

EMDR Fibromiyalji Tedavisinde Yeni Bir Seçenek Olabilir mi? Olgu Sunumu ve Gözden Geçirme

EMDR: A New Choice of Treatment in Fibromyalgia? A Review and Report of a Case Presentation

Önder Kavakçı¹, Ece Kaptanoğlu², Nesim Kuğu³, Orhan Doğan⁴

¹Yrd.Doç.Dr., ³Doç.Dr., ⁴Prof.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ²Prof.Dr., Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas

ÖZET

Fibromiyalji Sendromu (FMS) etyolojisi belli olmayan yaygın vücut ağrıları, belirli anatomik bölgelerde hassasiyet, azalmış ağrı eşiği, uyku bozuklukları, yorgunluk ve sıklıkla psikolojik sıkıntı ile karakterize eklem dışı romatizmal bir hastalıktır. FMS'de psikiyatrik komorbidite yüksektir ve son zamanlarda FMS ve psikolojik travma ilişkisini gösteren yayınlar artmaktadır. Bu olgu sunumunun amacı psikolojik travmaya yönelik bir tedavinin FMS'nin belirtilerini yatıştırıp yatıştırmayacağını değerlendirmektir. Bu amaç doğrultusunda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) kliniğinden ilaç tedavisine iyi yanıt vermemiş FMS tanısı konulan bir hastada önce travma yaşantısı olup olmadığı değerlendirilmiş, ardından saptanan travmalarına yönelik göz hareketleriyle duyarısızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing) uygulanmıştır. Hasta; Beş yıldır şikâyetleri olan 34 yaşında, evli, kadın, ilaç kullanmıyor. Visuel Ağrı Skalasında (VAS) ağrı düzeyi 9-10, hassas nokta sayısı 15/18 olarak belirlendi. Beck Depresyon Ölçeği puanı (BDÖ) 22 ve Foa Travma Değerlendirme Ölçeği (TDÖ) puanı 41 olarak saptandı. EMDR tedavisi sonrasında; VAS 3, hassas nokta sayısı 11/18, TDÖ 6, BDÖ puanı 2 olarak bulundu. Hastanın 3 ve 6 aylık takipte iyilik halinin sürdüğü tespit edildi. Bu olgunun travmalarına yönelik tedavi uygulanması sonrasında hem psikiyatrik hem de somatik yakınmalarında belirgin düzelleme görülmüş ve bu iyileşmenin olası mekanizmaları tartışılmıştır. FMS'li olgularda travmatik deneyimlerin aranması ve EMDR veya başka travma yönelimli yaklaşımların uygulanması olumlu sonuçlar verebilir.

Anahtar Sözcükler: Fibromiyalji, travma, psikoterapi, EMDR

(*Klinik Psikiyatri 2010;13:143-151*)

SUMMARY

Fibromyalgia syndrome (FMS) is a nonarticular rheumatic disease with unknown etiology and is characterized by widespread pain, increased tenderness in some anatomical regions, increased pain sensitivity, sleep disorders, fatigue and frequently by psychological distress. Psychiatric comorbidity is high in FMS and reports denoting to relationship of FMS and psychological trauma have increased recently. We aimed to assess whether or not a treatment modality concerning trauma can alleviate symptoms of FMS. One of the FMS patients who was admitted to the outpatient department of Physical Medicine and Rehabilitation was randomly assigned to the present study. After that, assessed whether patients's traumatic experiences, and the Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy was performed to the patient. A thirty-four year old female married patient, had symptoms of FMS for five years. She was not on any medication. Intensity of her pain was identified as 10 by visual analog scale (VAS), tender point count was 15 out of 18 and the scores of Beck Depression Scale (BDS) and The Post Traumatic Diagnostic Scale (PDS) were 22 and 41, respectively. After the EMDR treatment VAS score was 3, tender point count was 11 and the scores of BDS and PDS were 2 and 6, respectively. The recovery was sustained at the 3rd and 6th months of follow up. In this case, we observed amelioration in both psychiatric and somatic symptoms of the patient after EMDR therapy and we discussed the possible mechanisms of this recovery. Searching for traumatic experiences and treating those traumas in FMS patients by EMDR or similar methods may result in favourable results.

Key Words: Fibromyalgia, trauma, psychotherapy, EMDR

GİRİŞ

Fibromiyalji sendromu (FMS); etiyolojisi belli olmayan, yaygın vücut ağrıları, belirli anatomik bölgelerde hassasiyet, azalmış ağrı eşiği, uyku bozuklukları, yorgunluk ve sıklıkla psikolojik sıkıntı ile karakterize eklem dışı romatizmal bir hastalıktır (Yunus ve ark. 1981, Wolfe ve ark. 1990a). ABD'de yaygınlığı genel toplumda %2 civarında, kadınlarda %3.4, erkeklerde %0.5 bulunmuştur (McBeth ve Silman 2001). Epidemiyolojik bulgular toplum örneklemelerinde FMS hastalarında özellikle depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar olmak üzere psikiyatrik bozuklukların artmış olduğunu göstermektedir (Wolfe ve ark. 1995b). FMS'de halen en yaygın kullanılan tedavi şekli anti-depresanlar olmakla birlikte etki büyüklükleri küçük bulunmuştur (Häuser ve ark. 2009).

