

Olgu serisi / Case series**Fibromiyalji de EMDR'nin etkinliğinin araştırılması:
Yedi olguyu içeren bir klinik çalışma****Önder KAVAKCI,¹ Murat SEMİZ,² Ece KAPTANOĞLU,³ Zafer ÖZER⁴****ÖZET**

Amaç: Fibromiyalji sendromu (FMS) etiolojisi belli olmayan, yaygın vücut ağrıları, belirli anatomik bölgelerde duyarlılık, azalmış ağrı eşiği, uyku bozuklukları, yorgunluk ve sıklıkla ruhsal sıkıntı ile karakterize eklem dışı romatizmal bir hastalıktır. Çeşitli yaklaşımlar denenmesine rağmen etkili bir tedavisi yoktur. FMS ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisine sıklıkla vurgu yapılmakta ve FMS hastalarında ruhsal travma yaygınlığı dikkat çekmektedir. Kronik ağrılı durumlar için tedavi arayışları giderek daha fazla psikoterapi yaklaşımlarına yönelmiştir. Bu çalışmada FMS tanısı konan yedi hastanın EMDR yaklaşımı ile tedavisine yanıtları araştırılmıştır. **Yöntem:** FMS tanısı konmuş 22-41 yaşları arasındaki altı kadın ve bir erkek olgunun tedavi öncesi ve sonrasında duyarlı nokta sayıları (DNS) belirlendi, Vizüel Ağrı Skalasında (VAS) bildirdikleri ağrı düzeyleri kaydedildi. Hastalar tedavi öncesi ve sonrasında Fibromiyalji Etki Anketi (FEA), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Travma Değerlendirme Ölçeği (TDÖ), Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ), Öfke Tarzı Ölçeğini (SÖÖTÖ) doldurdu. Hastalara varsa yaşadıkları travmalara yönelik, saptanamadı ise ağrılarına yönelik beş-sekiz seans arasında EMDR tedavisi uygulandı. **Bulgular:** Tedavi sonunda hastaların bildirdikleri VAS, PUKÖ, FEA, TDÖ, BDÖ puanlarında anlamlı azalma olmuştur. Fizik muayene ile DNS'de anlamlı azalma bulunmuştur. SÖÖTÖ'de sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışa puanlarında anlamlı değişme olmazken; öfke kontrol puanında görülen artma anlamlıdır. Tedavi sonunda altıncı olgu dışındaki hastaların FMS ölçütlerini karşılamadığı gözlenmiştir. **Sonuç:** Bu hasta grubunda FMS tedavisinde EMDR tedavisinin etkili olduğu düşünölmektedir. (Anadolu Psikiyatri Derg 2012; 13:75-81)

Anahtar sözcükler: Fibromiyalji, EMDR, psikoterapi, kronik ağrı

EMDR treatment of fibromyalgia, a study of seven cases**ABSTRACT**

Objective: 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. Though many approaches have been tried there is no effective treatment for FMS. The relationship between FMS and psychiatric disorders is known, recently some researches point to the frequency of psychological trauma in patients with FMS. The search for treatment for chronic painful conditions has more and more focused to psychotherapeutic approaches. In this study, seven patients diagnosed were attempted to be treated with EMDR approach. **Methods:** 22-41years aged six women and one man diagnosed with FMS were admitted to the study. Before and after the treatment tender point count was identified and patients scored their pain levels at Visual Analog Scale. Patients filled in Beck Depression Inventory (BDI), The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS), Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), State-Trait Anger Scale (STAS). If the patients have reported, trauma was focused on, if they have not reported any trauma, pain was focused. Five-eight sessions of EMDR was applied to the patients. **Results:** After the treatment, there were statistically significant reduction in patient reported VAS, PSQI, FIQ, PDS, and BDI scores. There was significant decrease in tender point counts. Though there was no change in trait anger, anger-in and anger-out subscores of STAS, the increase in anger management subscore was significant. After the treatment, none of the

¹ Yrd.Doç.Dr., ² Arř.Gör.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas

³ Prof.Dr., ⁴ Arř.Gör.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas

Yazışma adresi / Address for correspondence:

Yrd.Doç.Dr. Önder KAVAKCI, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 58140 Sivas

