

EMDR TREATMENT IN FIBROMYALGIA, A STUDY OF SEVEN CASES.

Onder Kavakcı*, Murat Semiz*, Ece Kaptanoglu Zafer Ozer****

***MD; Cumhuriyet University, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry**

****MD; Cumhuriyet University, Faculty of Medicine, Department of Physical
Medicine and Rehabilitation**

**Address : Dr Onder Kavakci Cumhuriyet University, Faculty of Medicine, Department
of Psychiatry 58140, Sivas Turkey. E-mail:okavakci@yahoo.com**

Tel:03462580867

Fax:03462581305

EMDR TREATMENT IN FIBROMYALGIA, A STUDY OF SEVEN CASES.

Aim: *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, and 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 on psychotherapeutic approaches. In this study, seven patients diagnosed with FMS from Physical Medicine and Rehabilitation Department (PMRD) were attempted to be treated with EMDR approach.*

Method: *22-41years aged six women and one man diagnosed as FMS in PMRD were admitted to the study. Before and after the treatment tender point count was identified and patients scored their pain levels on Visual Analog Scale. Patients filled in Beck Depression Inventory (BDI), The Post Traumatic Diagnostic Scale (PDS), Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), and Spielberger State-Trait Anger Scale (STAS). If the patients have reported any, trauma was focused on, otherwise pain was focused on. Five –eight sessions of EMDR was applied to the patients.*

Results: *After the treatment, there were statistically significant improvements in patient reported VAS, PSQI, FIQ, PDS, and BDI ($p < 0.005$). There was significant decrease in tender point counts ($p < 0.05$). Though there was no change in trait anger, anger-in and anger-out subscores of STAS, the improvement in anger management subscore was significant ($p < 0.05$). After the treatment, none of the patients were satisfying the FMS criteria but one patient (6th patient). **Conclusion:** EMDR therapy was effective in the treatment of this group of patients with FMS.*

Key words: *fibromyalgia, EMDR, psychotherapy, chronic pain, post traumatic stress disorder*

INTRODUCTION

Fibromyalgia Syndrome (FMS) is a nonarticular rheumatic disease with unknown etiology that is characterized with widespread body pain, sensitivity on specific anatomic areas, decreased pain threshold, sleep disorders, fatigue and frequently psychological problems¹. The prevalence is approximately 2% in USA². Increase in the ratio of co-morbid disorders seen with FMS, such as depression, anxiety disorders and somatoform disorders, is stated³. Presently, there is not a well proven and effective treatment. Though the antidepressant treatment⁴ and cognitive behaviour therapy (CBT) seem to be useful⁵, their efficiencies are limited. Although it is stated that the psychological trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) are more commonly seen in patients with FMS compared to the normal controls and patients with other rheumatic diseases; until recent years, it was quite unusual to administer a trauma oriented treatment to these patients^{6,7}.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is defined as a method integrates elements of different approaches such as psychodynamic, cognitive, behaviorist and person centered approaches^{8,47}. It is found to be effective in posttraumatic stress disorder (PTSD)⁹ and chronic pain¹⁰.

There are few studies about EMDR in patients with FMS. In one of his studies, Friedberg¹³ used EMD (Eye Movement Desensitization) for fibromyalgia benefitting from the stress reducing and relaxation effects of eye movements and reported that four out of six patients responded to the treatment. Mazzola and his colleagues¹⁴ performed Grant's¹⁵ pain protocol of EMDR on 38 patients including patients with chronic pain for 12 weeks and at the end of the treatment, they notified significant recovery in patients' complaints, significant decrease in the doses of drugs used for pain and positive developments in their life quality and explicit reduce in their level of depression and anxiety. Kavakci and his colleagues stated a

decline in the FMS symptoms of a patient who was applied EMDR treatment on her traumatic life experiences⁴⁶.

In this study; considering the findings about the relationship between FMS and PTSD and traumatic experiences, assumptions such as; 1. EMDR treatment for traumatic memories improves the FMS signs and 2. If there is no traumatic memory, performing the EMDR pain protocol developed by Grant¹⁵ heals the FMS signs, were questioned. Standard EMDR protocol focuses on the traumatic life of the patient and works on desensitizing his traumatic memory while Grant's pain protocol tends to evaluate the pain directly as a traumatic memory and work on desensitizing the pain^{15, 45}.

