



## DERMATOLOJİK BOZUKLUKLARIN TEDAVİSİNDE GÖZ HAREKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEMENİN (EMDR) KULLANIMI

Hilal Nur KAÇMAZ<sup>1</sup> Melike İLERİSOY<sup>2</sup>

### ÖZ

Stres ve kaygı benzeri yaşantıların dermatolojik bozuklukların etiyolojisinde yer alan önemli faktörler olması nedeniyle bu rahatsızlıkların tedavisinde psikoterapötik müdahalelerin kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Bu çalışmada EMDR yöntemi ile ele alınan deri yolma bozukluğuna ilişkin bir olgu sunumuna yer verilmiştir. Danışanın karşı koyamadığı deri yolma isteğinden dolayı yüz bölgesinde bulunan sivilceleri kaşınması, kaşıma sonrası oluşan yara ve morluklar sebebiyle danışmaya gelmesi üzerine sorun, EMDR odaklı dört oturum ve bir kontrol seansı olmak üzere toplam beş seansta ele alınmıştır. Her seansa ilişkin danışanın geribildirimleri ve kontrol seansındaki izleme bulguları çerçevesinde EMDR'nin danışanın deri yolma davranışının azalması ve kontrol altına alınmasında etkili olduğu, genel iyilik halinin artmasına yardımcı olduğu görülmüştür. Psikodermatolojik bir hastalık olan deri yolma bozukluğunun olası ruhsal faktörler açısından ele alınarak EMDR tekniğinin uygulandığı bir olgu çerçevesinde değerlendirilmesini amaçlayan bu çalışmanın multidisipliner tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi bağlamında ilgili alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

*Anahtar Kelimeler:* EMDR, dermatolojik bozukluklar, deri yolma, psikoterapi, olgu sunumu

## USE OF EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) IN THE TREATMENT OF DERMATOLOGICAL DISORDERS

### ABSTRACT

Since stress and anxiety-like experiences are important factors in the etiology of dermatological disorders, the use of psychotherapeutic interventions in the treatment of these disorders is becoming increasingly common. In this study, a case report regarding skin picking disorder addressed with the EMDR method is included. The problem was addressed in a total of five sessions, including four EMDR-focused sessions and one control session, when the client came to counseling due to scratching the acne on the face due to the irresistible desire to pick the skin and the wounds and bruises that occurred after scratching. Within the framework of the client's feedback regarding each session and the monitoring findings in the control session, it has been observed that EMDR is effective in reducing and controlling the client's skin picking behavior and helps increase general well-being. It is thought that this study, which aims to evaluate skin picking disorder, which is a psychodermatological disease, in terms of possible psychological factors and within the framework of a case to which the EMDR technique is applied, will contribute to the relevant field in the context of the development of multidisciplinary treatment methods.

*Keywords:* EMDR, dermatological disorders, skin picking, psychotherapy, case report

<sup>1</sup> Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, [h.nurkacmaz@gmail.com](mailto:h.nurkacmaz@gmail.com), ORCID: 0009-0002-1548-5162

<sup>2</sup> Dr. Öğretim Görevlisi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, [milerisoy@ticaret.edu.tr](mailto:milerisoy@ticaret.edu.tr), ORCID: 0000-0001-9466-0410

## **Dermatolojik Bozuklukların Tedavisinde Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşlemenin (EMDR) Kullanımı**

Deri yolma bozukluğu cildin yineleyici şekilde yolunması ve kazınmasıyla karakterize deri dokusunda ciddi hasara neden olabilen kompulsif bir bozukluktur (Aydın ve Gülseren, 2014). Bu davranışın hedefi çoğu olguda normal, sağlıklı cilttir ancak önceden hasar görmüş veya hafif dermatolojik lezyonlara sahip bölgelere yönelik olarak da yolma ve kazıma eylemi gerçekleştirilmektedir (Jafferany ve diğerleri, 2019). Ekskoriasyonların yeri yalnızca yüz bölgesi ile sınırlı olmayıp değişiklik gösterme eğilimindedir. Vücudun kolayca erişilebilen özellikle kollar ve parmaklar gibi diğer bölgelerinde de görülebilen bu bozuklukta hastaların çoğunluğu, cilt dokusundaki akne, kabuklanma ve yara izi kaynaklı irritasyon (tahriş) ve lezyonları gidermek için tekrarlayan, kompulsif dürtüler yaşamaktadır (Lochner ve diğerleri, 2017). Sağlıklı cildi hedef alan bireylerde ise kaşıma ve yolma döngüsü genellikle kaşıntı gibi rahatsızlık verici bir duyumdan sonra başlar. Bu kişiler parmak ve/veya tırnakla deriyi kaşır, bazı kişilerin ise cımbız, iğne veya makas gibi aletleri kullandığı da bilinmektedir. Dolayısıyla hafif yaradan ileri düzey lezyonlara yol açma olasılığı açısından bu bozukluk bireyin ruh sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde işlev bozucu etkiler oluşturabilmektedir.

Deri yüzeyini bozan görünümü sebebiyle dermatolojik hastalıklar bağlamında ele alınan deri yolma bozukluğunda dermatologlar bozukluğun genellikle görünür belirtilerini iyileştirmeye odaklanmaktadır (Koblenzer, 2013). Bu durum altta yatan psikolojik etmenleri gözden kaçırmaya sebep olabilir. Yapılan çalışmalar dermatolojide psikiyatrik komorbiditenin oldukça yaygın olduğunu göstermektedir (Connor ve diğerleri, 2015; Ferreira ve diğerleri, 2016). Gün yüzüne çıkarılmayan psikopatoloji, cilt hastalıklarının klinik seyrini şiddetlendirmekte ve hastanın yaşam kalitesini büyük ölçüde azaltmaktadır. Bu sebeplerden ötürü söz konusu vakalarla çalışan uzmanların ruhsal bir sorunun olabileceği ihtimalini göz önünde bulundurmaları etkili tedavi yöntemlerini sentezleyebilmeleri açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle beden odaklı bozukluklar içerisindeki kayda değer yaygınlığı, psikososyal etkileri ve bozukluğun görece geç tanınması gibi faktörler göz önüne alındığında, bozukluğun tüm yönleriyle incelenmesi, etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada psikodermatolojik bir hastalık olan deri yolma bozukluğunun olası ruhsal faktörler bağlamında ele alınması ve EMDR tekniğinin uygulandığı bir olgu çerçevesinde değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

### **Psikodermatolojik Bir Bozukluk: Deri Yolma**

Deri yolma bozukluğu, ilk olarak İngiliz cerrah ve dermatolog Erasmus Wilson (1875) tarafından bir grup hastanın semptomlarını tanımlamak amacıyla "nörotik ekskoriasyon" olarak on dokuzuncu yüzyılın başlarında tanımlanmıştır. Devam eden yıllarda M.L. Broq, (1889) Byerleşmiş sivilce lezyonlu genç bir kadın hastayı tedavi ederken kendi kendine deri yolma davranışından kaynaklanan deri döküntülerini tanımlamak için "acne excoriee des jeunes filles/genç kızların sivilceleri" terimini kullanmıştır (aktaran Bach, 1993).

Tıbbi literatürde dürtüsel bir bozukluk olarak erken dönemde gözlenmesine ve tanınmasına rağmen, DSM-5'e kadar psikiyatri sınıflandırma sistemlerine dahil edilmeyen deri yolma bozukluğu halihazırda DSM-5 ve OCD-11 tanısal sınıflandırma sistemlerinde "obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmaktadır (American Psychiatric Association, 2022). Araştırmalar, deri yolma bozukluğu, saç koparma bozukluğu (trikotillomani) ve tırnak yeme bozukluğu (onikofaji) gibi odak

noktası beden olan tekrarlayıcı bozuklukların yaygın olduğunu göstermektedir. Sözü edilen bozukluklar içerisinde deri yolma bozukluğu yaygınlık oranlarının klinik dışı örnekleme %60 klinik örnekleme ise %12'ler civarında olduğu bildirilmektedir (Houghton ve diğerleri, 2018). Epidemiyolojiye ilişkin farklı yaygınlık düzeyleri (%1,4, %3,4, %5,4) bildiren diğer çalışmalar bir arada değerlendirildiğinde deri yolma bozukluğunun yaygın bir bozukluk olduğu söylenebilir (Hayes ve diğerleri, 2009; Keuthen ve diğerleri, 2010; Machado ve diğerleri, 2018).

Cinsiyetler arası karşılaştırmaları içeren çalışmalar deri yolma bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan çoğunluğun kadın (%77) olduğunu, beden odaklı bozukluklara ait kriterleri karşılayan çoğunluğun klinik dışı ve klinik örnekleme sırasıyla %24 ve %6 oranlarında yine kadınlar olduğunu göstermektedir (Houghton ve diğerleri, 2018). Kadınların herhangi bir ruh sağlığı sorunu için yardım arama olasılıklarının daha yüksek olması bu farklılığı açıklayan bir durum olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte son yıllarda yürütülen bazı araştırmalar azımsanmayacak oranda bir erkek danışan grubunun da bu bozukluğa sahip olabileceğine işaret etmektedir (Odlaug ve diğerleri, 2013).

