (davranışçı deneyler de bu kapsamda değerlendirildi) ve bilişsel yeniden yapılandırma ile gevşeme egzersizleri, öfke yönetimi, beceri eğitimi, problem çözme, davranış etkinleştirme ve imgesel yeniden senaryolaştırma gibi girişimleri içeren diğer davranışçı terapi yöntemleri idi. Ön analizlerde temel yöntemlere ve kombinasyonlarına diğer davranışçı terapi yöntemleri eklenmesinin tedavi etkisini arttırmadığı, kimi durumda da azalttığı bulundu. Bu bulgu tedavide değişimi sağlayan temel yöntemler olduğunu gösterdi ve diğer

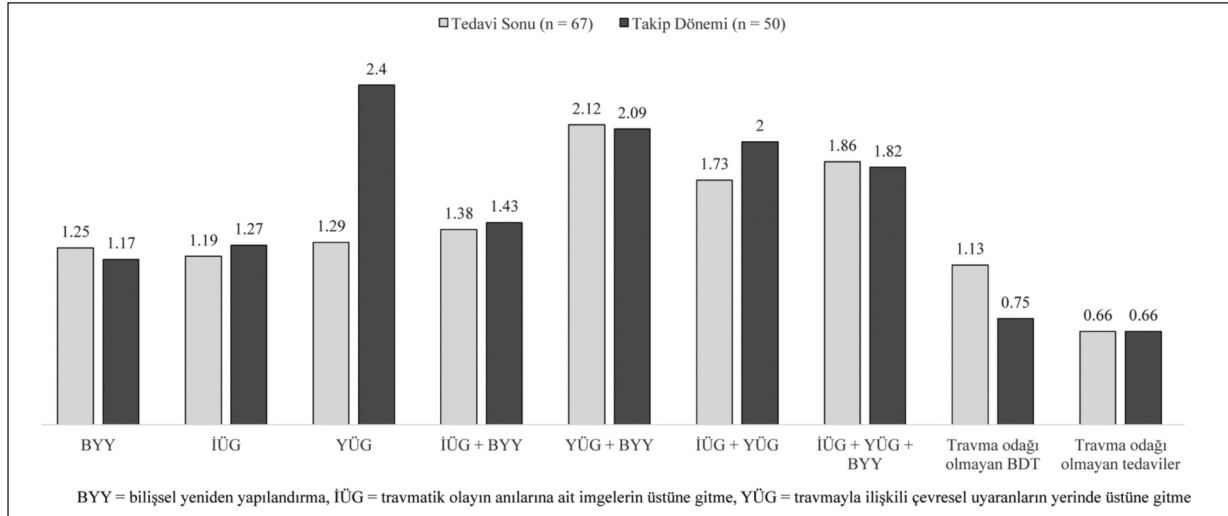
davranışçı terapi yöntemleri temel yöntemlerin karşılaştırılmasında göz ardı edildiler. Tedavi sonrası ve tedavi sonrası uzun takip döneminde tedaviyi bitiren vakalarda yapılan (yani tedaviden dökülen vakaların dahil edilmediği) analizlerde elde edilen etki boyutları Şekil 1'de gösterilmektedir. Görüldüğü gibi tedavi sonunda travma odaklı temel terapi yöntemleri travma odağı olmayan diğer tedavilere (örn. destekleyici danışmanlık, şimdiye odaklı terapi, rutin tedavi, hipnoterapi, vb) kıyasla çok daha büyük etki sağlamıştır. Diğer yandan travma odaklı olmayan BDT protokolleri (örn. stres aşılama eğitimi), tedavi sonunda büyük etki sağlamış olsa da bu etki temel yöntemlerin kombinasyonlarını içeren protokollere kıyasla sınırlı kalmış ve takip döneminde kalıcılığını korumamıştır. Bu bulgular TSSH tedavisinde travma odağı olması gerekliliğini desteklemektedir.

Tedavide temel BDT yöntemleri tek başlarına kullanıldıklarında yüksek etki boyutu sağlamış olsalar da kombinasyonlar halinde kullanıldıklarında belirtilerde sağladıkları iyileşme daha artmıştır. Travmaya ait imgelerin üstüne gitme ve bilişsel yeniden yapılandırma yöntemlerini birlikte kullanan protokoller en düşük etkiyi sağlamışlar, bu yöntemlerin tek başına kullanımlarından daha yüksek bir etki ortaya çıkarmamışlardır.