METHOD

Patients diagnosed as FMS by a psychiatrist, without psychotic or serious mental disorder and any additional medical problem, volunteered to continue their weekly sessions and educated enough to fill the scales are transferred to one of the two EMDR trained psychiatrist.

The pain scores of seven patients with FMS were documented by Visual Analog Scale (VAS) before and after the treatment, and the number of the tender points (TPC) were counted by a psychiatrist. Patients filled those scales before and after the treatment in the physical therapy clinic: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), The Post Traumatic Diagnostic Scale, Beck Depression Inventory (BDI), the State-Trait Anger Scale (STAS) Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Only PDS were given to the psychiatrists for the evaluations of the trauma of the patients before the treatment. Sequential 5-8 sessions of EMDR therapy were performed for about 60-90 minutes once a week.

Measuring Instruments

Beck Depression Inventory (BDI): It is a kind of self-report inventory, created by Beck, in order to measure the emotional, cognitive, somatic and motivational components of depression. It has 21 questions which are graded between “0” and “3” in four point Likert type. 17 is accepted as the cutoff score ¹⁷.

The Post Traumatic Diagnostic Scale (PDS): It is a kind of measuring device that was determined according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV) evaluating the severity of PTSD symptoms. It is a four point scale graded between zero (none or only once) and three (five times or more in a week) for every question. Participants answer questions concerning a specific index trauma experience. The severity of the trauma is determined between none and serious. Turkish validation and reliability have been done ^{18,19}.

State-Trait Anger Scale (STAS) is a kind of self evaluation scale measuring the anger and its expression ²⁰. Turkish validation and reliability have been done ²¹. It contains 34 items and 4 subscales as anger in, anger out, anger control and trait anger. In the evaluation, the answer for “almost never” is 1 point, “somewhat” is 2 points, “rather a lot” is 3 points, “ almost always” is 4 points. The lowest point can be taken from the subscales of anger in, anger out and anger control is 8 and the highest point is 32; the lowest point can be taken from the subscale of trait anger is 10 and the highest point is 40. The scale has not a total score, total score is obtained by summation of 4 subscale points. High points of trait anger subscale indicates high level of anger, high points of anger control subscale indicates anger can be controlled, high points of anger out subscale indicates anger can be expressed easily and high points of anger in subscale indicates anger is repressed.

Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): FIQ contains 10 questions and it is an inventory evaluating the physical function, working ability, effectiveness level, depression, anxiety, sleep, pain, stiffness, fatigue and well-being conditions. First part contains 10 subtitles

questioning the general activities of the patient. Answers are reviewed by a Likert type scale as 0: every time and 3: never. How many days have the patient felt well and have not gone to work in the last week are asked in second and third questions. In remaining seven questions pain, fatigue, working level, morning stiffness, fatigue, anxiety and depression are asked by a 100 mm VAS. Patients are requested to sign the most suitable levels for them regarding the last week. High scores show low functional level ^{22,23}.

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): PSQI measures the sleep quality quantitatively which defines the good and bad sleep. It has 24 questions totally, 19 of them are self evaluating questions, five of them are requested to be answered by the spouse or any relatives of the person. The self evaluating questions determine the time of sleep, time of falling asleep and frequency and severity of specific problems about sleep. Graded 18 items are grouped as seven components. Every question is reviewed between 0-3 points. The summing of seven components gives the total PSQI score. The total score has a value between 0 and 21. High point scale indicates poor sleep quality. Scale shows if there is a sleep disorder or not and its prevalence. It is stated that if total point of PSQI is over 5, it indicates poor sleep quality ^{24,25}.

Presentation of the Cases

Case 1

Mrs. A. is a 32-year-old, high school graduated, widow, housewife. She has a daughter and is living with her father and mother. She lost her husband at the traffic accident which they had twelve years ago. Two years ago, she was married a man who was not consented by her family and divorced after one year. For five-six years she has FMS complaints, she had many therapies including antidepressant but neither was useful. For nine months she was taking 60 mg/day Duloxetine. She had migraine treatment for long years. Previously she used venlafaxine 225 mg/day for three years. After the psychiatric evaluations she was found to be

satisfying the criteria for major depression and PTSD diagnosis. With EMDR, the traffic accident that the patient had 12 years ago and her witness to her husband's death were studied firstly. Then her difficulties during her second marriage and conflicts with her family were handled.