E-mail: okavakci@yahoo.com

Geliş tarihi: 06.05.2011, **Kabul tarihi:** 03.10.2011

patients met the FMS criteria but one patient (6th patient). **Conclusion:** EMDR therapy was effective in the treatment of these patients with FMS. (Anatolian Journal of Psychiatry 2012; 13:75-81)

Key words: fibromyalgia, EMDR, psychotherapy, chronic pain

GİRİŞ

Fibromiyalji sendromu (FMS), etiolojisi belli olmayan, yaygın vücut ağrıları, belirli anatomik bölgelerde duyarlılık, azalmış ağrı eşiği, uyku bozuklukları, yorgunluk ve sıklıkla ruhsal sıkıntı ile karakterize eklem dışı romatizmal bir hastalıktır.¹ ABD'de yaygınlığı %2 civarında bildirilmiştir.² Depresyon, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluklar gibi psikiyatrik bozuklukların FMS ile birlikte görülme oranlarının arttığı bildirilmektedir.³ Halen etkinliği tam olarak kanıtlanmış bir tedavisi yoktur. Tedavisinde antidepresanların⁴ ve bilişsel davranışçı terapinin (BDT) yararlı olduğu gösterilmekle beraber,⁵ etkinlikleri sınırlıdır. FMS'li hastalarda ruhsal travmanın ve travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) normal kontrollere ve diğer romatizmal hastalıkları olanlara göre daha fazla görüldüğü bildirilmesine rağmen, bu hastaların travma odaklı tedavilerle ele alınmasına son yıllara kadar rastlanmamıştır.^{6,7}

Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden yapılandırma (Eye Movement Desensitization and Reprocessing-EMDR), psikodinamik, bilişsel, davranışçı ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi farklı yaklaşımların öğelerini bir araya getiren bir yöntem olarak tanımlanmaktadır.^{8,9} TSSB¹⁰ ve kronik ağrı¹¹ tedavisinde etkin olduğu bildirilmiştir.

FMS'li hastalar üzerinde EMDR ile az çalışma vardır. Friedberg¹² bir çalışmada göz hareketlerinin stres azaltıcı ve relaksasyon etkisinden yararlanarak fibromiyaljiye EMD (Eye Movement Desentization) uygulamış ve altı hastanın dördünün tedaviye yanıt verdiğini bildirmiştir. Mazzola ve ark.,¹³ içlerinde kronik ağrılı 38 hastaya 12 hafta Grant'ın^{14,15} EMDR'nin ağrı protokolünü uygulamışlar, tedavi sonunda, hastalarının yakınmalarında belirgin düzelme, ağrıya yönelik kullanılan ilaç miktarında belirgin azalma, yaşam kalitelerinde belirgin artma, depresyon ve anksiyete düzeylerinde belirgin azalma bildirmişlerdir. Kavakcı ve ark. travmatik yaşantıları üzerine EMDR tedavisi uyguladıkları bir hastanın FMS belirtilerinde azalma bildirmiştir.¹⁶

Bu çalışmada, TSSB ve travmatik deneyimlerle FMS'nin ilişkili olduğu yönündeki bulgulardan yola çıkılarak: 1) Travmatik yaşantılara yönelik EMDR tedavisinin FMS belirtilerini iyileştireceği,

2) Travmatik yaşantı yoksa, Grant¹⁴ tarafından geliştirilen EMDR ağrı protokolünün uygulanmasının FMS belirtilerini iyileştireceği varsayımları sınanmıştır. Standart EMDR protokolü hastanın travmatik yaşantısına odaklanır, travmatik yaşantının duyarsızlaştırılmasına çalışırken, Grant'ın ağrı protokolü; ağrıyı doğrudan bir travmatik yaşantı olarak değerlendirmekte ve ağrıya duyarsızlaştırma sağlamaya yönelmektedir.^{14,15}

YÖNTEM

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) uzmanı tarafından tanısı konan, haftalık seansları sürdürmeye gönüllü, ölçekleri doldurabilecek düzeyde eğitilmiş, psikotik ve ciddi mental bozukluğu, ek tıbbi sorunu olmayan hastalar EMDR eğitimi almış iki psikiyatridan birine rastgele yönlendirildi.

FMS tanısı konan yedi hastanın tedavi öncesi ve sonrasında bildirdikleri ağrı düzeyleri Vizüel Ağrı Skalası üzerinde kaydedildi, duyarlı nokta sayıları FTR uzmanınca belirlendi. Hastalar Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği, Travma Değerlendirme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Öfke Tarzı Ölçeği, Fibromiyalji Etki Anketini tedavi öncesi ve sonrasında FTR kliniğinde doldurdu. Yalnız TDÖ, hastaların travmalarının değerlendirilebilmesi için ilk görüşmede psikiyatriklere ulaştırıldı. Hastalara 60-90 dakikalık haftada bir ardışık 5-8 seans EMDR tedavisi uygulandı.

Kullanılan ölçüm araçları

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenlerini ölçmek amacıyla Beck tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. '0-3' arasında puanlanan dördü Likert tipinde 21 maddeden oluşmaktadır. Kesme puanı 17 olarak bildirilmiştir.¹⁷

Travma Değerlendirme Ölçeği (TDÖ): DSM-IV'e göre belirlenmiş TSSB belirtilerinin 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 indeks travma deneyimi ile ilgili sorulara yanıt verir. Travma şiddetini yok-ağır arasında belirler. Türkiye geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.^{18,19}

Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ): Öfke duygusu ve

ifadesini ölçen bir kendini değerlendirme ölçeğidir.²⁰ Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.²¹ Öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol ve sürekli öfke olmak üzere 4 alt ölçekten ve 34 maddeden oluşmaktadır. Değerlendirilmesinde 'hiç tanımlamıyor' yanıtına 1 puan, 'biraz tanımlıyor' yanıtına 2 puan, 'oldukça tanımlıyor' yanıtına 3 puan, 'tümüyle tanımlıyor' yanıtına 4 puan verilir. Öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol alt ölçeklerinden alınabilecek puanlar 8-32; sürekli öfke alt ölçeğinden alınabilecek puanlar 10-40 arasındadır. Ölçeğin genel toplam puanı olmayıp, dört alt ölçeğin maddeleri o alt ölçeğin toplam puanını oluşturmaktadır. Sürekli öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, öfke kontrol alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, öfke dışı alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edildiğini, öfke içe alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu gösterir.

Fibromiyalji Etki Anketi (FEA): FEA, 10 sorudan oluşur ve fiziksel işlev, çalışma durumu, verimlilik düzeyi, depresyon, anksiyete, uyku, ağrı, tutukluk, yorgunluk ve iyilik durumunu değerlendiren bir ankettir. İlk bölüm hastanın genel olarak yapabildiği aktiviteleri sorgulayan 10 alt başlık içerir. Yanıtlar 0-her zaman ve 3-asla şeklinde Likert tipi ölçek ile değerlendirilmektedir. İkinci ve üçüncü sorularda hastanın geçen hafta içinde kaç gün kendini iyi hissettiği ve kaç gün işe gidemediği sorulmaktadır. Diğer yedi soruda da ağrı, yorgunluk, iş yapabilme düzeyi, sabah yorgunluğu, tutukluk, anksiyete ve depresyon 100 mm'lik VAS ile sorgulanır. Hastalara geçen hafta içinde kendileri için en uygun düzeyi işaretlemeleri istenir. Yüksek puanlar düşük işlevsellik düzeyini gösterir.^{22,23}

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ): PUKÖ iyi ve kötü uykunun tanımlanmasına yarayan uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü verir. Toplam 24 soru içerir, 19'u kendini değerlendirme sorusudur. Beş soru ise, bireyin eşi veya bir arkadaşı tarafından yanıtlanır. Kendini değerlendirme soruları uyku süresini, uyku latensini ve uyku ile ilgili özel sorunların sıklık ve şiddetini belirlemektedir. Puanlanan 18 madde 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Yedi bileşen puanının toplamı toplam PUKÖ puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında değişir. Ölçek puanının yüksek oluşu, uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığı veya uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermektedir. Ancak PUKÖ toplam puanının beşin üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini

gösterdiği belirtilmektedir.²⁴

OLGULAR

OLGU 1

Bayan A, 32 yaşında, ev kadını, dul, lise mezunu, bir kız çocuk sahibi, anne-babası ile birlikte yaşıyor. On iki yıl önce geçirdikleri trafik kazasında eşini kaybetmiş. İki yıl önce ailesinin onaylamadığı bir evlilik yapmış, bir yıl sonra boşanmış. Beş-altı yıldır FMS yakınmaları var, anti-depresan dahil birçok tedaviden yarar görmemiş. Dokuz aydır duloksetin 60 mg/gün alıyor. Yıllardır migren tedavisi görüyor. Daha önce üç yıl venlafaksin 225 mg/gün kullanmış. Yapılan psikiyatrik değerlendirme sırasında majör depresyon ve TSSB'nin tanı ölçütlerini karşıladığı saptandı. EMDR ile önce hastanın 12 yıl önce geçirdiği trafik kazası ve eşinin ölümüne tanıklığı çalışıldı. Ardından ikinci evliliğinde eşi ile yaşadığı sıkıntılar, ailesi ile çatışmaları ele alındı.

OLGU 2

Bayan B, 43 yaşında, öğretmen, evli, iki çocuklu. Altı yıldır FMS yakınmaları var, antidepresan ve fizik tedavi uygulanmış yarar görmemiş. Travmatik yaşantı tanımlamıyor. Klinik değerlendirmede obsesif kişilik özellikleri dışında psikopatoloji saptanmadı. Üniversiteyi bitirdiği yıl akciğer kanseri nedeni ile babasını kaybettiğini, o dönemde normal yas tepkileri yaşadığını bildirdi. Geçen yıl kızının üniversite sınavına girdiği dönemde çok gergin olduğunu belirtti. Bu öykü çerçevesinde hastada babasının ölümü, kızının üniversite sınavı ile ilgili sahneler üzerine EMDR uygulandı. Ardından ağrı doğrudan hedeflenerek Grant'ın EMDR ağrı protokolü uygulandı.

OLGU 3

Bayan C, 32 yaşında, diş hekimi, evli, bir oğlu var. Beş yıldır FMS yakınmaları var. Antidepresan önerilmiş, yan etkilerini tolere edemediği için kullanamamış. Yirmi yıl önce, boğularak yaşamını kaybeden ağabeyinin cesedinin denizden çıkarılmış haline tanık olmuş. O zamandan bu yana denize veya havuza giremiyor. Bu olayla ilgili konuşulduğunda çok fazla ağladığından yakınıyor. Klinik değerlendirmede sergilediği belirtilerin TSSB ve depresif bozukluk ölçütlerini karşılamadığı, eşik altı olduğu görüldü. Rahatsızlık veren diğer yaşantıları olarak iki yaşındaki oğlunun reflüsünün olduğunu, sık sık kusma ve boğulur gibi olma şeklinde nöbetler yaşadıklarını, evliliğinde eşinin, kayınvalidesi ve diğer yakınlarına çok eğer verirken kendisini onlara

karşı korumadığı/savunmadığını, yaklaşık dört yıl önce nişanlısından ayrıldığını, ortaokulda evden ayrılarak yatılı okula gittiği dönemleri tanımladı. Tedavide EMDR ile önce boğulan ağabeyi ile ilgili travmatik yaşantısı çalışıldı, ardından yine boğulma ve ölüm temasının belirgin olduğu oğlunun reflü öyküsü ve boğulma atakları üzerine EMDR uygulandı. Eşinin annesi ve diğer yakınları ile ilgili yaşantıları ve onlara yönelik 'öfkesi', son olarak da nişanlısından ayrılma dönemi çalışıldı.

OLGU 4

Bay D, 34 yaşında, öğretmen, evli, bir oğlu var. Dört-beş yıldır FMS yakınmaları var. Yirmi yaşında araç dışı trafik kazası geçirmiş ve bir gözünü kaybetmiş. Arkadaşlarına bir gözünün protez olduğunu söylememiş ve bu durumun fark edileceği kaygısını birçok kez yaşamış. Bir gözünün olmaması nedeniyle öğretmenlik yapamayacağı ile ilgili yoğun sıkıntı yaşamış. Üniversiteden mezun olduğu tüm yaz boyunca iç sıkıntısı, moral bozukluğu ve içe kapanıklık gibi yakınmaları olmuş. Bu konuda karar verecek kurulun karşısına çıktığında ölecekmiş gibi hissettiğini, o anı unutamadığını belirtiyor. FMS nedeniyle anti-depresan ve fizik tedavi uygulanmış, yarar görmemiş. Klinik değerlendirmede TSSB tanısı konuldu. Tedavide kaza anı ve kurulun karşısına çıktığı an üzerine EMDR uygulandı.

OLGU 5

Bayan E, 22 yaşında, evli, ev kadını, bir kızı var, ortaokul mezunu. Beş yıldır FMS yakınmaları var. Çocukluğu boyunca yineleyen fiziksel şiddete maruz kalma tanımlıyor. Altı yaşındayken annesinin babasını aldattığına şahit olmuş. Anne ve baba ayrılmış. Babasıyla birlikte yaşamaya başlamış fakat babası iş nedeniyle genellikle şehir dışında yaşıyor. Bu nedenle daha çok amcasıyla birlikte yaşamış. Yengelerinden sürekli şiddet gördüğünü belirtiyor. On yedi yaşında evlenmiş. Eşinin kendisini aldattığını, fiziksel ve sözlü olarak eşinden şiddet gördüğünü belirtiyor. Ağrıları nedeniyle sık sık anti-inflamatuar, analjezik ilaçlar kullanmış, fayda görmemiş. Psikiyatrik değerlendirmede depresif bozukluk saptandı. Tedavide annesinin babasını aldattığı, yengelerinden ve eşinden şiddet gördüğü sahneler üzerine EMDR tedavisi uygulandı.

OLGU 6

Bayan F, 30 yaşında, öğretmen, evli, iki çocuk sahibi. Dokuz yıldır FMS yakınmaları var. Bugün-

ne dek birçok kez kaplıca tedavisi, fizik tedavi uygulanmış. Bir yıl sertralin kullanmış. Halen paroksetin 20 mg/gün kullanıyor. İlaçlarla uykusunun daha iyi olduğunu belirtiyor. Günlük ağrıların yanı sıra, 48 saat süren hareketsiz bırakan ağrı atakları tanımlıyor. Üniversite yıllarında yakınlarının yaralandığı, kendisinin küçük sıyrıklarla atlattığı bir araç içi trafik kazası yaşantısı geçirdiğini belirtiyor. Tedavide önce trafik kazası yaşantısı, ardından ağrı atakları ve ağrının kendisi hedeflenerek EMDR uygulandı.

OLGU 7

Bayan G, 28 yaşında, evli. Üç yıldır FMS yakınmaları var. İki buçuk yıl süreyle paroksetin 20 mg/gün kullanmış. Çocukluğundan beri hiperaktif mesane ve idrar kaçırma yakınması tanımlıyor. Herhangi bir travmatik yaşantı bildirmiyor. Psikiyatrik değerlendirmede majör depresyon tanısı kondu ve intihar düşüncelerinin olduğu saptandı. Geceleri uyuyamama ve gündüz uyuklamaları vardı. Tedavide idrar kaçırma ve mahcup olma anları üzerine EMDR tedavisi uygulandı.

İstiksel yöntem

Veriler SPSS 15.0 paket programı ile değerlendirildi. Verilerin analizinde Mann Whitney-U testi kullanıldı.

BULGULAR

Hastalardan tedavi öncesinde ve sonrasında uygulanan ölçeklerle belirlenen ve FTR uzmanı muayenesi ile saptanan sonuçlar Tablo 1, 2 ve 3'te gösterilmiştir. Tedavi sonunda ölçek puanlarında algılanan ağrıda azalma, uyku kalitesindeki artma, fibromiyaljinin yaşam kalitesine olumsuz etkisindeki azalma şeklindeki olumlu değişim istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). TSSB ve depresyon belirtilerinin şiddetini değerlendiren ölçek puanlarındaki azalma da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Fizik muayene ile saptanan duyarlı nokta sayısında azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Öfke ölçeği ile değerlendirilen sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışı puanlarında anlamlı değişim olmazken; öfke kontrol puanında görülen düzelme istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Tedavi sonunda olgu altı dışındaki hastalar FMS ölçütlerini karşılamamaktadır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada FMS'nin ruhsal travma ile ilişkili

Tablo 1. Örneklerin tedavi öncesi ve sonrası TDÖ, BDÖ ve PUKÖ puanları

Olgu	TDÖ önce	TDÖ sonra	p	BDÖ önce	BDÖ sonra	p	PUKÖ önce	PUKÖ sonra	p
1	41	23	0.043	41	11	0.018	17	8	0.018
2	0	0		6	0		8	3	
3	17	7		4	3		12	3	
4	40	28		12	7		9	3	
5	27	16		24	0		11	3	
6	13	5		16	8		4	9	
7	0	0		39	19		14	9	

TDÖ: Travma Değerlendirme Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, PUKÖ: Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği

Tablo 2. Örneklerin tedavi öncesi ve sonrası SÖÖTÖ puanları

Olgu	Sürekli öfke		p	Öfke içe		p	Öfke dışı		p	Öfke kontrol		p
	önce	sonra		önce	sonra		önce	sonra		önce	Sonra	
1	30	16	0.078	19	18	0.276	19	14	0.581	19	27	0.026
2	23	23		16	16		16	16		18	19	
3	23	24		21	17		17	18		19	23	
4	19	16		15	14		17	14		21	25	
5	0	13		0	13		0	9		0	13	
6	21	19		21	19		14	14		19	20	
7	26	24		17	19		20	23		20	24	

Tablo 3. Örneklerin tedavi öncesi ve sonrası FEA, VAS ve DNS puanları

Olgu	FEA		p	VAS		p	DNS		p	Seans sayısı
	önce	sonra		önce	sonra		önce	sonra		
1	72	26	0.018	8	3	0.027	12	4	0.027	5
2	54	8		6	1		12	2		5
3	73	16		10	4		13	6		6
4	59	30		8	4		15	8		8
5	37	19		9	5		13	8		8
6	73	33		7	5		14	5		5
7	80	33		8	5		14	5		5

FEA: Fibromiyalji Etki Anketi

VAS: Görsel Ağrı Skalası

DNS: Duyarlı Nokta Sayısı

olduğu yönündeki bulgulardan yola çıkılarak FMS'li yedi olguda travma ile ilişkili belirtileri aranmış ve bu yaşantılarına yönelik EMDR uygulanmıştır. Tedavi sonunda hem travma belirtilerinde, hem de depresif belirtilerde anlamlı düzelme sağlanmıştır. Bununla birlikte hastalar uyku ve yaşam kalitelerinde anlamlı düzeyde artma, algıladıkları ağrı düzeyinde anlamlı azalma bildirmiştir. Fizik muayenede hastaların DNS'lerinde de anlamlı azalma saptanmıştır. Öfke kontrol puanlarında artma saptanırken, diğer puanlarda düzelme sağlanamamıştır. Has-

taların hem psikiyatrik, hem de ağrı yakınmalarında belirgin iyileşme gözlenmiştir. Tedavi sonunda elde edilen bu olumlu sonuçların uzun süreli izleme ile değerlendirilmesi gereklidir.

Bu çalışmada tanımlanan yedi olgudan beşinde travmatik yaşantı öyküsü varken, bunlardan üçü TSSB ölçütlerini karşılamaktadır. Travmatik yaşantı öyküsü olan olgularda FMS bulguları bu yaşantılardan sonra gelişmiştir. Kronik ağrıları için daha önce uygulanan çeşitli ilaçlar ve diğer tedavilerle yanıt alınamamıştır.

Yayınlarında TSSB ile kronik ağrı ve FMS ilişkisine işaret edilmiştir.^{6,25} Çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimlerin, örneğin ihmal veya istismarın yol açtığı Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal (HPA) eksen düzensizlikleri gibi nöroendokrin düzensizlikler ile erişkin FMS'sinin ilişkili olabileceği gösterilmiştir.²⁶

TSSB, HPA eksen bozukluğu ve uyku bozuklukları ve aşırı uyarılmışlığın görüldüğü bir kronik stres tablosudur.²⁷ Vücudun stressör karşısında dengesini koruma yeteneğine 'allostaz' denilmektedir. Allostaz sırasında, otonom sinir sistemi, HPA aksı, kardiyovasküler, metabolik ve immun sistemler iç ve dış kaynaklı strese karşı vücudu korur.²⁸ Kronik strese maruz kalma allostatik yüklenmeye ve bu da bireyde fizyopatolojik sonuçlara neden olabilir.

