

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
TEDAVİSİNDE TRAVMA ODAKLI BİLİŞSEL VE
DAVRANIŞÇI TERAPİLER, GÖZ
HAREKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE
YENİDEN İŞLEME (EMDR) VE FARMAKOLOJİK
TEDAVİLERİN ETKİNLİĞİNE YÖNELİK
KARŞILAŞTIRMALI BİR META-ANALİZ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Şule AYDIN

Danışmanı

Doç. Dr. Meral ÇULHA

İstanbul – 2015

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

.....Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisiSule Aydın..... tarafından hazırlanan
".....Trauma, Anksiyete, Stres, Baskıya, Tedavisinde, Trauma odaklı Bilişsel ve Davranışçı Terapiler, EMDR ve Farmako-
lojik Tedavilerin Etkinliğine İlişli Karşılaştırmalı Bir Meta-Analiz....."
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 08/06/2015

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu) :

İmzası :

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Meral Gülha.....

Danışman: Halic Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Özkam Pektaş.....

Halic Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Muhammed Mehtar.....

Bilim Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi:

..... Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi:

..... Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Meral Gülha

Özkam Pektaş

Muhammed Mehtar

ÖNSÖZ

Tez danışmanım Doç. Dr. Meral Çulha'ya bu araştırma için vermiş olduğu destekten dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Tüm destekleriyle, hayatımın her anında yanımda olan aileme teşekkür ederim.

Bu meta-analiz, DABATEM - Davranış Bilimleri Araştırma ve Tedavi Merkezi'nin psikolojik travma alanındaki araştırma projeleri kapsamında yürütülmüştür. Veri tabanlarına ve makalelere erişim ile veri analizleri DABATEM'in imkanlarıyla gerçekleşmiştir. Sağladığı imkanlar için DABATEM'e teşekkür ederim.

Bu süreçteki yardımları için Deniz Karasapan'a teşekkür ederim.

Ve saygıdeğer Doç. Dr. Ebru Şalcıoğlu'na gerek bu araştırmanın planlama, yürütme ve yazım aşamalarındaki her türlü yardımı, gerekse meslek hayatımda sunduğu olanaklar, gösterdiği içtenlik ve yol göstericiliği için sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.

İstanbul, 2015

Şule AYDIN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
KISALTMALAR LİSTESİ	III
ŞEKİL LİSTESİ	IV
TABLO LİSTESİ	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
1. GİRİŞ	1
1.1. Travma Tanımı	1
1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri	2
1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Görülme Sıklığı.....	3
1.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nda Travma Odaklı Terapi Protokollerinin Dayandığı Teoriler	4
1.4.1. Koşullanma Teorileri	5
1.4.2. Bilişsel Teoriler	6
1.4.3. Duygusal Bilgi İşlem Teorisi	6
1.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nda Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi	7
1.6. Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	9
1.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Biyolojik Faktörler	11
1.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi	13
1.8.1. Serotonin Seçici Geri Alım İnhibitörleri.....	13
1.8.2. Serotonin Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri.....	14
1.8.3. Norepinefrin Dopamin Geri Alım İnhibitörleri.....	15
1.8.4. Noradrenerjik (Alfa2 antagonizması yoluyla) ve Serotonerjik Antidepresanlar	15
1.8.5. Seçici Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri	16
1.8.6. Serotonin Antagonist/Geri Alım İnhibitörleri	16
1.8.7. Klasik Antidepresanlar: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri ve	16
Trisiklik Antidepresanlar	16
1.8.8. Atipik Antipsikotikler	17
1.8.9. Benzodiazepinler.....	17
1.9. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisine Yönelik Yapılan Araştırmaların Meta- Analizleri	18
1.10. Araştırmanın Amacı.....	19
1.11. Araştırmanın Önemi	20
2. Yöntem	22
2.1. Literatür Taraması	22
2.2. İşleme Ölçütleri	22

2.2.1. Travma Odaklı Psikoterapiler için İşleme Ölçütleri	24
2.2.2. İlaç Tedavileri için İşleme Ölçütleri	24
2.3. Verilerin Kodlanması.....	25
2.3.1. Travma Odaklı Psikoterapi Protokollerinin Kodlanması	26
2.3.2. İlaç Tedavilerinin Kodlanması.....	39
2.3.3. Veri Dosyalarında Kodlanan Diğer Değişkenler	39
2.4. İşlem	40
2.5. İstatistiksel Analizler	41
3. Bulgular	43
3.1. Travma Odaklı Psikoterapiler.....	43
3.1.1. Araştırmaların Seçimi	43
3.1.2. Araştırmaların Özellikleri	45
3.1.3. Psikoterapi Araştırmalarında Gruplar Arası Karşılaştırma Analizleri	46
3.1.3.1. Tedavi Bitirenler İçin Bekleme Listesi / Minimal İlgi / Tekrarlayıcı	46
Değerlendirme Kontrol Gruplarına Göre Psikoterapilerin Etkisi	46
3.1.3.2. Tedavi Amacı Analizleri İçin Bekleme Listesi / Minimal İlgi / Tekrarlayıcı.....	50
Değerlendirme Kontrol Gruplarına Göre Psikoterapilerin Etkisi	50
3.1.3.3. Tedavi Bitirenler İçin Diğer Tedavi Kontrol Gruplarına Göre.....	52
Psikoterapilerin Etkisi	52
3.1.3.4. Tedavi Amacı Analizleri İçin Diğer Tedavi Kontrol Gruplarına Göre.....	54
Psikoterapilerin Etkisi	54
3.1.4. Psikoterapi Araştırmalarında Tedavi Bitirenler için Gruplar içi Analizleri	56
3.1.5. Psikoterapi Araştırmalarında Gruplar İçi Tedavi Amacı Analizleri	62
3.2. İlaç Tedavileri	67
3.2.1. Araştırmaların Seçimi	67
3.2.2. Araştırmaların Özellikleri	47
3.2.3. İlaç ve Plasebo Gruplar Arası Karşılaştırma Analizleri	70
3.2.4. İlaç ve Plasebo Gruplar içi Analizleri	73
4. TARTIŞMA	76
4.1. Psikoterapi Çalışmaları.....	76
4.1.1 Psikoterapileri Bekleme Listesi / Minimal İlgi / Tekrarlayıcı Değerlendirme Kontrol Gruplarına Göre Etkisi.....	76
4.1.2 Psikoterapileri Diğer Tedavi Kontrol Gruplarına Göre Etkisi	79
4.1.3 Psikoterapilerin Tedavi Sonunda Elde Ettikleri Etki	81
4.2. İlaçların TSSB’de Etkileri	82
4.3. Sınırlılıklar	83
5. SONUÇ.....	84
6. KAYNAKLAR	85
7. ÖZGEÇMİŞ.....	101

KISALTMALAR

ACTH	: Adreno-Kortikotrop Hormonu
Akt.	: Aktaran
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDI	: Back Depresyon Envanteri
BDT	: Bilişsel ve Davranışçı Tedavi
BDY	: Bilişsel Davranışçı Yöntem
Bkz.	: Bakınız
BYY	: Bilişsel Yeniden Yapılandırma
CAPS	: Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği
CRH	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
Diğ.	: Diğerleri
DT	: Davranış Terapisi
DTS	: Davidson Travma Ölçeği
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
EMDR	: Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme
GABA	: Gama-Amino Butirik Asit
HAM-D	: Hamilton Depresyon Ölçeği
IES	: Olayların Etkisi Ölçeği
ISTSS	: Uluslararası Travmatik Stres Çalışmaları Derneği
ITT	: Tedavi Amacı
LOCF	: Son Gözlemi İleri Taşıma
MADRS	: Montomery-Asberg Depresyon Ölçeği
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörü
Mg.	: Miligram
NaSSA	: Noradrenerjik ve Serotonerjik Antidepresan
NDRI	: Norepinefrin Dopamin Geri Alım İnhibitörü
NRI	: Seçici Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü
Ort.	: Aritmetik Ortalama
SARI	: Serotonin Antagonist/Geri Alım İnhibitörü
SI-PTSD	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu için Yapılandırılmış Mülakat
SNRI	: Serotonin Norepinefrin Geri Alım İnhibitörü
SS	: Standart Sapma
SSRI	: Serotonin Seçici Geri Alım İnhibitörü
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
Vb.	: Ve benzeri
Y	: Yüzleştirme

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 3.1 : Psikoterapiler için Prisma Diyagramı	44
Şekil 3.2 : Psikoterapi ve Bekleme Listesi / Minimal İlgi / Tekrarlayıcı Değerlendirmeler Grupları Arasındaki Etki Boyutları.....	48
Şekil 3.3 : Tedavi Amacı Analizleri İçin Psikoterapi ve Bekleme Listesi / Minimal İlgi / Tekrarlayıcı Değerlendirmeler Grupları Arasındaki Etki Boyutları	51
Şekil 3.4 : Psikoterapi ve Diğer Tedavi Kontrol Grupları Arasındaki Etki Boyutları	53
Şekil 3.5 : Tedavi Amacı Analizleri İçin Psikoterapi ve Diğer Tedavi Kontrol Grupları Arasındaki Etki Boyutları	55
Şekil 3.6 : Travma Odaklı Psikoterapi ve Kontrol Gruplarında Tedavi Bitirenler İçin Gruplar İçeri Etki Boyutu İstatistikleri	61
Şekil 3.7 : Travma Odaklı Psikoterapi ve Kontrol Gruplarında Tedavi Amacı Analizlerinde Gruplar İçeri Etki Boyutu İstatistikleri	66
Şekil 3.8 : İlaçlar için Prisma Diyagramı	68
Şekil 3.9 : İlaç ve Plasebo Grupları Arasındaki Etki Boyutları	71
Şekil 3.10 : İlaç ve Plasebo Gruplarındaki Grup İçeri Etki Boyutları	75

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1.1 : DSM-IV-TR’de Tanımlandığı Şekliyle TSSB Belirtileri	2
Tablo 2.1 : Tedavi Protokolleri ve Veri Dosyasına Kodlama	27
Tablo 3.1 : Psikoterapi Çalışmalarının Özellikleri	45
Tablo 3.2 : Travma Odaklı Psikotepi Protokolleri ve Kontrol Gruplarında Tedavi Bitirenler İçin Gruplar İçi Etki Boyutu İstatistikleri	57
Tablo 3.3 : Travma Odaklı Psikotepi Protokolleri ve Kontrol Gruplarında Tedavi Amacı Analizlerinde Gruplar İçi Etki Boyutu İstatistikleri	63
Tablo 3.4 : İlaç Çalışmalarının Özellikleri	69

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Şule AYDIN
Anabilim Dalı : Psikoloji
Programı : Uygulamalı Psikoloji
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Meral ÇULHA
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Haziran 2015

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE TRAVMA ODAKLI BİLİŞSEL VE DAVRANIŞÇI TERAPİLER, GÖZ HAREKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEME (EMDR) VE FARMAKOLOJİK TEDAVİLERİN ETKİNLİĞİNE YÖNELİK KARŞILAŞTIRMALI BİR META-ANALİZ

ÖZET

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tedavisinde travma odaklı Bilişsel ve / veya Davranışçı Terapiler, Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) ve antidepresan ve antipsikotik ilaçlarla farmakolojik tedaviler sıklıkla kullanılmaktadır. Bu araştırmada, bu tedavilerin yarattıkları etkiyi belirlemek amacıyla randomize kontrollü klinik araştırmaların meta-analizi yapılmıştır. PILOTS, PsychInfo ve PubMed veri tabanlarında belirlenen, psikoterapiler için 1719 makale özeti ve 159 tam makale; ilaçlar için 205 makale özeti ve 46 tam makale incelenmiştir. İşleme kriterlerini karşılayan psikoterapiler için 70, ilaçlar için 20 randomize kontrollü klinik çalışma meta-analize dahil edilmiştir. Bu çalışmalarda sınanan psikoterapi yöntemlerinin gruplar arası ve grup içi etki boyutları hem tedavi bitirenler hem de tedavi amacı analizleri için hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlar psikoterapilerin TSSB belirtilerinin azalmasında büyük etkiye sahip olduklarını ve TSSB tedavisinde etkilerinin bekleme listesi / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirmeler kontrol gruplarına ve diğer travma odağı olmayan alternatif tedavilere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. İlaçların etkisini inceleyen araştırmalarında antidepresan ve antipsikotik monoterapileri TSSB belirtilerinde azalmaya yol açsalar da, plasebo hapların da benzer etkiyi yarattığı ve ilaç ve plasebo arasında küçük ve klinik olarak anlamlı olmayan bir etki boyutu olduğu görüldü. Tüm bu bulgular travma odaklı psikoterapilerin TSSB tedavisinde ilk olarak tercih edilmesi gereken tedavi yaklaşımı olduklarını düşündürmektedir. Travma odaklı psikoterapiler arasından ise bilişsel ve davranışçı terapilerin en büyük veritabanına sahip ve etkili oldukları çeşitli travma gruplarında sistematik olarak gösterilmiş yaklaşımlar olmaları dolayısıyla TSSB tedavisinde ilk sırada uygulanabilecek yaklaşımlar olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: TSSB, BDT, EMDR, Farmakolojik Tedavi, Meta-Analiz.

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Şule AYDIN
Field : Psychology
Program : Applied Psychology
Supervisor : Assoc. Prof. Meral ÇULHA
Degree Awarded and Date : Master – June 2015

A COMPARATIVE META-ANALYSIS OF THE EFFICACY OF TRAUMA- FOCUSED COGNITIVE AND BEHAVIORAL THERAPIES, EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) AND PHARMACOTHERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

ABSTRACT

Trauma-focused psychotherapies, including Cognitive and / or Behavioral Treatments and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), and pharmacotherapy, including antidepressant and antipsychotic medication, are widely used in treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). In this study a meta-analysis of randomized controlled trials of trauma-focused psychotherapies and pharmacotherapy was conducted with a view to examine their comparative efficacy in PTSD. In PILOTS, PsycInfo, and PubMed databases 1719 psychotherapy trials were identified and full-text of 159 articles were reviewed, while 205 pharmacotherapy trials were identified and full-text of 46 articles were reviewed. A total of 70 psychotherapy trials and 20 pharmacotherapy trials met inclusion criteria and were analyzed. Between-groups and within-groups effect sizes were computed for completers and intent-to-treat samples. Findings showed that trauma-focused psychotherapies achieved high effect sizes from pre- to post-treatment assessments and they had superior effects to both waitlist / minimal attention / repeated assessment control groups and other non-trauma-focused placebo treatments. On the other hand, although antidepressants and antipsychotic drugs achieved high effect sizes from pre- to post-treatment, so did placebo pills and the magnitude of difference between drugs and placebo was small and clinically insignificant. These findings suggested that trauma-focused psychotherapies are the first line of choice in the treatment of PTSD. Among trauma-focused psychotherapies cognitive and / or behavioral therapies have the largest evidence base and their efficacy was systematically documented across diverse trauma populations. Therefore, the use of trauma-focused cognitive and / or behavioral therapies as first line intervention in cases with PTSD is warranted.

Keywords: PTSD, CBT, EMDR, pharmacotherapy, Meta-Analysis.

1.GİRİŞ

1.1. Travma Tanımı

Amerikan Psikiyatri Derneği'nin yayınladığı Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayısal El Kitabı'nda (DSM) pek çok değişikliğe uğrayan travma tanımının, en güncel hali DSM-5'te yer almaktadır. DSM-III'de travma “hemen hemen her insanda sıkıntı / kaygı belirtileri yaratacak farkedilebilir bir olay” olarak tanımlanırken (APA, 1980), DSM-III-R'de bu tanım “Her insanda sıkıntı / kaygı yaratacak normal insan deneyimi dışında kalan bir olay; örneğin yaşamı ya da fiziksel bütünlüğü tehdit edici bir durum, çocuklarına, eşine ya da diğer yakın akrabalarına ve arkadaşlarına yönelik ciddi bir tehdit ya da zarar; evin ya da çevrenin ani yıkımı; kaza ya da fiziksel şiddet sonucu ağır bir şekilde yaralanmış veya öldürülmüş ya da yaralanmakta veya ölmekte olan başka bir kişiyi görme; bir yakın arkadaşın ya da akrabanın bu tür olaylar yaşadığını öğrenme” olarak değiştirilmiştir (APA, 1987). DSM-IV'te tanık olma ve öğrenme durumları da eklenmiş ve travma kavramı “Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne karşı bir tehdit yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir” şeklinde genişletilmiştir. Ancak, DSM-IV kişilerin sadece uyarana maruz kalması durumunu değil, uyarana karşısında deneyimlediği öznel tepkileri de tanımlamıştır. Bu tepkileri ise: “Kişinin olaya tepkisi aşırı korku, çaresizlik ve dehşete düşme biçiminde olmuştur” şeklinde ifade etmiştir (APA, 1994). DSM-5'e göre travma deneyimi şu şekildedir:

“Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da yaralanma tehdidi, gerçek bir cinsel saldırı ya da cinsel saldırı tehdidi yaşamıştır:

- 1) Olayı kişi kendisi doğrudan yaşamıştır ya da başkalarının böyle bir olay yaşamasına bizzat tanık olmuştur.
- 2) Olayın bir aile yakınının ya da yakın arkadaşın başına geldiğini öğrenmiştir. Olay ölüm ya da ölüm tehdidi içeriyorsa bu kaza ya da şiddet olayı sonucudur.

- 3) Olayın rahatsız edici detaylarına tekrarlayan bir şekilde ve aşırı derecede maruz kalması (örn, vücut parçalarını toplayan tıbbi personel, polis, vb). Olaylara medya aracılığıyla maruz kalma (TV, film, fotoğraf, vb). Eğer iş gereği değilse bu kategorinin dışında kalır.”

Bu tanım ile olayı bizzat yaşamış olma, tanık olma, yakınının başına geldiğini öğrenme, meslek gereği olaya dolaylı olarak maruz kalma durumları travma kapsamına girmiştir ve kişinin uyarıcı karşısında deneyimlediği öznel tepkilerle ilgili herhangi bir kritere yer verilmemiştir (APA, 2013).

1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ilk defa DSM-III'te (APA, 1980) tanı olarak ele alınmıştır. DSM-IV-TR travma sonrasında bireyde görülebilecek 17 belirtiyeye yer vermiştir. Bu belirtiler; yeniden yaşantılama, kaçınma ve küntlük, artmış uyarılmışlık belirtileri olmak üzere 3 ana grupta toplanmıştır (APA, 2000). DSM IV-TR'de tanımlanan TSSB belirtileri Tablo 1.1' de sunulmuştur.

Tablo 1.1 DSM-IV-TR'de Tanımlandığı Şekliyle TSSB Belirtileri

-
- B.** En az bir tane yeniden yaşantılama belirtisi:
1. Olayın elde olmadan düşünce, düşlem ve algılarla anımsanması
 2. Olayı sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme.
 3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (dissosiyatif “flashback” epizodları).
 4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran iç ya da dış uyarıcılar karşısında yoğun psikolojik sıkıntı duyma
 5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran iç ya da dış uyarıcılar karşısında artmış fizyolojik tepkiler gösterme
- C.** En az üç tane kaçınma ya da küntlük belirtisi:
1. Travmayla ilişkili düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma
 2. Travmayı hatırlatan durumlar, etkinlikler, yerler ya da kişilerden kaçınma
 3. Travmanın önemli bir kısmını anımsayamama
 4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması
 5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara ya da insanlara yabancılaşma duyguları
 6. Duygulanımda kısıtlılık (örn. Sevme duygusunu yaşayamama)
- D.** En az iki tane artmış uyarılmışlık belirtisi:
1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük
 2. İrritabilite ya da öfke patlamaları
 3. Konsantrasyon sorunları

Tablo 1.1'in devamı

-
4. Aşırı tetikte olma hali
 5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme
- E. B, C ve D gruplarındaki belirtiler 1 aydan daha uzun sürer.

Belirtiler belirgin bir öznel sıkıntıya ya da iş, aile, sosyal ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

TSSB, DSM-5'e kadar Anksiyete Bozuklukları ile birlikte sınıflandırılırken, DSM-5'te Travma ve Strese Bağlı Bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM 5'te Travma Sonrası Stres Bozukluğu'na bazı yeni belirtiler eklenmiş ve bazı belirtiler daha açık şekilde ifade edilmiştir. TSSB, 20 belirtiyi içeren 4 ana grupta ele alınmış ve DSM-IV'te yeniden yaşantılama ve kaçınma belirtileri için geçerli olan "travmatik olaya maruz kaldıktan sonra başlamalı ya da kötüleşmeli" koşulu tüm belirtilere genellenmiştir. DSM-5'te 6 yaş ve öncesi çocuklar için farklı tanı kriterleri belirlenmiş, ayrıca TSSB için bir dissosiyatif alt tip tanımlanmıştır. DSM-IV'te TSBB değerlendirilirken; kişinin deneyimlediği tek bir olaya bağlı olarak değerlendirebilirken, DSM-5'le birlikte çoğul olaylara bağlı değerlendirme yapma olanağı tanınmıştır (APA, 2013). DSM 5'e göre TSSB tanı kriterleri Tablo 1.2' de yer almaktadır. Bu tezin konusu olan araştırmalarda DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV ve DSM-IV-TR tanı kriterleri kullanıldığından, DSM-5'te tanımlanan TSSB belirtileri ve tanı kriterleri detaylı ele alınmayacaktır.

1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Görülme Sıklığı

Travmatik olay ve TSSB'nin görülme sıklığı ile ilgili araştırmalarda çeşitli oranlar ifade edilmektedir. Bunlardan birkaçını ele alacak olursak: İnsanların yaklaşık % 80-100'ünün hayatları boyunca en az bir travma deneyimi yaşadıkları öne sürülmektedir (Breslau ve diğ., 1997). DSM-IV ölçütü göz önüne alındığında travmatik olay görülme sıklığı ABD'de 2181 kişilik bir örneklem (Breslau ve diğ., 1997) ile elde edilmiş sonuçlara göre %90.0, 2953 kişilik bir örneklem (Kilpatrick ve diğ., 2013) ile elde edilmiş sonuçlara göre %93.7 olarak bulunmuştur. Kanada'da 1002 kişilik bir örneklemde elde edilen bulgulara göre kadınlarda travmatik olay görülme sıklığı %74.0, erkeklerde travmatik olay görülme sıklığı %81.0'dir (Stein ve diğ., 1997). Erkeklerin yaşadıkları travmaların başında kazaların, kadınların yaşadıkları travmaların başında ise cinsel saldırıların geldiğine dair

bulgular vardır (Breslau ve diğ., 1991). Erkeklerde beklenmedik ölüm ya da ağır yaralanmalardan sonra % 10.4 oranında TSSB gelişimi, kadınlarda ise cinsel saldırıdan sonra %48.4 TSSB gelişimi olduğu belirtilmiştir (Kessler ve diğ., 1995).

ABD’de toplumda yaşamboyu TSSB sıklığını araştıran epidemiyolojik çalışmalar TSSB oranlarını DSM-III-R ölçütlerine göre %7.8 (n = 5877, Kessler ve diğ., 1995), DSM-IV ölçütlerine göre %6.8 (n = 5692, Kessler ve diğ. 2008), DSM-5 ölçütlerine göre %8.3 olarak saptanmıştır (Kilpatrick ve diğ., 2013). Travma türüne göre TSSB görülme oranları farklılık göstermektedir (Rubonis ve Bickman, 1991). Green (1994) travmatik bir olay sonrası bildirilen genel TSSB oranlarının ortalama %25 ila %30 arasında değiştiğini bildirmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre TSSB’deki komorbidite oranları değişiklik gösterse de, sıklıkla TSSB’ye depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı ve intihar eğiliminin eşlik ettiği görülmektedir. Bir çalışmada TSSB’ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar %27.9-51.9 oranında belirlenmiştir ve TSSB'nin birincil bozukluk olduğu, diğer bozuklukların TSSB’ye ikincil olarak geliştiği ifade edilmektedir (Kessler ve diğ., 1995). Buffalo Creek baraj kazası nedeniyle meydana gelen selden etkilenen kişilerle kazadan 2 ve 14 yıl sonra ölçümler yapılmıştır. İlk ölçümde TSSB %59, depresyon %35.8, yaygın anksiyete bozukluğu%17, özgül fobi %17.6 yaygınlıkta görülürken; ikinci ölçümde TSSB %39, major depresyon %31.6, yaygın anksiyete bozukluğu%15, basit fobi%13 yaygınlıkta görülmüştür (Green ve diğ., 1992). Savaş esirleri ile yapılan bir araştırmada yaşam boyu TSSB'nin, panik bozukluk, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı ve sosyal fobi riskini arttırdığına yönelik bulgular yer almaktadır (Engdahl ve diğ., 1998). Yaşamları boyunca en az bir defa travmaya maruz kalan kadınlarla yapılan bir çalışmada TSSB'ye anksiyete bozuklukları, depresyon ve madde kullanımının eşlik ettiği ve en sık komorbiditenin majör depresyon olduğu bulunmuştur (Breslau ve diğ., 1997) TSSB’de depresyonun %37 ile %48 oranları arasında görüldüğü ifade edilmektedir (Kaufman ve diğ., 2000). TSSB sonucu oluşan küntlük ve sosyal izolasyonun alkol/madde kullanımına ve intihar eğitime neden olabileceği belirtilmektedir (Breslau ve diğ., 1992).

1.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu’nda Travma Odaklı Terapi Protokollerinin Dayandığı Teoriler

TSSB’yi açıklamak için çok sayıda teori geliştirilmiştir. Bu bölümde Koşullanma Teorileri, Duygusal Bilgi İşlem Teorisi, Bilişsel Teoriler ele alınacaktır.

1.4.1. Koşullanma Teorileri

Koşullanma teorileri TSSB'yi açıklayan önemli teorilerden biridir ve TSSB'yi Mowrer'in iki faktörlü öğrenme modeline dayandırarak açıklamaktadır (Mowrer, 1960). Travma sırasında kaygı, korku, dehşet gibi duygular yaşayan kişinin bu duyguları çevresindeki nötr uyananlarla eşleşir ve kişi daha sonra bu uyananlarda karşılaştığında anksiyete tepkisi verir. Ayrıca tepkiler koşullanmış uyananlara benzer yeni uyananlara genellenerek ya da koşullanmış uyananlar başka nötr uyananlarla eşleşerek, kişinin gündelik hayatındaki çok sayıda durum karşısında sıkıntı yaşamasına neden olur ve kişiler yaşadıkları sıkıntıyı azaltmak için çeşitli kaçınmalarda bulunabilir (Keane ve diğ., 1985; Kilpatrick ve diğ., 1985). Kaçınma sonucu kişinin duygusal tepkileri azaldıkça kişide kaçınma davranışı pekişir (Wilson ve diğ., 1980).

Modern öğrenme teorileri koşullanmayı, yalnızca iki uyananın eşleşmesi süreci olarak tanımlamayı eksik bularak, uyananlar arasındaki ilişkilerin öğrenilmesi olarak tanımlamaktadır (Rescorla, 1988). İnsan ve hayvanlarda korku tepkilerinin ortaya çıkması ve devamlılığı travmatik stresörün kestirilebilir ve kontrol edilebilir olup olmamasına bağlıdır. Kestirilebilirlik, travmatik olayın başlama ya da sonlanma zamanı hakkında bilgi ya da tahmin sahibi olmayla ilgili bir durumdur. Kontrol edilebilirlik ise, kişinin olay karşısındaki tepkisinin olayı ya da olayın sonuçlarını engelleyebilmesi, bitirebilmesi ya da değiştirebilmesi durumudur. Seçim şansı verildiğinde hayvanlar ve insanlar kestirilebilir olumsuz olayları kestirilemez olumsuz olaylara tercih etmekte ve kestirilebilir olaylara hazırlanarak olayın olumsuz etkilerini azaltabilmektedirler (Başoğlu ve diğ., 1992). Yapılan çalışmalar, daha uzun süre ve şiddette işkence görmüş olmalarına rağmen, politik sebeplerden dolayı işkence gören kişilerde politik olmayan sebeplerden dolayı işkence gören kişilere göre daha az oranda TSSB olduğunu göstermektedir. Bu iki grup arasındaki tek farkın travmaya hazırlıklılık olması, politik olarak aktif olan kişilerin travmaya hazırlıklı olmaları sonucu (politik bir amaca adanmalarından dolayı tutuklanma ve işkence görme beklentisi içinde olma ve işkence hakkında bilgi sahibi olma) işkencenin kestirilebilir hale gelmesi ile kişilerin travmanın etkilerine karşı korunmasından kaynaklandığını göstermektedir (Başoğlu ve diğ., 1997).

1.4.2. Bilişsel Teoriler

Horowitz TSSB'nin, kişinin travmatik olaydan dolayı oluşan tehditle ilgili bilgisini bilişsel şemalarına asimile etme gereksinimi ile duygusal ve fizyolojik uyarılmışlığı azaltma gereksinimi arasındaki uyumsuzluk sonucu meydana geldiğini öne sürmüştür (Horowitz, 1986). İnsanların güvenlik, güven, güç, benlik değeri, yakınlık ve bağımsızlık ihtiyaçlarına yönelik şemalar geliştirdiklerini ve travmatik olayın bu şemaları bozduğunu söyleyen McCann (1988), bu bilişsel şemaların uyumsuz inançlarla tekrardan yapılandığını iddia etmiştir. Janoff-Bulman'a göre (1992), kişinin kendisine ve dünyaya dair sahip olduğu temel varsayımları travmatik olay sonucunda sarsılır. Temel varsayımlar "dünyanın iyi ve güvenli bir yer olduğu", "dünyadaki olayların anlamlı olduğu", "kişinin kendisinin değerli bir varlık olduğu" yönündeyken, travmatik olay bu algıyı yıkar ve kişi tehdit ile yüzleşir. Lazarus (1966) ve Bandura (1977) psikolojik sorunun ortaya çıkmasının, kişinin travmatik olayı nasıl değerlendirdiğiyle ilgili olduğunu savunmuştur. Kişinin tehditle baş etme becerisini nasıl algıladığı önemlidir ve kişinin baş etme becerisini yetersiz algılaması travmatizasyona neden olur. Atıf / yükleme teorileri ise, kişilerin travmatik olayları kestirilebilir ve kontrol edilebilir hale getirmek için çeşitli atıflarda bulduklarını, buldukları atfın özelliğinin (içsel/dışsal, tutarlı/tutarsız, özgür/global) kişinin nasıl tepki vereceğini belirlediğini ve bu tepkinin de psikolojik sorunun ortaya çıkıp çıkmamasında etkili olduğunu öne sürmüştür (Wong ve diğ., 1981; Abramson ve diğ., 1988; Mikulincer ve diğ., 1988).

1.4.3. Duygusal Bilgi İşlem Teorisi

Duygusal İşlem Teorisi'ne göre TSSB, travma deneyiminin zihindeki bilgi işlem sürecinde meydana gelen aksaklıklar sonucu ortaya çıkar (Foa ve diğ., 1986; Rachman, 1980). Korku; uyarıcı, tepki ve anlam bilgisi içeren bir bilişsel ağdır. Bu ağ, tehlikeden kaçması için kişiyi programlar (Lang, 1977). İşlevsel korku yapılarında kişinin zihninde gerçekçi bir uyarıcı-tehdit ilişkisi mevcuttur ve kişiyi tehlikeden koruyacak davranışa yönlendirir. İşlevsel olmayan korku yapılarında ise bu ilişki gerçekçi değildir ve kişiyi de gerçekçi olmayan bir tepkiye yönlendirir (Foa ve Kozak, 1986). Hem bilişsel kaçınma hem davranışsal kaçınma hem de bilgi işlem sürecindeki kognitif hatalar işlevsel olmayan korku yapılarının sürekliliğine neden olur. Kişiler uyarıcıyla karşısında yeteri kadar kalmadıkları için o uyarıcıyla ilgili işlevsel bilgiyi oluşturamazlar (Foa ve diğ., 2006).

1.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nda Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi Protokolleri

TSSB tedavisinde kullanılmak üzere çeşitli terapi protokolleri geliştirilmiştir. Bu bölümde Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi, Yüzleştirme Terapisi, Kontrol Odaklı Davranış Terapisi, Bilişsel İşlem Terapisi, Bilişsel Terapi protokolleri ele alınacaktır.

Foa'nın geliştirdiği Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi, 90 dakikadan oluşan, haftada 1 ya da 2'şer seans verilen toplam 10-15 seanslık bir terapi protokolüdür. İlk seanslarda travmanın psikolojik etkileri hakkında psikoeğitim ve kişinin anksiyete tepkilerini kontrol edebilmesi için nefes egzersizleri verilmektedir. Her seansın ilk yarısında kişiye travma hikayesi anlatılarak imgesel yüzleştirme yapılmakta ve kişinin bu ses kayıtlarını evde de dinlemesi istenmektedir. Seansların son yarısında ise travmaya bağlı sıkıntı ve korku sebebiyle kişinin kaçındığı durumlara yönelik yerinde yüzleşme ödevleri verilmektedir (Foa ve diğ. 2007). Araştırma sonuçları Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi'nin, bekleme listesine göre yüksek etkili olduğunu ve kognitif yöntemleri içeren tedavilerle karşılaştırıldığında gruplar arası fark olmadığını ortaya koymaktadır (Foa ve diğ., 1991; Foa ve diğ., 1999; Foa ve diğ., 2005). Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi ile Şimdiye Odaklı Terapi'nin (present centered therapy) TSSB'deki etkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, Uzatılmış Yüzleştirme'nin Şimdiye Odaklı Terapi'ye kıyasla TSSB belirtilerinde daha fazla azalmaya neden olduğu ifade edilmektedir (Schnurr ve diğ., 2012).