Case 2

Mrs. B, is a 43-year-old married woman with two children. She is a teacher. She had used antidepressant and physical therapy was done which were not helpful for her FMS complaints for six years. Any traumatic life is not defined. There is no depressive disorder. During the clinical evaluations psychopathology was not determined except obsessive personality characteristics. She stated that she lost her father by lung cancer at her graduation year at the university and at those times she lived normal bereavement reactions. She told last year she was very nervous during the time of her daughter's college entrance exam preparation period. In the frame of this story, EMDR treatment was applied for the death of patient's father and her daughter's examination period. After this treatment, Grant's EMDR pain protocol was performed by targeting directly the pain.

Case 3

Mrs. C, is a 32-year-old married dentist with one son. She has FMS complaints for five years. Antidepressant was suggested but she couldn't use it because of the side effects. She saw her brother's dead body as a drowner while being taken out from the sea twenty years ago. Since that time she can not swim in a pool or sea. She complains about crying too much when this subject comes into question. During the clinical evaluations she didn't meet any criteria meeting PTSD or depressive disorder but she was found to be below threshold. Other memories annoying her were defined as below: her two year old son had often vomiting and asphyxia attacks because of his reflux disease; during her marriage her husband had high

opinions for her mother-in-law and other relatives, and he didn't protect and defend her against them; she was separated with her fiancé approximately four years ago; she left home and went boarding school. First of all her traumatic memories about her drowned brother was studied in EMDR treatment, then EMDR therapy was given for her son's reflux history with vomiting and asphyxia attacks which were again related with drowning in water and death theme. Memories about her husband's mother and other relatives and her 'anger' to them and lastly the period of separation from her fiancé were studied.

Case 4

Mr. D, is a 34 year old married teacher with a son. He has complaints of FMS for four-five years. When he was 20, he had an extravehicular accident and lost one of his eyes. He refused to tell his friends about his prosthesis eye and many times he had anxiety about realization of this situation by his friends. He had intensive anxiety about his disability that could be a reason to prevent his job. After his graduation during the summer time he had complaints such as anxiety, depression and introversion. He told that when he was in front of the decision committee he felt like he was going to die and he never forgot this moment. For the reason of FMS antidepressant and physical therapy were applied, but were not useful. In the clinical evaluation he was diagnosed as PTSD. EMDR therapy was given for the accident and evaluation of committee moments.

Case 5

Mrs. E, is a 22-year-old married housewife with a daughter who is graduated from secondary school. She has FMS complaints for five years. During her childhood she was exposed to violence. When she was six, she saw her father cheating her mother. Her mother and father were divorced. She began to live with his father but generally his father was staying out of city for his business. For that reason she lived with his uncle mostly. She tells

that she was exposed to violence by her aunt-in-laws. She was married at 17. She tells that her husband cheated her and she was exposed to violence by him. She had anti-inflammatory, analgesic treatments which were not useful. At the end of the psychiatric evaluation, she was thought to have depressive disorder. EMDR treatment was used for her memories about her mother cheated by his father and violences she was exposed to by her aunt-in-laws and her husband.

Case 6

Mrs. F, is a 30-year-old married teacher with two children. She has FMS complaints for nine years. She had a few thermal water therapy and physical therapy before. She used Sertraline for one year. She is still taking Paroxetine 20 mg/day. She tells her sleep is better with the drugs. Apart from daily pains, she defines pain attacks ongoing for 48 hours. She described a traffic accident which her relatives were injured seriously. In the treatment first the traffic accident was targeted, then EMDR was performed by focusing on pain attacks and pain itself.

Case 7

Mrs. G, is a 28-year-old married woman. She has FMS complaints for three years. For two and a half years she used Paroxetin 20 mg/day. She has complaints about hyperactive bladder and uninary incontinence since her childhood. No traumatic memory is explained. In the psychiatric evaluation she is diagnosed as major depression and suicidal ideas were determined. She couldn't sleep at nights but shuteye in day time. EMDR treatment was applied by focusing on urinary incontinence and being ashamed.