Bozukluğun ortalama başlangıç yaşı değişiklik göstermekle birlikte genellikle ergenlik ve yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı bilinmektedir (Ricketts ve diğerleri, 2018). Ayrıca bu bozukluğun sivilce veya egzama gibi tetikleyici bir deri hastalığına sahip kişilerde ortaya çıkma olasılığının daha yüksek olduğu da bildirilmektedir (Koblenzer ve diğerleri, 2013). Deri yolma tüm memelilerde görülebilen evrensel bir davranış olduğundan pek çok kişi yaşamının herhangi bir döneminde deri yolma eylemini gerçekleştirebilmektedir. Daha önce de ifade edildiği gibi deri yolma eylemi dermatolojik bir lezyonun yolunması ya da koparılmasıyla başlamaktadır. Çeşitli duygusal durumlara tepki olarak ortaya çıkabilen bu davranış çoğunlukla stres ve anksiyete yaşantılarıyla ilişkilendirilmektedir (Hayes ve diğerleri, 2009; Odlaug ve diğerleri, 2013). Yolma davranışı kaşınma ya da yanma, kuruluk, ağrı, karıncalanma gibi duymalara yanıt olarak da ortaya çıkabilir (Arnold ve diğerleri, 1998). Bazı olgularda TV izleme, kitap okuma gibi sedanter etkinlikler sırasında atak başlarken, bazılarında ise anksiyete, yorgunluk, iç sıkıntısı ya da kızgınlık hissine yanıt olarak başlayabilmektedir (Aydın ve Gülseren, 2014). Kişi deriyi yolmamak için eldiven takma, farklı uğraşlarla dikkati dağıtarak kendini meşgul etmeye çalışma, cildi bandajla kapatma, tırnaklarını kısa kesme, kendi kendine “dur” deme pratiklerini içeren çeşitli önlemler alabilmektedir (Arnold ve diğerleri, 1998).

Deri yolma atağı sırasında duygularda anlamlı değişiklik olduğundan ve bu eylem sırasında kişinin tüm dikkati yolma davranışına yöneldiğinden deri yolma doyum veren bir eylem olabilmektedir. Danışanların çoğunluğu, davranışın hemen öncesinde kaygı düzeyinde artış, can sıkıntısı ve gerginlik gibi olumsuz duygusal durumlar, davranışın başlamasından ve sona ermesinden hemen önce ise olumsuz duygulanımda azalma, tatmin ve rahatlama hisleri bildirmektedir. Bu şekilde gerginliği azaltan pekiştirici işlev, yolma eylemine direnmenin neden zor olduğunu açıklamaktadır. Yolma ataklarının bitiminde ise kişi utanç, suçluluk, pişmanlık hisleri, acı ve ağrı duymalarıyla baş başa kalmaktadır (Aydın ve Gülseren, 2014). Bu bağlamda deri yolma bozukluğunda duygu düzenleme güçlüklerine işaret eden araştırmalar, mesleki ve akademik yaşamda bozulma, ekonomik sorunlar ile depresyon, anksiyete ve kaçınma gibi olası psikososyal işlev bozukluklarına dikkat çekmektedir (Flessner ve diğerleri, 2006; Lochner, 2017; Snorrason ve diğerleri, 2010). Ek olarak araştırmalar deri yolma bozukluğunun beden odaklı diğer bozukluklardan daha şiddetli bir görünüme sahip olduğunu ileri sürmektedir. Bu bozukluğun olumsuz psikososyal etkisi deri yolma eylemi üzerine düşünmek ve eylemi gerçekleştirmek için harcanan zaman miktarı ile yolma eyleminin kalıcı nitelikte skar bırakıcı özelliğinden kaynaklanmaktadır (Odlaug ve diğerleri, 2010; Solley ve Turner, 2018).

Buraya kadar sözü edilen olumsuz etkileri bağlamında deri yolma bozukluğunun çok çeşitli komorbid tablolara yol açtığı görülmektedir. Komorbid durumların başında bipolar bozukluk ve depresyon yukarıda da ifade edilen ve altta yatan obsesif-kompulsif patolojiye işaret eder biçimde saç yolma ve tırnak yeme gibi beden odaklı diğer bozukluklar gelmektedir (Gupta, 2016). Bunlarla birlikte OKB her iki cinsiyeti eşit oranda etkilerken deri yolma bozukluğunun kadın cinsiyette daha yüksek oranda görülmesi, kompulsiyonların girici düşünceleri takiben başlaması, deri yolma davranışının ise nadiren girici düşünceleri izlemesi bozukluğun obsesif kompulsif bozukluktan ayrılan yönleridir (Cullen ve diğerleri, 2001; Hajcak ve diğerleri, 2006) Ek olarak duygudurum bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi durumların deri yolma bozukluğuyla birlikteliğine işaret eden araştırmalar da bulunmaktadır (Cumurcu ve diğerleri, 2004; Lovato ve diğerleri, 2012).

Deri yolma bozukluğu ve ilişkili diğer bozukluklar öncelikle psikolojik ve psikiyatrik bir zeminde ele alınması gereken olgular olmasına karşın hastaların ilk başvuruyu büyük oranda dermatoloğa yaptığı bilinmektedir (Koblenzer ve diğerleri, 2013; Neziroglu ve diğerleri, 2008; Sampaio ve diğerleri, 2018). Bu açıdan bozukluğa ilişkin bilgi ve farkındalığın artırılmasına yönelik bir ihtiyacın olduğu söylenebilir. Diğer ruh sağlığı bozukluklarında olduğu gibi deri yolma bozukluğunda da multidisipliner ve işbirlikçi bir yaklaşımla oluşturulacak tedavi yöntemlerinden en yüksek yararın sağlanacağı düşünülmektedir.

Stres ve negatif duygulanımın dermatolojik sorunların temelinde yatan önemli bir etkidir. Bu sebeple hipnoz, biofeedback ve meditasyon gibi teknikler deri hastalıklarının tedavisinde kullanılmakta, etkili olan terapi yöntemlerinin başında ise bilişsel davranışçı terapiler gelmektedir (Torales ve diğerleri, 2016). Stereotipilerin bilişsel-affektif düzeneklerle harekete geçtikleri esasına dayanılarak geliştirilen “alışkanlığın tersine döndürülmesi” (habit reversal) gibi bilişsel-davranışçı yöntemlerin; içgörü yönelimli ve davranış modifikasyonunu içeren eklektik yaklaşımların yararlı olduğu bildirilmiştir (Aydın ve Gülseren, 2014). Sıklıkla uygulanan ve iyi sonuçlar alınan davranışçı tekniklerden biri olan (Rosenbaum ve diğerleri, 1981; Schuck ve diğerleri, 2011) “alışkanlığın tersine döndürülmesi” (habit reversal) müdahalesi, başlangıçta çok çeşitli tekrarlayan davranış bozukluklarını ele almak için geliştirilmiş farkındalık eğitimi, rekabetçi müdahale eğitimi, beklenmedik durum yönetimi, rahatlama eğitimi ve genelleme eğitiminden oluşan davranışsal teknikleri içermektedir (Piacentini ve diğerleri, 2006). Ayrıca danışanın düşünce, duygu ve davranış üçlüsünde ortaya koyduğu değişimler ve bilişsel yeniden yapılandırılmalar yoluyla hastanın terapi dışındaki yaşantısında da sürdürebileceği temel teknikler ve müdahaleleri içeren bilişsel- davranışçı yaklaşımların beden odaklı bozukluklarda etkisini ortaya koyan çok sayıda araştırma bulunmaktadır (İlgar ve diğerleri, 2019; Torales ve diğerleri, 2016).

Hemen tüm deri hastalıklarında aracı bir etken olarak stresli travmatik yaşam deneyimleri dikkati çekmektedir. Psikofarmakoloji, bilişsel davranışçı terapi ve yukarıda sözü edilen farklı sağaltım yöntemlerinin çeşitli düzeylerde etkili olduğu bilinmektedir ancak EMDR'nin dermatolojik sorunların tedavisinde etkililiğine yönelik görece sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Devam eden bölümde çalışmaya konu olan olgunun sağaltımında kullanılan EMDR yöntemine ilişkin tanımlayıcı genel bilgiler verilmiş ve bu parametreler bağlamında olgu sunumuna geçilmiştir.

### **Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)**

Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme olarak dilimize çevrilen EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) tekniği 1987 yılında Francine Shapiro tarafından

uygulamaya konmuş, farklı psikoterapi yaklaşımlarının öğelerini kapsayan, standartlaştırılmış tedavi prosedürleri bulunan, bütüncül ve etkili bir psikoterapi yöntemidir. EMDR ilk olarak bireyi güçsüzlük veya çaresizlik duygularıyla baş başa bırakan, o zamana kadar inşa ettiği yaşam ezberini hemen tüm yönleriyle bozan ve işlevselliğin geri kazanımına yönelik bireysel ve profesyonel uğraşı gerektiren travma sonrası stres bozukluklarının tedavisindeki etkililiği ile ön plana çıkmıştır (Shapiro, 2014). Bu teknik, danışanın geçmiş deneyimlerinden ders çıkarmasına yardımcı olmak, stres ve kaygı oluşturan mevcut uyaranlara karşı duyarsızlaşmasını ve kişiler arası ilişkilerde işlevselliğini sağlamak amacıyla gelecekte de kullanabileceği uygun becerileri kazanabilmesini hedeflemektedir (Shapiro, 2002). EMDR prosedürünün temel çalışma birimleri resim, negatif ve pozitif kognisyonlar, duygular, fiziksel algılar ile duygusal ve kognitif değerlendirme ölçekleri, Öznel Rahatsızlık Ölçeği (Subjective Units of Disturbance, SUD) ve Kognisyonun Geçerliliği Ölçeği (Validity of Cognition, VOC)'dir.

