



T.C
İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DEPRESİF BELİRTİ GÖSTEREN BİREYLERDE EMDR TERAPİNİN
ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hilal Nur KAÇMAZ

200025560

Psikoloji Anabilim Dalı
Uygulamalı Psikoloji Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Melike İLERİSOY

İstanbul
Ocak, 2025

AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Depresif Belirti Gösteren Bireylerde EMDR Terapinin Etkinliğinin İncelenmesi” başlıklı çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun olarak tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmam içerisinde kullanıldıkları her yerde atıf yapıldığını belirtir ve onurumla doğrularım.

/ / 2025

Hilal Nur KAÇMAZ

TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecinde desteğini her daim üzerimde hissettiğim ve bu yolda bana ışık tutan kıymetli hocam Dr. Öğretim Üyesi Melike İLERİSOY'a,

Uygulamalarımnda bana güvenerek, düzenli ve istekli bir şekilde katılım sağlayan, isimlerini burada yazamayacağım katılımcılara,

Tüm yaşamım boyunca bana duydukları güven ve inançla yanımda olan sevgili annem, babam ve kardeşime teşekkürlerimi borç bilirim. Sizleri çok seviyorum.

DEPRESİF BELİRTİ GÖSTEREN BİREYLERDE EMDR TERAPİNİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

ÖZ

Bu araştırmanın amacı, depresif belirti gösteren bireylerde EMDR terapisinin uygulanması ve terapinin etkinliğinin incelenmesidir. Araştırma, nitel araştırma yöntemlerinden tekli durum çalışması deseniyle gerçekleştirilmiş olup, seanslar ölçüt örneklem yoluyla seçilmiş Beck Depresyon Ölçeği puanı 17 ve üzeri bulgularan, İstanbul ilinde yaşayan, on sekiz yaş ve üzeri on yetişkin birey ile çevrim içi (online) şekilde gerçekleştirilmiştir. Terapi sürecinin sonlanması ardından katılımcılar ile geri bildirim görüşmesi gerçekleştirilmiş olup verilerin toplanmasında gözlem ve nitel araştırma yöntemlerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinden yararlanılmıştır. Dört seans EMDR uygulaması sonrası her bir seans için ayrı ayrı oluşturulan görüşme dökümleri tematik analize tabi tutularak “‘Umutsuzluk, Kendine Yönelik Olumsuz Duyguları, Bedensel Kaygı, Fiziksel Belirtiler, Yakın İlişkiler”’ kategorileri oluşturulmuştur. Oluşturulan kategori ve alt kategorilerdeki değişimin saptanabilmesi amacıyla Terapi Sonrası Geri Bildirim Formu oluşturulmuş olup katılımcılardan Terapi Sonrası Geri Bildirim Formunda bulunan soruları yanıtlamaları istenmiştir. Çalışmanın sonucuna göre, depresyon düzeyinin ve depresif belirtilerin, gerçekleştirilen EMDR uygulaması sonucunda anlamlı bir biçimde düşüş gösterdiği, katılımcıların Terapi Sonrası Geri Bildirim Formuna verdikleri yanıtlardan hareketle, anlamsal içerik analizi yöntemi ile oluşturulan her kategoride olumlu yönde değişim yaşadıkları, rahatsız edici deneyimlerden kendilerini ayırıştırabildiği, sorunlara yapıcı ve çözüm odaklı bir bakış açısı geliştirdikleri ve terapinin kendi kaynaklarını keşfetmelerine yarar sağladığı anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: depresyon, depresif belirti, beck depresyon ölçeği, emdr terapi, nitel araştırma,

INVESTIGATION OF THE EFFECTIVENESS OF EMDR THERAPY IN INDIVIDUALS SHOWING DEPRESSIVE SYMPTOMS

ABSTRACT

The aim of this study is to apply EMDR therapy in individuals with depressive symptoms and to examine the effectiveness of the therapy. The research was conducted with a single case study design, one of the qualitative research methods, and the sessions were conducted online with ten adult individuals aged eighteen and over, living in Istanbul, with a Beck Depression Scale score of 17 and above, selected through criterion sampling. After the end of the therapy process, a feedback interview was conducted with the participants and semi-structured interview technique, one of the observation and qualitative research methods, was used to collect the data. After four sessions of EMDR, the interview transcripts created separately for each session were subjected to thematic analysis and the categories of "Hopelessness, Negative Feelings Towards Self, Physical Anxiety, Physical Symptoms, Close Relationships" were created. In order to determine the changes in the categories and subcategories, a Post-Therapy Feedback Form was created and the participants were asked to answer the questions in the Post-Therapy Feedback Form. According to the results of the study, the level of depression and depressive symptoms decreased significantly as a result of the EMDR application, and the participants experienced a positive change in each category created by the semantic content analysis method based on their responses to the Post-Therapy Feedback Form.

Keywords: depression, depressive symptoms, beck depression scale, emdr therapy, qualitative research,

İÇİNDEKİLER

AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xi
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Önemi.....	3
1.3. Araştırmanın Problemleri.....	3
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	3
1.5. Araştırmanın Sayıltıları.....	3
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Depresyon	4
2.1.1.Tarihçe.....	5
2.1.2. Klinik Tanı.....	6
2.1.3. Kuramsal Yaklaşımlar.....	6

2.1.3.1. Psikoanalitik Kuram.....	6
2.1.3.2. Bağlanma Kuramı.....	8
2.1.3.3. Davranışçı Kuram.....	10
2.1.3.4. Bilişsel Kuram.....	11
2.1.4. Ayırıcı Tanı.....	11
2.1.5. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	12
2.1.6. Depresyonun Etiyolojisi.....	13
2.1.6.1. Depresyonda Serotonin Değişiklikleri.....	14
2.1.6.2. Depresyonda Norepinefrin Değişiklikleri	15
2.1.7. Depresyonun Tedavisi.....	15
2.1.7.1. Psikoterapi.....	16
2.1.7.2. Farmakoterapi.....	17
2.2. EMDR Tekniği.....	18
2.2.1. EMDR Tanımı ve Tarihçesi.....	18
2.2.2. EMDR Temel Öğeleri.....	19
2.2.3. EMDR ve Depresyon	25
2.2.3.1. Yapılan Çalışmalar.....	25
3.YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Modeli.....	27
3.2. Araştırmanın Çalışma Grubu.....	28

3.3. Veri Toplama Araçları ve Ölçeklerin Uygulanması.....	30
3.3.1. Demografik Bilgi Formu.....	31
3.3.2. BECK Depresyon Ölçeği.....	31
3.3.3. Terapi Sonrası Geri Bildirim Formu.....	32
3.4. Geçerlik ve Güvenirlilik	33
3.5. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması.....	33
3.5.1. EMDR Oturumları ve Seans Akışı.....	34
3.5.1.1. Olgu 1.....	35
3.5.1.2. Olgu 2.....	40
3.5.1.3. Olgu 3.....	43
4.BULGULAR.....	46
4.1. Umutsuzluk Kategorisi.....	47
4.2. Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Kategorisi.....	49
4.3. Bedensel Kaygılar Kategorisi	50
4.4. Fiziksel Belirtiler Kategorisi.....	52
4.5. İlişkiler Kategorisi.....	53
5.TARTIŞMA.....	54
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
7.KAYNAKÇA.....	60
8.EKLER.....	74

KISALTMALAR LİSTESİ

ABİ	: Adaptif Bilgi İşleme
APA	: American Psychology Association
BDNF	: Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi (CBT)
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
CRF	: Kortikotropin Salgılatıcı Faktör
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DIT	: Dinamik Kişilerarası Terapinin
DSM	: Diagnostic Statistical Manual
EMDR	: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
GABA	: Gama-Aminobütirik Asit
ICD	: International Classification of Diseases
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
NE	: Norepinefrin
NK	: Negatif Kognisyon
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
PK	: Pozitif Kognisyon
SERT	: Serotonin Taşıyıcı

SNRI : Seçici Serotonin-Norepinefrin Geri Alımına Terapötik Yanıtlar İnhibitör

SUD : Subjective Units of Distress

TRD : Tedaviye Dirençli Depresyon

VOC : Validity of Cognition

WHO : World Health Organisation

TABLÖLER LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3.2.1.: Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri.....	28
Tablo 3.2.2.: Depresif Belirti EMDR Müdahalesi Alan Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	29
Tablo 4.1.1.: Katılımcıların EMDR uygulama sonrası Umutsuzluk Kategorisi ve alt kategorilerindeki olumlu yönde değişimleri.....	49
Tablo 4.2.1.: Katılımcıların EMDR uygulama sonrası Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Kategorisi ve alt kategorilerindeki olumlu yönde değişimleri	50
Tablo 4.3.1.: Katılımcıların EMDR uygulama sonrası Bedensel Kaygılar Kategorisi ve alt kategorilerindeki olumlu yönde değişimleri.....	51
Tablo 4.4.1.: Katılımcıların EMDR uygulama sonrası Fiziksel Belirtiler Kategorisi ve alt kategorilerindeki olumlu yönde değişimleri.....	52
Tablo 4.5.1.: Katılımcıların EMDR uygulama sonrası İlişkiler Kategorisi ve alt kategorilerindeki olumlu yönde değişimleri.....	54

1. GİRİŞ

Depresyon, 300 milyondan fazla insanın etkilendiği, toplumsal maliyeti yüksek olan en yaygın ruhsal bozukluklardan biridir. Depresyon, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, 2015 yılında %7,5'i ile küresel engelliliğe neden olan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Psikoterapi ve ilaç tedavisi remisyon oranlarını iyileştirebilse de, mevcut tedavilerin başarı oranları sınırlıdır. Birkaç çalışma, EMDR terapisini birincil depresyon ve depresif belirtiler için ana tedavi veya yardımcı tedavi olarak test etmiş ve olumlu, ancak heterojen sonuçlar elde etmiştir. Örneğin, depresyonu komorbid bir tanı olarak kabul eden TSSB veya ağrı tedavisi için EMDR çalışmalarının sistematik bir incelemesi (Wood ve Ricketts, 2013), TSSB semptomları ile birlikte komorbid depresyonun EMDR terapisine önemli ölçüde azaltılabileceği sonucuna varmıştır.

Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) terapisine 1989 yılında Shapiro (Shapiro, 1989) tarafından geliştirilmiş ve travmatik anıları ve ilişkili semptomların tedavi edilmesi amaçlanmıştır. Bu psikoterapötik yaklaşım, travmatik anıları yeniden işlemek ve entegre etmek için iki taraflı stimülasyondan oluşan standart sekiz aşamalı bir protokol içerir (Landin-Romero ve diğerleri, 2018; Shapiro, 2018). Tedavi, duyuşsal ipuçları tarafından aktive edildiğinde olumsuz semptomlar üreten olumsuz yaşam deneyimlerinin anılarını hedef alır. EMDR tedavisinin ardından nörobiyolojik araştırmalar, travmatik anıların başarılı bir şekilde işlenmesi ve ilgili semptomların azalmasıyla birlikte beyin yapısal organizasyonunun iyileştiğini ortaya koymuştur (Bossini ve diğerleri, 2017; Boukezzi ve diğerleri, 2017).

Adaptif Bilgi İşleme Modelini temel alan EMDR ilk olarak bireyi güçsüzlük veya çaresizlik duygularıyla baş başa bırakan, o zamana kadar inşa ettiği yaşam ezberini hemen tüm yönleriyle bozan ve işlevselliğin geri kazanımına yönelik bireysel ve profesyonel uğraşı gerektiren travma sonrası stres bozukluklarının tedavisindeki etkililiği ile ön plana çıkmıştır

(Shapiro, 2014) ve hızla bu durum için ampirik olarak onaylanmış bir tedavi haline gelmiştir (Bisson ve diğerleri,2007; Seidler ve diğerleri, 2006). Adaptif Bilgi İşleme Modeline göre bedenin dışarıdan gelen saldırılar karşısında doğal savunma mekanizmalarını kullanarak zararlı oluşumları bağışıklık sistemi içinde metabolize etmesine benzer bir biçimde beyin de yeni deneyimleri duygularla birlikte anı ağlarında depolamakta ve bunu doğal işleyiş süreçlerine entegre etmektedir. Olumsuz deneyimlerin ve stres verici anıların uygun bir şekilde işlenmediği durumlarda bu anılar kendi nöral ağlarında depolanır, bir diğer ifadeyle donmuş bir vaziyette tutulur (Shapiro ve Maxfield, 2002).

Bu teknik, katılımcının kaygı ve stres oluşturan uyaranlara karşı duyarsızlaşmasını ve bireyler arası ilişkilerde işlevselliğini sağlamak amacıyla gelecekte de kullanabileceği uygun becerileri kazanabilmesini hedeflemektedir (Shapiro, 2002). EMDR prosedürünün temel çalışma birimleri resim, olumsuz ve olumlu bilişler, duygular, fiziksel algılar ile duygusal ve bilişsel değerlendirme ölçekleri, Özel Rahatsızlık Ölçeği (Subjective Units of Disturbance, SUD) ve Kognisyonun Geçerliliği Ölçeği (Validity of Cognition, VOC)'dir (Shapiro, 2002). EMDR'nin temel tekniği, danışanı eş zamanlı göz hareketleri, vurma veya ses gibi çift yönlü alternatif uyarım şekillerine maruz bırakarak dikkatinin harici bir uyarana yönlendirilmesi, aynı anda danışan tarafından belirlenmiş rahatsızlık verici (travmatik) bir duygusal deneyim üzerinde yoğunlaşılmasıdır. Etkili EMDR terapisi, danışan için stres veya travma belirtilerine kaynaklık eden uygun hedef anıların doğru bir şekilde tanımlanmasına bağlıdır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, depresif belirti gösteren, BECK Depresyon Ölçeği sonucu “Orta Depresyon Düzeyi” 17-29 puan ve “Şiddetli Depresyon Düzeyi” 30-63 puan olarak bulgulanan bireylere EMDR terapisinin uygulanması ve terapinin etkinliğini Terapi Sonrası Geri Bildirim Formuna verilen yanıtların nitel yöntemle anlamsal içerik analiz yoluyla değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında, literatürden edinilen bilgilere göre

depresyon oldukça sık karşılaşılan bir durum olduğundan, yapılan çalışma hem alandaki araştırmacılara hem de klinisyenlere katkı sunması bakımından önem taşımaktadır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Yapılan literatür taraması neticesinde EMDR tekniğinin çeşitli tanılar almış bireylere uygulanan ve özellikle travma odaklı durumlarda kullanılabildiği, travmatik deneyimlerin etkisini azaltmak amacıyla uygulanan etkili bir psikoterapi yaklaşımı olduğu bilinmektedir (Shapiro, 2016). Bu bağlamda bu çalışma, literatürde depresyon, depresif belirti ve EMDR terapisi ile ilgili nitel araştırma yöntemi ile yapılan çalışmalar sınırlı olduğundan, gerek alandaki araştırmacılara gerekse klinisyenlere kaynaklık etmesi bakımından önem taşımaktadır.

1.3. Araştırmanın Problemi

Araştırmanın temel problemi “EMDR uygulaması öncesi bireylerin depresyon düzeyleri ile EMDR uygulaması sonrası depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?” ve “EMDR Terapi yönteminin gözlemlenebilen depresif belirtiler üzerinde etkisi var mıdır?” şeklindedir.

1.4. Araştırmanın Hipotezi

Araştırmanın problemi doğrultusunda incelenmesi amaçlanan hipotez şu şekildedir:

H1: EMDR uygulaması öncesi bireylerin depresyon düzeyleri ile EMDR uygulaması sonrası depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H2: EMDR terapi yönteminin gözlemlenebilen depresif belirtiler üzerinde etkisi vardır.

1.5. Araştırmanın Sayıtları

1. Bireylere uygulanan BECK Depresyon Ölçeği'nin depresyon düzeylerini yansıttığı varsayılmıştır.

2. Uygulanan Demografik Bilgi Formu ve Terapi Sonrası Bildirim Formunun bireylerin anlayabileceği sorulardan oluşup açık bir dille hazırlandığı varsayılmıştır.

3. Kişilerin kendilerine uygulanan ölçeğe ve Terapi Sonrası Geri Bildirim Formundaki sorulara içtenlikle ve doğru cevaplar verdiği varsayılmıştır.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, EMDR uygulamasına gönüllü, İstanbul ilinde ikamet eden, on sekiz yaş ve üzeri on yetişkin birey ile sınırlıdır.

1. Bu araştırma, çalışma kapsamında kullanılan ölçme araçlarının ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

2. Bu çalışma, standart EMDR protokolüne uygun olan müdahaleler ile sınırlıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından depresyon; üzüntülü ruh hali, kronik yorgunluk, suçluluk hissi, uyku problemleri, iştahsızlık veya fazla iştah, konsantrasyon veya ilgi kaybı, motivasyonda düşme ve kişisel öz bakımlarında eksiklik ile tariflenmektedir. Depresyonun nedenlerine yönelik eski dönemlerden itibaren çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Biyolojik yaklaşıma göre dopamin, serotonin, noradrenalin hormonlarındaki değişimler, tiroid hormonunun yetersiz salınımı, kişisel faktörler, yaş, cinsiyet, medeni durumu kapsayan sosyo-ekonomik faktörler ve kalıtsal yatkınlığın yanı sıra bir yakını kaybetme ve yas süreci ile bazı kronik hastalıkların depresyona sebep olabileceği çeşitli araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur (Şireli, 2012).

Depresif bozukluklar Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (2022); distimik bozukluk, major depresif bozukluk (MDB) ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk olarak sınıflandırılmış olup, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk ise; depresif özellikler gösteren fakat distimik bozukluk, major depresif bozukluk veya depresif duygudurum ve/veya anksiyete ile giden uyum bozukluğu ölçütlerini karşılamayan bozuklukları kapsamaktadır. Majör depresyon epizodu çocuklukta, ergenlikte ve erişkinlikte uykuya dalamama, sık uyanma veya fazla uyuma, iştah değişiklikleri, konsantrasyon eksikliği, değersizlik duyguları ve ilgi duyulan aktivitelere karşı istek kaybı semptomlarına dayanarak saptanabilmektedir (Şireli, 2012).

2.1.1. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon çok eski tarihlerden beri bilinen bir hastalıktır. Hipokrat, insanın vücudunda kara safra, sarı safra, kan ve lenf sıvısı olmak üzere dört çeşit vücut sıvı bulunduğunu, bu sıvılar ile insanın duyguları arasında bir bağlantı olduğunu, lenf ve kara safra sıvısının paranoyaya, melankoliye ve maniye yol açtığını belirtmiştir (Liddell ve Scott, 1980). Depresyondaki kişilerin sahip olduğu duyguların, düşüncelerin ve davranışların açıklanması 1621 yılında Burtonise tarafından yapılmıştır.

İlk olarak Emile Kraepelin tarafından ruhsal rahatsızlıkların tanıları belirlenmiş ve 1889 yılında depresyon, “manik depresif psikoz” olarak isimlendirilmiştir. 1962 yılında Leonhard ve arkadaşlarının tarafından, depresyon monopolar (tek uçlu) depresyon ve bipolar (iki uçlu) depresyon olacak şekilde iki gruba ayrılmıştır. Sonraki yıllarda “Diagnostic and Statistical Manual (DSM)” ve “International Classification of Diseases (ICD)” ile güncellenmiş ve günümüzde kullanılan tanımı oluşturulmuştur (Hamilton, 1980).

2.1.2. Klinik Tanı

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşincisi (DSM-5-TR)'ne göre depresyon tanısı için; aynı iki haftalık dönem boyunca, çökkün duygudurumun neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde bulunması, bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma, psikodevinsel ajitasyon ya da yavaşlama, bitkinlik, kilo verme amacı güdülmeksizin kilo verme veya alma, yeme isteğinde azalma ya da artma, neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma, değersizlik veya suçluluk duyguları, düşünme ve odaklanmakta güçlük çekme, yineleyici ölüm ve intihar düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi belirtilerinden beşinin veya daha fazlasının bulunması gerekmektedir. Belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olmaktadır (Kafes, 2021). Belirtiler en az 2 hafta boyunca her gün mevcut olmalıdır. Majör depresif bozukluk genellikle tekrarlayıcıdır ve yaşam boyunca ataklarla karakterizedir.

2.1.3. Kuramsal Yaklaşımlar

2.1.3.1. Psikanalitik Kuramlar

Psikodinamik teoriler tarafından depresyon; içe dönük öfke, özsaygı veya öz değer kaybı veya anne-çocuk ilişkisindeki yoksunluk, ebeveyn tarafından kayıp veya reddedilme açısından incelenmektedir. Freud'un (1917) psikanalitik teorisi psikodinamik yaklaşımın bir örneğidir. Bu teoriye göre bir kayıp karşısında bastırılan öfke içe yönelir, öz saygıyı azaltır ve gelecekte bireylerin yüksek bir kişilerarası bağımlılığa sahip olduğu ve sevilme, saygı duyulmak, beğenilmek, takdir edilmek için başkalarından onay ve güvence aradığı, bunu alamadıklarında ise yoğun bir çökkünlüğün yaşandığı bir tablo olarak tanımlanmaktadır.