STATISTICAL METHOD

Data were evaluated by SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 15.0 version program. In the analysis of data Mann Whitney-U test was used.

RESULTS

The results of the scales and the examination findings of the physiatrist performed before and after the treatment are shown in Tables 1-3. After the treatment there was a decrease in the perceived pain, increase in quality of sleep, and decrease in the negative effects of fibromyalgia on the quality of life and these changes were statistically significant ($p<0.05$). The decrease in the scores of the PTSD and depression were also statistically significant ($p<0.05$). The decrease in the tender point count documented by physical examination was statistically significant ($p<0.05$). On the otherhand, significant improvement was only observed in anger control score ($p<0.05$) while there was not a significant change in the points of trait anxiety, anger in and anger out subscales. At the end of the treatment all of the patients except one failed to meet the FMS classification criteria.

DISCUSSION

In this study, considering the findings on relation of FMS with psychic trauma; in seven cases with FMS, trauma related symptoms were searched and EMDR was used for their memories. At the end of the treatment both trauma and depressive symptoms showed meaningful improvement. Moreover, those patients stated that they have significant increase in their sleep and life qualities, and decrease in perceived pain. Their TPC showed a significant decrease in the physical examination. In their anger points; the anger control points seem to be increased but there was no recovery in other anger points. There was obvious recovery observed in both psychiatric and pain complaints of the patients. These positive results achieved at the end of the treatment should be evaluated with a long term follow-up.

In this study, five of seven cases had traumatic life histories where three of them met criteria for PTSD. In the cases with traumatic life histories FMS findings have been developed after those experiences. For their chronic pain, no response was provided with various medications and other treatment modalities before.

The relationship of PTSD with chronic pain and FMS was reported in the literature^{6,29}. It is indicated that adult FMS may be related with neuro-endocrine disorders such as hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis disorder evoked by traumatic experiences in childhood, like neglect or abuse³⁰.

PTSD, is a chronic stress disorder where HPA axis problem, sleep disorder and extreme arousal⁴⁴ are seen. The ability of the body to keep its balance against stressors is called “allostasis”. During allostasis, autonomic nervous system, HPA axis, cardiovascular, metabolic and immune systems protect the body against endogenous and exogenous stress³². Exposure to chronic stress causes allostatic overload and this may have physiopathologic results.

It is emphasized that non-refreshing sleep³¹, HPA axis disorder³³ and chronic psychiatric disorders (stress)³ may also take place in FMS.

The observations of improving pain of these patients were tried to be explained by Shapiro’s adaptive information processing model in the studies on EMDR treatment for chronic pain. According to this model; at the time of traumatic memories, painful stimulus is stored as both as physical, and as image, cognition and affect. Nociceptive sense and emotional reaction are related. Traumatic memories involve affective elements and contribute to chronic pain and stress significantly. The adaptive reprocessing of these nonfunctionally stored memories will result in recovery of symptoms by providing an integration of the disturbing memories. According to the explanations regarding Adaptive Information

Processing model the perception related to traumatic memories, and its somatic and affective components are reprocessed by bilateral stimulation and cortical integration of the memory is provided. Change in emotional dimensions of the pain may affect the recalling and reproduction of pain in the nervous system by altering pain pathways¹⁰.

It is hypothesized that when desensitization against negative emotions is enabled, and once the patient responses normal against pain and stress, limbically augmented pain will not come back unless there is a new trauma. According to this opinion, EMDR treatment prompts more permanent changes as it focuses on the somatic (physical), cognitive and emotional components of the traumatic experience which provides an advantage to EMDR compared to the traditional approaches³⁶. In the present study, probably the emotional recovery may have improved the pain perception in patients.

It is proposed that EMDR reveals similar states with REM (Rapid Eye Movement) (similar state to REM simplify the cortical integration of traumatic memories) and allows integration in associative cortical networks⁴². Both the cortical integration effect on traumatic memories and the increase in the quality of sleep reported by patients may have promoted FMS recovery.

