

Kronik Ağrı Tedavisinde Güncel Bir Psikoterapotik Yaklaşım: Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in Treatment of Chronic Pain as a Contemporary Psychotherapeutic Approach

Dilek Gürel¹

¹Uz.Psk., S.B. Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi FTR Kliniği, Ankara

ÖZET

Klinik psikoloji alanında ağrıya ilişkin çalışmalar son yıllarda gittikçe artmaktadır. Önceleri kronik ağrının psikolojik boyutlarına yönelik model oluşturmaya ağırlık verilirken daha sonraları tedaviye yönelik psikoterapotik yaklaşımların geliştirilmesine odaklanılmıştır. 1987 yılında Klinik Psikolog olan Francine SHAPIRO, istemli ve sistematik olarak yapılan göz hareketlerinin, olumsuz ve rahatsız edici düşüncelerin yoğunluğunu azalttığı tezinde hareketle Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma-Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) tekniğini geliştirmiştir. İki yıl boyunca etkinliğini araştırmak üzere çalışmalar yapmıştır. EMDR ilk olarak, savaş stresi, taciz, doğal afetler veya çocukluk döneminde yaşanan üzücü olaylar gibi rahatsız edici yaşam deneyimlerinin neden olduğu duygusal sorunların iyileştirilmesinde kullanılmıştır. Daha sonraları fobi, performans kaygısı, panik bozukluk, beden algısı bozukluğu, çocuklardaki travma belirtileri, yas, dermatolojik bozukluklar, fantom organ ağrısı ve en son olarak da kronik ağrı tedavisinde kullanılmış oldukça çarpıcı sonuçlar elde edilmiştir. Aşağıdaki yazıda ülkemizde henüz yeni yeni yaygınlaşan bu tekniğin tedavi rasyoneli ve uygulaması hakkında kısa bir bilgi sunulmaktadır. Özünü bilgi işleme yaklaşımlarından ve davranışın nöropsikolojik temellerinden alan EMDR Tekniğinin kronik ağrıyı açıklanma biçiminin zenginliği yanı sıra tedavideki sıra dışı başarısının önümüzdeki yıllarda psikoterapi alanında daha çok ilgi yaratacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kronik ağrı, EMDR, ağrıda psikoterapi.

SUMMARY

Psychological treatment studies in pain disorders have greatly increased in recent years. The focus was first on the development of theories and models related to chronic pain. However, main focus has been on the development of therapeutic approaches which are effective in the treatment of chronic pain. In 1987, Clinical Psychologist Francine Shapiro developed the novel Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) technique based on the idea that voluntary and systematic eye movements could effectively decrease the intensity of negative and disturbing thoughts and has since then been undertaking research on the topic. EMDR was first used in post-traumatic stress disorders as a result of wars, rape, earthquake and childhood abuse to deal with the emotional disturbances of problematic life experiences. It later started to encompass phobias, performance anxiety, panic attacks, body-image disorders, trauma symptoms in children bereavement, skin diseases, phantom limb pains and lastly chronic pain treatment with striking results. This paper consists of brief information on the underlying principles and application procedures of EMDR. This technique is mainly based on both information processing and neuropsychological approaches. EMDR has comprehensive approaches to explain the reasons for chronic pain. It seems most likely that the technique will prove widespread to be of great interest within the area of psychotherapies.

Key Words: Chronic pain, EMDR, pain psychotherapy.

(*Klinik Psikiyatri 2010;13:36-41*)

GİRİŞ

Ağrı; hiç kuşkusuz insanın çok yakından tanıdığı oldukça rahatsız edici yaşantı süreçlerinden biridir. Ağrının çeşitli yönlerini kapsayacak bir tanım şöyle yapılabilir: "Ağrı, vücut dokusuna zarar verici veya verme kapasitesine sahip olan süreçlerce ortaya çıkarılan, vücudun belli bir bölgesinden geliyor olarak idrak edilen hoş olmayan bir duysal ve duysal yaşantıdır.