Marks'ın geliştirdiği Yüzleştirme Terapisi protokolü, haftada 90-105 dakikalık 1'er seanstan oluşmaktadır ve toplamda 10 seans sürmektedir. İlk 5 seansta kişinin travma hikayesini tüm ayrıntılarıyla, şimdiki zaman kipi kullanarak anlatması ve yaşıyormuş gibi imgelemesi sağlanarak imgesel yüzleştirme uygulanmaktadır. Bu tekniğin uygulandığı seanslarda kişinin anlattıklarının ses kaydı alınarak, kişinin bu kaydı her gün en az bir saat dinlemesi ve dinlerken günlük tutulması amaçlanmaktadır. Son 5 seansta, kişinin travmasından dolayı rahatsızlık ve korku duyarak kaçındığı durumlar belirlenerek, terapist eşliğinde yerinde yüzleştirme tekniği uygulanmaktadır. Araştırmalar yüzleştirme terapisinin, bekleme listesine ve gevşeme egzersizlerine göre etkili olduğunu ve kognitif yöntemleri içeren tedavilerle karşılaştırıldığında gruplar arası fark olmadığını göstermektedir (Marks ve diğ., 1998). Yüzleştirme, Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme ve gevşeme terapilerinin etkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise yüzleştirme

terapisinin, hem göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme hem de gevşeme terapisinden daha etkili olduğu bulunmuştur (Taylor ve diğ., 2003).

Başoğlu ve Şalcıoğlu'nun geliştirdiği Kontrol Odaklı Davranış Terapisi haftada 1 (nadiren 2) kere verilen ve seans süresi 45-60 dakika olmak üzere, toplam 6-8 seanslık bir yüzleştirme terapisi protokolüdür. Bu protokolda kişiye kendisinde sıkıntı/korku yaratan stresörlerle karşı karşıya kalması için yerinde yüzleştirme ödevleri verilmektedir. Ödevler danışanla birlikte, kişinin tolere edebileceği adımlara bölünerek düzenlenmektedir. Kişinin ödevleri kendi başına yapamadığı durumlarda terapistle beraber seans içerisinde yüzleştirme yapılmaktadır. Terapide alışma yerine, sıkıntı/korku yaratan uyaran üzerinde kontrol duygusunu arttırmak hedeflenmektedir ve “korkun azalınca kadar korku yaratan durumda kal” rasyoneli yerine “ korkuyu kontrol edebilene kadar korku yaratan durumda kal” rasyoneli verilmektedir (Başoğlu ve Şalcıoğlu, 2011). Kontrol Odaklı Davranış Terapisi'nin etkisi doğal afet, savaş, işkence ve cinsel tecavüz mağdurlarında incelenmiş ve bir dizi açık ve randomize kontrollü klinik araştırmada tedavinin hem TSSB hem de depresyonda yüksek etki boyutları elde ettiği bildirilmiştir (Başoğlu ve Şalcıoğlu, 2011; Başoğlu ve Livanou 2003; Başoğlu ve Şalcıoğlu, 2005; Başoğlu ve Şalcıoğlu, 2007; Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2011).

Bilişsel İşlem Terapisi tarafından geliştirilen, haftada 1 veya 2 seans verilen, 60 dakika süren 12 seanslık bir terapi protokolüdür. İlk seansta kişiye travmanın sonrasında oluşan sıkıntılar hakkında bir psikoeğitim verilmesinin ardından, kişiden travma deneyimini ve bu deneyimin onun için ne anlam ifade ettiğini yazması istenmektedir. Kişinin yazma ödevini yerine getirmesinden sonraki seansta bu yazılar okunmakta, olay, duygu ve düşünceler arasındaki ilişki belirlenmektedir. Üçüncü seansta kişinin tüm detaylarıyla travma deneyimini yazmasına yönelik bir ödev verilmekte, dördüncü seansta bu yazı okunmakta ve bilişsel çarpıtmalar sokratik sorularla tartışılmaktadır. Yazma ödevinin tekrarlandığı beşinci ve altıncı seanslarda kişilerin travmanın anlamıyla ilgili işlevsel olmayan düşünceleri belirlenmekte ve kişilere bu düşüncelerin nasıl değiştirileceği öğretilmektedir. Diğer seanslarda güvenlik, güven, yakınlık, kişinin kendine olan saygısı, güç, kontrol konuları üzerine yönelerek kişinin bu konulardaki bilişsel hataları düzeltilmektedir. On birinci seansta travmanın anlamı yeni düşünme şekline göre tekrar yazılmaktadır. Son seansta ise tedavinin faydası ve üzerinde çalışmak istenilen diğer alanlar değerlendirilmektedir (Resick ve Schnicke, 1993). Bilişsel İşlem Terapisi tecavüz mağdurlarında etkili

olduğu randomize kontrollü klinik araştırmalarda gösterilmiştir (Resick ve diğ., 2008). Bu terapisinin bireysel destek müdahalesi ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, bilişsel işlem terapisinin bireysel destek müdahalesine göre daha etkili olduğu (Bass ve diğ., 2013), şimdiye odaklı terapi ile karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da bilişsel işlem terapisinin şimdiye odaklı terapiden daha etkili olduğu gösterilmiştir (Suris ve diğ., 2013). Bilişsel işlem Terapisi ile Uzatılmış Yüzleştirmeyi karşılaştıran bir çalışmada iki tedavi arasında etki farkı bulunamamıştır (Resick ve diğ., 2002).

Bilişsel Terapi 90 dakika süren ve haftada 1 kere verilen toplam 12 seanstan oluşmaktadır. Bu protokolda öncelikle, travmatik olayla ilgili aşırı olumsuz değerlendirmeler belirlenmesi ve bu olumsuz değerlendirmelerin sokratik sorgulama yoluyla değerştirilerek alternatif yargıların üretilmesi hedeflenmektedir. Bu yeni alternatif yargılar imgesel yeniden senaryolaştırma tekniği kullanılarak kişinin travma deneyimiyle ilgili anılarına dahil edilmektedir. İngesel yeniden senaryolaştırma tekniği dışında, olay yerini ziyaret etmek gibi davranışlar gerçekleştirilerek davranış deneyleri kullanılmaktadır. Araştırma sonuçları bilişsel terapi ile bekleme listesinin karşılaştırıldığında, bilişsel terapisinin TSSB belirtilerinde önemli bir azalma sağladığını ve tedavi sonrasında bilişsel terapi grubunun %90'ının TSSB tanı kriterlerini karşılamadığı göstermektedir (Ehlers ve diğ., 2005).

1.6. Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)

EMDR yaklaşımı, travmatik anının bellekte işlevsel olmayan bir şekilde depolandığını ifade eder. Bu depolanmış olan deneyimleri “düşüm” olarak nitelendirilir ve düşümün tedavide çözülmesi amaçlanmaktadır. İşlevsel olmayan bir şekilde depolanan bu deneyim, işlevsel olmayan tepkilere ve kişinin kendilik algısının zayıflamasına sebep olmaktadır. Depolanan anıların çeşitli bilgilerden oluştuğu ve bu bilgilerin donmuş bir şekilde yani diğer bilgilerle uyum sağlamak üzere işlenmeden saklanmış olabileceği belirtilmektedir. Düşümlerin, işlenmeden depolanmalarından kaynaklı olarak kişilerin güncel yaşamlarının olumsuz etkileneceği ve düşümlerin işlenmesiyle bilginin donma durumundan çıkarak uyum sağlayıcı hale geleceği ifade edilir (Shapiro ve diğ., 2002).

Uyumsal Bilgi İşleme modeline göre; sıkıntı verici bir anı işlenememiş ve uyumsuz bir şekilde depolanmışsa, bunun sonucunda kişiler uyumsuz davranışlar geliştirmektedirler. Göz hareketleri ve iki yönlü ses / dokunma gibi bilateral uyaranların işlenmemiş olarak depolanan bilginin işlenmesine katkı sağladığı öne

sürülmektedir (Shapiro, 1999). EMDR ile kişideki sıkıntının azalması, kişinin kaçınımlarının azalmasını da sağlamaktadır ve böylece duyarsızlaşma ortaya çıkmaktadır. Bu durumun anı ile ilgili bilginin işlenmesini arttırarak bilginin işlevsel hale getirilmesine ve bellekteki bağlantıların çoğalmasına katkı sağladığı düşünülmektedir (Shapiro ve diğ., 2002).

EMDR terapisi, tedavi seansları içerisinde yürütülür ve danışandan ev ödevi yapılması istenmez (Shapiro, 2012). Sekiz aşamalı/evreli bir terapidir. İlk iki aşama bir seansta uygulanırken, diğer aşamaların seans sayıları değişken olabilmektedir. İlk evrede öykü alınmakta, EMDR için kişinin uygunluğu değerlendirilmekte, tedavi planlanmaktadır. İkinci aşama, EMDR'in tanıtılıp uygulama için izin alındığı ve güvenli yerin oluşturulduğu evredir. Hazırlama ve stabilizasyon aşaması olarak geçmektedir ve terapötik ilişkinin kurulmasını hedefler. Ulaşılması mümkün beklentiler tespit edilmekte, kişi belirtileriyle ilgili bilgilendirilmekte, ayrıca kişiye kendi kendini yatıştırma egzersizleri öğretilmektedir. Üçüncü aşama hedef anının belirlendiği aşamadır. Hedef anının temsil edildiği bir görsel seçilerek, kişiden o görselle birlikte gelen kendisiyle ilgili olumsuz düşünce / biliş ve aslında hangi olumlu düşünceye sahip olmayı istediği sorulmaktadır. Ardından Bilişin Geçerlilik (Validity of Cognition) ölçeği üzerinde kişinin sahip olmayı istediği olumlu düşüncenin kişi tarafından ne kadar inandırıcı hissedildiği puanlanmaktadır (7 = tamamen inandırıcı, 1 = hiç inandırıcı değil). Olumlu bilişin saptanması hem tedavinin hedefini oluşturmaktadır hem de bilgi işlemeyi kolaylaştırabileceği düşünülmektedir. Travmatik anının temsil edildiği resmin seçilmesi ve o resimle birlikte gelen olumsuz düşüncenin belirtilmesinin belleği uyarıp çeşitli duygular yaratacağı düşünülerek, Öznel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (Subjective Unit of Disturbance Scale) üzerinde kişinin sıkıntısını puanlaması (10 = en yüksek rahatsızlık, 0 = hiç rahatsızlık yok) istenmekte ve bu sıkıntıyı bedeninin en çok hangi bölgesinde hissettiği sorulmaktadır. Dördüncü aşama, duyarsızlaştırma aşaması olarak nitelendirilmektedir. Bu aşamada kişiye, seçilen görsele, olumsuz bilişine, duygularına ve bedeninde hissettiklerine odaklanması söylenmekte, bilateral uyarıya başlanmakta ve öznel rahatsızlık birimi ölçeği üzerinde sıfıra gelene kadar devam edilmektedir. Beşinci aşamada artık kişinin hedeflenen travmatik anıyı rahatsızlık hissetmeden hatırlaması istenmektedir. Bu aşamada, kendiliğın kabul edilmesi ve yeni bir olumlu kendilik algısı oluşturmak için çalışılmaktadır. Altıncı aşama, beden taramasının olduğu evre olarak ifade edilmektedir. Travmatik anı, kişinin bedeninde

bir gerginlik olmadan anımsanıncaya kadar EMDR işlemi devam edeceğinden dolayı, kişiden hedef görsele ve olumlu bilişe odaklanarak bedenindeki duyumlara dikkat etmesi istenmektedir. Eğer kişinin olumsuz bir beden duyumu varsa o duyum ortadan kalkıncaya kadar EMDR bitirilmemektedir. Yedinci aşama terapistin işlemenin yeterli olup olmadığına dair bir sonuca vardığı tamamlama aşaması olarak belirtilmektedir. Eğer işleme yeterli değilse, bu seans güvenli yer uygulaması, kendi kendini yatıştırma egzersizleri gibi çeşitli tekniklerle bitirilerek, yeni seansta devam edileceği bilgisinin hastaya verilmesi gerekmektedir. Güvenli yer uygulaması, kişinin güvende hissettiği bir yer hayal etmesi ve hayal ettiğinde hissettiği duyguları ve olumlu fiziksel duyuları belirtmesi yoluyla devam eden bir egzersizdir. Bu süreçte bilateral uyarı verilerek kişiden nasıl hissettiği geribildirim alınmaktadır. Eğer kişi daha iyi hissettiğini bildiriyorsa egzersiz dört/altı set daha uygulanmaktadır. Daha sonra kişiden bu hayali tanımlayan bir ipucu kelime bulması istenmekte ve kişi dört/altı set boyunca hayal ettiği yerin görüntüsüne, ipucu kelimeye ve olumlu duyularına odaklanmaktadır. Kişiden bu egzersizi kendi kendine de tekrarlaması istenmektedir. Bu egzersiz ile bilateral uyarı olmadığı zamanlarda da kişinin bu hayali hatırdığında rahatlaması hedeflenmektedir. Sekizinci aşama, bir tekrar değerlendirme seansı olmakla birlikte, birinci uygulamadan sonra gelecek olan yeni uygulamaların başlangıç aşaması olarak belirtilmektedir. Kişinin önceki seansta çalışılan travmatik anıyı anımsayarak tedavinin sonucuna yönelik bir değerlendirme yapması istenmekte ve gerekirse yeni hedefler doğrultusunda yeni EMDR seanslarına başlanmaktadır (Saphiro 2001; akt. Kavakçı ve diğ., 2010; Kavakçı, 2014).

Araştırma sonuçları incelendiğinde, aktif dinleme grubunun kontrol grubu olarak ele alındığı bir çalışmada EMDR'nin, bu plasebo tedaviye göre etkili olduğuna ve TSSB belirtileri ve tanı kaybı oranında daha fazla azalma sağladığına yönelik bulgular yer almaktadır (Scheck ve diğ., 1998). Başka bir çalışmada bu bulguları destekler nitelikte sonuçlara rastlanmakta ve yine EMDR'nin plasebo tedavisine göre yüksek etki sağladığı görülmektedir (van der Kolk ve diğ., 2007).

1.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Biyolojik Faktörler

Organizmanın biyolojik açıdan strese verdiği cevapla ilgili çeşitli bilgiler yer almaktadır. Strese verilen tepkide; nöroendokrin yanıtta kortikotropin salgılatıcı faktör ve otonomik sinir sisteminin sempatik düzenlemesini sağlayan lokus seruleus

norepinefrin yolağının rol oynadığı ifade edilmektedir (Redmond ve diğ., 1979). Stresin presinaptik alfa 2 noradrenerjik otoreseptör duyarlılığında düşüşe neden olarak norepinefrin salınımını arttırdığı bunun sonucunda ise aşırı uyarılmışlık, fiziksel tepkiler vb. gibi anksiyete belirtilerin görüldüğü düşünülmektedir. Alfa 2 reseptörünün inhibisyonu noradrenalin salınımını arttırmaktadır. Noradrenalin salınımındaki artış da aşırı uyarılmışlık gibi tepkilere neden olmaktadır. Stres tepkisi yaratan durumlarda medial prefrontal korteksteki dopaminerjik aktivitede yükselme olmaktadır ve bu durumun TSSB’de görülen hafıza ile ilgili sorunların nedenlerinden biri olduğu ifade edilmektedir (Geyran, 1995). Ayrıca akut stres döneminde glikokortikoidlerin artması hipokampal nöronlarda bozulmaya sebep olmaktadır (Sapolsky ve diğ. 1988). Strese verilen yanıtın düzenlenmesi sonucu hipokampusta oluşan yapısal değişimler bellek işlevlerini etkileyebilmektedir (Bremner ve diğ. 1995). Stres tepkisi sonucu oluşan serotonin düzeyinde azalmanın ise; huzursuzluk, öfke, yüksek düzeyde duyarlı olma hali ve duygusal uyarılmaya sebep olduğu tespit edilmiştir (Copenhaver ve diğ., 1989).

Stres tepkisine neden olan durumlarda insan metabolizmasının otonom sinir sistemi, hipotalamus - hipofiz - adrenal aksı ve hormonal araçlarından etkilendiği ifade edilmektedir (Kocatürk, 2000). Stres, hipotalamusta CRH hormonu, hipofizde ACTH hormonu ve adrenal bezde kortizol salgılanmasına neden olmaktadır (Özgen ve diğ., 1999). Travmaya maruz kalan bireylerde akut dönemde kortizol yükselir ve glikokortikoidler artarken, zamanla kortizol değeri düşmektedir (Nemeroff ve diğ., 1988). Yoğun ve sürekli stres durumunda, hipotalamus - hipofiz - adrenal aksı zaman içerisinde sürekli uyarıma cevap verememektedir ve kortizol salgısındaki düşüşün bunun sebeplerinden biri olduğu düşünülmektedir (Özgen ve diğ., 1999). Beyin yapılarındaki glikokortikoid cevabındaki hızlanmanın, olumsuz geribildirim sisteminde kuvvetlenmeye neden olduğu, bunun sonucunda periferik kortizol düzeyinin düştüğü ve kortizolün supresyon cevabı güçlendiği ileri sürülmektedir (Bolu ve diğ., 2014). Travma sonrası stres hastalarının, endojen opioidler salgılanmasından dolayı travmatik deneyimlerle karşı karşıya gelmeyle ilgili bir bağımlılık geliştirebilme (van der Kolk ve diğ., 1989) ve salgılanan endojen opioidlerin travma sırasında oluşan analjezi, sedasyon, depersonalizasyondan sorumlu olabilme ihtimali ifade edilmiştir (Maier ve diğ., 1980).

1.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi

Çoğu farmakolojik tedavi TSSB'nin ana belirtilerine değil depresyon, uykusuzluk, madde kullanımı ve ağrı sorunlarına odaklanmaktadır. TSSB için ilaç tedavisi seçenekleri arasında, serotonin seçici geri alım inhibitörleri ve serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri birinci basamakta yer almaktadır (Stahl, 2015). TSSB tedavisinde sıklıkla antidepresanlar ve etki arttırıcı tedavi olarak atipik antipsikotikler kullanılmaktadır. Bu bölümde antidepresanlardan serotonin seçici geri alım inhibitörleri, serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri, norepinefrin dopamin geri alım inhibitörleri, noradrenerjik (alfa2 antagonizması yoluyla) ve serotonerjik antidepresanlar, seçici norepinefrin geri alım inhibitörleri, serotonin antagonist/ geri alım inhibitörleri, monoamin oksidaz inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar ele alınacak, ayrıca atipik antipsikotikler ile benzodiazepinlere yer verilecektir.

1.8.1. Serotonin Seçici Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)

SSRI'lar majör depresyon, anksiyete bozuklukları, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar, yeme bozuklukları vb. gibi çok çeşitli sorunlarda kullanılmaktadır. Serotonin geri alımının seçici ve güçlü inhibisyonu SSRI'ların ortak ve en büyük özelliği olarak bilinmektedir. SSRI'ların etki mekanizmasını açıklarken klasik görüş SSRI'ların presinaptik akson terminalindeki etkilerinden bahsetmekteyken, günümüzde serotonin nöronunun somatodendritik ucundaki aktivitelerden bahsedilmektedir (Stahl, 2015). Fluoksetin, sertralin, paroksetin, fluvoksamin, sitolopram bu bölümde ele alınacak SSRI'lardandır.

Fluoksetin, serotonin (5HT) 2C antagonist etkilerine sahip bir SSRI'dır. 5HT2C antagonizması özelliği gösteren diğer antidepresanlara örnek olarak mirtazapin ve agomelatin verilmektedir. Ketiyapin, olanzapin, asenapin ve klozapinin de 5HT2C antagonist özelliklere sahip atipik antipsikotiklerdendir. 5HT2C reseptöründeki serotoninin etkisinin bloke edilmesi sonucu norepinefrin ve dopamin salınımı artmaktadır. Fluoksetin klinik olarak anlamlı olabilen zayıf norepinefrin geri alımını bloke edici özelliğe yüksek doz kullanımda sahip olabilen ve uzun yarılanma ömrü olan bir ilaçtır. Pek çok hastada yorgunluk azaltıcı, enerji verici, dikkat ve konsantrasyonda iyileşme gibi olumlu etkiler yaratırken (Stahl, 2015) bazı hastalarda ise ajitasyon, irritabilite, insomnia, kilo kaybı, bulantı gibi çeşitli olumsuz etkilere sebep olmaktadır (Yüksel, 1999).

Sertralin, dopamin taşıyıcısını inhibe etmekte ve sigma-1 reseptörüne bağlamakta olan bir SSRI'dır. Sertralinin dopamin taşıyıcısını inhibe etme düzeyi serotonin taşıyıcısını inhibe etme düzeyinden daha düşük olduğu için, dopamin taşıyıcısını inhibe etme düzeyinin klinik açıdan anlamlılığı tartışılmakta olan bir konudur. Bu SSRI'nın motivasyonda, konsantrasyonda ve enerjide artışa neden olabileceği; sigma-1 reseptörüne bağlanmasının ise anksiyolitik etki yaratabileceği ifade edilmektedir (Stahl, 2015). Sertralinin antikolinergik, kardiotonik, sedatif ve beden ağırlığına etkisinin olmadığı belirtilmektedir (Yüksel, 1992).

Paroksetin, özellikle tedavinin başlarında olmak üzere, fluoksetin ve sertraline kıyasla daha güçlü sakinleştirici ve sedasyon yapıcı özellikler taşımaktadır. Bu durumun, sahip olduğu zayıf antikolinergik etkilerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Paroksetinin zayıf norepinefrin taşıyıcısı inhibitör etkileri, ilacın antidepresan etkisi açısından önemlidir. Bu SSRI, nitrik oksid sentetaz enzimini inhibe ederek cinsel işlev bozukluğuna yol açabilmektedir. Aniden kesildiğinde çeşitli yoksunluk belirtilerine neden olmaktadır (Stahl, 2015).

Depresyon tedavisi için piyasaya sürülen ilk SSRI'lar arasında yer alan Fluvoksamin, Sertralinden daha güçlü olmak üzere, sigma-1 reseptörüne bağlama özelliği taşımaktadır. Sigma bölgelerinin fonksiyonları konusu tam olarak netlik kazanmamasına rağmen, anksiyete ve psikozla ilişkili olduğu düşünülmekte ve bu özelliklerinden dolayı fluvoksamin psikotik özellikli depresyon, anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozuklukta tercih edilmektedir (Stahl, 2015). Fluvoksaminin sedatif etkisi yüksek olduğu için psikomotor performansı bozabileceği belirtilmektedir (Yüksel, 1999).

Sitalopram, iki enantiyomere (R ve S) sahiptir. Bu enantiyomerlerin karışımına rasemik sitalopram denmekte ve hafif antihistaminik özellikler içermektedir. R enantiyomerinin, terapötik etki üzerinde (örn. serotonin taşıyıcısı inhibisyonunu azalması) olumlu olmadığı ve bu sebeple genellikle doz artışına gidildiği belirtilmektedir (Stahl, 2015). Sitalopram iyi tolere edilebilmektedir. Ani kesilmelerde yoksunluk belirtilerine neden olmamaktadır (Yüksel, 1999).

1.8.2. Serotonin Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI):

SNRI'larda serotonin taşıyıcısının inhibisyonu ile norepinefrin taşıyıcısının inhibisyonunu beraber yer almaktadır. SNRI'lar tüm beyinde serotonin ve norepinefrin artışı sağlamalarının yanında, prefrontal kortekste dopamin artışı da

sağlamaktadırlar. Venlafaksin, desvenlafaksin, duloksetin, milnasipran SNRI grubu antidepresanlar arasında yer almaktadır. Venlafaksin, 5HT ve norepinefrin geri alımını inhibe etmektedir. Majör deresyonda ve çeşitli anksiyete bozukluklarında kullanılmaktadır. Hızlı salınlı formu mide bulantısı, kan basıncında artış ve terleme gibi yan etkiler yaratmaktadır. Uzun salınlı formunda (venlafaksin XR) bu yan etkiler azalsa bile ilaç kesildiğinde, rahatsız edici yoksunluk belirtilerine sebep olabilmektedir (Stahl, 2015).

1.8.3. Norepinefrin Dopamin Geri Alım İnhibitörleri (NDRI)

Norepinefrin dopamin geri alım inhibitörleri arasında Bupropion bu grupta yer almaktadır. Bupropionun etki mekanizması ile ilgili bilgiler kesinlik taşımaya da, hem dopamin hem de norepinefrin geri alımını inhibe ettiği yönünde hipotezler bulunmaktadır. Kısıtlı olumlu duygulanım belirtilerinin düzenlenmesine yardımcı olduğu düşünüldüğünden Bupropion SSRI ve SNRI tedavilerinin güçlendirilmesinde kullanılabilir. Bupropion aktive edici ve uyarıcıdır. Etki düzeneğinde serotonerjik bir öge bulundurmadığından dolayı, çeşitli antidepresanların neden olduğu cinsel işlev bozukluklarına neden olmamaktadır (Stahl, 2015). Hatta SSRI kullanımının ardından yapılan bupropion güçlendirmesinin, SSRI'ya bağlı oluşan cinsel işlev bozukluğunda olumlu etkileri olduğu ifade edilmektedir (Carvalho ve diğ., 2007). Fakat, SSRI tedavisinin ardından yapılan buspiron güçlendirmesinin plasebodan daha etkili olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Landen ve diğ., 1998).

1.8.4. Noradrenerjik (Alfa2 antagonizması yoluyla) ve Serotonerjik Antidepresanlar (NaSSA)

Serotonin ve noradrenalin düzeylerini, monoaminleri ya da monoamin geri alım pompalarını inhibe etmeden arttırmaktadırlar. Bu yönüyle diğer antidepresanlardan farklıdır. Mirtazapin ve mianserin bu antidepresan grubu içerisinde yer almaktadır (Örsel, 2004). Mirtazapin bir alfa2 antagonistidir ve 5HT_{2A}, 5HT_{2C}, 5HT₃ reseptörlerini bloke etmektedir. Hastalar tarafından iyi tolere edilebildiği belirtilmektedir. Yan etkileri arasında sersemlik, aşırı sedasyon, iştah artışı, ağız kuruluğu ve kilo artışı vb. sıralanmaktadır (Ağargün ve diğ., 1998). Mirtazapin, HT_{2C} ve H₁ antihistaminerjik özelliklerinden dolayı anksiyolitik ve sedatif-hipnotik etkilere sahiptir (Örsel, 2004). Mirtazapin ve plasebonun TSSB'deki

etkisinin karşılaştırıldığı bir pilot çalışmanın bulguları mirtazapinin daha etkili olduğunu göstermektedir (Davidson ve diğ., 2003).

1.8.5. Seçici Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (NRI):

Diğer antidepresanlarla benzer etkinliğe sahip olan bu ilaç grubunda reboksetin yer almaktadır. Reboksetin apati, yorgunluk, dikkat ve enerji azlığı gibi belirtileri azaltmaktadır. Serotonerjik özellikleri olanların ise anksiyete belirtileri üzerinde daha etkin olduğu ifade edilmektedir (Örsel, 2004). Trisiklik antidepresanların istenmeyen diğer bağlanma özelliklerini reboksetin taşımamaktadır. Etkinlik ve etkililiğinin düşük olması nedeniyle Amerika’da onayı bulunmamaktadır (Stahl, 2015).

1.8.6. Serotonin Antagonist/Geri Alım İnhibitörleri (SARI)

Trazodon ve Nefazodon, serotonin antagonist/ geri alım inhibitörü olarak sınıflandırılmaktadır. Bu ilaçlar, 5HT_{2A} ve 5HT_{2C} reseptörlerini ve serotonin geri alımını bloke etmektedir. Fakat nefazodon 5HT_{2C} reseptörlerini bloke etmede daha zayıf etki göstermektedir. Ayrıca, karaciğer üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle kullanılmamaktadır. Trazodon, dozuna bağlı olarak iki farklı etki gösterebilmektedir. Orta-yüksek dozlarda 5HT_{2A} ve 5HT_{2C} antagonizması ve serotonin taşıyıcısı inhibitörü etkisini, düşük dozlarda ise insomnia tedavisinde kullanılabilecek etkiyi taşımaktadır (Stahl, 2015). Trazodon tek başına TSSB tedavisi için sınırlı bir etkiye sahiptir ve çoğu zaman SSRI’larla birlikte uyku sorunları için kullanılmaktadır (Friedman, 2013).

1.8.7. Klasik Antidepresanlar: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI) ve Trisiklik Antidepresanlar

Monoamin oksidaz inhibitörleri ilk keşfedilen, klinik olarak etkili antidepresanlar olarak bilinmektedir. MAO’nun iki formu (A ve B) bulunmaktadır. Serotonin ve norepinefrini A formu, fenetilamin gibi aminleri ise B formu metabolize etmekte ve her iki form da dopamin ve tiramini metabolize etmektedir. Beyinde hem MAO-A hem MAO-B bulunmaktadır. MAO-A inhibe edildiğinde serotonin ve norepinefrin düzeyleri artarken, hem MAO-A hem MAO-B’nin birlikte inhibe edildiğinde serotonin ve norepinefrinin yanında dopamin düzeylerinde de artış görülmektedir. Fenelzin, tranilsipromin, izokarboksazid MAOI’lerden bazılarıdır.

Trisiklik antidepresanların norepinefrin geri alımını ya da hem norepinefrin geri alımını hem serotonin geri alımını bloke ettikleri belirtilmektedir. Desipramin, maprotilin, nortriptilin ve protriptilin gibi bazı trisiklik antidepresanlar norepinefrin için daha seçicidir, diğerleri ise (örn. klomipramin) eşit ya da daha fazla serotonin taşıyıcısı inhibisyonu yapmaktadır (Stahl, 2015).

1.8.8. Atipik Antipsikotikler

Atipik antipsikotikler antidepresana benzer etkilerinden dolayı antidepresana cevap vermeyen vakalarda tedavi etkisini arttırabilmek için güçlendirme tedavilerinde kullanılmaktadır (Uzun, 2013). Bir atipik antipsikotik olan olanzapinin, en güçlü bağlandığı reseptörler histamin H1 ve serotonin 5H2A reseptörleridir ve 5HT2C antagonist özelliği olması duygudurum ve bilişsel işlevlerdeki düzeltici etkisini güçlendirmektedir. Antihistaminik özelliği ise kilo arttırıcı olmasına neden olmaktadır (Stahl, 2015). Olanzapin SSRI'lara dirençli vakalar için önerilmektedir (Stein ve diğ., 2002). Risperidon düşük dozlarda atipik antipsikotik özellikte, yüksek dozlarda daha tipik olurlar, çok yüksek dozlarda ise ekstrapiramidal belirtileri oluşturabilecek özelliktedir. Ketiypinin en güçlü etkisi H1 antagonist özelliğinden dolayı uyku arttırıcı olmasıdır, fakat 5H2C antagonist etkisi ile H1 antagonist etkisi birleştiğinde kilo arttırıcı olabilmektedir. Duygudurum ve bilişsel belirtilerde ketiypinin düzeltici etki gösterdiği belirtilmektedir. Ketiypin antipsikotik, antidepresan ve hipnotik dozlarında kullanılmakta, kullanılan doza göre de bağlanma özelliklerinde değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Klozapin, asenapin, zotepin, paliperidon, ziprasidon, iloperidon, lurasidon, aripiprazol, brekspiprazol, kariprazin de atipik antipsikotikler arasında yer almaktadır (Stahl, 2015).

1.8.9. Benzodiazepinler

Benzodiazepinler Gama-amino butirik asitin (GABA) inhibitör etkinliğini arttırarak etki göstermektedirler. Diazepam, klordiazepoksid, oksazepam, lorazepam, alprazolam, prazepam, halazepam, klorazepat benzodiazepinler arasında yer almaktadır (Uzay ve diğ., 2002). Aşırı uyarılmışlık belirtileri ve benzodiazepin kullanımıyla azalan yaygın anksiyete belirtileri arasındaki benzerlik, bu ilaçların TSSB tedavisinde kullanılacağını düşündürmüştür (Gökalp, 2000). Ancak alprazolam, klonazepam, temazepam ile yapılan randomize kontrollü klinik araştırmalar bu ilaçların TSSB'de iyilik hali ortaya çıkarmadığı ya da kronik TSSB

gelişimini önlemekte etkisi olmadığını göstermektedir (Braun ve diğ., 1990; Gelpin ve diğ., 1996; Mellman ve diğ., 2002). Benzodiazepinlerle tedavinin bazı yan etkileri de görülmektedir. Başlangıçta sıkça karşılaşılan yan etkiler sedasyon, uyuşukluk ve uykuya eğilim olarak; tedaviyi kısıtlayan en önemli yan etki ise doz ve kullanım süresiyle bağlantılı şekilde bağımlılığa neden olması ve ilacın kesilmesi ile yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması olarak ifade edilmektedir (Uzbay ve diğ., 2002). Uluslararası Travmatik Stres Çalışmaları Derneği'nin (ISTSS) yayınladığı TSSB vakalarıyla klinik pratik yönergelerinde benzodiazepinlerin TSSB'de kullanılması önerilmektedir (Friedman ve diğ., 2009).