Freud, "Yas ve Melankoli" başlığı altında depresyona ait ilk psikanalitik açıklamaları sunmuş olup bu iki süreci benzer kayıp yaşantısına farklı tepkilerin geliştirildiği birbirleriyle ilişkili durumlar olarak tanımlamıştır. (Taylor ve diğerleri, 2005). Depresyondaki kişi bazen

sıkıntısının bilinçli bir nedenini bulamaz ancak yas tutan bir kişiyle benzer bazı özellikler sergiler. Freud, depresyonda kaybın bilinçsiz olduğunu, hastanın bunu hatırlayamadığını ya da kabul edemediğini, oysa yasta kişinin neyi ya da kimi kaybettiğinden şüphe duymadığını öne sürmüştür (Freud, 1917; akt. Morgan, 2005). Freud ayrıca önemli bir farka da dikkat çekmiştir. Yasta dünyanın anlamını yitirdiği hissedilir; depresyonda ise azalmış olarak deneyimlenen benliktir (Freud, 1917).

Freud, depresyonda benliğin bir kısmının kayıp nesneyle özdeşleşerek değişime uğradığını ileri sürmüştür. Depresyon, benliğin bir parçası ile kayıp ve dolayısıyla hayal kırıklığı yaratan nesneyle özdeşleşen diğer parçası arasındaki içsel ancak bilinçdışı antagonizma ve şikayetlerden kaynaklanır. Bu özdeşleşmede, özdeşleşmelerin bir bileşimi olan 'nesnenin gölgesi egonun üzerine düşer', olumsuz bir şekilde özdeşleşmiş bir yön içerdiği ve dolayısıyla 'kötü' olduğu hissedilir. Freud depresyonda artan ambivalansın rolünü vurgulamıştır; aynı kişiye yönelik sevgi ve nefret duyguları. Yas tutarken, kaybedilen nesneye duyulan öfke üzüntü, özlem ve sevgi duygularıyla aşılrken, depresyonda daha yüksek düzeyde bir öfke ve yıkıcılıkla karşılaşılır (Freud, 1917; akt. Morgan, 2005).

Vazgeçememe - özdeşleşmede, kederde takılıp kalmak ve yapamamak erken dönem hayal kırıklığı ve kayıplara tepki olarak affetme - haline gelir içselleştirilir, bazen doğrudan karakter özellikleri olarak ifade edilir (Freud, 1917). Freud, ikircikli özdeşleşme sürecinin yanı sıra, depresyonda ortaya çıkan ahlaki yargılama şiddetindeki artışa da dikkat çekmiştir ve bunun nasıl gerçekleştiğini anlamakla ilgilenmiştir. Çocuk gelişiminin bir parçası olarak ego içinde 'bundan böyle egoyu yargılayacak' bir 'eleştirel kurumun' kurulduğunu tanımlamıştır. Bu süperegodur ve Freud, 'ego ve süpereo arasındaki ilişkilerin, çocuğun ebeveynlerine karşı tutumuna geri götürüldüğünde tamamen anlaşılır hale geleceğini' öne sürmüştür (Freud, 1917). Süpereo çocuğun kendi düşmanca ve rekabetçi duygularıyla renklenir, böylece bir çocuk diğerine karşı saldırganlığını ne kadar kontrol ederse, süperegosu da o kadar zalimleşir.

Süperego, bağılı olduğu vicdan kavramından daha geniş bir bilinçli ve bilinçdışı faaliyetler yelpazesini kapsar. Sağlıklı bir gelişimde süperego zamanla iyi huylu bir yol gösterici rolüne bürünür, ancak depresyona yatkınlığı olanlarda süperego şımarık, üstünlük taslayan ve sadist bir şekilde hareket eder (Freud, 1917). Egoya karşı aşırı ahlaklı ve zalim hale gelir. Ego ve süperego arasındaki bu gerilim ‘suçluluk ve değersizlik’ olarak ortaya çıkar. Çocukları analiz eden Melanie Klein, doğuştan gelen yıkıcılık ve saldırganlığın depresyondaki rolünden etkilenmiş ve bunun olumsuz deneyimlerle daha da artabileceğini belirtmiştir (Klein, 1937).

2.1.3.2. Bağlanma Kuramı

John Bowlby’e göre birincil bakım verenle tekrarlayan ilişkiler aracılığıyla bağlanma geliştiren bebeklerin biyolojik ve evrimsel olarak bakıcıyla bağlanma ilişkisi kurmaya hazır ve motive oldukları varsayılmıştır (Ainsworth ve diğerleri, 1978). Bağlanma ilişkilerinin oluşumunun, evrimsel atalarımızın yavrularının hayatta kalmasını teşvik ettiği, dolayısıyla onların üreme başarısına katkıda bulunduğu ve bağlanmanın insan türünün genotipine yerleştiği ileri sürülmektedir (Bowlby, 1969; Simpson, 1999). Çok çeşitli farklı kültürlerde yapılan bağlanma araştırmaları, bebeğin bakım verene nispeten tutarlı erişimi olması koşuluyla, bebeklerin birincil bakım verenle bağlanma ilişkileri geliştirdiğini göstermiştir (Moran ve diğerleri, 2008). Bağlanma yapısı, küçük bir çocuğun bakım verene yakınlığı sürdürme ve ideal olarak bu kişiyi dünyayı keşfetmek için güvenli bir üs olarak kullanabilme ve aynı zamanda stres, acı, endişe veya korku anlarında geri dönülecek güvenli bir sığınak olarak kullanma motivasyonuna da yansır (Main, 2000). Başka bir deyişle, bebek ya da küçük çocuk, güvenli olarak algılandığı zamanlarda dünyayı keşfetmekte, merakını ve gelişmekte olan bağımsızlığını beslemekte özgür olmalıdır; ta ki çocuk, kendisini sığınak ve destek aramak üzere bakım verene geri dönmeye iten gerçek ve/veya deneyimlenmiş bir tehditle karşılaşana kadar (Bretherton ve Munholland, 1999). Bağlanma güvenliği anlayışının merkezinde, bakım verenlerin "güvenli

üs" ve "güvenli sığınak" rolleri arasındaki bu dengeli etkileşim yer almaktadır (Cooper ve diğerleri, 2005). Sosyal yakınlık ve duygusal destek arama gibi bağlanma davranışları, yaşam boyu stres zamanlarında aktive olur.

Bowlby, bu deneyimlerin depresyon gibi duygulanımsal bozukluklar üzerinde etkileri olabileceğini varsaymaktadır (Dykman, 1998). Değerli, sevilebilir ve desteklenebilir bir kendiliğe sahip, istikrarlı ve güvenli bağlanma temsilleri geliştiren kişilerin birincil bakım vereni veyahut ilk bağlanma figürlerinden sorumlu, tutarlı ve duyarlı; anksiyöz bağlanma temsilleri geliştiren kişilerin ise bakım vereni tarafından tutarsız bir bakım almış olduğu düşünülmektedir (Ainsworth ve diğerleri, 1978).

Gotlib (1992), depresyondaki yetişkinlerin işlevsiz sosyal davranışlarının kaynağı olarak rahatsız, yetersiz ebeveynlik geçmişine işaret ederek yetişkin bağlanma örüntülerinin depresyonla ilişkili olduğunu ve bu bağlantıya işlevsiz tutumlar ve düşük benlik saygısının aracılık ettiğini ortaya koymuştur. Bu bulgulara dayanarak yazarlar, yetişkinlikte gözlemledikleri kırılganlıkların köklerinin erken çocukluk dönemindeki bağlanma ile ilgili deneyimlere dayandığını ve dahası, bu köklerin depresyonun altında yatan kişilerarası ve bilişsel faktörlerin entegrasyonunu içeren bir kırılganlığa yol açtığını öne sürmektedir (Moran ve diğerleri, 2008).

Kohut (1971) depresyonun, ilgili ebeveynlere sahip olmak gibi yansıtıcı kendilik nesnesi olarak adlandırdığı şeyle ilgili iyi deneyimlerin eksikliğinden kaynaklandığını düşünmüştür. Margaret Mahler (1968), sorunu ilk bakıcıdan ayrılma ve bireyselleşmede bulmuştur. John Bowlby ve diğerleri depresyonun yaşamın erken dönemlerinde güvenli bağlanmanın başarısız olmasından kaynaklandığını düşünmüşlerdir. Bağlanma perspektifi ile bazı psikodinamik fikirler arasında açık temas noktaları vardır (Morgan, 2005).

Melanie Klein (1948)'ın hipotezlerinden biri, yaşam döngüsünün ilerleyen dönemlerinde meydana gelen kayıplara verilen tepkinin, gelişimin en erken aşamalarında yaşanan kayıpların yeniden canlanan yönlerinden etkileneceğidir. Annelik nesnesinin erken kaybı bebek henüz sevilen nesnenin temsilini kendi içinde güvenli bir şekilde oluşturamamışsa, yaşamın ilerleyen dönemlerinde depresyona neden olabilir (Morgan, 2005).

2.1.3.3. Davranışçı Kuram

Depresyonun bir başka psikolojik açıklaması olan Seligman'ın 'öğrenilmiş çaresizlik' teorisinde, depresyonun, kişinin 'olumsuz' durumlardan kaçmak için yaptığı nafil girişimlerin bir sonucu olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir (Seligman, 1973). Seligman tarafından bu teori köpekler üzerinde yapılan deneylere dayandırılmıştır. Köpekler barınaklarının zemininden hafif elektrik şokuna maruz kaldıklarında ancak bölünmüş bir alana erişimleri olduğunda, 'şoksuz' alana geçerek kaçmaları mümkündür. Ancak zaptedildiğinde ve kaçmak artık mümkün olmadığında, sonunda kaçma girişimlerini bıraktılar. Bu şekilde tekrarlanan 'kaçınılmaz' şoklara maruz kaldıklarında, daha sonra bunu yapmak mümkün olsa bile kaçmayı başaramamakla kalmadılar, aynı zamanda stres karşısında pasif, uyuşuk davranış ve iştah kaybı başta olmak üzere insanlarda depresyonla ilişkili bazı semptomlar da sergilediler (Seligman, 1973).

Yapılan bu çeşit deney ve gözlemler ışığında insanlarda depresyon, bireyin başına gelenler üzerinde kontrol sahibi olmamasının bir sonucu olarak çaresiz olduğunu öğrenmesi durumu olarak bir açıklanmıştır (Işık ve diğerleri, 2013). Öğrenilmiş çaresizlik modeline göre erken dönem yaşam deneyimleri dahil olmak üzere çaresizliği ve çaresizlik duygusu üzerinde kontrol sahibi olmadığını öğrenmiş bireylerin, olumsuz bir deneyim, olay veyahut durumla karşılaşmaları halinde 'üstesinden gelememe' duygusu depresyonu tetiklemektedir (Işık ve diğerleri, 2013).

2.1.3.4. Bilişsel Kuram

Aaron Beck (1967) tarafından biliş terimi bir yorum, kendine bir bakış ya da kendini eleştirmeyi içeren bir düşünce veya sözel olarak kendini gösteren istekleri anlatmak için kullanılmıştır (Işık ve diğerleri, 2013). Bilişsel teoriler, erken yaşam deneyimleri sırasında oluşan; kişinin kendisi, diğerleri ve dünya hakkındaki bilinçdışı inançlara temel inançlardan kaynaklanan spontan düşünceler veya dürtülerden oluşan varsayımlara odaklanarak insanların kişisel bilgiler hakkında düşünme ve bunları işleme biçimini ele almaktadır.

Modele göre olumsuz inanç ve beklentiler, çocuklukta bir ebeveynin veya kardeşin ölümü, ebeveynin reddedilmesi, eleştiri veya aşırı korumacı ebeveynlik, ihmal veya istismar gibi travmatik olayların bir sonucu olarak edinilebilir. Bunlar kişiyi depresyona yatkın hale getirebilir (Beck, 1967). Sonraki stresli bir yaşam olayı veya daha sonraki yaşamdaki kritik bir olay, şemayı tetikleyebilir ve sistematik olumsuz (önyargılı) düşünmeyi etkinleştirebilir; birey, diğer ilgili bilgileri göz ardı ederken bir durumun veya olayın belirli yönlerine seçici bir şekilde odaklanma eğiliminde olur. Olumsuz düşünceler, aksi yöndeki kanıtlara rağmen çoğu zaman varlığını sürdürür (Beck, 1967).

2.1.4. Ayırıcı Tanı

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşincisinde (DSM-V-TR); yıkıcı duygudurum düzensizliği, major depresif bozukluk, persistan depresif bozukluk, tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk, premenstrual disforik bozukluk, madde/ilaç ilişkili depresif bozukluk ve ayırt edilememiş depresif bozukluk, depresif bozukluklar başlığı altında tanımlanmıştır (Kafes, 2021). Şizofreni başlangıcında depresyon bulguları da görülmektedir (Öztürk, 2015). Psikiyatrik bir semptom olarak depresyonun en karakteristik özelliği, hastanın tüm düşüncelerine ve yaptıklarına yayılan ince bir örtüden, ruhsal yaşamını bunaltacak umutsuz bir çaresizliğe kadar her derecede olabilen üzüntü hissidir (Portaccio, 2016). Hastanın tipik

şikayetlerinin kaynağı olan, subjektif olarak hissedilen ve objektif olarak gözlemlenen bir yetersizlik ve değersizlik de beraberinde gelir: Yaşadığı her şey üzücü ve acı verici görünür. Normalde keyifli olayların bile bu etkisi vardır; bireyin normal değerlendirme yeteneğinden yoksun olduğunun daha fazla farkına varmasını sağlarlar ya da her şeyin kötü yanını görürler. Hekim hastayı tanıyorsa, erken belirtilerden ve genel görünümdeki değişiklikten depresyonun başlangıcını kolaylıkla teşhis edebilir. Kişinin yorgun ve kaygılı bir görünümü vardır, duruşu, hareketleri ve yüz ifadesi üzüntüsünü yansıtır (Portaccio, 2016). Genellikle başlangıçtan itibaren mevcut olan gecikme, normal tazeliği, ifade ve jest özgürlüğünü azaltır. Dikkatli akrabalar ve arkadaşlar bu değişikliği fark etmiş olabilir, ancak bunu aşırı çalışma nedeniyle oluşan yorgunluk veya bedensel hastalıkla karıştırmış olabilirler. Eğer ikincisi dışlanırsa, hekim özellikle orta yaşlı ve yaşlı bireylerde depresyon tanısını her zaman göz önünde bulundurmalıdır. Depresif duygulanımın derinliği, dışa dönük ifadesinden kolayca ölçülemez ve bazı durumlarda kayıtsızlık duygusu hakim olabilir ve altta yatan depresyonu maskeleyebilir (Portaccio, 2016).

2.1.5. Depresyonun Epidemiyolojisi

Son epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen veriler, depresif bozuklukların ayrı kategorilerden ziyade bir süreklilik içinde var olduğunu göstermektedir (Cuijpers, 2004). Sonuç olarak, araştırmalar çeşitli şekillerde eşik altı, subklinik, subsendromal, hafif veya minör depresyon olarak adlandırılan, tanı kriterlerini karşılamayan depresif semptomların klinik önemi ve halk sağlığı açısından önemi ortaya koymaktadır.

Epidemiyolojik veriler, majör depresyonun dünya çapındaki yaygınlığı, seyri, sosyo-demografik korelasyonları ve toplumsal maliyetleri üzerine gözden geçirilmiştir. Bu araştırmalarda majör depresyonun yaygın görülen bir bozukluk olduğu tahmin edilmektedir. (Kessler ve Bromet, 2013). Yaşam boyu yaygınlık ve seyir tahminleri, hem önemli hem de metodolojik süreçleri içerebilecek nedenlerle ülkeler arasında önemli ölçüde değişse de,

uluslararası veriler, başlangıç yaşındaki geniş çeşitlilik ve yaşam boyu kronik-tekrarlayan devamlılık riskinin yüksek olmasıyla anlamlı yaşam boyu yaygınlığı belgelemede açıktır. Majör depresyonun bir dizi sosyodemografik korelasyonu ülkeler arasında tutarlı bir şekilde bulunmaktadır ve uluslararası veriler ayrıca rol geçişlerindeki zorluklar (örn. düşük eğitim, yüksek genç çocuk doğurma, evlilik bozulması, istikrarsız istihdam), azalmış rol işlevi (örn. düşük evlilik kalitesi, düşük iş performansı, düşük kazançlar), çok çeşitli ikincil bozuklukların başlangıç, devamlılık ve şiddet riskinin artması ve fiziksel bozukluklar ve intihar nedeniyle erken ölüm riskinin artması gibi çok sayıda olumsuz sonuçla ilişkileri göstermektedir (Kessler ve Bromet, 2013).

İngiltere'de DSM-IV tanı ölçütlerinin temel alındığı, 54972 kişiyi kapsayan bir başka araştırmada ise depresyon yaygınlığı kadınlarda %5.9 erkeklerde ise %4.2 bulunmuştur. Herhangi bir işe sahip olmayan, boşanmış ya da ayrı yaşayan bireylerde depresyon yaygınlığı daha yüksektir. Depresyon belirti gösteren bireylerin %12.5'ine genel pratisyen tarafından psikiyatrik tedavi verilmektedir. (Ohayon ve diğerleri, 1999).

İzmir ilinde yapılan ve aynı Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeğinin kullanıldığı bir araştırmada depresyon yaygınlığı %13 bulunurken, yaşam boyu depresyon yaygınlığı %19'dur (Küey, 1985). Bu çalışmalarda 40 yaşın üzerinde olmak, kadın olmak, dul olmak, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmak temel risk etkenleri olarak saptanmıştır.

2.1.6. Depresyonun Etiyolojisi

Depresif bozuklukların etyolojisinde; psikososyal, biyolojik ve genetik faktörler rol oynar. Çocukluk çağında önemli travmatik stres faktörlerine maruz kalmak, depresyonun iyi bilinen bir öncüsüdür (Kendler ve diğerleri, 1995; Khan ve diğerleri, 2018; Kendler ve Gardner 2016). Çocukluk çağında olumsuz olaylar yaşamamış bireylerle karşılaştırıldığında, bu tür deneyimler yaşamış olanların yaşam boyu depresif bir dönem geçirme riski daha yüksektir

(Kessler, 1996). Kronik ve akut stres faktörleri depresif semptomların başlamasını tetikleyebilmektedir (Heim ve Nemeroff, 2001; Mcfarlane, 2010). İlk depresyon atakları genellikle daha sonraki ataklara kıyasla belirli bir psikososyal stres etkiyle daha yakından ilişkiliyken, daha sonraki depresyon atakları çok daha küçük olaylar tarafından tetiklenebilmekte, hatta herhangi bir belirgin olay olmaksızın da ortaya çıkabilmektedir (Kendler ve diğerleri, 2003).

Çevresel streslerle karşılaşan pek çok bireyde depresyon gelişmediği halde, yatkınlığı olanlarda yaşam olaylarının tetikleyici bir rol oynadığı düşünülmektedir. Depresyon tanısı alan bireylerin yaşam olaylarına karşı duyarlı olmasının altında genetik ve biyolojik etkenlerin bulunduğu işaret edilmektedir (Ünal ve diğerleri, 2002). Çeşitli çalışmalarda ailesel genetik özellikler, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıkların yanı sıra hormonal bozukluklar, serotonin, norepinefrin, dopamin ve nörokimyasal değişikliklerin majör depresyon için temel risk etkenleri olarak ileri sürülmüştür (Ünal ve diğerleri, 2002).

2.1.6.1. Depresyonda Serotonin Değişiklikleri

Postmortem, beyin omurilik sıvısı (BOS) ve nöroendokrin çalışmalar, depresif hastalarda serotonerjik nöronların aktivitesinin azaldığını göstermektedir (Albayrak ve Ceylan, 2004). Postmortem ve pozitron emisyon tomografisi (PET) görüntüleme çalışmalarından elde edilen yeni veriler, depresyon tanılı bireylerin orta beyin ve amigdalasında serotonin taşıyıcı (SERT) bağlanma bölgelerinin sayısında ve depresif hastaların hem presinaptik hem de mezyotemporal kortekste serotonin reseptörü alt tiplerinde azalma olduğunu göstermektedir.

Depresyon olgularında serotonin emilim hızı da düşük olmakla birlikte, Serotonin taşıyıcısı(SERT) da depresyon olgularında azalmaktadır (Albayrak ve Ceylan, 2004).

2.1.6.2. Depresyonda Norepinefrin Değişiklikleri

Norepinefrin içeren devrelerin de duygudurum bozukluklarında rol oynadığı düşünülmektedir. serotonin reseptörü kullanılabilişliğini artıran ilaçlara benzer şekilde, nortriptilin ve reboksetin gibi NE geri alım inhibitörleri etkili antidepresanlardır (Albayrak ve Ceylan, 2004). Noradrenerjik devrelerdeki değişiklikler de tedaviye dirençli depresyon hastalarında önemli bir rol oynayabilir. Hem serotonin reseptörü hem de NE nöronları üzerinde etkili olduğuna inanılan antidepresanların, yalnızca serotonin reseptörü veya NE nöronları üzerinde etkili olanlardan daha etkili olup olmadığı tartışmalıdır, ancak son metaanalizler, herhangi bir avantaj varsa, bunun nispeten küçük olduğunu göstermektedir (Albayrak ve Ceylan, 2004).