Diğer yandan, protokollere travmayla ilişkili uyaranların yerinde üstüne gitme yöntemi eklenmesinin etki boyutlarında önemli artışa yol açtığı görülmektedir. Nitekim, tedavi sonunda etki boyutunu yordayan faktörleri incelemek için yapılan meta-regresyon metodolojik farklılıkların (örneklem büyüklüğü, etki boyutunun hesaplandığı ölçek türü, seçkisiz klinik deneyler için altın standart kriterlerinin kaçınılması) etkisi kontrol edildiğinde tedavi yöntemleri içinde sadece travmayla ilişkili uyaranların yerinde üstüne gitme etki boyutunu anlamlı olarak yordayan faktör olarak belirlenmiştir.

Tedavi sonrası takip döneminde tedavi yöntemlerinin etkilerini korudukları görülmektedir. İlginç bir şekilde takip döneminde tedavi kazanımlarını arttırarak sürdüren ve en büyük etki boyutuna sahip tedavi, tek başına kullanılan travmayla ilişkili uyaranların yerinde üstüne gitme olmuştur. Bu yönteminin takip döneminde tedavi etkisini arttırmasına çeşitli açıklamalar getirilebilir. Travma deneyimini imgelemeye kıyasla çevresel durum ve uyaranların üstüne gitme travma ile ilişkili anıların daha güçlü ve daha detaylı hatırlanmasına neden oluyor olabilir.⁶² Bunun yanı sıra, imgeleme yalnızca travmatik olayla ilişkili anıların üstüne gitmeyi sağlarken travmayla ilişkili uyaranların yerinde üstüne gitme hem

* Bu bölümde anlatılan meta-analizler DABATEM Davranış Bilimleri Araştırma ve Tedavi Merkezi'nin psikolojik travma araştırmaları programı kapsamında Prof. Dr. Ebru Şalcıoğlu tarafından yürütülmüştür. Bu meta-analizlerden bir yüksek lisans tezi yayınlanmıştır ve verilen referans bu teze aittir.



ŞEKİL 1: Travma odaklı bilişsel ve davranışçı terapi protokollerinde kullanılan temel yöntemlerin ve kombinasyonlarının tedavi sonu ve takip döneminde elde ettikleri etki boyutları.

geçmişe ait anılarla hem de olayla ilişkili olumsuz duyguları tetikleyen güncel durumlarla karşılaşmaya neden olmaktadır.⁶² Bu nedenle, imgeleme ile elde edilen kazanımlar genellenemezken yerinde üstüne gitme ile elde edilen kazanımlar genellenebilmekte, dolayısıyla travmayla ilişkili uyaranların yerinde üstüne gitme daha fazla iyileşmeye neden olmaktadır.⁶² Son olarak, terapistle uygulanması gereken imgeleme yöntemine kıyasla travmayla ilişkili uyaranların üstüne gitme danışanların tedavi bitiminden sonra da kendi başlarına kullanmaya devam edebilecekleri bir yöntem olduğundan iyilik halinin güçlenerek artması doğal görülebilir. Sonuç olarak, hangi ismi taşıdıklarına bakılmaksızın BDT protokollerinde travmayla ilişkili uyaranların yerinde üstüne gitme yöntemi kullanılmasının uzun dönemde kalıcı etki sağlamada kritik önem taşıdığı göstermektedir.

Travmayla ilişkili çarpık bilişlerin düzeltilmesi için uygulanan bilişsel yeniden yapılandırmanın sınırlı bir etkisi olduğunun ve bu yöntemin özellikle travmayla ilişkili uyaranların yerinde üstüne gitmeyi içeren tedavilerde kullanımının iyileşmeyi arttırmadığının görülmesi bilişsel yöntemlerin önemine yönelik soru işaretleri doğurmaktadır. Daha önce de bahsedildiği gibi travmayla ilişkili çevresel uyaranların üstüne gitme travmayla ilişkili olumsuz düşüncelerin ve değerlendirmelerin doğruluğunu sınama fırsatı verdiğinden bu bilişlerde değişim sağladığı düşünülebilir. Nitekim, yalnızca travma anılarının ve çevresel uyaranların üstüne gitmenin bilişsel yeniden yapılandırma ile aynı derecede bilişsel değişiklik elde ettiğini gösteren bilimsel kanıtlar bulunmaktadır.^{37,48,49} Bir yandan da bilişsel yeniden ya-

pılandırma işlevsiz düşünceleri tespit etme, bunlara alternatif düşünceler üretme gibi bilişsel eylemleri anlamının ve uygulanmanın herkes için kolay olmaması, bu yöntemden daha az vakanın faydalanmasına neden oluyor olabilir.