1.9. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisine Yönelik Yapılan Araştırmaların Meta-Analizleri

TSSB'de kullanılan tedavilerin etkisini karşılaştırmak için çeşitli meta-analizler yapılmıştır. İlaç tedavisinin ve psikoterapilerin TSSB'deki etkisinin karşılaştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında, iki tedavinin de kontrol grubundan daha etkili olduğu bulunmuştur (Van Etten ve diğ., 1998). Travma odaklı terapilerin etkisine yönelik çok sayıda randomize kontrollü klinik çalışma bulunmaktadır. Bradley'in (2005) travma odaklı terapilerin etkisine yönelik randomize kontrollü klinik çalışmalarla yaptığı meta-analizde yüzleştirme, yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma, bilişsel davranışçı terapi, göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme ve kontrol odaklı davranış terapisi; bekleme listesi ve plasebo grubuyla karşılaştırılmıştır. Bu terapilerin hepsinin kontrol gruplarından daha fazla etkiye sahip oldukları tespit edilmiş ve yine hepsinin etki boyutunun 0.80'in üstünde olduğu gösterilmiştir. EMDR ve travma odaklı Bilişsel Davranışçı Terapilerin TSSB tedavisine yönelik etkilerinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında da, bu psikoterapilerin etkili olduğuna yönelik bulgular yer almaktadır (Seidler ve diğ., 2006). Meta-analizler TSSB tedavisi için travma odaklı psikolojik terapilerin en etkili tedaviler olduğu (Bisson ve ark., 2007) sonucunu göstermektedir.

Diğer taraftan TSSB tedavisinde antidepresan, antikonvülsan, anksiyolitik, ve atipik antipsikotik ilaçların etkisi de araştırılmıştır. Yapılan araştırmalar antikonvülsan, anksiyolitik, ve atipik antipsikotik ilaçların TSSB tedavisinde etkili olmadığını, sadece antidepresanların etkisi olduğunu göstermektedir (Friedman, 2013). TSSB'de seçici serotonin geri-alım inhibitörlerinin en iyi sonucu veren ilaç tedavisi olduğu ifade edilmektedir ve tedavi etkisi büyüklüğünün yaklaşık olarak .60

olduğu görülmektedir (Davidson, 2000). Tedavinin klinik olarak anlamlı olması için etki büyüklüğünün 1'den fazla olması gerekliliği ve tedavi sonrası takip çalışmalarının yapılmaması nedeniyle ilaçların etkilerinin kalıcı olup olmadığının bilinmemesinden dolayı ilaç tedavileri eleştirilmektedir (Başoğlu ve Şalcıoğlu, 2011). Bazı araştırmalar ilacın bırakılmasından sonra nüksün olduğunu belirtmektedir (Marks, 1987 akt. Başoğlu ve Şalcıoğlu, 2011).

Farmakolojik tedavilerin etkisinin karşılaştırıldığı bir meta-analizde, ilaçların sınırlı bir etkisi olduğuna dair bulgular ortaya konmuştur. Bu çalışmada sertralinin kişilerin semptomlarında %36 azalma, plasebonun %29 azalma yarattığı ve sertralinin plasebodan sadece %7'lik bir oranla daha fazla etkili olduğu bulunmuştur. Fluoksetin kişilerin semptomlarında %44, plasebo %32'lik bir azalma sağlamış ve ilacın plaseboya olan üstünlüğü %12 olarak bulunmuştur. Paroksetin kişilerin semptomlarında %44, plasebo %30 oranında azalma yaratmış ve paroksetin plaseboya göre %14 oranında daha fazla azalma elde etmiştir. Venlafaksin kişilerin semptomlarında %57 azalma, plasebonun %48 azalma yarattığı ve ilacın plaseboya olan üstünlüğü %9 olarak bulgulanmıştır. Mirtazapin kişilerin semptomlarında %35, plasebo %17 oranında azalma yaratmış ve ilacın plaseboya olan üstünlüğü %18 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde antidepresanların etkisinin düşük ve plasebodan üstün olmadığı ifade edilmektedir. Aynı meta-analizde antidepresana cevap vermeyen vakalarda tedavi etkisini arttırabilmek için antipsikotiklerin etki arttırıcı tedavi olarak kullanıldığı çalışmalarda incelenerek, mirtazapinin kişilerin semptomlarında %35, plasebonun %17 azalma ve bu antipsikotik ilacın plasebodan üstünlüğünün %18 olduğu; Risperidon'un kişilerin semptomlarında %26, plasebonun %21 azalma yarattığı ve bu antipsikotik ilacın plasebodan üstünlüğünün sadece %5 olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlara göre antipsikotiklerin etki arttırıcı tedavi olarak kullanılmasına rağmen, tedaviye eklendiğinde etkinin artmadığı ifade edilmektedir (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013).

1.10. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, ülkemizde sıklıkla karşılaşılan travmatik olaylardan sonra kullanılabilecek psikoterapi yöntemleri ve ilaç tedavilerinin etkisi ile ilgili ruh sağlığı uzmanlarını bilgilendirebilmek amacıyla travma odaklı Bilişsel-Davranışçı Terapiler, Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) ve

farmakolojik tedavilerin etkinliğine yönelik yürütülen randomize kontrollü klinik araştırmaların meta-analizini yapmak ve tedavilerin iyileştirici etkilerini karşılaştırmalı olarak incelemektir.

Aşağıdaki hipotezler sınanmıştır:

- 1) Travma odaklı psikoterapilerin zamana göre etkisi büyüktür; dolayısıyla TSSB ölçekleri üzerinde aktif terapiler ile bekleme listesi, minimal ilgi ya da tekrarlayıcı değerlendirme kontrol grupları arasında büyük etki boyutu vardır.
- 2) Travma odaklı psikoterapilerin protokollerinde kullanılan özgül teknikler tedavi etkisinden sorumludur; dolayısıyla TSSB ölçekleri üzerinde aktif terapiler ile travmaya özgül yöntemler içermeyen plasebo terapiler arasında klinik olarak anlamlı etki boyutu vardır.
- 3) Travma odaklı psikoterapilerin tedavi öncesi değerlendirmeden tedavi sorası değerlendirmeye dek TSSB ölçekleri üzerinde elde ettikleri farkın etki boyutu büyüktür.
- 4) İlaçların içindeki etken maddeler tedavi etkisinden sorumludur; dolayısıyla TSSB ölçekleri üzerinde ilaç tedavileri ile plasebo tedaviler arasında klinik olarak anlamlı etki boyutu vardır.
- 5) İlaç tedavilerinin tedavi öncesi değerlendirmeden tedavi sorası değerlendirmeye dek TSSB ölçekleri üzerinde elde ettikleri farkın etki boyutu büyüktür.

1.11. Araştırmanın Önemi

Travma sonrası stres hastalarının %60'ının belirtileri hafif veya orta derecede devam ederken, %10'unun belirtilerinde bir değişme görülmemekte veya belirtileri kötü yönde ilerlemektedir. Kişilerin sahip oldukları kaçınma davranışları yaşamlarının çeşitli alanlarına sınırlamalar getirerek işlevselliklerinde bozulmalar yaratmaktadır (Özgen ve diğ., 1999). TSSB'nin, çeşitli psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklara neden olduğu bilinmektedir (Kaya, 2000). Ayrıca bu kişilerin mesleklerini uygulamalarındaki güçlükler ve TSSB tedavisi için harcanan para ve zaman, toplumsal açıdan sıkıntıya sebep olmaktadır (Barrera ve diğ., 2013). Tüm bu bilgilere ilaveten, hem travmatik olayların hem TSSB'nin yaygınlığıyla ilgili oranların yüksek olması, TSSB tedavisinin önemini vurgulamaktır.

Travma odaklı Bilişsel Davranışçı terapilerin, EMDR'nin ve farmakolojik tedavilerin TSSB tedavisinde sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Bu tedavilerden hangisinin iyileşmeye en fazla katkı sağladığının belirlenmesi; kişilerin en etkin şekillerinin saptanabilmesi ve de tedavinin hem ekonomik hem de zaman maliyetlerinin azaltılması açısından büyük önem teşkil etmektedir.

2. YÖNTEM

2.1. Literatür Taraması

Bu meta-analize, Ekim 2014'e kadar uluslararası hakemli bilimsel dergilerde yayımlanmış olan seçkisiz kontrollü klinik çalışmalar (randomized controlled clinical trial) dahil edilmiştir. Editöre mektuplar, editör yazıları ve gözden geçirme yazıları bu değerlendirmeye dahil edilmemiştir. Literatür taraması PILOTS, PubMed ve PsychInfo olmak üzere üç veri tabanında yürütülmüştür. Bunlar TSSB tedavisiyle ilgili geniş ve yeterli literatür barındırdığı için tarama bu veritabanlarına sınırlandırılmıştır. Literatür taraması travma odaklı *Bilişsel Davranışçı Terapiler, Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme* ve farmakolojik tedaviler için ayrı ayrı yapılmıştır. Psikoterapiler için literatür taraması herhangi bir tarih kısıtlaması olmaksızın “PTSD or posttraumatic stress disorder or post-traumatic stress disorder AND random or randomised or randomized AND treatment or therapy or psychotherapy” anahtar kelimeleri makale özeti içerisinde aranarak yapılmıştır.

Farmakolojik tedaviler için makale özeti içinde aranan anahtar kelimeler “(posttraumatic OR post-traumatic) AND (paroxetine OR sertraline OR citalopram OR fluoxetine OR fluvoxamine OR venlafaxine OR mirtazapine OR nefazodone OR trazodone OR bupropion OR risperidone OR olanzapine OR quetiapine)” olarak seçilmiştir. Bu anahtar kelimeler PsychInfo veritabanında çok fazla sayıda makale belirlediğinden sadece bu veri tabanında tarama klinik araştırma (treatment outcome / clinical trial), 18 yaş ve üzeri yaş grubu, hakemli dergi ve insan çalışmaları sınırlılıkları getirilerek gerçekleştirilmiştir.

2.2. İşleme Ölçütleri

İşleme ölçütleri çeşitli sebepler göz önünde bulundurularak belirlenmiştir. Klinik tedavi araştırmalarını iç geçerliğini belirleyen en önemli etken tedavilerin bir kontrol grubu karşısında performansının ölçülmesi ve katılımcıların araştırma gruplarına seçkisiz atama ile atanması olduğundan bu meta-analize sadece seçkisiz

kontrollü klinik deneylerin alınması uygun görülmüştür. Literatürde yayınlanan başka meta-analizler de bu ölçütü benimsemişlerdir (örn. Bradley ve diğ., 2005; Bisson ve diğ, 2007). Deneyci yanlılığının tedavi sonucu değerlendirmelerine etkisini kontrol edebilmek amacıyla analizlere, kör bir değerlendirmeci tarafından yapılan ölçümler alınması hedeflenmiştir. TSSB tanısını standart bir kritere göre nesnel olarak tanımlamış araştırmalar meta-analiz için tercih edilmiştir. Ağır mental hastalığın ya da alkol / madde bağımlılığının eşlik ettiği TSSB'nin tedavisi için geliştirilen protokoller farklı ek terapi yöntemleri kullandığından bunlar meta-analize dahil edilmemiştir. Meta-analizin amacı travma odaklı psikoterapi ve ilaç tedavilerin TSSB'de ortaya çıkardığı genel iyilik halini değerlendirmek olduğu için, sadece bir TSSB belirtisinde iyileşmeyi hedef alan ama ek olarak TSSB ölçümü de sunan makaleler kapsam dışı bırakılmıştır. Terapist etkisini kontrol etmek için meta-analize sadece yüz yüze yürütülmüş psikoterapi araştırmaları alınmıştır. İlaç çalışmalarında antidepresanların etkisi çoğunlukla tek başlarına kullanıldıklarında değerlendirildiğinden monoterapi çalışmaları alınmıştır. Diğer yandan antipsikotik ilaçlar daha çok antidepresan etkisini artırma amaçlı kullanıldığından monoterapilerle birlikte etki artırma terapisi (augmentation therapy) çalışmaları da meta-analize kabul edilmiştir.

Makalelerde bildirilen çalışmaların kullandıkları araştırma yöntemlerinin daha yüksek iç ve dış geçerliği olmasının önemli bir göstergesi makalenin hakemli bilimsel dergide yayınlanmış olması olduğundan bu meta-analize yalnızca hakemli dergilerde yayınlanmış araştırmalar alınmıştır. Pek çok araştırma projesi bir özgün makale ve çok sayıda yan makale ürettiğinden, mükerrer verilerin meta-analize girmemesi için sadece özgün araştırmalar meta-analize alınmıştır. Araştırmacı sadece İngilizce dilini bildiğinden, bu dildeki makaleler meta-analiz için değerlendirilmiştir. Etki boyutlarının hesaplanabilmesi için makalelerde gerekli ve yeterli istatistiklerin bildirilmesi şartı aranmıştır. Küçük örneklem standart hata oranını artırdığından örneklemdaki her grup için olgu sayısının en az 10 olması koşulu aranmıştır. Yayınlanmış tek bir araştırma üzerinden bildirilecek etki boyutunun dış geçerliği olmayacağından, meta-analiz için belirlenen tedavi yöntemiyle birden fazla çalışma yapılmış olması beklenmiştir.

2.2.1. Travma Odaklı Psikoterapiler için İleme lütleri

Veri tabanlarında belirlenen travma odaklı psikoterapilerin meta-analize girmesi için aşağıdaki ileme ölçütlerin tümünü karşılaması şartı aranmıştır:

1. Çalışmanın hakemli dergilerde yayınlanmış özgün araştırma makalesi olması,
2. Çalışmanın ingilizce dilinde yayınlanmış olması,
3. Travma odaklı psikoterapilerin etkisinin pasif (örn. bekleme listesi, plasebo, vb.) ya da aktif (başka psikoterapi protokolleri, örn. hipnoterapi) bir kontrol grubu karşısında randomize atama içeren deneysel desenle sınıyor olması,
4. Araştırmaların yürütüldüğü örneklemelerin yetişkinlerden oluşması,
5. Vakaların DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR'de tanımlanmış akut ya da kronik TSSB tanısı alıyor olması ya da yazarlar tarafından operasyonel olarak tanımlanmış eşik altı TSSB tanısı alması (örn. CAPS toplam puanı > 45) ve eşlik eden ağır mental hastalık (örn. psikotik bozukluk, duygu durum bozukluğu, kişilik bozuklukları vb.) ve alkol ve madde bağımlılığının olmaması,
6. Etkisi araştırılan psikoterapinin tüm TSSB belirtilerinde iyileşmeyi hedef alıyor olması (örn. sadece kabuslarda iyileşmeyi hedef alan tedaviler dışlandı),
7. Etkisi araştırılan tedavinin yüz yüze yürütülmüş olması (örn. internet üzerinden verilen tedaviler kapsam dışı bırakıldı),
8. Tedavi etkisi istatistikleri klinisyen tarafından uygulanan yapılandırılmış görüşme formları üzerinden bildiriliyorsa değerlendirmenin kör bir değerlendirici tarafından yapılmış olması; eğer kör değerlendirme yoksa tedavi etkisi istatistiklerinin öz bildirim ölçekleri üzerinden bildirilmiş olması,
9. Etki boyutlarının hesaplanabilmesi için gerekli istatistiklerin yazıda bildiriliyor olması

2.2.2. İlaç Tedavileri için İleme lütleri

Veri tabanlarında belirlenen ilaç tedavilerinin meta-analize girmesi için aşağıdaki ileme ölçütlerin tümünü karşılaması şartı aranmıştır:

1. Çalışmanın hakemli dergilerde yayınlanmış özgün araştırma makalesi olması,
2. Çalışmanın ingilizce dilinde yayınlanmış olması,
3. İlaç tedavilerinin etkisinin plasebo kontrol grubu karşısında seçkisiz atama içeren çift yönlü kör deneysel desenle sınıyor olması (eğer ilaç etkisi travma odaklı bir psikoterapi protokolü karşısında değerlendirildiyse ve plasebo kontrol

- grubu yoksa meta analize alınmadı),
4. Araştırmaların yürütüldüğü örneklemelerin yetişkinlerden oluşması,
 5. Vakaların DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR'de tanımlanmış akut ya da kronik TSSB tanısı alıyor olması ya da yazarlar tarafından operasyonel olarak tanımlanmış eşik altı TSSB tanısı alması (örn. CAPS toplam puanı > 45) ve eşlik eden ağır mental hastalık (örn. psikotik bozukluk, duygu durum bozukluğu, kişilik bozuklukları vb.) ve alkol ve madde bağımlılığının olmaması,
 6. Etkisi araştırılan ilaç tedavisinin tüm TSSB belirtilerinde iyileşmeyi hedef alıyor olması (örn. sadece uyku sorunlarında iyileşmeyi hedef alan ilaç çalışmaları kapsam dışı bırakıldı),
 7. Etkisi sınanan antidepresan ilacın monoterapi, antipsikotik ilaçlar için monoterapi ya da etki artırma terapisi olarak uygulanması (örn. antidepresan etkisi başka bir antidepresanla arttırılıyorsa meta-analiz kapsamı dışında bırakıldı)
 8. Meta-analize alınması için belirlenen ilaç için en az 2 klinik deney bulunuyor olması
 9. Tedavi ve kontrol gruplarında örneklemin en az 10 vaka içeriyor olması,
 10. Etki boyutlarının hesaplanabilmesi için gerekli istatistiklerin yazıda bildiriliyor olması.

2.3. Verilerin Kodlanması

Veri kodlaması için toplam 5 dosya oluşturuldu. İlk dosya Comprehensive Meta-Analysis yazılımında tedavi öncesinden tedavi sonrasına değişimin etki boyutlarının hesaplanması için gerekli istatistiklerin kodlandığı *gruplar içi tedavi etkisi verileri dosyası* idi. İkinci ve üçüncü dosya Comprehensive Meta-Analysis yazılımında tedavi grubu ile kontrol grubu arasında tedavi sonundaki farkın etki boyutlarının hesaplanması için gerekli istatistiklerin kodlandığı *psikoterapide gruplar arası tedavi etkisi verileri dosyası* ve *farmakoterapide gruplar arası tedavi etkisi verileri dosyası* idi. Dördüncü ve beşinci dosyalar Statistical Package for Social Sciences (SPSS) yazılımında psikoterapi ve farmakoterapi araştırmalarının diğer özelliklerinin ve ürettikleri bilginin kodlandığı *tedavi ve sonuç özellikleri* dosyaları idi.

2.3.1. Travma Odaklı Psikoterapi Protokollerinin Kodlaması

Bilişsel ve / veya Davranışçı Terapi protokollerinde kullanılan yöntemler veri dosyasında daha önce iki meta analizde belirlenen ölçütler takip edilerek kodlandı (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013; Karasapan, 2014). Bu çalışmalarda makalelerin yöntem bölümlerinde anlatılan terapi prosedürleri ve terapi protokollerinin ayrıntılı olarak tanımlandığı yayınlar (örn. kitaplar, internet dokümanları, makaleler, vb.) incelenerek protokollerde kullanılan başlıca yöntemlerin imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme, bilişsel yeniden yapılandırma ya da bilişsel terapi ve kombinasyon halinde kullanılan diğer davranışçı yöntemler olduğu belirlenmişti. Bu iki meta-analiz takip edilerek *İmgesel Yüzleştirme* (1) travma öyküsünü seansta imgeleyerek anlatma, (2) travma öyküsünü ayrıntılarıyla yazma; *Yerinde Yüzleştirme* (1) travmayı hatırlatan ve / veya travmayla ilişkili korku uyandıran durum ve uyarılarla kendi kendine yüzleşme yönergeleri verilmesi, (2) travmayı hatırlatan ve / veya travmayla ilişkili korku uyandıran durum ve uyarılarla terapist eşliğinde yüzleşme, (3) travmayla ilgili olumsuz değerlendirmeleri (örn; tehlikeyi abartmak) sınamak için gerçekleştirilen davranışçı deneyler, (4) korku yaratan uyarılardan kaçınmayı bırakma yönergeleri; *Bilişsel Yeniden Yapılandırma* ise TSSB belirtileri, travma ve kişinin kendisi hakkında işlevsel olmayan inanç ve duyguların belirlenmesi ve değiştirilmesini hedefleyen işlemler olarak tanımlandı. Bu üç temel yönetime ek olarak kullanılan gevşeme egzersizleri, öfke yönetimi, beceri eğitimi, problem çözme, davranış etkinleştirme ve imgesel yeniden senaryolaştırma gibi girişimler Davranış Terapisi Yöntemleri adı altında toplandı.

Bilişsel ve / veya davranış terapisi yöntemleri yukarıdaki gibi ayrıştırıldıktan sonra terapi protokolleri 7 grupta toplandı. İlk grup sadece davranış terapisi yöntemlerinden oluşan ve yüzleştirme içermeyen Bilişsel-Davranışçı Terapi olarak tanımlandı. İkinci grup, tek başına kullanılan *Bilişsel Yeniden Yapılandırma* (BYY), üçüncü grup ise bu yönetime başka davranış terapisi yöntemleri eklenerek oluşturulan protokoller olan *Bilişsel Yeniden Yapılandırma ve Davranış Terapisi* (BYY + DT) olarak kodlandı. Dördüncü grup terapiler *İmgesel Yüzleştirme ve / veya Yerinde Yüzleştirme* içeren protokolleri kapsayan *Yüzleştirme* (Y), beşinci grup ise yüzleştirmenin başka davranış terapisi yöntemleri ile birlikte kullanılmasından oluşan protokolleri içeren *Yüzleştirme + Davranış Terapisi* (Y + DT) olarak kodlandı. Altıncı grup herhangi bir yüzleştirme yöntemi ya da kombinasyonu ile kullanılan bilişsel yeniden yapılandırmanın yer aldığı *Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden*

Yapılandırma (Y + BYY) olarak kodlandı. Yedinci grup *Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma + Davranış Terapisi* (Y + BYY + DT) olarak kodlandı. Bu ilk 7 grupta nefes alma teknikleri ve psiko-eğitim tedavi protokollerinde çok sık kullanılan teknikler olduğundan sınıflandırmada göz ardı edildiler. *Göz Hareketleri Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme* tedavisi EMDR olarak sekizinci grupta kodlandı. Dokuzuncu grupta yer alan tedaviler gevşeme egzersizleri, standart rutin tedavi, destekleyici psikoterapi, şimdi odaklı terapi gibi özgül olmayan kontrol grubu tedavilerini içerdi. Son olarak, bekleme listesi, minimal ilgi ya da tekrarlayıcı değerlendirme kontrol grupları olarak onuncu grupta kodlandı. Tedavi protokollerinin orijinal isimleri, Türkçeye çevrilmiş isimleri, hangi yöntemler içerdikleri ve hangi grupta kodlandıkları Tablo 2.1’de gösterilmektedir.

Tablo 2.1 Tedavi Protokolleri ve Veri Dosyasına Kodlama

Çalışma	Kullanılan Tedavinin Özgün İsmi	Veri Dosyasında Kodlama
Arntz ve diğ., 2007	İmgesel Yüzleştirme	İmgesel Yüzleştirme
Arntz ve diğ., 2007	İmgesel Yüzleştirme ve İmgesel Yeniden Senaryolaştırma Terapisi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme
Asukai ve diğ., 2010	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Asukai ve diğ., 2010	Her Zamanki gibi Tedavi (İlaç)	Diğer Tedavi
Basoglu ve diğ., 2005	Kontrol Odaklı Davranış Terapisi	Yerinde Yüzleştirme
Basoglu ve diğ., 2005	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Basoglu ve diğ., 2007	Kontrol Odaklı Davranış Terapisi (simülâtör ile)	Yerinde Yüzleştirme
Basoglu ve diğ., 2007	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Bass ve diğ., 2013	Bilişsel İşlem Terapisi (İmgesel Yüzleştirme Olmadan)	Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Bass ve diğ., 2013	Bireysel Destek	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme

Tablo 2.1'in devamı

Çalışma	Kullanılan Tedavinin Özgün İsmi	Veri Dosyasında Kodlama
Beck ve diğ., 2009	Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Beck ve diğ., 2009	Minimum İlgi Kontrol Grubu	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Beidel ve diğ., 2011	Travma Yönetimi Terapisi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Beidel ve diğ., 2011	Yüzleştirme	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Blanchard ve diğ., 2003	Bilişsel Davranışçı Terapi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Blanchard ve diğ., 2003	Destekleyici Psikoterapi	Diğer Tedavi
Blanchard ve diğ., 2003	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Brom ve diğ., 1989	Travmaya Duyarsızlaştırma	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Brom ve diğ., 1989	Hipnoz Terapisi	Diğer Tedavi
Brom ve diğ., 1989	Psikodinamik Terapi	Diğer Tedavi
Brom ve diğ., 1989	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Bryant ve diğ., 2003	İmgesel Yüzleştirme, Destekleyici Danışmanlık, Problem Çözme	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme

Tablo 2.1'in devamı

Çalışma	Kullanılan Tedavinin Özgün İsmi	Veri Dosyasında Kodlama
Bryant ve diğ., 2003	İmgesel Yüzleştirme ve Bilişsel Yeniden Yapılandırma	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Bryant ve diğ., 2003	Destekleyici Danışmanlık	Diğer Tedavi
Bryant ve diğ., 2008	İmgesel Yüzleştirme	İmgesel Yüzleştirme
Bryant ve diğ., 2008	Yerinde Yüzleştirme	Yerinde Yüzleştirme
Bryant ve diğ., 2008	İmgesel ve Yerinde Yüzleştirme	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Bryant ve diğ., 2008	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Carlson ve diğ., 1998	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Carlson ve diğ., 1998	Gevşeme ve Biyo-geribildirim	Diğer Tedavi
Carlson ve diğ., 1998	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Chard, 2005	Bilişsel İşlem Terapisi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Chard, 2005	Minimal İlgi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Cloitre ve diğ., 2002	Duygusal ve İlişkisel Düzenleme için Beceri Kazandırma, Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme
Cloitre ve diğ., 2002	Minimal İlgi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme

Tablo 2.1'in devamı

Çalışma	Kullanılan Tedavinin Özgün İsmi	Veri Dosyasında Kodlama
Cloitre ve diğ., 2010	Duygusal ve İlişkisel Düzenleme için Beceri Kazandırma, Yüzleştirme	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Cloitre ve diğ., 2010	Destekleyici / Yüzleştirme	İmgesel Yüzleştirme
Cloitre ve diğ., 2010	Duygusal ve İlişkisel Düzenleme için Beceri Kazandırma, Destek	Bilişsel Davranışçı Yöntemler
Cottraux ve diğ., 2008	Bilişsel Davranışçı Terapi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Cottraux ve diğ., 2008	Rogerian Destekleyici Terapi	Diğer Tedavi
Deville ve Spence, 1999	Travma Tedavisi Protokolü	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Deville ve Spence, 1999	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Difede ve diğ., 2007	Bilişsel Davranışçı Terapi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Difede ve diğ., 2007	Her Zamanki gibi Tedavi	Diğer Tedavi
Duffy ve diğ., 2007	Bilişsel Terapi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Duffy ve diğ., 2007	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme

Tablo 2.1'in devamı

Çalışma	Kullanılan Tedavinin Özgün İsmi	Veri Dosyasında Kodlama
Edmond ve diğ., 1999	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Edmond ve diğ., 1999	Rutin Bireysel Tedavi	Diğer Tedavi
Edmond ve diğ., 1999	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Ehlers ve diğ., 2003	Bilişsel Terapi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Ehlers ve diğ., 2003	Kendi Kendine Yardım	
Ehlers ve diğ., 2003	Tekrarlayıcı Değerlendirme	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Ehlers ve diğ., 2005	Bilişsel Terapi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Ehlers ve diğ., 2005	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Falsetti ve diğ., 2008	Çok Yönlü Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Falsetti ve diğ., 2008	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Fecteau ve Nicki, 1999	Bilişsel Davranışçı Terapi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Fecteau ve Nicki, 1999	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Feske, 2008	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme

Tablo 2.1'in devamı

Çalışma	Kullanılan Tedavinin Özgün İsmi	Veri Dosyasında Kodlama
Feske, 2008	Her Zamanki gibi Tedavi	Diğer Tedavi
Foa ve diğ., 1991	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Foa ve diğ., 1991	Stres Aşılama Terapisi	Bilişsel Davranışçı Yöntemler
Foa ve diğ., 1991	Destekleyici Danışmanlık	Diğer Tedavi
Foa ve diğ., 1991	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Foa ve diğ., 1999	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Foa ve diğ., 1999	Stres Aşılama Terapisi	Bilişsel Davranışçı Yöntemler
Foa ve diğ., 1999	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi ve Stres Aşılama Terapisi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Foa ve diğ., 1999	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Foa ve diğ., 2005	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Foa ve diğ., 2005	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi ve Bilişsel Yeniden Yapılandırma	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Foa ve diğ., 2005	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Forbes ve diğ., 2012	Bilişsel İşlem Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Forbes ve diğ., 2012	Her Zamanki gibi Tedavi	Diğer Tedavi

Tablo 2.1'in devamı

Çalışma	Kullanılan Tedavinin Özgün İsmi	Veri Dosyasında Kodlama
Frommberger ve diğ., 2004	Bilişsel Davranışçı Terapi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Frommberger ve diğ., 2004	İlaç (paroksetin)	Diğer Tedavi
Frueh ve diğ., 2007	Sosyal ve Duygusal Rehabilitasyon	Bilişsel Davranışçı Yöntemler
Glynn ve diğ., 1999	Doğrudan Terapötik Yüzleştirme	İmgesel Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Glynn ve diğ., 1999	Aile Tabanlı Tedavi ve Yüzleştirme	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Glynn ve diğ., 1999	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Hensel-Dittmann ve diğ., 2011	Öyküsel Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme
Hensel-Dittmann ve diğ., 2011	Stres Aşılama Terapisi	Bilişsel Davranışçı Yöntemler
Hinton ve diğ., 2005	Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Hinton ve diğ., 2005	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Hinton ve diğ., 2011	Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Hinton ve diğ., 2011	Kas Gevşeme Egzersizi	Plasebo

Tablo 2.1'in devamı

Çalışma	Kullanılan Tedavinin Özgün İsmi	Veri Dosyasında Kodlama
Hoffart ve diğ., 2013	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Hoffart ve diğ., 2013	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi ve İmgesel Yeniden Senaryolaştırma	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Högberg ve diğ., 2007	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Högberg ve diğ., 2007	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Igreja ve diğ., 2004	İfade Verme Yöntemi	İmgesel Yüzleştirme
Igreja ve diğ., 2004	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Ironson ve diğ., 2002	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Ironson ve diğ., 2002	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Johnson ve Lubin, 2006	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Johnson ve Lubin, 2006	Sayma Yöntemi	İmgesel Yüzleştirme
Johnson ve Lubin, 2006	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Karatzias ve diğ., 2011	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Karatzias ve diğ., 2011	Duygusal Özgürlük Teknikleri	Diğer Tedavi
Keane ve diğ., 1989	İç Patlamalı Terapi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme
Keane ve diğ., 1989	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme

Tablo 2.1'in devamı

Çalışma	Kullanılan Tedavinin Özgün İsmi	Veri Dosyasında Kodlama
Kubany ve diğ., 2004	Bilişsel Travma Terapisi	Davranış Terapisi, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Kubany ve diğ., 2004	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Largo-Marsh ve diğ., 2002	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Largo-Marsh ve diğ., 2002	Yapılandırılmış Yazma Terapisi	İmgesel Yüzleştirme
Lee ve diğ., 2002	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi ve Stres Aşılama Terapisi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Lee ve diğ., 2002	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Maercker ve diğ., 2006	Bilişsel Davranışçı Tedavi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Maercker ve diğ., 2006	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Marks ve diğ., 1998	Yüzleştirme	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Marks ve diğ., 1998	Bilişsel Yeniden Yapılandırma	Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Marks ve diğ., 1998	Yüzleştirme ve Bilişsel Yeniden Yapılandırma	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Marks ve diğ., 1998	Plasebo	Plasebo
McDonagh ve diğ., 2005	Bilişsel Davranışçı Terapi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Tablo 2.1'in devamı

Çalışma	Kullanılan Tedavinin Özgün İsmi	Veri Dosyasında Kodlama
McDonagh ve diğ., 2005	Şimdiye Odaklı Terapi	Diğer Tedavi
McDonagh ve diğ., 2005	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Monson ve diğ., 2006	Bilişsel İşlem Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Monson ve diğ., 2006	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Monson ve diğ., 2012	Bilişsel Davranışçı Çift Terapisi	Davranış Terapisi, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Monson ve diğ., 2012	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Nacasch ve diğ., 2011	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Nacaschve diğ., in press	Her Zamanki gibi Tedavi (Psikodinamik/ Destekleyici)	Diğer Tedavi
Neuner ve diğ., 2004	Öyküsel Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme
Neuner ve diğ., 2004	Destekleyici Danışmanlık	Diğer Tedavi
Neuner ve diğ., 2004	Psikoeğitim	Plasebo
Neuner ve diğ., 2008	Öyküsel Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme
Neuner ve diğ., 2008	Travma Danışmanlığı	Bilişsel Davranışçı Yöntemler
Neuner ve diğ., 2008	Öz İzleme	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Neuner ve diğ., 2010	Öyküsel Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme
Neuner ve diğ., 2010	Her Zamanki gibi Tedavi	Diğer Tedavi

Tablo 2.1'in devamı

Çalışma	Kullanılan Tedavinin Özgün İsmi	Veri Dosyasında Kodlama
Nijdam ve diğ., 2012	Kısa Bütünleşik Psikoterapi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Nijdam ve diğ., 2012	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Paunovic ve Ost, 2001	Yüzleştirme	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Paunovic ve Ost, 2001	Bilişsel Davranışçı Terapi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Power ve diğ., 2002	Yüzleştirme ve Bilişsel Yeniden Yapılandırma	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Power ve diğ., 2002	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Power ve diğ., 2002	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Resick ve diğ., 2002	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Resick ve diğ., 2002	Bilişsel İşlem Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Resick ve diğ., 2002	Minimal İlgi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Resick ve diğ., 2008	Bilişsel İşlem Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Resick ve diğ., 2008	Bilişsel Terapi	Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Tablo 2.1'in devamı

Çalışma	Kullanılan Tedavinin Özgün İsmi	Veri Dosyasında Kodlama
Resick ve diğ., 2008	Yazılı Açıklamalar	İmgesel Yüzleştirme
Rothbaum ve diğ., 1997	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Rothbaum ve diğ., 1997	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Rothbaum ve diğ., 2005	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Rothbaum ve diğ., 2005	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Rothbaum ve diğ., 2005	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Schnurr ve diğ., 2003	Travma Odaklı Grup Terapisi	Davranış Terapisi, İmgesel Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Schnurr ve diğ., 2003	Şimdiye Odaklı Terapi	Diğer Tedavi
Schnurr ve diğ., 2007	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Schnurr ve diğ., 2007	Şimdiye Odaklı Terapi	Diğer Tedavi
Suris ve diğ., 2013	Bilişsel İşlem Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Suris ve diğ., 2013	Şimdiye Odaklı Terapi	Diğer Tedavi
Sloan ve diğ., 2011	Yazarak İfşa Etme	İmgesel Yüzleştirme
Sloan ve diğ., 2011	Sadece Yazma Kontrol Grubu	Plasebo
Sloan ve diğ., 2012	Yazarak Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme
Sloan ve diğ., 2012	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Tarrier ve diğ., 1999	İmgesel Yüzleştirme	İmgesel Yüzleştirme
Tarrier ve diğ., 1999	Bilişsel Terapi	Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Tablo 2.1'in devamı

Çalışma	Kullanılan Tedavinin Özgün İsmi	Veri Dosyasında Kodlama
Taylor ve diğ., 2003	Yüzleştirme	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Taylor ve diğ., 2003	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Taylor ve diğ., 2003	Gevşeme	Plasebo
Van Emmerik ve diğ., 2008	Bilişsel Davranışçı Terapi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Van Emmerik ve diğ., 2008	Yapılandırılmış Yazma Terapisi	İmgesel Yüzleştirme
Van Emmerik ve diğ., 2008	Bekleme Listesi	Bekleme Listesi/ Minimum İlgi/ Tekrarlayıcı Değerlendirme
Vaughan ve diğ., 1994	İmgesel Alışma Çalışması	İmgesel Yüzleştirme
Vaughanve diğ., 1994	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme	EMDR
Vaughan ve diğ., 1994	Uygulamalı Kas Gevşeme	Plasebo

2.3.2. İlaç Tedavilerinin Kodlanması

İlaç çalışmalarında etkisi sınıanan antidepresan ilaçlar paroksetin, sertralin, fluoksetin, venlafaksin ve mirtazapin olarak, antipsikotik tek ilaç risperidon olarak kodlandı. Meta-analize alınması planlanan sitalopram, fluvoksamin, olanzapin, trazodon ve bupropion etkisini sınavan araştırmalar işleme ölçütlerini karşılamadıklarından dışlandılar ve veri dosyasında kodlanmadılar. Son olarak nefazodonun karaciğer üzerinde yarattığı olumsuz etki ve bazı ülkelerde piyasadan çekilmiş olduğu göze alınarak araştırmadan son aşamada dışlandı.