LIMITATIONS

It is not easy to determine the factor which enabled recovery in the therapy studies. Although therapists try to be objective nevertheless they give various messages. Many factors, including the attitude of the therapist towards the patient, caring her one-to-one for weeks, and patients feelings of being understood and beginning to hope affect the results. It is not definite in the present study how much of the acquired success of treatment can be attributed to these factors.

The main limitations of this study is the few number of cases and the lack of a control group. Also, as there is not a long term follow-up, the possibility of reappearance of symptoms of FMS is uncertain. Another defect in this study was in Case 5, whose pretreatment (STAS) points were not specified.

As a result; it can be speculated that patients with FMS have chronic stress exceeding their coping levels and the source of these chronic stress is related with their traumatic memories in many cases. A psychotherapy process based on their traumatic memories developed a significant recovery in psychic complaints related to trauma, pain complaints, depressive symptoms and sleep quality. In FMS and other chronic pain syndromes, using approaches based on trauma treatments will be helpful in understanding of the patients and increasing their life qualities. Further studies with more patients are required on this promising topic.

Table1-PDS, BDI, PSQI scores of samples before and after the treatment

Case	PDS before	PDS after	P	BDS before	BDS after	P	PSQI before	PSQI after	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	1	
7	0	0		39	19		14	9	

PDS: Post Traumatic Diagnostic Scale BDI: Beck Depression Inventory PSQI:Pittsburg Sleep Quality Index
*p<0.05

Table 2- Anger scores of samples before and after treatment

Case	State anger		p	Anger in		P	Anger out		p	Anger control		P
	Before	after		before	after		before	after		before	after	
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	-	13		-	13		-	9		-	13	
6	21	19		21	19		14	14		19	20	
7	26	24		17	19		20	23		20	24	

SSTAS: Spielberger State-Trait Anger Scale *p<0.05

Table 3- FIQ, VAS and TPC scores of samples before and after treatment

Case	FIQ before	FIQ after	P	VAS before	VAS after	p	TPC before	TPS after	p	Sessio n count
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	7		12	12		6
7	80	33		8	5		14	5		5

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire

VAS: Visuel Analog Scale

TPC: Tender Point Count

*p<0.05

GİRİŞ

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 ¹. ABD’de yaygınlığı %2 civarında bildirilmiştir ². Depresyon, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozuklular gibi psikiyatrik bozuklukların FMS ile birlikte görülme oranlarının arttığı bildirilmektedir ³. Halen etkinliği tam olarak kanıtlanmış bir tedavisi yoktur. Tedavisinde antidepresanların ⁴ ve Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) yararlı olduğu gösterilmekle beraber ⁵ etkinlikleri sınırlıdır. FMS’li hastalarda psikolojik 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 rastlanılmamıştır ^{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 ^{8,47}. TSSB⁹ ve kronik ağrı¹⁰ tedavisinde etkin olduğu bildirilmiştir.

FMS’li hastalar üzerinde EMDR ile az çalışma vardır. Friedberg ¹³ bir çalışmasında göz hareketlerinin stres azaltıcı ve relaksasyon etkisinden yararlanarak fibromiyaljide EMD (Eye Movement Desentization) uygulamış ve altı hastanın dördünün tedaviye yanıt verdiğini bildirmiştir. Mazzola ve arkadaşları ¹⁴ içlerinde kronik ağrılı 38 hastaya 12 hafta Grant’ın ¹⁵ EMDR’nin ağrı protokolünü uygulamışlar, tedavi sonunda, hastalarının yakınmalarında belirgin düzelme, ağrıya yönelik kullanılan ilaç miktarında belirgin azalma ve yaşam kalitelerinde belirgin artma, depresyon ve anksiyete düzeylerinde belirgin azalma

bildirmişlerdir. Kavakcı ve arkadaşları travmatik yaşantıları üzerine EMDR tedavisi uyguladıkları bir hastanın FMS belirtilerinde azalma bildirmişlerdir⁴⁶.

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 bulunamaz ise Grant¹⁵ 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 ağrıyı duyarsızlaştırma sağlamaya yönelmektedir^{15, 45}.