EMDR, Adaptif Bilgi İşleme Modelini temel almaktadır. Adaptif Bilgi İşleme Modeline göre bedenin dışarıdan gelen saldırılar karşısında doğal savunma mekanizmalarını kullanarak zararlı oluşumları bağışıklık sistemi içinde metabolize etmesine benzer bir biçimde beyin de yeni deneyimleri duygularla birlikte anı ağlarında depolamakta ve bunu doğal işleyiş süreçlerine entegre etmektedir. Olumsuz deneyimlerin ve stres verici anıların uygun bir şekilde işlenmediği durumlarda bu anılar kendi nöral ağlarında depolanır, bir diğer ifadeyle donmuş bir vaziyette tutulur ve böylelikle işlevsel bilgileri barındıran diğer anı ağlarıyla bağlantı sağlanamaz (Shapiro ve Maxfield, 2002). EMDR'nin temel tekniği, danışanı eş zamanlı göz hareketleri, vurma veya ses gibi çift yönlü alternatif uyarım şekillerine maruz bırakarak dikkatinin harici bir uyarana yönlendirilmesi, aynı anda danışan tarafından belirlenmiş rahatsızlık verici (travmatik) bir duygusal deneyim üzerinde yoğunlaşılmasıdır. Etkili EMDR terapisi, danışan için stres veya travma belirtilerine kaynaklık eden uygun hedef anıların doğru bir şekilde tanımlanmasına bağlıdır. Travmatik bilgi, beden duyuları ve bilişsel uyarımlar aracılığıyla uygun bir şekilde işlendiğinde danışan, rahatsız edici duygu, beden duyuları ve irrasyonel bilişlerin yerine olumlu duygu, beden duyumu ve olumlu bilişleri deneyimler (Shapiro, 2002).

### **EMDR Protokolü**

EMDR'nin sekiz aşaması, öykü alma ve terapi planlaması, hazırlık, değerlendirme, duyarsızlaştırma, yerleştirme, beden taraması, kapanış ve yeniden değerlendirmeyi kapsamaktadır. İlk aşama olan "Öykü Alma ve Terapi Planlaması" aşamasında danışanın geçmiş öyküsü, işlevsel olmayan davranışları hakkında bilgi alınarak tedavi planı oluşturulur (Shapiro, 2002). Danışana terapiye geliş sebebi, yaşanan sorunlar ve semptomlar ile ilgili olarak yapılandırılmış sorular sorulur ve verilen cevaplar doğrultusunda bir değerlendirme yapılarak bir vaka formülasyonu oluşturulur. İkinci aşama "Hazırlık" evresidir ve bu aşamanın temel hedefi danışan ile terapötik iş birliğinin kurulmasıdır (Shapiro, 2002). EMDR terapi yöntemine ilişkin genel bilginin verilmesi, çift yönlü uyarım denemelerini gerçekleştirmek amacıyla belirlenen bir güvenli alan oluşturulması ve kaynak geliştirme, çift yönlü uyarım sırasında veya seans sonrasında oluşabilecek rahatsızlık verici duygu ve duyular hakkında bilgilendirme, güvenli yer, kutu egzersizi, dur/devam işareti, rahatlatma, stres azaltma stratejileri ve egzersizleri, duygu yönetim ve stabilizasyon teknikleri, olumlu benlik kavramı ve davranışlarda olumlu değişim becerileri üzerinde çalışılır. Bu aşamada danışandan tedaviye dair onam alınır (Gupta ve Gupta, 2002). Üçüncü aşama olan "Değerlendirme" aşamasında danışandan ayrıntılı şekilde anının tanımlanması ve anıyı temsil eden resimlerin (travmatik ve/veya stresli durum veya olayın zihinsel görüntüsü) belirlenmesi istenmektedir. Terapist, danışandan olayı düşünmesini, olayı "temsil edici" tek bir imgeye indirgemesini ve kendisini en çok rahatsız eden kısma odaklanmasını ister (Shapiro, 2002). Burada hedeflenen, bilinç ve beyin ile

olayın depolandığı yer arasında bir bağlantı kurmaktır. İmajın belirlenmesinin ardından genellikle olumsuz imajla birlikte gelen olumsuz bir öz değerlendirme, imajla ilişkili olumsuz bilişin belirlenmesi üzerinde çalışılır; terapist danışandan resimle uyumlu altta yatan negatif kognisyonu/olumsuz öz değerlendirmeyi temsil eden bir ifade belirlemesini ister. Olumsuz bilişin bir örneği, deri yolma bozukluğunun neden olduğu kozmetik hasarın bir sonucu olarak sosyal anksiyete yaşayan bir danışanın dile getirdiği "kontrolümü kaybettim", "zor durumlarla başa çıkamıyorum", "çirkin görünüyorum", "değersizim", "başarısızım", "güçsüzüm" gibi şimdiki zamana atıfla yapılan kendine dair olumsuz bir inançtır. Negatif kognisyonun belirlenmesinden sonraki adım, danışanın arzulan pozitif kognisyonu belirlemesi ve 1'in "tamamen yanlış", 7'nin ise "tamamen doğru" anlamına geldiği 7 puanlı VOC (Kognisyonun Geçerliliği Ölçeği, Validity of Cognition) Ölçeğinde değerlendirmesidir. Pozitif Kognisyonun belirlenmesindeki amaç tedaviye yön vermek ve terapist ile danışana ilerlemeyi değerlendirebilecekleri bir başlangıç noktası sunmaktır (Shapiro, 2002). Bu bilgilerin alınmasının ardından, rahatsız edici zihinsel imajla ilişkili duygular ve beden duyuları negatif inançlar eşliğinde değerlendirilir. Danışandan imajı ve negatif kognisyonu aklında tutması, hissedilen duyguyu adlandırması ve şu anda nasıl hissettiğini, diğer bir ifadeyle duyguyla ilişkili rahatsızlık düzeyini Özne Rahatsızlık Ölçeği (Subjective Units of Disturbance, SUD)'nde değerlendirmesi istenir. Bu ölçekte "0" derecelendirmesi "rahatsızlığın olmadığı", "10" derecelendirmesi ise "olası en yüksek rahatsızlığı" göstermektedir. Rahatsız edici görüntüyle ilişkili fiziksel duyular örneğin danışan travmatik anyaya odaklandığında meydana gelen boyun kasılması, göğüs sıkışması, ağrı veya acı hissi, artan kalp atışı gibi bedensel duyular tedavinin süreç değerlendirmesi için yararlı odak noktalarıdır. Dermatolojik hastalarda bu duyular kaşıntı, kızarıklık gibi dermatolojik bir semptom veya ciltte kuruluk, sertlik ve gerginlik gibi dermatolojik olmayan duyular da olabilir. Tedavi sonunda danışan bedenini zihinsel olarak taradığında hiçbir gerilim ya da alışılmamış bedensel bir duyumun olmadığından emin olunmalıdır (Shapiro, 2002). Dördüncü aşama olan "Duyarsızlaştırma" aşamasında hedef anıda belirtilen rahatsız edici resme dair danışanın olumsuz duygusuna odaklanılır ve öznel rahatsızlık seviyesinin (SUD) sıfıra doğru indirilmesi amaçlanır. Rahatsızlık verici imaj, olumsuz biliş ve imajla ilişkili duygusal ve fiziksel semptomlar tanımlandıktan sonra, olumsuz biliş çift taraflı uyarım yoluyla işlenir. Çift taraflı işleme yoluyla danışanın negatif kognisyona olan duyarlılığının azaltılması için çalışılır. Bu sürecin tipik olarak hastanın olumsuz bilişe yüklediği duygusal değer azalmasına ve ilerleyen aşamada pozitif bilişe verilen değerde bir artışa (7 puanlık VOC ölçeğindeki artış), ilişkili duygusal reaksiyonun yoğunluğunda (10 puanlık SUD ölçeğinde azalma) ve ek olarak ilişkili fiziksel semptomlarda bir azalmaya yol açması beklenir. Duyarsızlaştırma aşamasında temel amaç, çift yönlü uyarım setleri aracılığıyla rahatsız edici materyale karşı danışanın duyarsızlaşmasını sağlamaktır. Beşinci aşama olan "Yerleştirme" aşamasında danışan tarafından seçilen pozitif kognisyonun çift taraflı uyarım yoluyla yerleştirilmesi amaçlanır. Bu aşamaya geçilmesi için danışanın hedef anyaya dair rahatsızlık seviyesi SUD Ölçeği'nde 0'a düşmüş olmalıdır. Rahatsızlık seviyesinin kontrolünün ardından pozitif kognisyonun danışan için uygunluğu kontrol edilerek VOC puanını tekrar alınır. Bu noktada danışandan hedef anyayı, kendisi hakkında inanmak istediği en uygun pozitif kognisyonla birlikte aklında tutması istenir. VOC değerlendirmesi uyarımsal işleme yoluyla 7 "tamamen doğru" düzeyine ulaştırılmaya çalışılır. Çift taraflı uyarım yoluyla işleme "kontrol bende" ve "pek çok zorluğun üstesinden gelebilirim" gibi olumlu bilişlerin güçlenmesine yardımcı olur. Bir sonraki aşama olan altıncı aşamada "Beden Taraması" işlemine geçilir. Beden taramasında rahatsızlık verici yaşıntının anımsanmasıyla birlikte bedende rahatsız edici bir duyumun olup olmadığı kontrol edilerek herhangi bir gerilim, alışılmadık bir his veya gerginliğin olup olmadığına bakılmaktadır. Zihinsel ve fiziksel olarak