2.3.3. Veri Dosyalarında Kodlanan Diğer Değişkenler

Gruplar içi tedavi etkisi verileri dosyası'nda veriler tedavi etkisinin değerlendirildiği tedaviyi bitirenler (completers) analizi ve tedavi amacı (intent-to-treat) analizi için ayrı ayrı kodlandı. Veri dosyasına tedavi etkisinin değerlendirildiği ölçeğin türü (klinisyen tarafından uygulanan yapılandırılmış görüşme, öz-bildirim

ölçeği), her bir tedavi etkisi analizi için örneklem boyutu, ve etki boyutunun hesaplanması için makalelerde bildirilen tüm ilgili ölçekler üzerinde tedavi öncesi ve sonrası ortalamalar, tedavi öncesi ve sonrası ortalamalar arası farklar ya da standardize farklar, standart sapma, standart hata gibi istatistikler girildi.

Psikoterapide gruplar arası tedavi etkisi verileri dosyası'nda tedavilerin kontrol gruplarına göre etkisi yine tedaviyi bitirenler (completers) analizi ve tedavi amacı (intent-to-treat) analizi için ayrı ayrı kodlandı. Farmakoterapi araştırmalarında tedavi boyunca rutin değerlendirmeler yaparak, bir vaka tedaviden döküldükten sonra varolan en son değerlendirmesini *Son Gözlemi İleri Taşıma* (Last Observation Carried Forward – LOCF) yöntemi ile tedavi sonu değerlendirmesi olarak kabul etmek genel eğilim olduğu için *farmakoterapide gruplar arası tedavi etkisi verileri dosyası*'nda plasebo kontrol grubuyla karşılaştırma sadece tek bir noktada yapıldı. Bu dosyalarda da tedavi etkisinin değerlendirildiği ölçeğin türü (klinikyenden tarafından uygulanan yapılandırılmış görüşme, öz-bildirim ölçeği), ilgili analizler için örneklem boyutu, ve etki boyutunun hesaplanması için makalelerde bildirilen ölçekler üzerinde tedavi grubu ve kontrol grubu çalışma öncesi ve / veya çalışma sonu ortalamaları, tedavi grubu ve kontrol grubu çalışma sonu ortalamaları arası farklar ya da standardize farklar, standart sapma, standart hata gibi istatistikler kodlandı.

Tedavi ve sonuç özellikleri dosyalarında travma türü (cinsel saldırı, mülteci, savaş, işkence, trafik kazası, çocuk istismarı, vb), tedavi bırakma oranları, tedavi süresi (seans sayısı ve hafta sayısı) ve psikoterapiler için seans süresi değişkenleri kodlandı. Ayrıca, çalışmalarda bildirilen klinik olarak anlamlı iyileşme oranları ve tanı kaybı gibi tedavi etkisini destekleyen diğer istatistikler veri dosyalarına kaydedildi.

2.4. İşlem

Bu meta-analiz PRISMA ilkeleri gözetilerek ("*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*" Moher, Liberati, Tetzlaff, The Prisma Group, 2009) yürütülmüştür. Meta-analize girecek araştırmaları belirlemek için PILOTS, PsychInfo ve PubMed veri tabanları seçilen anahtar kelimeler makale özetleri içinde aranarak taranmıştır. Bu taramalar sonucu bulunan makalelerin özetleri okunarak meta-analizin işleme ölçütlerini karşılayıp karşılamadıkları değerlendirilmiş ve ölçütleri karşılayan makalelerin elektronik

kopyalarına ulaşılmıştır. Psikoterapi araştırmalarından ulaşılamayan makale olmamıştır. İlaç araştırmaları için iki makaleye ulaşılamamıştır ve yazarlarından makalenin elektronik kopyası istenmiştir. Bu şekilde bir makaleye (Tucker ve diğ., 2004) ulaşılabılırken, bir makaleye (van der Kolk ve diğ., 1994) ulaşılamamıştır. Elektronik kopyasına ulaşılan makaleler detaylı olarak incelenmiş ve incelenen her bir makalenin ileme kriterlerini karşılayıp karşılamadığı kaydedilmiştir. Meta-analize girmesine karar verilen araştırmalardan çıkarılan veriler oluşturulan veri dosyalarına kodlanmıştır.

2.5. İstatistiksel Analizler

Psikoterapi ve ilaç çalışmalarında tedavi etkisi ayrı aşamalarda aynı analiz yöntemi takip edilerek araştırıldı. Psikoterapi araştırmalarında aktif tedavilerin etkisi Diğeri Tedavi ve Bekleme Listesi / Minimal İlgisi / Tekrarlayıcı Değeriendirmeler kontrol gruplarının etkisine göre karşılaştırıldı. İlaç tedavilerinde ise ilaçların etkisi plasebo etkisine göre karşılatırıldı. Tüm tedaviler için ayrıca tedavi öncesinden tedavi sonuna kadar geçen sürede ortaya çıkan tedavi etkisi incelendi. Bu karşılaştırma ve incelemeler için etki boyutu hesaplandı. Bir tedavi için hesaplanan etki boyutu, tedavinin etkisinin sayısal büyüklüğüdür. Etki boyutu tedavi grubunun kontrol grubuna göre ve tedavi öncesinden sonrasına göre hesaplanabilir. Etki boyutu hesaplanırken standardize edilmiş ortalama farkları için sıklıkla Cohen's d formülü kullanılır (Borenstein, Hedges, Higgins ve Rothstein, 2009). Cohen (1988) tarafından geliştirilen formül $d = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S_{\text{grup içi}}}$ olarak ifade edilir. Bu formülde \bar{X}_1 ve \bar{X}_2 tedavi (ya da ön test) ve kontrol (ya da son test) gruplarında yer alan kişilerin tedavi öncesi ile tedavi sonrası ölçek puanları farkının ortalaması, $S_{\text{grup içi}}$ grup içi standart sapmadır. Grup içi standart sapma $\sqrt{\frac{(n_1-1)S_1^2 + (n_2-1)S_2^2}{n_1+n_2-2}}$ formülü ile hesaplanmakta ve formülde yer alan n gruplarda yer alan kişi sayısını, S grupların standart sapmalarını temsil etmektedir. Etki boyutları değeriendirilirken Cohen'in (1988) önerdiği 0.20 = küçük etki, 0.50 = orta etki, 0.80 = büyük etki kesme noktaları genellikle dikkate alınır.

Bu meta-analizde psikoterapi çalışmaları için gruplar arası ve grup içi etki boyutu hesaplanırken makalede bildirilen katılımcı sayıları, ön ölçüm ve son ölçüm puan ortalamaları ve standart sapma değerieleri kullanıldı. İlaç çalışmalarında bu bilgi verilmediği durumlarda ortalamalar arası farklar, standart hata ya da standart sapma

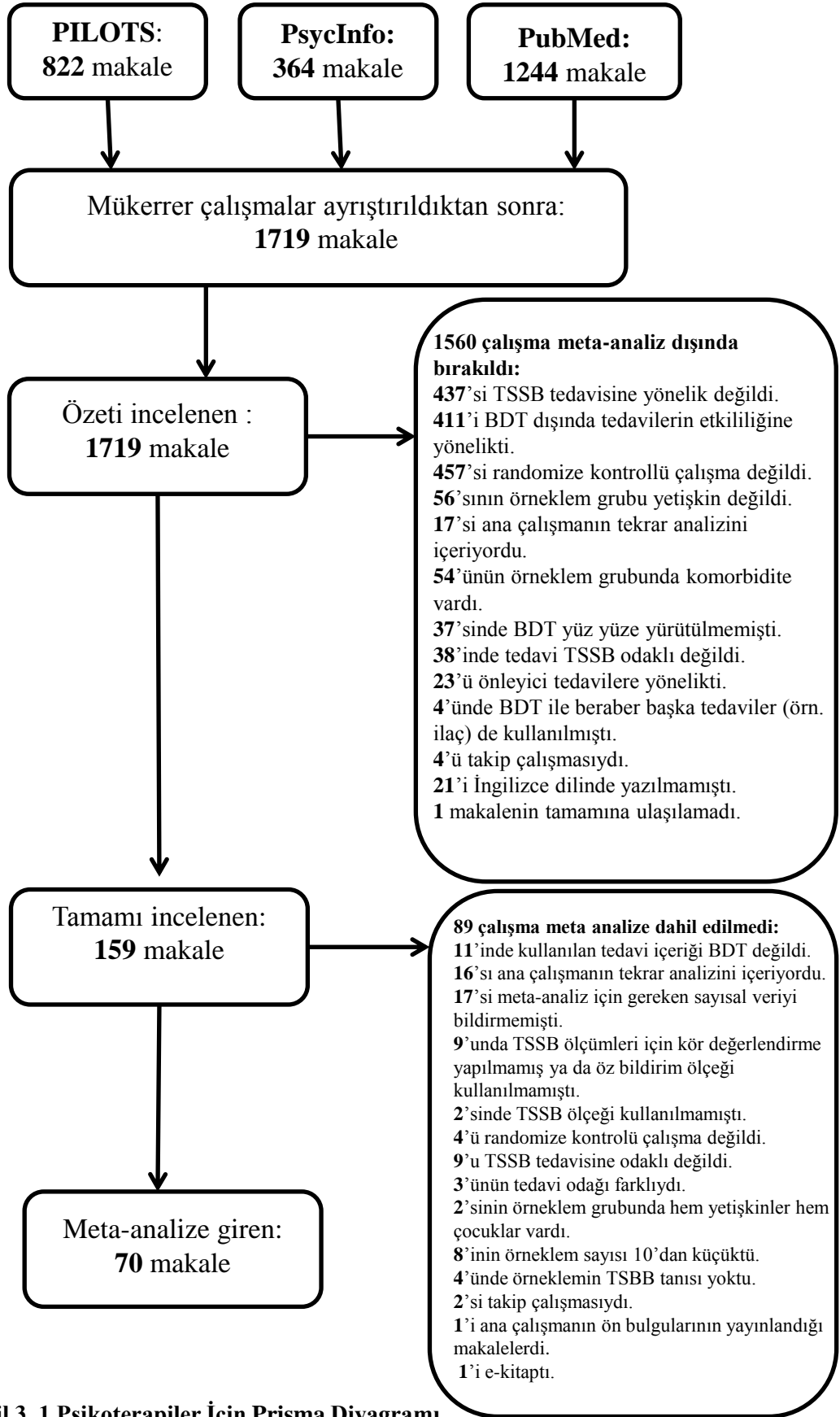
ve örneklem boyutu istatistikleri kullanıldı. Hiçbir istatistik verilmediyse makalelerde bildirilen etki boyutları analize alındı. Etki boyutu araştırmalarda kullanılan tüm TSSB değerlendirme ölçekleri üzerinden hesaplandı. Sadece deseni tek yönlü kör değerlendirme olmayan araştırmalarda etki boyutu hesaplaması öz-değerlendirme ölçekleri ile sınırlandırıldı. Etki boyutları tedavi tamamlayanlar ve tedavi etme amacı için tüm örneklem üzerinde ayrı ayrı hesaplandı. Son olarak etki boyutu hesaplamalarında, her makale farklı ölçekler kullanmış olduğundan standardize edilmiş ortalama farkları ve her makale örneklem grubu ve tedavinin uygulanması konusunda birebir aynı olamayacağından rastgele etki modeli tercih (random effects model) edildi. Analizler Comprehensive Meta-Analysis V2 (Biostat, 2005) ve Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21 (IBM, 2012) yazılımları ile yapıldı.

3. BULGULAR

3.1. Travma Odaklı Psikoterapiler

3.1.1. Araştırmaların Seçimi

Travma odaklı psikoterapiler için anahtar kelimeler kullanılarak yapılan literatür taraması sonucunda PILOTS veritabanında 822, PsychInfo veri tabanında 364, PubMed veri tabanında 1244 makaleye ulaşılmıştır. Mükerrer makaleler ayrıştırıldıktan sonra geriye kalan toplam 1719 makalenin özeti incelenmiş ve 1560 makale içleme kriterlerini karşılamadığından dolayı meta-analizin dışında bırakılmıştır. Makale özetleri incelendiğinde içleme kriterlerine uygun olduğu belirlenen 159 makalenin tamamı incelenmiş ve bu aşamada 89 makale meta-analizden dışlanmıştır. Toplamda 70 makale içleme kriterlerini karşılayarak analize dahil edilmiştir. Bu ęalıřmaların meta-analize dahil edilme sürecini özetleyen PRISMA diyagramı Şekil 3.1’de yer almaktadır.



Şekil 3. 1 Psikoterapiler İçin Prisma Diyagramı

3.1.2. Araştırmaların Özellikleri

Meta-analize giren 70 seçkisiz kontrollü klinik araştırmada toplam 168 grup bulunmaktadır. Bu grupların 89'unda bir tür bilişsel ve / veya davranış terapisi protokolünün, 14'ünde EMDR'nin etkisi sınanmıştır. Kontrol gruplarının 27'sinde diğer tedaviler, 36'sında ise bekleme listesi / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirmeler yer almıştır. Bir grupta kendine yardım ilkelerinin anlatıldığı bir kitapçığın etkisi sınanmıştır, bu grup analizlerden dışlanmıştır. Etkisi sınanan bilişsel ve / veya davranış tedavisi protokolleri temel bileşenlerine göre kodlandığında ortaya çıkan dağılım Tablo 3.1'de gösterilmektedir.

Tablo 3.1 Psikoterapi Çalışmalarının Özellikleri

	Araştırma Sayısı	n	nITT	Tedavi Bitirenler Analizi	Tedavi Amacı Analizi
Bilişsel-Davranışçı Yöntemler	6	168	226	4	3
Bilişsel Yeniden Yapılandırma	2	51	56	2	0
Yüzleştirme	35	763	1087	23	17
Yüzleştirme + Davranış Terapisi	7	89	140	3	2
Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma	16	399	813	9	10
Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma + Davranış Terapisi	24	478	816	20	14
EMDR	14	117	245	13	3
Diğer Tedaviler	27	480	724	18	11
Bekleme Listesi / Minimal İlgi / Tekrarlayıcı Değerlendirmeler	36	638	913	28	17

En sık etkisi sınanan tedavinin yüzleştirme olduğu görölmektedir. Tedavi 132 araştırmada bireysel terapi, 9'unda grup terapisi, 6'sında hem bireysel hem grup terapisi ve 2'sinde çift terapisi şeklinde verilmiştir. Bilişsel ve / veya davranış terapisi protokolleri ortalama 91.2 (SS=19.4, aralık 40-120) dakika süren, ortalama 11.1 (SS=5.9, aralık 1-34) seansta ve ortalama 10.7 (SS=5.7, aralık 1-31) haftada verilmiştir. EMDR ise ortalama 83.5 (SS=13.5, aralık 50-90) dakika süren, ortalama 6.4 (SS=2.6, aralık 3-12) seansta ve ortalama 6.1 (SS=2.2, aralık 3-10) haftada verilmiştir.

3.1.3. Psikoterapi Araştırmalarında Gruplar Arası Karşılaştırma Analizleri

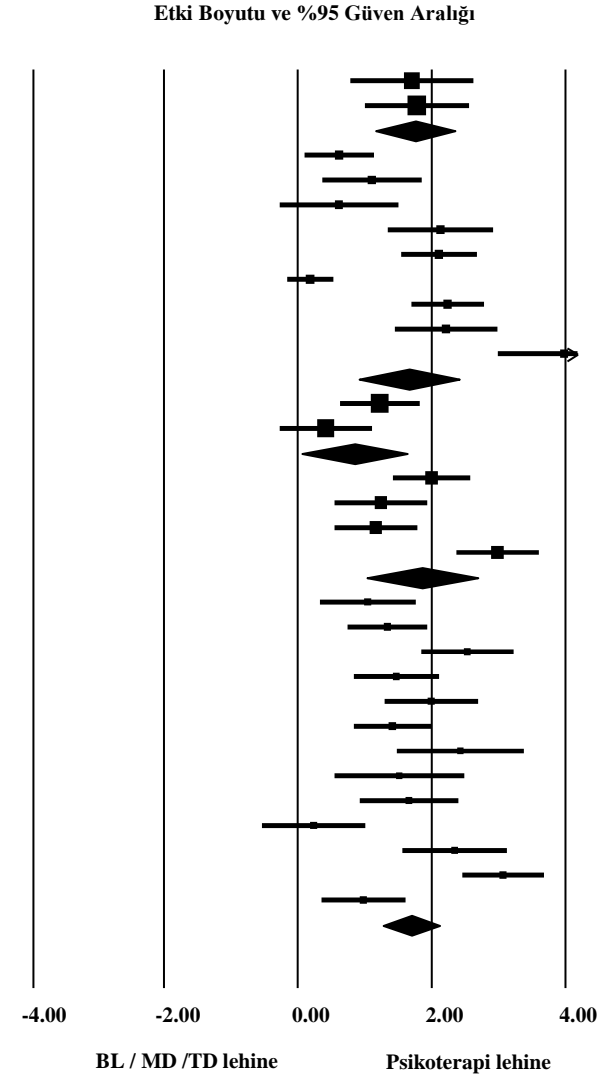
Bu bölümde travma odaklı psikoterapilerin bekleme listesi / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirme ve diğer tedavi kontrol gruplarına göre etkisi tedavi bitirenler ve tedavi amacı analizleri için ayrı ayrı incelenecektir. Tedavi ve kontrol grupları ile meta-analitik karşılaştırma yapılabilmesi için en az iki randomize kontrollü tedavi çalışması yayınlanmış olması şartı aranmıştır.

3.1.3.1. Tedavi Bitirenler İçin Bekleme Listesi / Minimal İlgi / Tekrarlayıcı Değerlendirme Kontrol Gruplarına Göre Psikoterapilerin Etkisi

Meta-analize giren araştırmalar içinde travma odaklı psikoterapi protokollerinin bekleme listesi / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirme kontrol gruplarına göre etkisini tedavi bitirenler için inceleyen toplam 36 karşılaştırma yapılmıştır. Şekil 3.2 farklı terapiler için etki boyutlarını, standart hata, %95 güven aralığı istatistiklerini göstermektedir. Yüzleştirme içeren protokolleri inceleyen 9 çalışmanın 3'ünde tedavi kontrol grubuna göre orta ya da zayıf büyüklükte ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan etki boyutu sağlarken, 6 çalışmada etki boyutu büyük etki sınırını aşmış ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yüzleştirme terapilerinin kontrol grubuna göre sağladığı etki boyutu ortalama 1.48'dir (standart hata = 0.51, %95 Güven aralığı = 0.73-2.23, $p < 0.001$). Yüzleştirmeye eklenen davranışçı terapi yöntemleri 1 araştırmada kontrol grubuna göre yüksek ve anlamlı, ancak bir başka çalışmada küçük ve anlamlı olmayan bir etki yaratmıştır. Diğer taraftan yüzleştirmeye eklenen bilişsel yeniden yapılandırmayı içeren 4 çalışmada tedavi kontrol grubuna göre büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutu üretmiştir. Yüzleştirmeye eklenen davranışçı terapi yöntemleri ve bilişsel yeniden yapılandırmanın ortalama etki boyutları, sırasıyla, 0.67 (standart hata = 0.40, %95 Güven aralığı = -0.12-1.45, $p = 0.10$) ve 1.68 (standart hata = 0.42, %95 Güven aralığı = 0.85-2.50, $p < 0.001$) olarak hesaplanmıştır. Son üç terapi yönteminin kombinasyonundan oluşan protokolleri içeren 13 karşılaştırmanın sadece birinde tedavi kontrol grubuna göre etki sağlamamış, diğer tüm karşılaştırmalarda ise büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutları elde edilmiştir. Bu terapilerin sağladığı ortalama etki boyutu 1.52 (standart hata = 0.21, %95 Güven aralığı = 1.10-1.94, $p < 0.001$) olmuştur. Yüzleştirme içermeyen bilişsel ve davranışçı terapileri içeren 2

karşılaştırmada ortalama sağlanan etki 1.57 (standart hata = 0.30, %95 Güven aralığı = 0.98 -2.17, $p < 0.001$) olmuştur. Son olarak EMDR'in etkisini inceleyen 7 karşılaştırmaların birinde orta büyüklükte ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir etki boyutu sağlanmış, kalan 6 karşılaştırmada etki boyutu büyük ve anlamlı olmuştur. EMDR'in kontrol gruplarına göre etki boyutu 1.29 (standart hata = 0.22, %95 Güven aralığı = 0.87-1.71, $p < 0.001$) olarak hesaplanmıştır.

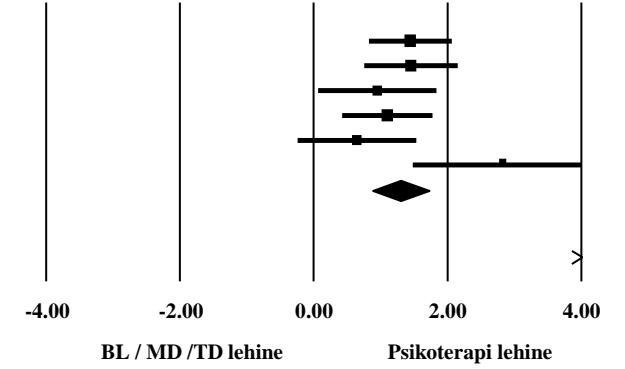
ÇALIŞMA	TEDAVİ	Güven Aralığı						Z-Değeri	p-Değeri
		Etki Boyutu	Standart hata	Varyans	Alt limit	Üst limit			
Foa ve diğ., 1991	BDY	1.529	0.469	0.220	0.609	2.448	3.259	0.001	
Foa ve diğ., 1999	BDY	1.605	0.396	0.157	0.828	2.382	4.048	0.000	
Tüm BDY çalışmaları		1.573	0.303	0.092	0.980	2.167	5.195	0.000	
Basoglu ve diğ., 2005	Y	0.443	0.264	0.070	-0.074	0.961	1.680	0.093	
Basoglu ve diğ., 2007	Y	0.931	0.378	0.143	0.189	1.673	2.461	0.014	
Foa ve diğ., 1991	Y	0.439	0.453	0.205	-0.448	1.326	0.970	0.332	
Foa ve diğ., 1999	Y	1.956	0.401	0.160	1.171	2.741	4.882	0.000	
Foa ve diğ., 2005	Y	1.935	0.289	0.084	1.369	2.502	6.695	0.000	
Igreja ve diğ., 2004	Y	0.011	0.175	0.031	-0.332	0.354	0.063	0.950	
Resick ve diğ., 2002	Y	2.064	0.277	0.077	1.522	2.607	7.457	0.000	
Rothbaum ve diğ., 2005	Y	2.040	0.390	0.152	1.276	2.804	5.232	0.000	
Sloan ve diğ., 2012	Y	3.807	0.506	0.256	2.815	4.799	7.519	0.000	
Tüm Y çalışmaları		1.482	0.382	0.146	0.733	2.230	3.881	0.000	
Brom ve diğ., 1989	Y+DT	1.048	0.302	0.091	0.455	1.640	3.463	0.001	
Keane ve diğ., 1989	Y+DT	0.242	0.352	0.124	-0.448	0.932	0.687	0.492	
Tüm Y+DT çalışmaları		0.665	0.402	0.162	-0.124	1.453	1.652	0.098	
Foa ve diğ., 2005	Y+BYY	1.823	0.295	0.087	1.245	2.400	6.187	0.000	
McDonagh ve diğ., 2005	Y+BYY	1.065	0.352	0.124	0.375	1.756	3.023	0.003	
Power ve diğ., 2002	Y+BYY	0.991	0.317	0.100	0.370	1.611	3.130	0.002	
Resick ve diğ., 2002	Y+BYY	2.810	0.313	0.098	2.196	3.424	8.970	0.000	
Tüm Y+BYY çalışmaları		1.679	0.421	0.177	0.854	2.503	3.989	0.000	
Beck ve diğ., 2009	Y+BYY+DT	0.869	0.364	0.133	0.154	1.583	2.384	0.017	
Blanchard ve diğ., 2003	Y+BYY+DT	1.163	0.303	0.092	0.568	1.757	3.834	0.000	
Chard, 2005	Y+BYY+DT	2.358	0.351	0.123	1.669	3.046	6.715	0.000	
Cloitre ve diğ., 2002	Y+BYY+DT	1.296	0.325	0.105	0.659	1.932	3.992	0.000	
Duffy ve diğ., 2007	Y+BYY+DT	1.818	0.356	0.127	1.120	2.516	5.107	0.000	
Ehlers ve diğ., 2003	Y+BYY+DT	1.236	0.294	0.087	0.659	1.813	4.200	0.000	
Ehlers ve diğ., 2005	Y+BYY+DT	2.253	0.483	0.234	1.306	3.201	4.663	0.000	
Fecteau ve Nicky, 1999	Y+BYY+DT	1.339	0.495	0.245	0.370	2.309	2.707	0.007	
Foa ve diğ., 1999	Y+BYY+DT	1.485	0.377	0.142	0.747	2.224	3.942	0.000	
Glynn ve diğ., 1999	Y+BYY+DT	0.060	0.392	0.154	-0.709	0.829	0.153	0.878	
Hinton ve diğ., 2005	Y+BYY+DT	2.169	0.398	0.159	1.388	2.950	5.443	0.000	
Kubany ve diğ., 2004	Y+BYY+DT	2.893	0.311	0.096	2.284	3.501	9.315	0.000	
Maercker ve diğ., 2006	Y+BYY+DT	0.805	0.321	0.103	0.176	1.433	2.508	0.012	
Tüm Y+BYY+DT çalışmaları		1.515	0.214	0.046	1.096	1.935	7.078	0.000	



Şekil 3.2 Psikoterapi ve Bekleme Listesi / Minimal İlgi / Tekrarlayıcı Değerlendirmeler Grupları Arasındaki Etki Boyutları

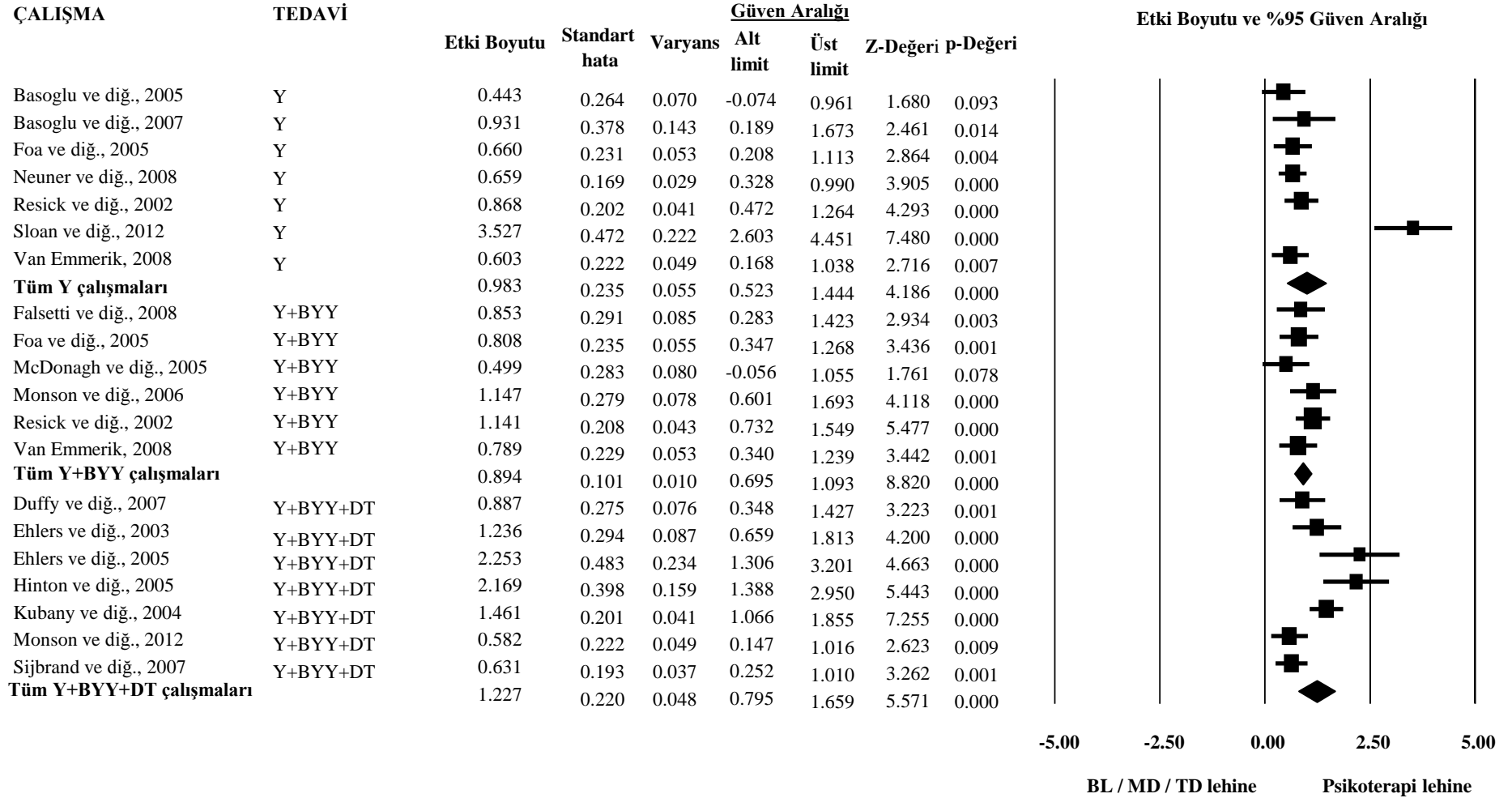
ÇALIŞMA**TEDAVİ**

	Etki Boyutu	Standart hata	Varyans	Güven Aralığı		Z-Değeri	p-Değeri	
				Alt limit	Üst limit			
Power ve diğ., 2002	EMDR	1.439	0.315	0.099	0.822	2.056	4.573	0.000
Rothbaum ve diğ., 2005	EMDR	1.447	0.355	0.126	0.751	2.144	4.074	0.000
Carlson ve diğ., 1998	EMDR	0.944	0.451	0.204	0.059	1.828	2.092	0.036
Edmond ve diğ., 1999	EMDR	1.095	0.344	0.118	0.421	1.768	3.187	0.001
Högberg ve diğ., 2007	EMDR	0.639	0.452	0.204	-0.247	1.524	1.414	0.157
Rothbaum ve diğ., 1997	EMDR	2.820	0.686	0.470	1.476	4.164	4.113	0.000
Tüm EMDR çalışmaları		1.289	0.215	0.046	0.867	1.711	5.984	0.000