FMS'de de dinçleştirici/çanlandırıcı olmayan (nonrefreshing) bir uyku,²⁹ HPA eksen bozukluğu³⁰ ve kronik psikiyatrik bozukluklara (stres)³ vurgu yapılmıştır.

Kronik ağrıda EMDR tedavisi ile ilgili çalışmalarda, hastalarındaki ağrının düzelmesi ile ilgili gözlemler Shapiro'nun uyumsal bilgi işleme modeli (UBİ) ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bu modele göre, travmatik olay sırasında ağrı veren uyaran hem fiziksel olarak, hem de imge, düşünce ve affekt olarak depolanır. Nosisseptif duyu ile emosyonel tepki ilişkidir. Travmatik anılar affektif unsurlar içerir, kronik ağrıya ve strese belirgin olarak katkıda bulunur. İşlevsiz olarak depolanan bu anıların uyum sağlayıcı olarak yeniden işlenmesi, sorunlu anıların bütünleşmesine izin vererek belirtilerin iyileşmesi ile sonuçlanacaktır. UBİ modeli ile yapılan açıklamalara 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 anımsanmasını ve yeniden üretimini değiştiriyor olabilir.¹¹

Olumsuz emosyonlara karşı duyarsızlaşma sağlandığında, hasta bir kez ağrı veya strese karşı daha normal bir yanıt verirse, yeni bir travma olmadıkça ağrının limbik olarak büyütülen tepkisine dönülmeyeceği varsayımı ileri sürülmüştür. Buna görüşe göre EMDR tedavisi, travmatik

deneyimin somatik, bilişsel bileşenleri ve emosyonel unsuru üzerinde odaklanması nedeniyle, daha kalıcı değişiklikleri harekete geçirir; ağrının emosyonel boyutuna yönelmeyen geleneksel yaklaşımlara göre belirgin avantaj sağlayabilir.³¹ Bu çalışmada da olasılıkla emosyonel olarak iyileşme sağlanması hastalarda ağrı duyumunu iyileştirmiş olabilir.

EMDR'nin REM benzeri bir durum ortaya çıkardığı, REM benzeri durum travmatik anıların kortikal bütünleşmesini kolaylaştırır, assosiyatif kortikal ağlardaki bütünleşmeye izin verdiği ileri sürülmüştür.³² Hem travmatik anılar üzerinde kortikal bütünleştirici etki, hem de hastaların bildirdiği uyku kalitesinde düzelme FMS'nin iyileşmesine katkıda bulunmuş olabilir.

Sınırlılıklar

Terapi çalışmalarında iyileşmeyi sağlayan öğenin ne olduğunu ortaya koymak kolay değildir. Ne kadar yansız kalmaya çalışsa da, terapistler hastalarına çeşitli iletiler verir. Terapistin hastaya tutumu, bilgi vermesi, haftalar boyunca bire bir ilgilenmesi, hastanın anlaşıldığını hissetmesi ve umutlanması gibi birçok etken sonuçları etkiler. Bu çalışmada tedavi kazanımlarının ne kadarının bu etkilenmelerden kaynaklandığı belirsizdir.

Bu çalışmada olgu sayısının az olması ve kontrol grubunun bulunmaması başlıca eksikliklerdir. Ayrıca uzun dönemde FMS belirtilerinin geri dönüp dönmeyeceği konusu belirsizdir. Beşinci olgunun ilk görüşmede SÖÖTÖ puanlarının belirlenmemiş olması da çalışmanın eksikliğidir.

Sonuç olarak bu çalışmada ele alınan FMS hastalarının, başa çıkma düzeylerini aşan bir kronik stresle karşı karşıya oldukları, bunun kaynağının da olguların çoğunda travmatik yaşantıları ile ilgili olduğu söylenebilir. Travmatik yaşantıları temel alan bir psikoterapotik sürecin yürütülmesi, travma ile ilgili ruhsal yakınmalarda, ağrı yakınmalarında, depresif belirtilerde ve uyku kalitesinde anlamlı iyileşmeleri sağlamıştır. FMS ve diğer kronik ağrılı durumların ele alınmasında travma tedavisini temel alan yaklaşımların kullanılmasının, hastaların anlaşılması ve yaşam kalitelerinin artırılması üzerinde yararlı etkileri olabilir. Bu alanda daha fazla olgu örneklerine ve klinik araştırmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990 criteria for classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160-172.

2. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38:19-28.

3. McBeth J, Silman AJ. The role of the psychiatric disorders in fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2001; 3:157-164.
4. Häuser W, Bernardy K, Üçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA* 2009; 301:198-209.
5. Bennett R, Nelson D. Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2006; 2:416-424.
6. Cohen H, Neumann L, Haiman Y, Matar MA, Press J, Buskila D. Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Semin Arthritis Rheum* 2002; 32:38-50.
7. Amital D, Fostick L, Polliack ML, Segev S, Zohar J, Rubinow A, et al. Posttraumatic stress disorder, tenderness, and fibromyalgia syndrome: are they different entities? *J Psychosom Res* 2006; 61:663-669.
8. Shapiro F, Maxfield L. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *J Clin Psychol* 2002; 58:933-946.
9. Kavakcı Ö, Doğan, Kuğu N. EMDR (Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme): Psikoterapide farklı bir seçenek. *Düşünen Adam* 2010; 23:195-205.
10. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18:CD003388.
11. Grant M, Threlfo C. EMDR in the treatment of chronic pain. *J Clin Psychol* 2002; 58:1505-1520.
12. Friedberg F. Eye movement desensitization in fibromyalgia: a pilot study. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2004; 10:245-249.
13. Mazzola A, Calcagno ML, Goicochea MT, Pueyredon H, Leston J, Salvat, F. EMDR in the treatment of chronic pain. *J EMDR Pract Res* 2009; 3:66-79.
14. Grant M. Pain control with EMDR. Denver, Mentor Boks, 1998.
15. Gürel D. Kronik ağrı tedavisinde güncel bir psikoterapötik yaklaşım: Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden yapılandırma. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2010; 13:36-41.
16. Kavakcı Ö, Kaptanoğlu E, Kuğu N, Doğan O. EMDR fibromiyalji tedavisinde yeni bir seçenek olabilir mi? Olgu sunumu ve gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2010; 13:143-151.
17. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
18. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol Assess* 1997; 9:445-451.
19. Işıklı S. 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, 2006.
20. Spielberger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS. Assessment of anger: the State-Trait Anger Scale. *JN Butcher, CD Spielberger, (Eds.), Advances in Personality Assessment*. New Jersey, Lawrence Erlbaum, 1983, p.161-189.
21. Özer AK. Sürekli öfke (SL-Öfke) ve öfke ifade tarzı (Öfke-tarz) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994; 9:26-35.
22. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991; 23: 903-906.
23. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the turkish version of the fibromyalgia impact questionnaire. *Rheumatology Int* 2000; 20: 9-12.
24. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28:193-213.
25. Roy-Byrne P, Smith WR, Goldberg J, Afari N, Buchwald. Post-traumatic stress disorder among patients with chronic pain and chronic fatigue. *Psychol Med* 2004; 34:363-368.
26. Weissbecker I, Floyd A, Dedert E, Salmon P, Sephton S. Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 2006; 31:312-324.
27. Otte C, Lenoci M, Metzler T, Yehuda R, Marmar CR, Neylan TC. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity and sleep in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychopharmacology* 2005; 30:1173-1180.
28. Mc Ewen. Protective and damaging effects of stress mediators. *New Engl J Med* 1998; 338:171-179.
29. Babson KA, Feldner MT. Temporal relations between sleep problems and both traumatic event exposure and PTSD: a critical review of the empirical literature. *J Anxiety Disord* 2010; 24:1-15.
30. Tanrıverdi F, Karaca Z, Unluhizarci K, Kelestimur F. The hypothalamo-pituitary-adrenal axis in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia syndrome. *Stress* 2007; 10:13-25.
31. Ray AL, Zbik A. Cognitive behavioral therapies and beyond. *CD Tollison, JR Satterthwaite, JW Tollison, (Eds.), Practical Pain Management, Philadelphia, Lippincott, 2001.*
32. Stickgold R. EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *J Clin Psychol* 2002; 58:61-75.