YÖNTEMLERİN KLİNİK ORTAMLARDA UYGULANABİLİRLİĞİ

Tedaviden ayrılma ile belirlenen tedaviye tolerans, tedavi protokollerinin klinik ortamlarda uygulanabilirliğinin değerlendirilmesinde önemli olan bir ölçüttür. Sıklıkla travma odaklı psikoterapilerin daha fazla tedaviden ayrılmaya yol açacağı düşünülse de literatürdeki bulgular tedavinin travma odağı olmasının tedaviden ayrılmayı yordamadığını göstermektedir.⁶³ Yukarıda bahsedilen meta-analizde travma odaklı terapilerden ayrılma oranları travma odağı olmayan tedavilerden farklılaşmamıştır (Tablo 1). Tedaviden en fazla ayrılma travmayla ilişkili uyaranların yerinde üstüne gitme ve bilişsel yeniden yapılandırma yöntemlerini bir arada kullanan tedavilerde gerçekleşmiştir. Bu yöntemler tek başlarına kullanıldıklarında düşük miktarda ayrılmaya yol açmış olduklarından bu bulguyu açıklamak zordur. Travma ile ilişkili anılarla ve onu hatırlatan durumlarla karşı karşıya gelmenin daha fazla tedaviden ayrılmaya neden olacağı da klinisyenler arasında yaygın bir varsayımdır. Bu meta-analiz bu varsayımı destekleyecek bulgular ortaya koymamıştır. Başka meta-analizlerde de tedaviden ayrılma oranları protokollere göre farklılık göstermemiştir.⁶³ EMDR tedavisinden ayrılma oranı bir meta-analizde %16 olarak belirlenmiştir.³⁵ Bu bulgu

TABLO 1: Tedavi protokollerine göre tedaviden ayrılma oranları ve tedavi süreleri.

	Tedaviden ayrılma		Seans sayısı	İyileşme süresi*
	n	Oranı % (SS)	n (SS)	n (SS)
BYY	2	2.5 (2.1)	11.0 (1.4)	18.5 (10.6)
İÜG	19	10.3 (8.2)	8.1 (4.1)	8.6 (5.5)
YÜG	3	2.0 (3.5)	5.0 (4.7)	8.0 (1.6)
İÜG + BYY	9	12 (20.0)	16.2 (9.4)	15.4 (9.5)
YÜG + BYY	4	29.0 (13.1)	11.0 (3.7)	7.8 (3.6)
İÜG + YÜG	17	9.2 (13.4)	12.1 (6.4)	10.4 (4.6)
İÜG + YÜG + BYY	26	9.6 (9.4)	11.4 (4.6)	11.3 (4.1)
Travma odağı olmayan BDT	7	10.0 (8.6)	10.0 (3.8)	9.2 (5.8)
Travma odağı olmayan tedaviler	19	7.4 (11.9)	12.3 (6.1)	13.0 (7.0)

BYY = bilişsel yeniden yapılandırma, İÜG = travmatik olayın anılarına ait imgelerin üstüne gitme, YÜG = travmayla ilişkili çevresel uyaranların yerinde üstüne gitme

*Tedavide geçen hafta sayısı

EMDR'nin BDT protokollerinden tedaviye tolerans açısından bir avantaj sağlamadığını göstermektedir.

Tedavilerin klinik ortamlarda uygulanabilirliğini değerlendirmedeki bir diğer ölçüt tedavinin uygulanma ve iyileşmenin ortaya çıktığı süredir. Yukarıdaki meta-analizde sınanan terapi protokollerinin verildikleri oturum sayıları ve iyileşme için gerektirdikleri zaman açısından farklılıklarını göstermektedir (Tablo 1). Tedavide en az oturum sayısı ve en kısa iyileşme süresi travmayla ilişkili çevresel uyaranların yerinde üstüne gitme yöntemine aittir. Bilişsel yeniden yapılandırma içeren protokollerin hem oturum sayısını hem de iyileşme süresini uzattığı görülmektedir. Bu bulgu bilişsel yeniden yapılandırmanın diğer tedavilere kıyasla daha kısıtlı etkiye sahip olduğu bulgusuyla birlikte değerlendirildiğinde uygulanabilirlik açısından önemli sonuçlar önermektedir. EMDR travma odaklı protokoller içinde en kısa süren tedavi olarak tanınmaktadır. Bir meta-analizde EMDR uygulamasının 6 oturum (6 hafta) sürdüğünü belirlenmiştir.³⁵ Bu süre pek çok BDT protokolüne göre daha kısadır. Bir meta-analiz 60 dakikadan daha uzun süren EMDR seansların daha fazla iyileşmeye yol açtığını göstermiştir.⁵⁸ Kontrol Odaklı Davranış Tedavisinin etkisini araştıran çalışmalar, kontrol duygusunun artırılması amacıyla kişilere travmayla ilişkili uyaranların yerinde üstüne gitme yönergesi vermenin EMDR'den daha az oturum gerektirdiğini göstermektedir (1-6 seans).⁶⁴⁻⁶⁸