2.1.7. Depresyonun Tedavisi

Nemeroff ve meslektaşları (2012) tarafından, depresyon tanılı bireyler çocukluk travması öyküsüne göre alt gruplara ayrılarak antidepresan, psikoterapi (psikoterapinin bilişsel-davranışsal analiz sistemi) veya bunların kombinasyonunun etkinliğini karşılaştıran tedavi çalışmasının verileri yeniden analiz edilmiştir. Erken dönem olumsuz yaşam deneyimine sahip olan depresyon tanılı bireylerde remisyona ulaşma olasılığı, antidepresan tedavisine kıyasla psikoterapi ile iki kat, özellikle ebeveyn kaybı olanlarda ise üç kat daha yüksek bulunmuştur. Tedaviye verilen farklı yanıtlar sebebiyle depresyona neden olan veya depresyonu tetikleyen değişken nörobiyolojik yollar olabileceği ve bu yolların psikoterapi ile farmakoterapi tarafından farklı şekillerde etkilenebileceği düşünülmektedir (Saveanu ve diğerleri, 2012). Genel olarak, erken yaşam travması ve depresyonu olan hastaların tedaviyi sorunlu hale getiren çok sayıda psikolojik ve biyolojik özellik sergilediği görülmektedir. Psikolojik olarak bu hastalar güven eksikliği, zayıf veya değişken ilişkiler, sık sık izolasyon, zayıf benlik imajı, güvensiz bağlanma, bilişsel çarpıtma ve duygusal düzensizlik ile karakterize edilmektedir (Saveanu ve diğerleri, 2012).

2.1.7.1. Psikoterapi

Son 30 yılda 150'den fazla kontrollü ve karşılaştırmalı çalışmayla depresyona yönelik psikolojik tedavilerin etkinliği incelenmiş olup duygu düzenleme ve kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesine odaklanan 20 haftalık bireysel bir psikoterapi olan duygu odaklı terapinin çocukluk çağı travması geçirmiş yetişkinlerin tedavisinde etkili olduğu bulgulanmıştır (Paivo, 2001)

Çatışmaya yaptığı vurgu göz önüne alındığında, gelişimsel duraklamalar, bağlanma ve ilişkiler ve çoklu semptomatik alanlar ve terapötik ittifaka odaklanması ve kaçınılmaz aktarım ve karşı aktarım bağlamında ortaya çıkan aksaklıkları konu alan Psikodinamik psikoterapi, ciddiye alınması gereken bir başka tedavi yöntemidir. Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz (Abbass ve diğerleri, 2011), depresyon ve eşlik eden kişilik bozukluğu olan hastalarda kısa süreli psikodinamik psikoterapinin etkili olabileceğini göstermiştir. Şu anda depresyon tedavisinde zihinselleştirmenin etkinliğini inceleyen birkaç yeni çalışma devam etmektedir (Taubner, 2011). Zihinselleştirme açık davranışın altında yatan, kendisinin veya başkalarının zihinsel durumunu anlama yeteneği olup aynı zamanda insan davranışını ihtiyaçlar, arzular, duygular, inançlar ve hedefler gibi kasıtlı zihinsel durumlar açısından algılamamıza ve yorumlamamıza olanak tanıyan bir tür yaratıcı zihinsel aktivite olarak tanımlanabilmektedir (Bateman ve Fonagy, 2006). 2024 yılında yapılan çalışmada, klinik olmayan bir örneklemede zihinselleştirmenin sağlık ve duygu düzenleme stratejileri üzerindeki boylamsal etkisini araştırılmış ve zihinselleştirmedeki bozulmaların bir yıl boyunca refahı olumsuz yönde, duygusal baskılamayı ise olumlu yönde yordadığı anlaşılmıştır (Schwarzer ve diğerleri, 2024).

Beutel ve meslektaşları (2010) tarafından yakın zamanda psikodinamik psikoterapinin panik bozukluğu olan hastalarda amigdala-hipokampal hiperaktivasyonu ve prefrontal deaktivasyonu etkili bir şekilde düzenlediği bildirilmiştir. Finlandiya'da yakın zamanda yapılan bir çalışmada, serotonin reseptörlerini ölçmek için PET taramaları kullanılarak kısa süreli

psikodinamik psikoterapi ve SSRI karşılaştırılmıştır. Serotonin reseptör sistemi depresyonun patofizyolojisine dahil edilmiştir. Her iki tedavi de eşit derecede etkili olduğu ancak psikoterapi grubunun serotonin reseptör yoğunluğunda ilaç grubuna kıyasla önemli bir artış olduğu anlaşılmıştır.

Benzer şekilde, Lehto ve meslektaşları (2008) psikodinamik psikoterapi alan depresif hastalarda orta beyin SERT mevcudiyetindeki değişiklikleri ölçmüştür. 12 aylık terapiden sonra, orta beyin SERT yoğunlukları atipik depresyonu olan ancak klasik depresyonu olmayan hastalarda önemli ölçüde artmıştır (Lehto ve diğerleri, 2008). Bu nörogörüntüleme çalışmaları, psikodinamik psikoterapinin depresyon ve çocuklukta kötü muamele öyküsü olan hastaların tedavisinde antidepresanlara kıyasla farklı şekilde etkili olduğunu göstermektedir.

2.1.7.2. Farmakoterapi

Birçok laboratuvar hayvan çalışması sonucunda depresyondan tedavisinde nöroendokrin sistem düzensizliğinin normalleşmesinin gerekli olduğu görülmektedir. Klein ve meslektaşları (2009), 12 haftalık bir çalışmada kronik majör depresif bozukluğu olan hastaları incelemiştir. Çalışmayı tamamlayanlar arasında, klinik olarak anlamlı çocukluk çağı istismarı öyküsü olan hastaların %32'si, böyle bir öyküsü olmayan hastaların %44'üne kıyasla remisyona girdiği, daha düşük remisyon olasılığını öngören değişkenler arasında annenin aşırı kontrolü, babanın istismarı, babanın ilgisizliği ve cinsel istismar öyküsü yer aldığı bulgulanmıştır. Bu bulgular, çocukluk çağı sıkıntı öyküsü olan depresif hastaların farmakoterapiye daha az yanıt verdiğini göstermektedir (Klein ve diğerleri, 2009).

Hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenini aktivasyonunu azaltarak ve limbik sistem ile bağışıklık sistemini güçlendirerek, antidepresanların çocukluk çağı sıkıntılarıyla birlikte görülen depresyonun tedavisinde psikoterapinin tamamlayıcı ve sinerjik bir rol oynayabileceğini düşünmek mantıklıdır. DeRubeis ve meslektaşları (2008) depresyon tedavisi

sırasında BDT veya antidepresanlardan etkilenen nöromekanizmaları incelemişlerdir. Bulgular, BDT'nin öncelikle prefrontal işlevi ve dolayısıyla bilişsel kontrolü artırdığını, antidepresanların ise olumsuz duyguların işlenmesinde aktif olarak yer alan amigdala üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (DeRubeis ve diğerleri, 2008).

2.2. EMDR Tekniği

EMDR ilk olarak bireyi güçsüzlük veya çaresizlik duygularıyla baş başa bırakan, o zamana kadar inşa ettiği yaşam ezberini hemen tüm yönleriyle bozan ve işlevselliğin geri kazanımına yönelik bireysel ve profesyonel uğraşı gerektiren travma sonrası stres bozukluklarının tedavisindeki etkililiği ile ön plana çıkmıştır (Shapiro, 2014). Bu teknik, danışanın stres ve kaygı oluşturan mevcut uyaranlara karşı duyarsızlaşmasını ve kişiler arası ilişkilerde işlevselliğini sağlamak amacıyla gelecekte de kullanabileceği uygun becerileri kazanabilmesini hedeflemektedir (Shapiro, 2002).

2.2.1. EMDR Tanım ve Tarihçesi

Farklı psikoterapi yaklaşımlarının öğelerini kapsayan, bütüncül bir psikoterapi yöntemi olan, standartlaştırılmış tedavi prosedürleri bulunan ve Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme olarak dilimize çevrilen EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) tekniği, 1987 yılında Francine Shapiro tarafından uygulamaya konmuştur (Shapiro, 2018). Giderek artan kanıtlar, EMDR tedavisinin somatik semptomları olan hastalara fayda sağlayabileceğini göstermektedir. Açıklanamayan tıbbi semptomların tedavisinde EMDR üzerine yapılan sistematik bir inceleme, EMDR'nin bu tür hastalarda etkili bir tedavi olabileceği sonucuna varmıştır (Tesarz ve diğerleri, 2014). EMDR başlangıçta travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) için bir tedavi olarak ortaya çıkmış (Shapiro, 1989) ve hızla bu durum için ampirik olarak onaylanmış bir tedavi haline gelmiştir (Bisson ve diğerleri, 2007; Seidler ve diğerleri, 2006). Yerleşik psikoterapötik yöntemler ile bilateral duyuusal uyaram gibi spesifik EMDR unsurlarının kullanımı, uyaramı ve dikkatin çift odaklanması ilkesini kapsayan (Grant,

2010; Shapiro, 1995) yapılandırılmış bir psikoterapi yöntemidir. Bilateral stimölasyon (BLS), beynin sol ve sağ taraflarının dönuşümlü olarak uyarılması sürecini ifade etmektedir. EMDR terapisinde kullanılan en geleneksel çift taraflı uyarım şekli görüş alanında ileri geri hareket eden bir nesnenin veya ışığın takip edildiğı göz hareketleridir, ancak tonlar veya vuruşlar kullanılarak işitsel çift taraflı uyarım ve pulsarlar veya titreşim kullanılarak dokunsal çift taraflı uyarım formları da etkili olabilir. Bilateral stimölasyonun beyin ve sinir sistemi üzerinde sakinleştirici bir etkisi bulunmaktadır. Çift taraflı uyarım sırasında, değışen sol-sağ modelinin beynin her iki yarım küresini de harekete geçirerek birbirleriyle daha etkili iletişim kurmalarına olanak sağladığı ileri sürülmekte olup, bu iletişim yeni sinir yolları oluşturulması ve mevcut olanları güçlendirilmesine yardımcı olmaktadır.

2.2.2. EMDR Temel Öğeleri

İkili dikkat odağı ilkesine göre, çift duyuşal dikkat uyarısına dikkat ederken aynı zamanda gerçekten duyuşsal sıkıntıya neden olan anılara odaklanan EMDR prosedürü, travma veya ağı gibi duyuşsal sıkıntı veren materyalin bilgi işlemlerini kolaylaştırır. EMDR başlangıçta psikolojik travma yaşamış bireyler için geliştirilmiş olsa da kronik ağı tedavisinde özellikle hastanın ağıyla ilgili bilişsel, duyuşsal ve somatik semptomlarını değıştirmeyi ve rahatlama sağlayabilecek iç kaynakları tanımlamayı amaçlamaktadır (Grant, 2010; Shapiro, 1995). Tedavi planlaması ve hazırlığından sonra, her seans, ilk olarak ağıyla ilgili sıkıntı verici bir anının (“hedef”) tanımlanması ve ikinci olarak bu hedefin duyarsızlaştırılması sağlanır. Göz hareketleri ile bilateral duyuşal dikkat uyarısına katılırken aynı zamanda bu sıkıntı verici anılara eşzamanlı olarak odaklanarak başlatılması şeklinde yapılandırılır.

EMDR, Adaptif Bilgi İşleme Modelini temel almaktadır. Adaptif Bilgi İşleme Modeline göre bedenin dışarıdan gelen saldırılar karşısında doğal savunma mekanizmalarını kullanarak zararlı oluşumları bağışıklık sistemi içinde metabolize etmesine benzer bir biçimde beyin de yeni deneyimleri duyuşlarla birlikte anı ağlarında depolamakta ve bunu doğal işleyiş

süreçlerine entegre etmektedir. Olumsuz deneyimlerin ve stres verici anıların uygun bir şekilde işlenmediği durumlarda bu anılar kendi nöral ağlarında depolanır, bir diğer ifadeyle donmuş bir vaziyette tutulur ve böylelikle işlevsel bilgileri barındıran diğer anı ağlarıyla bağlantı sağlanamaz (Shapiro ve Maxfield, 2002). EMDR'nin temel tekniği, danışanı eş zamanlı göz hareketleri, vurma veya ses gibi çift yönlü alternatif uyarım şekillerine maruz bırakarak dikkatinin harici bir uyarana yönlendirilmesi, aynı anda danışan tarafından belirlenmiş rahatsızlık verici veya travmatik bir duygusal deneyim üzerinde yoğunlaşılmasıdır. Etkili EMDR terapisi, danışan için stres veya travma belirtilerine kaynaklık eden uygun hedef anıların doğru bir şekilde tanımlanmasına bağlıdır. Travmatik bilgi, beden duyuları ve bilişsel uyarımlar aracılığıyla uygun bir şekilde işlendiğinde danışan, rahatsız edici duygu, beden duyuları ve irrasyonel bilişlerin yerine olumlu duygu, beden duyumu ve olumlu bilişleri deneyimler (Shapiro, 2002).

İşleme için olası hedefler rahatsız edici ağrıyla ilgili veya travmatik anılar, mevcut ağrı algıları veya stresli durumların yanı sıra gelecekteki ağrılı veya stresli durumlar olabilir. Hangi hedeflerin yeniden işleneceğine bağlı olarak, standart protokol ve ağrıya özel protokoller bulunmaktadır. Standart EMDR protokolü sırasında, bireylere harici bir çift taraflı uyarana odaklanırken rahatsız edici bir ağrıyla ilgili veya travmatik anıya ve ilişkili düşüncelere, duygulara ve somatik algılara konsantre olmaları talimatı verilir. Ağrı durumlarının doğrudan işlenmesi için, modifiye edilmiş ağrıya özgü EMDR “ağrı protokolleri” de kullanılabilir (Grant, 2010). Tipik olarak, danışan her bilateral stimülasyon setinin sonunda yeni veya değişen duyguları, bilişleri, fiziksel hisleri, imgeleri veya diğer deneyimleri rapor eder. Sonraki iki taraflı uyarım setleri, bir önceki setin sonunda danışanın farkındalığına giren yeni hedeflere odaklanır. Bu yeni materyal hedeflenir ve danışan tekrar istikrarlı bir çözünürlük bildirene kadar takip edilir. Duyarsızlaştırma aşaması, danışan artık orijinal hedeflenen deneyimle ilişkili

herhangi bir rahatsızlık bildirmeyene kadar devam eder. Kural olarak, her seans son bir stabilizasyon tekniği ile kapanır.

EMDR kavramı, geçmiş travmatik deneyimlerin, korku ve duygusal sıkıntı gibi farklı psikolojik semptomların yanı sıra ağrı gibi fiziksel hislerle temsil edilen mevcut patolojiyi tetiklemede rol oynadığını öne süren uyarlanabilir bilgi işleme modeline dayanmaktadır (Shapiro ve diğerleri, 2009; Estergard, 2009). Bu önceki travmatik veya acı verici anılar, bu uyaranlar doğası gereği acı verici olmasa da, mevcut uyaranlara karşı artmış bir ağrı tepkisine neden olabilir. Acıya tekrar tekrar maruz kalma, uyaranlar ve/veya travmatik deneyimler, kortikolimbik seviyelerde kişinin kendi vücudunun içinden veya çevreden gelen bilgileri hücrel belleğe aktaran karmaşık bir dizi nöroplastik süreci tetikleyebilir (Rome, 2000). EMDR tedavisinin belirgin bir etkisinin, ağrı deneyiminin limbik olarak artırılmış kısmının duyarsızlaştırılması olabileceği varsayılmıştır (Mazzola ve diğerleri, 2009).

EMDR Protokolü

EMDR'nin sekiz aşaması, öykü alma ve terapi planlaması, hazırlık, değerlendirme, duyarsızlaştırma, yerleştirme, beden taraması, kapanış ve yeniden değerlendirmeyi kapsamaktadır. İlk aşama olan "Öykü Alma ve Terapi Planlaması" aşamasında danışanın geçmiş öyküsü, işlevsel olmayan davranışları hakkında bilgi alınarak tedavi planı oluşturulur (Shapiro, 2002). Danışana terapiye geliş sebebi, yaşanan sorunlar ve semptomlar ile ilgili olarak yapılandırılmış sorular sorulur ve verilen cevaplar doğrultusunda bir değerlendirme yapılarak bir vaka formülasyonu oluşturulur.

İkinci aşama "Hazırlık" evresidir ve bu aşamanın temel hedefi danışan ile terapötik iş birliğinin kurulmasıdır. EMDR terapi yöntemine ilişkin genel bilginin verilmesi, çift yönlü uyarım denemelerini gerçekleştirmek amacıyla belirlenen bir güvenli alan oluşturulması ve kaynak geliştirme, çift yönlü uyarım sırasında veya seans sonrasında oluşabilecek rahatsızlık

verici duygu ve duyumlar hakkında bilgilendirme, güvenli yer, kutu egzersizi, dur/devam işareti, rahatlama, stres azaltma stratejileri ve egzersizleri, duygu yönetim ve stabilizasyon teknikleri, olumlu benlik kavramı ve davranışlarda olumlu değişim becerileri üzerinde çalışılır. Bu aşamada danışandan tedaviye dair onam alınır (Gupta ve Gupta, 2002).

Üçüncü aşama olan “Değerlendirme” aşamasında danışandan ayrıntılı şekilde anının tanımlanması ve anıyı temsil eden resimlerin (travmatik ve/veya stresli durum veya olayın zihinsel görüntüsü) belirlenmesi istenmektedir. Terapist, danışandan olayı düşünmesini, olayı “temsil edici” tek bir imgeye indirgemesini ve kendisini en çok rahatsız eden kısma odaklanmasını ister (Shapiro, 2002). Burada hedeflenen, bilinç ve beyin ile olayın depolandığı yer arasında bir bağlantı kurmaktır. İmajın belirlenmesinin ardından genellikle olumsuz imajla birlikte gelen olumsuz bir öz değerlendirme, imajla ilişkili olumsuz bilişin belirlenmesi üzerinde çalışılır. Olumsuz bilişin bir örneği, deri yolma bozukluğunun neden olduğu kozmetik hasarın bir sonucu olarak sosyal anksiyete yaşayan bir danışanın dile getirdiği "kontrolümü kaybettim", "zor durumlarla başa çıkamıyorum", “çirkin görünüyorum”, “değersizim”, “başarısızım”, “güçsüzüm” gibi şimdiki zamana atıfla yapılan kendine dair olumsuz bir inançtır. Negatif kognisyonun belirlenmesinden sonraki adım, danışanın arzulanan pozitif kognisyonu belirlemesi ve 1’in “tamamen yanlış”, 7’nin ise “tamamen doğru” anlamına geldiği 7 puanlı VOC (Kognisyonun Geçerliliği Ölçeği, Validity of Cognition) Ölçeğinde değerlendirmesidir. Pozitif Kognisyonun belirlenmesindeki amaç tedaviye yön vermek ve terapist ile danışana ilerlemeyi değerlendirebilecekleri bir başlangıç noktası sunmaktır (Shapiro, 2002). Bu bilgilerin alınmasının ardından, rahatsız edici zihinsel imajla ilişkili duygular ve beden duyumları negatif inançlar eşliğinde değerlendirilir. Danışandan imajı ve negatif kognisyonu aklında tutması, hissedilen duyguyu adlandırması ve şu anda nasıl hissettiğini, diğer bir ifadeyle duyguyla ilişkili rahatsızlık düzeyini Özne Rahatsızlık Ölçeği (Subjective Units of Disturbance, SUD)’nde değerlendirmesi istenir. Bu ölçekte "0"

derecelendirmesi "rahatsızlığın olmadığı", "10" derecelendirmesi ise "olası en yüksek rahatsızlığı" göstermektedir. Rahatsız edici görüntüyle ilişkili fiziksel duyular örneğin danışan travmatik anıya odaklandığında meydana gelen boyun kasılması, göğüs sıkışması, ağrı veya acı hissi, artan kalp atışı gibi bedensel duyular tedavinin süreç değerlendirmesi için yararlı odak noktalarıdır. Tedavi sonunda danışan bedenini zihinsel olarak taradığında hiçbir gerilim ya da alışılmamış bedensel bir duyumun olmadığından emin olunmalıdır (Shapiro, 2002).

Dördüncü aşama olan “Duyarsızlaştırma” aşamasında hedef anıda belirtilen rahatsız edici resme dair danışanın olumsuz duygusuna odaklanılır ve öznel rahatsızlık seviyesinin (SUD) sıfıra doğru indirilmesi amaçlanır. Rahatsızlık verici imaj, olumsuz biliş ve imajla ilişkili duygusal ve fiziksel semptomlar tanımlandıktan sonra, olumsuz biliş çift taraflı uyarım yoluyla işlenir. Çift taraflı işleme yoluyla danışanın negatif kognisyona olan duyarlılığının azaltılması için çalışılır. Bu sürecin tipik olarak hastanın olumsuz bilişe yüklediği duygusal değerin azalmasına ve ilerleyen aşamada pozitif bilişe verilen değerde bir artışa (7 puanlık VOC ölçeğindeki artış), ilişkili duygusal reaksiyonun yoğunluğunda (10 puanlık SUD ölçeğinde azalma) ve ek olarak ilişkili fiziksel semptomlarda bir azalmaya yol açması beklenir.