Oluş nedenlerinin tam olarak bilinmese de FMS, santral ağrı süreçlerindeki fonksiyon bozulmasından ortaya çıkan bir sendrom olabileceği ve gelişminden nörolojik mekanizmaların sorumlu olabileceği düşünülmektedir (Abeles ve ark. 2007). Çeşitli çalışmalar Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve FMS arasında da bir ilişki olduğunu ileri sürmüştür (Cohen ve ark. 2002, Roy-Byrne ve ark. 2004, Ciccone ve ark. 2005). Bir komorbidite çalışmasında TSSB olan hastaların %49'unda FMS görülürken, depresyonlu hastaların %5'inde FMS görülmüştür ve normal kontrollerin hiç birinde FMS'ye rastlanılmamıştır (Amital ve ark. 2006). Çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimler, suistimal veya ihmalinin yol açtığı Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal (HPA) eksen düzensizlikleri gibi nöroendokrin düzensizliklerle; erişkin FMS'sinin ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Weissbecker ve ark. 2006). Fibromiyalji için uygulanan ilaçların etki güçlerinin küçük olması nedeniyle ilaç dışı birçok yaklaşım denenmiştir. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) (Bennett ve Nelson 2006), hipnoz (Martínez-Valero ve ark. 2008) sosyoterapi, fizik tedavi, psikoterapi, yaratıcı sanat terapisini içeren multidisipliner yaklaşımlar (Kroese ve ark. 2009), yaşam stili değişimleri ve fiziksel egzersiz (Sumpton ve Moulin 2008), yönlendirilmiş imajinasyon (Menziés ve Kim 2008), biyofeedback (Kayıran ve ark. 2007) gibi yaklaşımlar denenmiş ve yararlı oldukları gösterilmiştir. Tek başına veya diğer yaklaşımlarla birlikte BDT en çok çalışılan yöntemdir.

BDT; ağrı ile ilişkili davranışta, kişisel yeterlilik hissinde, baş etme becerilerinde ve tüm fiziksel fonksiyonlarda faydalı görünmektedir. Bennet ve Nelson (2006) bir gözden geçirmelerinde FMS'li hastalar için uygulanan BDT'nin de benzer faydalar gösterdiğini bildirmişlerdir. Bu tekniklerin etki güçleri de ılımlı düzeydedir (Hasset ve Gervirtz 2009).

Bir çok çalışma FMS olan hastaların en azından bir kısmında normal kontrollere göre daha fazla travmatik deneyim ve stresör olaylar tanımlamasına ve travmatik deneyimlerin FMS'nin etiyolojisinde olası faktörlerden biri olduğu ileri sürülmesine rağmen, ulaşabildiğimiz literatürde FMS hastalarında özellikle travmatik deneyimlere yönelik tedavi yaklaşımlarına rastlayamadık. Yakın bir gözden geçirmede TSSB tedavisinde etkili yöntemler olarak Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi ve EMDR gösterilmektedir (Bisson ve Andrew 2007). Travmaya odaklanmayan BDT TSSB'de etkili görünmemektedir. FMS'li hastalar üzerinde BDT yaklaşımı ile yapılan çalışmalar ise travma odaklı değildir.

EMDR psikodinamik, bilişsel, davranışsal ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi çok iyi bilinen farklı yaklaşımların öğelerini bir araya getiren bir yöntemdir (Shapiro 2001). Özellikle TSSB'de etkilidir ve çeşitli kılavuzlarda TSSB için ilk sıra tedaviler arasında gösterilmektedir (APA 2009, NICE 2005). EMDR'nin ayrıca kronik ağrıda (Grant 2000a, Grant ve Threlfo 2002b) ve fantom ağrısında (Schneider ve ark. 2008) migren ağrısında (Marcus 2008) yararlı olduğuna dair bildirimler vardır. FMS'li hastalar üzerinde EMDR ile literatürde az çalışma vardır. Mazzola ve ark. (2009) içlerinde FMS'li hastaların da bulunduğu kronik ağrılı 38 hastaya 12 hafta süren EMDR'nin ağrı protokolünü uygulamışlardır. Tedavi sonunda, hastalarının yakınmalarında belirgin düzelme, ağrıya yönelik kullanılan ilaç miktarında belirgin azalma ve yaşam kalitelerinde belirgin iyileşme, depresyon ve anksiyete puanlarında belirgin bir düşme bildirmişlerdir.

Çeşitli çalışmalar FMS'de travmanın dikkate alınmasını önermektedir (Amital ve ark. 2006, Aaron ve ark. 1997, Gupta ve ark. 2007). Bu nedenle ve yukarıda özetlenen bulgular temel alınarak; Üniversite hastanemizde Fizik Tedavi ve

Rehabilitasyon (FTR) kliniğinden FMS tanılı, halen ilaç kullanmayan herhangi bir hastalarını kliniğimize yönlendirilmesi istendi. FMS'li hastada EMDR uygulamasının hastanın belirtilerini düzeltceği varsayımını sınamak amaçlandı.

YÖNTEM

Hasta ile haftada bir görüşüldü, 60-90 dakikalık seanslar uygulandı. FMS tanılı hastanın tedavi öncesi ve sonrasında bedenindeki hassas nokta sayısı ve Visüel Ağrı Skalası (VAS) puanı FTR uzmanı tarafından belirlendi. Hasta tedavi öncesinde ve sonrasında Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ve Travma Değerlendirme ölçeğini doldurdu (TDÖ). Hastanın travmaları belirlendi ve EMDR protokolüne göre çalışılacak her anı için aşağıdakiler belirlendi ve tedavi uygulandı;

Resim: travmayı düşündüğünde gözünün önüne gelen görüntü.