Etki Boyutu ve %95 Güven Aralığı

3.1.3.2. Tedavi Amacı Analizleri İçin Bekleme Listesi / Minimal İlgi / Tekrarlayıcı Değerlendirme Kontrol Gruplarına Göre Psikoterapilerin Etkisi

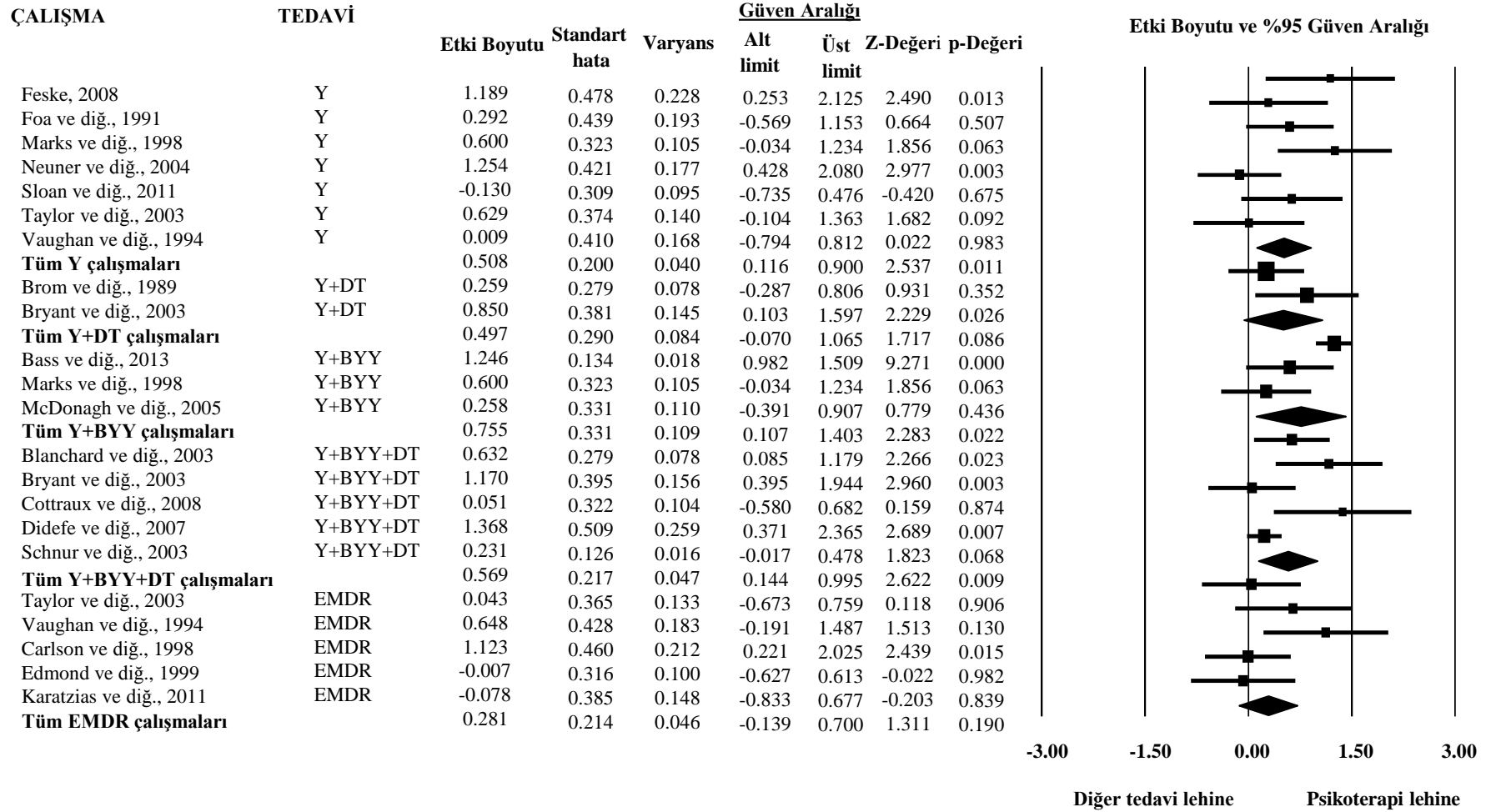
Meta-analize giren araştırmalar içinde travma odaklı psikoterapilerin bekleme listesi / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirme kontrol gruplarına göre etkisini tedavi amacı analizleri ile inceleyen toplam 20 karşılaştırma yapılmıştır. Şekil 3.3 farklı terapiler için etki boyutlarını, standart hata, %95 güven aralığı istatistiklerini göstermektedir. Yüzleştirme içeren protokolleri içeren bir araştırmada kontrol grubuna göre küçük ve anlamlı olmayan etki görülürken, 6 çalışmada büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutları görülmüştür. Yüzleştirme terapilerinin kontrol grubuna göre sağladığı etki boyutu ortalama 0.98 (standart hata = 0.24, %95 Güven aralığı = 0.52-1.44, $p < 0.001$) olarak hesaplanmıştır. Yüzleştirmeye eklenen bilişsel yeniden yapılandırmayı içeren, 5 çalışmada büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutu, bir çalışmada ise kontrol grubuna göre küçük ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan etki boyutu hesaplanmıştır. Yüzleştirmeye eklenen bilişsel yeniden yapılandırmanın kontrol grubuna göre sağladığı etki boyutu ortalama 0.89 (standart hata = 0.10, %95 Güven aralığı = 0.70-1.09, $p < 0.001$) olmuştur. Yüzleştirmeye hem bilişsel yeniden yapılandırmanın hem davranışçı terapinin eklendiği 7 protokolde de etki boyutu kontrol grubuna göre büyük ve istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır. Bu terapilerin sağladığı ortalama etki boyutu 1.23'tür (standart hata = 0.22, %95 Güven aralığı = 0.80-1.66, $p < 0.001$). EMDR, yüzleştirme içermeyen bilişsel ve davranışçı yöntemler ve yüzleştirme ile verilen davranış terapilerini sınavan çalışmalar için tedavi amacı analizleri karşılaştırması yeteri kadar çalışma olmadığı için yapılamamıştır.



Şekil 3.3 Tedavi Amacı Analizleri İçin Psikoterapi ve bekleme listesi / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirmeler grupları arasındaki etki boyutları

3.1.3.3. Tedavi Bitirenler İçin Diğer Tedavi Kontrol Gruplarına Göre Psikoterapilerin Etkisi

Meta-analize giren araştırmalar içinde travma odaklı psikoterapi protokollerinin diğer tedavileri (gevşeme egzersizleri, standart rutin tedavi, destekleyici psikoterapi, şimdi odaklı terapi, vb) içeren kontrol gruplarına göre tedavi bitirenler için etkisi toplam 22 karşılaştırmada incelenmiştir. Yüzleştirme içermeyen bilişsel ve davranış terapileri genellikle araştırmalarda kontrol grubu olarak kullanılıp alternatif tedavilerle karşılaştırmaları yapılmamış olduğundan bu meta-analitik karşılaştırmada yer almamışlardır. şekil 3.4 farklı terapilere için etki boyutlarını, standart hata, %95 güven aralığı istatistiklerini göstermektedir. Yüzleştirme içeren 7 çalışmadan 2'sinde büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutu elde edilirken, kalan çalışmaların 2'sinde küçük, 2'sinde orta kuvvette ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan etki boyutu elde edilmiştir. Yüzleştirme 1 çalışmada hiç etki göstermezken, bir çalışmada diğer tedavi yüzleştirmeye göre küçük ama istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir etki sağlamıştır. Yüzleştirme terapilerinin kontrol grubuna göre sağladığı etki boyutu ortalama 0.51 (standart hata = 0.20, %95 Güven aralığı = 0.12-0.90, $p < 0.05$) olarak hesaplanmıştır. Yüzleştirmeye eklenen davranışçı terapi yöntemleri bir araştırmada kontrol grubuna göre yüksek ve anlamlı, ancak bir başka çalışmada küçük ve anlamlı olmayan bir etki sağlamıştır. Yüzleştirmeye eklenen davranışçı terapi yöntemlerinin kontrol grubuna göre sağladığı etki boyutu ortalama 0.50 (standart hata = 0.30, %95 Güven aralığı = -0.70-1.07, $p = 0.09$) olmuştur. Yüzleştirmeye eklenen bilişsel yeniden yapılandırmayı içeren 2 çalışmada tedavi kontrol grubuna göre orta ve küçük büyüklükte ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan etki boyutu belirlenirken, 1 çalışmada ise büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutu belirlenmiştir. Yüzleştirmeye eklenen bilişsel yeniden yapılandırma protokollerinin ortalama etki boyutu 0.76'dır (standart hata = 0.33, %95 Güven aralığı = 0.11-1.40, $p < 0.05$). Yüzleştirmeye hem bilişsel yeniden yapılandırmanın hem davranışçı terapinin eklendiği 2 protokolde etki boyutu kontrol grubuna göre küçük ve istatistiksel olarak anlamlı değilken, 3 protokolde büyük ve istatistiksel olarak anlamlı hesaplanmıştır. Bu terapiler ortalama 0.57 etki boyutu (standart hata = 0.22, %95 Güven aralığı = 0.14-1.00, $p < 0.01$) sağlamıştır. Son olarak EMDR 4 çalışmada küçük ve orta büyüklükte istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir etki elde etmiş, bir karşılaştırmada ise büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki sağlanmıştır.

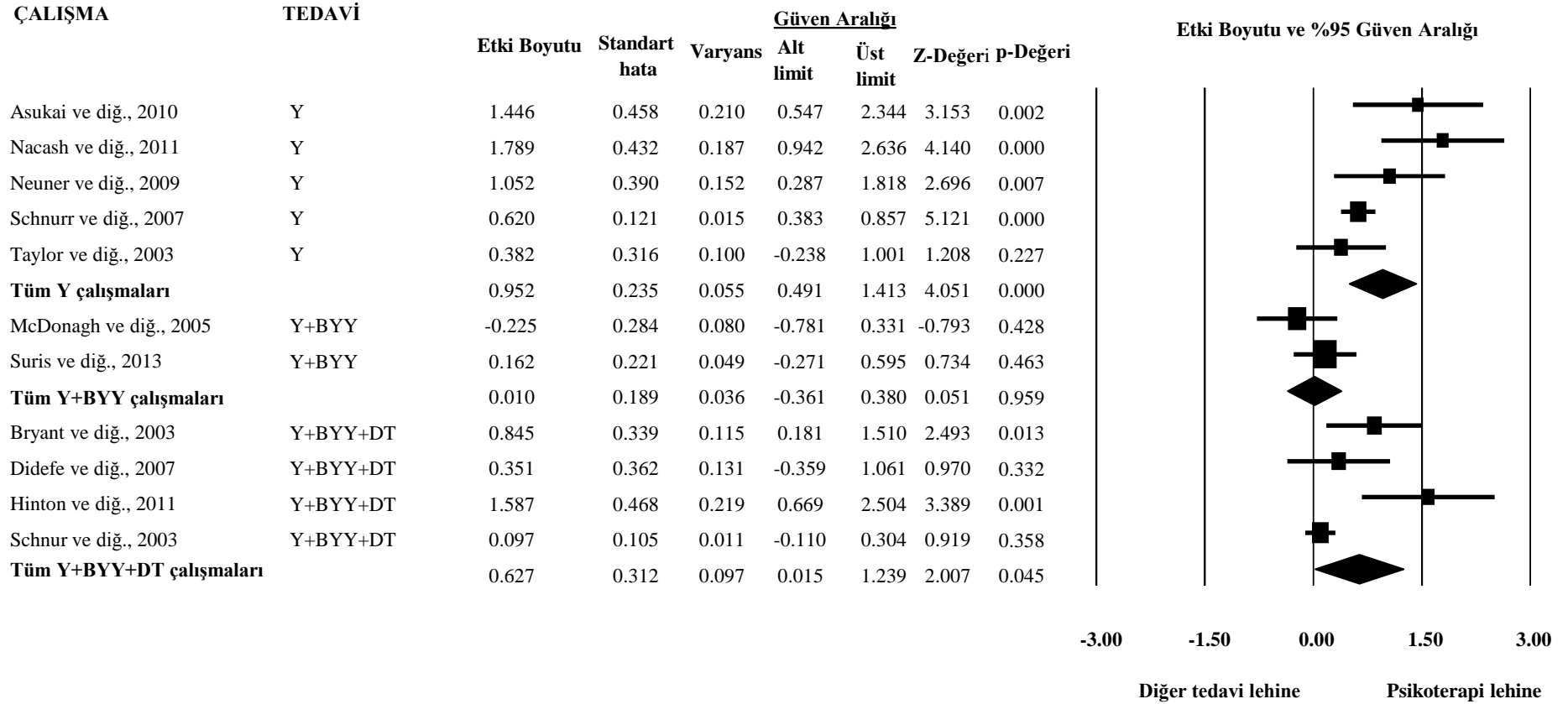


Şekil 3.4 Psikoterapi ve Diğer Tedavi Kontrol Grupları Arasındaki Etki Boyutları

EMDR'in kontrol gruplarına göre etki boyutu 0.28 (standart hata = 0.21, %95 Güven aralığı = -0.14-0.70, $p = 0.19$) olarak hesaplanmıştır.

3.1.3.4. Tedavi Amacı Analizleri İçin Diğer Tedavi Kontrol Gruplarına Göre Psikoterapilerin Etkisi

Meta-analize giren araştırmalar içinde travma odaklı psikoterapi protokollerinin diğer tedavi kontrol gruplarına göre etkisini tedavi amacı analizleri için inceleyen toplam 11 karşılaştırma yapılmıştır. Şekil 3.5 farklı terapilere için etki boyutlarını, standart hata, %95 güven aralığı istatistiklerini göstermektedir. Yüzleştirme içeren protokoller içeren bir araştırmada kontrol grubuna göre küçük ve anlamlı olmayan etki hesaplanırken, 4 çalışmada orta ya da büyük kuvvette ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutları hesaplanmıştır. Yüzleştirme terapilerinin kontrol grubuna göre sağladığı etki boyutu ortalama 0.95 (standart hata = 0.24, %95 Güven aralığı = 0.49-1.41, $p < 0.001$) olmuştur. Yüzleştirmeye eklenen bilişsel yeniden yapılandırma 1 çalışmada diğer tedaviye göre küçük etki saptarken, 1 çalışmada diğer tedavi yüzleştirmeye göre küçük etki sağlamıştır (her iki etki boyutu da istatistiksel olarak anlamlı değildir). Yüzleştirmeye eklenen bilişsel yeniden yapılandırmanın kontrol grubuna göre sağladığı etki boyutu ortalama 0.01 (standart hata = 0.19, %95 Güven aralığı = -0.36-0.38, $p < 0.001$) olmuştur. Yüzleştirmeye hem bilişsel yeniden yapılandırmanın hem davranış terapisinin eklendiği 2 karşılaştırmada kontrol grubuna göre küçük ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan, ancak 2 karşılaştırmada ise büyük ve istatistiksel olarak anlamlı olan etki boyutu saptanmıştır. Bu terapilerin sağladığı ortalama etki boyutu 0.63'tür (standart hata = 0.31, %95 Güven aralığı = 0.02-1.24, $p < 0.01$). EMDR, yüzleştirme içermeyen bilişsel ve davranışçı yöntemler ve yüzleştirme ile verilen davranış terapilerini sınavan çalışmalar için tedavi amacı analizleri karşılaştırması yeteri kadar çalışma olmadığı için yapılamamıştır.



Şekil 3.5 Tedavi Amacı Analizleri İçin Psikoterapi ve Diğer Tedavi Kontrol Grupları Arasındaki Etki Boyutları

3.1.4. Psikoterapi Araştırmalarında Tedavi Bitirenler için Gruplar için Analizleri

Meta-analize giren her bir araştırmada tedavi bitirenler için tedavi öncesi değerlendirmeden tedavi sonrasına değerlendirmeye elde edilen etki boyutları travma odaklı psikoterapi protokolleri, diğer kontrol grubu tedavileri ve bekleme listesi / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirme kontrol grupları için hesaplanmıştır. Tablo 3.2 her araştırmada elde edilen etki boyutlarını, standart hata, %95 güven aralığı istatistiklerini göstermektedir. Genel olarak çalışmalardaki aktif tedavi gruplarında büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutları elde edilmiştir. Yüzleştirme terapilerinin tedavi bitirenler için etkisi 23 grupta incelenmiş ve grupların sadece bir tanesinde orta büyüklükte ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan etki boyutu elde edilmiştir. Yüzleştirme ile birlikte kullanılan davranış terapisi yöntemlerini inceleyen 3 çalışmadan birinde orta büyüklükte ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan etki boyutu hesaplanmıştır. Bilişsel yeniden yapılandırmanın tek başına etkisi sadece iki çalışmada incelenmiş, bunlar da büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutları elde etmiştir. Tüm 9 yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma protokolünde büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutu elde edilirken, bu yöntemlere davranış terapisinin de eklendiği 20 protokolün 2'sinde anlamlı etki boyutları ortaya çıkmamıştır. Yüzleştirme içermeyen ve travma odağı kısıtlı olan Bilişsel ve Davranışçı Terapi yöntemlerini inceleyen 4 çalışmanın 1'inde küçük ve EMDR'ın etkisini inceleyen 13 çalışmanın 1 tanesi büyük etki boyutu elde etmiş olsa da bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Destekleyici psikoterapi, şimdi odaklı psikoterapi, gevşeme egzersizleri gibi travma odağı olmayan tedavilerin sınıandığı 18 grupta genel olarak etki boyutları aktif tedavilere göre küçük kalmış ve 8 grupta etki boyutları istatistiksel anlamlılık sınırına ulaşmamıştır. Diğer yandan bekleme listesi, minimal ilgi, tekrarlayan değerlendirmeler içeren 28 kontrol grubunda etki boyutları genel olarak küçük-orta büyüklük arasında kalmış ve sadece 4 çalışmada istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeye yol açmışlardır.

şekil 3.6 te kodlanan protokoller için etki boyutu ortalama istatistiklerini göstermektedir. Tüm aktif tedavi protokollerinin büyük ve birbirine benzer tedavi etkisi olduğu görülmektedir. Genel olarak 89 bilişsel ve / veya davranış terapisi protokolünde elde edilen etki boyutu 1.63 (standart hata = 0.09, %95 Güven aralığı = 1.45-1.81, $p < 0.001$) olarak hesaplanmıştır. Sınıanan 13 EMDR çalışmasında etki boyutu 1.57 (standart hata = 0.14, %95 Güven aralığı = 1.30-1.84, $p < 0.001$)

olmuştur. Tüm tedaviler içinde yüzleştirme ve bilişsel yapılandırma içeren protokoller ile bu yöntemlere diğer davranış terapisi yöntemlerinin eklendiği protokollerin en yüksek etki boyutunu (1.86) sağladığı görülmektedir. Travma odağı olmayan terapiler neredeyse büyük etki boyutu sınırına yaklaşmış olsalar da (0.76) aktif tedavilerle karşılaştırıldığında bu onların sağladığının neredeyse yarısı kadar bir etkidir. Bekleneceği gibi bekleme listesi, minimal ilgi, tekrarlayan değerlendirmeler içeren kontrol gruplarında küçük etki boyutu (0.36) elde edilmiştir.

Tablo 3.2 Travma Odaklı Psikotepi Protokolleri ve Kontrol Gruplarında Tedavi Bitirenler İçin Gruplar-İçi Etki Boyutu İstatistikleri

	Etki Boyutu	Standart Hata	%95 Güven Aralığı		p değeri
			Alt Limit	Üst Limit	
Bilişsel ve Davranışçı Yöntemler					
Foa ve diğ., 1991	2.46	0.50	1.48	3.44	0.001
Foa ve diğ., 1999	1.87	0.39	1.11	2.64	0.001
Frommberger ve diğ., 2004	1.55	0.50	0.57	2.53	0.002
Hansel-Dittmann, 2011	0.16	0.42	-0.66	0.99	0.700
Bilişsel Yeniden Yapılandırma					
Marks ve diğ., 1998	1.65	0.39	0.89	2.41	0.001
Tarrier ve diğ., 1999	1.02	0.26	0.50	1.53	0.001
Yüzleştirme					
Arntz, 2007	0.82	0.31	0.21	1.44	0.009
Basoglu ve diğ., 2005	1.17	0.27	0.63	1.71	0.001
Basoglu ve diğ., 2007	2.05	0.44	1.20	2.91	0.001
Beidel, 2011	0.94	0.38	0.20	1.68	0.013
Bryant ve diğ., 2008	1.10	0.33	0.46	1.73	0.001
Feske, 2008	1.59	0.54	0.53	2.66	0.003
Foa ve diğ., 1991	1.21	0.49	0.25	2.16	0.013
Foa ve diğ., 1999	2.04	0.36	1.32	2.75	0.001
Foa ve diğ., 2005	3.33	0.30	2.74	3.92	0.001
Hansel-Dittmann, 2011	0.95	0.42	0.13	1.77	0.023
Ironson ve diğ., 2002	2.18	0.59	1.01	3.34	0.001
Johnson & Lubin, 2006	1.03	0.50	0.04	2.02	0.041
Marks ve diğ., 1998	1.40	0.35	0.71	2.09	0.001
Neuner ve diğ., 2004	0.99	0.40	0.21	1.76	0.012
Paunovic ve Ost, 2001	2.71	0.49	1.75	3.68	0.001
Resick ve diğ., 2002	2.16	0.28	1.61	2.71	0.001
Resick ve diğ., 2008	1.10	0.28	0.55	1.65	0.001

Tablo 3.2'nin devamı

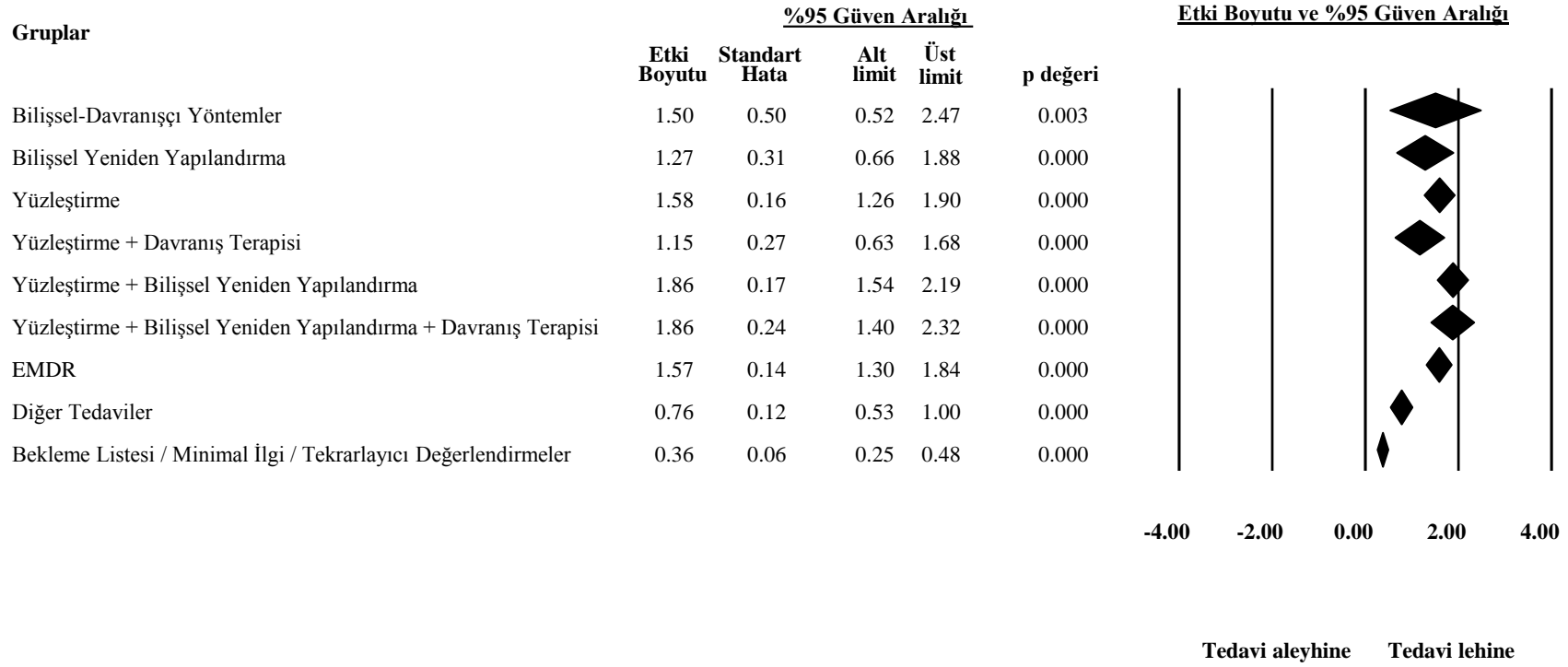
	Etki Boyutu	Standart Hata	%95 Güven Aralığı		p değeri
			Alt Limit	Üst Limit	
Rothbaum ve diğ., 2005	2.01	0.39	1.25	2.77	0.001
Sloan ve diğ., 2011	1.26	0.34	0.60	1.92	0.001
Sloan ve diğ., 2012	3.48	0.50	2.49	4.46	0.001
Tarrier ve diğ., 1999	0.86	0.27	0.32	1.39	0.002
Taylor ve diğ., 2003	1.81	0.44	0.94	2.68	0.001
Vaughan ve diğ., 1994	0.66	0.40	-0.13	1.45	0.100
Yüzleştirme + Davranış Terapisi					
Brom ve diğ., 1989	1.20	0.30	0.62	1.78	0.001
Bryant ve diğ., 2003	1.64	0.43	0.80	2.47	0.001
Keane ve diğ., 1989	0.59	0.44	-0.27	1.44	0.179
Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma					
Bass ve diğ., 2013	1.83	0.15	1.55	2.12	0.001
Bryant ve diğ., 2008	1.81	0.35	1.12	2.49	0.001
Foa ve diğ., 2005	2.37	0.28	1.83	2.92	0.001
Marks ve diğ., 1998	1.50	0.37	0.78	2.22	0.001
McDonagh ve diğ., 2005	1.22	0.37	0.48	1.95	0.001
Paunovic ve Ost, 2001	1.88	0.57	0.77	3.00	0.001
Power ve diğ., 2002	1.42	0.35	0.74	2.09	0.001
Resick ve diğ., 2002	2.95	0.32	2.32	3.57	0.001
Resick ve diğ., 2008	1.63	0.29	1.07	2.19	0.001
Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma + Davranış Terapisi					
Beck ve diğ., 2009	1.29	0.38	0.55	2.03	0.001
Blanchard ve diğ., 2003	1.85	0.33	1.21	2.48	0.001
Bryant ve diğ., 2003	2.43	0.48	1.49	3.38	0.001
Chard, 2005	2.82	0.38	2.08	3.57	0.001
Cloitre ve diğ., 2002	1.77	0.36	1.08	2.47	0.001
Cottraux ve diğ., 2008	1.26	0.30	0.68	1.84	0.001
Deville ve Spence, 1999	2.04	0.52	1.02	3.07	0.001
Didefe ve diğ., 2007	1.69	0.62	0.47	2.91	0.007
Duffy ve diğ., 2007	2.22	0.35	1.54	2.90	0.001
Ehlers ve diğ., 2003	2.25	0.34	1.58	2.92	0.001
Ehlers ve diğ., 2005	2.42	0.50	1.44	3.40	0.001
Fecteau ve Nicky, 1999	1.50	0.51	0.51	2.50	0.003
Foa ve diğ., 1999	1.99	0.37	1.27	2.71	0.001
Frommberger ve diğ., 2004	3.54	0.72	2.13	4.95	0.001
Glynn ve diğ., 1999	0.49	0.41	-0.32	1.30	0.237

Tablo 3.2'nin devamı

	Etki Boyutu	Standart Hata	%95 Güven Aralığı		p değeri
			Alt Limit	Üst Limit	
Hinton ve diğ., 2005	2.04	0.39	1.27	2.80	0.001
Kubany ve diğ., 2004	3.06	0.31	2.45	3.67	0.001
Lee ve diğ., 2002	1.35	0.45	0.46	2.24	0.003
Maercker ve diğ., 2006	1.56	0.36	0.86	2.26	0.001
Schnur ve diğ., 2003	0.23	0.13	-0.02	0.49	0.073
EMDR					
Carlson ve diğ., 1998	1.44	0.51	0.45	2.43	0.004
Deville ve Spence, 1999	1.15	0.47	0.23	2.08	0.015
Edmond ve diğ., 1999	1.52	0.36	0.82	2.23	0.001
Högberg ve diğ., 2007	0.93	0.43	0.09	1.77	0.030
Ironson ve diğ., 2002	1.53	0.51	0.54	2.53	0.003
Johnson ve Lubin, 2006	0.92	0.51	-0.07	1.92	0.070
Karatzias ve diğ., 2011	1.16	0.37	0.43	1.89	0.002
Lee ve diğ., 2002	1.81	0.49	0.85	2.77	0.001
Power ve diğ., 2002	2.46	0.36	1.75	3.16	0.001
Rothbaum ve diğ., 1997	2.43	0.60	1.26	3.60	0.001
Rothbaum ve diğ., 2005	1.85	0.38	1.10	2.59	0.001
Taylor ve diğ., 2003	1.80	0.44	0.93	2.66	0.001
Vaughan ve diğ., 1994	1.33	0.47	0.42	2.25	0.004
Diğer Tedaviler					
Bass ve diğ., 2013	0.79	0.11	0.58	1.00	0.001
Blanchard ve diğ., 2003	0.76	0.28	0.21	1.32	0.007
Brom ve diğ., 1989	0.90	0.30	0.32	1.48	0.002
Bryant ve diğ., 2003	0.44	0.38	-0.30	1.18	0.243
Carlson ve diğ., 1998	0.60	0.41	-0.20	1.41	0.141
Cottraux ve diğ., 2008	1.10	0.39	0.33	1.87	0.005
Didefe ve diğ., 2007	0.29	0.38	-0.46	1.03	0.453
Edmond ve diğ., 1999	1.56	0.36	0.85	2.26	0.001
Feske, 2008	0.60	0.42	-0.22	1.42	0.149
Foa ve diğ., 1991	0.92	0.45	0.04	1.79	0.041
Karatzias ve diğ., 2011	1.12	0.36	0.41	1.83	0.002
Marks ve diğ., 1998	0.34	0.32	-0.29	0.97	0.288
McDonagh ve diğ., 2005	1.19	0.34	0.52	1.87	0.001
Neuner ve diğ., 2004	-0.12	0.41	-0.93	0.69	0.774
Schnur ve diğ., 2003	0.11	0.12	-0.13	0.35	0.374