Duyarsızlaştırma aşamasında temel amaç, çift yönlü uyarım setleri aracılığıyla rahatsız edici materyale karşı danışanın duyarsızlaşmasını sağlamaktır. Beşinci aşama olan “Yerleştirme” aşamasında danışan tarafından seçilen pozitif kognisyonun çift taraflı uyarım yoluyla yerleştirilmesi amaçlanır. Bu aşamaya geçilmesi için danışanın hedef anıya dair rahatsızlık seviyesi SUD Ölçeğinde 0’a düşmüş olmalıdır. Rahatsızlık seviyesinin kontrolünün ardından pozitif kognisyonun danışan için uygunluğu kontrol edilerek VOC puanını tekrar alınır. Bu noktada danışandan hedef anıyı, kendisi hakkında inanmak istediği en uygun pozitif kognisyonla birlikte aklında tutması istenir. VOC değerlendirmesi uyarımsal işleme yoluyla 7 “tamamen doğru” düzeyine ulaştırılmaya çalışılır. Çift taraflı uyarım yoluyla işleme "kontrol

bende" ve "pek çok zorluğun üstesinden gelebilirim" gibi olumlu bilişlerin güçlenmesine yardımcı olur. Bir sonraki aşama olan altıncı aşamada “Beden Taraması” işlemine geçilir. Beden taramasında rahatsızlık verici yaşıntının anımsanmasıyla birlikte bedende rahatsız edici bir duyumun olup olmadığı kontrol edilerek herhangi bir gerilim, alışılmadık bir his veya gerginliğin olup olmadığına bakılmaktadır. Zihinsel ve fiziksel olarak hiçbir gerginlik kalmadığı noktada beden tarama evresi tamamlanır (Shapiro, 2016).

Yedinci aşama, işlemenin yeterli olup olmadığının kontrol edildiği ve danışanın emniyetli bir şekilde seanstan ayrılmasının sağlandığı kapanış evresidir. Shapiro (2002)’ya göre kapanış evresinde danışan travmatik olayla ilgili rahatsızlık yaşarken oturumun sonlandırılmaması gerekmektedir. Bu durumda gevşeme ve nefes egzersizi gibi yöntemlerle rahatsızlığın azaltılması ve danışanın güvenli bir duygu durumuna geçmesi sağlandıktan sonra oturum sonlandırılmalıdır.

Son aşama olan “Yeniden Değerlendirme” aşamasında danışanın terapi sürecinde belirttiği tetikleyicilerin danışanı rahatsız edip etmediğinin kontrolü yapılmakta ve geleceğe yönelik bir sahneye danışanı hazırlamak amacıyla gelecek şablonu kullanılmaktadır (Kavakçı, 2012; Mukba ve diğerleri, 2020). Gelecek şablonu, EMDR ile elde edilen kazanımların gelecekte olası zorluklara karşı nasıl kullanılacağına provası niteliğinde bir uygulama olup, bu uygulama ile danışanın işlevselliğini bozan belirti ve davranışların azaltılması ve olumlu bilişin güçlendirilmesiyle kazanılan yeni becerilerin pekiştirilmesi amaçlanmaktadır (Karadağ ve diğerleri, 2020).

Esasen tüm psikolojik müdahalelerde olduğu gibi EMDR'nin etkinliğinin altında yatan nöropsikolojik mekanizmalar henüz tam olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte olumlu bilişin yerleşmesinin altında yatan teorik ilkelerin duyarsızlaştırma, bilişsel yeniden yapılandırma ve klasik koşullanma gibi çeşitli davranışsal mekanizmaları içerdiği düşünülmektedir (Shapiro, 1996; Hekmat, 1994).

2.2.3. EMDR ve Depresyon

Depresyon, toplumsal maliyeti yüksek olan en yaygın ruhsal bozukluklardan biridir. Psikoterapi ve ilaç tedavisi remisyon oranlarını iyileştirebilse de, mevcut tedavilerin başarı oranları sınırlıdır. Travma ve diğer olumsuz yaşam deneyimlerinin depresyon için potansiyel risk faktörleri olabileceğini gösteren son araştırmalar göz önüne alındığında, Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme'nin (EMDR) depresyon tedavisinde de etkili olduğu düşünülmektedir. Bu sistematik derlemenin amacı, depresyon hastalarında EMDR'nin etkinliğine ilişkin mevcut literatürü özetlemektir (Carletto ve diğerleri, 2017).

Son 20 yılda depresyon tedavisi için seçenekler önemli ölçüde artmış olsa da seçici serotonin geri alım inhibitörleri gibi yeni antidepresan ilaçlara eşlik eden umutlar hızla azalmıştır (Carletto ve diğerleri, 2017). Aslında, yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, antidepresanların plaseboya göre oldukça düşük bir avantaja sahip olduğu ve depresyonun şiddetiyle birlikte yararın büyüklüğünün arttığı sonucuna varmıştır (Fournier ve diğerleri, 2010). Kılavuzlar, orta veya şiddetli depresyonu olan kişiler için en etkili tedavinin antidepresan ilaç ve yüksek yoğunluklu psikolojik müdahalenin bir kombinasyonu olduğunu belirtmiştir.

2.2.3.1. Yapılan Çalışmalar

Birçok çalışma, fiziksel ve duygusal istismar gibi olayların majör depresif bozukluk gelişimi için nasıl önemli psikososyal risk faktörleri olduğunu göstermiştir (Bahk ve diğerleri, 2017; Dias de Mattos Souza ve diğerleri, 2016; Vitriol ve diğerleri, 2017; Wiersma ve diğerleri, 2009; Williams ve diğerleri, 2016). Yapılan araştırmalar sonucunda travma tedavisinde oldukça başarılı bir terapi yöntemi olan EMDR'nin depresif belirtilerin azaltılmasında BDT kadar etkili olduğu bulgulanmıştır. Minelli ve amirkadaşları (2019), tedaviye dirençli depresyonda (TRD) EMDR ve travma odaklı BDT'nin etkinliğini karşılaştırmak için bir randomize kontrollü çalışma gerçekleştirmiştir. Bulgulara göre, her iki tedavi grubunda da depresyon semptomlarında bir azalma olduğu görülmüştür.

Khan ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ile ilişkili semptomları, anksiyeteyi ve depresyonu hafifletmede her ikisinin de etkinliğini karşılaştırmak için TSSB'li hastalarda EMDR ve BDT yöntemleri kıyaslanmıştır. Meta-analiz sonuçları, depresyonu azaltmada iki tedavi yöntemi arasında anlamlı bir fark olmadığı yönündedir; ancak EMDR'nin, anksiyete ve TSSB semptomlarını azaltmada BDT'ye kıyasla daha etkili bir terapi yöntemi olduğu bulgulanmıştır (Khan ve diğerleri, 2018).

Behnammoghadam ve arkadaşları (2015) tarafından miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda depresyon tedavisinde EMDR terapi yöntemini değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Kontrol grubuna kıyasla deney grubunun depresif semptomlarında anlamlı bir azalma görülmüştür (Carletto ve diğerleri, 2017). Grupta, tedavi sonrası depresyon düzeyleri klinik eşiğin altında kalmış olup Beck Depresyon Ölçeği puanları 17 puanın altına düşmüştür.

Hogan (2001) tarafından yapılan tez çalışmasında bir seans EMDR ya da BDT'nin etkinliği değerlendirilmiştir. Her iki tedavinin de depresif semptomları azaltmada etkili olduğu anlaşılmış olup tedaviler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. EMDR grubundaki dört katılımcı depresif semptomların neredeyse tamamen ortadan kalktığını bildirirken, BDT grubundaki hiçbir hasta bu denli bir semptom azalma eğilimi bildirmemişlerdir.

Tang ve meslektaşları (2015) Tayvan'da Morakot tayfununu yaşayan ergenler için psiko-eğitim ile karşılaştırmalı olarak EMDR'nin etkinliğini değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın örneklemini hem travma sonrası stres bozukluğu olan hastaları hem de Majör Depresif Bozukluk tanısı olan bireyleri içermiş olup sonuçlar ayrı ayrı sunulmamıştır. Sadece Majör Depresif Bozukluk tanısı olan bireylere ilişkin spesifik veriler çıkarmak mümkün değildir (Carletto ve diğerleri, 2017). Bu sınırlamaya rağmen, sonuçlar EMDR'nin kontrol müdahalesine kıyasla

depresif semptomların şiddetini azaltmada önemli ölçüde daha yüksek etkiler gösterdiğini ortaya koymuştur.

Hofmann ve arkadaşları (2014) unipolar primer depresyon tanılı bireylerde EMDR ve BDT'yi tek başına BDT ile karşılaştırmıştır (Carletto ve diğerleri, 2017). Her iki tedavi de anlamlı iyileşme sağlamış ve tek başına BDT tedavisine kıyasla EMDR ve BDT için Beck Depresyon Ölçeği puanlarında daha büyük bir düşüş olmuştur.

Hase ve arkadaşları (2015) yatarak tedavi gören hastalarda EMDR ve psikodinamik tedavi ile tek başına psikodinamik tedavinin etkinliğini karşılaştırmışlardır. Ek EMDR ile tedavi edilen hastaların %68'inin tedavi sonunda tam remisyona gösterdiğini bulmuşlardır. Ayrıca EMDR grubu depresif semptomlarda daha fazla azalma göstermiş ve bu azalma bir yıllık takipte de devam etmiştir (Carletto ve diğerleri, 2017). TSSB tedavisinde etkinliği iyi araştırılmış olsa da, EMDR'nin depresyon tedavisindeki etkinliği ancak son zamanlarda sistematik araştırmaların ilgisini çekmeye başlamıştır (Hofmann ve diğerleri, 2014; Hase ve diğerleri, 2015). Daha önce, TSSB çalışmalarında göze çarpan şey, EMDR'nin, ana TSSB semptomları ile birlikte eşlik eden depresif belirtileri de iyileştirmesiydi. Birçok vaka raporu depresif hastaların ya tek başına EMDR terapisiyle ya da diğer yaklaşımlara ek olarak EMDR terapisiyle başarıyla tedavi edilebileceğini göstermiştir (Hase ve diğerleri, 2015).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Çalışmada durum içerisindeki olayların zengin ve canlı bir şekilde tanımlanması, olayların tanımlanması ile analizi arasındaki içsel bir tartışmanın kurulması (Aytaçlı, 2012) belirgin bireysel aktörler ya da aktör grupları ve onların algıları, durum içerisindeki belirgin olaylar üzerine odaklanması (Hitchcock ve Hughes, 1995), açıklama (explain) tanımlamada (describe), çok açık olmayan durumlarda keşfetmek (explore) amacıyla ve meta

değerlendirmede başvurulana (Yin, 2003) nitel araştırma yöntemlerinden tekli durum çalışması deseni kullanılarak gerçekleştirilmiş olup, araştırmacıya topladığı verileri açıklama, ayrıntılı hale getirme ve teyit etme konularında kolaylık sağlayan, araştırmaya katılan bireylerin algılarını, tepkilerini, deneyimlerini öğrenme konusunda etkili bir veri toplama yöntemi olan görüşme tekniğı kullanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2013).

3.2. Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu, İstanbul ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri 10 yetişkin birey oluşturmuştur. Çalışmada demografik form, BECK Depresyon Ölçeğı ve Terapi Sonrası Geri Bildirim Formu uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Veri toplama kapsamında katılımcıların çalışma için uygunlukları DSM-V’ teki Depresif Bozukluk kriterlerine ve BECK Depresyon Ölçeğı sonuçlarına (>17) göre değerlendirilmiştir. Çalışmanın katılımcıları, önceden belirlenmiş ölçütleri karşılayan katılımcıların örnekleme dâhil edilmesi yöntemi olan ‘ölçüt örnekleme’ yöntemiyle seçilmiştir (Marshall ve Rossman, 2014). Yapılan değerlendirme sonucunda İstanbul ilinde yaşayan, depresif belirti gösteren, BECK Depresyon Ölçeğı sonucu ‘Orta Depresyon Düzeyi’ 17-29 puan ve ‘Şiddetli Depresyon Düzeyi’ 30-63 puan olarak bulgulan 18 yaş ve üzeri 10 yetişkin birey araştırmanın örneklemi olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri Tablo 3.2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.2.1. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

Dahil Olma Kriterleri	Dışlama Kriterleri
18 yaş ve üzeri olması	Aktif intihar riski olması
Beck Depresyon Envanterinden 17 puan ve üzeri almış olması	Psikotik bulguları olması
Araştırmaya katılmaya gönüllü ve en az dört görüşmeyi tamamlamış olması	Antipsikotik ilaç kullanması
Bilgilendirilmiş Onam Formunu imzalamış olması	Madde-alkol bağımlılığının olması

Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 3.2.2’de gösterilmiştir.

Tablo 3.2.2. Depresif Belirti EMDR Müdahalesi Alan Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Değişkenler	Gruplar	N	%
Yaş	18-24	2	20
	25-34	2	20
	35-44	3	30
	45-54	1	10
	55-64	1	10
	65 ve üstü	1	10
Cinsiyet	Kadın	6	60
	Erkek	4	40
Medeni Durum	Evli	5	50
	Bekar	5	50
Eğitim Durumu	Lise ve Altı	3	30
	Ön Lisans	2	20
	Lisans	2	20
	Yüksek Lisans	2	20
	Doktora	1	10
Çocuk Sahibi Olma	Var	5	50
	Yok	5	50
Çalışma Durumu	Evet	6	60
	Hayır	4	40
Aylık Gelir	Aylık Gelirim Yok.	2	20
	1 – 17.002 TL	1	10

17.003-35.000 TL	1	10
35.001-50.000 TL	3	30
50.001 TL ve üzeri	3	30

3.3. Veri Toplama Araçları ve Ölçeklerin Uygulanması

Ön görüşme sürecinde katılımcılardan ilk olarak, araştırmanın amaç ve içeriğini açıklayan Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu (EK-4) onaylamaları istenmiştir. Onayın ardından BECK Depresyon Ölçeği (EK-1) ve araştırmacı tarafından hazırlanmış olan Demografik Bilgi Formu (EK-2) katılımcılara sunulmuştur. Veri toplama süreci, 2024 yılı içerisinde tamamlanmıştır. EMDR Standart Protokolüne bağlı kalınarak yapılan 90 dakikalık dört seans her bir katılımcı için çevrim içi (online) gerçekleştirilmiştir.

Verilerin toplanmasında gözlem ve nitel araştırma yöntemlerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinden yararlanılmıştır. Dört seans EMDR uygulaması sonrası her bir seans için ayrı ayrı oluşturulan görüşme dökümleri tematik analize tabi tutularak kategori ve alt kategoriler oluşturulmuştur. Oluşturulan kategori ve alt kategorilerdeki değişimin saptanabilmesi amacıyla Terapi Sonrası Geri Bildirim Formu (EK-3) oluşturulmuş olup katılımcılardan Terapi Sonrası Geri Bildirim Formu (EK-3)'nda bulunan soruları yanıtlamaları istenmiştir.

Seansların başlangıcında ve uygulama öncesinde katılımcılara EMDR terapisinin ayrıntılı bir biçimde bilgisi verilip terapi planlama süreci belirlenen sorun üzerinden temel öğeler tanımlanarak gerçekleştirilmiş ve geriye akış yöntemi kullanılarak anı listesi oluşturulmuştur. Terapi planına bağlı kalınarak katılımcıların anıları bilateral uyarım ile çalışılmıştır. Seanslardaki gözlemler, yarı yapılandırılmış görüşme sorularına (Terapi Sonrası Geri Bildirim Formu) verilen yanıtlar neticesinde, katılımcıların depresyon puanlarında ve depresif belirtilerinde düşüş görülmüştür.

Katılımcıların izin vermesi durumunda (3 kişi) görüşmeler esnasında ses kaydı alınmıştır. Katılımcının izin vermediği durumlarda ise görüşme sırasında veya sonrasında araştırmacı tarafından alınan notlar ile görüşme metni oluşturulmuştur.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu formda araştırmaya katılım gösteren katılımcılara ilişkin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı, gelir düzeyi ve çocuk sahibi olup olmadığını içeren bazı demografik değişkenler sorgulanmış olup çalışmada önemli olabilecek bilgiler toplanmıştır.

3.3.2. BECK Depresyon Ölçeği

Bireyin mesleki, sosyal ve özel hayatında işlev kaybına yol açan, biyolojik-psikolojik-sosyal temelleri olan depresif belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla Aaron Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Türkçe standardizasyonu yapılan ve geçerlilik-güvenirlik çalışmaları Hisli (1989) tarafından gerçekleştirilen Beck Depresyon Ölçeği toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddesi 0-3 arasında puanlanan ve katılımcılardan, son 1 haftadaki duygu-durumlarına en uygun şıkkı işaretlemeleri istenen ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Hisli (1989) tarafından yapılan çalışmada Beck Depresyon Ölçeğinin 6 alt boyutu bulunmuş ancak 4 tanesi yorumlanmış olup ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur.

Birinci faktörü oluşturan ve 9 maddeden oluşan ‘‘Umutsuzluk Boyutu’’ Depresif ruh durumu, sosyal çekilme, karamsarlık, sinirlilik, yorgunluk ve kendini cezalandırma isteğini kapsamaktadır. ‘‘Kişinin Kendisine Yönelik Olumsuz Duyguları Boyutu’’ olarak isimlendirilen ikinci alt boyut ise kendini suçlama, başarısızlık duygusu, kendinden nefret etme maddelerinden oluşmaktadır. Üçüncü alt boyut olan ‘‘Bedensel Kaygılar Boyutu’’ bedensel imaj ve bedensel kaygıları kapsar. Dördüncü alt boyut(faktör), suçluluk duygusu,

cezalandırılma, kendini suçlama maddelerini içerdiğinden ‘‘Suçluluk Duygulanımları Boyutu’’ olarak adlandırılmaktadır. Beşinci ve altıncı alt boyutlar ‘‘ Yorumlanmayan Boyutlar: Uyku Bozukluğu’’ depresyonun vegetatif belirtileri ile ilişkili görülmekte olup yorumlama dışında bırakılmaktadır (Hisli, 1989).

3.3.3. Terapi Sonrası Geri Bildirim Formu

Araştırmacı tarafından açık uçlu dokuz sorudan oluşan Terapi Sonrası Geri Bildirim Formu, depresif belirti gösteren katılımcıların dört seanslık EMDR uygulaması sonrası kişisel deneyimini ve görüşme dökümünün anlamsal içerik analizine tabi tutulması yoluyla oluşturulan kategori ve alt kategoriler temel alınarak EMDR tekniğinin depresif belirtiler üzerindeki etkinliğinin incelenebilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşme sorularından oluşan form; ‘‘Seanslar sırasında öğrendiğiniz stabilizasyon tekniklerini (Güvenli Yer, Kutu Egzersizi ve Aşamalı Kas Gevşetme) ne kadar yararlı buldunuz ve bu teknikleri günlük yaşamınızda kullanıyor musunuz?’’, ‘‘Görüşme sürecinin ve EMDR uygulamasının size kattıkları nelerdir?’’, ‘‘Görüşme sürecinde rahatsız edici bulduğunuz ya da hoşunuza gitmeyen bir durumla veyahut olayla karşılaştınız mı?’’, ‘‘Görüşme sürecini bırakmadan son ana kadar devam etmenizi sağlayan şeyler nelerdir?’’, ‘‘Görüşme sürecinde kendinize, aile ve arkadaşlık ilişkilerinize dair kazandığınız farkındalıklar nelerdir?’’, ‘‘Görüşme süreci ve sonrasında depresif ruh durumu, sosyal çekilme, karamsarlık, sinirlilik, yorgunluk belirtilerinizde azalma veya farklılık var mı? Varsa detaylandırınız.’’, ‘‘Görüşme süreci ve sonrasında kendini suçlama, başarısızlık duygusu, kendini sevmeme belirtilerinizde azalma veya farklılık var mı? Varsa detaylandırınız.’’, ‘‘Bedensel imaj veya bedensel kaygılarınızda görüşme süreci ve sonrasında herhangi bir fark oldu mu? Olduysa detaylandırınız.’’, ‘‘Görüşme süreci ve sonrasında uyku, cinsel istek ve iştahta artma veya azalma, kilo alma ya da vermede farklılık var mı? Varsa

detaylandırınız.” ve “Görüşme süreci ve EMDR uygulaması ile ilgili eklemek istediğiniz görüşleriniz varsa lütfen belirtiniz.” maddelerinden oluşmaktadır.

3.4. Geçerlik ve Güvenirlik

Terapi süresince her bir katılımcı için ayrı ayrı oluşturulan görüşme dökümleri ve katılımcılar tarafından Terapi Sonrası Bildirim Formundaki sorulara verilen yanıtlardaki ortak ifadeler belirlenmiştir. Yanıtlar ve ortak ifadeler araştırmacı tarafından birkaç kez okunmuş ve değerlendirilmiştir.

Araştırmacı tarafından yapılan analiz ve yorumlar, oluşturulan kategori ve alt kategoriler, araştırma sürecine dahil olmayan ve nitel analizde yetkinliğe sahip bir meslektaş tarafından da kontrol edilmiştir. Araştırmada geçerlik ve güvenilirliği sağlamak adına ‘akran bilgilendirmesi (peer debriefing)’ yönteminden yararlanılmıştır.

Katılımcıların ifadelerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan görüşmeler transkripte edilmiş ve bu yazılı ifadeler görüşmenin doğru bir şekilde transkripte edildiğinden emin olunması adına katılımcıların onayına tekrar sunulmuştur. Yazılı verilerin güvenilirliğinin sağlanmasında ‘katılımcı kontrolü’nden faydalanılmıştır. Bununla beraber metin içinde katılımcı görüşlerine ayrıntılı biçimde atıf yapılarak raporlamada detaylı betimleme ve zenginliğe ulaşmak hedeflenmiştir.