hiçbir gerginlik kalmadığı noktada beden tarama evresi tamamlanır (Shapiro, 2016). Yedinci aşama, işlemin yeterli olup olmadığının kontrol edildiği ve danışanın emniyetli bir şekilde seanstan ayrılmasının sağlandığı kapanış evresidir. Shapiro (2002)'ya göre kapanış evresinde danışan travmatik olayla ilgili rahatsızlık yaşarken oturumun sonlandırılmaması gerekmektedir. Bu durumda gevşeme ve nefes egzersizi gibi yöntemlerle rahatsızlığın azaltılması ve danışanın güvenli bir duygu durumuna geçmesi sağlandıktan sonra oturum sonlandırılmalıdır. Son aşama olan "Yeniden Değerlendirme" aşamasında danışanın terapi sürecinde belirttiği tetikleyicilerin danışanı rahatsız edip etmediğinin kontrolü yapılmakta ve geleceğe yönelik bir sahneye danışanı hazırlamak amacıyla gelecek şablonu kullanılmaktadır (Kavakçı ve diğerleri, 2010). Gelecek şablonu, EMDR ile elde edilen kazanımların gelecekte olası zorluklara karşı nasıl kullanılacağına provası niteliğinde bir uygulama olup, bu uygulama ile danışanın işlevselliğini bozan belirti ve davranışların azaltılması ve olumlu bilişin güçlendirilmesiyle kazanılan yeni becerilerin pekiştirilmesi amaçlanmaktadır (Karadağ ve diğerleri, 2020).

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

## **Yöntem**

Bu çalışma EMDR yöntemi ile deri yolma davranışı gösteren bireyin olgu sunumunu kapsamaktadır. Seanslara başlanmadan önce, danışandan çalışmaya gönüllü katılım sağladığı ve görüşmelerin bilimsel araştırmalar için kullanılmasına izin verdiğine dair onam formu imzalatılmıştır. EMDR, terapi planlama süreci belirlenen sorun üzerinden temel öğeler tanımlanarak gerçekleştirilmiş ve geriye akış yöntemi kullanılarak anı listesi oluşturulmuştur (Shapiro, 2002). Bu çalışmada yer alan olgu sunumunda geçmiş anı listesi oluşturulmuş olup, en son yaşanan ve aynı zamanda rahatsızlık düzeyi (SUD) en yüksek olan anı ile hatırlanan ilk anı üzerinden çalışılarak ilerlenmiştir. Danışanın şikayetlerinin azaldığını belirtmesi ile görüşmeler dört oturumda sonlandırılmış, devam eden süreçte ise bir kontrol seansı yapılmıştır.

## **Olgu Hakkında Genel Bilgiler**

Danışan; 40 yaşında, kadın, ortaöğretim mezunu, çalışan, evli ve bir çocuk annesidir. Çekirdek ailesi ile Büyükşehir'de yaşamaktadır. Danışan daha önce hiçbir psikiyatrik veya psikolojik destek almamıştır. Terapiye kendi isteğiyle gelen danışan, geliş sebebini yüzündeki sivilceleri ve derileri yolması, yolma sonucu oluşan yara izlerini tırnaklarıyla kazınması, kazınma ve yolma eylemini kimi zaman farkında olmadan gerçekleştirmesi ve bu esnada kendine engel olmakta zorlanması, aynaya baktığında kendisini çirkin ve değersiz görmesi olarak ifade etmiştir. Danışanın dış görünümünün ve kişisel bakımının orta düzeyde olduğu, göz teması kurduğu kederli ve çökkün görüldüğü, yüz bölgesinde çok sayıda yara izi (skar), morluk ve kızarıklık bulunduğu gözlemlenmiştir.

Danışan ile görüşmeler, 2024 yılında çevrim içi (online) şekilde gerçekleştirilmiştir. Kontrol seansı da dahil olmak üzere toplam beş seans süren ve her biri ortalama 90 dakikalık görüşmelerde EMDR tekniği kullanılmıştır. Devam eden bölümde seans görüşme içerikleri aktarılmıştır.

### Seans 1

EMDR terapinin ilk aşaması olan danışan geçmişi aşamasında danışanın öyküsü psikolojik danışma teknik ve becerileri kullanılarak dinlenerek detaylı bir şekilde alınmış ve EMDR terapi yöntemi hakkında bilgi verilmiştir. Bilgilendirilmiş Onam Formu tanıtılarak danışandan mevcut çalışmaya gönüllü katılım sağladığı ve görüşmelerin bilimsel araştırmalar için kullanılmasına izin verdiğine dair onam formu imzalatılmıştır. Danışan günlük hayatında stres faktörlerine maruz kaldığında yüzünde oluşan sivilceleri sıkıldığını ve sıkma sonucu oluşan kabuklu dokuyu tırnağı ile kazıdığını, sivilceleri sıkması ve cilt dokusunu kazması ile oluşan yara izlerinin iyileşmesine fırsat vermeden yara izlerini kaşıyarak derinleştirdiğini ve bunun sonucunda cildinde, özellikle yüzünde ve kollarında çok sayıda yara izi ve morluğun meydana geldiğini ifade etmiştir. Yara izlerinin iyileşmesini istediğini fakat kendine engel olamayarak endişeli, gergin ve üzgün hissettiği anlarda elinin yara izlerine gittiğini belirtmiş ve bu şikayetleri ile terapiye başvurmuştur.

Danışanın köken aldığı aile ilişkileri ve çocukluk çağı yaşantıları hakkında bilgiler alınmıştır. Danışan yoksul ve üç çocuklu bir ailenin üçüncü çocuğu olarak dünyaya gelmiş olup kendisi doğmadan önce ve doğduktan sonra ailesinde bebek kayıpları yaşanmıştır. Farklı şehirlerde yaşamaları nedeniyle anne ve babasıyla sık sık görüşemediğini, telefon aracılığıyla iletişim kurabildiklerini söylemiştir. Babasıyla olan ilişkisinin her zaman uzak ve mesafeli olduğunu ifade eden danışan, annesiyle daha samimi ve yakın bir ilişkisi olduğunu ancak çocukluk döneminde annesinin yoğun çalışma hayatı sebebiyle tüm evin sorumluluğunun kendisine verildiğini, ailesiyle birlikte yaşadıkları dönemde (evlilik öncesi) ise anne, baba ve kardeşler tarafından yer yer sözel ve fiziksel şiddet gördüğünü aktarmıştır. Eşiyle görücü usulü tanışıp henüz 21 yaşındayken evlendiğini belirten danışanın, bu evlilikten bir erkek çocuğu dünyaya gelmiştir.

İş yerinde ve evde çoğunlukla değersizlik ve yetersizlik hisleriyle boğuştuğunu belirtmiş ve yorgunluk, halsizlik, mide bulantısı gibi somatik yakınmalar dile getirmiştir. İş stresi, başkalarının yara izlerini görüp soru sorması veya tavsiye vermeleri, alaycı ve yargılayıcı bakışları, eşinin yara izleriyle ilgili tenkitlerinin deri yolma davranışını tetiklediği danışan tarafından ifade edilmiştir. Danışanın ruh halini dengeye getirmek, seans sırasında veya seanslar arasında yaşayabileceği sıkıntı verici malzemeye baş edebilmesi için EMDR hazırlık aşamasında yer alan kutu ve güvenli yer egzersizi öğretilerek görüşme sonlandırılmıştır.

### Seans 2

Seansa danışanın genel durumu hakkında bilgi alınarak başlanmıştır. Danışana kutu ve güvenli yer egzersizini kullanmaya ihtiyaç duyup duymadığı, duydu ise egzersiz sonrası kendisini nasıl hissettiği sorulmuştur. Danışan, çalıştığı kurumda yaşadığı stresli durumlar karşısında güvenli yer egzersizini kullandığını ve egzersizin kendisini daha sakin ve iyi hissetmesine katkı sağladığını ifade etmiştir.

Dur sinyalinin anlatılması ile danışanın işlemlemeye hazırlanmasının ardından, hedef anıyı temsil eden resim, bu resimle ilgili bugünkü negatif inanç (NK), duygu, beden duyuları, rahatsızlık seviyesi (SUD), negatif inancın yerine inanmak istediği pozitif inanç (PK) ve bu pozitif inancın geçerlilik düzeyinin (VOC) belirlenmiştir.