Tablo 3.2'nin devamı

	Etki Boyutu	Standart Hata	%95 Güven Aralığı		p değeri
			Alt Limit	Üst Limit	
Sloan ve diğ., 2011	1.62	0.36	0.93	2.32	0.001
Taylor ve diğ., 2003	1.27	0.40	0.48	2.06	0.002
Vaughan ve diğ., 1994	0.55	0.43	-0.30	1.40	0.205
Bekleme Listesi / Minimal İlgili / Tekrarlayıcı Değerlendirmeler					
Basoglu ve diğ., 2005	0.46	0.27	-0.07	0.99	0.091
Basoglu ve diğ., 2007	0.75	0.38	0.01	1.49	0.048
Beck ve diğ., 2009	0.29	0.36	-0.40	0.99	0.411
Blanchard ve diğ., 2003	0.27	0.29	-0.30	0.84	0.351
Brom ve diğ., 1989	0.31	0.30	-0.27	0.90	0.290
Carlson ve diğ., 1998	0.63	0.42	-0.20	1.45	0.136
Chard, 2005	0.09	0.27	-0.44	0.63	0.730
Cloitre ve diğ., 2002	0.49	0.29	-0.09	1.06	0.097
Duffy ve diğ., 2007	0.45	0.29	-0.13	1.03	0.125
Edmond ve diğ., 1999	0.50	0.33	-0.13	1.14	0.121
Ehlers ve diğ., 2003	0.66	0.28	0.11	1.21	0.019
Ehlers ve diğ., 2005	0.02	0.38	-0.73	0.76	0.968
Fecteau ve Nicky, 1999	0.14	0.45	-0.74	1.02	0.759
Foa ve diğ., 1991	0.82	0.47	-0.10	1.73	0.080
Foa ve diğ., 1999	0.82	0.38	0.08	1.57	0.031
Foa ve diğ., 2005	0.85	0.30	0.27	1.43	0.004
Glynn ve diğ., 1999	0.06	0.39	-0.71	0.83	0.878
Hinton ve diğ., 2005	0.27	0.32	-0.35	0.89	0.392
Högberg ve diğ., 2007	0.35	0.49	-0.61	1.31	0.476
Keane ve diğ., 1989	0.47	0.26	-0.03	0.98	0.066
Kubany ve diğ., 2004	0.30	0.22	-0.14	0.74	0.187
Maercker ve diğ., 2006	0.29	0.31	-0.32	0.90	0.353
McDonagh ve diğ., 2005	0.44	0.32	-0.18	1.07	0.167
Power ve diğ., 2002	0.31	0.29	-0.26	0.87	0.293
Resick ve diğ., 2002	0.07	0.23	-0.38	0.51	0.769
Rothbaum ve diğ., 1997	0.51	0.51	-0.49	1.50	0.319
Rothbaum ve diğ., 2005	0.31	0.32	-0.31	0.94	0.329
Sloan ve diğ., 2012	-0.14	0.29	-0.70	0.43	0.639



Şekil 3.6 Travma Odaklı Psikotepi ve Kontrol Gruplarında Tedavi Bitirenler İçin Gruplar İçi Etki Boyutu İstatistikleri

3.1.5. Psikoterapi Araştırmalarında Gruplar İçi Tedavi Amacı Analizleri

Meta-analize dahil olan ve tedavi amacı analiz verileri belirtilen her bir araştırmanın etki boyutları travma odaklı psikoterapi protokolleri, diğer kontrol grubu tedavileri ve bekleme listesi / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirme kontrol grupları için hesaplanmıştır. Tablo 3.3 her araştırmada elde edilen etki boyutlarını, standart hata, %95 güven aralığı istatistiklerini göstermektedir. Çalışmalarda yer alan aktif tedavi gruplarının çoğunluğunda büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutları elde edilmiştir. Yüzleştirme terapilerinin tedavi amacı için etkisinin incelendiği 17 grupta etki boyutları istatistiksel olarak anlamlıdır ve tedavi 14 grupta büyük etki sağlamıştır. Benzer bir şekilde, yüzleştirme ile birlikte kullanılan davranış terapisi yöntemleri incelendiği 2 çalışmada da büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki yaratmıştır. Yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırmanın birlikte kullanıldığı 10 terapi protokolünün 8'inde büyük, 2'sinde ise büyüğe yakın etki boyutları elde edilmiştir. Yüzleştirme, bilişsel yeniden yapılandırma ve davranış terapisi yöntemlerinin beraber kullanıldığı 14 protokolden 1'inde orta büyüklükte ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan, 1'inde ise küçük ama istatistiksel olarak anlamlı etki boyutu hesaplanmış, kalan tüm çalışmalarda etki boyutları büyük ve istatistiksel olarak anlamlı olmuştur. Yüzleştirme içermeyen ve travma odağı kısıtlı olan Bilişsel ve Davranışçı Terapi yöntemlerinin etkisi sadece 3 çalışmada incelenmiş, büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutları elde etmiştir. EMDR'nin etkisi de sadece 3 çalışmada incelenmiş, bu çalışmalardan büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutları elde edilmiştir. Travma odağı olmayan tedavilerin sınıandığı (örn. destekleyici psikoterapi, şimdi odaklı psikoterapi, gevşeme egzersizleri gibi) 5 çalışmada etki boyutları istatistiksel anlamlılık sınırına ulaşmamış, ancak 3 çalışmada büyük, 2 çalışmada orta, 1 çalışmada ise küçük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutu hesaplanmıştır. Diğer yandan bekleme listesi, minimal ilgi, tekrarlayan değerlendirmeler içeren 17 kontrol grubunda etki boyutları aktif tedavilere göre küçük kalmıştır, fakat 6 çalışmada orta ve büyük kuvvette istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeye yol açmışlardır.

Şekil 3.7 te kodlanan protokoller için etki boyutu ortalama istatistiklerini göstermektedir. Tüm aktif tedavi protokollerinin büyük ve birbirine benzer tedavi etkisi olduğu görülmektedir. Genel olarak bilişsel ve / veya davranış terapisi protokolünde elde edilen etki boyutu 1.41 (standart hata = 0.09, %95 Güven aralığı = 1.22 – 1.59, $p < 0.001$) olarak hesaplanmıştır. Sınanan 3 EMDR çalışmasında etki

boyutu 2.17 (standart hata = 0.23, %95 Güven aralığı = 1.72-2.62, $p < 0.001$) olmuştur ve en yüksek etki boyutunu sağlamıştır. Fakat sınırlı çalışma sayısının sadece 3 olması bu bulguları değerlendirirken göz önünde bulundurulmalıdır. Bir diğer yüksek etki boyutu elde eden (1.95), yüzleştirme içermeyen ve travma odağı kısıtlı olan Bilişsel ve Davranışçı Terapi yöntemlerinin de sadece 3 çalışmada sınanmış olması da bu bulguları değerlendirirken göz önünde bulundurulmalıdır. Travma odağı olmayan terapilerde (0.49) ve bekleme listesi, minimal ilgi, tekrarlayan değerlendirmeler içeren kontrol gruplarında (0.44) küçük etki boyutu elde edilmiştir.

Tablo 3.3 Travma Odaklı Psikotepi Protokolleri ve Kontrol Gruplarında Tedavi Amacı Analizlerinde Gruplar-İçi Etki Boyutu İstatistikleri

	Etki Boyutu	Standart Hata	%95 Güven Aralığı		p Değeri
			Alt Limit	Üst Limit	
Bilişsel ve Davranışçı Yöntemler					
Cloitre ve diğ., 2010	1.72	0.27	1.19	2.25	0.001
Frommberger ve diğ., 2004	1.55	0.50	0.57	2.53	0.002
Neuner ve diğ., 2008	2.20	0.17	1.87	2.54	0.001
Yüzleştirme					
Arntz, 2007	0.56	0.22	0.12	0.99	0.012
Asukai ve diğ., 2010	1.78	0.48	0.83	2.72	0.001
Basoglu ve diğ., 2005	1.17	0.27	0.63	1.71	0.001
Basoglu ve diğ., 2007	2.05	0.44	1.20	2.91	0.001
Bryant ve diğ., 2008	0.67	0.27	0.15	1.19	0.012
Cloitre ve diğ., 2010	1.64	0.28	1.08	2.19	0.001
Foa ve diğ., 2005	1.45	0.18	1.10	1.81	0.001
Hoffart ve diğ., 2013	1.35	0.28	0.80	1.90	0.001
Nacash ve diğ., 2011	2.61	0.50	1.64	3.58	0.001
Neuner ve diğ., 2008	1.96	0.16	1.64	2.28	0.001
Neuner ve diğ., 2009	1.65	0.42	0.82	2.48	0.001
Resick ve diğ., 2002	1.11	0.19	0.73	1.49	0.001
Resick ve diğ., 2008	0.94	0.23	0.49	1.38	0.001
Schnurr ve diğ., 2007	0.80	0.12	0.56	1.04	0.001
Sloan ve diğ., 2012	3.18	0.45	2.29	4.07	0.001
Taylor ve diğ., 2003	1.36	0.33	0.70	2.01	0.001
Van Emmerik 2008	0.72	0.22	0.29	1.16	0.001
Yüzleştirme + Davranış Terapisi					
Bryant ve diğ., 2003	1.07	0.34	0.40	1.74	0.002

Tablo 3.3'ün devamı

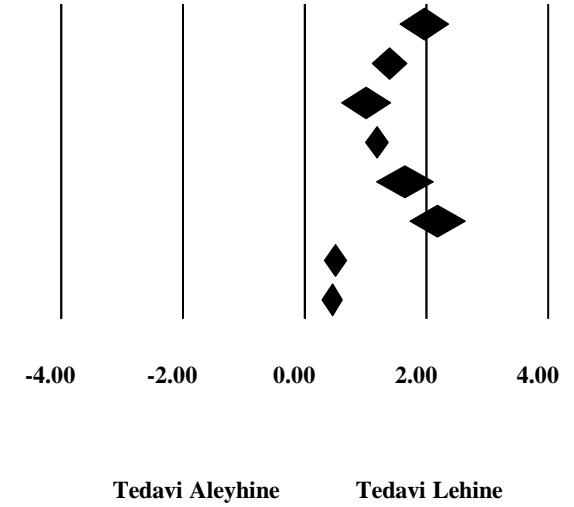
	Etki Boyutu	Standart Hata	%95 Güven Aralığı		p Değeri
			Alt Limit	Üst Limit	
Hoffart ve diğ., 2013	0.95	0.26	0.45	1.45	0.001
Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma					
Bryant ve diğ., 2008	1.35	0.30	0.77	1.93	0.001
Falsetti ve diğ., 2008	0.72	0.31	0.11	1.33	0.021
Foa ve diğ., 2005	1.31	0.18	0.95	1.66	0.001
Forbes ve diğ., 2012	1.16	0.28	0.61	1.71	0.001
McDonagh ve diğ., 2005	0.71	0.27	0.18	1.24	0.009
Monson ve diğ., 2006	1.45	0.29	0.89	2.02	0.001
Resick ve diğ., 2002	1.50	0.20	1.10	1.89	0.001
Resick ve diğ., 2008	1.49	0.24	1.02	1.97	0.001
Suris ve diğ., 2013	0.99	0.21	0.59	1.40	0.001
Van Emmerik, 2008	0.86	0.23	0.40	1.31	0.001
Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma + Davranış Terapisi					
Bryant ve diğ., 2003	1.28	0.35	0.60	1.96	0.001
Cloitre ve diğ., 2010	1.74	0.29	1.17	2.30	0.001
Didefe ve diğ., 2007	0.53	0.37	-0.20	1.25	0.157
Duffy ve diğ., 2007	1.11	0.28	0.56	1.67	0.001
Ehlers ve diğ., 2003	2.25	0.34	1.58	2.92	0.001
Ehlers ve diğ., 2005	2.42	0.50	1.44	3.40	0.001
Frommberger ve diğ., 2004	3.54	0.72	2.13	4.95	0.001
Hinton ve diğ., 2005	2.04	0.39	1.27	2.80	0.001
Hinton ve diğ., 2011	2.64	0.56	1.55	3.74	0.001
Kubany ve diğ., 2004	1.48	0.20	1.09	1.88	0.001
Monson ve diğ., 2012	1.64	0.39	0.88	2.40	0.001
Nijdam ve diğ., 2012	1.95	0.21	1.54	2.35	0.001
Schnur ve diğ., 2003	0.24	0.11	0.04	0.45	0.021
Sijbrand ve diğ., 2007	1.24	0.19	0.88	1.60	0.001
EMDR					
Nijdam ve diğ., 2012	2.43	0.22	1.99	2.86	0.001
Taylor ve diğ., 2003	1.63	0.37	0.90	2.37	0.001
van der Kolk, 2007	2.24	0.35	1.55	2.93	0.001
Diğer Tedaviler					
Asukai ve diğ., 2010	0.16	0.41	-0.64	0.96	0.696
Bryant ve diğ., 2003	0.39	0.34	-0.27	1.06	0.243
Didefe ve diğ., 2007	0.26	0.36	-0.44	0.95	0.469
Hinton ve diğ., 2011	0.87	0.43	0.04	1.71	0.041
McDonagh ve diğ., 2005	1.08	0.32	0.45	1.72	0.001

Tablo 3.3'ün devamı

	Etki Boyutu	Standart Hata	%95 Güven Aralığı		p Değeri
			Alt Limit	Üst Limit	
Nacash ve diğ., 2011	0.23	0.37	-0.48	0.95	0.522
Neuner ve diğ., 2009	0.39	0.36	-0.31	1.09	0.270
Schnur ve diğ., 2003	0.24	0.11	0.03	0.45	0.024
Schnurr ve diğ., 2007	0.53	0.12	0.29	0.76	0.001
Suris ve diğ., 2013	0.68	0.25	0.20	1.17	0.006
Taylor ve diğ., 2003	1.03	0.35	0.35	1.71	0.003
Bekleme Listesi / Minimal İlgisi / Tekrarlayıcı Değerlendirmeler					
Basoglu ve diğ., 2005	0.46	0.27	-0.07	0.99	0.091
Basoglu ve diğ., 2007	0.75	0.38	0.01	1.49	0.048
Duffy ve diğ., 2007	0.36	0.26	-0.16	0.88	0.177
Ehlers ve diğ., 2003	0.66	0.28	0.11	1.21	0.019
Ehlers ve diğ., 2005	0.02	0.38	-0.73	0.76	0.968
Falsetti ve diğ., 2008	0.28	0.26	-0.22	0.78	0.276
Foa ve diğ., 2005	0.80	0.29	0.24	1.37	0.005
Hinton ve diğ., 2005	0.27	0.32	-0.35	0.89	0.392
Kubany ve diğ., 2004	0.26	0.18	-0.09	0.61	0.150
McDonagh ve diğ., 2005	0.36	0.30	-0.22	0.94	0.227
Monson ve diğ., 2006	0.32	0.26	-0.19	0.83	0.214
Monson ve diğ., 2012	0.65	0.24	0.19	1.12	0.006
Neuner ve diğ., 2008	1.19	0.21	0.78	1.59	0.001
Resick ve diğ., 2002	0.08	0.21	-0.33	0.48	0.714
Sijbrand ve diğ., 2007	0.72	0.19	0.34	1.10	0.001
Sloan ve diğ., 2012	-0.14	0.29	-0.70	0.43	0.639
Van Emmerik, 2008	0.25	0.22	-0.19	0.68	0.268

Gruplar

Gruplar	Etki Boyutu	Standart Hata	Alt limit	Üst limit	p değeri
Bilişsel-Davranışçı Yöntemler	1.95	0.20	1.55	2.35	0.000
Yüzleştirme	1.38	0.14	1.10	1.67	0.000
Yüzleştirme + Davranış Terapisi	0.99	0.20	0.59	1.39	0.000
Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma	1.17	0.10	0.98	1.36	0.000
Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma + Davranış Terapisi	1.63	0.24	1.17	2.10	0.000
EMDR	2.17	0.23	1.72	2.62	0.000
Diğer Tedaviler	0.49	0.09	0.31	0.67	0.000
Bekleme Listesi / Minimal İlgi / Tekrarlayıcı Değerlendirmeler	0.44	0.08	0.27	0.61	0.000

Etki Boyut ve %95 Güven Aralığı

Şekil 3.7 Travma Odaklı Psikotepi ve Kontrol Gruplarında Tedavi Amacı Analizlerinde Gruplar İçi Etki Boyutu İstatistikleri

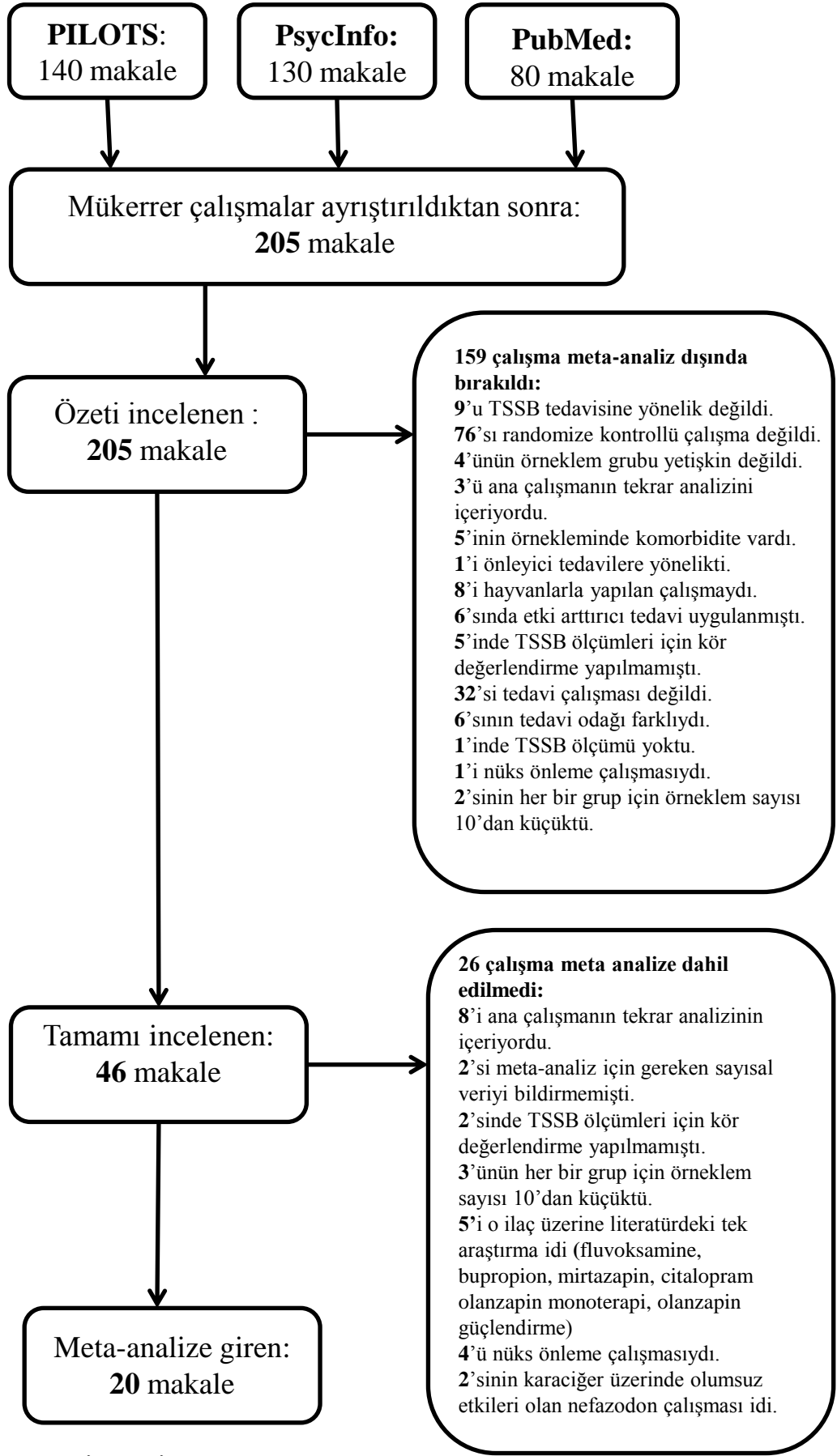
3.2. İlaç Tedavileri

3.2.1. Araştırmaların Seçimi

İlaç tedavilerine yönelik araştırmaların meta-analize dahil edilme sürecini özetleyen PRISMA diyagramı Şekil 3.8.'te yer almaktadır. Anahtar kelimeler kullanılarak yapılan literatür taraması ile PILOTS veritabanında 140, PsychInfo veri tabanında 130, PubMed veri tabanında ise 80 makaleye ulaşılmıştır. Veritabanlarında örtüşen makaleler ayıklandıktan sonra toplam 205 makalenin özeti incelenmiştir ve bu aşamada 159 makale işleme kriterlerini karşılamadığı için meta-analizin dışında bırakılmıştır. Toplam 46 makalenin tam metni incelenmiştir ve 20 makalenin işleme kriterlerini karşıladığı belirlenerek meta-analize dahil edilmiştir.

3.2.2. Araştırmaların Özellikleri

Meta-analize giren 20 randomize kontrollü klinik araştırmada toplam 23 ilaç ile plasebo karşılaştırması yapılmıştı. Karşılaştırmaların 7'si sertralin, 5'i fluoksetin, 4'ü paroksetin, 3'ü risperidon güçlendirme, 2'si risperidon monoterapi ve 2'si venlafaksin içermekteydi. Araştırmaların 15'inde örneklem karışık sivil travma olayları (örn. cinsel ya da fiziksel saldırı, istismar, kazalar, başka kişilerin yaşadıkları travma olaylarına tanık olma, vb.) yaşamış kişilerden oluşmaktaydı. Altı araştırmada örneklem savaş gazilerinden birinde sivil savaş mağdurları ya da çarpışmaya katılan sivillerden oluşuyordu. Bir örneklem duygusal, fiziksel, cinsel ve sözel istismara uğrayan kadınları içeriyordu. Araştırmaların 17'sinde ilaç dozu esnek iken, 6'sında ilaç dozu sabit tutulmuştu. Tedaviler 5 ile 24 hafta arasında sürmüştü, ama çalışmaların yaklaşık yarısında (%52.2) tedavi süresi 12 hafta idi. Karşılaştırmaların sadece bir tanesi tedavi etkisi klinisyen tarafından uygulanan tanı görüşme formuna dayanmıyordu. Toplam 22 karşılaştırmaların 21'inde Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (CAPS, Blake ve diğ., 1995) klinisyen tarafından uygulanan tanı görüşmesiydi. Toplam 15 karşılaştırmada öz bildirim ölçeği kullanılmıştı. Bunların 13'ünde Davidson Travma Ölçeği (DTS, Davidson ve diğ., 1997) ve 2'sinde Olayların Etkisi Ölçeği (IES, Horowitz ve diğ., 1979) kullanılmıştı. Üç çalışmada bu öz bildirim ölçeklerinin ikisi birden kullanılmıştı.



Şekil 3. 1 İlaçlar İçin Prisma Diyagramı

Tablo 3.4 İlaç Çalışmalarının Özellikleri

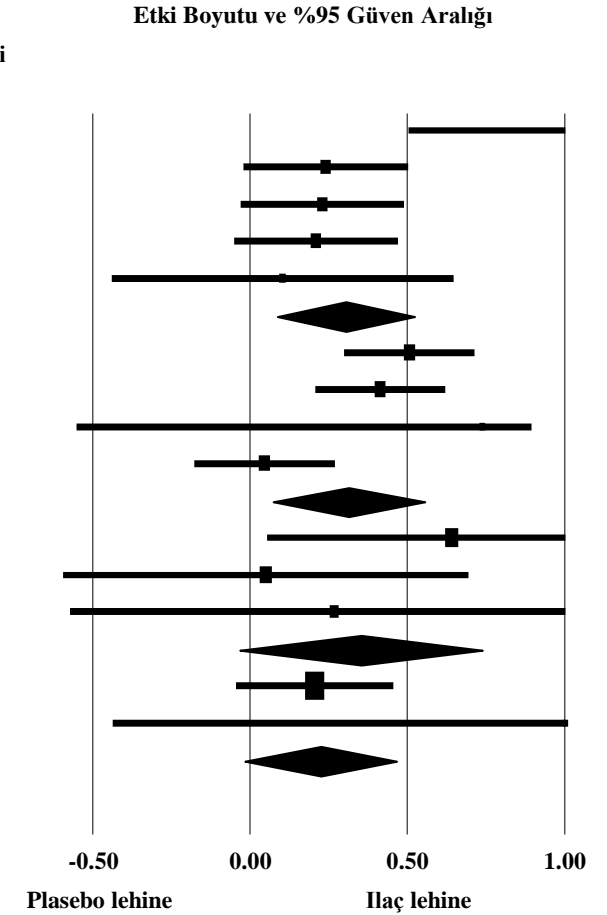
Yazarlar ve Yıl	Travma Türü	İlaç	Doz	Tedavi süresi	TSSB Görüşme Formu	TSSB Öz Bildirim Ölçeği	Depresyon Ölçeği	İlaç örneklemi	Plasebo örneklemi
Connor ve diğ., 1999	Karışık	Fluoksetin	10-60mg	12	CAPS	DTS		27	26
Martenyi ve diğ., 2002	Savaş (Sivil Mağdurlar)	Fluoksetin	20-80mg	12	CAPS	DTS	MADRS	226	75
Martenyi ve diğ., 2007	Karışık	Fluoksetin	20mg ve 40mg	12	CAPS	DTS	MADRS	163/160	88
van der Kolk ve diğ., 2007	Karışık	Fluoksetin	40mg	8	CAPS		BDI	30	29
Tucker ve diğ., 2001	Karışık	Paroksetin	20-50mg	12	CAPS	DTS	MADRS	151	156
Marshall ve diğ., 2001	Karışık	Paroksetin	20mg ve 40mg	12	CAPS	DTS	MADRS	183/182	186
Marshall ve diğ., 2007	Karışık	Paroksetin	10-60mg	10	CAPS	DTS	HAM-D		
Rothbaum ve diğ., 2008	Karışık	Risperidon güçlendirme	0.5-3mg	8	CAPS	DTS	BDI	14	11
Bartzokis ve diğ., 2005	Savaş (Gaziler)	Risperidon güçlendirme	75-300mg	16	CAPS		HAM-D	25	22
Hamner ve diğ., 2003	Savaş (Gaziler)	Risperidon güçlendirme	3 tablets	5	CAPS			19	18
Krystal ve diğ., 2011	Savaş (Gaziler)	Risperidon monoterapi	3 tablets	24	CAPS	IES		123	124
Reich ve diğ., 2004	İstismar	Risperidon monoterapi	1-6mg	8	CAPS			12	9
Brady ve diğ., 2000	Karışık	Sertralin	25-200mg	12	CAPS	DTS	HAM-D	93	90
Davidson ve diğ., 2001	Karışık	Sertralin	25-200mg	12	CAPS	DTS	HAM-D	98	104
Zohar ve diğ., 2002	Savaş (Gaziler)	Sertralin	50-200mg	10	CAPS	DTS		23	19
Tucker ve diğ., 2003	Karışık	Sertralin	50-200mg	10	CAPS		BDI	23	10
Panahi ve diğ., 2011	Savaş (Gaziler)	Sertralin	50-200mg	10	SI-PTSD	IES		32	30
Friedman ve diğ., 2007	Savaş (Gaziler)	Sertralin	25-200mg	12	CAPS		HAM-D	84	82
Davidson ve diğ., 2006a	Karışık	Sertralin, Venlafaksin	0.5-8 mg ve 75-300mg	12	CAPS	DTS	HAM-D	173/179	179
Davidson ve diğ., 2006b	Karışık	Venlafaksin	10-40mg	24	CAPS		HAM-D	161	168

Karşılaştırmaların 17'sinde depresyon ölçeği kullanılmıştı ve bunların 8'i Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D, Hamilton, 1960), 6'sı Montgomery-Asberg Depresyon Ölçeği (MADRS, Montgomery ve Asberg, 1979), 3'ünde Beck Depresyon Envanteriydi (BDI, Beck ve diğ., 1988). Araştırmaların özellikleri Tablo 3.4'te gösterilmektedir.

3.2.3. İlaç ve Plasebo Gruplar Arası Karşılaştırma Analizleri

Şekil 3.9 meta-analize giren ilaç tedavisi çalışmaları için ilaç ve plasebo arasındaki etki boyutu ve ilişkili diğer istatistikleri göstermektedir. Fluoksetinin etkisini inceleyen 5 randomize kontrollü araştırmada ilaç ve plasebo arasındaki etki boyutu 0.10 ile 1.08 arasında değişmiştir ve bir araştırma dışında etki boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Fluoksetin etkinliğini inceleyen tüm araştırmalarında plaseboya karşı elde edilen ortalama etki boyutu 0.30 (Standart hata = 0.11, %95 Güven Aralığı 0.08-0.52, $p < 0.01$) olarak hesaplanmıştır. Sertralinin etkisini inceleyen 7 randomize kontrollü araştırmada ilaç ve plasebo arasındaki etki boyutu -0.01 ile 0.78 arasında değişmiştir ve 3 araştırmada elde edilen etki boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sertralin etkinliğini inceleyen tüm araştırmalarında plaseboya karşı elde edilen ortalama etki boyutu 0.28 (Standart hata = 0.09, %95 Güven Aralığı 0.11-0.45, $p < 0.001$) olarak belirlenmiştir. Paroksetinin etkisini inceleyen 4 randomize kontrollü araştırmada ilaç ve plasebo arasındaki etki boyutu 0.04 ile 0.50 aralığında olmuştur ve araştırmaların yarısında elde edilen etki boyutunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Paroksetin etkinliğini inceleyen tüm araştırmalarında plaseboya karşı elde edilen ortalama etki boyutu 0.31 (Standart hata = 0.12, %95 Güven Aralığı 0.07-0.52, $p < 0.01$) olarak hesaplanmıştır. Venlafaksin etkisini inceleyen 2 randomize kontrollü araştırmada ilaç ve plasebo arasındaki etki boyutu 0.25 ve 0.26 olarak hesaplanmıştır ve her iki etki boyutu da istatistiksel olarak anlamlıdır. Venlafaksin plaseboya karşı ortalama etki boyutu 0.26 (Standart hata = 0.08, %95 Güven Aralığı 0.11-0.41, $p < 0.001$) olarak belirlenmiştir. Bu bulgular antidepresanların plasebo ile karşılaştırıldıklarında TSSB'de küçük etkiye sahip olduklarını göstermektedir.