3.5. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması

Verilerin analizi, nitel araştırma yöntemlerinden biri ve analize tabi tutulan verinin asıl konu alanlarını ve özel alt alanlarını belirlemeye yönelik bir kategori oluşturma işlemi olan anlamsal içerik analizi yöntemi kullanılarak yapılmıştır (Tavşancıl ve Aslan, 2001).

Verilerin çözümlemesi esnasında görüşme notlarından yararlanarak oluşturulan görüşme dökümleri tematik analize tabi tutulmuştur. Verilerin çözümlemesi aşamasında

katılımcılar K1, K2, K3... şeklinde kodlanmıştır. Bu aşamada her bir görüşme dökümü ayrı ayrı analiz edilerek döküm metinlerinde temalar ve benzer temaları kapsayan kategoriler oluşturulması amaçlanmıştır. Verilerin çözümlenmesi sürecinde tümevarım yöntemi izlenmiş olup metinlerdeki ortak noktaların önceden belirlenmiş kategoriler altında gruplandırılması yerine kategori ve alt kategoriler metinden hareketle ortaya çıkarılmıştır.

3.5.1. EMDR Oturumları ve Seans Akışı

Tez kapsamında gerçekleştirilen EMDR seansı öncesinde, katılımcılara BECK Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. BECK Depresyon Ölçeği ön test puanı 17 ve üzeri olan katılımcılar ile çalışma grubu oluşturulmuştur. Çalışma grubunun belirlenmesinin ardından, her bir katılımcı için ayrı terapi planlaması oluşturulmuş olup, seans gün ve saatleri belirlenmiştir.

Seanslara başlanmadan önce, katılımcıdan araştırmaya kendi rızası ile gönüllü katılım sağladığı ve görüşmelerin araştırma için kullanılmasına izin verdiğine dair onam formu imzalatılmıştır. EMDR, terapi planlama süreci belirlenen sorun üzerinden temel öğeler tanımlanarak gerçekleştirilmiş ve geriye akış yöntemi kullanılarak anı listesi oluşturulmuştur (Shapiro, 2002). Çalışma grubunun oluşturulmasının ardından, ilk seans detaylı anamnez ve öykü alma aşaması gerçekleştirilmiştir. Terapi planlaması yapılmış olup EMDR çalışması için gerekli olan stabilizasyon teknikleri hakkında gerekli bilgilendirme sağlanmıştır.

Takip eden seanslarda, terapi planına göre belirlenen “ilk anı”, ardından öznel rahatsızlık düzeyi (SUD) en yüksek olan “en kötü anı” ve yine öznel rahatsızlık düzeyi en yüksek (SUD) “tetikleyici” üzerinde çalışılmıştır. Duyarsızlaştırma seanslarının bitimini takip eden seansta ise, gelecekte pozitif kognisyona erişimin kolaylığını sağlamak amacı ile kaynak yükleme çalışması yapılmıştır. Her olgu için seans akışının nasıl ilerlediği olgu örnekleri ile paylaşılmıştır.

Katılımcılar ile görüşmeler, 2024 yılında çevrim içi (online) ve ücretsiz şekilde gerçekleştirilmiştir. Toplam dört seans süren ve her biri ortalama 90 dakika süren görüşmelerde EMDR tekniği kullanılmıştır. Devam eden bölümde seans görüşme içerikleri aktararak seans oturumlarından örnekler olgu 1, olgu 2 ve olgu 3 olarak gösterilmiştir.

3.5.1.1. Olgu 1

EMDR terapisinin ilk aşaması olan “danışan geçmişi” aşamasında katılımcının öyküsü psikolojik danışma teknik ve becerileri kullanılarak detaylı bir şekilde alınarak psikiyatrik eş tanısı ve alkol-madde bağımlılığının bulunmadığı, antipsikotik ilaç kullanmadığı ve intihar riski taşımadığı görüşme esnasında saptanmış olup, katılımcıya EMDR terapi yöntemi hakkında bilgi verilmiştir. Bilgilendirilmiş Onam Formu tanıtılarak katılımcıdan mevcut araştırmaya kendi rızası ile gönüllü şekilde katılım sağladığı ve görüşmelerin bilimsel araştırma için kullanılmasına izin verdiğine dair imza alınmıştır. Katılımcının EMDR uygulaması öncesi Beck Depresyon Ölçeği puanı 26 olarak bulgulanmıştır.

İlk seansta katılımcının aile ilişkileri ve çocukluk yaşantıları hakkında bilgiler alınmıştır. Katılımcı tek çocuktur. Anne-babası ile erken çocukluk döneminden itibaren mesafeli bir ilişkisinin olduğunu, çoğu zaman kendisini yalnız hissettiğini, duygusal destek için romantik birlikteliğe ihtiyaç duyduğunu aktarmıştır. Erken çocukluk döneminden itibaren anne-babanın katılımcıya karşı soğuk ve mesafeli bir tutum sergilemesi neticesinde bakım verenler tarafından duygusal desteğin yeterince sağlanmadığı ve katılımcının ergenlik döneminden itibaren romantik ilişkilerini “Yalnızım” düşüncesinden kaçış yolu olarak benimsediği, kendi ifadesiyle ayrılık sonrası üzüntüsünün birkaç hafta içerisinde azaldığı veya tamamen ortadan kaybolduğu, kısa sürede yeni bir ilişkinin içerisinde bulunduğu fakat son ilişkisi olan evliliğinin sonlanmasının üzerinden yaklaşık 1 yıl geçmesine rağmen üzüntü, kırgınlık ve yetersizlik hissinin üstesinden gelmekte zorlandığı ve bu süre boyunca kendini yeni bir ilişkiye hazır hissetmediği, değersizlik ve yetersizlik hisleriyle boğuştuğu, son ilişkisine dair

anırları hatırladığında baş ağrısı, göğüste sıkışma ve mide bulantısı olmak üzere çeşitli psikosomatik belirtiler gösterdiği anlaşılmıştır. Katılımcının ruh halini dengeye getirmek, seans sırasında veya seanslar arasında yaşayabileceği sıkıntı verici malzemeyle baş edebilmesi için EMDR hazırlık aşamasında yer alan kutu ve güvenli yer egzersizi öğretilerek ilk seans sonlandırılmıştır.

İkinci seansa ise katılımcının genel durumu hakkında bilgi alınarak başlanmıştır. Katılımcıya kutu ve güvenli yer egzersizini kullanmaya ihtiyaç duyup duymadığı, duydu ise egzersiz sonrası kendisini nasıl hissettiği sorulmuştur. Katılımcı, çalıştığı kurumda yaşadığı stresli durumlar karşısında güvenli yer egzersizini kullandığını ve egzersizin kendisini daha sakin ve iyi hissetmesine katkı sağladığını ifade etmiştir. Dur sinyalinin anlatılması ile katılımcının işlemlemeye hazırlanmasının ardından, hedef anıyı temsil eden resim, bu resimle ilgili bugünkü negatif inanç (NK), duygu, beden duyuları, rahatsızlık seviyesi (SUD), negatif inancın yerine inanmak istediği pozitif inanç (PK) ve bu pozitif inancın geçerlilik düzeyinin (VOC) belirlenmiştir. EMDR temel öğeleri tanımlanarak standart protokol üzerinden seçilen SUD düzeyi en yüksek olan anı üzerinde katılımcının onayı alınarak dördüncü aşaması olan duyarsızlaştırma aşamasına geçilerek terapiye başlanmıştır.

Katılımcı ile bu seansta standart protokolde yer alan ve SUD düzeyi en yüksek olan (en kötü) anı ile çalışılmıştır. Katılımcı en kötü anı olarak “eşi ile resmi olarak boşanmak için mahkeme salonuna girdiği an” belirlemiş olup, anının rahatsızlık düzeyi (SUD) sorulduğunda 8 olarak yanıtlamıştır. Bu anıya da değerlendirme aşamasında yapılması gerekenler yapılarak anıyla ilgili negatif kognisyon: Ben sevilmem. pozitif kognisyon: Sevilmeye değerim, pozitif kognisyona olan inanç düzeyi (VOC): 2 olarak belirlenmiştir. Beden duyumunu omuzlarından boğazına doğru gerginlik, diş sıkma, baş ağrısı ve halsizlik olarak tanımlanmıştır.

Olgu 1’in duyarsızlaştırma aşamasından örnek akış:

- Bir şey yok
- Üzgün hissediyorum
- Omuzlarım kasıldı, ellerim buz gibi, üşüyorum.
- Odaklanamadım, kafam karıştı
- Anı zihnimi kaplamış gibi. Parça parça her yerdeler.
- Çocukluk yıllarımda da sık sık sevilmediğimi düşünürdüm.
- Çocukken de evde yalnız hissederdim.
- İstenmeyen bir çocuktum.
- Evliliğimin büyük bir bölümünde eşimin işi dolayısıyla evde bir başınaydım.
- Evin yükü çoğunlukla benim sırtımdaydı.
- Duygusal anlamda da eşim bana pek destek olduğu söylenemezdi.
- Bir şeylerin ters gittiğinin hep farkındaydım aslında.
- Şimdi bekarım ama biri benimle ilişki kurar mı bilmiyorum.
- Sanki hiç sevilmeyecekmişim, hayatım boyunca bekar kalacakmışım gibi geliyor.
- Resmi olarak boşanıp ilişkimiz tamamen bittiğinde hem derin bir üzüntüye kapıldım, hem de itiraf etmekte zorlansam da rahatlardım, üstümden büyük bir yük kalktı sanki.
- Bir ilişki içerisinde bulunmamanın da avantajları var, insanın daha az sorumluluğu oluyor.
- Üzerimdeki üzüntüyü ve öfkeyi atabilsem hayatım daha iyi yönde ilerleyecek.
- Aklıma hiçbir şey gelmiyor, zihnim boş şu an.
- Rahatım, gevşedim biraz.
- Tüm bunları sesli şekilde bir başkasıyla konuşabilmek beni oldukça rahatlattı.
- Uykum geldi, uyumak istiyorum.
- Hayatımın bu döneminde yalnız olmam gerekiyordur belki de.
- Hiçbir şey yok.

- Seanstan önceki halime kıyasla çok daha sakinim.Boğazım ve omzumdaki gerginlik hissi geçti.
- (Setlere devam edildi.)
- Üzüntü ve öfkemin azaldığını hissediyorum.
- Yaşadığım şeyler beni hep geliştirdi.
- Daha rahat hissediyorum.

Katılımcının rahatsızlık düzeyi (SUD) “0” olduktan sonra yerleştirme evresine geçilmiştir. Yerleştirme aşamasında katılımcının “sevilmeye değerim” olarak değişen olumlu bilişin (kognisyonun) yerleştirmesi yapılmış olup, setler sırasında danışanın duygu, düşünce ve beden kanallarının hepsinin aktifleştigi ve bu kanallardan akışlar geldiği bulgulanmıştır. Setler sırasında halsizlik, omuzlarda kasılma, mide bulantısı, diş sıkma ve baş ağrısı gibi beden duyumlarının açığa çıktığı, görüşme sonunda rahatsızlık seviyesinin (SUD) 8 düzeyinden 0 düzeyine indiği ve görüşme öncesi VOC düzeyi 2 olan “sevilmeye değerim” olumlu inancının geçerliğinin (VOC) görüşme sonunda 7 düzeyinde olduğu katılımcı tarafından ifade edilmiştir.

Üçüncü seansta sekizinci evre olan yeniden değerlendirme aşaması gerçekleştirilmiştir. Önceki seansa kıyasla daha iyi hissettiğini belirten katılımcı ile bu seansta standart protokolde yer alan ilk anı ile çalışılmıştır. Katılımcı ilk anı olarak “Annesinin bir yakını ile konuşurken ‘Keşke bu çocuğu doğurmasaydım’ dediğini duyduğu an” belirlemiş olup, anının rahatsızlık düzeyi (SUD) sorulduğunda 7 olarak yanıtlamıştır. Bu anıya da değerlendirme aşamasında yapılması gerekenler yapılarak anıyla ilgili olumsuz biliş: Ben değersizim. Pozitif kognisyon Ben değerliyim iken olumlu bilişe olan inanç düzeyi (VOC): 2 olarak belirlenmiştir. Beden duyumunun yeri el ve ayakta üşüme hissi, göğüs ağrısı ve göğüste ağırlık hissi olarak tanımlanmıştır.

Setler sırasında katılımcının duygu, düşünce ve beden kanallarının hepsinin aktifleştigi ve bu kanallardan akışlar geldiği bulgulanmıştır. Görüşme sonunda rahatsızlık seviyesinin

(SUD) 7 düzeyinden 0 düzeyine indiği katılımcı tarafından ifade edilmiştir. Olumlu hisler çift yönlü uyarım ile yerleştirilmiş olup beden tarama ile güçlendirilerek oturum tamamlanmıştır. Seans sonunda olumsuz inanç olan “Ben değersizim”, “Ben değerliyim” olarak değişmiş olup VOC (olumlu inancın öznel değerlendirmesi): 7 olarak belirlenmiştir. Beden taraması kontrol edildiğinde el ve ayakta üşüme hissi, göğüs ağrısı ve göğüste ağırlık hissinin geçtiği katılımcı tarafından belirtilmiştir.

Dördüncü ve son seansta ise katılımcıya haftasının nasıl geçtiği sorularak seansa başlanmış olup bir önceki seansın değerlendirilmesi, hedef anıya ait rahatsız edici resim, negatif kognisyon, pozitif kognisyon, VOC, SUD düzeylerinde herhangi bir değişikliğin olup olmadığı kontrol edilmiş, olumlu anlar ve duyular çift yönlü uyarım ile yerleştirilmiştir. Burada gelecekte kullanması için içsel kaynaklarını fark etmesi ve güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Katılımcı yorgunluk ve depresif hissetme gibi psikosomatik belirtilerinde rahatlama olduğunu belirtmiştir. katılımcının tetikleyicilerinden “Evde yalnız vakit geçirmek/Kendini yalnız hissetmesi” üzerine çalışılmıştır. Beden duyumu baş ağrısıdır. Değerlendirme aşaması tamamlandıktan sonra duyarsızlaştırma aşamasına geçilerek çift yönlü uyarıma başlanmış olup yerleştirme, beden tarama, kapanış ve yeniden değerlendirme aşamaları ile devam edilmiştir.

Görüşme sonunda tetikleyicinin rahatsızlık seviyesinin (SUD) 7 düzeyinden 0 düzeyine indiği, seans sonunda olumsuz inanç olan “Yalnızım.”, “Yalnız değilim.” olarak değiştiği, VOC (olumlu inancın öznel değerlendirmesi) 4 düzeyinden 7 düzeyine yükseldiği ve beden taraması kontrol edildiğinde baş ağrısının ortadan kalktığı bulgulanmıştır.

En son yaşanan ve aynı zamanda rahatsızlık düzeyi (SUD) en yüksek olan anı, ilk anı ve tetikleyici üzerine çalışılan bu süreçte 4 oturumda katılımcının semptomları azalmış olup ihtiyaç duyması halinde öz-denetim tekniklerini (güvenli yer, kutu ve gevşeme egzersizleri) kullanabileceği bilgisi katılımcıya verilerek görüşmeler sonlandırılmıştır. Katılımcının ilk seansta belirttiği yorgunluk, halsizlik, baş ağrısı, mide bulantısı, el ve ayaklarda üşüme gibi

psikosomatik şikayetlerinin sonlandığı, ihtiyaç duyduğunda güvenli yer ve kutu egzersizini kullandığı, sosyal ilişkilerinin olumlu yönde değiştiği, geleceğe yönelik yeni hedefler oluşturduğu, kendine dair olumsuz düşünce ve inançların yerini olumlu düşünce ve inançların aldığı katılımcı tarafından ifade edilmiştir. Katılımcının olumlu benlik algısı geliştirdiği görüşme esnasında gözlemlenmiştir. Terapi sürecinin tamamlanmasının ardından katılımcıdan yarı yapılandırılmış görüşme sorularından oluşan Terapi Sonrası Geri Bildirim Formundaki soruları yanıtlaması istenmiştir.

3.5.1.2. Olgu 2

Erkek katılımcı 20 yaşında, Üniversite öğrencisi ve Büyükşehirde yaşamaktadır. Geçmiş anılar incelendiğinde, ilkokul, ortaokul ve lise dönemlerinde dışlandığı, kendini güvensiz ve güçsüz hissettiği durumlara maruz kaldığı görülmüştür. Katılımcının çocukluk dönemlerinden bu yana deneyimlemiş olduğu sosyal ortamlarda kaygılı olma halinin yetişkinlik yaşamında devam ettiği görülmüştür. Katılımcının EMDR uygulaması öncesi Beck Depresyon Ölçeğinden aldığı puan 22 olarak bulgulanmıştır.

İlk seansta anamnez ve travma öyküsü alınarak EMDR süreci ile ilgili bilgi verilmiştir. Katılımcının psikiyatrik eş tanısı ve alkol-madde bağımlılığının bulunmadığı, antipsikotik ilaç kullanmadığı ve intihar riski taşımadığı görüşme esnasında saptanmıştır. Katılımcı geçmiş ve semptomların psikolojik danışma teknikleri kullanılarak detaylıca dinlenilmesinin ardından EMDR terapi yöntemine ve çift yönlü uyarım sırasında veya seans sonrasında oluşabilecek rahatsızlık verici duygu ve duyumlara ilişkin genel bilginin verilerek çift yönlü uyarım denemelerini gerçekleştirmek amacıyla belirlenen bir güvenli alan oluşturulması, kutu egzersizi, dur/devam işareti, rahatlama, stres azaltma stratejileri ve egzersizleri üzerinde çalışılmıştır.

İkinci seansta katılımcının işlemlemeye hazırlanmasının ardından, hedef anı olan öznel rahatsızlık düzeyi (SUD) en yüksek anıyı temsil eden resim, bu resimle ilgili bugünkü negatif inanç (NK), duygu, beden duyumları, rahatsızlık seviyesi (SUD), negatif inancın yerine inanmak istediği pozitif inanç (PK) ve bu pozitif inancın geçerlilik düzeyinin (VOC) belirlenmiştir. EMDR temel öğeleri tanımlanarak standart protokol üzerinden seçilen SUD düzeyi en yüksek olan anı üzerinde katılımcının onayı alınarak dördüncü aşaması olan duyarsızlaştırma aşamasına geçilerek terapiye başlanmıştır.

Üçüncü seansta sekizinci evre olan yeniden değerlendirme aşaması gerçekleştirilmiştir. Katılımcı bir önceki seansa göre daha iyi olduğunu belirtmiştir. Katılımcı ile bu seansta standart protokolde yer alan “7 yaşındayken sınıf arkadaşları tarafından toplu şiddete maruz kaldığı an” olan ilk anısı EMDR yöntemi ile işlenmiştir. Bu anıdaki negatif inanç, “Ben güçsüzüm” dir. EMDR’nin temel aldığı adaptif bilgi işleme bakış açısı ile vaka formülize edildiğinde, katılımcının çocukluk dönemlerinden bu yana yaşamış olduğu sosyal ortamlarda kaygılı olduğu yetişkinlik yaşamında da bu durumun halen devam ettiği görülmüştür. EMDR terapisi seans akışı, olay ile ilgili katılımcının zihninden geçen düşünce, duygu, görüntü ve beden duyumlarına odaklanmaktadır. Bu anıdaki SUD değeri, başlangıçta 7 iken seans sonunda danışan tarafından 0 olarak belirtilmiştir. Benzer biçimde VOC değeri, 3’ten 7’ye yükselmiştir.

Dördüncü ve son seansta ise katılımcıya haftasının nasıl geçtiği sorularak seansa başlanmış olup bir önceki seansın değerlendirilmesi, hedef anıya ait rahatsız edici resim, negatif kognisyon, pozitif kognisyon, VOC, SUD düzeylerinde herhangi bir değişikliğin olup olmadığı kontrol edilmiş, olumlu anlar ve duyumlar çift yönlü uyarım ile yerleştirilmiştir. Burada gelecekte kullanması için içsel kaynaklarını fark etmesi ve güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Katılımcı yorgunluk ve depresif hissetme gibi psikosomatik belirtilerinde rahatlama olduğunu belirtmiştir. Katılımcının tetikleyicilerinden “Herhangi bir tartışma ya da kavgaya şahit olma veyahut katılma” üzerine çalışılmıştır. Beden duyumu vücutta titreme ve terleme dir.

Değerlendirme aşaması tamamlandıktan sonra duyarsızlaştırma aşamasına geçilerek çift yönlü uyarıma başlanmış olup yerleştirme, beden tarama, kapanış ve yeniden değerlendirme aşamaları ile devam edilmiştir.