EMDR temel öğeleri tanımlanarak standart protokol üzerinden seçilen SUD düzeyi en yüksek olan anı üzerinde danışanın onayı alınarak dördüncü aşaması olan duyarsızlaştırma aşamasına geçilerek terapiye başlanmıştır.



Çalışılan Anı: Eşinin etrafta başkaları varken yüzündeki yaralar sebebiyle danışanı tenkit etmesi

Resim: Çevresindeki insanların danışanın yüzüne dikkatle baktığı an.

Ana olumsuz inanç: Ben değersizim.

Duygu: Üzüntü, kırgınlık, öfke

SUD: 7

Duyum: Omuzlarından boğazına doğru gerginlik.

Olumlu inanç: Ben değerliyim.

VOC: 3

Terapist: Şimdi o resmi, o olumsuz ifadeyi (ben değersizim) aklınıza getirmenizi, hissettiğiniz duyguları ve bedeninizde hissettiğiniz duyuları fark etmenizi ve parmaklarımı takip etmenizi istiyorum.

Terapist: Şimdi ne var?

Danışan: Aynada yüzüme baktığım, yara izlerini gizlemeye çalıştığım an aklımda.

Danışan: Aynaya bakıyorum izlere bakıyorum, izler olmasa yüzüm nasıl gözükür onu düşünüyorum.

Danışan: Sivilceyi sıkıyorum, rahatlıyorum. Derimi koparmayı bırakamıyorum.

Danışan: Bir şey gelmedi.

Terapist: Fark et ve devam et.

Terapist: Şimdi ne var?

Danışan: Bir şey yok

Danışan: Çocukluk halim zihnimde canlandı, o zamanlar derimi koparmaz, sivilce sıkmazdım.

Danışan: Köydeki evimiz gözümün önüne geldi, küçüğüm.

Danışan: Çalı süpürgesiyle evi süpürüyorum.

Danışan: Evlenene kadar hep aileme destek oldum. Evin sorumluluğu daha çok bendeydi.

Danışan: İçine doğduğum aileden yeterli sevgiyi alamadım.

Danışan: Üzgün hissediyorum

Terapist: Bedende ne var peki? (Beden Duyumu)

Danışan: Omuzlarım kasıldı, ellerim buz gibi, üşüyorum. Başım da hafif ağrı var.

Danışan: Eşimin bazen beni güzel bulmadığını, beğenmediğini düşünüyorum

Danışan: Sık sık elimi yüzümden çekmem için uyarır, bazen herkesin içinde yapar bunu.

Terapist: Buradan devam edelim.

Danışan: İş yerindeki arkadaşlarla yemeğe çıktığımız bir gün Başkalarının yanında beni utandırdı, yüzümdeki lekeler için beni herkesin içinde rencide etti.

Danışan: Aynı anı var aklımda

Danışan: Aynı anıyı düşünüyorum

Göz hareketinden diz vuruşuna geçildi.

Danışan: Sebepsiz bir kaygı var içimde. Kalp atışım arttı, boynumda da gerginlik hissi var.

Terapist: Yolma davranışı doyum verdiği ve böylece gerginliği azalttığı için pekiştirici bir işlevi de vardır.

Danışan: Sivilcelerimi ve kabuk bağlamış yaralarımı yolduğumda rahatlıyorum sanki.

Danışan: İnsanların yüzüme acıyarak ya da alay ederek bakışları aklıma geldi

Danışan: Parmaklarım yine yüzüme gidiyor ama bu sefer fark edip elimi yüzümden çekiyorum.

Yüzümde ve kollarımdaki yara izleri, morarmaların dışarıdan oldukça kötü gözüktüğünü düşünüyorum.

Terapist: Tamam, devam edelim.

Danışan: Suçluluk ve utanç içindeyim.

Danışan: Eşimin ve iş arkadaşlarımdan birkaç kez elimi tutup beni durdurduğunu hatırladım.

Danışan: Odaklanamadım, kafam karıştı

Danışan: Hiçbir şey yok.

Vuruş hızı bir miktar artırıldı.

Danışan: Endişeli veya stresli hissettiğimde deri yolmaya başladığımı fark ettim.

Danışan: Çoğunlukla iş yerindeyken veya eşimle tartıştığımda elim yüzüme ve yara izlerime gidiyor.

Terapist: Şimdi ne var?

Danışan: Elimin yüzümdeki yara izlerine gittiğini fark edemiyorum bile. Bilinçsizce oluyor sanki. Refleks gibi.

Danışan: Belki uyurken de yoluyordum. Sabah uyandığında sivilcelerimin hafifçe kanadığını ve yastıkta iz bıraktıklarını görüyorum.

Danışan: Eldiven takmanın iyi bir fikir olabileceğini düşünüyorum. En azından uyku esnasında tırnaklarımdan korumuş olurum cildimi.

Terapist: Fark et ve devam et.

Danışan: Bir şey yok.

Danışan: Kendimi daha iyi hissediyorum, yüzümün yarasız hali, gençliğim zihnimde canlandı

Danışan: Rahatım, gevşedim sanki biraz

Danışan: Yara izlerim dışında vücudumda beğenmediğim bir şey yok, yaralar da geçici. Ellemezsem geçer.

Danışan: Dokunmadan nasıl durabilirim, kendimi nasıl meşgul ederim onu düşünüyorum

Danışan: Yaralar ve eşimle yaşadığım olay önceki kadar rahatsız etmiyor beni. Çözümü var nasıl olsa, sivilceleri sıkmazsam, yarayı kazımaazsam, ilaç, krem kullanırsam geçer.

Terapist: Buradan devam edelim.

Danışan: Aynı şeyi düşünüyorum

Danışan: Çok daha huzurluyum

Terapist: Baştaki orijinal anıyı düşündüğünüzde, şimdi neler geliyor?

Danışan: Üzüntü ve öfkemin azaldığını hissediyorum.

Terapist: 0 ile 10 arası bir ölçekte, 0 rahatsızlık yok veya nötr, 10 düşünebileceğiniz en yüksek rahatsızlık derecesi ise, bu olay şu anda sizde ne kadar rahatsızlık yaratıyor?

Danışan: 1 diyebilirim.

Terapist: Bunu fark et, buradan devam et.

Danışan: İyi hissediyorum

Danışan: İyileşebileceğime olan inancım artmış durumda.

Danışan: Çözüm yolları düşünüyorum.

Terapist: Bu olay şu anda sizde ne kadar rahatsızlık yaratıyor?

Danışan: 0 diyebilirim.

Danışanın rahatsızlık düzeyi “0” olduktan sonra yerleştirme evresine geçilmiştir. Yerleştirme aşamasında danışanın “Ben değerliyim” olarak değişen pozitif kognisyonunun yerleştirilmesi yapılmıştır. Setler sırasında danışanın duygu, düşünce ve beden kanallarının hepsinin aktifleştiği ve bu kanallardan akışlar geldiği bulgulanmıştır. Setler sırasında suçluluk ve utanç duygusunun, omuzlarda kasılma, ellerde üşüme ve baş ağrısı gibi beden duyularının açığa çıktığı, görüşme sonunda rahatsızlık

seviyesinin (SUD) 7 düzeyinden 0 düzeyine indiği ve görüşme öncesi VOC düzeyi 3 olan “Ben değerliyim” olumlu inancının geçerliğinin (VOC) görüşme sonunda 7 düzeyinde olduğu danışan tarafından ifade edilmiştir. Olumlu hisler çift yönlü uyarım ile yerleştirilmiş olup beden tarama ile güçlendirilerek oturum tamamlanmıştır.

### Seans 3

Çalışılan Anı: Danışan henüz 6 yaşındayken babasının annesine şiddet uyguladığına şahit olması.

Resim: Babasının annesine tokat attığı an.

Ana olumsuz inanç: Ben güçsüzüm.

Duygu: Üzüntü, çaresizlik, öfke

SUD: 6

Duyum: Elleri ve ayaklarında karıncalanma, göğüs ağrısı ve göğüste ağırlık hissi

Olumlu inanç: Ben güçlüyüm.

VOC: 3

Bu seansta sekizinci evre olan yeniden değerlendirme aşaması gerçekleştirilmiştir. Danışan bir önceki seansa göre daha iyi olduğunu, o sahnenin (çevredeki insanların dikkatlice danışanın yüzüne baktığı an) bir daha hiç gözünün önüne gelmediğini belirtmiştir. Danışan ile bu seansta standart protokolda yer alan ilk anı ile çalışılmıştır. Danışan ilk anı olarak henüz 6 yaşındayken babasının annesine şiddet uyguladığına şahit olması fakat müdahale edememesini belirlemiş olup, anının rahatsızlık düzeyi (SUD) sorulduğunda 6 olarak yanıtlamıştır. Bu anıya da değerlendirme aşamasında yapılması gerekenler yapılarak anıyla ilgili negatif kognisyon: güçsüzüm, rahatsızlık derecesi (SUD): 6, pozitif kognisyon: güçlüyüm, pozitif kognisyona olan inanç düzeyi (VOC): 3 olarak belirlenmiştir. Beden duyumunun yeri el ve ayaklarda karıncalanma, göğüs ağrısı ve göğüste ağırlık hissi olarak tanımlanmıştır.