ÇALIŞMA	İLAÇ				Güven Aralığı		Z-Değeri	p-Değeri
		Etki Boyutu	Standart hata	Varyans	Alt limit	Üst limit		
Connor, 1999	Fluoksetin	1.08	0.29	0.09	0.50	1.66	3.67	0.00
Martenyi, 2002	Fluoksetin	0.24	0.13	0.02	-0.02	0.50	1.79	0.07
Martenyi, 2007a	Fluoksetin	0.23	0.13	0.02	-0.03	0.49	1.71	0.09
Martenyi, 2007b	Fluoksetin	0.21	0.13	0.02	-0.05	0.47	1.56	0.12
van der Kolk, 2007	Fluoksetin	0.10	0.28	0.08	-0.44	0.65	0.37	0.71
Tüm fluoksetin çalışmaları		0.30	0.11	0.01	0.08	0.52	2.71	0.01
Marshall, 2001a	Paroksetin	0.50	0.11	0.01	0.30	0.71	4.77	0.00
Marshall, 2001b	Paroksetin	0.41	0.11	0.01	0.21	0.62	3.91	0.00
Marshall, 2007	Paroksetin	0.17	0.37	0.14	-0.55	0.89	0.46	0.64
Tucker, 2001	Paroksetin	0.04	0.11	0.01	-0.18	0.27	0.38	0.70
Tüm paroksetin çalışmaları		0.31	0.12	0.02	0.07	0.55	2.53	0.01
Bartzokis, 2004	Risperidon güçlendirme	0.64	0.30	0.09	0.05	1.23	2.13	0.03
Hamner, 2003	Risperidon güçlendirme	0.05	0.33	0.11	-0.60	0.69	0.15	0.88
Rothbaum, 2008	Risperidon güçlendirme	0.27	0.43	0.18	-0.57	1.11	0.62	0.54
Tüm risperidon güçlendirme çalışmaları		0.35	0.20	0.04	-0.04	0.73	1.77	0.08
Krystal, 2011	Risperidon monoterapi	0.20	0.13	0.02	-0.05	0.45	1.60	0.11
Reich, 2004	Risperidon monoterapi	0.44	0.45	0.20	-0.44	1.31	0.98	0.33
Tüm risperidon monoterapi çalışmaları		0.22	0.12	0.02	-0.02	0.46	1.80	0.07



Şekil 3.9 İlaç ve Plasebo Grupları Arasındaki Etki Boyutları

ÇALIŞMA

İLAÇ

Güven Aralığı

Etki Boyutu

Standart
hata

Varyans

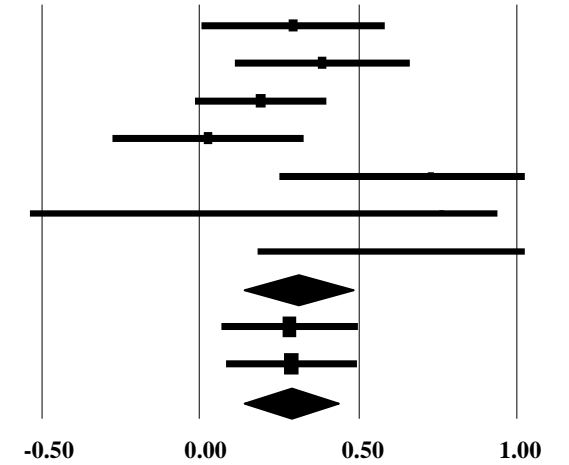
Alt
limitÜst
limit

Z-Değeri

p-Değeri

Etki Boyutu ve %95 Güven Aralığı

Brady, 2000	Sertralin	0.26	0.15	0.02	-0.03	0.56	1.78	0.08
Davidson, 2001	Sertralin	0.36	0.14	0.02	0.08	0.64	2.52	0.01
Davidson, 2006	Sertralin	0.16	0.11	0.01	-0.05	0.37	1.51	0.13
Friedman, 2007	Sertralin	-0.01	0.16	0.02	-0.31	0.30	-0.04	0.97
Panahi, 2001	Sertralin	0.70	0.25	0.06	0.22	1.19	2.85	0.00
Tucker, 2003	Sertralin	0.17	0.38	0.14	-0.57	0.91	0.45	0.65
Zohar, 2002	Sertralin	0.78	0.32	0.10	0.15	1.41	2.43	0.02
Tüm sertralin çalışmaları		0.28	0.09	0.01	0.11	0.45	3.17	0.00
Davidson, 2006a	Venlafaksin	0.25	0.11	0.01	0.04	0.47	2.28	0.02
Davidson, 2006b	Venlafaksin	0.26	0.11	0.01	0.05	0.47	2.44	0.01
Tüm venlafaksin çalışmaları		0.26	0.08	0.01	0.11	0.41	3.34	0.00



Plasebo lehine

İlaç lehine

Şekil 3.9'un devamı

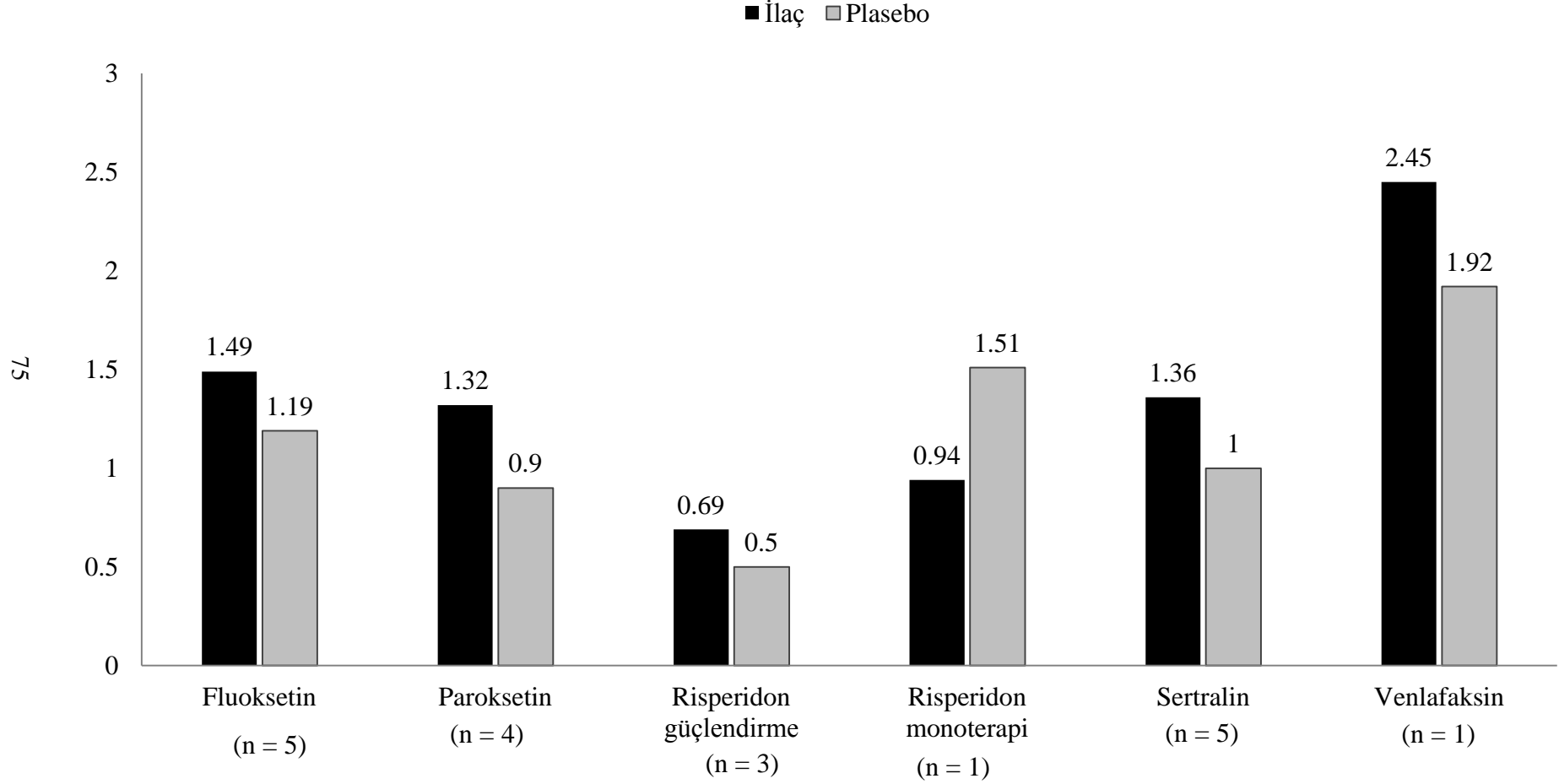
TSSB’de etkisi en fazla araştırılan antipsikotik ilaç olan risperidonun tek başına kullanımını inceleyen 2 çalışmada plaseboya karşı etki boyutları 0.25 ve 0.26 olarak hesaplanmıştır ve bu değerler istatistiksel olarak anlamlı değildir (ortalama etki boyutu 0.22, standart hata = 0.12, %95 Güven Aralığı = -0.02-0.46, p = 0.07). Risperidonun antidepresanlara ek olarak verildiği güçlendirme çalışmalarında ise plaseboya karşı etki boyutu 0.05 ile 0.64 aralığında değişmiştir ve bu değerler sadece bir çalışmada istatistiksel anlamlılığa ulaşmıştır. Toplam 3 risperidon güçlendirme çalışmasında plaseboya karşı elde edilen ortalama etki boyutu 0.35 (Standart hata = 0.20, %95 Güven Aralığı -0.04-0.73, p = 0.08) olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular risperidon monoterapisinin ya da antidepresan güçlendirme terapisinin TSSB’de plasebo karşısında küçük bir etkisi olduğunu göstermektedir.

3.2.3. İlaç ve Plasebo Gruplar İçi Analizleri

Meta-analize giren çalışmaların üçünde (Davidson ve diğ., 2006; Krystal et al., 2011; Panahi ve diğ., 2011) gruplar içi değişim istatistikleri tam olarak verilmediği için bu gruplar içi etki boyutu analizlerinden dışlanmıştır. Böylece analizlere 17 çalışma girmiştir. Şekil 3.10 analize giren çalışmalarda ilaç ve plasebo gruplarında tedavi öncesi ve sonrası TSSB belirtilerindeki değişime yönelik hesaplanan etki boyutlarını göstermektedir. Antidepresan ilaçlar için bakıldığında, hem ilaç hem de plasebo gruplarında büyük etki boyutları elde edildiği görülmektedir. Fluoksetin içeren 5 çalışmada ilaç alan grupta etki boyutu 1.49 (Standart hata = 0.17, %95 Güven Aralığı 1.15-1.82, p < 0.001) iken, plasebo grubunda 1.19 (Standart hata = 0.14, %95 Güven Aralığı 0.91-1.46, p < 0.001) olarak hesaplanmıştır. Paroksetin içeren 4 çalışmada ilaç grubunda etki boyutunun 1.32 (Standart hata = 0.06, %95 Güven Aralığı 1.20-1.44, p < 0.001) ve plasebo grubunda ise 0.90 (Standart hata = 0.06, %95 Güven Aralığı 0.78-1.02, p < 0.001) olduğu görülmüştür. Sertralin içeren 5 çalışmada ilacın elde ettiği etki boyutu 1.36 (Standart hata = 0.29, %95 Güven Aralığı 0.80-1.92, p < 0.001) iken, plasebonun elde ettiği etki boyutu 1.0 (Standart hata = 0.20, %95 Güven Aralığı 0.60-1.40, p < 0.001) olmuştur. Dışlanan çalışmalar sonrası venlafaksin için sadece bir araştırma analizlere girdiğinden hesaplanan etki boyutundan bu ilacın etkisinin genellenemeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çalışmada hem ilaç hem de plasebo gruplarında çok yüksek etki boyutları elde edilmiştir (venlafaksin 2.45, standart hata = 0.15, %95

Güven Aralığı 2.16-2.74, $p < 0.001$; plasebo 1.92, standart hata = 0.13, %95 Güven Aralığı 1.66-2.18, $p < 0.001$).

Antipsikotik bir ilaç olan risperidonun tek başına kullanımını içeren bir çalışmada plasebo grubunda daha yüksek bir etki boyutu elde edilmiştir (risperidon 0.94, standart hata = 0.35, %95 Güven Aralığı 0.26-1.62, $p < 0.01$; plasebo 1.51, standart hata = 0.49, %95 Güven Aralığı 0.56-2.47, $p < 0.01$). Bu ilaç için de sadece bir araştırma analizlere girdiğinden hesaplanan etki boyutundan bu ilacın etkisinin genellenemeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır. Son olarak, antidepresan etkisini güçlendirmek için kullanılan risperidon etkisini inceleyen üç çalışmada ilaç ve plasebo etkisinin orta büyüklükte olduğu görülmüştür. Risperidon güçlendirme tedavisi ile elde edilen etki boyutu 0.69 (Standart hata = 0.17, %95 Güven Aralığı 0.35 -1.03, $p < 0.001$) ve plasebo ile edilen etki boyutu 0.50 (Standart hata = 0.17, %95 Güven Aralığı 0.17-0.84, $p < 0.01$) olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular antidepresan ilaçların antipsikotiklere göre daha etkili olduğunu, ancak gruplar-arası karşılaştırma analizlerinin de gösterdiği gibi, plasebo tedavilerin de vakalarda benzer düzeyde iyilik hali ortaya çıkardığını düşündürmektedir.



Şekil 3. 10 İlaç ve Plasebo Gruplarındaki Grup İçi Etki Boyutları

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada, travma odaklı Bilişsel ve Davranışçı Terapiler, EMDR ve farmakolojik tedavilerin etkinliğine yönelik yürütülen randomize kontrollü klinik araştırmaların meta-analizi yapılarak, tedavilerin iyileştirici etkileri karşılaştırmalı olarak incelemiştir. Psikoterapi çalışmalarını bildiren 70 makale ve ilaç çalışmalarını bildiren 20 makale işleme kriterlerini karşılayarak meta-analize girmiştir. Bu bölümde, yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular yorumlanacak, meta-analiz çalışmasının sınırlılıklarından ve ileride yapılacak olan araştırmalar için önerilerden söz edilecektir.

Tedaviler arasında klinik olarak anlamlı olduğu kabul edilen fark için net belirlenmiş etki boyutu kesme noktası bulunmamaktadır. Kimi kaynaklar tedavi ve kontrol grubu arasındaki farkın küçük olduğu 0.20'yi klinik olarak anlamlı fark olarak yorumlarken (Stein ve diğ., 2006), diğerleri daha tutucu bir kesme noktası olan 0.50'yi, yani orta büyüklükte etki boyutunu, tedavi ile kontrol grubu arasında klinik olarak anlamlı fark olduğunu gösteren etki boyutu olarak kabul etmektedir (Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü, 2005). Bu meta-analizde bulgular yorumlanırken daha tutucu bir yaklaşım benimsenmiş ve gruplar-arası farkların klinik olarak anlamlı olduğu etki boyutu 0.50'yi geçtiğinde kabul edilmiştir.

4.1. Psikoterapi Çalışmaları

Bu bölümde meta-analize giren psikoterapi çalışmalarının hem tedavi bitirenler hem de tedavi amacı analizleri için yapılan gruplar arası ve grup içi karşılaştırma sonuçları yorumlanacaktır.

4.1.1. Psikoterapilerin Bekleme Listesi / Minimal İlgi / Tekrarlayıcı Değerlendirme Kontrol Gruplarına Göre Etkisi

Bu meta-analizde gruplar arası karşılaştırmalar aktif tedavi ile bekleme listesi / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirme ve diğer tedavi kontrol grupları arasında yapılmış ve hem tedavi bitirenler hem de tedavi amacı analizleri için ayrı ayrı incelenmiştir. Tedavi ve kontrol grupları ile meta-analitik karşılaştırma yapılabilmesi

için en az iki randomize kontrollü tedavi çalışması yayınlanmış olması şartı arandığından dolayı tedavi bitirenler analizi ile daha fazla tedavi grubu sınanabilirken, tedavi amacı analizlerinde daha az sayıda tedavi grubunun etkisi sınanmıştır. Tedavi amacı analizi uygulayan çalışmaların sayısının daha az olması klinik araştırma metodolojisinin sürekli gelişmesi ve gittikçe daha iyi yöntemlerle araştırma yapılmaya başlanması ile açıklanabilir.

Bilişsel ve Davranışçı Terapilerin etkisini tedavi bitirenler için inceleyen 28 çalışmanın 23'ünde ve tedavi etkisine yönelik amacı analizlerini içeren 20 çalışmanın 19'unda gruplar-arası etki boyutu 0.50 sınırını aşmış ve tedaviler kontrol gruplarına göre genellikle büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutları elde etmiştir. Bu bulgular Hipotez 1'i desteklemiştir. Tedavi amacı analizlerinde randomizasyonu korumak amacıyla tedaviyi tamamlamayan kişilerin tedavi başlangıcındaki ölçek puanları da hesaplama dahil edilmektedir ve bu yönüyle tedavi etkisi hesaplanırken tutucu bir yaklaşım sergilenmektedir (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). Bu tutucu yaklaşım sebebiyle tedavi amacı analizlerinden elde edilen etki boyutu büyüklüklerinde tedaviyi bitirenlerle yapılan analizlerden elde edilen etki boyutu büyüklerine göre azalma olmaktadır. Bu meta-analizde tedavi amacı analizlerinde elde edilen etki boyutları tedaviyi bitirenler için elde edilen etki boyularından küçük olsa da, neredeyse tümü klinik anlamlılık için belirlenen 0.50 sınırını aşmıştır. Bu bulgular zaman ve terapist etkisine göre Bilişsel ve Davranışçı Terapi protokollerinin etkisini desteklemektedir ve TSSB'si olan vakaların Bilişsel ve Davranışçı Terapi almalarının klinik avantajına dikkat çekmektedir.

Bilişsel ve Davranışçı Terapi protokollerini oluşturan yüzleştirme, bilişsel yeniden yapılandırma ve diğer davranış terapileri yöntemleri tek başlarına ya da kombinasyonlar halinde kullanıldıklarında elde edilen ortalama etki boyutları birbirine benzemektedir. Ancak, yüzleştirmeye bilişsel yeniden yapılandırma eklendiğinde etki boyutlarında artış gözlenmektedir. Bu bulguyu değerlendirirken dikkat gerekmektedir. Yüzleştirme tedavileri imgesel ve yerinde yüzleştirme olmak üzere iki ayrı şekilde uygulanmaktadır. Tedavi bileşenlerinin etkisine yönelik yapılan meta-analizler yerinde yüzleştirmenin imgesel yüzleştirmeye kıyasla daha yüksek etki yarattığını, imgesel yüzleştirmenin tedaviye katkısının daha sınırlı olduğunu göstermektedir (Karasapan, 2014; Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). Yerinde yüzleştirmenin imgesel yüzleştirmeye göre daha fazla iyileşmeye yol açması; imgesel yüzleştirmenin, sadece travmayla ilgili anılarla yüzleştirme yaparken yerinde

yüzleştirmenin bu anıları çağırmasının yanı sıra travmayla ilişkili korku yaratan durumlarla da yüzleştirme yapıyor olmasından kaynaklı olabileceği ifade edilmektedir (Şalcıoğlu ve diğ., 2007). Bu meta-analizde yüzleştirme tedavileri bileşenlerine (imgesel ya da yerinde) ayrılmadığı ve tüm yüzleştirme yöntemleri tek grupta kodlandığı için ortalama etki boyutları beklenenden düşük gelmiştir. Nitekim yüzleştirmenin hiç ya da düşük etki gösterdiği iki çalışmada da (Igreja ve diğ., 2004; Keane ve diğ., 1989) bir tür imgeleme yöntemi kullanılmıştır.

Bilişsel yeniden yapılandırmanın tek başına etkisi yeterli sayıda araştırmada ele alınmadığı için bu çalışmada kontrol grubuna karşı etkisi sınırlanmıştır. Ancak, literatürdeki bulgular bilişsel yeniden yapılandırmanın tek başına kullanıldığı protokollerin sınırlı etkisi olduğunu, yüzleştirme ile birleştirildiğinde bilişsel yeniden yapılandırmanın daha fazla etki boyutu sağladığını, özellikle de yerinde yüzleştirmenin birlikte kullanıldığında en yüksek etki boyutunu sağladığını göstermektedir (Karasapan, 2004). Bu bulgular yüzleştirmenin TSSB’de anlamlı iyilik hali için elzem bir yöntem olduğunu düşündürmektedir. Nitekim, yapılan randomize kontrollü araştırmalar bilişsel yeniden yapılandırma ve yüzleştirme arasında sağladıkları iyilik hali açısından bir fark olmadığını (Foa ve diğ., 2005; Marks ve diğ., 1998; Paunovic ve Öst., 2001) ve tek başına kullanıldığında yüzleştirmenin travmayla ilgili işlevsel olmayan düşünce ve inançlarda bilişsel yeniden yapılandırma kadar düzelme sağladığını (Foa ve diğ., 2005; Paunovic ve Öst., 2001) göstermektedir.

Yüzleştirme dışındaki diğer davranışçı tekniklerin (örn. nefes ve gevşeme egzersizleri, kaygı yönetimi, düşünceyi durdurma, vb.) tedaviye klinik olarak anlamlı bir katkı sağlamadığı belirtilmektedir (Karasapan, 2004; Foa ve diğ., 1999; Şalcıoğlu ve diğ., 2007). Bu meta-analizde yüzleştirme, bilişsel yeniden yapılandırma ve davranış terapisinin birlikte kullanıldığı protokollerin kontrol grubuna göre yüksek etki yaratmalarına rağmen, tek başına kullanılan yüzleştirmenin ya da yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma içeren protokollerin sağladıkları etki boyutlarını anlamlı olarak arttırmamışlardır. Yüzleştirme içermeyen sadece davranış terapisinin tekniklerinin kullanıldığı protokoller de bekleme gruplarına göre diğer Bilişsel ve Davranışçı Terapi protokolleri kadar etkili bulunmuştur. Çalışmalarda sınırlanan protokol Stres Aşılama Eğitimi (Stress Inoculation Training), Meichenbaum’un (1974) protokolünün Kilpatrick, Veronen ve Resick (1982) tarafından cinsel tecavüze bağlı TSSB için değiştirilmiş versiyonu olan bir tedavidir ve aslında

içerdiği yöntemler arasında kaygı yönetimi, beceri eğitimi, gevşeme egzersizleri, nefes eğitimi, düşünce durdurma ve bilişsel yeniden yapılandırma yöntemlerini barındırmaktadır (akt. Cahill ve diğ., 2009). Bu tedavinin sınındığı iki randomize kontrollü araştırmada (Foa ve diğ., 1991; 1999) Stres Aşılama Eğitimi Uzatılmış Yüzleştirme'yle benzer etki sağlamış olsa da günümüzde kullanımı tercih edilen bir tedavi protokolü değildir.

EMDR'in etkisini araştıran randomize kontrollü araştırmalardan sadece 6'sı bu meta-analizin katı işleme kriterlerini karşılayabilmiştir. Bu çalışmaların hiç birinde de tedavi etkisine yönelik daha tutucu sonuç veren tedavi amacı analizleri yapılmamıştır. Bu çalışmaların tümünde EMDR bekleme listesi / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirmeler kontrol gruplarına göre klinik anlamlılık için kabul edilen 0.50 sınırını aşmış olsa da bir çalışmada elde edilen etki boyutu istatistiksel olarak anlamlı değildir. EMDR günümüzde popüler bir tedavi olarak kendini gösteren ama akademisyenler arasında oldukça tartışma yaratan bir terapi yaklaşımıdır (bir gözden geçirme için bkz. McNally, 1999). EMDR'in tedavi bileşenlerinden biri kişiye travma deneyimi anlatırma, bir diğer deyişle imgesel yüzleştirmedir ve elde ettiği etki boyutunun kullanılan imgesel yüzleştirmeye bağlı olabileceği düşünülmektedir. Nitekim, bu konuda yapılan araştırmalar EMDR'ı göz hareketleri olmadan yapılan EMDR ile karşılaştırmışlar ve iki tedavi arasında fark bulamamışlardır (Davidson ve Parker, 2001). Bu meta-analizde de tüm Bilişsel ve Davranışçı Terapi protokollerinin kontrol gruplarına sağladığı ortalama etki boyutu 1.47 ve tek başına yüzleştirmenin 1.48 iken, EMDR'in sağladığı etki 1.29 olmuştur. Bu bulgu EMDR'in tedavi almamaya göre daha avantajlı olduğunu gösterirken, diğer yandan hali hazırda varolan terapi yöntemlerden daha fazla etkisi olmadığını göstermektedir.

4.1.2. Psikoterapilerin Diğer Tedavi Kontrol Gruplarına Göre Etkisi

Travma odaklı psikoterapilerin özgül etkilerini anlama amacıyla randomize kontrollü araştırmalar gevşeme egzersizleri, standart rutin tedavi, destekleyici psikoterapi, şimdi odaklı terapi gibi diğer tedavileri kontrol grubu olarak kullanmışlardır. Bilişsel ve Davranışçı Terapilerin etkisini tedavi bitirenler için inceleyen 17 çalışmanın 10'unda ve tedavi etkisine yönelik amacı analizlerini içeren 11 çalışmanın 6'sında gruplar-arası etki boyutu 0.50 sınırını aşmıştır. Tedavi bitirenler analizlerinde bilişsel ve davranışçı terapiler diğer tedavilere göre

çalışmaların 6'sında büyük etki, 4'ünde orta etki boyutu sağlamış, tedavi amacı analizleri içeren çalışmalarda ise 5'inde büyük etki, 1'inde orta etki boyutu sağlamıştır. Bu bulgular bilişsel ve davranışçı terapi yöntemlerinin travma odağı olmayan diğer tedavilere göre TSSB'de daha etkili olduğunu göstermekte ve Hipotez 2'yi desteklemektedir.

Bilişsel ve davranışçı terapi protokollerini oluşturan yüzleştirme, bilişsel yeniden yapılandırma ve diğer davranış terapileri yöntemleri tek başlarına ya da kombinasyonlar halinde kullanıldıklarında diğer tedavilere göre sağladıkları ortalama etki boyutları tedavi bitirenler için birbirine benzerken, tedavi amacı analizlerinde farklılık göstermektedir. Yüzleştirme terapileri tedavi bitirenlerde diğer tedavilere göre orta büyüklükte etki sağlarken, tedavi amacı analizlerinde büyük etki sağlamıştır. Diğer yandan, yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırmanın birlikte kullanıldığı protokoller tedavi bitirenler analizlerinde diğer tedavilere göre büyük etki sağlamış, tedavi amacı analizlerinde hiç etkisi olmamıştır. Bu bulgular çeşitli açılardan açıklanabilir. Öncelikle, önceki bölümde de bahsedildiği gibi bu meta-analizde yüzleştirme tedavileri bileşenlerine (imgesel ya da yerinde) ayrılmadığı için sadece imgeleme yoluyla yüzleştirme içeren çalışmalar ortalama etki boyutlarını düşürmüş olabilir. Nitekim, tedavi bitirenlerde yüzleştirmenin hiç etki göstermediği 1 çalışmada (Vaughan ve diğ., 1994) imgesel yüzleştirme kullanıldığı, yüzleştirmenin diğer tedaviye göre olumsuz etki yarattığı 1 çalışmada ise (Sloan ve diğ., 2011) yazma yoluyla imgesel yüzleştirme uygulandığı görülmektedir. Yerinde yüzleştirmenin diğer yüzleştirme tedavilerine göre daha yüksek etki elde ettikleri tedavi bileşenlerinin etkisine yönelik yapılan meta-analizlerde gösterilmiştir (Karasapan, 2014; Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). Yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırmanın birlikte kullanıldığı protokollerinin tedavi amacı analizlerinde etki sağlamamaları analizlere sadece 2 çalışmanın girmesiyle de kısmen açıklanabilir. Bu iki çalışmada da (McDonagh ve diğ., 2005; Suris, 2013) şimdi odaklı psikoterapi kontrol grubu olarak kullanılmıştır. Yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırmaya davranışçı diğer terapi yöntemlerinin eklenmesi tek başına kullanılan yüzleştirmeye elde edilen etki boyutunu arttırmamıştır. Bu bulgular tedavide yüzleştirmenin yeterli olduğunu düşündürmektedir.

EMDR'in etkisini araştıran randomize kontrollü araştırmalardan sadece 5'i bu meta-analizin katı içleme kriterlerini karşılayabilmiştir. Bu çalışmaların hiç birinde de tedavi etkisine yönelik daha tutucu sonuç veren tedavi amacı analizleri

yapılmamıştır. Bu çalışmaların 2'sinde EMDR diğer tedavi kontrol gruplarına göre klinik anlamlılık için kabul edilen 0.50 sınırını aşmış ve bir çalışmada büyük bir çalışmada ise orta etki boyutu sağlamıştır. Diğer çalışmalarda diğer tedavilere göre hiç etki sağlamamıştır. EMDR'in hiç etki gösteremediği diğer tedaviler gevşeme egzersizleri (Taylor ve diğ., 2003), rutin tedavi (Edmond ve diğ., 1999) ve bir tür imgeleme yoluyla yüzleşme içeren Duygusal Özgürlük Teknikleri (Emotional Freedom Techniques, Karatzias ve diğ., 2011) olmuştur. Bu bulgular EMDR'in diğer tedavilerden sistematik olarak daha fazla iyileşme ortaya çıkarmadığını düşündürmektedir. Her ne kadar EMDR terapisinde imgesel yüzleştirmeye yer verilse de, literatürdeki bilgiler tek başına imgesel yüzleştirmenin diğer tedavi bileşenlerinden daha düşük etki sağladığı göstermektedir (Karasapan, 2004). EMDR'in diğer tedavilere göre anlamlı fark elde edememesi hem bu sebepten hem de EMDR'da kullanılan göz hareketlerinin tedavi etkisine anlamlı bir katkıda bulunmamasından (Davidson ve Parker, 2001) kaynaklı olabilir.

4.1.3. Psikoterapilerin Tedavi Sonunda Elde Ettikleri Etki

Bu meta-analizde tedavi bitirenler ve tedavi amacı analizleri için tedavi öncesi değerlendirmeden tedavi sonrasına değerlendirmeye elde edilen etki boyutları travma odaklı psikoterapi protokolleri, diğer kontrol grubu tedavileri ve bekleme listesi / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirme kontrol grupları için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Tedavi bitirenlerde travma odaklı psikoterapilerin elde ettikleri etki boyutları 1.15 ile 1.86 arasında değişirken, diğer tedaviler büyüğe yakın (0.76) etki, bekleme grubu / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirmeler ise küçük (0.36) etki ortaya çıkarmıştır. Diğer yandan tedavi amacı analizlerinde travma odaklı psikoterapilerin elde ettikleri etki boyutları 0.99 ile 2.17 arasında değişmiş, diğer tedaviler ve bekleme grubu / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirmeler ise orta büyüklükte etki ortaya çıkarmıştır. Bu bulgular travma odaklı psikoterapilerin TSSB tedavisinde en etkili tedaviler olduğunu göstermekte ve Hipotez 3'ü desteklemektedir. Ayrıca bu bulgular literatürdeki çeşitli meta-analizlerin bulgularıyla tutarlıdır (Bradley ve ark., 2005; Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013; Van Etten ve Taylor, 1998). Bu sonuç travma odaklı psikoterapilerin travma odağı olmayan alternatif tedavi yaklaşımlarından daha etkili olduğunu TSSB vakalarının tedavisinde tercih edilmesi gerekliliğini göstermektedir. Diğer yandan bekleme grubu / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirmeler gruplarındaki vakaların belirtilerinde bir

kötüleşme olmaması, yaygın inancın aksine travma vakaları ile travma öyküsü olarak psikiyatrik değerlendirme yapmanın onları tekrar travmatize etmediğini ortaya koymaktadır.

4.2. İlaçların TSSB’de Etkileri

Bu meta-analizde TSSB tedavisinde kullanılan antidepresanlardan fluoksetin, paroksetin, sertralin ve venlafaksin, antidepresan etkisini güçlendirme için kullanılan risperidon ile risperidon monoterapisinin plasebo ile karşılaştırmalı incelendiği çift yönlü kör randomize kontrollü klinik araştırmalar incelenmiştir. İlaçların hepsi tedavi öncesinden tedavi sonrasına TSSB belirtilerinde büyük iyileşme etkisi yaratmış olsa da benzer etkiyi plasebo da yaratmıştır (Bkz. Şekil 3.10). Nitekim, elde edilen ilaç ve plasebo arasındaki ortalama etki boyutları klinik olarak anlamlı fark kabul edilen 0.50 sınırına ulaşamamıştır. Bu bulgu antidepresan ya da antipsikotik monoterapilerinde olduğu gibi antidepresan güçlendirme çalışmalarında da geçerlidir. Tümüyle bu bulgular hiç bir ilacın plasebodan klinik olarak anlamlı derecede fazla iyilik hali ortaya çıkarmadığını, ilaç ve plasebo arasındaki farkın küçük olduğunu göstermektedir. Bu bulgular Hipotez 4’ü desteklememiş, Hipotez 5’i desteklemiştir. Son hipotezin destek bulmuş olmasını dikkatli değerlendirmek gerekir, çünkü plasebo haplar da TSSB belirtilerinde iyileşme ve büyük etki boyutu ortaya çıkarmışlardır.

İlaç kullanımının sonlandırılması ile ortaya çıkan nüks oranlarını inceleyen çalışmalar SSRI ile tedavi edilen mağdurlarda ilaç tedavisinin sonlandırılmasının ardından TSSB belirtilerinin yeniden ortaya çıktığını bildirmiştir (Davidson ve diğ., 2001; Martenyi ve diğ., 2002; Rapaport ve diğ., 2002). Bu bulgu da ilaçların kalıcı etki yaratmadığını ve sürekli kullanım gerektirdiğini düşündürmektedir. Ayrıca, ilaçların kullanımı çeşitli yan etkilere yol açmaktadır. Diare, baş ağrısı, uyku sorunları, mide bulantısı, iştah azalması ya da artması, kilo alımı, halsizlik, güçsüzlük, ağız kuruluğu, libido azalması, erektil bozukluk, normal dışı ejakülasyon, anksiyete, burun iltihabı (Friedman ve diğ., 2007; Krystal ve diğ., 2011; Marshall ve diğ., 2001; Martenyi ve diğ., 2002; Martenyi ve diğ., 2007; Zohar ve diğ., 2002) sıklıkla bildirilen yan etkiler olmuştur ve plasebo kullanan vakalara göre ilaç kullanan vakalar bu etkileri daha fazla bildirmişlerdir.

4.3. Sınırlılıklar

Bu meta-analizde karşılaştırılan travma odaklı psikoterapilerin ya da ilaç araştırmalarının sayısı farklılık gösterdi. Bu da hesaplanan etki boyutlarında heterojenlik yarattı. Ayrıca, çalışmalarda kullanılan değerlendirme formları, psikoterapilerin verilme şekli, terapist ve değerlendirmecilerin uzmanlık dereceleri, katılımcıların tedavi başlangıcındaki değerlendirmelerde aldıkları puanlar da farklılık gösteriyordu. Bu farklılıklar göz önünde bulundurularak istatistiksel analizler yapılmış olsa dahi, yapılan klinik araştırmalarda bu farklılıkların kontrol edilmesi sonuçları daha güçlü hale getirebilirdi. Meta-analize giren her psikoterapi çalışmasında tedaviyi bitirenler için ve tedavi amacı analiz verileri belirtilmemişti. Benzer bir şekilde çoğu terapi protokolünün etkisi bekleme listesi / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirmeler ile karşılaştırılmış olsa da, oldukça az sayıda araştırmada psikoterapilerin özgül etkileri başka tedavilere göre sınanmıştır. Bu nedenlerle, bütün analizler her bir tedavi grubuna birden uygulanamamış ve değişik analizlere giren çalışmaların sayılarında farklılıklar olmuştur.