Ağrı ile ilgili yayınlara bakıldığında ağrı genel olarak; akut ağrı, sürekli ağrı ve kronik ağrı olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Akut ağrıda kişi, belirgin bir huzursuzluk içindedir, tipik olarak sempatik sinir sistemi aşırı uyarılmıştır. Kronik ağrı ise 6 aydan fazla devam eden ağrıdır ve akut ağrıdan görülen otonomik tepki ortaya çıkmaz. Başlangıçtaki nosiseptif ağrı uyarımı kaybolmuştur veya mevcut devam eden ağrıyı açıklayabilecek şiddet ve nitelikte değildir. DSM-IV tanı ve sınıflandırma kitabına göre; en az altı ay süreli olup, bunu açıklayacak fiziksel bir nedenin olmaması veya varsa bile yanıtın aşırı olması ve majör yakınmanın ağrı olduğu durumlarda bu tanı konur (Yüksel 1995).

Kronik ağrı; ciddi fiziksel ve psikolojik etkiler yapar. Ağrı uzadıkça, hormonal ve metabolik fonksiyonlarda bozulmaya neden olup bağışıklık sisteminin baskılanmasına yol açar, ileri dönemde fiziksel hasar yaratır, depresyon, aile ve evlilik problemlerine hatta intiharlara bile yol açmaktadır. Bir araştırmacı (Hitchcock 1994), kronik ağrı hastalarının %50 sinden fazlasında intihar eğilimi olduğunu belirlemiştir. Yine yapılan başka çalışmalarda (Bolund 1985, Fox 1982, Fishbain 1990, Marzuk 1994), kronik ağrılı hastaların genel popülasyona göre 2 ila 10 kat daha fazla intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir (Grant 1998).

Ağrı probleminin aynı zamanda dünyada her yıl 700 milyon iş günü kaybı ve 60 milyar dolar maddi zarara yol açtığı bildirilmektedir (Özkan 1993).

Ağrının eski kavramsallaştırmaları "Beden-Zihin" ikilemine daha çok "Bedene" veya "Beden dışı" (sosyal stresler, zorlanmalar, hatta daha eski çağlara gidildiğinde tanrının verdiği bir ceza) gibi açıklamalar üzerine oturtulmaya çalışılmıştır.

Ağrının yıllar boyu hep fiziksel bir işaret olduğu fikri yüzünden ağrıya hep medikal bir problem

gözüyle bakılmış, bu nedenle ağrıyı tedavi etmek için fiziksel nedenleri bulma ve bunları tedavi etmeye gayret edilmiştir. Ancak ağrıya yol açacak fiziksel bir nedenin bulunamaması tüm tedavilere rağmen iyileşmeyen hastanın suçlanabilmesine yol açmıştır.

Melzack ve ark. 1965 yılında "Kapı-Kontrol Kuramını" ortaya attıklarında ağrı süreçlerinde psikolojik faktörlerinde rolünün olduğunun kabul edilmesini sağlamışlardır. Bu model kısaca; omurilikteki sinir hücrelerinin bir kapı gibi görev yaparak perifer sinirlerden beyne gelen sinir uyarılarının akışını düzenlediğini varsaymakta, ağrı ile ilgili mesaj belirli bir hızda erişip bu eşikten geçtiğinde ağrıdan sorumlu olan kortikal bölgenin ağrıyı algılayıp yanıt verdiğini ileri sürmektedir. Ağrı algısına somatik mesajların da, biliş, duygu ve davranış faktörlerinden etkilendiğini vurgulamaktadır.

Curro 1980 yılında ağrıyı; duysal (sensory) ve duysal (emosyonel) olmak üzere ikiye ayırmıştır. Duyumsal boyutu da kendi içinde motivasyonel, bilişsel, duygusal ve ayırt edici olmak üzere dört bileşene ayırmıştır. Motivasyonel yön; ağrıdan kaçma ve kaçınma isteği, Bilişsel yön; kişinin belleğinde önceden yaşamış olduğu ağrı deneyimleri, Duyusal yön; ağrıya eşlik eden korku kaygı stresi, ayırt edici Yön: periferik sinir sisteminin zararlı uyaranlara tepkisini içerir (Grant 1998).