Olgu 2'nin duyarsızlaştırma aşamasından örnek akış:

- İnsanların bana zarar vermesinden tedirginlik duyuyorum.
- İçine kapanık, çekingen biriyim, sosyal çevrem pek yoktur.
- Sosyal ortamlarda kaygılanıyorum, ellerim terlemeye başlıyor.
- Okulda ve sokakta arkadaşlarım tarafından zorbalanırdım, küçükken kiloluydum.
- Karşı koymakta zorlanırdım, güçsüz olduğumu düşünürdüm.
- Aynı anılar aklıma geliyor, dayak yediğim zamanlar.
- Aynı, değişen bir şey yok.
- Okul olmasa evden hiç çıkmazdım.
- Bazı günler yataktan bile çıkmak istemiyorum.
- Yiyecek yemeğim varsa bütün gün evde oturmak beni bunaltmaz.
- Sınav dönemi ne zaman canım sıkılsa aşırı yemek yiyorum, iştahım artıyor.
- Hiçbir şey yok şu an aklımda.
- Bana zorbalık eden insanlara karşı öfkeliyim.
- Kendimi koruyamadığım için kendime de kızgın ve kırgınım.
- (Setlere devam edildi.)
- Uzun zamandır kimse ile herhangi bir tatışma içerisine girmedim fakat artık kendimi savunabilecek yaşta ve olgunluktayım.
- Kendimi koruyabilirim.
- Yaşadıklarım mutlaka benim gelişimime katkıda bulunmuştur.
- Baş ağrım geçti, daha iyi hissediyorum.

Görüşme sonunda tetikleyicinin rahatsızlık seviyesinin (SUD) 7 düzeyinden 0 düzeyine indiği, seans sonunda olumsuz inanç olan “Kendimi koruyamam”, “Yeterince güçlüyüm./Kendimi koruyabilirim” olarak değiştiği, VOC (olumlu inancın öznel değerlendirmesi) 3 düzeyinden 7 düzeyine yükseldiği bulgulanmıştır. En son yaşanan ve aynı zamanda rahatsızlık düzeyi (SUD) en yüksek olan anı, ilk anı ve tetikleyici üzerine çalışılan bu süreçte 4 oturumda katılımcının genel iyilik halinde artış yaşaması, kendini tanıma ve içgörü kazanma isteğinin oluşması, sosyal izolasyonun azalması ve öz yeterlilik inancının artmasıyla birlikte görüşmeler sonlandırılmıştır. Terapi sürecinin sonlanmasının ardından katılımcıdan yarı yapılandırılmış görüşme sorularından oluşan Terapi Sonrası Geri Bildirim Formundaki soruları yanıtlaması istenmiştir.

3.5.1.3. Olgu 3

Kadın katılımcı 32 yaşında, evli, ev hanımı ve Büyükşehirde yaşamaktadır. Katılımcının psikiyatrik eş tanısı ve alkol-madde bağımlılığının bulunmadığı, antipsikotik ilaç kullanmadığı ve intihar riski taşımadığı görüşme esnasında saptanmıştır.

Geçmiş anılar incelendiğinde danışanın düşük sosyoekonomik düzeyde olan 4 çocuklu bir ailenin en küçük çocuğu olarak dünyaya geldiği, anne-babanın tam zamanlı bir işte çalışmaları sebebiyle bakım verme görevinin ablası tarafından üstlenildiği, ön lisans mezunu olduğu ve okul hayatının pek parlak geçmediği, 8 yıldır evli olduğu ve eşi ile görücü usulü tanıştığı, sosyal çevresinin geniş olduğu, arkadaşları ile vakit geçirmekten hoşlandığı fakat son bir yıldır zorunlu haller dışında evden dışarı çıkmadığı bilgileri edinilmiştir. Katılımcının 1 yıl önce hamileliğinin 22.haftasında şiddetli vajinal kramp, kasık ve bel ağrısı sonrası kanama sebebiyle hastaneye kaldırıldığı, 22 haftalık fetüsün öldüğünün anlaşılması sonrası sezaryen doğum ile fetüsün vücuttan dışarı çıkarıldığı öğrenilmiştir. Bu kaybından yaklaşık 2 yıl kadar önce de hamileliğinin 10.haftasında düşük yaptığını, kaybın beraberinde getirmiş olduğu suçluluk duygusu, umutsuzluk içinde olma, ilgi duyulan etkinliklere karşı isteğin azalması,

depresif ruh hali, uykuya dalmakta zorlanma ve sık uyanma ve cinsel istekte azalma şeklinde sıralanan belirtilerin üstesinden gelebilmek amacıyla dört seanslık EMDR terapi yönteminin uygulanmasını kabul etmiştir. Bilgilendirilmiş Onam Formu tanıtılarak katılımcıdan mevcut çalışmaya gönüllü katılım sağladığı ve görüşmelerin bilimsel araştırmalar için kullanılmasına izin verdiğine dair onam formu imzalatılmıştır. Katılımcının EMDR uygulaması öncesi Beck Depresyon Ölçeği puanı 40 olarak bulgulanmıştır.

EMDR terapinin ilk aşaması olan katılımcı geçmişi aşamasında katılımcının öyküsü psikolojik danışma teknik ve becerileri kullanılarak dinlenerek detaylı bir şekilde alınmış ve EMDR terapi yöntemi hakkında bilgi verilmiştir. Katılımcının seans sırasında veya seanslar arasında yaşayabileceği sıkıntı verici malzemeye baş edebilmesi için EMDR hazırlık aşamasında yer alan kutu, güvenli yer ve diyafram nefesi egzersizi öğretilerek ilk seans sonlandırılmıştır.

Katılımcı ile bir sonraki seansta standart protokolde yer alan ilk anı EMDR yöntemi ile işlenmiştir. EMDR'nin temel aldığı adaptif bilgi işleme bakış açısı ile vaka formülize edildiğinde, EMDR seans akışı, olay ile ilgili katılımcının zihninden geçen düşünce, duygu, görüntü ve beden duyumlarına odaklanmaktadır.

Üçüncü seansta katılımcı ile standart protokolde yer alan ve SUD düzeyi en yüksek olan (en kötü) anı ile çalışılmıştır. Katılımcı en kötü anı olarak “22 haftalık hamileyken bebeğini(fetüs) kaybettiğini öğrendiği an” belirlemiş olup, anının rahatsızlık düzeyi (SUD) sorulduğunda 9 olarak yanıtlamıştır. Bu anıya da değerlendirme aşamasında yapılması gerekenler yapılarak anıyla ilgili negatif kognisyon: “Ben suçluyum” pozitif kognisyon: “Ben suçsuzum.” pozitif kognisyona olan inanç düzeyi (VOC): 2 olarak belirlenmiştir. Beden duyumunu göğüste sıkışma, mide bulantısı, baş dönmesi, ağlama hissi, uykusuzluk, enerji düşüklüğü olarak tanımlanmıştır.

Olgu 3'ün duyarsızlaştırma aşamasından örnek akış:

- İstemsizce güvenli yerime gittim.
- Tüm vücudumun uyuştüğunu hissediyorum.
- Dikkatim dağıldı.
- Hiçbir imaj ya da anı gelmedi.
- Boşlukta gibiyim.
- Boğazımda da bir yumru var sanki, konuşmamı engelliyor.
- (Katılımcı ağlamaya başladı.)
- Bir şey gelmedi
- Utanç ve suçluluk duyuyorum.
- Doktor benim hatamın olmadığını söylemişti ama yine de ya benim hatamsa sorusu ar
ara aklıma geliyor.
- (Setlere devam edildi.)
- Bu kayıp beni olgunlaştırdı, yaşanması gerekiyordu belki de bilemiyorum.
- O dönem ailem ve eşim bana çok destek oldular, beni hiç yalnız bırakmadılar, moral
vermeye çalıştılar.
- Uzun süre içimden yıkanmak bile gelmemiştir, bu ara daha iyi durumdayım.
- Uykum sık sık bölünüyor, bu olay yaşanmadan önce de uykum çok derin değildi gerçi.
- Önceden gün içinde içimden hiçbir şey yapmak gelmiyordu, bu ara ufak ufak ev işi
yapmaya başladım ama yine işlerin çoğunu eşim üstleniyor, yemekleri o yapıyor sağ
olsun.
- Eşim için ailem için kendimi toparlamam gerekiyor bunun farkındayım ama o gücü
kendimde henüz bulamıyorum.
- Zamanla daha iyi olacağımı biliyorum.

Bu anıdaki SUD değeri, başlangıçta 9 iken seans sonunda katılımcı tarafından 5 olarak belirtilmiştir. 90 dakikalık seans süresi dolduğundan dördüncü görüşme için sözleşilerek görüşme sonlandırılmıştır.

Dördüncü seansta SUD düzeyi 9'dan 5'e düşen en kötü anı ile tekrar çalışılmıştır. Duyarsızlaştırma aşmasına geçilerek çift yönlü uyarıma başlanmış olup yerleştirme, beden tarama, kapanış ve yeniden değerlendirme aşamaları ile devam edilmiştir. Görüşme sonunda hedef anının rahatsızlık seviyesinin (SUD) 9 düzeyinden 1 düzeyine indiği, seans sonunda olumsuz inanç olan "Ben suçluyum", "Ben suçsuzum" olarak değiştiği, VOC (olumlu inancın öznel değerlendirmesi) 3 düzeyinden 7 düzeyine yükseldiği bulgulanmıştır. Üçüncü ve dördüncü seansın öznel rahatsızlık düzeyi en yüksek anı olan "en kötü anı" ile çalışılmasından ötürü katılımcının SUD düzeyi en yüksek "tetikleyici"si üzerine çalışılamamıştır.

Toplam dört seanslık EMDR uygulaması sonrasında katılımcının genel iyilik halinde artış ve depresif belirtilerinde azalma olduğu, katılımcıda psikolojik destek almaya devam etme düşüncesinin olduğu gözlemlenmiştir. Terapi sürecinin tamamlanmasının ardından katılımcıdan yarı yapılandırılmış görüşme sorularından oluşan Terapi Sonrası Geri Bildirim Formundaki soruları yanıtlaması istenmiştir.

4. BULGULAR

Verilerin analizi sonucunda; algılanan sosyal destek, iletişim kurma, sosyal gruplara yönelik aidiyet duygusu, başkalarına güven ve reddedilme kaygısı alt kategorilerden oluşan "İlişkiler Kategorisi", depresif ruh durumu, sosyal çekilme, karamsarlık, sinirlilik, yorgunluk belirtilerini kapsayan "Umutsuzluk Kategorisi", kendini suçlama, başarısızlık, değersizlik, kendini sevmeme ve kişisel özellikleri kabul etmeme maddelerinden oluşan "Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Kategorisi", bedensel imaj ve sağlık kaygısı alt kategorilerini kapsayan

‘‘Bedensel Kaygılar Kategorisi’’ ve uyku, iştah, cinsel istek belirtilerinden oluşan ‘‘ Fiziksel Belirtiler Kategorisi’’ olmak üzere beş ana kategori oluşturulmuştur. Katılımcıların kişisel deneyimleri ve ‘Terapi Sonrası Geri Bildirim Formu’ndaki sorulara vermiş oldukları yanıtlar doğrultusunda dđrt seans EMDR uygulaması sonrası olumlu yđnde değişim gđsterdiklerini ifade ettikleri kategori ve alt kategoriler gđsterilmiřtir.

Umutsuzluk Kategorisi	Kendine Yđnelik Olumsuz Duygular Kategorisi	Bedensel Kaygılar Kategorisi	Fiziksel Belirtiler Kategorisi	İlişkiler Kategorisi
Depresif ruh durumu	Kendini suçlama	Bedensel imaj	Uyku	Algılanan sosyal destek
Sosyal çekilme	Başarısızlık	Sağlık kaygısı	İştah	İletişim kurma
Karamsarlık	Değersizlik		Cinsel İstek	Sosyal gruplara yđnelik aidiyet duygusu
Sinirlilik	Kendini sevmeme			Başkalarına gđven
Yorgunluk	Kişisel özellikleri kabul etmeme			Reddedilme kaygısı

4.1. Umutsuzluk Kategorisi

Dđrt seanslık EMDR uygulamasından elde edilen gđrüşme notlarının analiz edilmesi doğrultusunda ‘‘Umutsuzluk’’ kategorisi ve ‘‘Depresif Ruh Durumu, Sosyal Çekilme, Karamsarlık, Sinirlilik, Yorgunluk’’ alt kategorileri oluşturulmuştur. ‘‘Gđrüşme süreci ve sonrasında depresif ruh durumu, sosyal çekilme, karamsarlık, sinirlilik, yorgunluk belirtilerinizde azalma veya farklılık var mı? Varsa detaylandırınız’’ ve ‘‘Seanslar sırasında öğrendiğiniz stabilizasyon tekniklerini (Güvenli Yer, Kutu Egzersizi ve Aşamalı Kas Gevşetme) ne kadar yararlı buldunuz ve bu teknikleri gđnlük yaşamınızda kullanıyor musunuz?’’ sorularına katılımcıların vermiş oldukları yanıtlar şu şekildedir:

K1: “Stres verici olay ve durumlar karşısında kendimi rahatlatabilmek adına güvenli yer ve aşamalı kas gevşetme egzersizine başvuruyorum. Kullandığım egzersizler sayesinde rahatlamış ve gevşemiş hissedip günlük hayata daha rahat adapte oluyorum. Ara ara o depresiflik, üzüntü ve mutsuzluk beni yokluyor fakat eskiye nazaran da iyi durumdayım.”

K2: “Kısıtlı sürede bitirmem gereken proje ve ödevler nedeniyle kendimi gergin hissettiğimde egzersizleri kullanıyorum. İyi geldiğini düşünüyorum. Daha hızlı sakinleşiyorum.”

K7: “Kötü anıları zihnimdeki kutuya saklıyorum.”

K8: “Eskiden terapilerin işe yaramadığını düşünüyordum ama fikrim değişti, kendimi rahatlamış hissediyorum. Hayatta daha mutlu olabileceğimi fark ettim. Geleceğe yönelik daha umutluyum.”

K9: “En ufak bir aksaklık, yanlış bir söz, bir bakış bile sinirlenmeme ve gerilmeme neden olurdu. Seanslarda öğrendiğim yöntemler ile gerginliğimi ve sinirimi üstümden atabiliyorum.”

K10: “İşten çıkıp hemen eve gidip elimde telefonla yatardım, içimden hiçbir şey yapmak gelmezdi, kimseyle görüşmek, vakit geçirmek istemezdim. Şimdi ise eskiye nazaran biraz daha aktifim, iş çıkışı yürüyüş yapıyor, evde de zamanımı daha efektif geçiriyorum.”

Katılımcıların kişisel deneyimleri doğrultusunda dört seans EMDR uygulama sonrası olumlu yönde değişim gösterdiklerini ifade ettikleri Umutsuzluk alt kategorileri tablo 4.1.1.’de gösterilmektedir.

Tablo 4.1.1.: Katılımcıların EMDR uygulama sonrası Umutsuzluk Kategorisi ve alt kategorilerindeki olumlu yönde değişimleri

Kategori	Alt Kategoriler	Katılımcılar									
		K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
Umutsuzluk	Depresif Mod	X			X			X	X		
	Sosyal Çekilme	X	X	X			X				X
	Karamsarlık	X			X	X	X		X		
	Sinirlilik		X							X	
	Yorgunluk			X					X		X

4.2. Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Kategorisi

Dört seanslık EMDR uygulamasından elde edilen görüşme notlarının analiz edilmesi doğrultusunda “Kendine Yönelik Olumsuz Duygular” kategorisi ve “Kendini Suçlama, “Başarısızlık”, “Değersizlik”, “Kendini Sevmeme” ve “Kişisel Özellikleri Kabul Etmeme” alt kategorileri oluşturulmuştur. “Görüşme süreci ve sonrasında kendini suçlama, başarısızlık duygusu, kendini sevmeme ve kişisel özellikleri kabul etmeme belirtilerinizde azalma veya farklılık var mı? Varsa detaylandırınız.” ve “Görüşme sürecinde rahatsız edici bulduğunuz ya da hoşunuza gitmeyen bir durumla veyahut olayla karşılaştınız mı?” sorularına katılımcıların vermiş oldukları cevaplar doğrultusunda sorularına katılımcıların vermiş oldukları yanıtlar şu şekildedir:

K1: “ Kendimi yeterince sevmediğimi, özgüven, özdeğer ve özsaygı konusunda eksiklerim olduğunu fark ettim.”

K3: “Kendime karşı daha duyarlıyım. Duygu, düşünce, negatif-pozitif inanç ve davranışlarıma dair farkındalığım arttı. Kendimi daha yakından tanıma fırsatına eriştim.”

K5: “Her olumsuzluk için kendimi suçlamayı ve kendime kızmayı azalttım. Kendime hata yapma payı bırakmam gerektiğini ve değerli olduğumu sık sık hatırlatıyorum. ”

K6: “Daha çok kendime güveniyorum. Gelecekte başarabileceklerimden eminim. Gelecek kaygılarım azaldı, korkularımı yendim. Artık hayata daha olumlu bakıyorum.”

K10: “Eskiden zihnimde sürekli başarısızım düşüncesi olurdu, okul hayatımda ve işimde başarılı olamayacağımı düşünürdüm. Terapi süreci boyunca bu inancın gerçeği yansıtmadığını, birçok alanda oldukça başarılı biri olduğumu fark ettim.”

Katılımcıların kişisel deneyimleri doğrultusunda dört seans EMDR uygulama sonrası olumlu yönde değişim gösterdiklerini ifade ettikleri Kendine Yönelik Olumsuz Duygular alt kategorileri tablo 4.2.1.’de gösterilmektedir.

Tablo 4.2.1.: Katılımcıların EMDR uygulama sonrası Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Kategorisi ve alt kategorilerindeki olumlu yönde değişimleri

Kategori	Alt Kategoriler	Katılımcılar									
		K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
Kendine Yönelik Olumsuz Duygular	Kendini Suçlama				X	X				X	
	Başarısızlık		X		X		X				X
	Kendini Sevmeme	X						X	X		
	Kişisel Özellikleri Kabul Etmeme	X	X	X							
	Değersizlik	X				X	X		X		

4.3. Bedensel Kaygılar Kategorisi

Dört seanslık EMDR uygulamasından elde edilen görüşme notlarının analiz edilmesi doğrultusunda “Bedensel Kaygılar” kategorisi ve “Bedensel İmaj” ve “Sağlık Kaygısı” alt

kategorileri oluşturulmuştur. “Bedensel imaj veya bedensel kaygılarınızda görüşme süreci ve sonrasında herhangi bir fark oldu mu? Olduysa detaylandırınız” ve “Görüşme sürecinin ve EMDR uygulamasının size kattıkları nelerdir?” sorularına katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

K2: “Özellikle kendimi üzgün hissettiğimde zaman zaman aşırı yemek yiyip pişman oluyordum, kilo aldığımı düşünüp çirkinleştiğimi düşünüyordum. Yeme ataklarım azaldı, daha sağlıklıyım.”

K4: “Kişisel bakımına daha çok dikkat etmeye ve hafif spor yapmaya başladım.”

K6: “Yataktan çıkmak istemediğim, halsiz ve yorgun olduğum için sağlığımla alakalı çok fazla düşünmeye ve endişelenmeye başlamıştım. Birkaç kez doktora da gittim hatta. EMDR sonrası belirtilerim hafif de olsa azaldı gibi hissediyorum.”

Katılımcıların kişisel deneyimleri doğrultusunda dört seans EMDR uygulama sonrası olumlu yönde değişim gösterdiklerini ifade ettikleri Bedensel Kaygılar alt kategorileri tablo 4.3.1.’de gösterilmektedir.

Tablo 4.3.1.: Katılımcıların EMDR uygulama sonrası Bedensel Kaygılar Kategorisi ve alt kategorilerindeki olumlu yönde değişimleri

Kategori	Alt Kategoriler	Katılımcılar									
		K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
Bedensel Kaygılar	Bedensel İmaj		X		X				X		
	Sağlık Kaygısı						X			X	

4.4. Fiziksel Belirtiler Kategorisi

Dört seanslık EMDR uygulamasından elde edilen görüşme notlarının analiz edilmesi doğrultusunda “Fiziksel Belirtiler” kategorisi ve “Uyku”, “İştah” ve “Cinsel İstekte Artma veya Azalma” alt kategorileri oluşturulmuştur. “Görüşme süreci ve sonrasında uyku, cinsel istek ve iştahta artma veya azalma, kilo alma ya da vermede farklılık var mı? Varsa detaylandırınız” ve “Görüşme sürecinin ve EMDR uygulamasının size kattıkları nelerdir?” sorularına katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

K4: “Son birkaç aydır aklıma hiç cinsellik gelmiyordu, eşim de son zamanlarda bu durumdan rahatsız olmaya başlamıştı. Görüşmelerden sonra isteksizlik az da olsa azaldı.”

K7: “Her geldiğimde yeni yöntemler öğreniyorum, geliyorum. Kelebek kucaklamasını ve stabilizasyon tekniklerini günlük hayatıma da dahil ettim, el ve ayaklarımdaki karıncalanma hissi geçti, uyku kalitem arttı.”

K8: “Uyumakta zorlandığım zamanlarda seanslarda öğrenmiş olduğum teknikleri kullanıyorum, oldukça işe yarıyor, daha hızlı şekilde uykuya dalabiliyorum.” Katılımcıların kişisel deneyimleri doğrultusunda dört seans EMDR uygulama sonrası olumlu yönde değişim gösterdiklerini ifade ettikleri Fiziksel Belirtiler alt kategorileri tablo 4.4.1.’de gösterilmektedir.