Duygu: Bu görüntü/resim ile birlikte gelen duygular.

Olumsuz biliş: Resime odaklandığında, bu anının kendisi ile ilgili oluşturduğu olumsuz biliş.

Olumlu biliş: Tedavi sonunda travmatik anı ile ilgili resime odaklanırken kendisi ile ilgili sahip olmayı arzu ettiği olumlu biliş (ulaşılmak istenen biliş).

VoC (Validity of Cognition): Şu anda travmatik anının resmine odaklandığında olumlu bilişin geçerliliğinin sayısal değeri (hasta yedi üzerinden bir değer biçer).

SUD (Subjective unit of disturbance): travmatik anı ile ilgili resme odaklandığında, bu anının oluşturduğu rahatsızlığın öznel hissini sayısal değeri (hasta on puan üzerinden bir değer biçer).

Bedensel duyum: belirlenen resme odaklandığında oluşan öznel rahatsızlığın hastanın bedeninin neresinde hissedildiği (hasta hedef resme odaklandığında yaşadığı öznel rahatsızlığı bedeninde nerede hissettiğini ifade eder).

Kullanılan ölçekler:

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenlerini ölçmek amacıyla Beck tarafından geliştirilmiş bir

özbildirim ölçeğidir. "0" ile "3" arasında derecelendirilen dörtlü Likert tipinde cevaplanan 21 maddeden oluşmaktadır. Ülkemizde üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır, kesme puanının 17 olarak kabul edildiği bildirilmiştir.

Travma Değerlendirme Ölçeği (TDÖ): Foa ve ark. tarafından geliştirilmiş, DSM IV'e göre belirlenmiş TSSB semptomlarının ciddiyetini değerlendiren bir ölçektir. Her madde sıfır (hiç veya sadece bir kez) ile üç (haftada beş kez veya daha sık) arasında değerlendiren dört puanlı bir ölçektir. Katılımcılar belirli bir index travma deneyimi ile ilgili sorulara yanıt verirler. Travma şiddetini yok ile ağır arasında belirler. Işıklı tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Işıklı 2006).

OLGU

MY 34 yaşında, evli, ev hanımı, 3 çocuk sahibi. Hastanın 5 yıldır yaygın ağrı ve çabuk yorulma şikâyetleri ile başvurdu. FTR Polikliniğinden Amerikan Romatizma Koleji 1990 FMS klasifikasyon kriterlerine (Wolfe ve ark. 1990a) göre tanı konularak, amitriptilin, kas gevşetici, antiinflamatuar ilaçlarla tedavi almış, yakınmaları düzelmemiş. Halen her hangi bir ilaç kullanmadığını bildirdi. Bir yıl öncesine kadar hipertirodi nedeniyle, Propylthiouracil kullanmış, bir yıldır kullanmıyormuş. Evliliğinin ilk yıllarında eşinin ailesi ile birlikte yaşamışlar, halen eşi ve çocukları ile ayrı bir evde yaşıyormuş.

Hastaya kliniğimizde; BDÖ ve TDÖ'ni doldurdu. VAS'de ağrı düzeyini 9-10 olarak bildirdi ve hassas nokta sayısı 18 de 15 olarak saptandı. Hasta; TDÖ'de üç ayrı travmatik olay tanımlamıştı. Çocukluk yıllarında bir yakını tarafından cinsel tacize maruz kalması, 30 yaşındayken kardeşinin vurularak yaralanması ve kardeşini vuran kişilerce ölümle tehdit edilmesi ve eşi tarafından aldatılması. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) tanılama sisteminde aldatılma öyküsü travmatik deneyim olarak tanınmamakla birlikte, bu olay ve beraberinde yaşananlar hasta tarafından en şiddetli rahatsızlık veren durum olarak tanımlanmıştır.

İlk görüşmede hastaya travma ve EMDR hakkında bilgi verilmiş, çalışma prosedürü anlatılmış, olası

yarar ve komplikasyonlar açıklanmış ve çalışmaya katılmak için yazılı onayı alınmıştır. FMS'de yalnızca travmaya yönelik bir EMDR uygulamasının yararlı olduğuna dair bir bilgi olmadığı, bu çalışmanın bir hipotezi sınamak amaçlı yapıldığı bilgisi de verilmiştir. Hastanın belirlediği bu üç travmatik deneyim için çalışmak üzere anlaşıldı. Seanslara düzenli gelmek ve çalışmada kullanılan ölçekleri doldurmak hastanın sorumlulukları olarak belirlendi.

1. SEANS

İlk seansta MY'den öykü alındı, travma ölçeğinde tanımladığı stresör olaylar netleştirildi. EMDR protokolüne göre hastanın tedaviye hazırlığı için güvenli yer ve ışık egzersizleri çalışıldı. Tedavinin hedefleri belirlendi ve semptomları hakkında bilgi verildi. Erişkinlikte yaşanan travmanın daha kolay ele alınabileceği düşünüldüğünden, başlangıçta erişkinlik travmasının ele alınmasına karar verildi. EMDR çalışması için:

Resim: Kardeşinin vurulması ve kanlı görüntüsü

Duygu: korku

Olumsuz biliş: tehlikedeyim

Arzu edilen olumlu biliş: şu anda güvendedeyim

VoC puanı: 1

SUD: 9

Beden duyumu: hasta resme odaklandığında oluşan öznel rahatsızlığı bedeninde göğüste hissettiğini bildirdi.

İki yönlü uyarım (İYU) verilmesi ile birlikte; kardeşini yaralayan kişilerin evlerini basmaları, hasta ve yakınlarını tehdit etmeleri, daha sonra mahkemede tekrar karşılaşmaları, kardeşinin hastanedeki halini görmesi, uzun süre hastaneye gide-memesi, kardeşinin yaralandığı yerdeki kan görüntüsünü içeren sahneleri anımsadı. EMDR uygulamasından sonra, bu konu ile ilgili anılar sıkıntı vermez hale geldi ve bu anılar hatırlandığında "şu an güvendedeyim, geçti geride kaldı" şeklinde yeni bilişler oluştu. SUD puanını sıfır olarak tanımlayan hastanın, yerleştirilen şimdi güvendedeyim bilişi için VoC puanı altı olarak belirlendi.

2. SEANS

İlk seansta çalışılan konunun artık kendisini rahatsız etmediğini ve bedensel olarak daha rahat olduğunu belirten hasta ile çocukluk travması çalışıldı. Amcası tarafından cinsel taciz öyküsü değerlendirildi. Bu olayla ilgili ilk seansta olduğu gibi, resim olarak; amcasının kendisini taciz ederken anımsanan görüntüler, yaşadığı korku duygusu, bununla beraber gelen utanç veren biriyim bilişi çalışıldı, SUD düzeyini 10 olarak bildiriyordu. SUD düzeyi bir olana ve benim hatam değildi şeklinde olumlu biliş yerleştirilene kadar iki yönlü uyarım uygulandı. Artık; "Benim değil amcamın utanması gerekir" diyordu. Kendisine bir güven geldiğini, üzerinden bir duman kalktığını belirtiyordu. "Şimdi sadece çocuklarım da benzer şeyler yaşar mı diye korkuyorum, onları nasıl korurum diye düşünüyorum" diyordu.

3. SEANS

Seans başında hasta bedensel olarak belirgin bir şekilde rahatlamış olduğunu, uykularının biraz arttığını, ancak biraz unutkanlığı olduğunu ve hafta boyunca biraz da stresli olduğunu belirtti. Önceki seansta çalışılan anı ile ilgili SUD değeri değerlendirildi, "yok denecek kadar az" yanıtı üzerine bu seansta, eşinin hayatında başka bir kadının olduğunu öğrendiği anısı hedeflendi. Eşi ve diğer kadın arasındaki mesajları bulduğu an çalışıldı.

Resim olarak; telefondaki mesajı gördüğü an, duygu olarak; öfke, şaşkınlık bildiriyordu. Kendisi ile ilgili olumsuz biliş; enayiyim, yeterince iyi değilim ve ulaşmak istediği olumlu biliş; yeterince iyiyim şeklindeydi. VoC değerini bir, SUD değerini; 10 olarak tanımlıyordu. Rahatsızlığı bedeninde göğsünde kalbinde sıkıntı olarak belirliyordu. Sekiz yıl önce yaşanmış bir olay olmasına rağmen etkileri halen sürüyordu. Bu seans boyunca hasta eşinin mesajlarını bulduğu an, eşinin önce inkâr edışı, sonra olayı kabullenmesi, evliliğine ve eşine sahip çıkmaya çalışması, diğer kadınla yüzleşmelerini anımsadı, süre dolmasına rağmen olayın verdiği rahatsızlık seviyesinde herhangi bir azalma olmaması nedeniyle Shapiro'nun önerdiği tamamlanmamış seanslarda uygulanan "ışık egzersizi" ile hasta rahatlatılarak seans bitirildi.

4. SEANS

Hasta randevusuna gelmedi, daha sonra unuttuğunu söyleyerek başka bir randevu istedi.

5. SEANS

Geçen 15 gün boyunca hasta şikayetlerinin çok arttığını, şiddetli ağrıları olduğunu bildirdi. Bu süre boyunca sık sık eşi ile kavga ettiğini, çok öfkeli olduğunu, bir kez otobüste giderken uyuya kaldığını, tahammülsüz olduğunu ve çabuk sinirlendiğini bildirdi. Sürekli eşini suçladığını, bir taraftan da kavga çıkardığı için kendisini suçlu hissettiğini bildirdi. Eşine güvenmediğini ve bunları hak etmediğini söylüyordu. Hastanın bir randevusuna gelmemesi, şikâyetlerinin şiddetlenmesi, yoğun öfke hislerinin bulunması nedenleri ile bu seansta "kaynak geliştirme (resource installation) çalışması yapıldı. Yaşamı boyunca başarılı hissettiği, kendisi ile gurur duyduğu ya da mutlu -huzurlu olduğu çeşitli anılar bulunup bu anılar ve o anılar sırasında kendisi ile ilgili bilişleri çalışıldı. Tüm seans bu çalışmaya ayrıldı. Seans sonunda gevşemiş ve rahatlamış olduğunu bildiriyordu.

6. SEANS

Altıncı seansa geldiğinde haftasının iyi geçtiğini, eşi ile bu hafta boyunca aralarının iyi olduğunu, ağrıların pek olmadığını, uykusunun sık bölündüğünü, kendisini sınırlendiren rüyalar gördüğünü, sinirlenince sırtında bıçak saplanması şeklinde ağrıların ve çarpıntısının olduğunu bildirdi. Bu seansta eşi ve kendisinin içinde bulunduğu yoğun kaygı temalarının hâkim olduğu son dönem rüyaları olduğunu bildirmesi üzerine normal protokolden farklı olarak bitmeyen seansın devamı yerine; yine hastanın rahatlatılması amacı ile rüyaları ve bunlarla beraber gelen beden duyuları hedeflenerek çalışıldı. Beden duyuları ve rüyalarla ilgili duyguları SUD sıfır seviyesine geldiğinde seans sonlandırıldı.

7. SEANS

Yedinci seansa da hasta; hafta boyunca gördüğü sıkıntılı rüyalarını getirdi. Düşlerinde eşinin hayatına giren kadın ve o kadının annesi ile tartıştığını görmüştü. Rüya içinde ve sonrasında çok

ağladığını, "sevilmeyen aptal biri olduğu, bunları hak edecek bir şeyler yapmış olduğu" şeklinde bilişleri bulunduğunu bildirdi. Kalp çarpıntısı ve ağrı yakınmaları bildiriyordu. Seans sırasında rüya ve onunla beraber gelen diğer kadınla gerçekten yaşanmış bir tartışma sahnesi çalışıldı. Seans boyunca yoğun çarpıntı ve bedensel ağrıları oldu. Seans sonunda "sanki içini dökmüş rahatlamış" gibi olduğunu, ama "bedeninin gergin" olduğunu bildirdi. Işık egzersizi ile seans sonlandırıldı.

8. SEANS

Bu seansa hasta sık sık eşi ve diğer kadını düşünme yakınması ile geldi, nefesinin boğazına düğümlenmesi, çarpıntı ve yaygın beden ağrıları tanımlıyordu. Eşinin hastanede yattığı bir dönemde o kadının hastanede ziyarete gelme anısı, bu anı ile birlikte gelen "aptalım ve çok şanssız bir insanım" bilişleri ve yine bu anı ile beraber gelen karamsarlık, moral bozukluğu ve ağlama hissi çalışıldı. Seans boyunca öfke, karamsarlık duyguları bildirdi. Seans sonuna doğru yapılan müdahalelerle, bu olaylar sonucu kazananın kendisi olduğu, bütün bu yaşantılar sonrasında ailesini koruduğu, eşinin de kendisini seçtiği, diğer kadının toplum içinde küçük düştüğü şeklindeki bilişleri ortaya çıktı. Diğer kadının kendi kocasına bu olayı anlatmaması için hastamıza yalvardığı şeklindeki yaşantısını hatırladı. Seans sonunda "Doğru davrandım, kendimle gurur duyuyorum" şeklinde bir bilişi vardı, bedeninin rahat olduğunu bildirdi.

9. SEANS

Bu seansa hasta her gün olmamakla birlikte ağrıları olduğunu bildirerek geldi. Uykuya zor dalma, sık uyanma yakınmaları vardı. TDFde aldığı puan 28 ve BDÖ'den aldığı puan 9'du. Terapist çocukluğu boyunca yaşadığı, çalışılması gerekebilecek stresör olayları araştırmaya ve bunları çalışmaya karar verdi. SUD düzeyi yüksek olmayan çeşitli stresör olaylar bulundu ve çalışıldı. Bu olayların SUD düzeyleri sıfır olacak şekilde seans tamamlandı.

10. SEANS

Uyku bozukluğu ve az miktarda ağrı yakınması ile geldi. Diğer kadınla tartıştıkları rüyalar gördüğünü bildirdi. Kalbinde-göğsünde sıkıntı ve heyecan

bildirdi. Bu seansta diğer kadının eşini hastanede ziyaret ettiği anısı, o anı ile beraber gelen "aptalım" bilşi ile sırt omuz ağrıları çalışıldı. Seans sırasında eşine karşı öfkelerini dile getirdi, onu artık eskisi gibi sevedemediğini belirtti. Üzüntü kıskançlık, heyecan tanımladı. Göz hareketleri devam ederken seansın bir noktasında "onlar kendilerini rezil ettiler, ben doğru olanı yaptım. Sanki bir film koptu beynimde, rahatım, rahatladım" şeklinde geri bildirim oldu. Seans sonunda kendisi ile ilgili "güçlüyüm, iyiyim" şeklinde bilşi vardı.

11. SEANS

Onuncu seanstan 20 gün sonra yapıldı. TDÖ puanı altı ve BDÖ puanı ikiydi. Üç gün eşinden ayrı kaldığını, onu özlediğini, eşini sevdiğini söylüyordu. Bu hafta içinde diğer kadınla karşılaştıklarını hafif heyecanlanma dışında bir şey yaşamadığını bildirdi. FTR kliniği değerlendirilmesinde; VAS skoru başlangıçta 10 iken, şimdi 3 olarak ölçüldü, hassas nokta sayısı 18 de 15 iken 18 de 11 olarak saptandı.

12. SEANS

Tedavinin sonlandırılmasından altı ay sonra yapılan takip seansında; hasta ağrılarında belirgin azalma ve yaşam kalitesinde belirgin artma bildirdi. Eskiden uykusu çok bölünürken şimdi yatar yatmaz uyuyabildiğini, zaman zaman sırt bölgesinde ağrılar olabildiğini ama eskiye göre çok düzeldiğini ifade etti. FTR değerlendirmesinde hassas nokta sayısı dokuz ve VAS düzeyi üç olarak değerlendirildi. BDÖ puanı sıfırdı. Travma ile ilgili semptomu bulunmuyordu. Eşi ile ilişkisinin daha iyi olduğunu, kendisine iş kurduğunu ve çalıştığını, kendine güveninin çok arttığını, eskiden insanlardan kaçınıırken şimdi çok rahat iletişim kurduğunu bildirdi.

TARTIŞMA

Fibromiyalji tanısı konulmuş ve ilaç tedavisi ile yeterince klinik düzelme sağlanamamış bu hastada, EMDR ile psikolojik travmalarının tedavisi sonrasında somatik yakınmalarının da düzeleceği şeklindeki araştırma hipotezinin bu çalışmada doğrulandığı görülmüştür. Fizik muayene bulgularının yanı sıra, ağrı, depresyon, travma ölçekleri ile saptanan iyileşme ile birlikte; klinik gözlemlerimiz

yaşam kalitesinde, işlevselliğinde artma, kendi bildirimine göre, eşi başta olmak üzere kişiler arası ilişkilerinde düzelme tedavi kazanımları olarak görülmektedir. Seanslar sırasında ve seans aralarında olumlu anıların çalışılmasıyla ya da gevşeme uygulamaları yapıldığında hastanın rahatlaması belirgin olarak görülmektedir. Sıkıntı veren anılara odaklanıldığında ise bedensel yakınmalarda artma görülmektedir. Bu anılar çalışıldığında, anı ile ilgili duygu (bu olguda çoğu zaman öfke) duyarsızlaştırıldığında ve onunla beraber gelen olumsuz bilşi düzeldiğinde bedensel yakınmalar kalıcı olarak ortadan kalkmıştır.

FMS'nin patogenezi tam olarak anlaşılamadığı için etkili nedene yönelik tedavi uygulanmamaktadır (Podolocki ve ark. 2009). FMS için önerilen antidepresan tedavilerinin etkinliği az bulunmuştur (Häuser ve ark. 2009) çoğunlukla da ilaç tedavisinin bırakılması ile ağrı yakınması tekrarlamaktadır. BDT'nin FMS'de yararlılığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir, genellikle ilaç tedavisi ile birlikte uygulanması önerilmektedir ve etkinliği ılımlıdır (Hassett and Gevirtz 2009).

FMS için EMDR kullanımı ilk kez Friedberg (2004) tarafından kullanılmıştır. Göz hareketlerinin stres azaltıcı ve relaksasyon etkisini öngörerek yürüttüğü çalışmasında, altı FMS tanısı konulmuş hastaya EMD (Eye Movement Desentization) uygulamış ve hastaların dördünün tedaviye yanıt verdiğini bildirmiştir. Tedavi bitiminde yanıt veren hastalarda 3 aylık takip sonunda iyileşmenin daha da ileri düzeye geldiğini saptamıştır (anksiyete ölçeğinde %45.8, depresyon ölçeğinde %31.6, fibromyalji etki anketinde %19.2 ve yorgunluk skalasında %26.7'lik gelişme). Bu çalışmada hastalarda travmatik deneyim aranmamış ve herhangi bir şekilde travmaya odaklanılmamıştır. Yalnızca göz hareketlerinin gevşetici etkisinden yararlanılmıştır.

Bu çalışma, son yıllarda FMS patofizyolojisinde öne çıkan nedenlerden biri olarak görünen ruhsal travma odaklıdır ve etiyojolojiye yönelik bir çalışma olması nedeniyle de var olan yaklaşımlardan ayrılmaktadır. Travma ve ağrı deneyimlerinin her ikisinde de santral sinir sisteminin anterio singulat korteks, prefrontal korteks ve hipokampus bölgeleri işe karışmaktadır (Grant ve Threlfo 2002b, Bergman 1998a). van der Kolk (1994); ciddi stres

durumları altında oluşan endojen stres hormonlarının salınımı nedeniyle travmatik bellek depolanmasının aşırı pekiştiğini ve deneyimin semantik ifadesi ve bilişsel değerlendirmesinin engellendiğini belirtmektedir. Travmatik anılar, somatik duyumlar ve görsel imgeler gibi sensori-motor şekilde depolanmakta ve bilinçli bir katılım olmaksızın anılara yanıt başlatılabilmektedir. Bu yüzden çözümlenmemiş travmatik anılar ağrı deneyiminin emosyonel bölümünü büyütebilir, bu yüzden; ağrı tedavisinde psikolojik müdahaleler gerekir.

Hem TSSB çalışmalarında hem de ağrı çalışmalarında bir lateralizasyon varsayımı ileri sürülmüştür. Emosyonel uyarana ve ağrıda noxious uyarana karşı sağ hemisfer aktivitesi saptanmıştır. Bergman (2008b) EMDR'nin bu lateraliteyi onardığını ileri sürmüştür. EMDR tedavisi travmatik anıların kortikal bütünleşmesi ve hemisferler arası iletişimi artması ile ağrı duyumunun ortadan kalkmasına veya azalmasına yardım edebilir. Sonuçta, hipervigilansta azalma ve onun eşlik ettiği olumsuz emosyonel uyanıklık (arousal) azalması olabilir, bu da ağrı algısında azalmaya yol açabilir (Bergman 1998a, Ray ve Zbik 2001, van Der Kolk 1994, Levin ve ark. 1999). Bergman (2008b) ayrıca; EMDR'nin talamo-kortikal bozulmayı da onardığını ileri sürmüştür, talamus denden inhibisyona katılan yapılardan biridir ve burada oluşacak olası bir onarıma algının kortikal işlenmesini değiştirebilir.