Travma odaklı psikoterapilerin uygulanabilirlikleri terapist yetiştirme için gerektirdikleri süre ile de değerlendirilebilir. Karmaşık tedaviler daha fazla zaman ve sü-

pervizyon gerektirdiğinden terapistler arasında yaygınlaştırmaları daha zor olduğu görülmektedir.³⁵ Travma yaşayanlarda en sık kullanılan tedavi protokolü olan uzatılmış maruz bırakma ve bilişsel terapi için beşer günlük eğitime ihtiyaç duyulmaktadır. Birleştirilmiş tedaviler daha uzun süreli eğitim gerektirmektedir. EMDR enstitüsünün web sitesi, temel eğitimin 40 saat ve ileri eğitimin 2 günlük çalıştay ile tamamlandığını belirtmektedir. Kontrol Odaklı Davranış Tedavisi eğitimi iki günlük bir çalışma ile tamamlanabilmektedir.

Son olarak, travma odaklı terapiler büyük çoğunlukla batı ülkelerinde geliştirilmiş ve sınanmış olmaları nedeni ile kültürler arası ne kadar geçerli ve uygulanabilir oldukları tam olarak bilinmemektedir. İnsanların travmatik bir olaya (hatta herhangi bir duruma) verdikleri davranışsal ve bilişsel tepkiler yaşadıkları kültüre bağlı olarak farklılık gösterir. Bir Batılı, Ortadoğulu, Uzakdoğulu ve Afrikalı aynı durum karşısında çok farklı şekilde düşünebilir ve farklı davranabilir. Dolayısıyla, tedaviler olabildiğince insan davranışının evrensel öğelerine odaklanırlarsa kültürler arası uygulanabilirlikleri güçlenecektir. Tedavide çevresel uyaranların üstüne gitme yaklaşımı evrensel insan duygu ve davranışlarını (örn. korku ve kaçınma davranışı) hedeflediğinden bu yöntemin farklı kültürlerde daha kolay uygulanabilmesi beklenmektedir.³⁵ Diğer yandan, bilişsel yöntemlerin geçerliliği ile ilgili tahminde bulunmak, travma hakkında hatalı / işlevsel olmayan düşünme şeklinin kültürler arası geçerliliği bilinmemesi nedeni ile zordur. Bilişsel psikoloji alanındaki araştırmalar batı ve doğu kültürlerinde yetişen insanların dikkat, algı ve muhakeme gibi temel bilişsel süreçlerinde ve bilişsel içeriklerinde birbirlerinden anlamlı olarak farklılaştığını göstermektedir (bir gözden geçirme için bkz. Nisbett ve ark.).⁶⁹ Bilişsel yeniden yapılandırma yönteminin temelinde analitik mantık ve düşünme süreçleri yatmaktadır. Terapinin temel hedefi olan kişinin işlevsel olmayan düşüncelerini ve inançlarını daha mantıklı olanlarla değiştirme yaklaşımı Batılıların çözümlenme ve tek bir doğru sonuç bulma eğiliminden kaynaklanmaktadır. Oysa bu doğu kültürlerinin diyalektik, uzlaşmacı düşünme işlevlerine ve deneyime dayalı öğrenme eğilimlerine uygun düşmektedir.³⁵ Bir yandan da yazılı ev ödevi kayıtları tutmak gerekliliği ve ağır yazma görevleri içeren bazı tedavi protokolleri, düşük eğitim seviyelerine sahip gelişmekte olan ülkelerdeki insanlar için bu terapilerin uygulanabilirliğini karmaşıklaştırmakta ve kitlesel travmatik olaylar sonrasında insanların günlük yaşamsal sorunlarla baş etmeye çalıştığı durumlarda uygulanabilirlik açısından zorluklar oluşturmaktadır.