Psikoloji alanının ağrıya ilişkin çalışmaları son 20 yıldan beri gittikçe artmaktadır. Bu çalışmalar ilk önceleri ağrıya ilişkin kuramların oluşturulmasına yönelik iken gittikçe daha etkili tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine ağırlık verilmektedir.

Psikolojide ağrıyı açıklayan kuramlardan belli başlıları; psikoanalitik kuram, kapı kontrol kuramı, Operant ağrı modeli, koşullanmış korku -ağrı modeli, psikofizyolojik model, bilişsel - davranışçı model. Bu yaklaşımlar aynı zamanda kendi tedavi modellerini de oluşturmuşlardır (Okyayuz 1999).

Kronik Ağrı Tedavisinde en yeni ve güncel olan tedavi tekniği teorisini "Bilgi-İşleme" yaklaşımından alan Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma- Eye Movement Desensitization and Repocessing (EMDR) tekniğidir.

1987 de Francine SHAPRO, istemli ve sistematik

olarak yapılan göz hareketlerinin, olumsuz ve rahatsız edici düşüncelerin yoğunluğunu azalttığını keşfetmiştir. Bunun üzerine Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma-Eye Movement Desensitization and Repocessing (EMDR) tekniğini geliştirmiş ve iki yıl boyunca etkinliğini araştırmaya yönelik çalışmalar yapmıştır.

Tedavi rasyoneli kısaca, travmatik bir olay olduğunda bilgi işleme için gerekli olan uyarıcı/engelleyici (excitatory/inhibitory) dengenin zarar gördüğü saptamasına dayanmaktadır. Travma, beynin belirli bir yerinin fazla uyarımına ve nöron patolojisine neden olur. Bu patoloji, bilgiyi kaygı uyandıran bir formda dondurur ki, bu formda orijinal görüntü kişinin kendini olumsuz değerlendirmesi ve olayın etkisi tam olarak mevcuttur. Bilgi, uyarlanmış bir sonuç şeklinde işlenemez. Bu durumda bilgi "zoraki düşünceler, geçmişi yeniden yaşayışlar ve kabuslar" şeklinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gibi patolojilerde belirmeye devam eder. Kısaca olumsuz yaşam deneyimleri ya da travmalar beynin fiziksel bilgi işleme sisteminin dengesini bozmakta bu durumda olumsuz yaşantıyla ilgili algılar duygular, inanışlar ve anlamlar sinir sisteminin sürekli uyarılmasına sebep olmaktadır (Sapiro 1995).

İşte bu noktada yaptırılan göz hareketleri uyarıcı/engelleyici dengeyi yeniden kurup "donmuş" bilginin duyarsızlaştırılmasını sağlayarak bilgi işlemeyi ve uyarlanmış bir bütünleşmeyi sağlamaktadır. Tam bilgi işleme, olumsuz etkinin nötür lenerek travmatik imgenin difüzyonu ve olumlu düşüncenin yeniden kurulması sayesinde gerçekleşir. Bu yüzden bireyin EMDR seansına alınabilmesi için anının resimli bir imgesini oluşturabilmesi, kendine ait olumsuz ifade ya da düşüncesi ve duygusal tepkisini gösterebiliyor olması gereklidir.

EMDR tekniği ile travmatik bir anının 3 oturumda işlenmesinin mümkün olduğu ve 3 oturum sonunda bireylerde artık TSSB denebilecek semptomların %95'inin ortadan kalktığı bildirilmektedir. Pek çok olguda üç oturumdan önce ilk veya ikinci oturumda belirtilerin büyük bir yüzdesinin ortadan kalkmakta olduğu bildirilmiştir. EMDR tekniğinin hızlı işleyişini açıklamaya yönelik ABD ve Hollanda'da yapılan araştırmalar sırasında EMDR'deki göz

hareketlerinin uykunun REM dönemindeki göz hareketlerine denk düştüğü ve sağa sola eşit göz gidişlerinin hemisferlerde ve özellikle korpus kallosumda uyarılma meydana getirdiği belirlenmiştir (Van Der Kolk 1994).