Kronik ağrıda EMDR tedavisi ile ilgili makalelerinde Grant ve Threlfo (2002b) ve fantom ağrısı üzerine EMDR ile ilgili çalışmalarında Schneider ve ark. (2008), hastalarındaki ağrının düzelmesini Shapiro'nun uyumsal bilgi işleme modeli (UBİ) ile açıklamaya çalışmışlardır. Bu modele göre; nosiseptif duyu ile emosyonel tepki ilişkilidir. Travmatik olay sırasında ağrı veren uyaran hem fiziksel olarak, hem de imge, düşünce ve affekt olarak depolanır. Bu nedenle de travmatik anılar bilinçli farkındalığın yanı sıra affektif unsurlar içerir ve kronik ağrı ile birlikte strese belirgin olarak katkıda bulunur. İşlevsiz olarak depolanan bu anıların yeniden işlenmesi sorunlu anıların bütünleşmesine izin verecek ve hem belirtilerin iyileşmesi ve hem de kişisel yeterlilikte artma ile sonuçlanacaktır. UBİ modeli ile yapılan açıklama-

malara göre travmatik olaya ait algı, onun somatik ve affektif bileşenleri verilen iki yönlü uyarım ile yeniden işlenir ve anının kortikal bütünleşmesi sağlanır. Ağrının emosyonel boyutunun değişmesi ağrı yollarında değişime yol açarak sinir sisteminde ağrının hatırlanması ve yeniden üretimini değiştiriyor olabilir (Shapiro 2001).

Stres veren emosyonlara duyarsızlaşma sağlanması yoluyla hasta bir kez ağrı veya strese karşı daha normal bir yanıt verirse yeni bir travma olmadıkça ağrının limbik olarak büyütülen tepkisine dönme olmayacağı hipotezini ileri sürülmüştür (Ray ve Zbik 2001). Buna göre; EMDR tedavisi, travmatik deneyimin somatik ve bilişsel bileşenleri kadar emosyonel unsuru üzerinde odaklanmasıyla, daha stabil değişiklikleri uyarır ve böylece ağrının emosyonel boyutuna yönelmeyen geleneksel yaklaşımlara göre belirgin avantajlar sağlayacaktır.

Bu çalışmanın yalnızca bir olgu üzerinde uygulanması nedeniyle tüm FMS'li hastalara genellenemeyeceği açıktır. Daha çok olgu ile plasebo etkisini de sınavacak biçimde karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca bu olguda seanslar sonucunda BDÖ'de görüldüğü gibi depresif yakınmalar belirgin olarak düzelmiştir. Somatik yakınmalarındaki düzelleme depresyonunun düzelmesi ile de ilişkili olabilir. Bu olgu 6 ay boyunca izlenmiştir, daha uzun dönemde tedavi kazanımlarının sürüp sürmeyeceği, tekrarlayan müdahalelerin gerekip gerekmeyeceği de belirsizdir.

Bu olgu çalışmasında EMDR protokolünden farklı uygulamalar vardır. Hastanın eşi ve diğer kadın ile ilgili anılar çalışılırken; altı ve yedinci seanslarda, anının çalışılması tamamlanmadan hastanın getirdiği başka malzemelere (rüyalara) odaklanılmıştır. Bu çalışma hastanın rahatlamasına yarar sağlamış olabileceği gibi seansları uzatmış da olabilir. Çalışılacak malzeme getirmeyen hastalarda rüyalara yönelik EMDR uygulaması yapılması yeni ve ilginç bir uygulama alanı olabilir. Bu olgu için gerekli olmayan bir müdahale olarak belirlenmelidir.

Yine dokuzuncu seansta eşi ve diğer kadın ile ilgili anılar çalışılırken; terapist hastanın çocukluğuna dönüp gündemde olmayan anıları çalışmıştır. Bu da gerektiğinde çalışılabilecek bir alan olmakla birlikte alışıldık uygulama çalışılmakta olan anının

verdiği rahatsızlığın kabul edilebilir bir düzeye ulaşılan kadar (SUD: sıfır- bir olana kadar) uygulamanın sürdürülmesidir.

SONUÇ

Tek olguya dayanmanın getirdiği kısıtlılığa rağmen, FMS'li hastalarda travma araştırmak ve travma odaklı tedaviler uygulamanın yararlı olabileceği ileri sürülebilir. EMDR tekniği, sinir sisteminde bir veya daha çok etki düzeneğini harekete geçirerek bu hastalarda hem psikiyatrik bozuklukları tedavi edebilir, hem de ağrı üzerinde etkili affektif bileşenlerin yükünü azaltabilir ve ağrı algısının

üzerinde yatıştırıcı etkileri olabilir. Başka terapilere kolaylıkla eklenebilen ve görece daha çabuk klinik düzelmeye sağlayan EMDR tekniği, FMS tedavisinde daha fazla değerlendirilmesi gereken bir teknik olarak görünmektedir. Bu alanda yapılacak ileri çalışmalar; TSSB, FMS, ağrı ve EMDR'nin işleyiş mekanizması hakkındaki bilgilerimizi artıracaktır.