AFET VE SAVAŞ KOŞULLARI İÇİN UYGUN TEDAVİ YAKLAŞIMI

Dünya üzerinde doğal ve insan eliyle oluşan çok sayıda afetten ve savaştan etkilenen milyonlarca insan bulunmaktadır. Bu olayların neden olduğu travmatik stres sorunları yaşayan çok sayıda insana etkili psikolojik tedavi hizmeti götürmek büyük bir ekonomik maliyet ve insan kaynağı sorunu yaratmaktadır. Savaşların ve afetlerin yarattığı ruh sağlığı sorunuyla baş edebilmek için (1) sağlam teorik temelleri olan, (2) etkili olduğu bilimsel araştırmalarda gösterilmiş, (3) kısa süreli, (4) uzmanların kısa sürede kolay öğrenebileceği, (5) farklı kültürlerde uygulanabilirliği yüksek, (6) insanlar uzman desteği almadan kendi başlarına uygulayabilecekleri için çeşitli araçlarla kitlelere ulaştırılabilecek tedavileri içeren bir ruh sağlığı modeline ihtiyaç vardır.²⁰ Bu yazıda gözden geçirilen bulgular tüm bu koşulları karşılayan terapi yönteminin travmayla ilişkili uyarıların yerinde üstüne gitme olduğunu düşündürmektedir. Tedavide odağın korku ve diğer olumsuz duyguların azalmasıydansa bu duygular ve bunları tetikleyen stresörler üzerinde kontrol duygusu sağlamaya kaymasının özellikle süregiden stresörlerin var olduğu afet ve savaş ortamlarında tedavi etkisini arttıracakını düşündürmektedir.

Kitleselel travmalara bağlı travmatik stres sorunları için geliştirdiğimiz ve tedavide kontrol duygusunun artırılmasını hedefleyen Kontrol Odaklı Davranış Tedavisi protokolünün etkisini beş çalışmada depresyon ve savaşa bağlı travmatik olaylar yaşayan sığınmacı ve göçmenlerde araştırdık.* 1999 Marmara depreminden ortalama 13 ay sonra kronik TSSH'si olan 231 katılımcıyla yapılan bir açık klinik çalışmada tedavinin sağladığı etki boyutu 1.92 olarak bulunmuştur.^{65,70} Bu çalışmada klinik olarak anlamlı iyileşme gösterme olasılığının ilk oturumdan sonra %76, iki oturum sonra %88'e, dört oturum sonunda %100'e ulaştığı görülmüştür. İyileşme için gereken ortalama seans sayısı 1.7 olarak belirlenmiştir. Travma ile ilişkili çevresel uyarılardan kaçınarak korkunun üstüne gitme yönergesinin tek bir oturumda verilmesinin sağladığı etkiyi inceleyen bir seçkisiz kontrollü araştırma TSSH belirtilerindeki etki boyutunun 1.88 olduğunu göstermiştir.^{67,70} Kaçınma davranışlarının tedavide düzelen ilk belirti olduğu (6. hafta değerlendirilmesinde), bunu yeniden deneyimleme ve aşırı uyarılma belirtilerinde azalmanın takip ettiği gözlenmiştir.⁶² Böylece kaçınma davranışlarındaki azalmanın diğer belirti-

lerdeki düzelmenin başlamasındaki kritik etken olduğu görülmektedir. Daha sonraki çalışmalar koşullanmamış uyarının temsili olan bir depresyon benzeştiricisi ile depresyon sarsıntuları sırasında yaşanan korkunun üstüne terapist eşliğinde gitmenin, tedavi etkisini ne kadar arttırdığı incelemiş ve tek oturumluk bir tedavinin TSSH belirtilerinde sağladığı etki boyutunun bir açık çalışmada 2.48'e ve bir seçkisiz kontrollü araştırmada 3.45'e çıktığı bulunmuştur.^{64,66,70} Tüm çalışmalarda, sayısız artçı sarsıntılara ve başka bir büyük depresyon beklentisine rağmen, iyilik hali uzun dönemde korunmuştur. En son yapılan bir açık klinik araştırmada ortalama 6 seansta verilen Kontrol Odaklı Davranış Tedavisi ile savaş, işkence ve cinsel ve cinsiyet temelli şiddet gibi travmatik olaylara maruz kalmış Ortadoğu ve Afrika ülkelerinden gelen mülteci ve sığınmacılarda gelişen kronik TSSH belirtilerinde %80 oranında iyileşme elde edilmiştir.⁶⁸ Çok az sayıda oturumla kalıcı yüksek etki sağlaması, uzmanlar tarafından kısa sürede öğrenilebilmesi ve farklı kültürlerde uygulanabilirliği nedeniyle Kontrol Odaklı Davranış Tedavisi geliştirmekte olan ülkelerde yaşayan çok sayıda kitlesel travma mağdurunun kısa sürede ve düşük maliyetle etkili bir şekilde tedavi edilebilmesi için umut verici bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. İlkeleri ve gerekçesi açıklandığı zaman insanların tedaviyi kendi başlarına uygulayarak iyileşmesi tedavinin çeşitli medya kanallarından insanlara ulaştırılabileceğini düşündürmektedir. Nitekim çok sayıda insanın kendi çabasıyla iyileşmesi, uzmanların zamanlarını yalnızca kendi başına tedaviyi başlatıp uygulayamayan kişilere ayırabilmesine ve böylece ruh sağlığı kaynaklarının daha verimli kullanılmasına olanak sağlayacaktır. Gelecekte yapılacak araştırmaların bu tedavinin farklı uygulamalarını içeren bir ruh sağlığı modelinin etkisini afet ve savaş koşullarında sınaması gerekmektedir.