KRONİK AĞRIDA EMDR TEDAVİSİ

EMDR yaklaşımına göre; kronik ağrı, daha önceden yaşanmış ağrı atakları tarafından oluşturulmuş bir tür travmatik yaşantıdır. Tekrarlayan ağrı, korku ve koşullandırılmış korku tepkilerinin uyarılmasına yol açar. Ağrı ile ilgili olumsuz duygulanımlar (anılar) birkaç yolla öğrenilmiştir. İncinme ağrıya neden olur bu olumsuz duygularla eşleştirilir. Sonraki ağrı epizodları çözümlenmemiş bu duygular için bir ipucu olur. Somatosensoriyel talamustaki bu uyarımlar daha önceki ağrı yaşantısındaki güçlü duyguların yeniden ortaya çıkarılmasına yol açar. Travmatik durumlar, medikal işlemler-aksilikler, ağrı ile ilişkili diğer emosyonel anıların kaynağını oluşturabilir. Tekrarlanan ağrı epizodları, ağrı epizodlarına karşı korku koşullaması yaratabilir. Sadece tek bir travmatik olay bir koşullandırılmış uyarıcı haline gelir. Ağrı epizodu da koşullandırılmış bir uyarıcıdır. Bireylerde, ağrının verdiği rahatsızlık anksiyete ile birleştirilerek koşullandırılmış tepkilerin hissedilmesi ve yakınmayı ortaya çıkarır. Buna ek olarak; ağrı travmayı yaratan olumsuz duygu ve düşüncelerle eşleşerek ağrılı yaşantı deneyimleri haline dönüşür (Grant 1998).

Zamanla ağrının yol açtığı duygusal rahatsızlık ağrının sürmesiyle artar bunun sonucunda tıbbi bir durum psikolojik bir problemin gelişmesine sebep olur. Ağrı öğrenilmiş emosyonel bir deneyimdir. Bu yüzden ağrının değerlendirilmesinde psikolojik bileşenler göz ardı edilemez.

Yukarıda daha önce de belirtildiği gibi travmanın temel klinik özelliklerinden olan aşırı uyarılmışlık, sürekli kaygı, sinirlilik, travmayı/ağrıyı tetikleyen her şeyden kaçınma, duygu kısırlığı, aktivite ve ilgilerde azalma kronik ağrılı hastalar da sık rastladığımız bir örüntüdür. Kronik ağrıda da tıpkı travmada olduğu gibi birey ilkin yaşadığı ağrı deneyimine kendinde önceden var olan şemalar/açıklama biçimleri doğrultusunda yaklaşır, ancak ağrı ne yaparsa yapsın bir türlü başa çıkılamaz bir

olguya dönüşmüşse kişi, tıpkı TSSB'de olduğu gibi yaşamakta olduğu bu durumu bir türlü bilişsel yapılarıyla açıklayamaz ve bilgi işleme sistemi bozulur. Kronik ağrıda da yine travmada olduğu gibi ağrının şiddetinden çok kişinin buna yüklediği anlam-açıklama biçimi ve bireyin başa çıkma tarzları da terapi de önemle üzerinde durulan noktalardır (Gürel 2004).

EMDR tekniği, gerek ağrı anılarına-imgelerine ulaşmak için gerekse sonrasında onu işleme-duyarsızlaştırma-yeniden yapılandırma için kullanılan teknikler ve olaya yaklaşım açısından geleneksel terapi tekniklerinden belirgin derecede farklıdır. Terapi öncesi öykü alma aşamasında hastaya " Ağrı yaşantısı sırasında ve hemen sonrasında hissettiklerin nelerdi?, Bu olayın / ağrı durumunun başına gelme nedeniyle ilgili ilk kez ne zaman neler düşündün?, Ağrı olduğundan beri seni korkutan şeyler nelerdir?, Ağrılı olmadan önce neler yapardın, bu yaşantıyı nasıl değiştirdi?" gibi sorularla hastanın daha iyi analiz edilmesini aynı zamanda hastanın daha önce belki hiç anlatmadıklarını açıklayarak rahatlamasını sağlamak açısından önemlidir (Gürel 2004) .

EMDR terapistleri psikoterapiyi "Duygusal bir eğitim", "Kişilerin neokortekslerini yeni öğrenmeler yolu ile değiştirerek amgdalalarını sınırlandırmayı öğrenmesi" olarak tanımlarlar (Grant 1998).

EMDR'nin terapotik komponentleri kısaca şu başlıklar altında toplanabilir:

Farklı bir etki yaparak nöral açılımı sağlamak,

Çift yönlü uyarım (Görsel-işitsel-dokunma),

Maruz bırakma/duyarsızlaştırma,

Terapistin yardımıyla rahatsızlık veren durumu işleme,

Olumlu ve olumsuz bilişlere dikkati yönelterek kendini gözleme,

Olumlu emosyonel değişimle birlikte uyuma yönelik bilişleri bağdaştırma (Shapiro 1995),

Yukarıda sayılan bu terapotik komponentler 6 basamaklı bir seans sürecinde gerçekleştirilir.

Bu basamakları da kısaca şu şekilde özetleyebiliriz;

Tarihçe: Bu basamak hastadan çok iyi bir öykü

almayla başlar. Ağrı hikayesi, ağrının başlangıcı, seyri, süresi, tetikleyicileri, nelerin ağrıyı arttırdığı vb. ailevi durumu, yaşam destekleri, başka sağlık problemleri ve ya kaza öyküsünün olup olmadığı. Tanı; hastanın tıbbi tanısına yönelik duygu ve inançları, hastanın tanıyı anlaması- kabul düzeyi. Tedavi ve sonuçlar hastanın varsa kendisine uygulanan daha önceki tedavilerin sorgulanması bireyin tedaviye ilişkin beklenti ve ihtiyaçlarının belirlenmesi ve medikasyon; verilen ilaçların doğru-yerli-düzenli kullanılıp kullanılmadığı, sonuçları.

Değerlendirme: Ağrı düzeyi; Ağrının düzeyi EMDR' de kişisel rahatsızlık derecesi (Subjective Units of Discomfort-SUD) olarak adlandırılan 0-10 arası bir ölçekle değerlendirilir. Bu tamamen kişinin subjektif gözleminin ifadesidir. Bu aşamada SUD düzeyinin belirlenmesi yanı sıra hastanın ağrısına katkıda bulunan ve ya ondan daha ağır basan başka problemlerinin olup olmadığını da değerlendirilir. Eğer başka problemleri de varsa bu problemleri ile nasıl başa çıktığı, duyguları ile ne kadar ilgili olduğu da değerlendirilir.

Hazırlama: Hazırlama aşamasında hastaya tedavi rasyoneli (ağrının zihindeki bilgilerin duygu ve düşüncelerin bloke olmasından kaynaklandığı çift yönlü uyarımla bu blokajların çözümlenerek ağrıya ilişkin bilgilerin, duygu-düşüncelerin yeniden işlenebileceği) anlatılır ve çift yönlü uyarımın işleyiş mekanizması hakkında bilgi verilir, Hastadan ağrısı hakkında tüm detaylara dikkat etmesini örneğin ağrısının bir rengi olsaydı nasıl olurdu? Şekli olsaydı nasıl olurdu? Büyüklüğü, kokusu, ısısı var mı? gibi sorular yardımıyla ağrısının bir şeklini çizmesini istiyoruz. Ardından hastadan ağrının kendi yaşamı ve kişiliği üzerindeki etkisine verdiği anlamı ortaya koymaya yönelik bir tane olumlu bir tane olumsuz inanç cümlesi oluşturmasını istiyoruz. Hastalar; "asla iyileşmeyeceğim, yetersizim, çaresizim, güçsüzüm, işe yaramaz biriyim... gibi olumsuz inançlar ya da, "elimden gelenin en iyisini yaptım, iyiyim, değerliyim, kontrol elimde, güçlüyüm, bende bir kusur yok, iyileşmek için vücuduma yardım edebilirim gibi olumlu inançlar oluşturabiliyorlar. EMDR de seans içerisinde takip olanağı sağlayan bir diğer kriter olumlu inanca verilen değerdir. Buna Bilişin geçerliliği (Validity Of Cognition-VOC) adı verilir

ve 1-7 arasında değişimlenir. Yine bu aşamada hasta ile terapi anında kendisini kötü hissettiğinde, kendisini imgelemde güvende hissedeceği bir yer belirliyoruz. EMDR de buna kısaca "güvenli yer" adı verilmektedir.