Gerçekleşen travmatik olayın taranması ile rahatsızlık veren sahneler bulunarak duyarsızlaştırma, yerleştirme, beden tarama, kapanış ve yeniden değerlendirme aşamaları ile devam edilmiştir. Setler sırasında danışanın duygu, düşünce ve beden kanallarının hepsinin aktifleştiği ve bu kanallardan akışlar geldiği bulgulanmıştır. Görüşme sonunda rahatsızlık seviyesinin (SUD) 6 düzeyinden 0 düzeyine indiği danışan tarafından ifade edilmiştir. Olumlu hisler çift yönlü uyarım ile yerleştirilmiş olup beden tarama ile güçlendirilerek oturum tamamlanmıştır. Seans sonunda olumsuz inanç olan “güçsüzüm”, “güçlüyüm” olarak değişmiştir. VOC (olumlu inancın öznel değerlendirmesi): 7 olarak belirlendi. Beden taraması kontrol edildiğinde karıncalanmalar, göğüs ağrısı ve göğüste ağırlık hissi geçtiği danışan tarafından belirtilmiştir.

### Seans 4

Danışana haftasının nasıl geçtiği sorularak seansa başlanmış olup bir önceki seansın değerlendirilmesi, hedef anıya ait rahatsız edici resim, negatif kognisyon, pozitif kognisyon, VOC, SUD düzeylerinde herhangi bir değişikliğin olup olmadığı kontrol edilmiş, olumlu anlar ve duyular çift yönlü uyarım ile yerleştirilmiştir. Burada gelecekte kullanması için içsel kaynaklarını fark etmesi ve güçlendirilmesi amaçlanmıştır.

Danışan kendisini daha değerli ve mutlu hissettiğini, yorgunluk, halsizlik ve depresif hissetme gibi psikosomatik belirtilerinde rahatlama olduğu, deri yolma davranışının oldukça azaldığı ve yara izlerinin iyileşmeye başladığını, davranışları üzerine farkındalık kazandığını, kendi baş etme mekanizmalarının farkında olduğunu, kendisini en çok rahatsız eden tetikleyici ile çalışıldıktan sonra görüşmeleri sonlandırmak istediğini belirtmiştir.

Danışanın ilk seansta sıraladığı çalışma ortamındaki stres faktörleri, iş yükünün ağır olması, kendisinden beklenen işleri kısa sürede tamamlama zorunluluğu, çevresindekilerin yara izlerini görüp soru sorması veya tavsiye vermeleri, alaycı bakışlar, eşinin yara izleriyle ilgili tenkitleri tetikleyicilerinden “ kendisinden beklenen işleri kısa sürede tamamlama zorunluluğu” üzerine çalışılmıştır.

Resim: Verilen görevi tamamlamak için bilgisayarın karşısına geçtiği an.

Ana olumsuz inanç: Yeterince iyi değilim.

Duygu: Öfke

SUD: 6

Duyum: Elleri ve ayaklarında karıncalanma, göğüs ağrısı ve göğüste ağırlık hissi

Olumlu inanç: Olduğum halimle iyiyim.

VOC: 4

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

Görüşme sonunda tetikleyicinin rahatsızlık seviyesinin (SUD) 6 düzeyinden 0 düzeyine indiği, seans sonunda olumsuz inanç olan “yeterince iyi değilim”, “olduğum halimle iyiyim” olarak değiştiği, VOC (olumlu inancın öznel değerlendirmesi) 4 düzeyinden 7 düzeyine yükseldiği ve beden taraması kontrol edildiğinde baş ağrısının ortadan kalktığı bulgulanmıştır.

En son yaşanan ve aynı zamanda rahatsızlık düzeyi (SUD) en yüksek olan anı, ilk anı ve tetikleyici üzerine çalışılan bu süreçte 4 oturumda danışanın semptomları azalmış olup danışanın isteği ve psikolojik iyi oluş halinde artış yaşadığını belirtmesi üzerine ihtiyaç duyması halinde öz- denetim tekniklerini (güvenli yer, gevşeme egzersizleri) kullanabileceği bilgisi danışana verilerek görüşmeler sonlandırılmıştır.

## Seans 5

İlk dört seansta EMDR standart protokolü gereğince danışanın en son yaşadığı ve aynı zamanda SUD düzeyi en yüksek olan anı ve hatırladığı ilk anı EMDR yöntemi ile çalışılmıştır. Her iki anı için de danışan tarafından öznel rahatsızlık düzeyi (SUD) sıfır olarak belirtildikten sonra son seansta EMDR terapisi öncesi ve sonrası kıyaslanmış ve danışanın terapiye geliş sebebi olan semptomlarının tamamıyla ortadan kalkmadığı fakat deri yolma davranışında belirgin azalmalar olduğu danışan tarafından aktarılmıştır. Danışanın isteği üzerine dört seansta sonlanan terapi sürecinin ardından Mayıs 2024’te kontrol seansı gerçekleştirilmiştir.

Son seansın üzerinden üç ay geçtikten sonra yapılan kontrol seansında; danışanın ilk seansta belirttiği yorgunluk, halsizlik, mide bulantısı, el ve ayaklarda üşüme ve karıncalanma gibi somatik şikayetlerinin sonlandığı, çalışma ortamındaki stres faktörleri, başkalarının yara izlerini görüp soru sorması veya tavsiye vermesi, çevresindekilerin alaycı bakışları, eşinin yara izleriyle ilgili tenkitleri gibi tetikleyici unsurların danışanı eskisi kadar rahatsız etmediği ve deri yolma davranışına neden olmadığı, ihtiyaç duyduğunda güvenli yer ve kutu egzersizini kullandığı, sosyal ilişkilerinin olumlu yönde değiştiği ve arkadaşlık ilişkilerinin güçlendiği, geleceğe yönelik yeni hedefler oluşturduğu, kendine dair olumsuz düşünce ve inançların yerini olumlu düşünce ve inançların aldığı danışan tarafından ifade edilmiştir. Danışanın özellikle yüz bölgesinde bulunan skar, sivilce izi, kızarıklık ve morlukların ortadan kalktığı ve olumlu benlik algısı geliştirdiği görüşme esnasında gözlemlenmiştir.

### Tartışma

Araştırmanın temel amacı, EMDR yönteminin psikodermatolojik bir bozukluk deri yolma davranışı üzerindeki etkisini incelemek ve bu bozukluğun sağaltımına ilişkin alana multidisipliner bir bakış açısı kazandırmaktır. Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden olgu deseninden yararlanılmış olup; deri yolma davranışı ve deri yolma bozukluğu tedavisinde Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) tekniğinin uygulanabilirliğini ortaya koymak amaçlanmıştır. EMDR'nin travma sonrası stres bozukluğu yanı sıra madde kullanımı, depresyon, anksiyete, cinsel işlevsizlikler ve belirgin somatik veya bedensel semptomların göze çarptığı, vücudun farklı bölgelerinde oluşan ağrı, yorgunluk, baş dönmesi, çarpıntı ve benzeri bedensel şikayetlerle karakterize somatoform bozuklukların tedavisinde kullanılmasına ilişkin çalışmaların sayısı giderek artmakta ve herhangi bir travmatik deneyimin ardından kısa süreli ve etkili bir yaklaşım olarak kullanılması mümkün gözükmektedir.

Araştırma kapsamındaki sunulan olguda sekiz aşamalı EMDR protokolü uygulanmış olup, sunumu yapılan olguda deri yolma davranışının çeşitli duygu ve bedensel duyularla birlikte ortaya çıktığı, özellikle anksiyete, yorgunluk, sıkıntılı ya da kızgın hissetme, iştahsızlık, tahammülsüzlük, yorgunluk, halsizlik gibi tepkilerin eşlik ettiği görülmüştür.

Yapılan seanslar boyunca ve danışandan alınan geribildirimler ışığında devam eden sıkıntıların, danışanın erken çocukluk döneminden, geçmiş yaşantısından köken aldığı ve halihazırda süren güncel sorunlar ve tetikleyicilerle ilgili olduğu düşünülmüştür. Buna istinaden seans içerisinde anı taramaları yapılarak anne, baba, eş ve çocuk ile olan ilişkilerine dair, hatırladığında kendisini rahatsız eden ve bir takım olumsuz bilişlerinin olduğu anılar saptanmış ve bu anılar üzerinde çalışılmıştır. En son yaşanan ve aynı zamanda rahatsızlık düzeyi (SUD) en yüksek olan anı, ilk anı ve öznel rahatsızlık düzeyi en yüksek "tetikleyici" üzerine çalışılan bu süreçte beş seansta danışanın semptomlarının görece azaldığı tespit edilmiş ve danışanın olumlu duygu ve yaşantılarını vurgulayarak psikolojik iyi oluş halinde artış olduğunu belirtmesi üzerine kendi rızası üzerine görüşmeler sonlandırılmıştır. Uygulama sonrası danışanın yaşadığı rahatsız edici deneyimlerden kendini ayırıştırabildiği, deri yolma davranışını ortadan kaldırabilmek adına çözüm yolları aradığı ve kendi kaynaklarını keşfetmesine yarar sağladığı anlaşılmaktadır.

Literatür incelendiğinde Cengiz ve Peker (2020) tarafından obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireyle gerçekleştirilen sürecin olgu sunumunda obsesif düşüncelere sahip bir danışan ile EMDR çalışarak yapılan yedi seans sonunda danışanda iyileşme olduğu görülmüştür. Duman ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında ise, panik atak başvurusuyla seanslara katılan danışanın travmatik anılarının işlenmesi ile birlikte, seansların sonunda ve kontrol sürecinde panik atak görülmediği gözlemlenmiştir. Mukba,

Tanrıverdi ve Tanhan (2020) tarafından yapılan araştırmada danışanın travmatik belirtilerine ilişkin EMDR müdahalesi sonrasında sunulan olgudaki danışanda hem kaygı ve korku düzeylerinde azalma, hem de depreme yönelik işlevsel olmayan düşüncelerin ortadan kalktığı ve TSSB belirtilerinin büyük oranda azalma olduğu bulgulanmıştır (Mukba ve diğerleri,2020). Semiz ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada düzenli ilaç tedavisi kullanımına rağmen tedaviye kısmi yanıt veren depresyon hastalarına 6 ila 8 seans EMDR yöntemi uygulanmıştır. Uygulama sonrası hastaların şikayetlerinde azalma gözlenmiştir. Ünveren ve İzci (2017) tarafından yapılan çalışmada 1999 depremi ardından TSSB teşhisi almış olan 47 olguya yaklaşık beş oturum 90 dakika olacak şekilde EMDR uygulanmış, katılımcıların geri bildirimine göre semptomlarda gözle görülür bir biçimde düşüş olduğu ve birçok sağaltımdan daha hızlı düzelme yarattığı, daha az tedavi seansı gerektirdiği bulgulanmış olup, 6 ayın ardından yapılmış olan gözlemde katılımcıların iyilik halinin sürdüğü belirtilmiştir.

Literatür taramalarında Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) tekniğinin travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve özgül fobi tedavisinde etkili olduğu görülmüş olup, dermatolojik bozukluklar, deri yolma bozukluğu (skin-picking) ve EMDR tekniği üzerine yapılmış çok sayıda araştırma ve olgu sunumu bulunsa da, dermatolojik bozuklukların tedavisi üzerinde EMDR tekniğinin etkililiğini inceleyen ve bu çalışmayı destekleyecek herhangi bir Türkçe kaynağa rastlanmamıştır. Bu bakımdan yapılan çalışma literatüre örnek teşkil etmekteyken, alanda daha fazla çalışma yapılması ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Çalışmanın bulgularının, daha büyük örneklemelerle yapılacak nicel desenli çalışmalarla test edilmesinin yanında bu çalışmada elde edilen bulguların bu nicel çalışmalara zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Bu çalışmada deri yolma bozukluğu semptomlarıyla gelen bir olgunun EMDR tekniği ile sürdürülen sağaltım sürecine yer verilmiştir. Bu bağlamda beş seanslık EMDR terapisinin sonunda danışanın yaşadığı rahatsız edici deneyimlerden kendini ayırıştırabildiği, özellikle ikinci seans sonunda deri yolma davranışını ortadan kaldırmak adına çözüm yolları aradığı, iş ve özel yaşantısında karşılaştığı sorunlara yapıcı ve çözüm odaklı bir bakış açısı geliştirdiği ve kendi kaynaklarını keşfetmesine yarar sağladığı anlaşılmaktadır.

Tek bir olgunun başarılı bir şekilde sonuçlandırılmış olması, EMDR'nin deri yolma davranışının tedavisinde etkili bir yöntem olduğu çıkarımında bulunmak için yeterli değildir. Bununla birlikte, göreceli olarak uygulama kolaylığı ve semptomların hızla gerilemesi, EMDR'nin beden odaklı bozukluklarda kullanımına ilişkin daha fazla araştırma yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Semptomların azalmasını değerlendirmek amaçlı danışana SUD ve VOC seviyelerinin sorularak öznel derecelendirmelerinden faydalanılması ve herhangi bir ölçek kullanılmaması çalışmanın sınırlılıklarındandır. Terapötik hedefler ve danışanın öznel nitelikleri bağlamında etkili bir şekilde sonuçlandırılan bu olgunun, dermatolojik bozukluklarda EMDR kullanımına ilişkin ilgili alan yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı:** Yazarlar makaleye eşit oranda katkı sağlamıştır (1.Yazar %50-2.Yazar %50).

**Çıkar Çatışması Beyanı:** Makale ile ilgili herhangi bir kurum, kuruluş, kişi ile çıkar çatışması yoktur ve yazarlar arasında da çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Yazar Notu:** -

**Finansal Destek Beyanı:** Finansal destek alınmamıştır.

**Etik Kurul Onayı:** İstanbul Ticaret Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 04.06.2024 tarih E-65836846-044-320497 sayılı etik kurulu onayı alınmıştır.

## Kaynaklar

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders* (5th Ed., Text Rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arnold, L. M., McElroy, S. L., Mutasim, D. F., Dwight, M. M., Lamerson, C. L. ve Morris, E. M. (1998). Characteristics Of 34 Adults With Psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry*. 59, 509-514. <https://doi.org/10.4088/jcp.v59n1003>
- Aydın, P. Ç. ve Gülseren, L. (2014). Deri Yolma Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 6(4), 401-428. <https://doi.org/10.5455/cap.20140425062934>
- Bach, M. ve Bach, D. (1993). Psychiatric And Psychometric Issues In Acné Excoriée. *Psychother Psychosom*, 60(3-4), 207-210. <https://doi.org/10.1159/000288694>
- Cengiz, S. ve Peker, A. (2020). Obsesif Kompulsif Bozuklukta EMDR Terapinin Etkisi: Olgu Sunumu. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 18(1), 201-217.
- Connor, C. J., Liu, V. ve Fiedorowicz, J. G. (2015). Exploring The Physiological Link Between Psoriasis And Mood Disorders. *Dermatol Res Pract*, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2015/409637>
- Cullen, B. A., Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M., Hoehn-Saric, R. ve Hahn, J., (2001). The Relationship Of Pathologic Skin Picking To Obsessive-Compulsive Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 189, 193-195. <https://doi.org/10.1097/00005053-200103000-00010>
- Cumurcu, B. E. ve Kaya, B. (2004). A Case With Trichotillomania, Psychogenic Excoriation And Pathological İnternet Use. *J Clin Psy*. 7, 127-131. <https://doi.org/10.5505/kpd.2018.48403>
- Duman, R. N., Bayram, S. ve Demirtaş, B. (2018). EMDR: Olgu Sunumları. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1(1), 142-164.
- Ferreira, B. I., Abreu, J. L., Reis, J. P. ve Figueiredo, A. M. (2016). Psoriasis And Associated Psychiatric Disorders: A Systematic Review On Etiopathogenesis And Clinical Correlation. *J Clin Aesthet Dermatol*. 9(6), 36-43.

- Flessner, C. A. ve Woods, D. W. (2006). Phenomenological Characteristics, Social Problems, And The Economic Impact Associated With Chronic Skin Picking. *Behav Modif.* 30(6), 944–963. <https://doi.org/10.1177/0145445506294083>
- Gupta, M. ve Gupta, A. (2002). Dermatolojik Bozuklukların Tedavisinde Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) Kullanımı. *Kutanöz Matipen ve Cerrahi Dergisi*, 6(5), 415-421.
- Gupta, M. (2016). Body-Focused Repetitive Behaviors (BFRB) (Trichotillomania, Skin Picking, Onychophagia) And Eating Disorders (ED): Preliminary Findings In A Nondermatologic Sample. *J Am Acad Dermatol.* 74(5), 46. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.02.182>
- Hajcak, G., Franklin, M. E., Simons, R. F. ve Keuthen, N. J. (2006). Hairpulling And Skin Picking In Relation To Affective Distress And Obsessivecompulsive Symptoms. *J Psychopathol Behav Assess.* 28, 179-187. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-9001-x>
- Hayes, S. L., Storch, E. A. ve Berlanga, L. (2009). Skin Picking Behaviors: An Examination Of The Prevalence And Severity In A Community Sample. *J Anxiety Disord.* 23(3), 314–319. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.01.008>
- Hekmat, H., Groth, S. ve Rogers, D. (1994). Pain Ameliorating Effect Of Eye Movement Desensitization. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 25, 121-129. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(94\)90004-3](https://doi.org/10.1016/0005-7916(94)90004-3)
- Houghton, D. C., Alexander, J. R., Bauer, C. C. ve Woods D. W. (2018). Body-Focused Repetitive Behaviors: More Prevalent Than Once Thought? *Psychiatry Res.* 2(270), 389–93. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.002>
- İlgar, M. Z. ve Coşgun-İlgar, S. (2019). Bilişsel Davranış Değişirme ve Motivasyonel Görüşme. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, 15(1), 47-73. <https://doi.org/10.17244/eku.489855>
- Jafferany, M. ve Patel, A. (2019). Skin-Picking Disorder: A Guide To Diagnosis And Management. *CNS Drugs*, 33, 337–346. <https://doi.org/10.1007/s40263-019-00621-7>
- Karadağ, M., Gokcen, C. ve Sarp, A. S. (2020). EMDR Therapy İn Children And Adolescents Who Have Post-Traumatic Stress Disorder: A Six-Week Follow-Up Study. *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice*, 24(1), 77-82. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1682171>
- Kavakçı, Ö., Doğan, O. ve Kuğu, N. (2010). EMDR: Psikoterapide Farklı Bir Seçenek. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(3), 195-205. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2010230307>
- Keuthen, N. J., Koran, L. M., Aboujaoude, E., Large, M. D. ve Serpe, R. T. (2010). The Prevalence Of Pathologic Skin Picking In US Adults. *Compr Psychiatry.* 51(2), 183–186. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.04.003>
- Koblentz, C. S. ve Gupta, R. (2013). Neurotic Excoriations And Dermatitis Artefacta. *Semin Cutan Med Surg.* 32(2), 95–100. <https://doi.org/10.12788/j.sder.0008>