Tablo 4.4.1.: Katılımcıların EMDR uygulama sonrası Fiziksel Belirtiler Kategorisi ve alt kategorilerindeki olumlu yönde değişimleri

Kategori	Alt Kategoriler	Katılımcılar									
		K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
Fiziksel Belirtiler	Uyku	X	X	X			X	X	X		
	İştah		X			X					
	Cinsel İstek				X						X

4.5. İlişkiler Kategorisi

Dört seanslık EMDR uygulamasından elde edilen görüşme notlarının analiz edilmesi doğrultusunda “İlişkiler” kategorisi ve “Algılanan Sosyal Destek”, “İletişim Kurma”, “Sosyal Gruplara Yönelik Aidiyet Duygusu”, “Başkalarına Güven” ve “Reddedilme Kaygısı” alt kategorileri oluşturulmuştur. “Görüşme sürecinde kendinize, aile ve arkadaşlık ilişkilerinize dair kazandığınız farkındalıklar nelerdir?” ve “Görüşme sürecinin ve EMDR uygulamasının size kattıkları nelerdir?” sorularına katılımcıların vermiş oldukları yanıtlar şu şekildedir:

K3: “Ailemin bebeğimi kaybettiğim dönemde her zaman desteğini hissettim. İletişim kurma ve destek olma çabalarını şimdi daha iyi fark ediyorum ve bu çabaya karşılık vermeye çalışıyorum, arada telefonda konuşuyoruz. ”

K5: “İş arkadaşlarımla ve diğer insanların sadece kendi çıkarları ile ilgilendiğini düşünürdüm. Sosyalleşmekten kaçınmak yerine gün içerisinde insanlarla sohbet ediyorum, kendimden daha sık bahseder oldum, önceden olsa hiç açmazdım anlatmazdım bir şeyimi. Geçenlerde halı sahaya ismimi yazdılar. Maçı kaybetti bizim takım ama yine de baya eğlendim. ”

K8: “Çocuğuma karşı yeterince ilgili bir anne değilmişim gibi geliyor, çocuğum genelde ya babasıyla ya da tek başına vakit geçiriyordu, seanslardan sonra kendimi biraz olsun zorlayarak çocuğumla ilişkiyi güçlendirmeye, onunla bağ kurmaya çalışıyorum. Bana karşı eşim de çocuğum da çok anlayışlılar, evden çıkmak istemediğimde beni zorlamıyorlardı zaten. Az da olsa birlikte dışarıda da vakit geçirmeye başladık.”

K9: “Özel Bakımevindeki diğer yaşlılarla birlikte yemekhanede yemek yemeye başladım. Öncesinde odamda yerdim, yaşlılarla yalnızca selamlaştırdım, beni aralarına almayacaklarından korkardım. Dışlanmaktan korkardım. Beni sevmeyeceklerini düşünürdüm, herkese karşı hep soğuktum, mesafeliydim. Yenice yemekhanede aynı masayı paylaştığım kişilerle konuşuyorum, sohbet ediyorum. Korkum, kaygım azaldı.”

Katılımcıların kişisel deneyimleri doğrultusunda dört seans EMDR uygulama sonrası olumlu yönde değişim gösterdiklerini ifade ettikleri İlişkiler alt kategorileri tablo 4.5.1.’de gösterilmektedir.

Tablo 4.5.1: Katılımcıların EMDR uygulama sonrası İlişkiler Kategorisi ve alt kategorilerindeki olumlu yönde değişimleri

Kategori	Alt Kategoriler	Katılımcılar									
		K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
İlişkiler	Algılanan Sosyal Destek						X		X		X
	İletişim Kurmada İsteksizlik		X	X					X		
	Sosyal Gruplara Yönelik Aidiyet Duygusu Eksikliği		X			X		X		X	
	Başkalarına Karşı Güvensizlik					X		X			X
	Reddedilme Kaygısı	X			X					X	

5. TARTIŞMA

Araştırmanın temel amacı, EMDR yönteminin depresyon ve depresyonun neden olduğu belirtiler üzerindeki etkisini incelemek ve bu belirtilerin sağaltımına ilişkin alana multidisipliner bir bakış açısı kazandırmaktır. Sunumu yapılan olgularda depresif belirtilerin çeşitli duygu ve anksiyete, yorgunluk, sıkıntılı ya da kızgın hissetme, iştahsızlık, tahammülsüzlük, uykusuzluk veya fazla uyuma, yorgunluk, halsizlik gibi bedensel duyumlarla birlikte ortaya çıktığı görülmüştür. EMDR’nin travma sonrası stres bozukluğu yanı sıra madde kullanımı, depresyon, anksiyete, cinsel işlevsizlikler ve belirgin somatik veya bedensel semptomların göze çarptığı, vücudun farklı bölgelerinde oluşan ağrı, yorgunluk, baş dönmesi,

çarpıntı ve benzeri bedensel şikayetlerle karakterize somatoform bozuklukların tedavisinde kullanılmasına ilişkin çalışmaların sayısı giderek artmaktadır (Manfield, 1998; Seligman, 2001).

Yapılan seanslar boyunca katılımcılardan alınan geribildirimler ışığında devam eden sıkıntıların erken çocukluk döneminden, geçmiş yaşantısından köken aldığı ve hali hazırda süren güncel sorunlar ve tetikleyicilerle ilgili olduğu düşünülmüştür. Buna istinaden seans içerisinde anı taramaları yapılarak anne, baba, eş ve çocuk ile olan ilişkilerine dair, hatırladığında kendisini rahatsız eden ve bir takım olumsuz bilişlerinin olduğu anılar saptanmış ve bu anılar üzerinde çalışılmıştır.

Bu çalışmada “EMDR uygulaması öncesi bireylerin depresyon düzeyleri ile EMDR uygulaması sonrası depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?” ve “EMDR Terapi yönteminin gözlemlenebilen depresif belirtiler üzerinde etkisi var mıdır?” sorularına yanıt alınabilmesi amacıyla durum içerisindeki olayların zengin ve canlı bir şekilde tanımlanması, tanımlanması ile analizi arasındaki içsel bir tartışmanın kurulması (Aytaçlı, 2012), belirgin bireysel aktörler ya da aktör grupları ve onların algıları, durum içerisindeki belirgin olaylar üzerine odaklanılması (Hitchcock ve Hughes, 1995), açıklama (explain) tanımlamada (describe), çok açık olmayan durumlarda keşfetmek (explore) amacıyla ve meta değerlendirmede başvuru (Yin, 2003) nitel araştırma yöntemlerinden tekli durum çalışması deseni kullanılarak gerçekleştirilmiş olup, ölçüt örneklem yöntemi seçilen (Beck Depresyon Ölçeği>17), İstanbul ilinde yaşayan, on sekiz yaş ve üzeri on yetişkin birey ile çevrim içi (online) görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Tez kapsamında gerçekleştirilen EMDR seansı öncesinde, katılımcılara BECK Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. BECK Depresyon Ölçeği ön test puanı 17 ve üzeri olan katılımcılar ile çalışma grubu oluşturulmuştur. Çalışma grubunun belirlenmesinin ardından, her bir katılımcı için ayrı terapi planlaması oluşturulmuş olup, seans gün ve saatleri belirlenmiştir. Katılımcılar ile görüşmeler, 2024 yılında çevrim içi (online) ve

ücretsiz şekilde gerçekleştirilmiştir. Toplam dört seans süren ve her biri ortalama 90 dakikalık görüşmelerde EMDR tekniği kullanılmış olup seans görüşme içerikleri aktarılarak seans oturumlarından örnekler olgu 1, olgu 2 ve olgu 3 olarak gösterilmiştir.

Terapi sürecinin tamamlanmasının ardından katılımcılar ile geri bildirim görüşmesi gerçekleştirilmiş ve katılımcılardan yarı yapılandırılmış görüşme sorularından oluşan Terapi Sonrası Geri Bildirim Formundaki sorulara yanıt vermeleri istenmiştir. Verilerin analizi nitel araştırma yöntemlerinden biri olan ve analize tabi tutulan verinin özündeki asıl konu alanlarını, bu alanların içerdiği özel alt alanlarını belirlemeye yönelik bir kategori oluşturma işlemini kapsayan anlamsal içerik analizi kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizi sonucunda; algılanan sosyal destek, iletişim kurma, sosyal gruplara yönelik aidiyet duygusu, başkalarına güven ve reddedilme kaygısı alt kategorilerden oluşan “İlişkiler Kategorisi”, depresif ruh durumu, sosyal çekilme, karamsarlık, sinirlilik, yorgunluk belirtilerini kapsayan “Umutsuzluk Kategorisi”, kendini suçlama, başarısızlık, değersizlik, kendini sevmeme ve kişisel özellikleri kabul etmeme maddelerinden oluşan “Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Kategorisi”, bedensel imaj ve sağlık kaygısı alt kategorilerini kapsayan “Bedensel Kaygılar Kategorisi” ve uyku, iştah, cinsel istek belirtilerinden oluşan “Fiziksel Belirtiler Kategorisi” olmak üzere beş ana kategori oluşturulmuştur.

Katılımcılar tarafından Terapi Sonrası Bildirim Formundaki sorulara verilen yanıtlar ve görüşme dökümlerindeki ortak ifadeler belirlenmiştir. Yanıtlar ve ortak ifadeler araştırmacı tarafından birkaç kez okunmuş ve değerlendirilmiş olup araştırma sürecine dahil olmayan meslektaş tarafından yapılan çalışma, araştırmacı tarafından yapılan analiz ve yorumlar, kategori ve alt kategoriler kontrol edilerek geçerlik ve güvenilirliği sağlamak adına ‘akran bilgilendirmesi (peer debriefing)’ yönteminden yararlanılmıştır. Bununla birlikte katılımcıların ifadelerinde herhangi bir değişiklik yapılmamış ve bu ifadeler katılımcıların onayına tekrar sunulmuştur. Yazılı verilen güvenirliliğinin sağlanmasında ‘katılımcı kontrolü’nden de

faaydalanılarak metin içinde katılımcı görüşlerine ayrıntılı biçimde atıf yapılarak raporlamada detaylı betimleme ve zenginliğe ulaşmak hedeflenmiştir.

Araştırma kapsamında dört seans olarak planlanan ve ilk anı, en kötü anı ve SUD düzeyi en yüksek tetikleyicinin çalışıldığı EMDR uygulaması sonucunda depresif belirti ve depresyon düzeyinin azalmasında etkili olduğu, katılımcıların iyi oluş hallerinde artış meydana geldiği gözlem, görüşme ve yarı yapılandırılmış görüşme soruları yanıtlarına bakılarak bulgulanmıştır. Katılımcıların Terapi Sonrası Geri Bildirim Formuna verdikleri yanıtlardan hareketle, anlamsal içerik analizi yöntemi ile oluşturulan Umutsuzluk, Kendine Yönelik Olumsuz Duygular, Bedensel Kaygı, Fiziksel Belirtiler ve İlişkiler Kategorilerinden en fazla ‘Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Kategorisi’ ve ‘Umutsuzluk Kategorisi’nde olumlu yönde değişim yaşadıkları anlaşılmıştır.

Bae ve arkadaşları tarafından (2008), depresyon tanısı konulan iki ergene üç ila yedi seans olmak üzere EMDR terapisi uygulanmış olup bireylerin EMDR uyguladıktan sonra anlamlı düzeyde iyileşmenin grldğu bildirilmiştir (Semiz, 2016). Semiz ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada düzenli ilaç tedavisi kullanımına rağmen tedaviye kısmi yanıt veren depresyon hastalarına 6 ila 8 seans EMDR yöntemi uygulanmıştır. Uygulama sonrası hastaların şikayetlerinde azalma gözlenmiştir. nveren ve İzci (2017) tarafından yapılan çalışmada 1999 depremi ardından TSSB teşhisi almış olan 47 olguya yaklaşık beş oturum 90 dakika olacak şekilde EMDR uygulanmış, katılımcıların geri bildirimine göre semptomlarda gözle görülür bir biçimde düşüş olduğu ve birçok sağaltımdan daha hızlı düzelme yarattığı, daha az tedavi seansı gerektirdiği bulgulanmış olup, 6 ayın ardından yapılmış olan gözlemde katılımcıların iyilik halinin srdğu belirtilmiştir.

Arabia ve arkadaşları (2011), yaşamı tehdit eden kardiyak olaylardan kurtulanlarda TSSB ile anksiyete ve depresyon semptomlarının tedavisi üzerine bir çalışma yürütmüştür. alışmalarının bulguları, bu hastalarda müdahaleden önce ortalama depresyon puanının 17,14

olduğunu göstermektedir. EMDR prosedürü uygulandıktan sonra puan 6.38'e düşmüştür ve bu da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($P < 0.001$). Bu sonuçlar, diğer randomize kontrollü çalışmalarla örtüşmektedir, EMDR tedavisinin, travmatik olaylardan sağ kurtulan ve TSSB semptomları geliştiren kişilerde depresif semptomları azaltmada eşzamanlı bir etkiye sahip olduğunu bulmuştur (Behnammoghadam ve diğerleri, 2015).

Abbasnejad ve arkadaşları (2006) tarafından örneklem grubu depremden etkilenen bireylerden seçilerek EMDR'nin etkinliği üzerine bir çalışma yürütülmüş olup, deney grubunda müdahale öncesi ve müdahale sonrası ortalama depresyon puanının sırasıyla 33,51 ve 16,42 olduğunu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı bir farka işaret ettiğini bulmuştur ($P < 0,001$) (Abbas Nejad ve diğerleri, 2006; Behnammoghadam ve diğerleri, 2015).

Literatür taramalarında Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) tekniğinin travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve özgül fobi tedavisinde etkili olduğu görülmüş olup; depresyon, depresif belirtiler ve EMDR tekniği üzerine yapılmış çok sayıda araştırma ve olgu sunumu bulunsa da, depresif belirtilerin üzerinde EMDR tekniğinin etkililiğinin “nitel araştırma yöntemi” kullanılarak incelendiği oldukça sınırlı sayıda kaynağa ulaşılmıştır. Bu bakımından yapılan çalışma literatüre örnek teşkil etmekteyken, alanda daha fazla çalışma yapılması ihtiyacını da beraberinde getirmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada depresif belirtilerin EMDR tekniği ile sürdürülen sağaltım sürecine yer verilmiştir. Bu bağlamda dört seanslık EMDR terapisinin sonunda katılımcıların yaşadığı rahatsız edici deneyimlerden kendilerini ayırıştırabildiği, özellikle ikinci seans sonunda belirtileri ortadan kaldırabilmek adına çözüm yolları aradığı, iş ve özel yaşantısında karşılaştığı

sorunlara yapıcı ve çözüm odaklı bir bakış açısı geliştirdiği ve terapinin kendi kaynaklarını keşfetmelerine yarar sağladığı anlaşılmaktadır.

Çalışmanın başarılı bir şekilde sonuçlandırılmış olması, EMDR'nin depresyon ve depresif belirtilerin tedavisinde etkili bir yöntem olduğu çıkarımında bulunmak için yeterli değildir. Bununla birlikte, göreceli olarak uygulama kolaylığı ve semptomların hızla gerilemesi, EMDR'nin beden odaklı bozukluklarda kullanımına ilişkin daha fazla araştırma yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Literatür taramalarında benzer bulgulara sahip az sayıda araştırma olduğu görülmüştür (Gupta ve Gupta, 2002). EMDR'nin birincil sonuç olarak depresyon tedavisindeki etkinliğini değerlendiren kontrollü çalışmalar az sayıdadır. Daha fazla ve daha iyi tasarlanmış araştırmalara ihtiyaç duyulmasına rağmen, mevcut kanıtlar EMDR'nin depresyon tedavisinde umut verici bir terapi olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, bu alandaki araştırmalar henüz emekleme aşamasındadır. Çalışma, araştırmaya katılan İstanbul ilinde yaşayan, on sekiz yaş ve üzeri on yetişkin bireyin kendilerine yöneltilen Terapi Sonrası Geri Bildirim Formundaki açık uçlu sorulara verdikleri cevapların analiziyle sınırlı nitel bir çalışmadır. Araştırmanın bulgularının, daha büyük örneklemle yapılacak nicel desenli çalışmalarla test edilmesiyle birlikte araştırmada elde edilen bulguların yapılacak olan nicel çalışmalara zemin hazırlayabileceği, bununla birlikte terapötik hedefler ve katılımcının öznel nitelikleri bağlamında etkili bir şekilde sonuçlandırılan bu araştırmanın, depresyon tedavisinde ve depresif belirtilerin azaltılmasında EMDR kullanımına ilişkin ilgili alan yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKÇA

- Abbass, A., Town, J., Driessen, E. (2011). The Efficacy Of Short-Term Psychodynamic Psycho-Therapy For Depressive Disorders With Comorbid Personality Disorder. *Psychiatry*, 74(1), 58 –71.
- Abbasnejad, M., Mahani, K. N., & Zamiad, A. (2006). Efficiency Of Eye Movement Desensitization Reprocessing İn Reducing Unpleasant Feelings Resulting From Earthquake Experience. *Psychological Research Journal*, 3, 4 (9), 105-114. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5694>
- Ainsworth, M.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S., (1978). *Patterns Of Attachment: A Psychological Study Of The Strange Situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- Albayrak, E.Ö., Ceylan, M.E. (2004). Depresyon Etiyolojisiinde Nörobiyolojik Etkenler. *Dusunen Adam The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences*. 17,27-33
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (5th Ed., Text Rev.)*. <https://doi.org/10.1176/Appi.Books.9780890425787>
- Arabia, E., Manca, M. L., & Solomon, R. M. (2011). EMDR for Survivors of Life-Threatening Cardiac Events: Results of a Pilot Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(1), 2-10. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.5.1.2>
- Aytaçlı, B. (2012). Durum Çalışmasına Ayrıntılı Bir Bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(1), 1-9.
- Bae, H., Kim, D., Park, Y.C. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression. *Psychiatry Investig*, 5, 60-65.

- Bahk, Y. C., Jang, S. K., Choi, K. H., & Lee, S. H.(2017). The Relationship Between Childhood Trauma And Suicidal İdeation: Role Of Maltreatment And Potential Mediators. *Psychiatry Investigation*, 14, 37–43. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.1.37>
- Beck, A. T., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). Beck Depression Inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, Experimental, And Theoretical Aspects (Vol. 32). University Of Pennsylvania Press.
- Behnammoghadam, M. Alamdari Ak, Behnammoghadam A, Darban F (2015). Effect Of Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR) On Depression İn Patients With Myocardial İnfarction. *Global Journal Of Health Science* 7(6),258-262, Doi: 10.5539/Gjhs.V7n6p258
- Beutel, M.E., Stark, R., Pan, H. Et Al. (2010). Changes Of Brain Activation Pre- Post Short-Term Psychodynamic İnpatient Psychotherapy: An Fmri Study Of Panic Disorder Patients. *Psychiatry Res*, 184,96 –104.
- Bilge, O., & Dede, Y. (2020). Matematik Öğretmenlerinin Ders İmecesine İlişkin Görüşleri. *Gazi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(1), 1-22.
- Bisson, J., Andrew M. (2007). Psychological Treatment Of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*, 3,1–110.
- Bossini, L., Santarnecchi, E., Casolaro, I., Koukouna, D., Caterini, C., Cecchini, F., Fortini, V., Marino, D., Fernandez, I.,& Rossi, A. (2017). Morphovolumetric Changes After EMDR Treatment İn Drug Naive PTSD Patients. *Rivista Di Psichiatria*, 52, 24–31. <https://doi.org/10.1708/2631.27051>

- Boukezzi, S., El Khoury-Malhame, M., Auzias, G., Reynaud, E., Rousseau, E. F., Richard, E., Zendjidjian, X., Roques, J., Castelli, N., Correard, N., Guyon, V., Gellato, C., Samuelian, J. C., Cancel, A., Comte, M., Latinus, M., Guedj, E., & Khalfa, S. (2017). Grey Matter Density Changes Of Structures Involved In Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) After Recovery Following Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR) Therapy. *Psychiatry Research*, 266, 146–152.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.009>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment And Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J., (1977). *The Making And Breaking Of Affectional Bonds*. London, England: Tavistock Publications.
- Brenner, C. (1991). A Psychoanalytic Perspective On Depression. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, 39(1), 25-43.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). *Internal Working Models In Attachment Relationships: A Construct Revisited*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook Of Attachment: Theory, Research, And Clinical Applications (Pp. 89–111)*. New York: Guilford Press.
- Broad, R. D., & Wheeler, K. (2006). An Adult With Childhood Medical Trauma Treated With Psychoanalytic Psychotherapy And EMDR: A Case Study. *Perspectives In Psychiatric Care*, 42(2), 95–105.
- Carletto, S., Ostacoli, L., Colombi, N., Calorio, L., Oliva, F., Fernandez, I., & Hofmann, A. (2017). EMDR For Depression: A Systematic Review Of Controlled Studies. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(5), 306–312

- Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B., & Marvin, R. (2005). *The Circle Of Security Intervention: Differential Diagnosis And Differential Treatment*. In L. J. Berlin Et Al. (Eds.), *Enhancing Early Attachments: Theory, Research, Intervention, And Policy* (Pp. 127–151). New York: Guilford Press.
- Cuijpers, P. De Graaf R, Van Dorsselaer S. (2004). Minor Depression: Risk Profiles, Functional Disability, Health Care Use And Risk Of Developing Major Depression. *J Affect Disord.*, 79,71-79.
- Derubeis, R.J. Siegle GJ, Hollon SD. (2008) Cognitive Therapy Versus Medication For Depression: Treatment Outcomes And Neural Mechanisms. *Nat Rev Neurosci*, 9,788–96.
- Dias De Mattos Souza, L., Lopez Molina, M., Azevedo Da Silva, R., & Jansen, K. (2016). History Of Childhood Trauma As Risk Factors To Suicide Risk In Major Depression. *Psychiatry Research*, 246, 612–616. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.002>
- Dykman, B. M. (1998). Integrating Cognitive And Motivational Factors In Depression: Initial Tests Of A Goal Orientation Approach. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 74(1), 139-158.
- Estergard, L. (2009). *Eye Movement Desensitization And Reprocessing In The Treatment Of Chronic Pain*. Walden: Walden University.
- Freud, S. (1917). Mourning And Melancholia. *The Standard Edition Of The Complete Psychological Works Of Sigmund Freud*, 14(1914-1916), 237-258.
- Gotlib, I. H. (1992). Interpersonal And Cognitive Aspects Of Depression. *Current Directions In Psychological Science*, 1(5), 149–154.

- Grant, M. (2010). *Pain Control With EMDR*. In: *Luber M, Ed. Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols:Special Populations*. New York: Springer Publishing Co, 5, 17–36.
- Gupta, M., Gupta, A. (2002). Dermatolojik Bozuklukların Tedavisinde Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma Ve Yeniden İşleme (EMDR) Kullanımı. *Kutanöz Matipen Ve Cerrahi Dergisi*, 6(5),415-421. DOI:[10.1007/S10227-001-0116-8](https://doi.org/10.1007/S10227-001-0116-8).
- Hamilton, M. (1980). Rating Depressive Patients. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 41,21-24.
- Hase, M, Balmaceda UM, Hase A, Lehnung M, Tumani V, Huchzermeier C, Hofmann A (2015). Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR) Therapy İn The Treatment Of Depression: A Matched Pairs Study İn An İnpatient Setting. *Brain And Behavior* 5, 6, 1-9, Doi: 10.1002/Brb3.342
- Heim, C. & Nemeroff, C. B. (2001). The Role Of Childhood Trauma İn The Neurobiology Of Mood And Anxiety Disorders: Preclinical And Clinical Studies. *Biological Psychiatry*, 49, 1023–1039
- Hekmat, H., Groth S., Rogers D. (1994). Pain Ameliorating Effect Of Eye Movement Desensitization. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 25,121-129
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Hitchcock, G. & Hughes D. (1995), *Research And The Teacher: A Qualitative Introduction To School-Based Research*.
- Hofmann, A. Hilgers, A. Lehnung, M. Liebermann, P. Ostacoli, L. Schneider, W. Hase, M. (2014). Eye Movement Desensitization And Reprocessing As An Adjunctive

- Treatment Of Unipolar Depression: A Controlled Study. *Journal Of EMDR Practice And Research*, 8, 3, 103-112, Doi: 10.1891/1933-3196.8.3.103
- Hogan, W.A. (2001). *The Comparative Effects Of Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR) And Cognitive Behavioral Therapy (CBT) In The Treatment Of Depression*. US: Proquest Information & Learning.
- Işık, E., Işık U., Taner Y.(2013). *Çocuk, Ergen, Erişkin Ve Yaşlılarda Depresif Ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Ziraat Gurup Matbaacılık.
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon Ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194. <https://doi.org/10.47793/HP.867111>
- Karadağ, M., Gokcen, C., Sarp A.S. (2020). EMDR Therapy In Children And Adolescents Who Have Post-Traumatic Stress Disorder: A Six-Week Follow-Up Study. *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice*, 24 (1), 77-82
- Karasar, N. (2010). *Bilimsel Araştırma Yöntemi. (21. Basım)* Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kavakçı, Ö., Doğan, O., Kuğu, N. (2010). EMDR: Psikoterapide Farklı Bir Seçenek. *Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(3), 195-205.
- Kaya, B., & Kaya, M. (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(Ek 6), 3-10.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., Maclean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). Stressful Life Events, Genetic Liability, And Onset Of An Episode Of Major Depression In Women. *The American Journal Of Psychiatry*, 152(6), 833–842.
- Kendler, K.S., Prescott, C.A., Myers, J., Neale, M.C. (2003). The Structure Of Genetic And Environmental Risk Factors For Common Psychiatric And Substance Use Disorders

İn Men And Women. *Arch Gen Psychiatry*, 60(9), 929-37. Doi: 10.1001/Archpsyc.60.9.929. PMID: 12963675.

Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2016). Depressive Vulnerability, Stressful Life Events And Episode Onset Of Major Depression: A Longitudinal Model. *Psychological Medicine*, 46,1865-1874.

Kessler, R.C., Nelson, C.B., Mc Gonagle, K.A. Ve Ark. (1996). Comorbidity Of DSM-III-R Major Depressive Disorder In The General Population Results From The US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry*, 30,17-30.

Kessler R. C., Bromet E. J. (2013). The Epidemiology Of Depression Across Cultures. *Annu Rev Public Health*. 34,119-138. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409.

Khan, A. M., Dar, S., Ahmed, R., Bachu, R., Adnan, M.,& Kotapati, V. P. (2018). Cognitive Behavioral Therapy Versus Eye Movement Desensitization And Reprocessing İn Patients With Post-Traumatic Stress Disorder: Systematic Review And Meta-Analysis Of Randomized Clinical Trials. *Cureus Journal Of Medical Science*, 10(9), 32-50.

Klein, M. (1937). Sevgi, suçluluk ve onarım. (A. A. Köçkdere, Çev.) İstanbul: Kanat Kitap.

Klein, M. (1948). *Mourning And Its Relation To Manic-Depressive States*. In: *Contributions To Psycho-Analysis*, 1921–1945. London: Hogarth,

Klein, D. Arnow B, Barkin J, Et Al. (2009). Early Adversity İn Chronic Depression: Clinical Correlates And Response To Pharmacotherapy. *Depress Anxiety*, 26,701–10.

Kohut, H. (1971). *The Analysis Of The Self*. New York: International Universities Press,

- Küey, L. (1985) Yarıkentsel Bir Bölgede Affektif Bozuklukların Yaygınlığı Ve Bu Bozukluklara Karşı Gösterilen Tutumları Araştıran Epidemiyolojik Bir Çalışma. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M., & Amann, B. L. (2018). How Does Eye Movement Desensitization And Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review On Suggested Mechanisms Of Action. *Frontiers In Psychology*, 9, 13-95. <https://doi.org/10.3389/fpsyg>.
- Lehto, S. M., Tolmunen T., Joensuu M., Et Al. (2008). Changes In Midbrain Serotonin Transporter Availability In Atypically Depressed Subjects After One Year Of Psychotherapy. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 32, 229 –237.
- Liddell, H., Scott, R. (1980). *A Greek-English Lexicon (Abridged ed.)*. UK: Oxford University Press.
- Mahler, M. (1968). *On Human Symbiosis And The Vicissitudes Of Individuation*. New York: International Universities Press.
- Main, M. (2000). The Organized Categories Of Infant, Child, And Adult Attachment: Flexible Vs. Inflexible Attention Under Attachment-Related Stress. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055–1096
- Marshall, C., Rossman, G. B. (2014). *Designing Qualitative Research*. New York: Sage.
- Mazzola, A. Calcagno ML, Goicochea MT, Et Al. (2009). EMDR In The Treatment Of Chronic Pain. *J EMDR Pract Res*, 3, 66–79.

- Mcfarlane, A. C. (2010). The Long-Term Costs Of Traumatic Stress: Intertwined Physical And Psychological Consequences. *World Psychiatry*, 9, 3–10.
<https://doi.org/10.1002/J.2051-5545.2010.Tb00254.X>
- Minelli, A., Zampieri, E., Sacco, C., Bazzanella, R., Mezzetti, N., Tessari, E., Bortolomasi, M., & Barlati, S. (2019). Clinical Efficacy Of Trauma-Focused Psychotherapies In Treatment-Resistant Depression (TRD) In-Patients: A Randomized, Controlled Pilot-Study. *Psychiatry Research*, 273, 567–574.
<https://doi.org/10.1016/J.Psychres.2019.01.070>
- Moran, G., Bailey, H. N., & Deoliveira, C. A. (2008). *The Roots Of Depression In Early Attachment Experiences*. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk Factors In Depression*. Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045078-0.00013-7>
- Morgan, N., & Taylor, D. (2005). *Psychodynamic Psychotherapy And The Treatment Of Depression*. *Psychiatry*, 4(5), 6–9. Doi:10.1383/Psyt.4.5.6.65106
- Mukba, G., Tanriverdi, S., Tanhan, F. (2020). Investigation Of The Efficacy Of EMDR In Earthquake Trauma: Case Report. *Çukurova University Faculty Of Education Journal*, 49(1), 477-500.
- Ohayon, M. M., Priest R. G., Guilleminault C. ve Ark. (1999). The Prevalence Of Depressive Disorders In The United Kingdom. *Biol Psychiatry*, 45,300-307.
- Öztürk, M.O., Uluşahin A., (2015). *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*. Ankara: Tuna Matbaacılık 261-296.
- Paivo, S. C., Neuwenhuis J. A. (2001). Efficacy Of Emotion Focused Therapy For Adult Survivors Of Child Abuse: A Preliminary Study. *J Trauma Stress*, 14,115–33.

- Portaccio, E. (2016). Differential diagnosis, discerning depression from cognition. *Acta Neurol Scand.* 134(200), 14-8.
- Rome, H. P., Rome, J. D. (2000). Limbically Augmented Pain Syndrome (LAPS): Kindling, Corticolimbic Sensitization, And The Convergence Of Affective And Sensory Symptoms In Chronic Pain Disorders. *Pain Med*, 1,7–23.
- Saveanu, R. V., Nemeroff, C. B. (2012). Etiology Of Depression: Genetic And Environmental Factors. *Psychiatr Clin North Am.*, 35(1), 51-71. Doi: 10.1016/J.Psc.2011.12.001.
- Schwarzer, N. H., Heim, N., Gingelmaier, S., Fonagy, P., Nolte, T. (2024). Mentalizing As A Predictor Of Well-Being And Emotion Regulation: Longitudinal Evidence From A Community Sample Of Young Adults.. *Psychological Reports*, 0(0) doi: 10.1177/00332941241261902.
- Seidler, G., Wagner F. (2006). Comparing The Efficacy Of EMDR And Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy In The Treatment Of PTSD: A Meta-Analytic Study. *Psychol Med*, 36, 1515–1522.
- Semiz, M., Atik, S., Erdem, M. (2016). Treatment Augmentation Effects Of EMDR Intervention After Traumatic Experiences In Patients With Major Depression: A Case Series. *Düşünen Adam - Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 29(1), 91 - 95.
- Shapiro, F. (1989). Eye Movement Desensitization: A New Treatment For Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 20 (3), 211–217. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6)
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization And Reprocessing: Basic Principles, Protocols, And Procedures*. New York: Guilford Press.

- Shapiro, F. (1996). Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR):Evaluation Of Controlled PTSD Research. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 27,209-218.
- Shapiro, F. (2002). EMDR 12 Years After Its Introduction: Past And Future Research. *Journal Of Clinical Psychology*, 58, 1-22.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR): Information Processing In The Treatment Of Trauma. *Psychotherapy In Practice*, 58(8), 933-946.
- Shapiro, E., Laub B. (2009). *The Recent-Traumatic Episode Protocol (R-TEP): An Integrative Protocol For Early EMDR Intervention (EEI)*. In: Luber M, Ed. *Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Basics And Special Situations*. New York: Springer Publishing Co, 251–69.
- Shapiro, F. (2014). 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*. 18(1),71-77.
- Shapiro, F. (2016). *EMDR: Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma Ve Yeniden İşleme Temel Prensipler, Protokoller Ve Prosedürler*, (Çev. M. Şahzade, Ve I. Sansoy) İstanbul: Okyanus Yayınları.
- Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, And Procedures (3rd Ed.)*. The Guilford Press.
- Simpson, J. A. (1999). *Attachment Theory In Modern Evolutionary Perspective*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook Of Attachment: Theory, Research, And Clinical Applications* (Pp. 115–140). New York, NY, US: Guilford Press.

- Şireli, Ö. *Depresyon Tanısı Almış Ergenlerde Anne Baba Kabul Reddi, Kontrolü Ve Aile İçi İlişkilerin Depresyon Şiddetine Etkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012.
- Tang C., Yang, P., Yen, CF., Liu, T.L. (2015). Eye Movement Desensitization And Reprocessing For Treating Psychological Disturbances In Taiwanese Adolescents Who Experienced Typhoon Morakot. *The Kaohsiung Journal Of Medical Sciences*, 31(7), 363-369, Doi: 10.1016/J.Kjms.2015.04.013
- Taubner,. S, Kessler H, Buchheim A, Et Al. (2011). The Role Of Mentalization In The Psychoanalytic Treatment Of Chronic Depression. *Psychiatry*,74(1):49 –57.
- Tavşancıl, E. ve Aslan, E. (2001). *Sözel, Yazılı Ve Diğer Materyaller İçin İçerik Analizi Ve Uygulama Örnekleri*. Epsilon Yayınevi, İstanbul.
- Taylor, D., & Richardson, P. (2005). The Psychoanalytic/Psychodynamic Approach To Depressive Disorders. *Oxford Textbook Of Psychotherapy*, 127-136.
- Tesarz, J. Leisner S, Gerhardt A, Janke S, Seidler GH, Eich W, Hartmann M. (2014) Effects Of Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR) Treatment In Chronic Pain Patients: A Systematic Review. *Pain Med*, 15(2), 247-63.
- Tunnard, C., Rane, L. J., Wooderson, S. C., Markopoulou, K., Poon, L., Fekadu, A., Cleare, A.J., & Jurueña, M. (2014). The Impact Of Childhood Adversity On Suicidality And Clinical Course In Treatment-Resistant Depression. *Journal Of Affective Disorders*, 152–154, 122–130. <https://doi.org/10.1016/J.Jad.2013.06.037>
- Ünal, S., Küey L., Güleç C., Bekaroğlu M. (2002). Depresif Bozukluklarda Risk Etmenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8, 5-15.

- Ünveren, G., İzci, F. (2017). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi ve Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* , 6(1), 31 - 38.
- Vitriol, V., Cancino, A., Leiva-Bianchi, M., Serrano, C.,Ballesteros, S., Asenjo, A., Caceres, C., Potthoff, S.,Salgado, S., Orellana, F., & Ormazabal, M. (2017). Childhood Trauma And Psychiatric Comorbidities In Patients With Depressive Disorder In Primary Care In Chile. *Journal Of Trauma Dissociation*, 18(2), 189–205. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1212449>
- Wiersma, J. E., Hovens, J. G., Van Oppen, P., Giltay, E.J., Van Schaik, D. J., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2009). The Importance Of Childhood Trauma And Childhood Life Events For Chronicity Of Depression In Adults. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 70(7), 983–989. <https://doi.org/10.4088/Jcp.08m04521>
- Williams, L. M., Debattista, C., Duchemin, A. M.,Schatzberg, A. F., & Nemeroff, C. B. (2016). Childhood Trauma Predicts Antidepressant Response In Adults With Major Depression: Data From The Randomized International Study To Predict Optimized Treatment For Depression. *Translational Psychiatry*, 6(5), E799.<https://doi.org/10.1038/Tp.2016.61>
- Wood, E., & Ricketts, T. (2013). Is EMDR An Evidenced Based Treatment For Depression? A Review Of The Literature. *Journal Of EMDR Practice & Research*, 7(4), 225–236. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.7.4.225>
- Yıldırım A., Şimşek H. (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. (9. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yin, R. K. (2003). *Case Study Research Design and Methods (3. Baskı)*. London: Sage Publications.

8. EKLER

EK 1 -BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.

2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.

2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim.

3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.

3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 2 - DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız?

18-24 () 25-34 () 35-44 () 45-54 () 55-64 () 65 ve üstü ()

2. Cinsiyetiniz?

Kadın () Erkek ()

3. Medeni Durumunuz?

Bekar () Evli ()

4. Eğitim Durumunuz?

() Lise ve altı

() Önlisans

() Lisans

() Yüksek Lisans

() Doktora

5. Çocuğunuz var mı?

Evet () Hayır ()

6. Şu anda çalıştığınız düzenli bir işiniz var mı?

Evet () Hayır ()

7. Aylık geliriniz nedir?

Aylık gelirim yok () 1 – 17.002 TL () 17.003-35.000 TL ()

35.001-50.000 TL () 50.001 TL ve üzeri ()

EK 3 – TERAPİ SONRASI GERİ BİLDİRİM FORMU

- 1) Seanslar sırasında öğrendiğiniz stabilizasyon tekniklerini (Güvenli Yer, Kutu Egzersizi ve Aşamalı Kas Gevşetme) ne kadar yararlı buldunuz ve bu teknikleri günlük yaşamınızda kullanıyor musunuz?
- 2) Görüşme sürecinin ve EMDR uygulamasının size kattıkları nelerdir?
- 3) Görüşme sürecinde rahatsız edici bulduğunuz ya da hoşunuza gitmeyen bir durumla veyahut olayla karşılaştınız mı?
- 4) Görüşme sürecinde kendinize, aile ve arkadaşlık ilişkilerinize dair kazandığınız farkındalıklar nelerdir?
- 5) Görüşme süreci ve sonrasında depresif ruh durumu, sosyal çekilme, karamsarlık, sinirlilik, yorgunluk belirtilerinizde azalma veya farklılık var mı? Varsa detaylandırınız.
- 6) Görüşme süreci ve sonrasında kendini suçlama, başarısızlık duygusu, kendini sevmeme belirtilerinizde azalma veya farklılık var mı? Varsa detaylandırınız.
- 7) Bedensel imaj veya bedensel kaygılarınızda görüşme süreci ve sonrasında herhangi bir fark oldu mu? Olduysa detaylandırınız.
- 8) Görüşme süreci ve sonrasında uyku, cinsel istek ve iştahta artma veya azalma, kilo alma ya da vermede farklılık var mı? Varsa detaylandırınız.
- 9) Görüşme süreci ve EMDR uygulaması ile ilgili eklemek istediğiniz görüşleriniz varsa lütfen belirtiniz.

EK 4 - BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Dr. Öğr. Üyesi Melike İLERİSOY danışmanlığında İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Hilal Nur KAÇMAZ tarafından yürütülen “DEPRESİF BELİRTİ GÖSTEREN BİREYLERDE EMDR TERAPİNİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ” isimli bir tez çalışmasıdır.

Çalışmanın amacı, depresif belirti gösteren ve BECK Depresyon Ölçeğinden 17 puan ve üzeri (Orta Düzey Depresyon ve Üzeri) alan, katılımcılara sekiz aşamalı, üç yönlü (geçmiş, şimdi, gelecek) bir protokol olan EMDR Terapinin çevrim içi ortamda (zoom) dört seans olarak uygulanması, uygulama öncesi ve dört seanslık uygulama sonrası katılımcının depresif belirtilerindeki değişimin incelenmesidir. Çalışma “Görüşme soruları, EMDR Tekniği (Eye Movement Desensitization and Reprocessing /Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) ve yarı yapılandırılmış görüşme sorularından oluşan Terapi Sonrası Geri Bildirim Formu kullanılarak yapılacak olup, 18 yaş ve üzeri katılımcıları kapsamaktadır.

Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma sırasında cevaplarınız sadece araştırmacı tarafından bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır. Araştırma sırasında herhangi bir nedenden dolayı rahatsızlık hissederseniz, katılımınızı sonlandırabilirsiniz. Çalışma sırasında sizden istenilen, çalışmada yer alan soruları samimi bir şekilde yanıtlamanızdır. Çalışmaya katılım yaklaşık 90 dakika sürecektir. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Hilal Nur KAÇMAZ’a (e-posta: h.nurkacmaz@gmail.com) ulaşabilirsiniz. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz. Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman katılımımı sonlandırabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı kullanımını kabul ediyorum.

Evet () Hayır ()

Araştırmacının Adı Soyadı

Hilal Nur KAÇMAZ



1.08.2024

Sayı : E-65836846-044-325647

Konu : Etik Onayı

Sayın Hilal Nur KAÇMAZ

İlgi : 18.07.2024 tarihli dilekçeniz.

İlgi yazınız ile "Depresif Belirti Gösteren Bireylerde EMDR Terapinin Etkinliğinin İncelenmesi" isimli çalışmanın anket soruları, yarı yapılandırılmış görüşme soruları ve EMDR terapi maneline Etik Kurul onayı talep edilmektedir.

Adı geçen ve ekte yer alan anket soruları, yarı yapılandırılmış görüşme soruları ve EMDR terapi maneli, Üniversitemiz Etik Kurulunca incelenerek etik tanım, değer ve ilkelere aykırı bir düzenleme tespit edilmediği, önerilen anket soruları, yarı yapılandırılmış görüşme soruları ve EMDR terapi manuelinin etik kurallara uygun olduğu ve etik onayının verildiği ifade edilmiştir.

Konuya ilişkin bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Abdulhamit AVŞAR

Rektör Ek: Etik Onaylı Anket Soruları, Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları ve EMDR Terapi Maneli

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:

55DBA111-4BB7-46AB-B7C3-E55751BE80B9

Adres: Örnektepe Mah. İmrahor Cad. No: 88/2 Beyoğlu/İstanbul

Telefon No: 444 04 13 / 4583 Faks No: 0212 320 70 11

E-Posta: boz@ticaret.edu.tr İnternet Adresi: www.ticaret.edu.tr

KEP Adresi: ticaretuniversitesi@hs02.kep.tr

Belge Doğrulama Adresi:

<https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-ticaret-universitesi-ebys>

Ayrıntılı Bilgi İçin: Bahadır ÖZ

Büro Personeli

Telefon No:

