

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

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA
KULLANILAN BİLİŞSEL ve DAVRANIŞÇI TERAPİ
PROTOKOLLERİNİN TERAPÖTİK BİLEŞENLERİNİN
ETKİSİNE YÖNELİK BİR META-ANALİZ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Deniz KARASAPAN**

**Danışmanı
Doç.Dr. Ebru ŞALCIOĞLU**

İstanbul – 2014

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

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA
KULLANILAN BİLİŞSEL ve DAVRANIŞÇI TERAPİ
PROTOKOLLERİNİN TERAPÖTİK BİLEŞENLERİNİN
ETKİSİNE YÖNELİK BİR META-ANALİZ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Deniz KARASAPAN**

**Danışmanı
Doç.Dr. Ebru ŞALCIOĞLU**

İstanbul – 2014

ÖNSÖZ

Bu meta -analiz, DABATEM - Davranış Bilimleri Araştırma ve Tedavi Merkezi'nin psikolojik travma alanında yürüttüğü araştırma projeleri kapsamında Doç. Dr. Ebru Şalcıoğlu tarafından planlanmış ve yönetilmiş tir. Veri tabanlarına ve makalelere erişim ile veri analizleri DABATEM'in imkanlarıyla gerçekleşmiştir. DABATEM'e teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca, benimle bilgisini paylaşan, desteğini esirgemeyen ve bu araştırmanın ortaya çıkmasında emeği büyük olan değerli tez danışmanım Doç. Dr. Ebru Şalcıoğlu'na en içten teşekkürlerimi sunarım.

Hayatıma girdiği andan beri hayatımı hep güzelleştirmiş ve kolaylaştırmış olan sevgili eşim Süleyman Karasapan'a desteği, sevgisi ve emeği için çok teşekkür ederim.

Eğitimim için, kendimi geliştirmem için her zaman destek olan aileme sonsuz teşekkürler.

İstanbul, 2014

Deniz KARASAPAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
KISALTMALAR LİSTESİ	III
TABLO LİSTESİ	IV
ŞEKİL LİSTESİ	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
1.GİRİŞ	1
1.1 Travma	1
1.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğu	2
1.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Psikolojik Tedavisi	6
1.3.1 Yüzleştirme Terapileri	6
1.3.2 Bilişsel Terapiler	8
1.3.3 Diğer Travma Odaklı Terapiler	10
1.4 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tedavisine Yönelik Araştırmalar	10
1.5 Araştırmanın Önemi	12
1.6 Araştırmanın Amacı	13
2.YÖNTEM	14
2.1 Literatür Taraması	14
2.2 İşleme Kriterleri	14
2.3 Tedavi Protokollerinin Kodlanması	16
2.4 Veri Dosyasına Kodlanan Diğer Değişkenler	18
2.5 İşlem	19
2.6 İstatistiksel Analiz	20
2.7 Etki Boyutunun Hesaplanması	20
3.BULGULAR	22
3.1 Araştırmaların Seçimi	22
3.2 Araştırmalarda Sınanan Tedavilerin Özellikleri	22
3.3 Araştırmaların Metodolojik Özellikleri	25
3.4 TSSB Belirtileri Üzerinde Tedavilerin Etki Boyutu	25
3.4.1 Tedavilerin Tekrar Gruplanması	25
3.4.2 Tedavi Bitirenler İçin Etki Boyutları	26
3.4.3 Tedavi Amacı Analizleri İçin Etki Boyutları	31
3.4.4 Tedavi Sonrası Son Takip Noktasında Etki Boyutları	34
3.5 Depresyon Belirtileri Üzerinde Tedavilerin Etki Boyutları	35
3.6 Travma Türlerine Göre Etki Boyutları	36
3.7 Etki Boyutunu Yordayan Faktörler: Meta-Regresyon Bulguları	37
3.8 Protokollere Göre Tedavi Süreleri ve Tedavi Bırakma Oranları	38

4.TARTIŞMA	39
4.1 Temel Tedavi Bileşenlerine Diğer Davranışçı Tekniklerin Eklenmesi	39
4.2 Tedavi Bileşenlerinin Tedaviyi Tamamlayanlar İçin Etki Boyutları	39
4.3 Tedavi Bileşenlerinin Tedaviyi Tamamlayanlar İçin Son Takip Noktasında Etki Boyutları	42
4.4 Tedavi Bileşenlerinin Tedavi Amacı Analizleri için Etki Boyutları	43
4.5 Tedavi Bileşenlerinin Depresyon Üzerindeki Etkisi	44
4.6 Tedavinin Sınandığı Travma Gruplarına Göre Etki Boyutları	45
4.7 Etki Boyutunu Yordayan Faktörler	45
4.8 Tedaviyi Bırakma Oranları	46
4.9 Tedavi Süreleri	46
4.10 Araştırmanın Kısıtlılıkları	47
5.SONUÇ ve ÖNERİLER	48
KAYNAKLAR	50
EKLER	60
ÖZGEÇMİŞ	62

KISALTMALAR

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
Bkz.	: Bakınız
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
Örn.	: Örneğin
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
İY	: İmgesel Yüzleştirme
YY	: Yerinde Yüzleştirme
BYY	: Bilişsel Yeniden Yapılandırma
DT	: Davranışçı Teknikler (Travma Odaklı Olmayan)
BL	: Bekleme Listesi
Mİ	: Minimum İlgı
Ort	: Aritmetik Ortalama
SS	: Standart Sapma
TÖ	: Tekrarlayan Ölçümler

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 2.1 : Terapi protokolleri ve bu protokolleri oluşturan temel terapi bileşenleri	17
Tablo 3.1 : Tedavi protokollerini oluşturan ana tedavi bileşenleri dağılımları	24
Tablo 3.2 : Tedavilerin sınıandığı travmatik olayların dağılımı	24
Tablo 3.3 : Meta-analizde yer alan makalelerin altın standart puanları	25
Tablo 3.4 : Meta-analize giren her bir seçkisiz kontrollü klinik deneyin tedavi bileşenleri, etki boyutlarının hesaplandığı tedavi sonucu ölçekleri, etki boyutları, varyans, güven aralığı ve p değerleri	27
Tablo 3.5 : Meta-analize giren tedavi amacı analizi verileri bildirmiş her bir seçkisiz kontrollü klinik deneyin tedavi bileşenleri, etki boyutlarının hesaplandığı tedavi sonucu ölçekleri, etki boyutları, varyans, güven aralığı ve p değerleri	31
Tablo 3.6 : Travma odaklı tedavilerin travma gruplarına göre etki boyutu büyüklükleri	37
Tablo A1 : Meta-analize dahil edilen araştırmalarda kullanılan TSSB ölçeklerinin orijinal isimleri, türkçe çevirileri ve kısaltmaları	61

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 3.1 : PRISMA Diyagramı	23
Şekil 3.2 : Tedavi protokollerindeki ana bileşenler ve kombinasyonlarının etki boyutları ile bunların diğer davranışçı yöntemlerle uygulanmasının etki boyutları	26
Şekil 3.3 : Meta-analize giren araştırmalarda tedavi bitirenler için tedavi bileşenlerine göre etki boyutları	30
Şekil 3.4 : Meta-analize giren araştırmalarda tedavi amacı analizlerinde tedavi bileşenlerine göre etki boyutları	34
Şekil 3.5 : Meta-analize giren araştırmalarda tedavi sonrası son takip analizlerinde tedavi bileşenlerine göre etki boyutları	35
Şekil 4.1 : Tedavi sonu ölçümlerine dayalı (tedaviyi tamamlayanlar için) etki boyutu büyüklükleri grafiği	40
Şekil 4.2 : Takip ölçümlerine dayalı (tedaviyi tamamlayanlar için) etki boyutu büyüklükleri grafiği	43

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Deniz KARASAPAN
Anabilim Dalı : Psikoloji
Programı : Uygulamalı Psikoloji
Tez Danışmanı : Doç.Dr.Ebru ŞALCIOĞLU
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Haziran 2014

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA KULLANILAN BİLİŞSEL ve DAVRANIŞÇI TERAPİ PROTOKOLLERİNİN TERAPÖTİK BİLEŞENLERİNİN ETKİSİNE YÖNELİK BİR META-ANALİZ

ÖZET

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tedavisinde, travma odaklı terapilerin etkisi daha önce yapılan meta-analizlerce kanıtlanmıştır. Bu terapiler içinde bilişsel ve davranışçı terapiler (BDT) en geniş veri tabanına sahiptir. Travma odaklı BDT protokollerini oluşturan imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme (YY), bilişsel yeniden yapılandırma ve kaygı, stres, öfke yönetimi gibi diğer davranış terapisi girişimlerinin tedavi etkisine ayrı ayrı yaptıkları katkı bilinmemektedir. Bu araştırmada, terapi tekniklerinin tedavi kazanımlarına katkılarının belirlenerek, TSSB tedavisi için kısa ve en etkili terapi protokollerinin oluşturulabilmesine olanak sağlamak amaçlandı. PILOTS, PsychInfo ve PubMed veri tabanlarında belirlenen 1719 makalenin özetleri ve 140 tam makale incelendi. İşleme kriterlerini karşılayan BDT protokolü etkisini sımayan 69 seçkisiz kontrollü klinik deney meta-analize dahil edildi. Bu deneylerde sınanan tedavi bileşenleri; TSSB ve depresyon belirtileri üzerinde tedaviyi tamamlayanlar ve tedavi amacı analizlerine göre tedavi sonu ve takip noktasında sağladıkları etki boyutları, tedavi bırakma oranları ve tedavi süreleri açısından incelendi. Elde edilen bulgular, temel tedavi yöntemlerinin tek başlarına kullanıldıklarında yüksek etki boyutu sağladıklarını ancak kombinasyon halinde kullanıldıklarında daha büyük etki boyutu ortaya çıkardıklarını gösterdi. Protokollere YY eklenmesinin tedavi etkisini artırdığı görüldü. Diğer davranış terapisi yöntemlerinin ise tedavi protokollerine anlamlı bir katkısı olmadığı sonucuna ulaşıldı. Yapılan meta-regresyon analizi tedavi protokollerinin YY içermesinin etki boyutunu yordayan tek faktör olduğunu gösterdi. Ayrıca, yerinde yüzleştirme bileşeni diğer terapi bileşenlerine göre tedavi süresi açısından avantajlı olduğu gibi tedavi bırakma oranları açısından da dezavantajlı değildi. Bu bulgular protokollerde YY'ye ağırlık verilmesinin TSSB tedavisinde kısa sürede etki sağlayacağını düşündürmektedir. Ancak, YY ile ilgili mitler bu yöntemin klinik pratikte yaygın kullanımının önünde bir engel oluşturmaktadır. Bu meta-analizin bulguları ayırıştırıcı klinik deneylerde YY'nin tek başına kullanımının tedaviye sağladığı etkiye yoğunlaşılması gerekliliğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: TSSB, BDT, Terapi Bileşenleri, Tedavi Etkisi, Meta-analiz.

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname :Deniz KARASAPAN
Field :Psychology
Program :Applied Psychology
Supervisor :Assoc.Prof.Dr.Ebru ŞALCIOĞLU
Degree Awarded and Date :Master – June 2014

A META-ANALYSIS OF THE EFFICACY OF THE THERAPEUTIC COMPONENTS OF TRAUMA FOCUSED COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPIES USED IN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

ABSTRACT

Various meta-analyses have established the efficacy of trauma-focused psychotherapies in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). Among the latter cognitive and behavioral therapies (CBT) have the largest evidence base. CBT protocols usually include some combination of imaginal exposure, live exposure (LE), cognitive restructuring and other behavioral techniques such as anxiety, stress, anger management. The relative contribution of each of these techniques to overall treatment efficacy is largely unknown. In this meta-analysis the contribution of CBT components to treatment outcome in PTSD and depression symptoms was examined in terms of treatment effect sizes (Hedges g) they achieved in completers, intent-to-treat and follow-up analyses. In addition, treatment tolerability and duration were examined. The abstracts of 1719 articles identified in PILOTS, PsycInfo and PubMed databases and full-text of 140 articles were read and 69 randomized controlled clinical trials testing the efficacy of trauma-focused CBT protocols met inclusion criteria. Although treatment components achieved high effect sizes when they were used alone, their efficacy increased when they were used in combination. Effect sizes increased significantly when protocols involved LE. Other behavior therapy techniques did not make significant contributions to treatment outcome. A meta-regression analysis showed that the existence of LE in therapy protocols was the only significant predictor of effect size estimates. Protocols involving LE had more favorable treatment duration and were not less tolerable compared to protocols that did not involve LE. These findings suggest that giving more emphasis to LE in treatment protocols will achieve high treatment effects in a short period of time. However, myths about the use of LE constitute an obstacle in its wide spread use in clinical settings. The findings of this meta-analysis show that more dismantling clinical trials are needed to discern the efficacy of LE when used alone for treatment of PTSD.

Keywords: TSSB, CBT, Therapy Components, Treatment Efficacy, Meta-analysis.

1. GİRİŞ

1.1. Travma

Travmatik olaylar, kişinin yaşadığı ya da tanık olduğu, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi içeren, ağır yaralanmaya neden olan veya fiziksel bütünlüğü tehdit eden olaylar olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) 1994). Travmatik olaylara, savaşlar, doğal afetler, fiziksel ve cinsel saldırılar, ölümcül hastalıklar, kazalar örnek olarak gösterilebilir.

Travmatik olaylara maruz kalma oranları ile ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında oranların oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin 505 kişilik bir örneklem ile yapılmış bir çalışmada örneklemin %72'sinin en az bir travmatik olaya maruz kaldığı belirtilmektedir (Elliott, 1997). Dokuz yüz otuz yedi üniversite öğrencisi ile yapılan bir başka çalışmada da en az bir travmatik olaya maruz kalma oranı %67 olarak bulunmuştur (Perkonigg, Kessler, Storz ve Wittchen, 2000). Yaşanılan travmatik olayların yaygınlıkları çeşitlerine göre farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde 2,953 kişi ile yapılan bir araştırmada en sık karşılaşılan travma türleri ve yaygınlıkları; fiziksel ya da cinsel saldırı %52, kaza ya da yangın %50, yakın bir arkadaşın ya da aile üyesinin şiddet nedeni ile ölmesi %49, doğal afet %48, yakın bir arkadaşın ya da aile üyesinin yaralanması %32 ve cinsel ya da fiziksel bir saldırıya tanık olma %31 olarak belirtilmiştir (Miller ve ark., 2013). Örneklemin %72'sinin en az bir travmatik olay yaşadığının belirtildiği 505 kişilik araştırmada da, bu kişilerin %40'ının kaza ya da doğal afet, %43'ünün başkasının yaşadığı travmatik olaya şahit olma ve %50'sinin fiziksel saldırı ya da cinsel saldırı gibi travmatik olayları tecrübe etmiş olduğu saptanmıştır (Elliott, 1997).

Travmatik olaylar karşısında insanlar, kaygı, kabuslar görme, uyku problemleri, olayı hatırlatan uyaranlardan kaçınma, hissizlik, aşırı uyarılmışlık gibi psikolojik ve fizyolojik bazı tepkiler verebilmektedir (McHugh ve Treisman, 2007). Anormal olaylar karşısında verilen normal tepkiler olarak adlandırılan bu tepkilerin kısa süreli olması ve kendiliğinden düzelmesi beklenmektedir (Jones ve Wessely, 2006). Ancak, yaşanılan travmatik olay sona erdikten sonra da olayın psikolojik ve fizyolojik etkilerinin devam etmesi söz konusu olabilmektedir (Flannery, 1999,

aktaran Damka, 2009: 45). Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olarak adlandırılan bu durum, travma mağdurlarında en sık rastlanılan psikiyatrik sorundur (Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling, Richards ve Turner, 2007).

1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB tanımlanmadan önce de travma mağdurlarının travmaya bağlı olarak uzun süreli ve kendiliğinden iyileşmeyen belirtiler gösterdikleri biliniyor olsa da TSSB ancak 1980'lerde DSM sınıflandırmasına dahil edilmiştir (Jones ve Wessely, 2006). DSM-III ile tanı kategorilerine dahil olan TSSB tanı kriterlerinde DSM-III-R, DSM-IV ve DSM-V'te çeşitli düzeltmeler yapılmıştır. Örneğin, DSM-III'te hemen herkeste sıkıntı veren belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olabilecek ayırt edilebilir bir olayın varlığı olarak ifade edilen kriter, DSM-III-R'de hemen herkeste sıkıntı yaratabilecek, genel insan deneyimi dışında kalan bir olayın varlığı olarak değiştirilmiş, DSM-IV'te ise daha geniş kapsamlı ve net bir tanımlaya yer verilmiştir (Spitzer, First ve Wakefield, 2007).

DSM-IV'e göre TSSB, savaşlar, doğal afetler, terör saldırıları, işkence, kaçırılma, rehin alınma, fiziksel ve cinsel saldırılar, kazalar, yaşamı tehdit eden hastalıklar gibi insanda stres yaratan olağan dışı olayları yaşamak, bu olayların yaşandığına tanık olmak ya da bir yakınının bu olayları yaşadığını öğrenmek sonucu ortaya çıkabilen; yoğun, uzun ve bazen de gecikmiş belirtiler grubunu tanımlayan bir tanı kategorisidir (APA, 1994). Olayı yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirtileri ile kendini gösteren TSSB, genellikle travmatik olaydan sonraki üç ay içerisinde ortaya çıkmakta ve 15-30 yıl sürebilmektedir (Woods, 2000, aktaran Damka, 2009: 52).

TSSB belirtileri DSM-IV'te şu şekilde belirtilmiştir:

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır.

1. Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.

1. Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşümler, düşünceler ya da algılar vardır.

2. Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görmek.

3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranmak ya da hissetmek (uyanmak üzereyken ya da alkol-madde etkisi altındayken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, ilüzyonları, halüsinasyonları ve disosyatif “flashback” epizodlarını kapsar).

4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duymak.

5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki göstermek.

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan).

1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları.

2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları.

3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamamak.

4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması.

5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları.

6. Duygulanımda kısıtlılık (örn. Sevme duygusunu yaşayamamak).

7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşımak (örn. Bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama).

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık belirtilerinin sürekli olması.

1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük.

2. İritabilite ya da öfke patlamaları.

3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük çekmek.

4. Tetikte olma (hipervijilans).

5. Aşırı irkilme tepkisi göstermek.

E. Bu bozukluk (B, C ve D Tanı Ölçütlerindeki belirtiler) 1 aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur (APA, 1994).

TSSB belirtileri, 3 aydan daha kısa sürerse akut, daha uzun sürerse kronik, travmatik olaydan en az 6 ay sonra başlamışsa gecikmeli başlangıçlı olarak tanımlanmaktadır (APA, 1994).

En son yayımlanan DSM-V’te; TSSB tanı kriterlerinden “kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır” kriteri kaldırılmış, 3 yeni kriter eklenmiş, tüm belirtiler klinisyenlerin daha iyi anlaması için detaylı olarak açıklanmış, daha önce 3 olan belirtiler grubu 4’e çıkarılmış, yeniden yaşantılama ve kaçınma belirtileri için aranan “travmatik olaya maruz kaldıktan sonra başlamalı ya da kötüleşmeli” koşulu tüm belirtileri kapsayacak şekilde genişletilmiş, 6 yaş öncesi çocuklar için farklı tanı kriterleri belirlenmiş ve bir dissosiyatif alt tip tanımlanmıştır (Miller ve ark., 2013). Bu tezde, yapılan meta analize dahil edilen çalışmaların çoğu TSSB’yi DSM-IV’e göre tanımlamış olduğundan DSM-V değişiklikleri ayrıntılı olarak ele alınmayacaktır.

Maruz kalınan travmanın şiddeti ile travmaya bağlı olarak ortaya çıkan TSSB belirtilerinin şiddeti doğru orantılıdır ve travmanın şiddetinin yüksek olması başka psikopatolojilerin de ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Dekel, Solomon, Horesh ve Ein-Dor, 2014). Travmaya bağlı olarak ortaya çıkan TSSB belirtileri zamanla kötüleşmekte, depresyonun eşlik ettiği durumlarda ise TSSB belirtilerinin daha şiddetli olduğu görülmektedir (Dekel ve ark., 2014). Dekel ve arkadaşlarının (2014) yapmış oldukları ileriye dönük boylamsal desenli araştırmada, travmaya maruz kaldıktan sonra ilk olarak gözlemlenen psikiyatrik tablonun TSSB, uzun vadede gözlemlenen baskın klinik tablonun ise depresyon olduğu sonucuna ulaşıldığı belirtilmektedir.