- Lochner, C., Roos, A. ve Stein, D. J. (2017). Excoriation (Skin-Picking) Disorder: A Systematic Review Of Treatment Options. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 14(13), 1867–1872. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121138>
- Lovato, L., Ferrao, Y. A., Stein, D. J., Shavitt, R. G., Fontenelle, L. F., Vivan, A., Miguel, E. C. ve Cordioli A. V. (2012). Skin Picking And Trichotillomania In Adults With Obsessive-Compulsive Disorder. *Compr Psychiatry.* 53, 562-568. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.06.008>
- Machado, M. O., Köhler, C. A., Stubbs, B., Nunes-Neto P. R., Koyanagi, A., Quevedo, J., Soares, J. C., Hyphantis, T. N., Marazziti, D., Maes, M., Stein, D. J. ve Carvalho, A. F. (2018). Skin Picking Disorder: Prevalence, Correlates, And Associations With Quality Of Life In A Large Sample. *CNS Spectr.* 23(5), 311–320. <https://doi.org/10.1017/S1092852918000871>
- Mukba, G., Tanrıverdi, S., ve Tanhan, F. (2020). Deprem Travmasında EMDR'nin Etkinliğinin Araştırılması: Olgu Sunumu. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 49(1), 477-500. <https://doi.org/10.14812/cuefd.567439>
- Neziroglu, F., Rabinowitz, D., Breytman, A. ve Jacofsky, M. (2008). Skin Picking Phenomenology And Severity Comparison. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 10(4), 306–12. <https://doi.org/10.4088/pcc.v10n0406>
- Odlag, B. L., Lust, K., Schreiber, L. R., Christenson, G., Derbyshire, K., ve Grant, J. E. (2013). Skin Picking Disorder In University Students: Health Correlates And Gender Differences. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(2), 168-173. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.08.006>
- Piacentini, J. C. ve Chang, S. W. (2006). Behavioral Treatments For Tic Suppression: Habit Reversal Training. *Advances In Neurology.* 99, 227–233.
- Ricketts, E. J., Snorrason, Í., Kircanski, K., Alexander, J. R., Thamrin, H., Flessner, C. A., Franklin, M. E., Piacentini, J. ve Woods, D. W. (2018). A Latent Profile Analysis Of Age Of Onset In Pathological Skin Picking. *Compr Psychiatry.* 87, 46–52. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.08.011>
- Rosenbaum, M. S. ve Ayllon, T. (1981). The Behavioral Treatment Of Neurodermatitis Through Habit-Reversal. *Behav Res Ther.* 19, 313-318. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(81\)90052-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(81)90052-8)
- Sampaio, D. G. ve Grant, J. E. (2018). Body-Focused Repetitive Behaviors And The Dermatology Patient. *Clin Dermatol.* 36(6), 723–727. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.08.004>
- Schuck, K., Keijsers, G. P. ve Rinck, M. (2011). The Effects Of Brief Cognitive-Behaviour Therapy For Pathological Skin Picking: Arandomized Comparison To Wait-List Control. *Behav Res Ther.* 49, 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.09.005>
- Semiz, M., Atik, S. ve Erdem, M. (2016). Treatment Augmentation Effects Of EMDR Intervention After Traumatic Experiences In Patients With Major Depression: A Case Series. *Düşünen Adam - Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 29(1), 91 - 95.
- Shapiro, F. (1996). Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR): Evaluation Of Controlled PTSD Research. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 27, 209-218. [https://doi.org/10.1016/s0005-7916\(96\)00029-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7916(96)00029-8)

- Shapiro, F. (2002). EMDR 12 Years After Its Introduction: Past And Future Research. *Journal Of Clinical Psychology*, 58, 1-22. <https://doi.org/10.1002/jclp.1126>
- Shapiro, F. ve Maxfield, L. (2002). Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR): Information Processing In The Treatment Of Trauma. *Psychotherapy İn Practice*, 58(8), 933-946. <https://doi.org/10.1002/jclp.10068>
- Shapiro, F. (2014). The Role Of Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR) Therapy In Medicine: Addressing The Psychological And Physical Symptoms Stemming From Adverse Life Experiences. *Perm J*, 18(1), 71-77. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-098>
- Shapiro, F. (2016). *EMDR: Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Temel Prensipler, Protokoller Ve Prosedürler*, Okyanus Yayınları.
- Snorrason, I., Smári, J. ve Olafsson, R. P. (2010). Emotion Regulation In Pathological Skin Picking: Findings From A Non-Treatment Seeking Sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 41(3), 238–245. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.01.009>
- Solley, K. ve Turner, C. (2018). Prevalence And Correlates Of Clinically Significant Body-Focused Repetitive Behaviors In A Non-Clinical Sample. *Compr. Psychiatr.* 86, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.06.014>
- Torales, J., Páez, L., O'Higgins, M. ve Arce, A. (2016). Cognitive Behavioral Therapy For Excoriation (Skin Picking) Disorder. *Telangana Journal Of Psychiatry*, 2(1), 27-30. <https://doi.org/10.4103/2455-8559.314432>
- Ünveren, G. ve İzci, F. (2017). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi ve Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 6(1), 31 - 38.
- Wilson, E. (1875). *Lectures On Dermatology. Delivered In The Royal College Of Surgeons Of England 1874–1875*, J And A Churhil.

## Use Of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) In The Treatment Of Dermatological Disorders

### Summary

In skin picking disorder, which is considered in the context of dermatological diseases due to its disruptive appearance on the skin surface, dermatologists generally focus on improving the visible symptoms of the disorder (Koblenzer, 2013). This may cause the underlying psychological factors to be overlooked. Studies show that psychiatric comorbidity is quite common in dermatology (Connor et al., 2015; Ferreira et al., 2016). Unrevealed psychopathology aggravates the clinical course of skin diseases and greatly reduces the patient's quality of life. For these reasons, it is of great importance for experts working with these cases to consider the possibility of a psychological problem in order to synthesize effective treatment methods. Studies involving comparisons between genders show that the majority who meet the diagnostic criteria for skin picking disorder are women (77%), while the majority who meet the criteria for body-focused disorders are women, at rates of 24% and 6% in non-clinical and

clinical samples, respectively (Houghton et al., 2018). The fact that women are more likely to seek help for any mental health problem can be considered as a situation that explains this difference. However, some studies conducted in recent years indicate that a significant proportion of male clients may also have this disorder (Odlaug et al., 2013).

Stressful and traumatic life experiences stand out as a mediating factor in almost all skin diseases. It is known that psychopharmacology, cognitive behavioral therapy and the different treatment methods mentioned above are effective at various levels, but there is a relatively limited number of studies on the effectiveness of EMDR in the treatment of dermatological problems. In the following section, general descriptive information about the EMDR method used in the treatment of the case subject to the study is given and the case presentation is started in the context of these parameters. The EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) technique, which is translated into our language as Eye Movement Desensitization and Reprocessing, was introduced by Francine Shapiro in 1987 and is a holistic and effective psychotherapy method that includes elements of different psychotherapy approaches and has standardized treatment procedures (Shapiro, 2002).

EMDR first came to the fore with its effectiveness in the treatment of post-traumatic stress disorders, which leaves the individual with feelings of powerlessness or helplessness, disrupts almost all aspects of the life routine he has built until then, and requires individual and professional efforts to regain functionality (Shapiro, 2014). This technique aims to help the client learn from past experiences, become desensitized to current stimuli that cause stress and anxiety, and gain appropriate skills that he can use in the future in order to ensure his functionality in interpersonal relationships. The basic working units of the EMDR procedure are pictures, negative and positive cognitions, emotions, physical perceptions and emotional and cognitive evaluation scales, Subjective Units of Disturbance (SUD) and Validity of Cognition (VOC) (Shapiro, 2002). This study covers the case report of an individual who exhibited skin picking behavior using the EMDR method.

In this study, a list of past memories was created, and progress was made by working on the most recently experienced memory with the highest level of discomfort (SUD) and the first memory remembered. When the client stated that his complaints had decreased, the interviews were terminated in four sessions, and a control session was held in the ongoing process. In this study, the treatment process of a case presenting with skin picking disorder symptoms using the EMDR technique is included.

The successful conclusion of a single case is not sufficient to conclude that EMDR is an effective method in the treatment of skin picking behavior. However, the relative ease of application and rapid resolution of symptoms suggest that further research is warranted regarding the use of EMDR in body-focused disorders. One of the limitations of the study is that the client was asked about their SUD and VOC levels and their subjective ratings were used to evaluate the reduction of symptoms, and no scale was used. Literature reviews revealed that there were few studies with similar findings (Gupta & Gupta, 2002).