İlaç sınamaları bulguları, başlangıç değerlendirmesinden sonra en az bir defa değerlendirilmiş tüm vakaları kapsamaktadır, yani tedaviden çıkarılmış vakaların da en son gözlemleri veri dizisine dahil edilmiştir. Bu psikoterapi çalışmalarında bildirilen tedavi bitirenler bulgularında daha tutucu, ancak tedavi amacı analizleri bulgularından daha esnek etki boyutları ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle ilaç çalışmalarından elde edilen bu etki boyutlarını psikoterapilerden elde edilen etki boyutları ile karşılaştırmak tam olarak mümkün değildir.

1. SONUÇ

Bu meta-analizin bulguları travma odaklı psikoterapilerin TSSB belirtilerinin azalmasında büyük etkiye sahip olduklarını ve TSSB tedavisinde etkilerinin bekleme listesi / minimal ilgi / tekrarlayıcı değerlendirmeler kontrol gruplarına ve diğer travma odağı olmayan alternatif tedavilere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Diğer yandan ilaçların da TSSB belirtilerinin azalmasında etkileri olduğunu, ancak ilacın plasebodan klinik olarak anlamlı derecede fazla iyilik hali ortaya çıkarmadığını ortaya koymaktadır. Bir araştırmada 12 haftalık yüzleştirme tedavisinden sonra TSSB semptomları devam eden vakalarda antidepresan (paroksetin) kullanımı tedavi etkisini artırmamıştır (Simon ve diğ., 2008). Diğer yandan, ilaç tedavisine cevap vermeyen TSSB vakalarında, SSRI tedavisine yüzleştirme tedavisinin eklenmesi belirtilerde iyilik halinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Otto ve diğ., 2003; Rothbaum ve diğ., 2006). Tüm bu bulgular ışığında ilaçların bildirilen yan etkileri (Friedman ve diğ., 2007; Krystal ve diğ., 2011; Marshall ve diğ., 2001; Martenyi ve diğ., 2002; Martenyi ve diğ., 2007; Zohar ve diğ., 2002) ve uzun dönem ilaçsız takip dönemlerinde yüksek nüks oranlarına yol açması (Davidson ve diğ., 2001; Martenyi ve diğ., 2002; Rapaport ve diğ., 2002), travma odaklı psikoterapilerin ise takip dönemlerinde sağladıkları iyilik hallerini artırarak korumaları (Şalcıoğlu ve Başoğlu 2013) da göz önüne alındığında travma odaklı psikoterapilerin TSSB tedavisinde ilk olarak tercih edilmesi gereken tedavi yaklaşımı olduklarını düşünülmektedir. Travma odaklı psikoterapiler içinde bilişsel ve davranışçı terapiler en büyük veritabanına sahip, yöntemleri en fazla sınılanmış ve etkileri sistematik olarak gösterilmiş yaklaşımlar olmaları nedeniyle TSSB tedavisinde ilk sırada uygulanabilecek yaklaşımlar olabilirler.

KAYNAKLAR

Abramson, L.Y, Seligman, M.E.P, Teasdale, J.D. (1988). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 98: 308-313.

Ağargün, M.Y., Ebrinç, S. (1998). Mirtazapin: Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 8:2.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- revised (DSM-III-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı: Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı: Beşinci Baskı (DSM-5). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Arntz, A., Tiesema, M., Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 38, 345-370.

Asukai, N., Saito, A., Tsuruta, N., Kishimoto, J., Nishikawa, T. (2010). Efficacy of exposure therapy for japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events: A randomized controlled study. *Journal of Traumatic Stress*. 23 (6), 744-750.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behaviour change. *Psychological Review*. 84: 191-215.

Barrera, T.L., Mott, J.M., Hofstein, R.F., Teng, E.J. (2013). A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*. 33, 24-32.

- Bartzokis, G., Lu, P.H., Turner, J., Mintz, J., Saunders, C.S. (2005). Adjunctive risperidone in the treatment of chronic combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. 57(5), 474-479.
- Bass, J.K., Annan, J., Murray, M.S., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., ve diğ. (2013). Controlled trial of psychotherapy for congolese survivors of sexual violence. *New England Journal of Medicine*. 368 (23), 2182-2191.
- Başoğlu, M., Livanou, M., Şalcıoğlu, E. (2003). A single-session exposure treatment of traumatic stress in earthquake survivors using an earthquake simulator. *American Journal of Psychiatry*. 160, 788-790.
- Başoğlu, M., Mineka, S. (1992). The role of uncontrollable and unpredictable stress in post-traumatic stress responses in torture survivors. İçinde M. Başoğlu (Ed.). *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. London: Cambridge University Press. 1992:182-225.
- Başoğlu, M., Mineka, S., Paker, M., Aker, T., Livanou, M., Gök, Ş. (1997). Psychological prepared-ness for trauma as a protective factor in surcicors of torture. *Psychological Medicine*. 27:1421-1433.
- Başoğlu, M., Şalcıoğlu, E. (2011). *A Mental Healthcare Model for Mass Trauma Survivors: Control-Focused Behavioral Treatment of Earthquake, War and Torture Trauma*. Cambridge University Press.
- Başoğlu, M., Şalcıoğlu, E., Livanou, M. (2007). A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator. *Psychological Medicine*. 37, 203-213.
- Başoğlu, M., Şalcıoğlu, E., Livanou, M., Kalender, D., Acar, G. (2005). Single-session behavioral treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder: A randomized waiting list controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*. 18 (1), 1-11.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology Review*. 8(1), 77-100.
- Beck, G.J., Coffey, S.F., Foy, D.W., Keane, T.M., Blanchard, E. B. (2009). Group cognitive behavior therapy for chronic posttraumatic stress disorder: An initial randomized pilot study. *Behavior Therapy*. 40, 82-92
- Beidel, D.C., Frueh, C.B., Uhde, T.W., Wong, N., Mentrikoski, J.M. (2011). Multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 25, 224-231.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., Turner, S. (2007). Psychological treatments for Chronic post-traumatic stress disorder systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 190, 97-104.

Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., Keane, T.M. (1995). The development of a Clinician- Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*. 8:75-90.

Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Devineni, T., Veazey, C.H., Galovski, T.E., Mundy, E., ve diğ. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*. 41, 79-96.

Bolu, A., Erdem, M., Öznur, T. (2014). Travma sonrası stres bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 8(2), 98-103.

Borenstein, M., Hedges, L.V., Higgins, J.P., Rothstein, H.R. (2009). *Introduction to Meta-Analysis*. Wiley & Sons Ltd.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., Westen, D. (2005). A Multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 162 (2), 214-227.

Brady, K., Pearlstein, T., Asnis, G.M., Baker, D., Rothbaum, B., Sikes, C. R., Farfel, G.M. (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 283(14). 1837-1844.

Braun, P., Greenberg, D., Dasberg, H., Lerer, B. (1990). Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. 51, 236-238.

Bremner, J.D., Randall, P., Scott, T.M. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patient with combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 152:973-981.

Breslau, N., Davis, G.C., (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*. 149:671-675.

Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., ve diğ. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*. 48(3): 216- 222.

Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, L.E., ve diğ. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*. 54: 81-87.

Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., ve diğ. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*. 54(11): 1044-1048.

Brom, D., Kleber, R.J., Defares, P.B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57 (5), 607-612.

Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M., Dang, S.T., Mastrodomenico, J., Nixon, R.D., ve diğ. (2008). A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive

restructuring for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76 (4), 695-703.

Cahill, S.P., Rothbaum, B.O., Resick, P.A., Follette, V.M. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Adults. İçinde Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., Cohen, J.A. (Ed.). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford Press, 139-222.

Carlson, J.G., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L., Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 11(1), 3-24.

Carvalho, A.F., Cavalcante, J.L., Castelo, M.S., Lima, M.C. (2007). Augmentation strategies for treatment-resistant depression: a literature review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 32:415–28.

Chard, K.M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73 (5), 965-971.

Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C.L., ve diğ. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 167, 915–924.

Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R., Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70 (5), 1067–1074.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis For the Behavioral Sciences* (2 b.). New Jersey, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers.

Connor, K.M., Sutherland, S.M., Tupler, L.A., Malik, M.L., Davidson, J.R. (1999). Fluoxetine in post-traumatic stress disorder. Randomised, double-blind study. *The British Journal of Psychiatry*. 175(1), 17-22.

Copenhaver, J.H., Schalock, R.L., Johnson, L., ve diğ. (1989). Relationship between preexposure to prey and PCPA-induced filicidal activity in Sprague-Dawley rats. *Physiology & Behavior*. 45(2): 343-346.

Cottraux, J., Note, I., Yao, S.N., de Mey-Guillard, C., Bonasse, F., Djamoussian, D., ve diğ. (2008). Randomized controlled comparison of cognitive behavior therapy with rogerian supportive therapy in chronic post-traumatic stress disorder: A 2-year follow-up. *Psychotherapy Psychosomatics*. 77, 101–110.

Davidson, J.R. (2000). Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder: treatment options, long-term follow-up, and predictors of outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*. 61, 52-56.

- Davidson, J.R., Baldwin, D., Stein, D.J., Kuper, E., Benattia, I., Ahmed, S., Musgnung, J. (2006b). Treatment of posttraumatic stress disorder with venlafaxine extended release: a 6-month randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*. 63(10), 1158-1165.
- Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*. 27(01), 153-160.
- Davidson, J.R., Pearlstein, T., Lonnberg, P., Brady, K.T., Rothbaum, B., Bell, J., Farfel, G. (2001). Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*. 158(12), 1974-1981.
- Davidson, P.R., Parker, K.C. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69(2), 305.
- Davidson, J.R., Rothbaum, B.O., van der Kolk, B.A., Sikes, C.R., Farfel, G.M. (2001). Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*. 58(5), 485-492.
- Davidson, J.R., Weisler, R.H., Butterfield, M. I., Casat, C. D., Connor, K. M., Barnett, S., van Meter, S. (2003). Mirtazapine vs. placebo in posttraumatic stress disorder: a pilot trial. *Biological Psychiatry*. 53(2), 188-191.
- Davidson, J.R., Rothbaum, B.O., Tucker, P., Asnis, G., Benattia, I., Musgnung, J.J. (2006a). Venlafaxine extended release in posttraumatic stress disorder: a sertraline- and placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 26(3), 259-267.
- Deville, G.J., Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 13 (1-2), 131-157.
- Difede, J., Malta, L.S., Best, S., Henn-Haase, C., Metzler, T., Bryant, R., ve diğ. (2007). A randomized controlled clinical treatment trial for world trade center attack-related PTSD in disaster workers. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 195 (10), 861-865.
- Duffy, M., Gillespie, K., Clark, D.M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 1-7.
- Edmond, T., Rubin, A., Wambach, K.G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*. 23(2), 103-116.

Ehlers, A., Clark, M.D., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. 43, 413-431.

Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., ve diğ. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*. 60, 1024-1032.

Engdahl, B., Dikel, T.N., Eberly, R., ve diğ. (1998). Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *The American Journal of Psychiatry*. 155(12): 1740-1745.

Falsetti, S.A., Resnick, H.S., Davis, J.L. (2008). Multiple channel exposure therapy for women with PTSD and comorbid panic attacks. *Cognitive Behavior Therapy*. 37 (2), 117-130.

Fecteau, G., Nicki, R. (1999). Cognitive behavioural treatment of posttraumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 27, 201–214.

Feske, U. (2008). Treating low-income and minority women with posttraumatic stress disorder. *Journal of Interpersonal Violence*. 23 (8), 1027-1040.

Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A., Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67 (2), 194-200.

Foa, E.B., Hembree, E.A., Cahill, S.P., Rauch, S.A., Riggs, D., Feeny, N.C., ve diğ. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73 (5), 953-964.

Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. Oxford University Press.

Foa, E.B., Huppert, J.D., Cahill, S.P. (2006). *Emotional Processing Theory: An Update*.

Foa, E.B., Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*. 99: 20-35.

Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S., Murdock, T.B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal Consulting and Clinical Psychology*. 59 (5), 715-723.

Forbes, D., Lloyd, D., Nixon, R.D., Elliott, P., Varker, T., Perry, D., ve diğ. (2012). A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy

- for military-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 26, 442-452.
- Friedman, M.J. (2013). PTSD: Pharmacotherapeutic Approaches. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 11(3), 315-320.
- Friedman, M. J., Davidson, J. R. T., Stein, D. J. (2009). Pharmacotherapy for Adults. İçinde Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., Cohen, J. A. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford Press, 245-268.
- Friedman, M.J., Marmar, C.R., Baker, D.G., Sikes, C.R., Farfel, G.M. (2007). Randomized, double-blind comparison of sertraline and placebo for posttraumatic stress disorder in a Department of Veterans Affairs setting. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Frommberger, U., Steieglitz, R., Nyberg, E., Richter, H., Novelli-Fischer, U., Angenendt, J., ve diğ. (2004). Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 8, 19-23.
- Frueh, B.C., Monnier, J., Yim, E., Grubaugh, A.L., Hamner, M.B., Knapp, R.G. (2007). A randomized trial of telepsychiatry for post-traumatic stress disorder. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 13, 142–147.
- Gelpin, E., Bonne, O., Peri, T., Brandes, D., Shalev, A.Y. (1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: A prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 57, 390–394.
- Geyran, P.Ç. (1995). Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile ilişkili Nörobiyolojik Kanıtlar. *Düşünen Adam*. 8 (I): 9-18.
- Glynn, S.M., Eth, S., Randolph, E.T., Foy, D.V., Urbaitis, M., Boxer, L., ve diğ. (1999). A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67 (2), 243-251.
- Gökalp, P.G. (2000). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda İlaç Tedavisi. *Klinik Psikiyatri*. 3:21-28.
- Green, B. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*, 7(3), 341-362.
- Green, B.L., Lindy, J.D., Grace, M.C., ve diğ. (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 180: 760-766.
- Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 23:56-62

- Hamner, M.B., Faldowski, R.A., Ulmer, H.G., Frueh, B.C., Huber, M.G., Arana, G.W. (2003). Adjunctive risperidone treatment in post-traumatic stress disorder: a preliminary controlled trial of effects on comorbid psychotic symptoms. *International Clinical Psychopharmacology*. 18(1), 1-8.
- Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., ve diğ. (2011). Treatment of traumatized victims of war and torture: A randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 80, 345-352.
- Hinton, D.E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S.A., Hofmann, S.G., Pollack, M.H. (2005). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design. *Journal of Traumatic Stress*. 18 (6), 617–629.
- Hinton, D.E., Hofmann, S.G., Rivera, E., Otto, M.W., Pollack, M.H. (2011). Culturally adapted CBT (CA-CBT) for latino women with treatment resistant PTSD: A pilot study comparing CA-CBT to applied muscle relaxation. *Behaviour Research and Therapy*. 49, 275-280.
- Hoffart, A., Øktedalen, T., Langkaas, T.F., Wampold, B.E. (2013). Alliance and outcome in varying imagery procedures for PTSD: A study of within-person processes. *Journal of Counseling Psychology*. 60 (4), 471–482.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress Response Syndromes*. New Jersey: Jason Aronson.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. A. (1979). The Impact of Events Scale: A measure of subjective stress. *Psychometric Medicine*. 41, 209–218.
- Högberg, G., Pagani, M., Sundin, Ö., Soares, J., Åberg-Wistedt, A., Tärnell, B., Hällström, T. (2007). On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers-A randomized controlled trial. *Nordic journal of psychiatry*. 61(1), 54-61.
- Igreja, V., Kleijn, W.C., Schreuder, B.J., Van Dijk, J.A., Verschuur, M. (2004). Testimony method to ameliorate post-traumatic stress symptoms: Community-based intervention study with Mozambican civil war survivors. *British Journal of Psychiatry*. 184, 251-257.
- Institute of Medicine (2008). *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Washington, DC: National Academies Press.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J.L., Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*. 58 (1), 113–128.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.

Johnson, D.R., Lubin, H. (2006). The counting method: Applying the rule of parsimony to the treatment of posttraumatic stress disorder. *Traumatology*. 12 (1), 83-99.

Karasapan, D. (2014). *Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Kullanılan Bilişsel ve Davranışçı Terapi Protokollerinin Terapötik Bileşenlerinin Etkisine Yönelik Bir Meta-Analiz*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: HÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karatzias, T., Power, K., Brown, K., McGoldrick, T., Begum, M., Young, J., Adams, S. (2011). A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 199(6), 372-378.

Kaufman, J., Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*. 12, 69-76.

Kavakçı, Ö. (2014). *Ruhsal Travma Tedavisi için EMDR*. Ankara: Hekim Yayınları Birliği.

Kavakçı, Ö., Doğan, O., Kuğu, N. (2010). EMDR (Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme): Psikoterapide Farklı Bir Seçenek. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 23:195-205.

Kaya, B. (2000). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Komorbidite. *Psikiyatri Dünyası*. 4:37-43.

Keane, T.M., Zimering, R.T, Caddell, J.M. (1985). A behavioural formulation of post-traumatic stress disorder in combat veterans. *The Behaviour Therapist*. 8: 9-12.

Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., Zimering, R.T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*. 20, 245-260.

Kessler, R.C, Sonnega, A., Bromet, E. ve diğ. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives General Psychiatry*. 52(12): 1048-1060.

Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Milanak, M.E., Miller, M.W., Keyes, K.M., Friedman, M.J. (2013). National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *Journal of Traumatic Stress*. 26(5): 537-547.

Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J., Best, C.L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. İçinde Figley, C.R. (Ed.) *Trauma and Its Wake*. New York: Brunner/Mazel.

Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J., Resick, P.A. (1982). Psychological sequelae to rape: Assessment and treatment strategies. İçinde D.M. Dolays ve R.L. Meredith (Ed.),

Behavioral Medicine: Assessment and Treatment Strategies (pp. 473–497). New York: Plenum Press.

Kocatürk, P.A. (2000). Strese Cevap. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 53:1

Krystal, J.H., Rosenheck, R.A., Cramer, J.A., Vessicchio, J.C., Jones, K.M., Vertrees, J.E. (2011). Adjunctive risperidone treatment for antidepressant-resistant symptoms of chronic military service-related PTSD: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*. 306(5), 493-502.

Kubany, E.S., Hill, E.E., Owens, J.A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M.A., Tremayne, K.J., ve diğ. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72 (1), 3-18.

Landen, M., Bjorling, G., Agren, H., Fahlen, T.A. (1998). Randomized, double blind, placebo-controlled trial of buspirone in combination with an SSRI in patients with treatment-refractory depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. 59:664–8.

Lang, P.J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*. 8(5), 862-886.

Largo-Marsh, L., Spates, R.C. (2002). The effects of writing therapy in comparison to EMDR/R on traumatic stress: The relationship between hypnotizability and client expectancy to outcome. *Professional Psychology: Research and Practice*. 33 (6), 581–586.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and Coping Process*. New York: McGraw-Hill.

Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*. 58 (9), 1071–1089.

Maercker, A., Zöllner, T., Menning, H., Rabe, S., Karl, A. (2006). Dresden PTSD treatment study: Randomized controlled trial of motor vehicle accident survivors. *BMC Psychiatry*. 6 (29), 1-8.

Maier, S.F, Davies, S., Grau, J.W., ve diğ. (1980). Opiate antagonists and long-term analgesic reaction induced by inescapable shock in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*. 94(6): 1172-1183.

Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., Trasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and / or cognitive restructuring. A controlled study. *Archives of General Psychiatry*. 55, 317-325.

Marshall, R.D., Beebe, K.L., Oldham, M., Zaninelli, R. (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*. 158(12), 1982-1988.

- Marshall, R.D., Lewis-Fernandez, R., Blanco, C., Simpson, H.B., Lin, S.H., Vermet, D., Liebowitz, M. R. (2007). A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. *Depression and anxiety*. 24(2), 77-84.
- Martenyi, F., Brown, E.B., Caldwell, C.D. (2007). Failed efficacy of fluoxetine in the treatment of posttraumatic stress disorder: results of a fixed-dose, placebo-controlled study. *Journal of clinical psychopharmacology*. 27(2), 166-170.
- Martenyi, F., Brown, E.B., Zhang, H., Prakash, A., Koke, S.C. (2002). Fluoxetine versus placebo in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- McCann, I.L., Sakheim, D., Abrahamson, D.J. (1988). Trauma and victimisation: a model of psychological adaptation. *Counselling Psychologist*. 16: 531-594.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Muesser, K., ve diğ. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73 (3), 515-524.
- McNally, R.J. (1999). EMDR and mesmerism: A comparative historical analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 13(1), 225-236.
- McRae, A.L., Brady, K.T., Mellman, T.A., Sonne, S.C., Killeen, T.K., Timmerman, M.A., Bayles-Dazet, W. (2004). Comparison of nefazodone and sertraline for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*. 19(3), 190-196.
- Meichenbaum, D. (1974). Selfinstructional methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping People Change* (pp. 357-391). New York: Pergamon Press.
- Mellman, T.A., Bustamante, V., David, D., Fins, A.I. (2002). Hypnotic medication in the aftermath of trauma (Letter). *Journal of Clinical Psychiatry*. 63, 1183-1184.
- Mikulincer, M., Solomon, Z. (1988). Attributional style and combat related posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal psychology*. 97: 308-313.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., Group, T.P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Plos Medicine*. 6 (7), 1-6.
- Monson, C.M., Fredman, S.J., Macdonald, A., Pukay-Martin, N.D., Resick, P.A., Schnurr, P. P. (2012). Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*. 308 (7), 700-709.

- Monson, C.M., Schnurr, P.P., Resick, P.A., Friedman, M.J., Young-Xu, Y., Stevens, S.P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 74 (5), 898–907.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry*. 134(4), 382-389.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning Theory and Behaviour*. New York: Wiley.
- Nacash, N., Foa, E.B., Huppert, J.D., Tzur, D., Fostick, L., Dinstein, Y., ve diğ. (2011). Prolonged exposure therapy for combat -and terror- related posttraumatic stress disorder: A randomized controlled comparison with treatment as usual. *Journal of Clinical Psychiatry*. 72 (9), 1174-1180.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. (<http://publications.nice.org.uk/post-traumatic-stress-disorder-ptsd-cg26>).
- Nemeroff, C.B., Owens ,M.J., Bissette, G., ve diğ. (1988). Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. *Archives of General Psychiatry*. 45(6):577-579.
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., Schauer, M. (2010). Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*. 39 (2), 81–91.
- Neuner, F., Onyut, P.L. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an african refugee settlement: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76 (4), 686–694.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72 (4), 579-587.
- Nijdam, M.J., Gersons, B.P., Reitsma, J.B., de Jongh, A., Olf, M. (2012). Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitization and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 200, 224-231.
- Otto, M.W., Hinton, D., Korbly, N.B., Chea, A., Ba, P., Gershuny, B.S., Pollack, M.H. (2003). Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees: a pilot study of combination treatment with cognitive-behavior therapy vs sertraline alone. *Behaviour Research and Therapy*. 41(11), 1271-1276.
- Örsel, S. (2004). Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar. *Klinik Psikiyatri*. 4:17-24.

- Özgen, F., Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1, 34-41.
- Panahi, Y., Moghaddam, B.R., Sahebkar, A., Nazari, M.A., Beiraghdar, F., Karami, G., Saadat, A. R. (2011). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial on the efficacy and tolerability of sertraline in Iranian veterans with post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*. 41(10), 2159-2166.
- Paunovic, N., Öst, L. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*. 39, 1183-1197.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., ve diğ. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 9, 299–318.
- Rachman, S.J. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*. 18: 51-60.
- Rapaport, M.H., Endicott, J., Clary, C.M. (2002). Posttraumatic stress disorder and quality of life: results across 64 weeks of sertraline treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Redmond, D.E., Huang, Y.H. (1979). Current concepts. II. New evidence for a locus coeruleus-norepinephrine connection with anxiety. *Life Science*. 25(26): 2149-2162.
- Reich, D.B., Winternitz, S., Hennen, J., Watts, T., Stanculescu, C. (2004). A preliminary study of risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood abuse in women. *The Journal of clinical psychiatry*. 65(12), 1601-1606.
- Rescorla, R.A. (1988). Pavlonian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist*. 43: 151-160.
- Resick, P.A., Galovski, T.E., Uhlmansiek, M.O., Scher, C.D., Clum, G.A., Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76 (2), 243-258.
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C., Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70 (4), 867-879.
- Resick, P. A., Schnicke, M. K. (1993). Cognitive Processing Therapy for Rape Victims. California: Sage Publications.

- Rothbaum, B.O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin-Meminger Clinic*. 61, 317-334.
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C., Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. 18 (6), 607–616.
- Rothbaum, B.O., Cahill, S.P., Foa, E.B., Davidson, J.R., Compton, J., Connor, K.M., Hahn, C.G. (2006). Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*. 19(5), 625-638.
- Rothbaum, B.O., Killeen, T.K., Davidson, J.R., Brady, K.T., Connor, K.M., Heekin, M.H. (2008). Placebo-controlled trial of risperidone augmentation for selective serotonin reuptake inhibitor-resistant civilian posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 69(4), 520-525.
- Rubonis, A.V., Bickman, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster psychopathology relationship. *Psychological Bulletin*, 109(3), 384-399.
- Sapolsky, R.M., Packan, D.R., Vale, W.W. (1988) Glucocorticoid toxicity in the hippocampus: In vitro demonstration. *Brain Research Bulletin*. 453:367-371.
- Saygın, M.Z, Sungur, M.Z., Sabol, E. U., Çetinkaya, P. (2002). Nefazodone versus sertraline in treatment of posttraumatic stress disorder. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 12, 1-5.
- Scheck, M.M., Schaeffer, J.A., Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*. 11:25-44
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Engel, C.C., Foa, E.B., Shea, T.M., Chow, B.K., ve diğ. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*. 297, 820-830.
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Foy, D.W., Shea, T., Hsieh, F.Y., Lavori, P.W., ve diğ. (2003). Randomized trial of trauma focused group therapy for post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*. 60, 481-489.
- Schnurr, P.P., Lunney, C.A. (2012). Work-related outcomes among female veterans and service members after treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*. 63 (11), 1072-1079.
- Seidler, G.H., Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*. 36(11), 1515-1522.

Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*. 13:35–67.

Shapiro, F. (2012). *Acı Anıları Silmek*. Fezal Gülfidan (Çev.). İstanbul: Kuraldışı.

Shapiro, F., Maxfield, L. (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information Processing in the Treatment of Trauma. *Journal of Clinical Psychology*. 58:933–946.

Simon, N.M., Connor, K.M., Lang, A.J., Rauch, S., Krulewicz, S., LeBeau, R.T., Pollack, M.H. (2008). Paroxetine CR augmentation for posttraumatic stress disorder refractory to prolonged exposure therapy. *The Journal of clinical psychiatry*. 69(3), 400-405.

Sloan, D.M., Marx, B.P., Bovin, M.J., Feinstein, B.A., Gallagher, M.W. (2012). Written exposure as an intervention for PTSD: A randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*. 50, 627-635.

Sloan, D.M., Marx, B.P., Greenberg, E.M. (2011). A test of written emotional disclosure as an intervention for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 49, 299-304.

Stahl, S.M. (2015). *Stahl'in Temel Psikofarmakolojisi*. T. Alkın (Çev.), İstanbul Tıp Kitabevi. 4.baskı: İstanbul.

Stein, D.J., Ipser, J.C., Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Library*.

Stein, M.B., Kline, N.A., Matloff, J.L. (2002). Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: a double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1777-1779.

Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114–1119.

Suris, A., Link-Malcolm, J., Chard, K., Ahn, C., & North, C. (2013). A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for veterans with PTSD related to military sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 26, 28-37.

Şalcıoğlu E, Başoğlu M. (2011) Control-Focused Behavioural Treatment of Female War Survivors with Torture and Gang Rape Experience: Four Case Studies. *European Journal of Psychotraumatology*. 2:1, 192.

Şalcıoğlu, E., Başoğlu, M. (2013). Current state of the art in treatment of posttraumatic stress disorder. F. Durbano (Dü.) içinde, *New Insights into Anxiety Disorders*.

Şalcıoğlu, E., Başoğlu, M., Livanou, M. (2007). Effects of live exposure on symptoms of posttraumatic stress disorder: The role of reduced behavioral avoidance in improvement. *Behaviour Research and Therapy*. 45, 2268-2279.

Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., ve diğ. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67 (1), 13-18.

Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K., Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71 (2), 330-338.

Tucker, P., Potter-Kimball, R., Wyatt, D.B., Parker, D.E., Burgin, C., Jones, D.E., Masters, B. K. (2002). Can physiologic assessment and side effects tease out differences in PTSD trials? A double-blind comparison of citalopram, sertraline, and placebo. *Psychopharmacology Bulletin*. 37(3), 135-149.

Tucker, P., Ruwe, W.D., Masters, B., Parker, D.E., Hossain, A., Trautman, R.P., Wyatt, D.B. (2004). Neuroimmune and cortisol changes in selective serotonin reuptake inhibitor and placebo treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. 56(2), 121-128.

Tucker, P., Zaninelli, R., Yehuda, R., Ruggiero, L., Dillingham, K., Pitts, C.D. (2001). Paroxetine in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. *Journal of Clinical Psychiatry*.

Uzday T.İ., Yüksel N. (2002). Anksiyete Tedavisinde Kullanılan İlaçların Farmakolojisi ve Kullanım Güvenliği. *Klinik Psikiyatri*. 1:1426

Uzun, Ö. (2013). Tek uçlu Dirençli Depresyonda Kombine İlaç Kullanımları. *Journal of Mood Disorders*. 23:48-50.

van der Kolk, B. A., Dreyfuss, D., Michaels, M., Shera, D., Berkowitz, R., Fisler, R., Saxe, G. (1994). Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical psychiatry*.

van der Kolk, B.A., Greenberg, M.S., Orr, S.P., (1989). Endogenous opioids, stress induced analgesia, and posttraumatic stress disorder. *Psychopharmacology Bulletin*. 25:417- 421.

van der Kolk, B.A., Spinazzola, J., Blaustein, M.E., Hopper, J.W., Hopper, E.K., Korn, D.L., Simpson, W.B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*. 68:37-46.

Van Emmerik, A.A., Kamphuis, J.H., Emmelkamp, P.M. (2008). Treating acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or

structured writing therapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 77, 93–100.

Van Etten, M.L., Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.

Vaughan, K., Armstrong, M.S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*. 25 (4), 283-291.

Wilson, G.T, O'Leary, K.D. (1980). *Principles of Behaviour Therapy*. N.J.:Prentice-Hall, Inc.

Wong, P.T.P, Weiner, B. (1981). When people ask “why” questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of Personality and Social Psychology*. 40: 650-663.

Yüksel, N. (1992). Sertralin: Yeni Bir Antidepresan. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2 :3.

Yüksel, N. (1999). Genel Tıpta Antidepresan Kullanımı. *Klinik Psikiyatri*. 1:7-25.

Zohar, J., Amital, D., Miodownik, C., Kotler, M., Bleich, A., Lane, R.M., Austin, C. (2002). Double-blind placebo-controlled pilot study of sertraline in military veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 22(2), 190-195.

ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında, İstanbul'da doğdu. Lise eğitimini Süleyman Nazif Anadolu Lisesinde, üniversite eğitimini Haliç Üniversitesi Psikoloji bölümünde tamamladı. 2013 yılında Haliç Üniversitesi'nde Uygulamalı Psikoloji programında yüksek lisans eğitimine başladı. Üniversite eğitimi sırasında 6 ay Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ve 3 ay Balıklı Rum Hastanesinde staj yaptı. Eylül 2013'ten bu yana DABATEM Davranış Bilimleri Araştırma ve Tedavi Merkezi'nde çalışmaktadır. Burada eğitim programlarının koordinatörlüğü ve araştırma asistanlığı görevlerini sürdürmekte ve süpervizyon altında danışanlara yönelik psikoterapi hizmeti vermektedir. Klinik pratiğinde Bilişsel ve Davranışçı Terapi yönelimini benimseyen Aydın, psikotraumatoji alanında kapsamlı eğitim almış ve çok sayıda savaş, işkence ve cinsel ve cinsiyet temelli şiddet mağduru vakanın psikolojik tedavisine katılmıştır.



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 12
KONU:

20/02/2015

Sayın; Doç.Dr.Meral ÇULHA

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Şule AYDIN'ın "Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tedavisinde Travma Odaklı Bilişsel-Davranışçı Terapiler,Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) ve Farmakolojik Tedavilerin Etkinliğine Yönelik Karşılaştırmalı Bir Meta-Analiz" isimli araştırması kurulumuzun 27.01.2015 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı