

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu komorbiditesi olan ergen bir hastanın göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) yöntemiyle tedavisi

Treatment with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for an adolescent patient with comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder

Hüsna Kaan¹, Ali Karayağmurlu², Nusret Soylu³

¹Dr.,²Uzm. Dr., ³Prof., İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İstanbul, Türkiye
<https://orcid.org/0000-0002-2053-2894>-<https://orcid.org/0000-0001-5464-2891>-<https://orcid.org/0000-0001-9418-7301>

ÖZET

Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing-EMDR) tekniği psikodinamik, bilişsel, davranışçı ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi iyi bilinen farklı yaklaşımların öğelerini içeren Travma Sonrası Stres Bozukluğunda kullanılan etkili bir tedavi yöntemidir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Zihinsel Yetersizlik gibi nöro gelişimsel bozukluklarla birlikte görülebilmekte ve eştanı varlığında tedavisi zorlaşabilmektedir. Bu yazıda altı sene önce iki arkadaşının tacizine uğramış ve olaydan beş sene sonra kendisinde olayları tekrar hatırlama, kabus görme, keyif alamama gibi TSSB belirtileri ortaya çıkan DEHB ve Sınırdaki Mental Kapasite tanılarıyla takip edilen 16 yaşında bir erkek olgunun EMDR ile tedavisi tartışılacaktır.

Anahtar Sözcükler: EMDR, Ergen, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, DEHB

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2019;23:116-120)

DOI: 10.5505/kpd.2020.19327

SUMMARY

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is an effective treatment method used in posttraumatic stress disorder that combines well-known elements of the different approaches such as psychodynamic, cognitive, behavioral and client-centered approach. Posttraumatic stress disorder (PTSD) can be seen with neurodevelopmental disorders such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Intellectual Disability and may be difficult to treat in the presence of comorbidity. In this paper, it will be discussed how to successfully treat with EMDR a 16-year-old male patient with the diagnosis of ADHD and Borderline Mental Capacity who had been sexually abused by his two friends six years ago and had symptoms of PTSD such as, flashbacks, nightmares and not enjoying life.

Key Words: EMDR, Adolescent, Posttraumatic Stress Disorder, ADHD

GİRİŞ

Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR; Eye Movement Desensitization and Reprocessing); psikodinamik, bilişsel, davranışsal farklı yaklaşımların bir araya geldiği bir psikoterapi yöntemidir (1). EMDR, rahatsız edici olayların işlenmesini hızlandırmak ve öğrenme sürecini iyileştirmek için belleğin algısal öğelerine (duygusal, bilişsel ve bedensel) odaklanmaktadır (2). Farklı ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan EMDR'nin Travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) tedavisinde etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir. Bisson ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanalizde Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve EMDR'nin TSSB'nin tedavisinde diğer terapilerden üstün olduğu bildirilmiştir (3,4).

TSSB doğal afetler, savaş, işkence, kaza ve tecavüz gibi önemli bir travmatik olaydan sonra, o olayı bizzat yaşayan veya tanık olan kişilerde ortaya çıkan bir bozukluktur. Kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğünü tehdit altında hisseden kişi, olaya korku ve çaresizlik duyguları ile tepki gösterir ve olayla ilgili akut dönem geçtikten sonra bile ısrarla olayı yeniden yaşıyormuş gibi hissetme ve olayı aklına getirmeme çabaları devam eder (5). TSSB gelişen olgulara majör depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, disosiyatif bozukluk, somatik belirti bozukluğu, konversiyon, psikoz gibi birçok ruhsal bozukluk eşlik edebilmektedir (6,7,8,9,10,11).

Aynı zamanda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Zihinsel Yetersizlik (ZY) gibi nöro gelişimsel bozukluklar da TSSB gelişimi için predispozan olabilmektedir (12,13). EMDR'nin yetişkin hastalarda kullanımı ile ilgili literatürde giderek artan miktarda yayın bulunmaktadır (14). EMDR'nin ergen hastalarda kullanımı ile ilgili ise nispeten az sayıda yayın bulunmaktadır. Özellikle DEHB ve ZY gibi psikoterapi yöntemlerinin kullanımında zorluk oluşturacak çoklu psikopatolojiye sahip ergen hastalarda EMDR'nin kullanımı ile ilgili bildiğimiz kadarıyla çok daha az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu yazıda cinsel travmadan altı sene sonra TSSB gelişen DEHB ve Sınır Mental Kapasite (SMK) tanıları ile takip edilen ergen bir

hastada EMDR'nin uygulanması ile ilgili bir vaka sunulacaktır.

OLGU SUNUMU

16 yaşında erkek, anne baba ile birlikte yaşıyor. On yıldır kliniğimizde SMK ve DEHB tanıları ve metilfenidat tedavisi ile takip edilmektedir. Olgudan alınan anamnezde altı sene önce kendisinden üç yaş büyük iki çocuk tarafından kandırılarak apartmanın kalorifer dairesine götürülüp cinsel amaçla dokunmak yoluyla tacize uğradığı öğrenilmiştir. Son birkaç haftadır yaşadığı olayın her gün sık sık aklına geldiği, olayla ilgili kabuslar gördüğü, uykuya dalmakta zorluk çektiği, aniden sinirlenmelerinin olduğu öğrenilmiştir. Bunun yanı sıra olgudan alınan öyküde kendini korkak biri olarak gördüğü ve suçladığı, çaresizlik düşüncelerinin olduğu, hayatı yaşamaya değer bulmadığını ve hayattan keyif almadığını ifade etmekteydi. Olgunun özgeçmişinde bilinen bir fiziksel hastalığı olmadığı belirlenmiştir. Hastaya 2008 yılında uygulanan WISC-R testinde sözel puanı 70, performans puanı 75, genel puanı ise 77 olarak bulunmuştur. Görüşme sırasında olgu Klinik Global İzlem ölçeği (KGİ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS) ile değerlendirildi. Olgunun psikometrik değerlendirmesinde KGİ:6 'ağır', BDE:32 'ağır', CAPS:57 'şiddetli' olduğu saptandı. Hastanın ruhsal durum muayenesinde duygudurumu depresif, anksiyöz; duygulanımı üzüntülü, düşünce içeriğinde depresif içerikli travmayla ilgili temalar mevcuttu, düşünce sürecinde herhangi bir bozulma yoktu. Hastaya DSM-5 tanı ölçütlerine göre mevcut tanılarına ek olarak Major Depresif Bozukluk ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanıları konuldu. Hastanın depresif şikayetleri için Fluoksetin 20mg/gün başlanması ve travmayla ilgili anıları için EMDR'nin uygulanması planlandı. Olgunun EMDR uygulanması yaz döneminde yapıldığından ve olgu bu dönemde DEHB için ilaç kullanmak istemediğinden ilk seans metilfenidat kullanılmadan yapıldı. Ancak seans esnasında olgunun dikkatinin çabuk dağıldığı ve yeterince koopere olamadığı gözlemlendi ve bu nedenle seans sonlandırıldı. Bir sonraki seansın, öncesinde uzun salınımlı Metilfenidat (OROS MPH) verilerek bir hafta sonra yapılması planlandı.

Hastanın tedavisi EMDR eğitimi almış bir terapist tarafından uygulandı. Sekiz aşamalı yapılandırılmış EMDR protokolü uygulandı (15). Uygulamadan bir saat önce DEHB nedeniyle dikkatinin dağılmaması için olguya metilfenidat tedavisi verilerek EMDR'ye başlandı. Öncelikle hastaya EMDR ile ilgili bilgi verildi ve uygulanan yöntem için olgudan ve ebeveyninden onam alındı. EMDR uygulamasıyla ilgili oturumlar arasında bilgi işlemlenin devam edebileceği anlatıldı. Bu sırada meydana gelebilecek rahatsız edici duygu ve/veya düşüncelerle baş edebilmesi için gevşeme ve solunum egzersizleri öğretildi ve birlikte güvenli yer oluşturuldu. Güvenli yerin çalışıp çalışmadığı olumsuz bir olay üzerinden test edildi. Sonrasında uygulanacak olan EMDR yöntemi için yaşadığı travmatik olayı en iyi temsil eden ve olayın en kötü kısmını oluşturan resimleri aklına getirmesi istendi. Resimlerle ilgili negatif kognisyonu 'Korkak ve çaresiz bir insanım.' ve bunun yerine inanmak istediği pozitif kognisyonu 'Güçlü bir insanım' olarak belirlendi. Pozitif kognisyonun kendisine ne kadar inandırıcı geldiği (VoC-Validity of Cognition) 1 tamamen yanlış 7 ise tamamen doğru olduğu, 1 den 7 ye kadar oluşan bir ölçekle değerlendirildi. VoC başlangıçta 1 idi. Negatif kognisyonun kendisini ne kadar rahatsız ettiğiyle ilgili olarak 0 nötr, 10 ise en yüksek rahatsızlık derecesi olmak üzere, 0 ile 10 arasında değerlendirildiği bir ölçekle puanlandırıldı. Rahatsızlık seviyesi ise (SUD) 9 idi. SUD belirlendikten sonra bu rahatsızlığı ile ilgili hangi duyguları hissettiği ve rahatsızlığın vücudunun neresinde hangi duyuma yol açtığı soruldu. Hastamızda oluşan en belirgin duygular korku ve çaresizlik duygularıydı. Tüm bunların rahatsızlıklarını ise göğsünde baskı şeklinde hissediyordu. Oturum sırasında oluşturulan güvenli yer hastanın olumsuz duygu ve düşüncelerinde rahatlamaya sağlayamadığından yeniden oluşturuldu. Olguya iki yönlü göz hareketleri ile uyarım verildi ve doksan dakika süren bir oturum uygulandı. Oturum sonrasında hastanın SUD seviyesi 1'e düşerken VOC seviyesi 6'ya yükseldi. Hastada EMDR uygulamasından sonra 'Ben korkak ve çaresiz bir insan değilim. Cesur ve güçlü bir insanım.' şeklinde yeni bilişler ortaya çıktı. İki hafta sonra yapılan kontrol görüşmesinde hastanın olayla ilgili yeniden yaşantılarının ve olumsuz bilişlerinin belirgin olarak gerilediği, depresif duygu durumunun azaldığı, ani sinirlenme ve ir-

kilme belirtilerinin normale döndüğü öğrenildi. Bu görüşmede yeniden uygulanan psikometrik testlerde; KGİ:2 'şüpheli' BDE: 9 'depresyon yok' CAPS: 14 'hafif/eşikaltı' olarak belirlendi. Hasta EMDR oturumlarından sonra altı ay boyunca iki ay aralıklarla düzenli kontrole çağırıldı ve bu süreç içerisinde eşik altı depresif şikayetleri için Fluoksetin 20 mg/gün tedavisine ve süregelen DEHB şikayetleri için Metilfenidat (OROS MPH) 36 mg/gün medikal tedavisine devam edildi. Bu takiplerde olgunun iyilik halinin devam ettiği gözlemlendi.

TARTIŞMA

Bu yazıda DEHB ve SMK tanıları ile on sene dir takip edilen 16 yaşında erkek bir olgunun TSSB ve MDB için EMDR yöntemi ile tedavisi sunulmuştur. TSSB tanısı alan olguların yaklaşık yarısının eş zamanlı olarak Majör Depresif Bozukluk tanısı aldığı bilinmektedir (16). Bununla birlikte Bernardy ve Friedman yalnızca TSSB'si olan hastaların, TSSB ve majör depresif bozukluk komorbiditesi olan hastalara oranla farmakolojik tedaviye yanıt verme oranlarının azaldığını bildirmişlerdir (17). Ayrıca Hoskins ve arkadaşlarının yayınladığı metaanalize göre farmakolojik ajanlar TSSB tedavisinde düşük etki büyüklüğüne sahiptirler (18). Psikoterapilerin TSSB tedavisinde etkili olduğu ve psikofarmakolojik ajanlarla birlikte uygulandığından etki büyüklüğünün arttığı bilinmektedir (19). Bu nedenle olgumuzun tedavisinde EMDR ve psikofarmakoloji eşzamanlı olarak kullanılmıştır.

TSSB'nin hem DEHB hem de ZY tanıları olan hastalarda normal popülasyona göre daha sık görüldüğü bilinmektedir (12, 13). Spencer ve arkadaşları yayınladıkları metanalizde DEHB ve TSSB'nin birbirlerini iki yönlü arttırabildiklerini belirtmişlerdir (20). Soylu ve arkadaşları cinsel istismar mağduru çocuklarla yaptıkları çalışmada normal gelişim gösteren çocuklara kıyasla zihinsel yetersizliği olan olguların daha yüksek oranlarda tekrarlayan cinsel istismara maruz kaldıklarını saptamışlardır (21).

EMDR'nin TSSB'nin tedavisinde kullanılan etkili bir yöntem olduğu birçok çalışmada gösterilmekle

birlikte TSSB ile yüksek komorbidite gösteren DEHB ve/veya ZY tanılı olgularda EMDR yönteminin uygulanmasıyla ilgili az sayıda vaka bildiri-mi bulunmaktadır. Mewissen ve arkadaşları zihin-sel yetersizlik ve TSSB tanıları olan 4 olguda EMDR kullanmış ve EMDR'nin etkili olduğunu bildirmişlerdir (22). Benzer şekilde Broad ve arkadaşları da DEHB ve TSSB semptomları olan hastalara EMDR uygulamış ve tedavi sonrasında hem TSSB hem de DEHB belirtilerinde belirgin azalma olduğunu saptamışlardır (23). Bizim olgumuzda ise yukarıdaki olgulardan farklı olarak hem DEHB hem de SMK tanıları bulunmaktaydı. Olgumuz EMDR'nin DEHB ve ZY olan hastalarda da uygulanabileceğini ve etkili olabileceğini düşündürmektedir. EMDR'nin TSSB'de belirtilerde birçok tedaviden daha hızlı düzelmeye sağladığı ve daha az tedavi seansı gerektirdiği bildirilmiştir (3,4). Özellikle DEHB'nin bu tür olgularda uzun süreli tedavi yöntemleri için bir zorluk oluşturabileceği, böyle olgularda EMDR'nin alternatif bir tedavi olabileceği dikkate alınmalıdır.

Olgumuz DEHB'nin eşlik ettiği olgularda EMDR öncesi DEHB'ye yönelik etkin bir tedavinin başlanması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca EMDR esnasında dikkati çabuk dağılan, yeterince koopere olamayan olgularda komorbid DEHB'nin de düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Benzer şekilde Ermiş ve arkadaşları da çocuk çağında maruz kaldığı bir cinsel travma sonrası vajinismus belirtileri gelişen DEHB tanılı bir olguya metilfenidat tedavisiyle EMDR yöntemini uygulamış ve hastanın vajinismus belirtilerinde belirgin iyileşme olduğunu bildirmişlerdir (24). Psikostimulanlardan methylenedioxymethamphetamine'in (MDMA) TSSB belirtileri için psikoterapi yöntemleri ile birlikte kullanılması ile ilgili literatürde giderek artan miktarda yayın bulunmaktadır (25). Ancak bildiğimiz kadarıyla metilfenidatın TSSB için uygulanan psikoterapi yöntemleri ile birlikte kullanılması ile ilgili çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu konuyla ilgili yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Klinisyenlerin DEHB ve ZY komorbiditesi olan olgularda TSSB belirtileri için EMDR'nin uygulanabilir ve etkili bir tedavi yöntemi olabileceğini akıllarında bulundurmaları tedavi ve takip açısından faydalı olacaktır.

Yazışma Adresi: Dr. Hüsna Kaan, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye husnakaan@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety disorders*. 1999;13:35-67.
2. Shapiro F, Maxfield L. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Psychotherapy in Practice*. 2002;58:933-946.
3. Lazrove S, Triffleman E, Kite L, McGlashan T, Rounsaville B. An open trial of EMDR as treatment for chronic PTSD. *Am J Orthopsychiatry*. 1998;68:601-608.
4. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;18:CD003388.
5. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA, editors. New York: Lippincott Williams & Wilkins. 2005.
6. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of general psychiatry*. 2007;64:49-56
7. Dai W, Kaminga AC, Tan H, Wang J, Lai Z, Wu X, Liu A. Comorbidity of post traumatic stress disorder and anxiety in flood survivors. *Medicine*. 2017;96: e7994-e7994.
8. Carrion VG, Steiner H. Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39:353-359.
9. Wijma K, Samelius L, Wingren G, Wijma B. The association between ill-health and abuse: A cross sectional population based study. *Scandinavian journal of psychology*. 2007;48:567-575.
10. Roelofs K, Keijsers GP, Hoogduin KA, Näring GW, Moene FC. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159:1908-1913.
11. Burns JK, Jhazbhay K, Esterhuizen T, Emsley R. Exposure to trauma and the clinical presentation of first episode psychosis in South Africa. *Journal of psychiatric research*. 2011;45:179-184.
12. Morano JP. Sexual abuse of the mentally retarded patient: Medical and legal analysis for the primary care physician. *Primary Care Companion to the Journal of clinical Psychiatry*. 2001;3:126-135
13. Biederman J, Petty C, Spencer TJ, Woodworth KY, Bhide P, Zhu J, Faraone SV. Is ADHD a risk for post traumatic stress disorder (PTSD)? Results from a large longitudinal study of referred children with and without ADHD. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2014;15:49-55.
14. Jeffries FW, Davis P. What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2013;41:290-300.
15. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures. Guilford Press. 2001.
16. Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, Youngstrom EA. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Trauma Stress*. 2013;26(3):299-309.
17. Bernardy NC, Friedman MJ. Psychopharmacological strategies in the management of posttraumatic stress disorder (PTSD): What have we learned? *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17:564.
18. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, et al Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;206(2):93-100.
19. Pratchett LC, Daly K, Bierer LM, & Yehuda R. New approaches to combining pharmacotherapy and psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Expert opinion on pharmacotherapy*. 2011;12:2339-2354.
20. Spencer AE, Faraone SV, Bogucki OE, Pope AL, Uchida M, Milad MR, Biederman J. Examining the association between posttraumatic stress disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. 2016.
21. Soylu N, Şentürk P, Ayaz M, Sönmez S. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etkenlerin araştırılması. *Anatolian Journal of Psychiatry Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012;13:4.
22. Mevissen L, Lievegoed R, De Jongh A. EMDR treatment in people with mild ID and PTSD: 4 cases. *Psychiatric Quarterly*. 2011;82:43-57.
23. Broad RD, Wheeler K. An adult with childhood medical trauma treated with psychoanalytic psychotherapy and EMDR: a case study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2006;42:95-105.
24. Ermiş B, Kaya B, Alpak G. Bipolar Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanıları ile İzlenen Bir Olguda Eşlik Eden Vajinismusun EMDR ile Tedavisi. 2014;25 suppl 2: 79
25. Slomski A. MDMA-assisted psychotherapy for ptsd. *JAMA*. 2018;319:2470-2470.