TSSB’nin yaygınlığı ile ilgili yapılmış çalışmalarda oranlar değişkenlik göstermektedir. Ancak, TSSB oranları araştırmalara göre farklılık gösteriyor olsa da travmatik olaya maruz kalma ve travmatik olaya maruz kalanların TSSB geliştirme oranlarının azımsanmayacak ölçüde olduğu göze çarpmaktadır. Örneğin, Norveç’te 2,794 kişi ile yapılan bir araştırmada, en az bir travmatik olaya maruz kalma oranı %26.5, tüm örneklem içerisindeki TSSB oranı %2.6 ve en az bir travmatik olaya maruz kalanlarda TSSB oranı %9.8 olarak bulunmuştur (Amstadter, Aggen, Knudsen, Reichborn-Kjennerud ve Kendler, 2013). Amerika’da 247 kişilik bir

örneklem ile yapılmış bir çalışmada ise en az bir travmatik olaya maruz kalma oranı %81.4 ve tüm örneklemdeki TSSB oranı %21.9 olarak belirtilmektedir. Amerika’da yapılan bir diğer çalışmada da 4,008 kişilik örneklemde %69’unun en az bir travmatik olaya maruz kaldığı ve örneklemde %2.3’ünde TSSB’ye rastlanıldığı kaydedilmiştir (Robin, Chester, Rasmussen, Jaranson ve Goldman, 1997).

Travmaya maruz kalan örneklem gruplarında TSSB yaygınlığını inceleyen araştırmalara bakıldığında da TSSB oranlarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Amerika’da Sürekli Özgürlük ve Irak Özgürlük operasyonlarına katılmış 340 askerle yapılan bir araştırmada TSSB oranı %68.2 olarak bulunmuştur (Lew, Otis, Tun, Kerns, Clark ve Cifu, 2009). Almanya’da 266 travma mağdurunun katıldığı çalışmada ise TSSB oranı %23 olarak belirtilmiştir (Haagsma ve ark., 2012). İsrail’de trafik kazası ve terör saldırısı mağdurları ile yapılan bir araştırmada, 354 trafik kazası mağduru örneklem grubunda TSSB oranının %18.7; 39 terör saldırısı mağduru örneklem grubunda ise TSSB oranının %37.8 olduğu kaydedilmiştir (Shalev ve Freedman, 2005). Ayrıca, TSSB yaygınlığının, deprem mağdurları ile yapılmış çalışmalarda %12 ile %50 (Başoğlu, Şalcıoğlu ve Livanou, 2009), cinsel saldırı mağdurları ile yapılmış çalışmalarda %30 ile %80, fiziksel saldırı mağdurları ile yapılmış çalışmalarda ise %23 ile %39 arasında değiştiği belirtilmektedir (Acierno, Resnick, Kilpatrick, Sounders ve Best, 1999).

TSSB hastalarında sıklıkla depresyon, kaygı bozuklukları, duygu durum bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığına ve gazilerde kronik ağrı’ya rastlanılmaktadır. TSSB hastalarında, depresyon görülme oranlarının %37 ile %48 arasında olduğu belirtilmektedir (Kaufman ve Charney, 2000). Amerika’da 1,127 kişi ile yapılan bir çalışmada TSSB hastalarının %92’sinde 1. eksen bozuklukları, %76’sında distimi, %69’unda depresyon, %68’inde genel kaygı bozukluğu ve %62’sinde agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk görüldüğü saptanmıştır (Brown, Campbell, Lehman, Grisham ve Mancill, 2001). TSSB hastalarının alkol ya da madde kullanarak TSSB belirtileri ile baş etmeye çalışmalarının, madde ve alkol kullanma nedenlerinden biri olarak ifade edildiği bir çalışmada, 500 kişilik örneklemde %20.5’inde TSSB görüldüğü ve bu hastaların %92’sinin alkol ve madde kötüye kullanımının olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Torchalla, Strehlau, Li, Linden, Noel ve Krausz, 2013). Gaziler arasında ise TSSB ve kronik ağrının beraber görülme oranlarının %34 ile %50 arasında değiştiği belirtilmektedir (Otis, Gregor, Hardway, Morrison, Sciol ve Sanderson, 2010).

1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Psikolojik Tedavisi

Travma mağdurlarında sıklıkla karşılaşılan TSSB'nin tedavisi, TSSB'nin DSM tanı kategorilerine dahil edilmesi ile beraber önem kazanmış, o günden günümüze çeşitli tedavilerin TSSB üzerindeki etkisine odaklanan pek çok araştırma yapılmıştır (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). TSSB tedavisinde kullanılan pek çok terapi yönteminin içerisinde travma odaklı tedavilerin en etkilileri olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). Travma odaklı tedavilerde ise imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme, bilişsel yeniden yapılandırma, beceri kazandırma, gevşeme egzersizleri gibi birkaç tekniğin farklı kombinasyonlar halinde kullanıldığı görülmektedir. TSSB için kullanılan travma odaklı psikoterapiler; göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme terapisi, travma odaklı bilişsel davranışçı terapiler, bilişsel terapiler ve yüzleştirme terapileridir.

1.3.1. Yüzleştirme Terapileri

Yüzleştirme tedavileri TSSB'yi ve TSSB tedavisini, öğrenme teorileri üzerinden temellendirmektedir (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). Buna göre, TSSB kısaca, travmatik olay anında çevrede bulunan uyaranlar ve tehdit nedeni ile ortaya çıkan korku duygusu arasında gerçekleşen klasik koşullanma sonucunda, travmatik olay sona erdikten sonra tehlike unsuru ortadan kalkmış olsa bile aynı ya da benzer uyaranların travmatik olay anında yaşanan korkunun ortaya çıkmasına neden olmasıdır (Van Etten ve Taylor, 1998). Dolayısıyla TSSB tedavisinde, klasik koşullanma yoluyla edinilen korkunun yine sönme ve alışma teorilerinden yola çıkılarak azaltılması amaçlanır. Sönme ve alışma teorilerine göre, klasik koşullanma yoluyla öğrenilen korku, korku yaratan uyaranlara sistematik olarak maruz kalınması sonucu kademeli olarak azalacaktır (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). Yüzleştirme terapilerinde, korku yaratan bu uyaranlara sistematik olarak maruz bırakma, imgesel ve yerinde yüzleştirme yöntemleri ile gerçekleştirilmektedir (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). İmgesel yüzleştirmede, kaygı yaratan uyaranlara olay anlatılarak ya da görsel olarak canlandırılarak maruz kalınmakta ve tekrar eden yüzleşmeler sonucunda sönme ve alışma ortaya çıkmaktadır. Yerinde yüzleştirmede ise, kaygı yaratan uyaranlara fiili olarak maruz kalınmakta ve yine bu uyaranlara sistematik olarak maruz kalınması sonucu sönme ve alışma ortaya çıkmaktadır.

Başlıcaları uzun süreli alıştırmaya tedavisi (Foa, Rothbaum, Riggs, ve Murdock, 1991), yüzleştirme tedavisi (Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou ve Trasher, 1998)

olmak üzere pek çok sayıda yüzleştirme tedavisi protokolü bulunmaktadır. Bunlar dışındaki tedavi protokollerinin bazılarının, var olan tedavi protokollerinde yer alan tedavi bileşenlerini farklı kombinasyonlar halinde farklı bir isim altında kullandığı [örneğin, bilişsel davranışçı travma tedavisi protokolü (Deville ve Spence, 1999), direkt terapötik yüzleşme (Glynn ve ark., 1999) vb.], bazılarının da var olan tedavileri farklı formlarda kullandığı [örneğin, Öyküsel yüzleştirme terapisi (Neuner, Schauer, Karunakara ve Elbert, 2004), imgesel tekrarlama terapisi (Krakow ve ark., 2000)] görülmektedir (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013).

Foa ve arkadaşlarının geliştirdiği uzun süreli alıştırma tedavisi protokolünde, ilk iki seans bilgi toplama, tedavi rasyoneli verme ve tedaviyi planlama gerçekleştirildikten sonra, takip eden yedi seans imgesel yüzleştirme kullanılmaktadır. Seans süresince hastanın olayı gözünde canlandırarak ve yüksek sesle şimdiki zaman kipinde anlatarak yeniden yaşaması sağlanırken hastanın sesi kaydedilmektedir. Ses kayıtlarının günde en az bir defa hasta tarafından dinlenilmesi istenmektedir. Yedinci seanstan sonra terapistin verdiği ödevler şeklinde gerçekleştirilen yerinde yüzleştirme devreye girmektedir (Foa ve ark., 1991). Marks ve arkadaşlarının geliştirdiği Yüzleştirme Tedavisi protokolünde ise, ilk seans tedavi rasyoneli verildikten sonra takip eden beş seans imgesel yüzleştirme tekniği, hastanın travmatik olayı şimdiki zaman kipinde tüm duyuşsal detaylarıyla beraber anlatması yoluyla uygulanmaktadır. İmgesel yüzleştirme tekniğinin uygulandığı seanslarda ses kaydı yapılmakta, kaydedilen seslerin evde her gün en az bir saat dinlenmesi ve dinlenilirken günlük tutulması istenmektedir. Altıncı seans itibari ile yerinde yüzleştirme tekniğinin kullanılmasına başlanmaktadır. Travma ile ilgili korku uyandıran, kaçınılan uyaranlar tespit edilerek hazırlanan hiyerarşi listesinin ardından terapist eşliğinde kaçınılan uyaranlara maruz kalınarak yerinde yüzleştirme tekniği uygulanmaktadır (Marks ve ark., 1998).

Yüzleştirme tedavilerinden en sık kullanılan iki protokol olan uzun süreli alıştırma tedavisi ve yüzleştirme tedavisinin etkisi ile ilgili yapılmış pek çok seçkisiz kontrollü araştırma bulunmaktadır. Uzun süreli alıştırma tedavisinin şimdiye odaklı terapi ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, uzun süreli alıştırma tedavisinin şimdiye odaklı terapiye kıyasla TSSB belirtilerinde daha fazla azalmaya neden olduğu, hastaların %29'unun tedavi sonrasında TSSB tanı kriterlerini karşılamadığı belirtilmektedir (Shnurr ve Lunney, 2012). Uzun süreli alıştırma tedavisinin travmatik olaya odaklanmayan, günlük stres unsurlarının ve ilişkilerin irdelendiği bir

terapi çeşidi ile karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada, uzun süreli alıştırma tedavisinin hem TSSB hem de depresyon belirtilerinde önemli azalmalara yol açtığı ifade edilmektedir (Nacasch ve ark., 2011). Asukai, Saito, Tsuruta, Kishimoto ve Nishikawa'nın (2010) yapmış olduğu çalışmada da uzun süreli alıştırma tedavisinin TSSB ve depresyon belirtilerinde önemli azalmalara neden olduğu sonucuna ulaşıldığı vurgulanmaktadır. Marks ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu yüzleştirme tedavisinin, göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme tedavisi ve gevşeme tedavisi ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, yüzleştirme tedavisinin hem göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işlem tedavisinden hem de gevşeme tedavisinden daha etkili olduğu, göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme tedavisi ile gevşeme tedavisi arasında da önemli bir farklılık bulunmadığı ifade edilmektedir (Taylor, Thordarson, Maxfield, Fedoroff, Lovell ve Ogradniczuk, 2003). Araştırma sonuçları incelendiğinde uzun süreli alıştırma tedavisi ve yüzleştirme tedavisinin, TSSB tedavisinde etkili yöntemler oldukları görülmektedir.

1.3.2. Bilişsel Terapiler

TSSB'yi, yaşanan travmatik olay sonrasında, bilginin seçici işlenmesi sonucu ortaya çıkan bilişsel önyargılar ve işlevsiz inançların neden olduğu bir patoloji olarak açıklayan bilişsel ekol, TSSB tedavisinde de bu bilişsel önyargıların, işlevsiz inançların düzeltilmesini amaçlamaktadır (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). Bilişsel yeniden yapılandırma, sokratik sorgulama ve işlevsiz inançların davranışçı deneylerle test edilmesi yöntemlerini kullanan başlıca bilişsel terapi protokolleri Bilişsel Terapi (Ehlers, Clark, Hackman, Mcmanus ve Fennel, 2005) ve Bilişsel İşlem Terapisi (Resick, Nishith, Weaver, Astin ve Feuer, 2002)'dir (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013).

Resick ve arkadaşlarının geliştirdiği bilişsel işlem protokolünde, tedavi rasyoneli ve tedavi planının verildiği ilk seanstan sonra travmatik olayın ne anlam ifade ettiği üzerinde durulmaktadır. Bu seansın sonunda travmatik olayın hastaya ne anlam ifade ettiğini yazması istenmektedir. İkinci seansta yazılı ödev okunmakta ve bu yazı üzerine tartışılmaktadır. Üçüncü seansta ise travmatik olayın tüm detayları ile yazılması, hastanın bu yazıyı kendi kendine okuması istenmektedir. Dördüncü seansta hasta ödevini terapistle okumakta ve bu seans itibarıyla sokratik sorgulama tekniği ile kendini suçlama ve diğer işlevsel olmayan düşünceler ele alınmaktadır. Beşinci seansta düşünceye meydan okuma öğretilerek hastanın olaya yüklediği

anlamı değiştirmesi amaçlanmaktadır. Yedinci seansla birlikte problemleri örüntülerin tespit edilmesini öğrenen hastanın alternatif düşünceler üretmesi süreci başlamaktadır. On ikinci seansta tedavi kazanımları değerlendirilerek tedavi sonlandırılmaktadır (Resick ve ark., 2002). Yüzleştirme tekniği kullanıldığı ifade edilmemiş olsa da bu protokolde hastanın travmatik olayı tüm detaylarıyla yazmasının ve önce kendi kendine daha sonra seans içinde terapistte okumasının istenmesi kısıtlı olarak da olsa imgesel yüzleştirme tekniğinin kullanıldığı anlamına gelmektedir (şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). Ehlers ve arkadaşlarının geliştirdiği protokolde ise, ilk önce travmatik olayla ilgili olumsuz yargılar ve imgesel yüzleştirme yoluyla da travma anılarında en fazla stres uyandıran noktalar tespit edilmektedir. Tespit edilen olumsuz yargıların değiştirilmesi için sokratik sorgulama tekniği kullanılmakta ve alternatif yargılar üretilmektedir. Üretilen alternatif yargılar imgesel yeniden senaryolaştırma yöntemi ile travmatik anıların içeriğine eklenmektedir. Bazen imgesel yeniden senaryolaştırma tekniği yeterli olmamakta, bu durumda ise olay yerini ziyaret etmek gibi eylemler gerçekleştirilmektedir (Ehlers ve ark., 2005). Yüzleştirme tedavilerinde olduğu gibi alışma ve snme amaçlayarak sistematik olarak yüzleştirme teknikleri uygulanmıyor olsa da bu protokolde de yüzleştirme tekniklerinin kullanıldığı görülmektedir. Bilişsel terapi adı altında uygulanan ancak yüzleştirme tekniklerini de kullanan başka terapi protokolleri bulunmamaktadır (şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013).

Bilişsel terapi ve bilişsel işlem terapisinin etkisi üzerine yapılmış seçkisiz kontrollü çalışmalar incelendiğinde bu iki tedavi protokolünün de TSSB tedavisinde etkili olduğu görülmektedir. Bireysel destek müdahalesi ile bilişsel işlem terapisinin karşılaştırıldığı bir araştırmada, bilişsel işlem terapisinin bireysel destek müdahalesine göre daha etkili olduğu, bilişsel işlem tedavi grubunun yalnızca %9’unda iyileşme görülmezken bireysel destek grubunun %42’sinde iyileşme görülmediği belirtilmektedir (Bass ve ark., 2013). Bilişsel işlem terapisi ile şimdiye odaklı terapinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da bilişsel işlem terapisinin şimdiye odaklı terapiden daha etkili olduğunun görüldüğü ifade edilmektedir (Suris, Link-Malcolm, Ahn ve North, 2013). Ehlers ve arkadaşlarının geliştirdiği bilişsel terapi ile bekleme listesinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, bilişsel terapinin TSSB belirtilerinde önemli azalmalara neden olduğu, bilişsel terapi grubunun %90’ının tedavi sonrasında TSSB tanı kriterlerini karşılamadığı görülmektedir (Ehlers ve ark., 2005). Bilişsel terapi ile tekrar eden ölçümler grubunun karşılaştırıldığı bir başka

çalışmada da bilişsel terapinin hem TSSB hem de depresyon belirtilerinde önemli azalmalara neden olduğu belirtilmektedir (Ehlers ve ark., 2003).

1.3.3. Diğer Travma Odaklı Terapiler

Bilişsel terapiler ve yüzleştirme tedavilerinden başka pek çok travma odaklı terapi çeşidi bulunmaktadır. Bunların bazıları farklı tedavi rasyonelleri benimsemiş olsa da hemen hepsi var olan tedavi bileşenlerini farklı kombinasyonlar halinde ve farklı isim altında kullanmaktadır (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). Bilişsel yeniden yapılandırma, davranışçı deneyler, imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme travma odaklı terapilerde mutlaka kullanılan bileşenlerken zaman zaman bu bileşenlere kaygı yönetimi, destekleyici danışmanlık, nefes egzersizleri, gevşeme egzersizleri, öfke yönetimi gibi travma odaklı olmayan teknikler eklenmektedir. Bu tekniklerin tedavi etkisine katkısı olup olmadığına dair pek fazla çalışma yapılmış olmasa da bu tekniklerin tedavi etkisini artırmadığına yönelik bulgular mevcuttur (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013).

İmgesel yeniden senaryolaştırma, yapılandırılmış yazma terapisi, öyküsel yüzleştirme terapisi, direkt terapötik yüzleştirme terapisi gibi pek çok terapi protokolü de farklı isim altında temel teknikleri kullanan tedavi protokollerine örnek gösterilebilir. Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme terapisi de bilişsel yeniden yapılandırma ve imgesel yüzleştirme tekniklerine ek olarak iki taraflı göz hareketleri kullanmaktadır (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). Kullanılan iki taraflı göz hareketleri tekniğinin, bu tedavi protokolünü diğer bilişsel davranışçı terapilerden ayırdığı iddia ediliyor olsa da bu göz hareketlerinin iyileşmenin ortaya çıkması için gerekli olduğuna dair herhangi bir bulgu bulunmamaktadır (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013).

1.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tedavisine Yönelik Araştırmalar

TSSB tedavisinde farklı tedavi çeşitlerini karşılaştıran meta-analizler değişik bulgular ortaya koymuştur. Bilişsel davranışçı terapi, dinamik terapi ve göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme terapisi etkisi üzerine yapılmış bir meta analizde bu üç tedavi çeşidinin de orta büyüklükte etki boyutu yarattığı bulunmuştur (Sherman, 1998). Bir başka meta analizde ise ilaç tedavisi ve psikoterapilerin etkisi kontrol grubu ile karşılaştırılmış, her iki tedavinin de kontrol gurubuna kıyasla daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Van Etten ve Taylor,

1998). Son on yılda yapılan meta-analizler travma odaklı psikolojik tedavilerin TSSB için en etkili tedaviler olduğunu (Bisson ve ark., 2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra ve Westen, 2005) ve bu terapilerin tedavi etkilerinin birbirine yakın olduğunu göstermiştir (Munder, Flückiger, Gerger, Wampold ve Barth, 2012).

Uzun süreli alıştırma tedavisinin etkisi üzerine yapılmış bir diğer meta analizde de uzun süreli alıştırma tedavisinin diğer tedavilerden daha etkili olduğu sonucuna ulaşılammıştır (Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan ve Foa, 2010). Travma odaklı farklı terapi protokollerinin etkilerinin birbirlerine göre farklılık göstermeyişi bu tedavilerde belli bileşenlerin TSSB tedavisi için önemli olmadığını (Benish ve ark., 2008, aktaran Powers ve ark., 2010) ve bu tedavi protokollerinde yer alan birincil tedavi bileşenleri yüzleştirme, bilişsel yeniden yapılandırma ve davranış becerileri kazandırma (Barrera, Mott, Hofstein ve Teng, 2013) olduğuna göre iyileşmenin bu bileşenlerden birinin ya da bir kaçının etkisi ile ortaya çıktığını düşündürmektedir. Powers ve arkadaşları (2010) yüzleştirme bileşeni her protokolda yer aldığından tedavi etkisinin ortaya çıkmasından yüzleştirme bileşeninin sorumlu olabileceğini belirtmektedir. Literatürde yer alan, yüzleştirme bileşeni içeren bilişsel davranışçı grup terapileri ile yüzleştirme bileşeni içermeyen bilişsel davranışçı grup terapilerinin etkilerini kıyaslayan meta analizlerin, yüzleştirme bileşenini içeren bilişsel davranışçı grup terapilerinin yüzleştirme bileşeni içermeyen bilişsel davranışçı grup terapilerinden iki kat daha etkili olduğu sonucunu elde etmiş olmaları bunu doğrular niteliktedir (Institute of Medicine, 2008, aktaran Barrera ve ark., 2013). Diğer yandan, temel tedavi bileşenlerinin birlikte kullanılmasıyla oluşturulan kombinasyonların tedavi etkisi üzerine yapılmış çalışmaların sonuçları da farklılık göstermektedir. Literatürde yerinde yüzleştirme bileşenine başka bileşenlerin eklenmesinin tedavi etkisini artırmadığını gösteren çalışmaların yanı sıra (Marks ve ark., 1998; Foa, Dancu, Hambree, Jaycox, Meadows ve Street, 1999; Foa ve ark., 2005; Paunovic ve Öst, 2001) imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırmanın beraber kullanılmasının yalnızca yerinde yüzleştirme kullanılmasından daha etkili olduğunu bulan çalışmalar da yer almaktadır (Bryant ve ark., 2008).

TSSB tedavisinde en etkili, en kısa süreli ve en kolay tedavinin tespit edilebilmesi için yapılan araştırmalar komple tedavi protokollerini karşılaştırıyor olsa da, en kısa sürede ve en zahmetsiz şekilde en fazla iyileşmeyi sağlamak için tedavi bileşenlerinin incelenmesi gerektiğini ifade eden Şalcıoğlu ve Başoğlu (2013) tedavi

bileşenlerinin etkisine yönelik bir meta analiz yapmışlardır. Yapılan bu meta-analiz’de tüm aktif tedavilerin kontrol gruplarına göre daha etkili olduğu ve bu aktif tedavilerin büyük etki boyutu (0.80’den fazla) yarattığı görülmüştür. Bu meta analizde, imgesel yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırmanın tek başına kullanıldığında yerinde yüzleştirmeye kıyasla daha kısıtlı bir etkiye sahip olduğu, imgesel yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma bileşenlerine imgesel yeniden senaryolaştırma ve beceri eğitimleri bileşenlerinin eklenmesinin etki boyutunu artırsa da çok büyük değişiklik yaratmadığı ancak yerinde yüzleştirme bileşenin eklenmesi ile etki boyutunun maksimuma ulaştığı görülmüştür. Bunun yanı sıra, bu çalışmada yüzleştirme bileşeni olan bilişsel terapilerin yüzleştirme bileşeni olmayan bilişsel terapilere göre daha etkili olduğu sonucu da elde edilmiştir. Ancak yapılmış olan bu meta-analizde üç temel bileşen hedef alınmamıştır, tedavi kategorilerinde temel tedavi bileşenlerine kaygı yönetimi, beceri eğitimi gibi bileşenlerin de eşlik ettiği kombinasyonlar da yer almakta ve tek başına yerinde yüzleştirme bulunmamaktadır. Bu tezde ise üç temel tedavi bileşeninin sağladığı etki odak noktasıdır. Bu nedenle kategoriler içerisinde, tek başına yerinde yüzleştirme de yer alacak olup, üç temel bileşen dışındaki davranışçı tekniklerin tedavi etkisine katkısı ayrıca araştırılacaktır.

1.5. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, TSSB için travma odaklı tedavilerde kullanılan çeşitli terapi tekniklerinin etkisinin meta-analiz yöntemi ile incelenmesi ve en etkili terapi tekniklerinin tespit edilmesine yöneliktir. Ayrıca, TSSB tedavisinde kullanılan tedavi protokollerinin içerdikleri bileşenlere göre, tedaviden dökülme oranları ve tedavi sürelerinin de farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu sayede en çok iyileşme sağlamanın yanı sıra kısa süren ve tedavi sürdürülebilirliği dezavantajlı olmayan tedavi bileşenleri ile ilgili de değerlendirme yapılması amaçlanmıştır.

Bu meta-analizde aşağıdaki hipotezler sınanmıştır:

- 1) Tüm travma-odaklı bilişsel davranışçı terapi protokolleri TSSB tedavisinde büyük etki boyutu sağlar.
- 2) Temel tedavi bileşenlerine davranışçı tekniklerin eklenmesi tedavi etkisini artırmaz.
- 3) Yerinde yüzleştirme içeren terapi protokolleri bu yöntemi içermeyen protokollere göre daha büyük etki boyutu sağlar.

1.6. Araştırmanın Önemi

TSSB'nin; başka psikiyatrik hastalıklara da yol açması, intihar riskini artırması, yaşam kalitesini azaltması (Barrera ve ark., 2013), fiziksel sağlık problemlerini artırması, iş yaşamı ve sosyal yaşamda işlevselliği azaltması (Powers ve ark., 2010) gibi pek çok olumsuz sonucu vardır. Bunun yanı sıra, TSSB tedavisi için harcanan para, zaman gibi bu kişilerin toplumsal hayatta gerçekleştirebilecekleri üretimi gerçekleştiremiyor olmalarından doğan zarar da söz konusudur (Barrera ve ark., 2013). TSSB'nin genel popülasyondaki yaygınlığı ve travma mağdurları arasındaki görülme sıklığının da azımsanmayacak olması TSSB tedavisinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

TSSB tedavisinde kullanılan terapi çeşitlerinin birkaç temel tedavi bileşeninin farklı kombinasyonlarından oluştuğu görülmektedir. TSSB tedavisinin en kısa zamanda en etkili şekilde tedavi edilebilmesi için bu tekniklerin hangilerinin iyileşmeye en çok katkıda bulunduğunun tespit edilerek en etkili tedavi protokolünün oluşturulması, hastaların en etkili şekilde tedavi edilmeleri ve tedavi maliyetleri ile tedavi için harcanan zamanın azaltılması için önem taşımaktadır.

2. YÖNTEM

2.1. Literatür Taraması

Bu meta-analize, Eylül 2013'e kadar uluslararası hakemli bilimsel dergilerde yayınlanmış seçkisiz kontrollü klinik deneyler (randomized controlled clinical trial) dahil edildi. Etkisi gösterilmiş ve tedavi kılavuzlarına girmiş terapi protokolleri bu meta-analizin odak noktası olduğu için yayınlanmamış ya da "çekmecede tutulan" (file-drawer) araştırmalar meta-analize alınmadı. Editöre mektuplar, editör yazıları ve gözden geçirme yazıları değerlendirme dışında tutuldu. Literatür taraması üç veri tabanında yürütüldü ve TSSB tedavisi hakkında kapsamlı ve yeterli bir literatüre ulaşıyor olması nedeniyle bu veri tabanları ile sınırlandırıldı. TSSB ile ilgili tüm yayınları hangi dilde, hangi coğrafyada ya da hangi alanda olduğu fark etmeksizin içeren geniş bir elektronik veri tabanı olan PILOTS, davranış bilimleri ve ruh sağlığı alanındaki hakemli yayınları içeren elektronik veri tabanı PsychInfo ve tıp alanında sıklıkla kullanılan elektronik veri tabanı PubMed incelendi. 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 içersinde aranarak gerçekleştirildi.

2.2. İçleme Kriterleri

Bu meta-analizin içleme kriterlerini karşılaması için makalenin 1) hakemli dergilerde yayınlanmış özgün araştırma makalesi olması (özgün çalışmanın ek analizlerinin yer aldığı makaleler dışlandı), 2) İngilizce dilinde yazılmış olması, 3) travma odaklı bilişsel veya bilişsel davranışçı teknikleri kullanan tedavi protokollerinin etkisini aktif (başka tedavi protokolleri) ya da pasif (bekleme listesi, plasebo, vb.) bir kontrol grubu karşısında seçkisiz kontrollü deneysel desenle sınıyor olması, 4) DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR'ye göre tanımlanmış akut TSSB (travmatik olaydan sonraki 1-3 aydır belirtilerin sürüyor olması), kronik TSSB (travmatik olaydan sonra en az 6 aydır belirtilerin sürüyor olması) ya da yazarlar tarafından işlemsel olarak tanımlanmış klinik olarak anlamlı eşik altı TSSB (örneğin

DSM-IV'e göre tanımlanmış TSSB belirtileri sayısı; CAPS toplam puanı > 30) tanısı almış yetişkinleri içeriyor olması, 5) örnekleminde yer alan TSSB olgularının ağır mental hastalık (örn. psikotik bozukluk, duygu durum bozukluğu, kişilik bozuklukları vb.) ve alkol ve madde bağımlılığının olmaması, 6) etkisini araştırdığı terapinin tüm TSSB belirtilerinde iyileşmeyi hedef alıyor olması, 7) etkisini sınıadığı terapinin yüz yüze yürütülmüş olması (telefon ya da internet üzerinden verilen tedaviler dışlandı), 8) tedavi etkisinin değerlendirilmesi için yapılan ön ölçüm ve son ölçümler için tedavi gruplarına kör bir değerlendirmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış görüşme formları ve / veya öz bildirim ölçekleri kullanmış olması, 9) örneklemindeki olgu sayısının en az 10 olması, 10) etki boyutlarının hesaplanabilmesi için gerekli istatistikleri ya da bu istatistiklerin talep edilebilmesi için yazarların iletişim bilgilerini içeriyor olması gerekiyordu.

İçleme kriterleri belirlenirken belli gerekçeler göz önünde bulunduruldu. Hakemli dergilerde yayınlanmış makalelerin daha geçerli ve güvenilir metodoloji ile yürütülmüş olduğu bilim dünyasında kabul edildiğinden sadece bu tür dergilerde yayınlanmış özgün çalışmalar meta-analize alındı. Özgün çalışmanın ek analizlerinin yer aldığı makaleler (spin-off articles) mükerrer veri içerdikleri için çalışmadan dışlandı. Makalelerin İngilizce yayınlanmış olması tercihi pratik sebeplerden kaynaklandı (yazarın ve danışmanın İngilizce biliyor olması). Bu meta-analiz TSSB'de kullanılan bilişsel ve davranışçı terapi protokollerini oluşturan terapi bileşenlerinin etkisini değerlendirmeyi amaçladığından sadece bu terapi ekolu üzerine yayınlanan makaleler çalışmaya alındı. Bağımlı değişkenin araştırmadan araştırmaya farklılaşmasını engellemek açısından, TSSB tanısını standart bir kriter üzerinden nesnel olarak tanımlanmış araştırmalar meta-analizde yer aldı. Ağır mental hastalığın ya da alkol / madde bağımlılığının eşlik ettiği TSSB'nin tedavisine yönelik araştırmalar meta-analizden dışlandı, çünkü pek çok seçkisiz kontrollü klinik araştırma bu tanıları dışlama kriteri olarak kullanmıştı. Ayrıca, bu ek tanıların eşlik ettiği TSSB için halihazırda kullanılan yöntemlerden farklılaşan bileşenler içeren terapi protokolleri geliştirilip sınanmıştı. Bilişsel ve / veya davranışçı terapi protokollerini oluşturan yöntemlerin TSSB'de ortaya çıkardığı genel iyilik hali meta-analizin odak noktası olduğundan, uygulanan terapinin kabuslar (örn. Krakow ve ark., 2000; Cook ve ark., 2010.), uykusuzluk (örn. Margolies, Raybarczyk, Vrana, Leszczyszyn ve Lynch, 2013) ve öfke (Chemtob, Novaco, Hamada ve Gross, 1997) gibi sadece bir TSSB belirtisine yönelik uygulanmasını konu alan makaleler

analizlere dahil edilmedi. Meta-analize sadece yüz yüze yürütülmüş tedavilerin dahil edilmesinin ve internet veya telefon üzerinden yürütülmüş tedavilerin dışlanması nereden terapist etkisini tüm araştırmalar için sabit tutmaktı. Deneysel yanlılığının terapi sonucu değerlendirmelerine etkisini kontrol edebilmek için meta-analize sadece deseni tek-yönlü kör deney olan araştırmalar ya da öz-bildirim ölçeklerine dayalı veriler bildiren makaleler alındı. Diğer bir deyişle, analizlerde tedavi gruplarına kör bir değerlendirmeci tarafından yapılan ölçümler ya da, kör değerlendirme yapılmamışsa, danışanların kendi değerlendirmelerine dayanan ölçümler dahil edildi. Küçük örneklem standart hata oranını artırdığından örneklemdeki olgu sayısının en az 10 olması şartı bir başka meta-analizin (Bradley ve ark., 2005) işleme kriterleri göz önüne alınarak benimsendi.

2.3. Tedavi Protokollerinin Kodlaması

Etkisi sınanan bilişsel ve / veya davranışçı terapi protokollerinde kullanılan yöntemleri belirlemek için makalelerin yöntem bölümlerinde verilen tedavi betimlemeleri ve tedavi protokollerinin ayrıntılı olarak tanımlandığı yayınlar (örn. kitaplar, internet dokümanları, makaleler, vb.) incelendi. Protokollerde tanımlanmış başlıca tedavi teknikleri; imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme, bilişsel yeniden yapılandırma ya da bilişsel terapi ve kombinasyon halinde kullanılan diğer davranışçı tekniklerdi. İmgesel Yüzleştirme (1) travma öyküsünü seansta imgeleyerek anlatma, (2) travma öyküsünü ayrıntılarıyla yazma olarak tanımlandı. Yerinde Yüzleştirme (1) travmayı hatırlatan ve / veya travmayla ilişkili korku uyandıran durum ve uyaranlarla kendi kendine yüzleşme yönergeleri verilmesi, (2) travmayı hatırlatan ve / veya travmayla ilişkili korku uyandıran durum ve uyaranlarla terapist eşliğinde yüzleşme, (3) travmayla ilgili olumsuz değerlendirmeleri (örn; tehlikeyi abartmak) sınamak için gerçekleştirilen davranışçı deneyler, (4) korku yaratan uyarlardan kaçınmayı bırakma yönergeleri olarak tanımlandı. TSSB belirtileri, travma ve kişinin kendisi hakkında işlevsel olmayan inanç ve duyguların belirlenmesi ve değiştirilmesini hedefleyen işlemler Bilişsel Yeniden Yapılandırma adı altında toplandı. Bu üç temel bileşene ek olarak kullanılan gevşeme egzersizleri, öfke yönetimi, beceri eğitimi, problem çözme, davranış etkinleştirme ve imgesel yeniden senaryolaştırma gibi girişimler Davranış Terapisi Yöntemleri olarak sınıflandırıldı. Sadece bu son yöntemlerden oluşan ve tedavide travma odağı olmayan terapi protokolleri travma odağı olmayan Bilişsel-Davranışçı Terapi olarak tanımlandı. Nefes alma teknikleri

ve psiko-eğitim tedavi protokollerinde çok sık kullanılan teknikler olduğundan sınıflandırmada ayrıştırılmadılar. Tedavi protokollerinin orijinal isimleri, Türkçeye çevrilmiş isimleri ve hangi yöntemler olarak kodlandıkları Tablo 2.1’de gösterilmektedir. Son olarak bekleme listesi, minimum ilgi, tekrar eden ölçümler ya da temel bilişsel ve / veya davranışçı yöntemlerden herhangi birini kullanmayan alternatif tedaviler (örn: şimdiye odaklı terapi) kontrol grubu olarak sınıflandırıldı.

Tablo 2.1.Terapi protokolleri ve bu protokolleri oluşturan temel terapi bileşenleri

Terapi Protokolü Adı	Türkçesi	Terapi Bileşenleri
Control Focused Behavioral Therapy (CFBT)	Kontrol Odaklı Davranışçı Terapi	Yerinde yüzleştirme
Management Therapy (MT)	Başa ıkma Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Prolonged Exposure (PE)	Uzatılmış Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme
Narrative Exposure Therapy (NET)	Öyküsel Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme
Cognitive Behavioral Therapy (CBT)	Bilişsel Davranışçı Terapi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma, Davranışçı Teknikler
Trauma Desensitization (TD)	Travmaya Duyarsızlaştırma	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma, Davranışçı Teknikler
Cognitive Processing Therapy (CPT)	Bilişsel İşleme Terapisi	İmgesel yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma, Davranışçı Teknikler
Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR)	Duygusal ve İlişkisel Düzenleme için Beceri Kazandırma	İmgesel Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma, Davranışçı Teknikler
Exposure, Relaxation, Imagey Rescripting Therapy (ERIR)	Yüzleştirme, Gevşeme, İmgesel Yeniden Senaryolaştırma Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma, Davranışçı Teknikler
Cognitive Behavioral Trauma Therapy (CBTT)	Bilişsel Davranışçı Travma Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma, Davranışçı Teknikler
Cognitive Therapy (CT)	Bilişsel Terapi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Tablo 2.1.'in devamı

Terapi Protokolü Adı	Türkçesi	Terapi Bileşenleri
Gradual Self Exposure and Cognitive Restructuring (GSE&CR)	Kademeli Yüzleştirme ve Bilişsel Yeniden Yapılandırma	Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Stress Inoculation Training (SIT)	Stres Aşılama Terapisi	Travma Odaklı Olmayan BDT
Direct Therapeutic Exposure (DTE)	Direk Terapötik Yüzleştirme	İmgesel Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma, Davranışçı Teknikler
Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy (CCBT)	Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi	İmgesel Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma, Davranışçı Teknikler
Testimony Method (TM)	İfade Verme Yöntemi	İmgesel Yüzleştirme
Counting Method (CM)	Sayma Yöntemi	İmgesel Yüzleştirme
Implosive Therapy (IT)	İç Patlamalı Terapi	İmgesel Yüzleştirme, Davranışçı Teknikler
Cognitive Trauma Therapy (CTT)	Bilişsel Travma Terapisi	Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma, Davranışçı Teknikler
Structured Writing Therapy (SWT)	Yapılandırılmış Yazma Terapisi	İmgesel Yüzleştirme
Virtual Reality Exposure Therapy (VRET)	Yapay Gerçeklik Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme
Written Accounts (WA)	Yazılı Açıklamalar	İmgesel Yüzleştirme
Trauma Focused Group Therapy (TFGT)	Travma Odaklı Grup Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma, Davranışçı Teknikler
Written Disclosure (WD)	Yazarak İfşa Etme	İmgesel Yüzleştirme
Written Exposure Therapy (WET)	Yazarak Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme
Image Habituation Training (IHT)	İmgesel Alışma Çalışması	İmgesel Yüzleştirme
Behavioral Activation (BA)	Davranış Etkinleştirme	Yerinde Yüzleştirme
Multiple Channel Exposure Therapy (MCET)	Çok Yönlü Yüzleştirme Terapisi	İmgesel Yüzleştirme, Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Imagery Rescripting (IR)	İmgesel Yeniden Senaryolaştırma	Davranışçı Teknikler
Cognitive Behavioral Conjoint Therapy (CBCT)	Bilişsel Davranışçı Çift Terapisi	Yerinde Yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Brief Eclectic Psychotherapy (BEP)	Kısa Bütünleşik Psikoterapi	İmgesel yüzleştirme, Bilişsel Yeniden Yapılandırma
Present Centered Therapy (PCT)	Şimdiye Odaklı Terapi	Diğer Tedavi
Supportive Counseling (SC)	Destekleyici Danışmanlık	Diğer Tedavi
Treatment as Usual (TAU)	Her Zamanki gibi Tedavi	
Hypnotherapy (H)	Hipnoz Terapisi	Diğer Tedavi

2.4. Veri Dosyasında Kodlanan Diğer Değişkenler

Meta analize dahil edilen makalelerin her biri için kullanılan ölçeğin türü (klinisyen tarafından uygulanan görüşme formu, öz-bildirim ölçeği), tedavi sonucunun değerlendirildiği örneklem bilgisi [tedaviyi bitirenler (completers) grubu, tedavi amacı analizi (intent-to-treat) için tüm örneklem], ilgili analiz için örneklem boyutu, ilgili ölçekler üzerinde tedavi öncesi ve sonrası ortalama ve standart sapma, travma türü (cinsel saldırı, mülteci, savaş, işkence, trafik kazası, çocuk istismarı, vb), tedavi bırakma oranları, tedavi süresi (seans sayısı ve hafta sayısı) ve seans süresi değişkenleri kodlandı. Bunların dışında, klinik araştırmalar için altın standart olarak belirlenen; tedavide iyi tanımlanmış belirtilerin hedef alınması; tedavi sonucunun geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirilmesi; tedavi sonucunu bağımsız (yani tedavi durumuna kör) değerlendiricilerin değerlendirmesi; değerlendiricilerin ilgili ölçeği puanlama konusunda eğitilmiş olması; tekrar edilebilir, özgül ve protokol haline getirilmiş tedavi kılavuzlarının kullanılması; tedavi protokolüne uygun tedavi verildiğinin değerlendirilmesi; tedavi gruplarına seçkisiz atama yapılması (Foa ve Meadows, 1997) metodolojik ölçütleri de her bir çalışma için kodlandı.

2.5. İşlem

Bu meta-analiz “*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*” (Moher, Liberati, Tetzlaff, The Prisma Group, 2009) adlı çalışmada belirlenmiş olan meta-analiz makalesi yazma standartları benimsenerek yürütüldü. Meta-analize dahil edilecek makaleler için işleme kriterleri tez danışmanı ile beraber belirlendikten sonra PILOTS, PsychInfo ve PubMed veri tabanları belirlenen anahtar kelimeler özet içerisinde aranarak tarandı. Veri tabanı taramaları ile belirlenen makalelerin özetleri incelendi. İncelenen her bir çalışmanın daha sonra PRISMA diyagram oluşturulurken kullanılmak üzere işleme kriterlerinin hangilerini karşılayıp hangilerini karşılamadığı kaydedildi ve makale özetleri incelemesinde meta-analiz işleme kriterlerini karşıladığı görülen makalelerin elektronik kopyalarına ulaşılması aşamasına geçildi. Yalnızca bir makalenin (Irvine ve ark., 2011) elektronik kopyasına ulaşamadı, makalenin yazarına mail atılarak makalenin elektronik kopyası istendi ancak maile cevap gelmedi. Elektronik kopyasına ulaşılan makalelerin metodolojileri ve sınıadıkları tedavi betimlemeleri detaylı olarak incelendi. Makalelerden bir tanesi etki boyutunun hesaplanması için gereken sayısal verileri içermediğinden yazara mail atılarak bu veriler talep edildi

(Sloan, Marx, Bovin, Feinstein ve Gallagher, 2012). Yazarın verileri bildirmesi üzerine bu makale de meta-analize dahil edildi. İncelenen makalelerin yine PRISMA diyagram oluşturulurken kullanılmak üzere işleme kriterlerinin hangilerini karşılayıp hangilerini karşılamadığı kaydedildi.

Meta-analizde yer alacak çalışmalarda etkisi sınıanan tedavi protokollerinin tedavi bileşenlerine ayrılması ve tedavi bileşenlerinin sınıflandırılması işlemi tez danışmanı ile beraber yapıldı. Tedavi bileşenleri birinde davranışçı teknikler ayrıştırılarak birinde ayrıştırılmadan olmak üzere iki defa sınıflandırıldı. Son olarak meta-analiz için gerekli veriler tez danışmanı ile beraber istatistik programları için kodlandı.

Meta analizde yer alan tedavilerin yarattığı etki boyutlarını yordayan faktörlerin analizinin yapılması için makalelerin metodolojik özellikleri (örneklem boyutu, kullanılan ölçek türü, altın standart olarak belirlenmiş kriterlerin kaçını karşıladığı) ve metodolojik özelliklerin yanı sıra yeni bir değişken yaratılarak tedavilerin yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma bileşenlerini içerip içermedikleri kodlandı.

2.6. İstatistiksel Analizler

Tedavi bileşenlerine göre tedavilerin yarattığı etkilerin birbirleri ile karşılaştırılması için, etkisi sınıanan her bir tedavinin etki boyutu hesaplandı. Etki boyutu hesaplanırken makalede yer alan örneklem sayısı, ön ölçüm ve son ölçüm puan ortalamaları ve standart sapma değerleri kullanıldı. 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 öncesi ve sonrası ve tedavi öncesi ve takip noktası arasında hesaplandı. Etki boyutları ayrıca tedavi tamamlayanlar ve tedavi etme amacı için tüm örneklem üzerinde ayrı ayrı hesaplandı. Tedavi etkisini yordayan faktörler için meta-regresyon analizi yapıldı. Analizler Comprehensive Meta-Analysis V2 (Biostat, 2005) ve Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21 (IBM, 2012) yazılımları ile yapıldı.

2.7. Etki Boyutunun Hesaplanması

Bir tedavi için hesaplanan etki boyutu, tedavinin etkisinin sayısal büyüklüğüdür. Etki boyutu hesaplanırken standardize edilmiş ortalama farkları için

Cohen's d formülü kullanılabilir. $d = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S_{\text{within}}}$ formülünde yer alan \bar{X}_1 ve \bar{X}_2 klinik deneydeki deney ve kontrol gruplarında yer alan kişilerin tedavi öncesi ile tedavi sonrası ölçek puanları farkının ortalaması, S_{within} 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.

Cohen's d küçük örneklem gruplarında, ortalamalar farkının mutlak değerini olduğundan büyük göstererek hafif bir sapma yaratmaktadır. Bu sapma, Cohen's d'nin $J = 1 - \frac{3}{4df-1}$ formülü ile ifade edilen bir düzeltme faktörü ile Hedges's g'ye dönüştürülmesiyle düzeltilebilmektedir (Borenstein, Hedges, Higgins ve Rothstein, 2009). Bu nedenle bu meta-analizde yer alan etki boyutları Hedges's g olarak hesaplandı. Etki boyutları değerlendirilirken 0.20 = küçük etki, 0.50 = orta etki, 0.80 = büyük etki olarak kabul edildi (Cohen, 1988).

Ayrıca, bu meta-analizde etki boyutu hesaplamalarında, her makale farklı ölçekler kullanmış olduğundan standardize edilmiş ortalama farkları (standardized mean difference) ve her makale örneklem grubu ve tedavinin uygulanması konusunda birebir aynı olamayacağından rastgele etki modeli tercih (random effects model) edildi.

3. BULGULAR

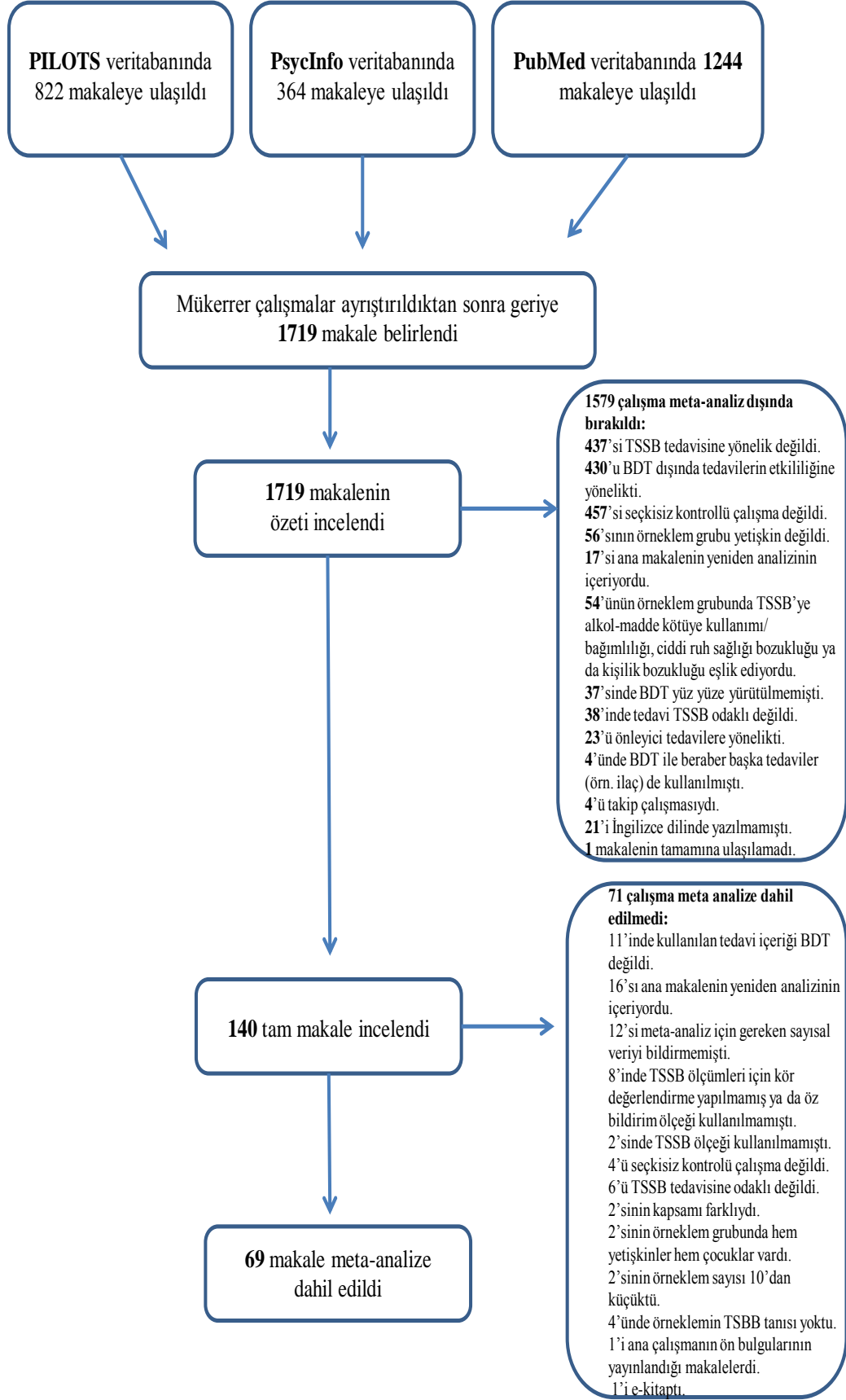
3.1. Araştırmaların Seçimi

şekil 3.1 meta-analize alınan araştırmaların belirlenme sürecini özetleyen PRISMA diyagramını göstermektedir. Anahtar kelimelerle yapılan tarama PILOTS veri tabanında 822, PsychInfo veri tabanında 364 ve PubMed veri tabanında 1244 makale belirledi. Toplam 1719 makalenin özetleri incelendi ve 1579 makalenin ileme kriterlerini karşılamadığı görüldü. Makale özetinde ileme kriterlerine uygun olduğu tespit edilen 140 makalenin tamamı incelendi. Toplam 69 seçkisiz kontrollü klinik deney ileme kriterlerini karşıladı ve analize alındı.

3.2. Araştırmalarda Sınanan Tedavilerin Özellikleri

Meta-analize giren 69 seçkisiz kontrollü klinik deneyde toplam 93 aktif bilişsel ve / veya davranış tedavisi; 33 bekleme listesi, 6 plasebo ve 29 diğer tedavi, karşılaştırma grubu olarak yer almıştır. Etkisi sınanan bilişsel ve / veya davranış tedavisi protokolleri temel bileşenlerine göre sınıflandırıldığında ortaya çıkan dağılım Tablo 3.1’de gösterilmektedir. En sık etkisi sınanan yöntemler imgesel yüzleştirme, birlikte verilen imgesel yüzleştirme ve yerinde yüzleştirme, birlikte verilen yerinde yüzleştirme, imgesel yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma ve bu son kombinasyonun başka davranışçı tekniklerle birlikte uygulamasıdır. Etkisi sınanan bu tedaviler ortalama 91 (SS = 19.2, aralık 40-120) dakika süren, ortalama 10.9 (SS = 5.9, aralık 1-34) seansta ve 10.7 (SS = 5.8, aralık 1-31) haftada verilmiştir. Tedavi formatı 59 araştırmada bireysel terapi, 5’inde grup terapisi, 4’ünde hem bireysel hem grup terapisi ve 1’inde çift terapisi dir.

Meta-analize giren çalışmaların örneklemlerini oluşturan kişilerin maruz kaldıkları travma türleri Tablo 3.2’de gösterilmektedir. Bilişsel ve / veya davranışçı tedavi protokolleri en sık saldırı, cinayet, kaza gibi çoğunlukla sivil olaylardan oluşan karma gruplarda sınanmıştır. Savaş gazileri, cinsel saldırı mağdurları, mülteciler ve trafik kazası mağdurları protokollerin sıklıkla sınıandığı diğer travma gruplarıdır.



Şekil 3.1. PRISMA Diyagramı

Tablo 3.1. Tedavi protokollerini oluşturan ana tedavi bileşenleri dağılımları (n = 93)

	n	%
İngesel Yüzleştirme	17	10.5
Yerinde Yüzleştirme	3	1.9
Bilişsel Yeniden Yapılandırma	2	1.2
İngesel Yüzleştirme + Yerinde Yüzleştirme	17	10.5
İngesel Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma	3	1.9
Yerinde Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma	3	1.9
Yerinde Yüzleştirme + İngesel Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma	13	8.0
İngesel Yüzleştirme + Davranışçı Teknikler	4	2.5
Yerinde Yüzleştirme + Davranışçı Teknikler	1	0.6
İngesel Yüzleştirme+ Yerinde Yüzleştirme + Davranışçı Teknikler	2	1.2
İngesel Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma + Davranışçı Teknikler	7	4.3
Yerinde Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma + Davranışçı Teknikler	1	0.6
İngesel Yüzleştirme + Yerinde Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma + Davranışçı Teknikler	14	8.6
Yüzleştirme Bileşeni İçermeyen Bilişsel Davranışçı Teknikler	7	4.3

Doğal afet, işkence, terörizm ve savaş mağdurlarıyla yapılan çalışmaların azlığı dikkat çekici bir bulgudur. Meta-analize alınan araştırmaların 65'inin örnekleminde yer alan kişilerin hepsinin TSSB tanısı varken, 9 çalışmanın örneklem grubu TSSB tanı kriterlerini tam karşılamayan olguları da içermektedir. Yirmi çalışmada örneklem grubunun TSSB süresi belirtilmemiş, 29'unda en az 6 aydır, 18'inde en az 3 aydır, 6'sında en az 1 aydır TSSB belirtileri gösteren kişiler çalışmaya dahil edilmiştir.

Tablo 3.2. Tedavilerin sınıdığı travmatik olayların dağılımı (n = 69)

	n	%
Saldırı, cinayet, kaza gibi sivil olaylardan oluşan karma gruplar	25	33.8
Savaş (asker)	13	17.6
Cinsel saldırı	10	13.5
Motorlu araç kazası	7	9.5
Mülteci deneyimi, Siyasi Tutukluluk, Savaş ve İşkence	9	11.3
Çocukluk çağı istismarı	4	5.4
Deprem	2	2.7
Terörizm	2	2.7
Ev içi şiddet	1	1.4
Arama kurtarma ekibinde çalışma	1	1.4

3.3. Araştırmaların Metodolojik Özellikleri

Meta-analize dahil edilen 69 makale, Foa ve Meadows (1997) tarafından klinik araştırmalar için altın standart olarak belirlenmiş 7 kritere göre değerlendirildi. Makalelerin karşıladığı her bir kriter bir puan kabul edilerek yapılan puanlamaya göre makalelerin dağılımını Tablo 3.3’de gösterilmektedir.

Tablo 3.3. Meta-analizde yer alan makalelerin altın standart puanları (n=69)

	n	%
3 puan	2	2.9
4 puan	9	13
5 puan	10	14.5
6 puan	23	33.3
7 puan	25	36.2

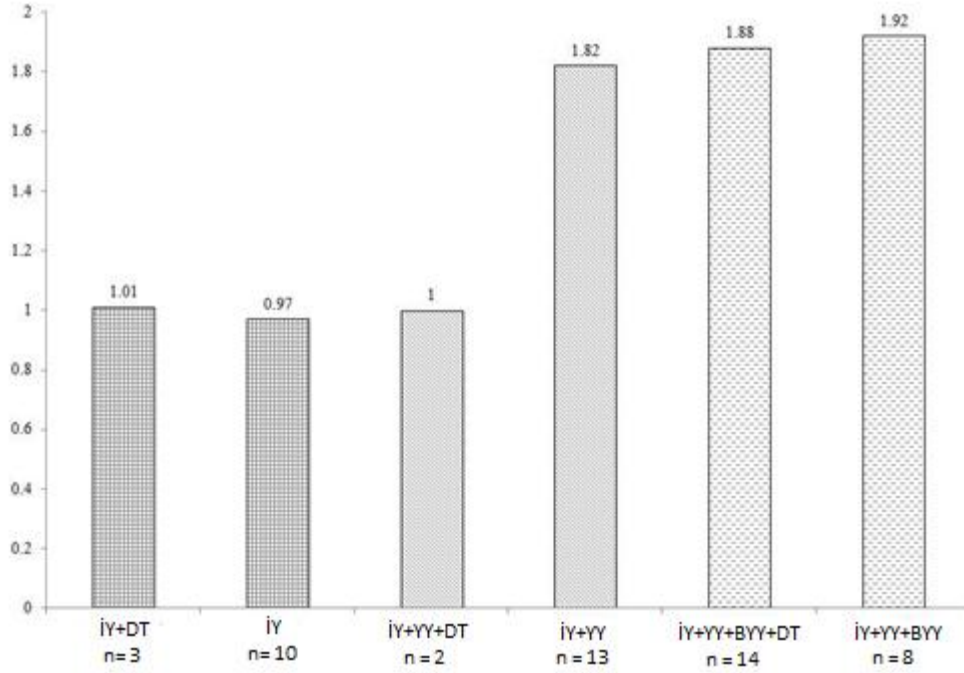
Kriterlerin tümünü karşılayan 25 çalışma varken yalnızca bir kriteri karşılamayan çalışma sayısı 23’tü. Altın standart olarak belirlenmiş 7 kriterden; tedavi gruplarının seçkisiz oluşturulması, ölçümlerin bağımsız bir değerlendirmeci tarafından ya da öz bildirim ölçeği ile değerlendirilmesi ve TSSB belirtilerinin DSM standartlarına göre tanımlanması (belirtilerin net bir şekilde tanımlanmış olması) meta-analiz ileme kriterleri arasında yer aldığından tüm makaleler bu üç kriteri zaten karşılamaktaydı. Makalelerden yalnızca 5’inin protokol haline getirilmiş tedavi kılavuzu kullanmadığı, 14’ünün geçerli ve güvenli ölçek kullanmadığı, 37’sinde değerlendirmecilere eğitim verilmediği ve 22’sinde verilen tedavinin protokole uygunluğunun değerlendirilmediği görüldü.

3.4. TSSB Belirtileri Üzerinde Tedavilerin Etki Boyutu

3.4.1. Tedavilerin Tekrar Gruplaması

Tedavi protokollerinin yöntemlerine göre gruplaması toplam 14 tane grup yarattığından, analizlerde yorumu sadeleştirebilmek amacıyla yeni bir gruplama için analizler yapıldı. Literatürdeki bulgular imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme, bilişsel yeniden yapılandırma yöntemlerinin ve bunların çeşitli kombinasyonlarının diğer davranışçı terapi yöntemleriyle birlikte verilmesinin TSSB’de tedavi etkisinde anlamlı bir farklılığa yol amadığına işaret etmektedir (bkz. şalcıoğlu, Başoğlu ve Livanou, 2007). Bu nedenle meta-analize alınan tedavi protokollerindeki ana bileşenler ve kombinasyonlarının etki boyutları ile bunların diğer davranışçı

yöntemlerle uygulanmasının etki boyutları karşılaştırıldı. Bazı kombinasyonlar sadece birer çalışmada sınındığı için [Hinton, Hofman, Rivera, Otto ve Pollack 2011 (İY + BYY); Kubany ve ark., 2004 (YY + BYY + DT)] bu karşılaştırmaya alınmadı. Şekil 3.2 bu karşılaştırmayı göstermektedir.



İY=İmgesel Yüzleştirme, DT= Davranışçı Teknikler, YY= Yerde Yüzleştirme, BYY= Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Şekil 3.2. Tedavi protokollerindeki ana bileşenler ve kombinasyonlarının etki boyutları ile bunların diğer davranışçı yöntemlerle uygulanmasının etki boyutları

Görüldüğü gibi diğer davranışçı yöntemler ana tedavi bileşenleri veya kombinasyonlarına eklendiğinde etki boyutlarını arttırmamakta, kimi durumda da azaltmaktadır. Bu bulgudan hareketle ana tedavi protokolleri diğer davranışçı yöntemleri içerip içermediği göz önünde bulundurulmadan yeniden sınıflandırıldı. Yeniden sınıflandırmada İmgesel Yüzleştirme (n = 21), Yerde Yüzleştirme (n = 5), Bilişsel Yeniden Yapılandırma (n = 2), İmgesel Yüzleştirme + Yerde Yüzleştirme (n = 19), İmgesel Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma (n = 10), Yerde Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma (n = 4), Yerde Yüzleştirme + İmgesel Yüzleştirme + Bilişsel Yeniden Yapılandırma (n = 26) ve travma odaklı olmayan Bilişsel Davranışçı Terapiler (n = 6) yer aldı.

3.4.2. Tedavi Bitirenler için Etki Boyutları

Meta-analize giren tedavi bitirenler için analiz verilerini bildiren her bir seçkisiz kontrollü klinik deneyin tedavi bileşenleri, etki boyutlarının hesaplandığı tedavi sonucu ölçekleri, etki boyutları, varyans, güven aralığı ve p değerleri Tablo 3.4'te gösterilmektedir.

Tablo 3.4. Meta-analize giren her bir seçkisiz kontrollü klinik deneyin tedavi bileşenleri, etki boyutlarının hesaplandığı tedavi sonucu ölçekleri, etki boyutları, varyans, güven aralığı ve p değerleri

Meta-analizde Yer Alan Makaleler	Protokol Adı	Tedavi Bileşenleri	Sonuç Ölçüsü	Etki Boyutu	Varyans	Güven Aralığı	p
Arntz ve ark 2007		İY	PSS-SR	0.81	0.10	0.20-1.41	0.009
Basoglu ve ark 2005	CFBT	YY	CAPS,	1.15	0.07	0.62-1.68	0.001
		BL / Mİ / TÖ	TSSC	0.45	0.07	-0.07 -0.98	0.091
Basoglu ve ark 2007	CFBT Simulatör ile	YY	CAPS	2.00	0.18	1.17-2.83	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.73	0.14	0.01-1.45	0.048
Bass ve ark. 2013	CPT İY olmadan	YY+BYY	PCL	1.83	0.02	1.54-2.11	0.001
		Plasebo		0.79	0.01	0.58-1.00	0.001
Beck ve ark 2009	grup CBT	İY+YY+BYY	CAPS, IES	1.26	0.14	0.54-1.99	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.29	0.12	-0.39-0.96	0.411
Beidel 2011	MT	İY+YY	CAPS, PCL	0.92	0.14	0.19-1.64	0.013
Blanchard ve ark 2003	CBT SC	İY+YY+BYY	CAPS, IES,	1.82	0.10	1.19-2.45	0.001
		Diğer Tedavi	PCL	0.75	0.08	0.21-1.30	0.007
		BL / Mİ / TÖ		0.27	0.08	-0.29-0.83	0.351
Brom ve ark 1989	TD H	İY+YY	IES	1.18	0.08	0.61-1.75	0.001
		Diğer Tedavi		0.89	0.09	0.32-1.46	0.002
		BL / Mİ / TÖ		0.31	0.09	-0.26-0.88	0.290
Bryant ve ark 2003		İY	CAPS,	1.59	0.17	0.78-2.40	0.001
		İY+BYY	IES	2.37	0.22	1.45-3.29	0.001
		Diğer Tedavi		0.43	0.13	-0.29-1.14	0.243
Bryant ve ark 2008		İY	CAPS,	1.07	0.10	0.46-1.68	0.001
		İY+YY	IES	1.23	0.11	0.58-1.88	0.001
		YY		0.93	0.10	0.31-1.54	0.003
Chard 2005	CPT	İY+YY+BYY	CAPS,	2.79	0.14	2.06-3.52	0.001
		BL / Mİ / TÖ	MPSS	0.09	0.07	-0.43-0.62	0.730
Cloitre ve ark 2002	STAIR ve Y	İY+BYY	CAPS,	1.74	0.12	1.06-2.43	0.001
		BL / Mİ / TÖ	MPSS	0.48	0.08	-0.09-1.04	0.097

Tablo 3.4.'ün devamı

Meta-analizde Yer Alan Makaleler	Protokol Adı	Tedavi Bileşenleri	Sonuç Ölçüsü	Etki Boyutu	Varyans	Güven Aralığı	p
Cottraux ve ark 2008	CBT	İY+YY+BYY	PCL	1.24	0.09	0.67-1.82	0.001
	SC	Diğer tedavi	PCL	1.07	0.15	0.32-1.82	0.005
Davis & Wright 2007	ERRT	İY+BYY	M-PSS	0.47	0.12	-0.20-1.13	0.170
		BL / Mİ / TÖ		-0.10	0.13	-0.80-0.60	0.776
Didefe ve ark 2007	CBT	İY+YY+BYY	CAPS,	1.58	0.34	0.44-2.72	0.007
	TAU	Diğer Tedavi	PCL	0.28	0.14	-0.45-1.00	0.453
Duffy ve ark 2007	CT	İY+YY+BYY	PDS	2.19	0.12	1.52-2.86	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.44	0.08	-0.12-1.01	0.125
Ehlers ve ark 2003	CT	İY+YY+BYY	CAPS,	2.22	0.11	1.56-2.88	0.001
		BL / Mİ / TÖ	PDS	0.65	0.08	0.11-1.19	0.019
Ehlers ve ark 2005	CT	İY+YY+BYY	CAPS,	2.35	0.24	1.40-3.30	0.001
		BL / Mİ / TÖ	PDS	0.01	0.14	-0.71-0.74	0.968
Fecteau & Nicky 1999	CBT	İY+YY+BYY	CAPS,	1.44	0.24	0.49-2.39	0.003
		BL / Mİ / TÖ	IES	0.13	0.18	-0.71-0.97	0.759
Feske 2008	PE	İY+YY	IES,	1.52	0.27	0.51-2.53	0.003
	TAU	Diğer Tedavi	PDS-I	0.58	0.16	-0.21-1.37	0.149
Foa ve ark 1991	PE	İY+YY	Klinisyen tarafından puanlanan belirtiler	1.16	0.22	0.24-2.07	0.013
	SIT	Diğer Tedavi		0.88	0.19	0.04-1.73	0.041
	BL / Mİ / TÖ			0.78	0.20	-0.09-1.65	0.080
Foa ve ark 1999	PE	İY+YY	PSS-I	2.00	0.13	1.30-2.70	0.001
	PE ve BYY	İY+YY+BYY		1.95	0.13	1.24-2.66	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.80	0.14	0.08-1.53	0.031
Foa ve ark 2005	PE	İY+YY	PSS-I	3.31	0.09	2.72-3.89	0.001
	PE ve BYY	İY+YY+BYY		2.35	0.08	1.81-2.89	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.84	0.08	0.27-1.41	0.004
Frommberger ve ark 2004	CBT	İY+YY+BYY	CAPS	3.39	0.48	2.04-4.74	0.001
	İlaç	Diğer Tedavi	PSS-SR	1.49	0.23	0.55-2.43	0.002
Glynn ve ark 1999	DTE	İY+BYY	CAPS, IES	0.47	0.16	-0.31-1.26	0.237
		BL / Mİ / TÖ	CMS	0.06	0.14	-0.69-0.80	0.878
Hansel-Dittmann. 2011	NET	İY	CAPS	0.92	0.16	0.12-1.71	0.023
Hinton ve ark 2004	CBT	İY+BYY	HTQ	3.26	0.73	1.59-4.93	0.001
		BL / Mİ / TÖ		1.52	0.38	0.31-2.73	0.014
Hinton ve ark 2005	CCBT	İY+BYY	CAPS	1.99	0.15	1.25-2.74	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.27	0.10	-0.34-0.88	0.392
Igreja ve ark 2004	TM	İY	SIFPT	1.08	0.04	0.71-1.45	0.001
		BL / Mİ / TÖ		1.11	0.03	0.75-1.47	0.001
Ironson ve ark 2002	PE	İY+YY	PSS-SR	2.07	0.32	0.96-3.18	0.001
Johnson & Lubin 2006	PE	İY	CAPS	1.13	0.24	0.18-2.09	0.020
	CM	İY+YY	CMS	0.83	0.22	-0.09-1.75	0.078

Tablo 3.4.'ün devamı

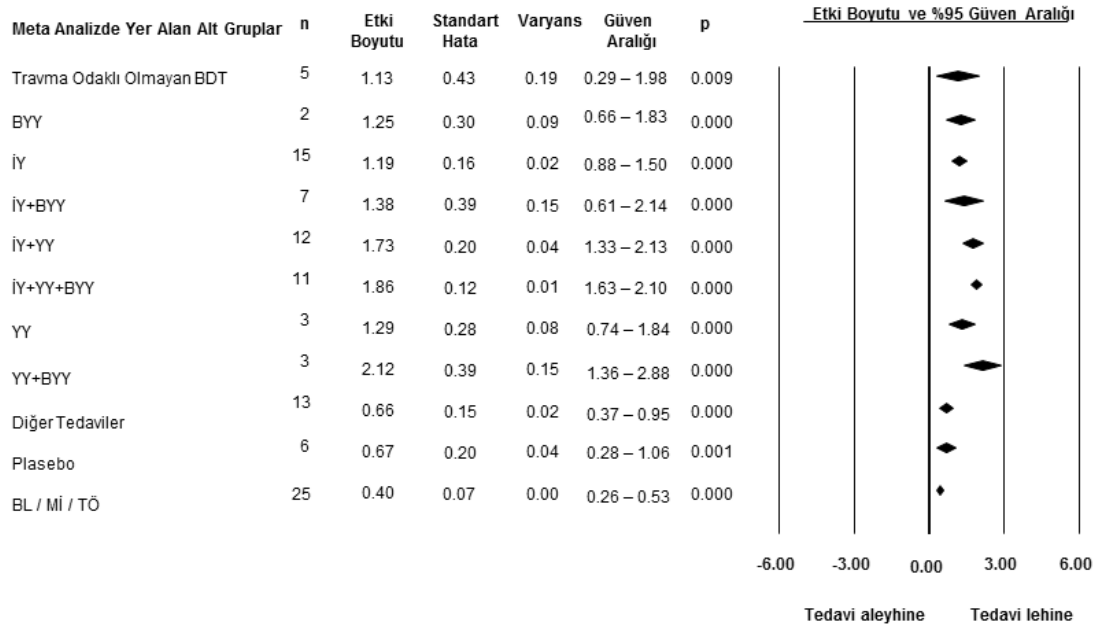
Meta-analizde Yer Alan Makaleler	Protokol Adı	Tedavi Bileşenleri	Sonuç Ölçüsü	Etki Boyutu	Varyans	Güven Aralığı	p
Keane ve ark 1989	IT	İY	MMPI-	0.56	0.18	-0.26-1.38	0.179
		BL / Mİ / TÖ	PTSD	0.47	0.06	-0.03-0.97	0.066
Kubany ve ark 2004	CTT	YY+BYY	CAPS,	3.03	0.09	2.43-3.64	0.001
		BL / Mİ / TÖ	DEQ	0.29	0.05	-0.14-0.73	0.187
Largo-Marsh 2002	SWT	İY	IES	0.61	0.35	-0.54-1.76	0.298
Lee ve ark 2002	PE+SIT	İY+YY+BYY	PTSD-I, IES,MMPI	1.30	0.19	0.44-2.16	0.003
Maercker ve ark 2006	CBT	İY+YY+BYY	CAPS,	1.53	0.12	0.85-2.22	0.001
		BL / Mİ / TÖ	IES	0.28	0.09	-0.31-0.88	0.353
Marks ve ark 1998		BYY	CAPS,	1.61	0.14	0.87-2.36	0.001
		İY+YY	IES	1.37	0.12	0.69-2.05	0.001
		İY+YY+BYY		1.47	0.13	0.76-2.17	0.001
		Plasebo		0.33	0.10	-0.28-0.95	0.288
McDonagh ve ark 2005	CBT	İY+YY+BYY	CAPS	1.19	0.13	0.47-1.90	0.001
		Diğer Tedavi		1.17	0.11	0.51-1.83	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.43	0.10	-0.18-1.05	0.167
Neuner ve ark 2004	NET	İY	CIDI,	0.96	0.15	0.21-1.72	0.013
		Diğer Tedavi	PDS	0.18	0.14	-0.55-0.92	0.623
		Plasebo		-0.41	0.18	-1.23-0.41	0.325
Paunovic & Ost 2001	CBT	İY+YY	CAPS, IES,	2.65	0.23	1.71-3.58	0.001
		İY+YY+BYY	PSS-SR	1.79	0.29	0.74-2.85	0.001
Power ve ark 2002		İY+YY+BYY	CAPS, IES, SI-PTSD öz- bildirim versiyonu	1.39	0.11	0.73-2.06	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.30	0.08	-0.26-0.86	0.293
Ready ve ark 2010	VRE	İY	CAPS	1.07	0.36	-0.10-2.25	0.073
		Diğer Tedavi		1.42	0.40	0.18-2.66	0.024
Resick ve ark 2002	PE	İY+YY	CAPS,	2.14	0.08	1.59-2.68	0.001
		İY+YY+BYY	PSS-SR	2.92	0.10	2.30-3.54	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.07	0.05	-0.37-0.50	0.769
Resick ve ark 2008	WA	İY	CAPS,	1.08	0.08	0.54-1.62	0.001
		İY+YY+BYY	PDS	1.67	0.07	1.15-2.19	0.001
		YY+BYY		1.55	0.09	0.97-2.14	0.001
Rothbaum ve ark 2005	PE	İY+YY	CAPS, IES,	1.97	0.14	1.23-2.72	0.001
		BL / Mİ / TÖ	PSS-SR	0.31	0.10	-0.31-0.92	0.329
Schnurr ve ark 2003	TFGT	İY+BYY	CAPS,	0.23	0.02	-0.02-0.49	0.073
		Diğer Tedavi	PCL	0.11	0.01	-0.13-0.35	0.374
Sloan ve ark. 2011	WD	İY	PSS-I	1.24	0.11	0.59-1.89	0.001
		BL / Mİ / TÖ		1.59	0.12	0.91-2.28	0.001

Tablo 3.4.'ün devamı

Meta-analizde Yer Alan Makaleler	Protokol Adı	Tedavi Bileşenleri	Sonuç Ölçüsü	Etki Boyutu	Varyans	Güven Aralığı	p
Sloan ve ark. 2012	WET	İY	CAPS	3.41	0.24	2.44-4.37	0.001
		Plasebo		-0.13	0.08	-0.69-0.42	0.639
Tarrier ve ark 1999	CT	BY	CAPS,	1.01	0.07	0.50-1.51	0.001
		İY	IES	0.85	0.07	0.31-1.38	0.002
Taylor ve ark. 2003		İY+YY	CAPS,	1.76	0.19	0.91-2.61	0.001
		Plasebo	PSS-SR	1.23	0.15	0.46-2.00	0.002
Vaughan ve ark 1994	IHT	İY	IS-PTSD,	0.65	0.09	0.07-1.24	0.029
		Plasebo	IES	0.54	0.10	-0.07-1.15	0.082
Wagner ve ark 2007	BA	DT	PCL	0.85	0.42	-0.42-2.13	0.189
	TAU	Diğer Tedavi		-0.11	0.38	-1.32-1.10	0.857

Aktif tedavi protokollerinden 51'i tedavi sonunda büyük ve istatistiksel olarak anlamlı etki boyutu (aralık) gösterdi. 3 aktif tedavi protokolü orta büyüklükte etki boyutu gösterdi ve bunların hiçbiri istatistiksel olarak anlamlı değildi. Küçük etki boyutu gösteren 3 aktif tedavi protokolü vardı ve bunların da etki boyutları istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Araştırmaların toplanmasıyla yapılan analizler sonucunda TSSB belirtileri üzerinde tedavi öncesi ve sonrası etki boyutunun bütün aktif tedaviler için büyük etki boyutunu aştığı görüldü (Hedges's $g = 1.55$, varyans = 0.01, %95 Güven Aralığı 1.37-1.74, $p < .001$). Araştırmalarda deney gruplarına göre etki boyutu ve ilgili istatistikler Şekil 3.3'te gösterilmektedir. Etki boyutları plasebo ve diğer tedaviler için orta-büyük sınırları içinde, bekleme grubu içinse küçük-orta sınırları içerisinde olduğu görüldü. Temel tedavi yöntemleri tek başlarına kullanıldıklarında yüksek etki boyutu sağlasalar da, kombinasyonlar halinde kullanıldıklarında sağladıkları etkinin arttığı görüldü. Kombinasyonlar içinde imgesel yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma en düşük etkiye sahipti. Protokollere yerinde yüzleştirmenin eklenmesinin etki boyutlarında önemli artışa yol açtığı gözlemlendi. En yüksek etki boyutu yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırmayı içeren tedavi protokollerine aitti.



Şekil 3.3. Meta-analize giren araştırmalarda tedavi bitirenler için tedavi bileşenlerine göre etki boyutları (n = 67)

3.4.3. Tedavi Amacı Analizleri için Etki Boyutları

Meta-analize giren tedavi amacı analizi verileri bildirmiş her bir seçkisiz kontrollü klinik deneyin tedavi bileşenleri, etki boyutlarının hesaplandığı tedavi sonucu ölçekleri, etki boyutları, varyans, güven aralığı ve p değerleri Tablo 3.5'te gösterilmektedir. Büyük etki boyutu gösteren 37 aktif tedavi protokolünün hepsi istatistiksel olarak anlamlıydı. 8 aktif tedavi protokolü orta büyüklükte etki boyutu gösterdi ve bunların 4'ü istatistiksel olarak anlamlı değildi. Küçük etki boyutu gösteren 2 aktif tedavi protokolünün de etki boyutları istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Tablo 3.5. Meta-analize giren tedavi amacı analizi verileri bildirmiş her bir seçkisiz kontrollü klinik deneyin tedavi bileşenleri, etki boyutlarının hesaplandığı tedavi sonucu ölçekleri, etki boyutları, varyans, güven aralığı ve p değerleri

Meta Analizde Yer Alan Makaleler	Protokol Adı	Tedavi Bileşeni	Sonuç Ölçüsü	Etki Boyutu	Varyans	Güven Aralığı	P
Arntz ve ark 2007		İY	PSS-SR	0.55	0.05	0.12-0.98	0.012
Asukai ve ark 2010	PE	İY+YY	CAPS,	1.71	0.22	0.80-2.63	0.001
	TAU	Diğer Tedavi	IES	0.15	0.16	-0.62-0.93	0.696
Basoglu ve ark 2005	CFBT	YY	CAPS,	1.15	0.07	0.62-1.68	0.001
		BL / Mİ / TÖ	TSSC	0.45	0.07	-0.07-0.98	0.091
Basoglu ve ark 2007	CFBT	YY	CAPS	2.00	0.18	1.17-2.83	0.001
	Simulatör ile	BL / Mİ / TÖ		0.73	0.14	0.01-1.45	0.048
Bryant ve ark 2003		İY	CAPS,	1.05	0.11	0.40-1.70	0.002
		İY+BYY	IES	1.25	0.12	0.58-1.92	0.001
		Diğer Tedavi		0.39	0.11	-0.26-1.03	0.243
Bryant ve ark 2008		İY	CAPS,	0.70	0.07	0.20-1.21	0.007
		İY+YY	IES	0.59	0.07	0.09-1.09	0.021
		İY+YY+BYY		1.33	0.09	0.75-1.91	0.001
		YY		0.68	0.07	0.15-1.22	0.012
Cloitre ve ark 2010	STAIR ve Y	İY	CAPS,	1.62	0.08	1.07-2.17	0.001
	SC ve Y	İY+BYY	PSS-SR	1.72	0.08	1.16-2.28	0.001
Davis & Wright 2007	IRRT	İY+BYY	MPSS	0.37	0.09	-0.23-0.97	0.226
		BL / Mİ / TÖ		-0.07	0.09	-0.65-0.51	0.823
Didefe ve ark 2007	CBT	İY+YY+BYY	CAPS,	0.51	0.13	-0.20-1.22	0.157
	TAU	Diğer Tedavi	PCL	0.25	0.12	-0.43-0.93	0.469
Duffy ve ark 2007	CT	İY+YY+BYY	PDS	1.10	0.08	0.55-1.64	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.35	0.07	-0.16-0.86	0.177
Ehlers ve ark 2003	CT	İY+YY+BYY	CAPS,	2.22	0.11	1.56-2.88	0.001
		BL / Mİ / TÖ	PDS	0.65	0.08	0.11-1.19	0.019
Ehlers ve ark 2005	CT	İY+YY+BYY	CAPS,	2.35	0.24	1.40-3.30	0.001
		BL / Mİ / TÖ	PDS	0.01	0.14	-0.71-0.74	0.968
Falsetti ve ark 2008	MCET	İY+YY+BYY	MPSS	0.70	0.09	0.10-1.30	0.021
		BL / Mİ / TÖ		0.27	0.06	-0.22-0.77	0.276
Foa ve ark 2005	PE	İY+YY	PSS-I	1.45	0.03	1.10-1.80	0.001
	PE ve BYY	İY+YY+BYY		1.30	0.03	0.95-1.65	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.79	0.08	0.24-1.35	0.005
Forbes ve ark 2012		İY+YY+BYY	CAPS, PCL	1.14	0.08	0.60-1.68	0.001
Frommberger ve ark 2004	CPT	İY+YY+BYY	CAPS,	3.39	0.48	2.04-4.74	0.001
	TAU	Diğer Tedavi	PSS-SR	1.49	0.23	0.55-2.43	0.002
Hinton ve ark 2004	CBT	İY+BYY	HTQ	3.26	0.73	1.59-4.93	0.001
		BL / Mİ / TÖ		1.52	0.38	0.31-2.73	0.014
Hinton ve ark 2005	CCBT	İY+BYY	CAPS	1.99	0.15	1.25-2.74	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.27	0.10	-0.34-0.88	0.392

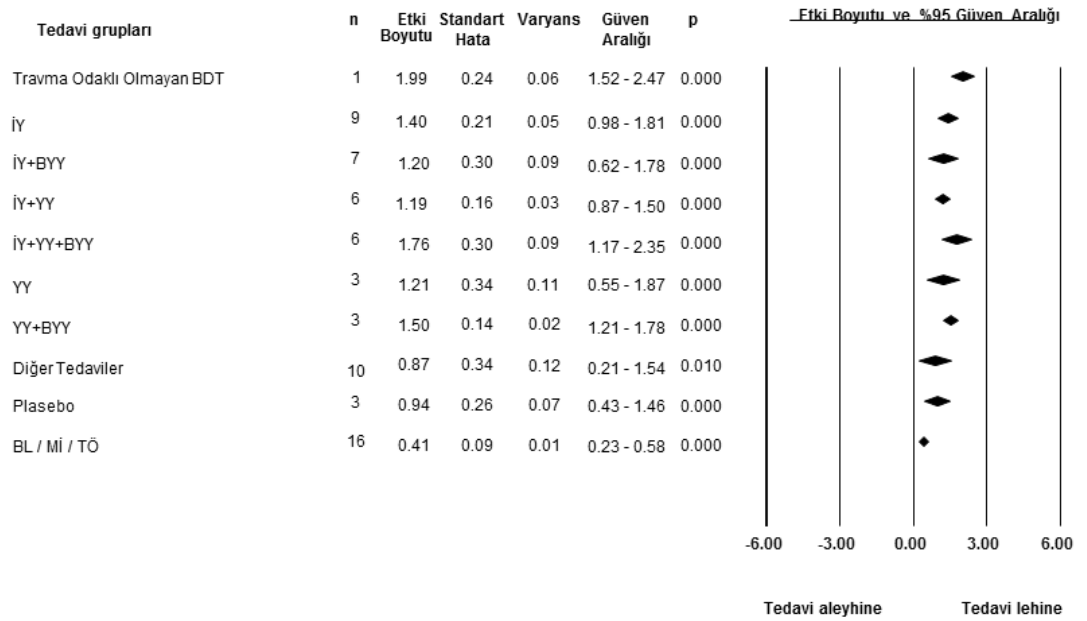
Tablo 3.5.'in devamı

Meta Analizde Yer Alan Makaleler	Protokol Adı	Tedavi Bileşeni	Sonuç Ölçüsü	Etki Boyutu	Varyans	Güven Aralığı	P
Hinton ve ark. 2011	CCBT	İY	PCL	2.55	0.29	1.49-3.61	0.001
		Plasebo		0.84	0.17	0.03-1.65	0.041
Hoffart ve ark. 2013	PE	İY+YY	PSS-I	0.94	0.06	0.44-1.43	0.001
	IR	İY		1.33	0.08	0.79-1.88	0.001
Kubany ve ark 2004	CTT	YY+BYY	CAPS,	1.48	0.04	1.08-1.87	0.001
		BL / Mİ / TÖ	DEQ	0.26	0.03	-0.09-0.61	0.150
McDonagh ve ark 2005	CBT	İY+YY+BYY	CAPS	0.70	0.07	0.18-1.23	0.009
	PCT	Diğer Tedavi		1.06	0.10	0.44-1.69	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.35	0.09	-0.22-0.93	0.227
Monson ve ark 2006	CPT	İY+YY+BYY	CAPS,	1.44	0.08	0.87-2.00	0.001
		BL / Mİ / TÖ	PCL	0.32	0.07	-0.18-0.82	0.214
Monson ve ark. 2012	CBCT	YY+BYY	CAPS,	1.72	0.15	0.95-2.48	0.001
		BL / Mİ / TÖ	PCL	0.64	0.05	0.19-1.09	0.006
Nacash ve ark. 2011	PE	İY+YY	PSS-I	2.54	0.23	1.59-3.49	0.001
		Diğer Tedavi		0.23	0.13	-0.47-0.93	0.522
Neuner ve ark 2008	NET	İY	PDS-I	1.96	0.03	1.64-2.28	0.001
		BL / Mİ / TÖ		1.18	0.04	0.78-1.58	0.001
Neuner ve ark 2010	NET	İY	PDS-I	1.60	0.17	0.80-2.41	0.001
	TAU	Diğer Tedavi		0.38	0.12	-0.30-1.07	0.270
Nijdam ve ark. 2012	BEP	İY+BYY	SCID	0.91	0.03	0.56-1.25	0.001
Resick ve ark 2002	PE	İY+YY	CAPS,	1.10	0.04	0.73-1.48	0.001
	CPT	İY+YY+BYY	PSS-SR	1.49	0.04	1.09-1.88	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.07	0.04	-0.33-0.48	0.714
Resick ve ark 2008	WA	İY	CAPS,	0.93	0.05	0.49-1.37	0.001
	CPT	İY+YY+BYY	PDS	1.52	0.05	1.07-1.98	0.001
	CT	YY+BYY		1.44	0.06	0.96-1.92	0.001
Schnurr ve ark 2003	TFGT	İY+BYY	CAPS,	0.24	0.01	0.04-0.45	0.021
	PCT	Diğer Tedavi	PCL	0.24	0.01	0.03-0.45	0.024
Schnurr ve ark 2007	PE	İY+YY	CAPS,	0.80	0.02	0.56-1.04	0.001
	PCT	Diğer Tedavi	PCL	0.52	0.01	0.29-0.76	0.001
Sloan ve ark. 2012	WET	İY	CAPS	3.13	0.20	2.25-4.00	0.001
		Plasebo		-0.13	0.08	-0.69-0.42	0.639
Suris ve ark. 2013	NET	İY+YY+BYY	CAPS,	7.14	0.17	6.33-7.95	0.001
	TAU	Diğer Tedavi	PCL	3.97	0.07	3.46-4.49	0.001
Taylor ve ark. 2003		İY+YY	CAPS,	1.33	0.11	0.69-1.98	0.001
		Plasebo	PSS-SR	1.01	0.11	0.35-1.67	0.003
Van Emmerik 2008	SWT	İY	IES	0.72	0.05	0.29-1.15	0.001
	CBT	İY+YY+BYY		0.85	0.05	0.40-1.30	0.001
		BL / Mİ / TÖ		0.24	0.05	-0.19-0.67	0.268

Tüm aktif tedaviler tedavi amacı analizleri ile elde edilen verilere dayalı etki boyutu hesaplamalarında TSSB belirtileri üzerinde yüksek etki boyutu elde ettiler

(Hedges's $g = 1.47$, varyans = 0.01, %95 Güven Aralığı 1.24-1.70, $p < .001$). Şekil 3.4 araştırmalarda deney gruplarına göre gruplanmış tedavi bileşenlerinin etki boyutunu ve ilgili istatistikleri göstermektedir. Plasebo ve diğer tedavi gruplarında büyük etki boyutları, bekleme listesi / tekrarlayan ölçümler / minimum ilgi grubunda ise orta büyüklükte etki boyutları olduğu görüldü.

Tedavi bileşenlerinin sağladığı etkiye bakıldığında, bu analizde travma odaklı olmayan bilişsel davranışçı terapiler grubu en büyük etki boyutuna sahipmiş gibi gözükse de bu sonucu değerlendirirken, bu grupta yalnızca bir makale yer aldığı göz önünde bulundurulmalıdır. Grupta bir makalenin bulunması, elde edilen değerlerin yalnızca bu makaleye dayalı olmasına sebep olduğundan, anlamlı bir meta-analiz bulgusunun ortaya çıkmasına engel olmaktadır.



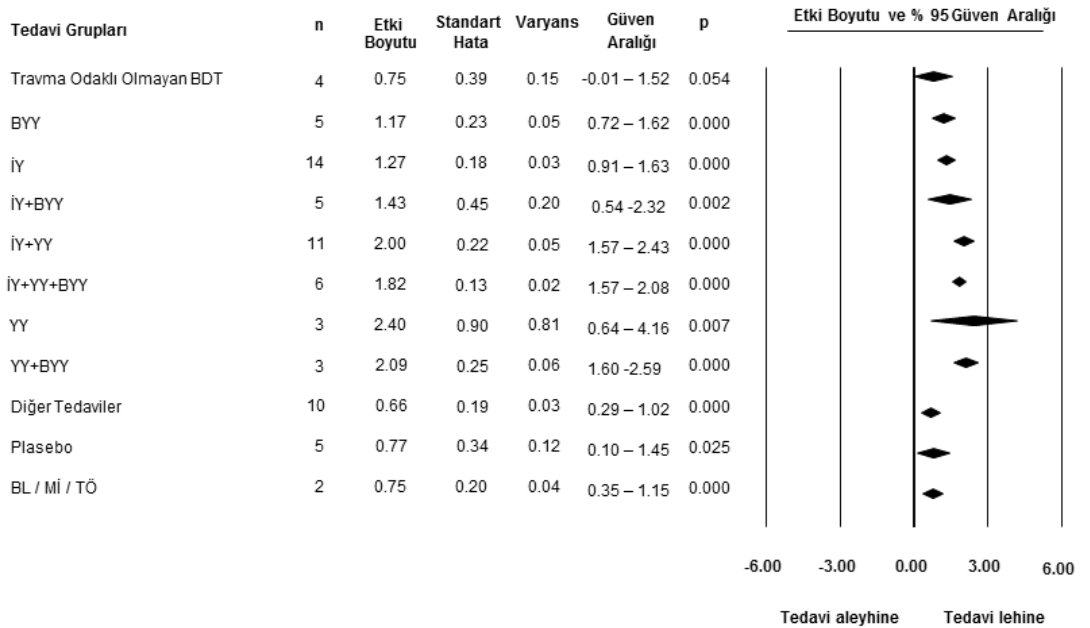
Şekil 3.4. Meta-analize giren araştırmalarda tedavi amacı analizlerinde tedavi bileşenlerine göre etki boyutları (n = 47)

Diğer tedavi bileşenleri içerisinde en büyük etki boyutuna yine imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma bileşenlerinden oluşan kombinasyonun ulaştığı görüldü. Bu kombinasyonu, yerinde yüzleşme ve

bilişsel yeniden yapılandırma bileşenlerinin yer aldığı kombinasyon takip etti. Tedavi bitirenler için bildirilen verilerin analizi ile elde edilen bulgulardan farklı olarak, imgesel yüzleştirme tek başına kullanıldığında yerinde yüzleştirmenin tek başına kullanımından biraz daha büyük etki boyutu üretti. İmgesel yüzleştirmeye yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma bileşenlerinin eklenmesi tedavi etkisinde bir artışa neden olmadı, aksine etkiyi bir miktar azalttı. Tek başına bilişsel yeniden yapılandırma kullanılan tedavilerin etkisini sınavan makaleler tedavi amacı analizlerine yönelik sayısal veri bildirmemiş olduğundan bu analizin sonuçlarında tek başına bilişsel yeniden yapılandırma yer almadı.

3.4.4. Tedavi Sonrası Son Takip Noktasında Etki Boyutları

Tedavi bitirenler için tedavi bitiminden sonraki dönemde tedavi süresince elde edilen kazanımların takibi 50 araştırmada yapıldı. Tüm aktif tedaviler takip döneminde yüksek etki boyutu elde etti (Hedges's $g = 1.67$, varyans = 0.01, %95 Güven Aralığı 1.46-1.88, $p < .001$). Şekil 3.5 araştırmalarda deney gruplarına göre gruplanmış tedavi bileşenlerinin etki boyutunu ve ilgili istatistikleri göstermektedir.



Şekil 3.5. Meta-analize giren araştırmalarda tedavi sonrası son takip analizlerinde tedavi bileşenlerine göre etki boyutları (n = 50)

Plasebo, diğ er tedavi ve bekleme listesi / tekrarlayan ölçümler / minimum ilgi gruplarında büyük etkiye yaklaş an etki boyutları oldu ğ u görüldü. Tüm tedavi bileş enleri takip döneminde büyük etki boyutu elde etti. Takip döneminde tedavi kazanımlarını arttırarak sürdüren ve en büyük etki boyutuna sahip tedavi, tek başına kullanılan yerinde yüzleştirme idi. Yerinde yüzleştirme ve imgesel yüzleştirme kombinasyonunun da takip döneminde tedavi kazanımlarını arttırdığı görüldü. Yerinde yüzleştirmeye biliş sel yeniden yapılandırma veya imgesel yüzleştirme ve biliş sel yeniden yapılandırma eklenen tedavi protokollerinde takip dönemi etki boyutlarında bir artış olmadı. Benzer şekilde, imgesel yüzleştirme ve biliş sel yeniden yapılandırmanın tekbaş larına ya da birleştirilerek kullanıldıkları durumlarda da takip döneminde tedavi kazanımlarında bir artış gözlenmedi. Travma odaklı olmayan BDT en düşük takip dönemi etki boyutuna sahipti.

3.5. Depresyon Belirtileri Üzerinde Tedavilerin Etki Boyutları

TSSB odaklı tedavilerin TSSB'ye eşlik eden depresyon üzerindeki etkisine bakıldığında, en büyük etki boyutuna yerinde yüzleştirme ve biliş sel yeniden yapılandırma bileş enlerinden oluş an tedavilerin sahip oldu ğ u görüldü (Hedges's $g = 2.17$, varyans = 0.09, %95 Güven Aralığı 1.58-2.75, $p < .001$). İkinci büyük etki boyutu imgesel yüzleştirme ve yerinde yüzleştirme bileş enlerinden oluş an tedavilere aitti (Hedges's $g = 1.37$, varyans = 0.03, %95 Güven Aralığı 1.03-1.71, $p < .001$). Yerinde yüzleştirme tek başına kullanıldığında büyük etki boyutuna yakın bir etki yaratırken (Hedges's $g = 0.75$, varyans = 0.04, %95 Güven Aralığı 0.37-1.14, $p < .001$), imgesel yüzleştirmenin (Hedges's $g = 0.42$, varyans = 0.01, %95 Güven Aralığı 0.21-0.64, $p < .001$) tek başına kullanılmasının ortadan düşük bir etkisi oldu ğ u görüldü. Tek başına kullanılan biliş sel yeniden yapılandırma (Hedges's $g = 1.12$, varyans = 0.25, %95 Güven Aralığı 0.13-2.10, $p < .027$) oldukça büyük etki boyutuna sahipken buna imgesel yüzleştirme eklenmesinin tedavi boyutuna katkısı olmadığı, aksine etki boyutunun azalmasına neden oldu ğ u görüldü (Hedges's $g = 1.04$, varyans = 0.19, %95 Güven Aralığı 0.19-1.89, $p < .016$). Etki boyutları değ erlendirilirken tüm tedavi kombinasyonlarının biliş sel yeniden yapılandırmanın tek başına kullanıldığı tedavi protokollerinden daha büyük etki boyutuna sahip oldu ğ u dikkate alınmalıdır.

Tedavi etkisinin devamlılığı ile ilgili olarak takip ölçümlerinin değ erlendirildiği analizlerde elde edilen sonuçlar tedavi sonrası ölçümlere ilişkin

analiz sonuçlarından farklılık göstermekteydi. Tek başına yerinde yüzleştirme kullanan tedavilerin takip ölçümleri analizinde gösterdiği etki boyutu, tedavi sonrası ölçümleri analizinde gösterdiği etki boyutunun iki katından daha fazlaydı ve analiz sonuçlarına göre en büyük ikinci etki boyutuydu (Hedges's $g = 1.80$, varyans = 0.48, %95 Güven Aralığı 0.44-3.15, $p < .009$). Tek başına kullanılan bilişsel yeniden yapılandırmanın etki boyutunda ise ciddi bir düşüş görüldü (Hedges's $g = 0.80$, varyans = 0.13, %95 Güven Aralığı 0.10-1.50, $p < .025$). Analiz sonuçları en büyük etki boyutuna, tedavi sonrası ölçümlere dayalı analiz sonuçlarında olduğu gibi, etki boyutu büyüklüğünde düşüş olmuş olsa da, yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma bileşenlerinden oluşan tedavi kombinasyonlarının sahip olduğunu gösterdi (Hedges's $g = 2.03$, varyans = 0.09, %95 Güven Aralığı 1.42-2.63, $p < .000$).

3.6. Travma Türlerine Göre Etki Boyutları

Travma odaklı terapi protokollerinin travma türlerine göre etkisi incelendi. Travma odaklı tedavilerin travma gruplarına göre gösterdiği etki boyutu büyüklükleri tablo 3.6'da gösterilmektedir. Travma odaklı tedavilerin savaşa katılan askerlerle yürütüldüğünde küçük etki boyutu gösterdiği, bunun dışındaki travma gruplarında büyük etki sağladığı görüldü. Bu meta analizde yer alan çalışmalardan yalnızca birinin arama kurtarma ekibinde çalışanlar ve yine yalnızca birinin ev içi şiddet mağdurları ile tedavi etkisi sınıadığı dikkate alınmalıdır.

Tablo 3.6. Travma odaklı tedavilerin travma gruplarına göre etki boyutu büyüklükleri

Meta Analizde Yer Alan Tedavilerin Sınıadığı Travma Grupları	Etki Boyutu	Varyans	Güven Aralığı	p
Çocukluk Çağı İstismarı	1.94	0.21	1.03 -2.84	0.001
Arama Kurtarma Ekibinde Çalışma	1.69	0.39	0.47-2.91	0.007
Deprem	1.54	0.19	0.69-2.40	0.001
Saldırı, Cinayet, Kaza gibi Sivil Olaylardan Oluşan Karma Gruplar	1.30	0.01	1.10-1.50	0.001
Ev içi Şiddet	3.06	0.10	2.45-3.67	0.001
Motorlu Araç Kazası	2.01	0.06	1.52-2.50	0.001
Mülteci Deneyimi	1.89	0.10	1.26-2.52	0.001
Cinsel Saldırı	2.01	0.03	1.68-2.34	0.001
Terör	2.22	0.12	1.54-2.90	0.001
Savaşa Katılan Askerler	0.48	0.03	0.15-0.80	0.004
Savaş ve İşkence	0.95	0.17	0.13-1.77	0.023

3.7. Etki Boyutunu Yordayan Faktörler: Meta-Regresyon Bulguları

Etki boyutunu yordayan faktörleri incelemek için bir meta-regresyon yapıldı. Bunun için bağımlı değişken olarak tedaviyi bitirenler için hesaplanan Hedges's g etki boyutu istatistiği kullanıldı. Metodolojik faktörlerin etkisini kontrol etmek için örneklem büyüklüğü, etki boyutunun hesaplandığı ölçek (0 = klinisyen tarafından değerlendirilen ölçekler, 1 = öz-değerlendirme ölçeği) ve araştırmanın seçkisiz klinik deneyler için altın standart kriterlerinin kaçını karşıladığı bağımsız değişken olarak seçildi. Örneklem büyüklüğü ve etki boyutunun hesaplandığı ölçeğin öz-değerlendirme ölçeği olup olmadığının kontrol edilmesinin sebebi daha önce literatürde küçük örneklemelerin ve öz-değerlendirme ölçeklerinin büyük etki boyutu hesaplanmasına neden olduğu bulgusu idi (Bradley ve ark., 2005). Tedavi protokollerinin ana bileşenleri imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma tedavi yöntemlerinin etkisini kontrol edebilmek için meta-regresyona alındı. Bunun için iki kukla değişken yaratıldı ve protokoller yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma (0 = yok, 1 = var) içermesine göre kodlandı. Regresyon analizi iki adımda yapıldı. İlk adımda metodolojik faktörler analize sokuldu. Bunlar etki boyutunda varyans açıklamadı ve regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı değildi. İkinci adımda tedavi yöntemleri analize alındı. Bunlar toplam varyansın %11.6'sını açıkladı ve regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı idi ($F = 2.5$, $sd = 6.63$, $p < .05$). Son adımda tedavi protokollerinin yerinde yüzleştirme içermesi Hedges's g'yi anlamlı olarak yordayan tek faktör olarak bulundu ($\beta = .33$, $p < .01$).

3.8. Protokollere göre Tedavi Süreleri ve Tedavi Bırakma Oranları

Tedavi protokolleri tedaviden dökülme oranları, seans sayısı ve tedavi süresi açısından değerlendirildi. Tedaviden en yüksek dökülme oranı %29.0 ($SS = 0.13$)'la yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma içeren protokollere aitti. En düşük dökülme oranı ise tek başına kullanılan yerinde yüzleştirme (%2) ve yine tek başına kullanılan bilişsel yeniden yapılandırmaya (%2.5) aitti. Tek başına kullanılan imgesel yüzleştirme protokollerini bırakan vaka oranı %10.3 idi. Diğer protokoller için tedaviyi bırakan vaka oranları imgesel yüzleştirme ve yerinde yüzleştirme için %9.2, imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma için %9.6, imgesel yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma %12.0 ve travma odaklı olmayan BDT için %10.0 idi. Bekleme listesi / minimum ilgi / tekrarlayan ölçümler,

plasebo ve diğ er tedavilerden dökülme oranları %2.8 ile %8.5 arası değı ŷti. Protokoller iç erisinde tek başına kullanılan yerinde yüzleştirme ortalama 5 (SS = 4.7) seansla en az terapistle görü ŷme gerektiren tedaviydi. Bunu 8.1 (SS = 4.1) seansla imgesel yüzleştirme ve 10.0 (SS = 3.8) seansla travma odaklı olmayan BDT takip etti. Tek başına kullanılan bilişsel yeniden yapılandırma (ort = 11.0, SS = 1.4), ile imgesel yüzleştirme ve yerinde yüzleştirme (ort = 12.1, SS =6.4), yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma (ort = 11.0, SS = 3.7), ve imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma (ort = 11.4, SS = 4.6) kombinasyonları benzer seans sayıları gerektirdi. En fazla seansta yapılan tedavi imgesel yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma iç eren protokollerdi (ort = 16.2, SS = 9.4). Tedavi etkisinin ortaya ç ıktığı süre açısından bakıldığında bilişsel yöntemler iç eren protokoller en fazla süre gerektiren tedavilerdi. Tek başına kullanılan bilişsel yeniden yapılandırma ortalama 18.5 (SS = 10.6) haftada, imgesel yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma ise 15.4 (SS = 9.5) haftada elde ettikleri etki boyutunu gösterdi. Tek başına yerinde yüzleştirme (ort = 8.0, SS = 1.6), tek başına imgesel yüzleştirme (ort = 8.6, SS = 5.5), imgesel yüzleştirme ve yerinde yüzleştirme (ort = 10.4, SS = 4.6), imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma (ort = 11.3, SS = 4.1) ve travma odaklı olmayan BDT (ort = 9.2, SS = 5.8) büyük ölçüde benzer sürelerde tamamlandı.

4. TARTIŞMA

Bu meta-analizde, seçkisiz kontrollü deneysel çalışmalarla TSSB tedavisinde etkisi sınınan travma odaklı terapi protokollerinin, içerdiği tedavi bileşenlerinin tedavi kazanımlarına katkısı araştırılmıştır. Yapılan analizler sonucu elde edilen bulgular bu bölümde yorumlanacak ve bu çalışmanın kısıtlılıklarından, ileriye dönük araştırma önerilerinden bahsedilecektir.