SONUÇ

Bu yazıda TSSH için günümüzde sıklıkla kullanılan travma odaklı psikoterapiler eleştirel bir gözle değerlendirilmeye çalışıldı. Literatürde yer alan bilimsel kanıtlar, TSSH tedavisinde travma odaklı psikoterapilerin ilk olarak tercih edilmesi gereken tedaviler olduğunu düşündürmektedir. Bu yazıda gözden geçirilen bilimsel bulgular, terapi protokollerinin travmayla ilişkili çevresel uyarıların yerinde üstüne gitme yöntemini barındırdığı zaman tedavi etkisinin arttığını, bu etkinin kısa sürede ortaya çıktığını ve takip dönemlerinde artarak kalıcılıştığını göstermektedir. Genel olarak bu yöntemin dayandığı modern öğrenme teorileri en kapsamlı, önermeleri doğrudan sınanabilir ve geniş ampirik destek

* Yukarıda verilen meta-analizde tek başına uygulanan travmayla ilişkili uyarıların yerinde üstüne gitmeyi sınanan 3 seçkisiz kontrollü araştırmadan 2'si Kontrol Odaklı Davranış Tedavisine yönelik yürütülmüştür.

almış teorilerdir.⁷¹ Ayrıca, bu yöntemi barındıran tedavi protokolleri çok sayıda seçkisiz klinik araştırmada sınırlı olduğundan sağladığı tedavi etkisine yönelik daha geniş ve sağlam bir bilimsel dayanağı vardır.³ Son olarak bu yöntem insan davranışının evrensel özelliklerine odaklandığından kültürler arası uygulanabilirlik açısından daha umut vericidir. Nitekim, Türkiye'deki depremzedelerle ve Türkiye'ye Ortadoğu ve Afrika ülkelerinden gelen savaş, işkence, cinsel ve cinsiyet temelli şiddet travmaları yaşamış mültecilerle yapılan araştırmalar

travmayla ilişkili çevresel uyarıların yerinde üstüne giderek bunların tetiklediği korku, öfke, utanç gibi travmayla ilişkili duygular üzerinde kontrol kazanmanın çok kısa sürelerde (1-6 seans arası) vakaların %80'inde anlamlı iyilik hali ortaya çıkardığını göstermektedir.⁶⁴⁻⁶⁸ Gelecekte yapılması gereken araştırmalar yeni terapi protokolleri geliştirmek yerine, halihazırda bilimsel desteği olan terapi yöntemlerinin etki mekanizmalarını netleştirmeyi, farklı kültürlerde ve afet koşullarında uygulanabilirliklerini arttırmayı hedeflemelidir.

KAYNAKLAR

- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):214-27.
- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder - Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007;190:97-104.
- Cahill SP, Rothbaum BO, Resick PA, Follette VM. Cognitive-Behavioral Therapy for Adults. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen J, eds. *Effective Treatments for PTSD*: Guilford Press; 2010. p.549-58.
- Mowrer OH. *Learning Theory and behaviour*. New York: Wiley; 1960.
- Krypotos A-M, Efting M, Kindt M, Beckers T. Avoidance learning: a review of theoretical models and recent developments. *Front Behav Neurosci* 2015;9(189).
- Watts F. Habituation model of systematic desensitization. *Psychol Bull* 1979;86:627-37.
- Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull* 1986;99(1):20-35.
- Foa EB, McNally RJ. Mechanisms of change in exposure therapy. In: Rapee RM, editor. *Current Controversies in the Anxiety Disorders*. New York: Guilford Press; 1996. p.329-43.
- Foa EB, Huppert JD, Cahill SP. Emotional Processing Theory: An update. In: Rothbaum BO, ed. *Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment*. New York: Guilford; 2006. p. 3-24.
- McNally RJ. Mechanisms of exposure therapy: How neuroscience can improve psychological treatments for anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 2007;27(6):750-9.
- Craske MG, Kircanski K, Zelikowsky M, Mystkowski J, Chowdhury N, Baker A. Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behav Res Ther* 2008;46(1):5-27.
- Craske MG, Liao B, Brown L, Vervliet B. Role of Inhibition in Exposure Therapy. *J Exp Psychopathology* 2012;3(3):322-45.
- Bouton ME. Context and behavioral processes in extinction. *Learn Mem* 2004;11: 485-94.
- Craske MG, Mystkowski JL. Exposure therapy and extinction: Clinical studies. In: Craske MG, Hermans D, Vansteenwegen D, editors. *Fear and Learning: From Basic Principles to Clinical Implications*. Washington, DC: American Psychological Association; 2006. p. 217-33.
- Başoğlu M, Livanou M, Crnobaric C. Torture vs other cruel, inhuman, and degrading treatment – Is the distinction real or apparent? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(3):277-85.
- Başoğlu M, Livanou M, Crnobaric C, Frančišković T, Suljić E, Đurić D, et al. Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia - Association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *JAMA* 2005;294(5):580-90.
- Başoğlu M, Mineka S, Paker M, Aker T, Livanou M, Gök S. Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychol Med* 1997;27(6):1421-33.
- Şalcioğlu E. The effect of beliefs, attribution of responsibility, redress and compensation on posttraumatic stress disorder in earthquake survivors in Turkey [Dissertation]. London: King's College London; 2004.
- Şalcioğlu E, Urhan S, Pirincioğlu T, Aydın S. Anticipatory fear and helplessness predict PTSD and depression in domestic violence survivors. *Psychol Trauma* 2017;9(1):117-25.
- Başoğlu M, Şalcioğlu E. A Mental Healthcare Model for Mass Trauma Survivors: Control-Focused Behavioral Treatment of Earthquake, War, and Torture Trauma. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
- Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences (Therapist Guide). In: Barlow DH, ed. New York: Oxford University Press; 2007.
- Marks IM, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring - A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(4):317-25.
- Cloitre M, Stovall-McClough KC, Nooner K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, et al. Treatment for PTSD Related to Childhood Abuse: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2010;167(8):915-24.
- Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R. Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *J Clin Psychol* 2002;58(9):1071-89.
- Difede J, Malta LS, Best SR, Henn-Haase C, Metzler TJ, Bryant R, et al. A randomized controlled clinical treatment trial for World Trade Center attack-related PTSD in disaster workers. *The Journal of nervous and mental disease* 2007;195:861-5.
- Fecteau G, Nicki R. Cognitive behavioural treatment of posttraumatic stress disorder after a motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1999;27:201-14.
- Schnurr PP, Friedman MJ, Foy DW, Shea MT, Hsieh FY, Lavori PW, et al. Randomized Trial of Trauma-Focused Group Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: Results From a Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(5):481-9.
- Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Dang ST, Nixon RD. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:706-12.
- Grunert BK, Weis JM, Smucker MR, Christianson HF. Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for posttraumatic stress disorder following industrial injury. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2007;38(4):317-28.
- Arntz A, Tiesema M, Kindt M. Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2007;38(4):345-70.

31. Tarrier N, Pilgrim H, Sommerfield C, Faragher B, Reynolds M, Graham E, et al. A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(1):13-8.
32. Keane TM, Fairbank JA, Caddell JM, Zimering RT. Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behav Therapy* 1989;20(2):245-60.
33. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for rape victims. Newbury Park, CA: Sage; 1993.
34. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing; 2011.
35. Şalcıoğlu E, Başoğlu M. Current state of the art in treatment of posttraumatic stress disorder. In: Durbano F, editor. *New Insights into Anxiety Disorders*. Rijeka: InTech; 2013.
36. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SAM, Riggs DS, Feeny NC, et al. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(5):953-64.
37. Paunovic N, Öst L-G. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behav Res Ther* 2001;39(10):1183-97.
38. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000;38(4):319-45.
39. Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behav Res Ther* 1999;37(9):809-29.
40. Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment* 1999;11(3):303-14.
41. Steil R, Ehlers A. Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behav Res Ther* 2000;38(6):537-58.
42. Smith K, Bryant RA. The generality of cognitive bias in acute stress disorder. *Behav Res Ther* 2000;38(7):709-15.
43. Zoellner LA, Foa EB, Brigidi BD, Przeworski A. Are trauma victims susceptible to false memories? *Journal of abnormal psychology* 2000;109(3):517-24.
44. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behav Res Ther* 2005;43(4):413-31.
45. Beck AT, Clark DA. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. 1997;35(1):49-58.
46. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. 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. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(4):867-79.
47. Cahill SP, Foa EB, Hembree EA, Marshall RD, Nacash N. Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. 2006;19(5):597-610.
48. Foa EB, Rauch SAM. Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(5):879-84.
49. Livanou M, Başoğlu M, Marks IM, De Silva P, Noshirvani H, Lovell K, et al. Beliefs, sense of control and treatment outcome in post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 2002; 32(1):157-65.
50. Hageaars MA, van Minnen A, de Rooij M. Cognitions in prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2010;10:421-34.
51. Moser JS, Cahill SP, Foa EB. Evidence for poorer outcome in patients with severe negative traumarelated cognitions receiving prolonged exposure plus cognitive restructuring: implications for treatment matching in posttraumatic stress disorder. *The Journal of nervous and mental disease* 2010;198(1):72-5.
52. Devilly GJ, Spence SH. The Relative Efficacy and Treatment Distress of EMDR and a Cognitive-Behavior Trauma Treatment Protocol in the Amelioration of Posttraumatic Stress Disorder. *J Anxiety Disord* 1999;13(1-2):131-57.
53. Glynn SM, Eth S, Randolph ET, Foy DW, Urbaitis M, Boxer L, et al. A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(2):243-51.
54. Krakow B, Hollifield M, Johnston L, Koss M, Schrader R, Warner TD, et al. Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286(5):537-45.
55. Vaughan K, Tarrier N. The use of image habituation training with post-traumatic stress disorders. *Br J Psychiatry* 1992;161(5):658-64.
56. Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: The Guilford Press; 2001.
57. Gunter RW, Bodner GE. How eye movements affect unpleasant memories: Support for a workingmemory account. *Behav Res Ther* 2008;46(8):913-31.
58. Chen Y-R, Hung K-W, Tsai J-C, Chu H, Chung M-H, Chen SR, et al. Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE* 2014;9(8): e103676.
59. Davidson PR, Parker KC. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis 2001. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:305-16.
60. Şalcıoğlu E. What works best in cognitive behavioral treatment? A meta-analysis of therapeutic ingredients of treatment protocols for PTSD 2011;2 Suppl (1):S113-4.
61. Karasapan D. Travma sonrası stres bozukluğunda kullanılan bilişsel ve davranışçı terapi protokollerinin terapötik bileşenlerinin etkisine yönelik bir meta-analiz: Haliç Üniversitesi; 2014.
62. Şalcıoğlu E, Başoğlu M, Livanou M. Effects of live exposure on symptoms of posttraumatic stress disorder: The role of reduced behavioral avoidance in improvement. *Behav Res Ther* 2007;45(10):2268-79.
63. Imel ZE, Laska K, Jakupcak M, Simpson TL. Meta-analysis of dropout in treatments for post-traumatic stress disorder. 2013;81:394-404.
64. Başoğlu M, Livanou M, Şalcıoğlu E. A single session with an earthquake simulator for traumatic stress in earthquake survivors. *Am J Psychiatry* 2003;160(4):788-90.
65. Başoğlu M, Livanou M, Şalcıoğlu E, Kalender D. A brief behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder in earthquake survivors: results from an open clinical trial. *Psychol Med* 2003;33(4):647-54.
66. Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M. A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator. *Psychol Med* 2007;37(2): 203-13.
67. Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M, Kalender D, Acar G. Single-session behavioral treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder: A randomized waiting list controlled trial. 2005;18(1):1-11.
68. Şalcıoğlu E, Başoğlu M. Behavioral treatment of traumatized refugees: Results from an outcome evaluation study. XIV Conference of European Society for Traumatic Stress Studies; Vilnius, Lithuania 2015.
69. Nisbett RE, Choi I, Peng K, Norenzayan A. Culture and systems of thought: Holistic versus analytic cognition. *Psychol Rev* 2001;2: 291-300.
70. Şalcıoğlu E, Başoğlu M. Control-focused behavioral treatment of earthquake survivors using live exposure to conditioned and simulated unconditioned stimuli. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 2010;13(1): 13-9.
71. Mineka S, Zinbarg R. A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders - It's not what you thought it was. *Am Psychol* 2006;61(1):10-26.