Duyarsızlaştırma: Hazırlama aşamasında tedavi hedefleri oluşturulmuş, ağrının verdiği rahatsızlığın düzeyi (SUD), olumlu- olumsuz inancı belirlenmiş, olumlu bilişe duyulan inanç (VOC) değerlendirilmiş, ve ağrı şekli çizilmiş hastayla artık çift yönlü uyarıma başlanabilir. Bu aşamada terapistin en önemli görevi; çift yönlü uyarım sırasında hastanın ağrılarına mümkün olduğunca odaklanmasını sağlamak, uyarımı kestiğinde, ağrısındaki değişimleri gözlemleyip sözelleştirmesine yardımcı olmaktır. Hastaya bu yolla, fiziksel rahatsızlık hissini yerini yavaş yavaş rahatlığa bırakacağı bildirilir. Bu açıklamaya hastanın inanması yardımcıdır ancak gerekli değildir. Önemli olan hastanın, çift yönlü uyarımı her verip kesmemizin ardından ağrı tepkilerinin değişimini tekrar tekrar tarayabilmesi ve bunları her sorduğumuzda ifade edebilmesidir. Ağrı değişmeye başladığında hasta dikkatini daha iyi vermeye başlar ve bu aşamada hastadan sadece değişimlere odaklanması istenir. Bu süreç hastayı yavaş yavaş "iyileştirici imgeleme" (antidote imagery) götürür. Terapist, hastanın ifadelerini, imgelerini, yeniden yorumlayıp kısaltarak hastanın işlenmesini kolaylaştırır. Çift yönlü uyarı bu şekilde uygun anlarda kesip, devam ettirme yolu ile ağrının tekrar tekrar işlenmesi sağlanır. Kestiğimiz aralarda hastadan, "Başlangıçta oluşturulmuş olan çizimde herhangi bir değişim oluşup oluşmadığı", sorularak eğer bir değişim oluşmuşsa, bu oluşan değişimi de tekrar tekrar çizmesi istenir. Çizimlerin başlangıçta, koyu renkli, sert hatlı veya ebat olarak büyük vs. çizildiği görülürken çift yönlü uyarımı her verme-kesme işleminin ardından hasta tarafından çizilen değişimin gittikçe ağrının başlangıçtaki şeklinden farklılaşmaya (hatlarının yumuşamaya, renklerinin solmaya, şeklinin küçülmeye başladığını vb) gözlemleriz. Bununla birlikte hastanın ilginç bir biçimde ağrısının da yerinde olmadığını fark etmeye başladığı bir sürece girilir. Bu sırada terapist; "Şimdi tüm dikkatini ver, ağrının olduğu yerde şimdi ne var? Ağrının yerini ne aldı?" diye sorar. Hastalar bu soruya sık olarak ; "daha yumuşama, küçülme, daha rahatlama vb."

yanıtlar verirler. Terapist, bu kez; "Bu sana neyi hatırlatıyor, ne hissettiriyor?" diye sorar. Bu soruya ek olarak, "Bu ağrıyı yaratan yarayı iyileştirecek bir şey hayal edin" diyerek tekrar çift yönlü uyarım verir. Bu süreçlerin tümünde hastanın içsel kaynaklar kullanılır ve tüm eleştirel yönlerden uzak özgürce imgelem oluşturmasını cesaretlendirilir.

Kısaca, duyarsızlaştırma aşamasında yapılan; hastadan, travmatik anı (anksiyete uyarı) ile olumsuz inancını aynı anda aklında tutması ve bu şekilde göz hareketlerine devam etmesini sağlamaktır. Bu işlem hasta, buna ilişkin tüm anı ağrılarını işleyip bitirene kadar devam eder, her anı ağrının sonuna geldiğinde baştaki kötü anıya ve olumsuz inanca geri döndürülür, ta ki bunun etkisi ortadan kalkıp rahatsızlık düzeyi (SUD) sıfıra inene kadar. Bilişsel-davranışçı terapideki "yaşayarak üstüne gitme (in vivo exposure)" tekniğinde olduğu gibi hastanın, anksiyete uyarılarıyla imgesel olarak, tekrar tekrar karşılaştırılıp anksiyetesinin giderek azalması ve sönmesi amaçlanır. Terapistin, hastayı olayın her parçası ile ilişki kurmaya cesaretlendirdiği duyarsızlaştırma aşaması ile "yaşayarak üstüne gitme" tekniğinin birbirine oldukça benzer olduğu düşünülmektedir (Gürel 2001).

Son yıllarda bilişsel-davranışçı terapilerin etkinliğine yönelik çalışmalarda, yaşayarak üstüne gitme tekniğinin oldukça etkili olduğuna dair bulgulara sıkça rastlanmaktadır.

Yerleştirme: Tekrarlı uyarımların sonunda hasta, yarayı iyileştirecek, ağrıyı dindirecek bir imaja eriştiğinde "Tamam çok güzel şimdi bunu aklında tut" diyerek tekrar çift yönlü uyarım sürdürülür bu, iyileştirici düşüncenin güçlenerek daha da yerleşmesini sağlar. Hastalar, ağrı ile umdukları biçimde baş ettiklerine emin oldukları zaman terapistin yavaş yavaş sonuna gelinir.

Bütünleştirme: Bu aşamada artık seanslar boyunca elde edilen değişimler, iyileşmeye yönelik tüm olumlu kazanımlar bütünleştirilir. Gerçekçi beklentiler oluşturulur, olumlu değişimler pekiştirilir, farkındalığın artması sağlanır, tepkiler normalize edilir, hastanın ağrıyı geçirmeye yönelik bilgileri pekiştirilir, ikincil problemler ele alınır ve terapi sonlandırılır(Grant 1998).

SONUÇ

EMDR seanslarının sonunda hastalar, çok az miktarda bir ağrısı kalsa bile bununla yaşamını etkin bir biçimde sürdürebileceğinden emindir. Korkmadan ve kaygıya kapılmadan ağrıyla baş etmeyi öğrenmiştir. Hasta için ağrı artık; "Sadece bir yaşantı-deneyim" anlamına dönüşmüştür, ağrı ile yaşa-

manın gizli tuzaklarla dolu uzun bir yolda seyahate çıkmak gibi bir şey olduğunu kavrar (Grant 1998).

Yazışma adresi: Uz.Psk. Dilek Gürel, SB. Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi FTR Kliniği, Cebeci, Ankara, dilgurel2000@yahoo.com

KAYNAKLAR

Gürel D (2004) Tıbbi Tedaviye Karşı Olumsuz Tutum Gösteren Fiziksel ve Ruhsal Travmalı Bir Hastanın İki Seanslık Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma Tekniği ile iyileşme Süreci: Olgu Sunumu. Türkiye Klinikleri, 24(6):689-696.

Gürel D (2001) Obsesif kompulsif bozukluğu olan bir hastanın Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma (EMDR) tekniği ile iyileşme süreci. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 9(3):389-402.

Grant M (1998) Pain Control with Eye Movement Desensitization and Reprocessing, 33-66.

Okyayuz HÜ (1999) Sağlık Psikolojisi. TPD yay. s.161-187.

Özkan S (1993) Psikiyatrik Tıp. İ.Ü yay. s.117-134.

Shapiro F (1995) Eye Movement Desensitization and Reprocessing. The Guilford pres. s.13-27.

Van Der Kolk (1994) The body keeps the score: Memory and evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard Review of Psychiatry, 1: 253-265.

Yüksel N (1995) Ruhsal Hastalıklar. Hatipoğlu yay. 285-289.