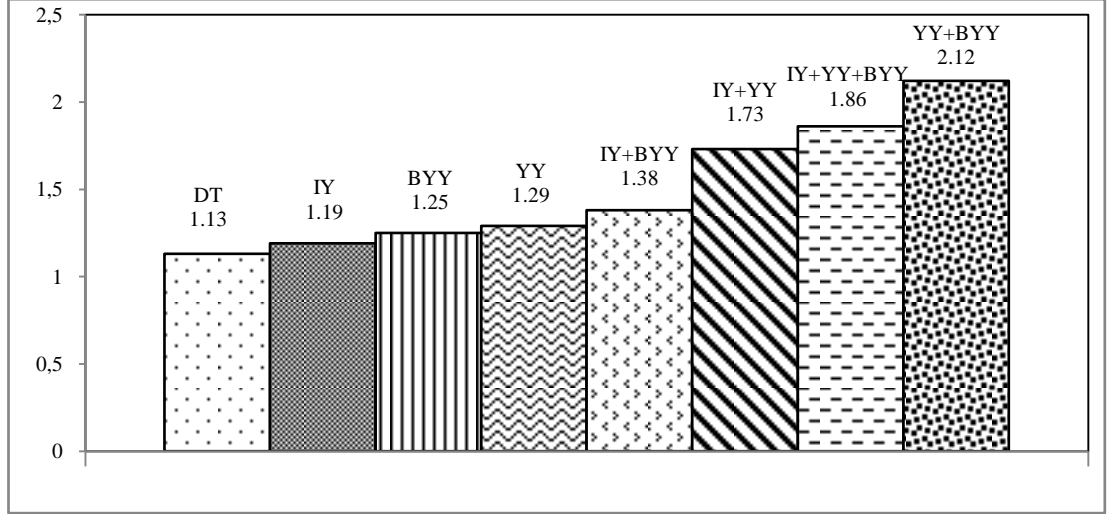
4.1. Temel Tedavi Bileşenlerine Diğer Davranışçı Tekniklerin Eklenmesi

Kaygı yönetimi, gevşeme egzersizleri, düşünce durdurma, nefes egzersizleri gibi bazı davranışçı tekniklerin TSSB tedavisinde kullanılan travma odaklı terapi protokollerinde yer aldığı görülmektedir. Yaptığımız analizler bu davranışçı tekniklerin tedavi etkisine klinik olarak anlamlı katkısı olmadığını gösterdi. Bu bulgu araştırmanın ikinci hipotezini destekledi. Psiko-eğitim, nefes ve gevşeme egzersizleri, düşünce durdurma ve bilişsel yeniden yapılandırma bileşenlerinden oluşan stres aşılama eğitiminin uzatılmış yüzleştirme terapisine eklenmesi ile tedavi etkisinin artacağı öngörülerek yapılmış seçkisiz kontrollü bir klinik deneyde de, öngörüldüğünün aksine stres aşılama eğitiminin uzatılmış yüzleştirme tedavisinin etkisini artırmadığı görülmüştür (Foa ve ark., 1999). Bu meta-analizin bulguları bu araştırmanın bulgularıyla tutarlılık göstermektedir.

4.2. Tedavi Bileşenlerinin Tedaviyi Tamamlayanlar İçin Etki Boyutları

TSSB tedavisinde en büyük etkiyi travma odaklı terapi protokollerinin sağladığı literatürde yer alan meta-analizlerle gösterilmiştir (Bradley ve ark., 2005; Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013; Van Etten ve Taylor, 1998). Bu meta-analizde de yer alan tüm travma odaklı aktif tedavilerin, içerdiği bileşen ne olursa olsun, büyük etki boyutlarına ulaştığını gördük. Bu bulgu araştırmanın ilk hipotezini destekledi. Temel tedavi bileşenlerinin tedavi sonu ölçümlerine dayalı etki boyutları (tedaviyi tamamlayanlar için) Şekil 4.1.'de grafik şeklinde gösterilmektedir. Terapi protokollerini oluşturan tedavi bileşenlerinin tek başına kullanıldıklarında birbirlerine

benzer etkileri olduğu görüldü. Tedavi bileşenlerinin farklı kombinasyonları ise içerdikleri bileşenlere göre farklılaşan etki boyutları sağladı. Kombinasyonlar içerisinde, en düşük etki boyutu imgesel yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırmanın birlikte kullanıldığı protokollere aitti. Tedavi protokollerine yerinde yüzleştirmenin eklenmesinin sistematik olarak tedavi etkisini arttırdığı görüldü. Bu bulgu araştırmanın üçüncü hipotezini destekledi.



Şekil 4.1. Tedavi sonu ölçümlerine dayalı (tedaviyi tamamlayanlar için) etki boyutu büyüklükleri grafiği

İmgesel yüzleştirme, bilişsel yeniden yapılandırma ya da bu yöntemlerin birlikte kullanımına yerinde yüzleştirme eklenmesinin etki boyutunu artırdığı başka meta-analizlerde de (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013) bildirilmiştir. Yerinde yüzleştirmenin tedavi etkisini artırmasına çeşitli açıklamalar getirilebilir. İmgesel yüzleştirmeye göre, travmatik uyanlarla yerinde yüzleştirme, travma ile ilişkili anıların daha güçlü ve daha detaylı hatırlanmasına neden oluyor olabilir (Şalcıoğlu ve ark., 2007). Bunun yanı sıra, imgesel yüzleştirme, yalnız travmatik olay anıları ile yüzleşme sağlarken yerinde yüzleştirme hem olay anıları ile hem de olayı hatırlatan güncel uyanlar ile yüzleşmeye neden olmaktadır (Şalcıoğlu ve ark., 2007). Bu nedenle, imgesel yüzleştirme ile elde edilen kazanımlar genellenemezken yerinde yüzleştirme ile elde edilen kazanımlar genellenebilmektedir (Şalcıoğlu ve ark., 2007). Dolayısıyla yerinde yüzleştirme imgesel yüzleştirmeye kıyasla daha fazla iyileşmeye neden olmaktadır. Bu meta-analizde en büyük etki boyutlarına yerinde yüzleştirme bileşeni içeren kombinasyonların ulaşması, davranışçı deneyler veya işlevsel olmayan inançların sınanması gibi yerinde yüzleştirme uygulamaları içeren

bilişsel tedavilerin de, hiçbir yüzleştirme uygulaması içermeyen bilişsel tedavilere göre daha büyük etki boyutu sağladığı bulgusu (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013) ile tutarlılık göstererek, travma odaklı psikoterapilerde yerinde yüzleştirme bileşeninin önemini desteklemektedir.

Yerinde yüzleştirmenin bilişsel yeniden yapılandırmanın etkisini arttırmasının bir nedeni ise; bilişsel yeniden yapılandırmada hedeflenen işlevsiz düşünceleri tespit etme, işlevsiz düşüncelere alternatif üretme gibi bilişsel eylemleri anlamının ve uygulanmanın her hasta için kolay olmaması, dolayısı ile yerinde yüzleştirmeden daha fazla sayıda hasta yararlanırken bilişsel yeniden yapılandırmadan daha az hastanın faydalanıyor olması olabilir. Kimi yazarlar (Marks ve ark., 1998; Resick ve ark., 2002, Tarrier ve ark., 1999) yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma bileşenlerinin, hastanın durumuna göre seçilerek kullanılması gerekliliğini ileri sürmüş ve travmatik olaydan sonra olumsuz düşünceleri fazla olan hastaların bilişsel yeniden yapılandırma tedavisi ile daha çok iyileşeceklerini öngörmüşlerdir. Ancak yapılan araştırmalarda olumsuz düşüncelerin tedavi sonucuna etki etmediği bulgusuna ulaşılmıştır (Livanou ve ark., 2002; Moser, Cahill ve Foa, 2010). Ayrıca, imgesel ve yerinde yüzleştirme tekniklerinin bilişsel yeniden yapılandırma olmaksızın kullanılmasının olumsuz düşüncelerde düzelme yarattığını gösteren araştırmalar da mevcuttur (Foa ve ark., 2005; Paunovic ve Öst., 2001). Yerinde yüzleştirme tekniğinin kullanılması, yerinde yüzleştirme ile elde edilen kazanımların yanı sıra (alışma, kontrol duygusu vb.) bilişsel yeniden yapılandırmanın sağladığı kazanımların da ortaya çıkmasını sağlıyor olduğundan yerinde yüzleştirme bilişsel yeniden yapılandırmanın etkisini arttırmış olabilir. Kombinasyonlar içerisinde, en düşük etki boyutuna imgesel yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırmanın birlikte kullanıldığı protokollerin sağlamasının bir başka nedeni de imgesel yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırmanın daha önce de bahsettiğimiz gibi herkes için uygulanabilir olmaması ve dolayısıyla yerinde yüzleştirme bileşeni olmadan yeterli iyileşmeyi sağlayamamaları olabilir.

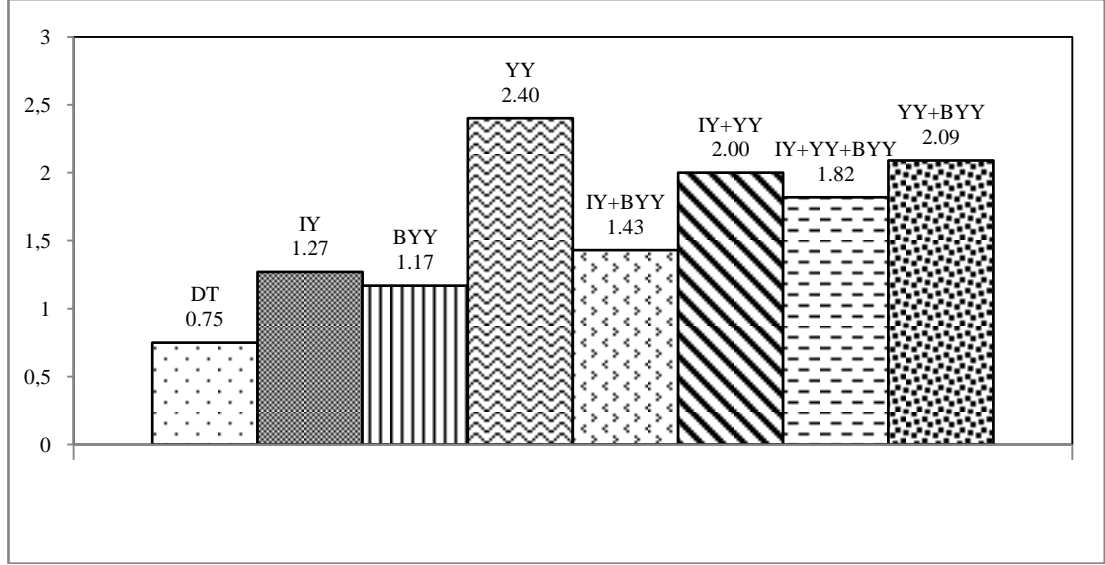
Bu meta-analiz, temel tedavi bileşenlerinin birlikte kullanıldığı terapi protokollerinin, tek tek kullanılan tedavi bileşenlerinden daha büyük etki boyutu sağladığını göstermiş olsa da terapi protokollerini bileşenlerine ayırarak tedavi etkisinin sınanmasında bazı sorunların ortaya çıktığını göz ardı etmemek gerekir. Kombinasyonlar oluşturulurken zamandan kazanmak amacıyla her bir bileşen için iyileşme ortaya çıkarmasına yetecek zamanın harcanmaması, bazı protokollerde

bilişsel yeniden yapılandırmanın bugüne odaklı bazı protokollerde ise geçmiş odaklı olması gibi faktörler çalışmaların sonuçlarının farklılık göstermesine neden olarak gösterilebilir (Resick, Galovski, Uhlmansiek, Scher, Clum ve Young-Xu, 2008). Ayrıca kombinasyonlarda, bilişsel yeniden yapılandırma bileşeninin yüzleştirme bileşenlerinden önce ya da sonra kullanılmış olmasının da ortaya çıkan tedavi etkisi üzerinde etkisi olabilmektedir (Bryant ve ark., 2008). Bunun yanı sıra, tedavi sonrası ölçümlerinde en büyük etki boyutunu kombinasyonlardan oluşan terapi protokolleri sağlamış olsa da takip ölçümlerinde tedavi kazanımlarının devam edip etmediğinin de dikkate alınması gerekir.

4.3. Tedavi Bileşenlerinin Tedaviyi Tamamlayanlar İçin Son Takip Noktasında Etki Boyutları

Temel tedavi bileşenlerinin takip ölçümlerine dayalı etki boyutları (tedaviyi tamamlayanlar için) Şekil 4.2’de özetlenmiştir. Tüm tedavi bileşenleri ve kombinasyonlarının tedavi sonunda sağladıkları kazanımların azalmadan devam ettiği görülmektedir. Tek başına yerinde yüzleştirme tekniğini kullanan araştırmalarda, takip ölçümlerinde etki boyutu göze çarpar miktarda artmıştır. Bu yerinde yüzleştirme tekniğinin sağladığı iyilik halinin artarak devam ettiğini göstermektedir. Tek başına kullanılan yerinde yüzleştirmenin etkisini sıyanan araştırmalarda da tutarlı olarak etki boyutunun takip ölçümlerinde tedavi sonrası ölçümlerine kıyasla daha büyük olduğu görülmektedir (Başoğlu, Şalcıoğlu, Livanou, Kalender ve Acar, 2005; Başoğlu, Şalcıoğlu ve Livanou, 2007; Marks ve ark., 1998). Bu bulgu tedavi kazanımları için yüzleştirme bileşeninin gerekli olduğu tezini desteklemektedir. Yerinde yüzleştirme tekniğinin sağladığı etki boyutunun, takip sürecinde artmış olmasının sebebi, temel öğrenme teorilerine uygun olarak genellenmenin ortaya çıkmış olması ile açıklanabilir. Travmatik olay anında ortaya çıkan koşullanma sonrasında bu koşullanma genelleniyor ve pek çok uyaran kaygı uyandırır hale geliyorsa, iyileşme sürecinde de belli uyaranlar üzerinde elde edilen alışmanın başka uyaranlara da genellenmesi gerçekleşecektir.

Travma odaklı olmayan bilişsel davranışçı tedavilerin tedavi sonunda sağladığı etki boyutu (Hedges’s $g = 1.13$) ile takip sürecinde sağladığı etki boyutu (Hedges’s $g = 0.75$) arasında ciddi bir farklılık göze çarpmaktadır. Bu sonuç da literatürde yer alan, TSSB tedavisinde travma odaklı tedavilerin daha etkili olduğu bulgusunu desteklemektedir (Bradley ve ark., 2005; Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013).



Şekil 4.2. Takip ölçümlerine dayalı (tedaviyi tamamlayanlar için) etki boyutu büyüklükleri grafiği

Bu meta-analizde, analize giren makale sayılarının birbiri ile tutarlı olması için tedavi sonrası etki boyutları ile takip süreci etki boyutları karşılaştırılması yalnızca tedaviyi tamamlayanlar için bildirilen sonuçlarla yapıldı. Tedavi sonrasında tedaviyi tamamlayanlar için sayısal verileri bildirmiş araştırmaların ($n = 67$) pek çoğu takip sürecinde tedaviyi tamamlayanlar için de sayısal veri bildirmişlerdi ($n = 50$).

Tedavi etkisini sınanan seçkisiz kontrollü klinik deneylerde takip ölçümleri ile elde edilen etki boyutlarının fazla önemsenmediği ve konu ile ilgili pek fazla yorum yapılmadığını gördük. Ancak bir tedavinin tedavi sonunda sağladığı iyileşmenin kalıcı olup olmadığı tedavi sonunda iyileşme sağlamış olması kadar önemlidir. Bu nedenle tedavi etkisi sınanan klinik deneylerde takip ölçümlerinin daha çok üzerinde durulması gerekmektedir. Ayrıca pek çok araştırma takip ölçümlerini 6. ayda sonlandırmıştı, daha uzun süren takip ölçümleri tedavi kazanımlarının kalıcılığı ile ilgili daha net bilgi sağlayacağı için klinik deneylerin daha uzun süreli takip ölçümleri planlamasına ihtiyaç vardır.

4.4. Tedavi Bileşenlerinin Tedavi Amacı Analizleri İçin Etki Boyutları

Tedavi amacına yönelik analizler, tedaviyi tamamlamamış kişilerin de ölçek puanlarını hesaplamaya dahil ettiğinden, tedavi etkisini hesaplamak konusunda daha katı bir yaklaşımdır (Şalcıoğlu ve Başoğlu, 2013). Etki boyutu büyüklükleri tedavi amacına yönelik analiz verilerine dayalı hesaplandığında etki boyutlarında azalma

olması bundan kaynaklanmaktadır. Bu meta-analizde tedavi amacına yönelik analiz sonuçları ile hesaplanan etki boyutları tedaviyi tamamlayan grup analiz sonuçları ile hesaplanan etki boyutlarına göre biraz farklılık göstermiş olsa da etki boyutu büyüklüklerinde ve etki boyutu büyüklükleri sıralamasında çok ciddi değişiklikler görülmedi. Tedavi amacına yönelik analizlere dayalı etki boyutu hesaplamalarında analize alınan makale sayısında (n = 47), tedaviyi tamamlayanlar için analiz verilerine dayalı etki boyutu hesaplamalarında analize alınan makale sayısına (n = 67) kıyasla ciddi bir azalma söz konusuydu. Bazı makaleler yalnızca tedavi amacına yönelik analiz verilerini paylaşırken bazı makaleler yalnızca tedaviyi tamamlayanlar için yapılan analiz verilerini bildirmiş olduğundan iki analiz çeşidini kıyaslamak konusunda bazı problemler ortaya çıktı. Örneğin, travma odaklı olmayan bilişsel davranışçı terapilere dair tek bir makale tedavi amacına yönelik analiz sonucu bildirmişken, yalnızca bilişsel yeniden yapılandırma kullanan hiçbir çalışma tedavi amacına yönelik analiz sonucu bildirmemişti. Bu nedenle bu tedavilerin, bu meta-analizle elde edilen verisi olamadı. Tedavi etkisinin sınanması odaklı çalışmalarda hem tedaviyi tamamlayanlar için hem de tedavi amacına yönelik analiz verilerinin bildirilmesi ileride yapılacak meta-analizlerde iki farklı şekilde incelenmiş verilerin sağlıklı bir şekilde karşılaştırılmasına olanak sağlayacaktır.

4.5. Tedavi Bileşenlerinin Depresyon Üzerindeki Etkisi

Literatürde yer alan başka meta-analiz bulguları ile paralel olarak analize giren tüm aktif tedavilerin depresyon üzerinde de büyük etki boyutları sağladığı görüldü (Van Etten ve Taylor, 1998). TSSB ve depresyon arasındaki ilişki ile ilgili çelişen bilgiler mevcuttur. TSSB ve depresyonun yaşanan travmatik strese bağlı olarak ortaya çıktığını öne süren araştırmacıların yanı sıra depresyon ve TSSB'nin birbirinden bağımsız olduğunu savunan araştırmacılar da söz konusudur (bkz: Dekel ve ark., 2014). Dekel ve arkadaşlarının (2014) bu konu ile ilgili yaptıkları araştırma sonucunda TSSB belirtilerinin daha şiddetli olduğu olgularda depresyon belirtilerinin de daha şiddetli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu TSSB ve depresyonun yaşanan travmatik strese bağlı olarak ortaya çıktığı düşüncesini destekler niteliktedir. Nitekim pek çok tedavi araştırmasında TSSB belirtilerine odaklanan tedavilerin sonunda depresyonda iyilik halinin ortaya çıkması (örn: Başoğlu ve ark., 2005, 2007; Ehlers ve ark., 2005; Foa ve ark., 2005; Marks ve ark., 1998 vb.) depresyonun TSSB'ye ikincil olarak geliştiğini düşündüren bir bulgudur. Bu bulgular

göz önüne alındığında da, bu meta-analizde TSSB tedavilerinin TSSB üzerinde iyileşme sağlamanın depresyon üzerinde de iyileşme ortaya çıkarması şaşırtıcı değildir. Ayrıca tek başına kullanılan yerinde yüzleştirme bileşeninin TSSB’de olduğu gibi depresyonda da tedavi sonu ölçümlerine dayalı hesaplamalarla elde edilen etki boyutunun takip ölçümlerine dayalı hesaplamalarında ciddi bir artış göstermiş olması TSSB ve depresyonda ortaya çıkan iyileşmenin birlikte ortaya çıktığına kanıt oluşturabilir.

4.6. Tedavinin Sıandığı Travma Gruplarına Göre Etki Boyutları

Başka araştırmalarda elde edilen bulgularla (Barrera ve ark., 2013; Bradley ve ark., 2005) tutarlı olarak, bu meta-analizde travma odaklı tedavilerin genel olarak büyük etki boyutu sağladığı ancak savaş deneyimi olan askerlerde ve işkence mağdurlarında görece daha küçük etki boyutlarının ortaya çıktığı görüldü. Bu durumun sebebi olarak, savaş deneyimi olan askerler ve işkence mağdurlarının gösterdikleri TSSB belirtilerinin diğer travma mağdurlarına oranla daha şiddetli olması gösterilse de, özellikle savaş mağduru askerlerin malullük parası almaya devam etmek gibi ikincil kazançları sürdürmek amacı ile ortaya çıkan iyileşmeyi saklama eğiliminde olmalarının da ihtimal dahilinde olduğunu savunan araştırmacılar da bulunmaktadır (bkz: Barrera ve ark., 2013).