Yazışma adresi: Dr.Önder Kavakçı, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas, okavakci@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Aaron LA, Bradley LA, Alarcón GS ve ark. (1997) Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia. Associations with health care seeking and disability status but not pain severity. *Arthritis Rheum*, 40:453-460.
- Abeles AM, Pillingier MH, Solitar BM ve ark. (2007) Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med*, 146:726-734.
- Amital D, Fostick L, Polliack ML ve ark. (2006) Posttraumatic stress disorder, tenderness, and fibromyalgia syndrome: are they different entities? *J Psychosom Res*, 61:663-669.
- Benedek DM, Friedman MJ, Zatzick D ve ark. (2009) APA Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 1-12.
- Bennett R, Nelson D (2006) Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Nat Clin Pract Rheumatol*, 2:416-424.
- Bergman U (1998a) Speculations on the neurobiology of EMDR. *Traumatology*, 4: 1-13.
- Bergman U (2008b) The neurobiology of EMDR: Exploring the thalamus and neural integration. *J EMDR Pract Res*, 2: 300-314.
- Bisson J, Andrew M (2007) Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*, 18:CD003388.
- Ciccone DS, Elliott DK, Chandler HK ve ark. (2005) Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis. *Clin J Pain*, 21:378-386.
- Cohen H, Neumann L, Haiman Y ve ark. (2002) Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Semin Arthritis Rheum*, 32:38-50.
- Friedberg F (2004) Eye movement desensitization in fibromyalgia: a pilot study. *Complement Ther in Nurs Midwifery*, 10: 245-249.
- Grant M (2000a) EMDR: a new treatment for trauma and chronic pain. *Complement Ther Nurs Midwifery*, 6:91-94.
- Grant M, Threlfo C (2002b) EMDR in the treatment of chronic pain. *J Clin Psychol*, 58:1505-1520.
- Gupta A, Silman AJ, Ray D (2007) The role of psychosocial factors in predicting the onset of chronic widespread pain: results from a prospective population-based study. *Rheumatology*, 46:666-671.
- Hassett AL, Gevirtz RN (2009) Nonpharmacologic treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and complementary and alternative medicine. *Rheum Dis Clin North Am*, 35:393-407.
- Häuser W, Bernardy K, Üçeyler N (2009) Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA*, 301:198-209.
- Hisli N (1989) Reliability and validity of Beck Depression Inventory among university students. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7:3-13.
- İşıklı S (2006) Travma Sonrası Stres Belirtileri Olan Bireylerde Olaya İlişkin Dikkat Yanlılığı, Ayrışma Düzeyi ve Çalışma Belleği Uzamı Arasındaki İlişkiler. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Kayran S, Dursun E, Ermutlu N ve ark. (2007) Neurofeedback in fibromyalgia syndrome. *Ağrı*, 19:47-53.
- Kroese M, Schulpen G, Bessems M ve ark. (2009) The feasibility and efficacy of a multidisciplinary intervention with aftercare meetings for fibromyalgia. *Clin Rheumatol*, 28:923-929.
- Levin P, Lazrove S, van der Kolk B (1999) What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of post-traumatic stress disorder by eye Movement desensitization and reprocessing. *J Anxiety Disord*, 13:159-172.
- Marcus SV (2008) An abortive treatment for migraine headaches. *J EMDR Pract Res*, 2:15-25.
- Martínez-Valero C, Castel A, Capafons A ve ark. (2008) Hypnotic treatment synergizes the psychological treatment of fibromyalgia: a pilot study. *Am J Clin Hypn*, 50:311-321.
- Mazzola A, Calcagno ML, Goicochea MT ve ark. (2009) EMDR in the treatment of chronic pain. *J EMDR Pract Res*, 3: 66-79.

- McBeth J, Silman AJ (2001) The role of the psychiatric disorders in fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep*, 3:157-164.
- Menzies V, Kim S (2008) Relaxation and guided imagery in Hispanic persons diagnosed with fibromyalgia: a pilot study. *Fam Community Health*, 31:204-212.
- National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) (2005) Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline No. 26. London: Gaskell and the British Psychological Society.
- Podolecki T, Podolecki A, Hrycek A (2009) Fibromyalgia: pathogenetic, diagnostic and therapeutic concerns. *Pol Arch Med Wewn*, 119:157-161.
- Ray AL, Zbik A (2001) Cognitive behavioral therapies and beyond. *Practical Pain Management*. CD Tollison, JR Satterhwaite, JW Tollison (Ed), 3. Baskı, 189-208. Philadelphia: Lippincott.
- Roy-Byrne P, Smith WR, Goldberg J ve ark. (2004) Post-traumatic stress disorder among patients with chronic pain and chronic fatigue. *Psychol Med*, 34:363-368.
- Shapiro, F (2001) Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. 2. baskı, New York: Guilford Press.
- Schneider J, Hofmann A, Rost C ve ark. (2008) EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Med*, 9:76-82.
- Sumpton JE, Moulin DE (2008) Fibromyalgia: presentation and management with a focus on pharmacological treatment. *Pain Res Manag*, 13:477-483.
- van der Kolk B (1994) The body keeps a score: Memory and evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harv Rev Psychiatry*, 1:253-265.
- Weissbecker I, Floyd A, Dedert E (2006) Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 31:312-324.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB (1990a) The American College of Rheumatology 1990 criteria for classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum*, 33:160-172.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J (1995b) The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*, 38:19-28.
- Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ (1981) Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum*, 11: 151-171.