4.7. Etki Boyutunu Yordayan Faktörler

Daha önce yapılan araştırmalarda tedavi etkisini sınanan klinik deneylerin bazı metodolojik özelliklerinin tedavi etkisini yordadığına dair bulgular mevcuttur (Munder ve ark., 2012). Araştırmacıların sınadıkları tedaviye olan bağlılıkları bu özelliklerden biridir. Bu tarz klinik deneylerde, deney gruplarından haberdar olmayan terapistlerin tedavi sürecini yürütmesinin bu etkiyi ortadan kaldırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Munder ve ark., 2012). Ayrıca küçük örneklemelerin ve öz-değerlendirme ölçeklerinin büyük etki boyutu hesaplanmasına neden olduğu bildirilmiştir (Bradley ve ark., 2005). Bu meta-analizde örneklem büyüklüğü, etki boyutunun hesaplandığı ölçek türü ve araştırmanın seçkisiz klinik deneyler için altın standart kriterlerinin kaçını karşıladığı gibi metodolojik faktörlerin, elde edilen etki büyüklüklerini etkilemediği görüldü.

Tedavi protokollerinin ana bileşenleri olan imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma yöntemlerinin kullanılıp

kullanılmamasının etki boyutlarında açıkladıkları varyans meta-regresyon analizi ile incelendi. Yerinde yüzleştirme bileşeninin kullanılıp kullanılmaması toplam varyansın en büyük kısmı olan %11.6'sını açıkladı ve modelde etki boyutu büyüklüklerini anlamlı olarak yordayan tek faktördü. Bu bulgu, araştırmanın üçüncü hipotezini destekler nitelikteydi veyerinde yüzleştirme bileşeninin tedavi etkisini arttıran en önemli tedavi bileşeni olduğunu bir kere daha destekledi.

4.8. Tedaviyi Bırakma Oranları

Bir tedavinin etkisinin yanı sıra o tedavinin hastalar tarafından devam ettirilebilirliği (tolerability) de önemlidir. Tedavinin devam ettirilebilirliğini belirleyen veri ise tedavi bırakma oranlarıdır. Hastaların travmatik anıları ile yüzleşmesini gerektiren yüzleştirme bileşeninin, iyilik halinin devamlılığını ve tedavi etkisini artırdığına dair bulgular mevcuttur (Hembree ve Foa, 2000, aktaran Hembree, Foa, Dorfan, Street, Kowalski ve Tu, 2003; Marks ve ark., 1998). Ancak alanda yüzleştirme tedavisinin hastaları travmatize ederek TSSB belirtilerini şiddetlendirdiği ve bu nedenle hastaların bu tedaviyi bırakmaya yatkın olduğunu ileri süren görüşler vardır (Hembree ve ark., 2003). Yapılan araştırmalar, hastalarda belirti şiddetinin artmasının kısa sürede ortadan kalktığını, ilk etapta belirtilerinde artış görülen hastaların tedavi bırakma oranlarının ise diğer hastalardan farklı olmadığını göstermektedir (Hembree ve ark., 2003). Yapılan başka bir araştırmada da yüzleştirme bileşeni içeren tedavilerle içermeyen tedavilerin tedavi bırakma oranları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Foa ve ark, 1991, 1999). Bu meta-analizde de literatürde yer alan bulgularla uyumlu olarak, tedavi bırakma oranlarının içerdiği tedavi bileşenlerine göre farklılık göstermediği sonucunu elde ettik. Sonuç olarak, yüzleştirme bileşeninin tedavi bırakma oranları açısından diğer tedavilere göre dezavantajlı olmadığı görüldü.

4.9. Tedavi Süreleri

Bilişsel yeniden yapılandırma ve imgesel yüzleştirmenin yerinde yüzleştirmeye kıyasla daha fazla seans gerektirmesi sebebiyle seans uzunluklarının da bu iki bileşen kullanıldığında arttığını gördük. En az seans sayısına ve en kısa süreli seanslara ihtiyaç duyan tedaviler tek başına yerinde yüzleştirme kullanan tedavilerdi. Bu durumda, tek başına yerinde yüzleştirme kullanan tedavi protokolleri

gerektirdiği seans sayıları ve seans süreleri ile de diğer tedavileremaliyet etkinliği açısından üstünlük sağlamaktadır.

4.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu meta-analizle etki boyutu karşılaştırılan tedavi bileşenleri ve kombinasyonları ile ilgili yapılmış çalışmaların sayıları eşit değildi. Tedavi etkilerini sınavan araştırmaların kullandıkları ölçekler, başlangıç ölçümlerinde hastaların aldığı puanlar, tedavilerin uygulanışları, tedaviyi uygulayan terapistlerin uzmanlık dereceleri, tedavi öncesi ve sonrası ölçümleri yapan değerlendirmecilerin uzmanlık dereceleri gibi konularda farklılık gösteriyor olmaları kaçınılmazdı. İstatistiksel analizlerde bu farklılıkları hesaba katan hesaplamalar tercih edilmiş olsa da meta-analiz sonuçlarının daha güçlü olması, yapılan klinik deneylerde bu farklılıkların kontrol edilmiş olması ile sağlanabilirdi. Meta-analize dahil edilen araştırmaların bazıları yalnızca tedaviyi tamamlayanlar için analiz verileri bildirmişken bazıları tedavi amacına yönelik analiz verileri bildirmişti. İki tür veri için de etki boyutu büyüklükleri hesaplanmış olsa da, sayıca daha çok araştırma yer aldığından ve bu araştırmaların çoğunluğu da takip ölçümlerine dayalı analiz verileri bildirmiş olduğundan tedaviyi tamamlayanlar için analiz verileri ile elde edilen etki boyutu büyüklükleri yorumlandı. Takip ölçümlerine dayalı analiz verileri bildirmeyen araştırmalar da oldukça fazlaydı.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu meta-analizde, TSSB tedavisi için kullanılan terapi protokollerinde yer alan tedavi bileşenlerinin etkisini inceledik. Terapi protokollerini oluşturan, imgesel yüzleştirme, yerinde yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma olmak üzere, 3 temel tedavi bileşeni mevcuttu. Tedavi paketlerinin bazıları bu bileşenleri tek başına kullanırken, bazıları da bu bileşenlerden oluşan farklı kombinasyonlar kullanmıştı. Uzun vadede en büyük etki boyutunu sağlayan, en kısa sürede iyilik hali ortaya çıkaran ve tedaviden dökülme oranları diğer tedavilere göre dezavantajlı olmayan tedaviler tek başına yerinde yüzleştirme bileşeni kullanan tedavilerdi. Ayrıca, literatürde yer alan bulgularla da paralel olarak, yerinde yüzleştirme bileşenini diğer tedavi bileşenleri ile beraber kullanıldığında diğer tedavi bileşenlerinin tedavi etkisini artırdığı sonucuna ulaşıldı. Buna göre, TSSB tedavisinde öncelikli olarak tercih edilmesi gereken tedaviler yerinde yüzleştirme tekniğini içeren tedavi protokolleridir. Ancak yapılan araştırmalar, terapistlerin TSSB tedavisi için yüzleştirme kullanmaktan kaçındığını göstermektedir (Van Minnen, Hendriks ve Olf, 2010). Yüzleştirme tedavilerinin pek tercih edilmemesinin nedenleri, terapistlerin yüzleştirme terapisi eğitimi almamış olmaları, yüzleştirme tedavisine güvenmemeleri, özellikle deneyimsiz terapistlerin doğrudan travmayı hedef almaktan çekinmeleri, yüzleştirmenin hastayı travmatize edeceğine ve hastanın tedaviyi bırakacağına inanmaları olarak sıralanmaktadır (Van Minnen ve ark., 2010). Diğer yandan, Van Minnen ve arkadaşları (2010) yüzleştirme tedavisinin daha çok travma alanında uzmanlaşmış terapistler tarafından tercih edildiğini belirtmektedir. Bu iki veri, terapistlerin yüzleştirme tedavisi ile ilgili önyargılarının bu tekniği öğrenmelerine dolayısıyla da kullanmalarına engel olduğuna işaret etmektedir. Terapistlerin çoğunda bulunan, yüzleştirme tedavisinin hastaların ihtiyaçlarını göz ardı eden ve katı bir tedavi olduğu, tek başına hastayı tedavi edecek yeterlilikte olmadığı için kullanılsa bile başka tekniklerle beraber kullanılması gerektiği,

hastaları travmatize ederek belirtilerinin şiddetlenmesine ve dolayısıyla hastaların tedaviyi bırakmasına neden olduğu, terapi esnasında sağladığı iyileşmenin gerçek hayata genellenemediği önyargıların, bilimsel olarak desteklenmediğini unutmamak gerekir (Feeny, Hembree ve Zoeller, 2003).

TSSB'nin en kısa sürede ve en etkili şekilde tedavi edilmesi için en etkili tedavi bileşenlerinin tespit edilmesini hedefleyen çalışmamız, TSSB tedavisinde yüzleştirme kullanılmasının tedavi etkisinde belirleyici rolü olduğunu göstermektedir. Yukarıdaki mitlerden dolayı yerinde yüzleştirme tedavilerinin çok tercih edilmemesi bu tedavi yönteminin tek başına kullanıldığında ne kadar etkisi olduğu ile ilgili yeterli araştırma yapılmamasına neden olmaktadır. TSSB tedavisi için aynı tedavi bileşenlerinden oluşan yeni terapi protokollerinin oluşturulmasından ziyade varolan yöntemlerin tedavi etkisine yaptıkları katkıyı ayrıştıran seçkisiz klinik deneylere ihtiyaç vardır. Bu meta-analizin bulguları yapılacak bu tür ayrıştırmacı klinik deneylerde yerinde yüzleştirme yönteminin tek başına kullanımının TSSB'de sağladığı etkiye yoğunlaşması gereğine işaret etmektedir.

KAYNAKLAR

- Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D. G., Saunders, B., & Best, C. L. (1999). Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: Examination of Differential Multivariate Relationships. *Journal of Anxiety Disorders, 13* (6), 541-563.
- 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.
- Amstadter, A. B., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Reichborn-Kjennerud, T., & Kendler, K. S. (2013). Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 48*, 215-223.
- 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
- 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.
- Basoglu, M., Salcioglu, 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.
- Basoglu, M., Salcioglu, E., & Livanou, M. (2009). Advances in our understanding of earthquake trauma and its treatment: a self-help model of mental health care for survivors. Y. Neria, S. Galea, & F. Norris (Ed.) içinde, *Mental Health and Disasters* (s. 396-418). Cambridge: Cambridge University Press.
- Basoglu, M., Salcioglu, 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.
- Bass, J. K., Annan, J., Murray, M. S., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., et al. (2013). Controlled trial of psychotherapy for congolese survivors of sexual violence. *New England Journal of Medicine, 368* (23), 2182-2191.

- 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.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., Mundy, E., et al. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 79-96.
- 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.
- 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.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110* (4), 585-599.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., & Nixon, R. D. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71* (4), 706-712.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., Mastrodomenico, J., Nixon, R. D., et al. (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.
- 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.
- Chemtob, C. M., Novaco, R. W., Hamada, R. S., & Gross, D. M. (1997). Cognitive-behavioral treatment for severe anger in posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65* (1), 184-189.
- 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.

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

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

Cook, J. M., Harb, G. C., Gehrman, P. R., Cary, M. S., Gamble, G. M., Forbes, D., et al. (2010). Imagery rehearsal for posttraumatic nightmares: A randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, *23* (5), 553-563.

Cottraux, J., Note, I., Yao, S. N., de Mey-Guillard, C., Bonasse, F., Djamoussian, D., et al. (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.

Damka, Z. (2009). Sığınma evinde kalan şiddet mağduru kadınlar: anksiyete duyarlılığı, travmaya bağlı suçluluk, travma sonrası stres bozukluğu ve psikolojik belirtiler. Ankara.

Davis, J. L., & Wright, D. C. (2007). Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults. *Journal of Traumatic Stress*, *20* (2), 123–133.

Dekel, S., Solomon, Z., Horesh, D., & Ein-Dor, T. (2014). Posttraumatic stress disorder and depressive symptoms: joined or independent sequelae of trauma. *Journal of Psychiatric Research*, 1-6.

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., et al. (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.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., et al. (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.

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.

Elliott, D. M. (1997). Traumatic events: Prevalence and delayed recall in the general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65* (5), 811-820.

- 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.
- Feeney, N. C., Hembree, E. A., & Zoellner, L. A. (2003). Myths regarding exposure therapy for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 85-90.
- Feske, U. (2008). Treating low-income and minority women with posttraumatic stress disorder. *Journal of Interpersonal Violence, 23* (8), 1027-1040.
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology, 48*, 449-480.
- 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., et al. (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. 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., et al. (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.
- Frommberger, U., Steieglitz, R., Nyberg, E., Richter, H., Novelli-Fischer, U., Angenendt, J., et al. (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.
- Glynn, S. M., Eth, S., Randolph, E. T., Foy, D. V., Urbaitis, M., Boxer, L., et al. (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.

- Haagsma, J. A., Ringburg, A. N., van Lieshout, E. M., van Beeck, E. F., Patka, P., Schippe, I. B., et al. (2012). Prevalence rate, predictors and long-term course of probable posttraumatic stress disorder after major trauma: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry, 12*, 236.
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress, 16* (6), 555-562.
- Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., et al. (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.
- Hinton, D. E., Pham, T., Tran, M., Safren, S. A., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (2004). CBT for vietnamese refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress, 17* (5), 429-433.
- Hoffart, A., Økstedalen, 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.
- 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.
- 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.
- Irvine, J., Firestone, J., Ong, L., Cribbie, R., Dorian, P., Harris, L., et al. (2011). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy tailored to psychological adaptation to an implantable cardioverter Defibrillator. *Psychosomatic Medicine, 73* (3), 226-233.
- 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.
- Jones, E., & Wessely, S. (2006). Psychological trauma: A historical perspective. *Psychiatry, 5* (7), 217-220.

- Kaufman, J., & Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 12*, 69-76.
- 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.
- Krakov, B., Holifield, M., Schrader, R., Koss, M., Tandberg, D., Lauriello, J., et al. (2000). A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: A preliminary report. *Journal of Traumatic Stress, 13* (4), 589-609.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., et al. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72* (1), 3-18.
- 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.
- 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.
- Lew, H. L., Otis, J. D., Tun, C., Kerns, R. D., Clark, M. E., & Cifu, D. X. (2009). Prevalence of chronic pain, posttraumatic stress disorder, and persistent postconcussive symptoms in OIF / OEF veterans: Poly trauma clinical triad. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 46*, 697-702.
- Livanou, M., Basoglu, M., Marks, I. M., De Silva, P., Noshirvani, H., Lovell, K., et al. (2002). Beliefs, sense of control and treatment outcome in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 32*, 157-165.
- 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.
- Margolies, S. O., Raybarczyk, B., Vrana, S. R., Leszczyszyn, D. J., & Lynch, J. (2013). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for insomnia and nightmares in Afghanistan and Iraq veterans with PTSD. *Journal of Clinical Psychology, 69* (10), 1026-1042.
- 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.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Muesser, K., et al. (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.
- McHugh, P. R., & Treisman, G. (2007). PTSD: A problematic diagnostic category. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 211-222.

- Miller, M. W., Wolf, E. J., Kilpatrick, D., Resnick, H., Marx, B. P., Holowka, W., et al. (2013). The prevalence and latent structure of proposed DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. national and veteran samples. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5 (6), 501-512.
- 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.
- Moser, J. S., Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2010). Evidence for poorer outcome in patients with severe negative trauma-related cognitions receiving prolonged exposure plus cognitive restructuring. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198 (1), 72-75.
- Munder, T., Flückiger, C., Gerger, H., Wampold, B. E., & Barth, J. (2012). Is the allegiance effect an epiphenomenon of true efficacy differences between treatments? A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59 (4), 631-637.
- Nacash, N., Foa, E. B., Huppert, J. D., Tzur, D., Fostick, L., Dinstein, Y., et al. (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.
- 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., 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., 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. (2010). 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.

- Otis, J. D., Gregor, K., Hardway, C., Morrison, J., Scioli, E., & Sanderson, K. (2010). An examination of the co-morbidity between chronic pain and posttraumatic stress disorder on U.S. veterans. *Psychological Services, 7* (3), 126-135.
- 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.
- Perkonigg, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*, 46-59.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., et al. (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.
- Powers, P. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 30*, 635-641.
- Ready, D. J., Gerardi, R. J., Bakscheider, A. G., Mascaro, N., & Rothbaum, B. O. (2010). Comparing virtual reality exposure therapy to present-centered therapy with 11 U.S. Vietnam veterans with PTSD. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 13* (1), 49-54.
- 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.
- Robin, R. W., Chester, B., Rasmussen, J. K., Jaranson, J. M., & Goldman, D. (1997). Prevalence and characteristics of trauma and posttraumatic stress disorder in a southwestern American Indian community. *American Journal of Psychiatry, 154* (11), 1582.
- 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.
- Salcioglu, E., & Basoglu, M. (2013). Current state of the art in treatment of posttraumatic stress disorder. F. Durbano (Dü.) içinde, *New Insights into Anxiety Disorders*.
- Salcioglu, E., Basoglu, 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.

- 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.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, T. M., Chow, B. K., et al. (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., et al. (2003). Randomized trial of trauma focused group therapy for post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*, 481-489.
- Shalev, Y. A., & Freedman, S. (2005). PTSD following terrorist attacks: A prospective evaluation. *American Journal of Psychiatry, 162* (6), 1188.
- Sherman, J. F. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress, 11* (3), 413-435.
- 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.
- 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.
- Spitzer, R. L., First, M. B., & Wakefield, J. C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 233-241.
- 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.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., et al. (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.
- Torchalla, I., Strehlau, V., Li, K., Linden, I. A., Noel, F., & Krausz, M. (2013). Posttraumatic stress disorder and substance use disorder comorbidity in homeless adults: Prevalence, correlates, and sex differences. *Psychology of Addictive Behaviors* .
- 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.

Van Minnen, A., Hendriks, L., & Olf, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 312-320.

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.

Wagner, A. W., Zatzick, D. F., Ghesquiere, A., & Jurkovich, G. J. (2007). Behavioral activation as an early intervention for post-traumatic stress disorder and depression among physically injured trauma survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 341-349.

EKLER

EK 1: Tablo A1.Meta-analize dahil edilen araştırmalarda kullanılan TSSB ölçeklerinin orijinal isimleri, türkçe çevirileri ve kısaltmaları

Kullanılan TSSB Ölçeğinin Orijinal Adı	Ölçeğın Türkçe Adı	Ölçeğın Kısaltması
Ptsd Symptom Scale Self Report (Foa, 1993)	TSSB belirtileri öz-bildirim ölçeği	PSS-SR
Civillian Mississipi Scale for PTSD (Keane ve ark, 1988)	Siviller için Mississipi TSSB Ölçeği	CMS
Impact of Event Scale (Horowitz ve ark, 1979)	Olayın Etkisi Ölçeği	IES
PTSD Interview (Watson ve ark, 1991)	TSSB Mülakatı	PTSD-I
Clinician Administered PTSD Scale (Blake ve ark, 1996)	Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği	CAPS
Traumatic Stress Symptom Checklist (Başoğlu ve ark, 2001)	Travmatik Stres Belirtileri Kontrol Listesi	TSSC
PTSD Checklist (Wheathers ve ark, 1991)	TSSB Kontrol Listesi	PCL
Modified PTSD Symptom Scale (Falsetti ve ark, 1993)	Muaddel TSSB Belirtileri Ölçeği	MPSS
Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale (Foa ve ark, 1997)	Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	PDS
Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale-Interview (Foa, 1995)	Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Mülakat Versiyonu	PDS-I
PTSD Symptom Scale- Interview (Foa, 1993)	TSSB Belirtileri Ölçeği Mülakat Versiyonu	PSS-I
Harvard Trauma Questionnaire (Mollica ve ark, 1992)	Harvard Travma Anketi	HTQ
Self Inventory for PTSD (Hovens ve ark, 2001)	TSSB için Öz-bildirim envanteri	SIFP
PTSD Subscale of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Keane ve ark, 1984)	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri TSSB Alt Ölçeği	MMPI-PTSD
Distressing Event Questionnaire (Kubany ve ark, 2000)	Üzücü Olaylar Anketi	DEQ
Composite International Diagnostic Interview (Dünya Sağlık Örgütü, 1997)	Uluslar Arası Birleşik Tanı Mülakatı	CIDI
Structured Interview of PTSD (Davidson ve ark, 1989)	TSSB için Yapılandırılmış Mülakat	SI-PTSD
Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (Spitzer ve ark, 1996)	DSM-IV 1. Eksen Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Mülakat	SCID

ÖZGEÇMİŞ

Deniz KARASAPAN

1987 Eskişehir doğumlu. İlk ve orta öğrenimini Eskişehir’de tamamladı. 2010 yılında Boğaziçi Üniversitesi psikoloji bölümünden mezun oldu. 2011-2013 yılları arasında Kemerburgaz Ağaalı Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi’nde istismar mağduru ve/veya suça sürüklenmiş, yoğun davranış problemleri olan, 13-18 yaş grubu kız çocukları ile çalıştı. 2013 yılının eylül ayından bu yana Kadına Yönelik Şiddet Tanı ve Rehabilitasyon Merkezi’nde, şiddet mağduru kadınlarla çalışmaktadır.