YÖNTEM

FTR uzmanı tarafından tanısı konulan, haftalık seansları sürdürmeye gönüllü, ölçekleri doldurabilecek seviyede eğitilmiş, psikotik ve ciddi mental bozukluğu, ek tıbbi sorunu olmayan hastalar rastgele iki EMDR eğitimi almış psikiyatrden birine yönlendirildi.

FMS tanısı konulan yedi hastanın tedavi öncesi ve sonrasında bildirdikleri ağrı düzeyleri; Vizüel ağrı skalası (VAS) üzerinde kaydedildi, hassas nokta sayıları FTR uzmanınca belirlendi. Hastalar; Pittsburg uyku kalitesi indexi (PUKİ), Travma değerlendirme ölçeği (TDÖ), Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Öfke Tarzı ölçeği (SÖÖTÖ), Fibromiyalji etki anketini (FEA) tedavi öncesi ve sonrasında FTR kliniğinde doldurdu. Yalnızca TDÖ; hastaların travmalarının değerlendirilebilmesi için ilk görüşmede psikiyatlara 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” ile “3” arasında derecelendirilen dördümlü Likert tipinde cevaplanan 21 maddeden oluşmaktadır. Kesme puanının 17 olarak kabul edildiği bildirilmiştir¹⁷.

Travma Değerlendirme Ölçeği: 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 değerlendirilen dört puanlı bir ölçektir. Katılımcılar belirli bir index travma deneyimi ile ilgili sorulara yanıt verirler. Travma şiddetini yok ile ağır arasında belirler. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır^{18,19}.

Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) Öfke duygusu ve ifadesini ölçen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir²⁰. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır²¹. 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 en düşük puan 8, en yüksek puan 32; sürekli öfke alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40’tır. 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): FIQ, 10 sorudan oluşur ve fiziksel fonksiyon, çalışma durumu, verimlilik düzeyi, depresyon, anksiyete, uyku, ağrı, tutukluk, yorgunluk ve iyilik halini 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 skorlar düşük fonksiyonellik düzeyini gösterir^{22,23}.

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) PUKİ iyi ve kötü uykunun tanımlanmasına yarayan uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü verir. Toplam 24 soru içermektedir, 19'u kendini değerlendirme sorusudur, beşi ise bireyin eşi veya bir arkadaşı tarafından cevaplanmaktadır. Kendini değerlendirme soruları uyku süresini, uykuya geçme süresini ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini tespit etmektedir. Puanlanan 18 madde 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Her madde 0-3 arasında puanla değerlendirilmektedir. Yedi bileşen puanının toplamı toplam PUKİ puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. Ölçek puanın yüksek oluşu, uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığı ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermektedir. Ancak PUKİ toplam puanının 5'in üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir^{24,25}.

OLGU SUNUMLARI

Olgu 1

Bayan A, 32 yaşında, ev hanımı, 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, antidepresan dâhil birçok tedavi almış ve yarar görmemiş. Dokuz aydır duloksetin 60 mg/gün alıyor. Uzun yıllardır migren tedavisi görüyor. Daha önce üç yıl venlafaksin 225 mg/gün kullanmış. Yapılan psikiyatrik değerlendirme sırasında major

depresyon ve TSSB'nin tanı ölçütlerini karşıladığı saptandı. EMDR ile öncelikle 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. Depresif bozukluğu yok. 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 tedavisi yapıldı. 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 ya da 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 reflü problemi 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 ayrılma yaşantısı olduğunu, 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” en 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 bir çok defa 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 şikâyetleri olmuş. Bu konuda karar verecek kurulun karşısına çıktığında ölecekmiş gibi hissettiğini o anı unutamadığını ifade ediyor. FMS nedeniyle antidepresan 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 hanımı, bir kızı var, ortaokul mezunu. Beş yıldır FMS yakınmaları var. Çocukluğu boyunca tekrarlayan fiziksel şiddete maruz kalma tanınıyor. Altı yaşındayken annesinin babasını aldattığına şahit olmuş. Anne ve baba ayrılmış. Babasıyla birlikte yaşamaya başlamış fakat babası iş nedeniyle genellikle şehir dışında yaşıyormuş. 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 antiinflamatuvar, analjezik tedaviler almış fayda görmemiş. Yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucunda 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. Bugüne 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 ağrıları yanı sıra 48 saat süren hareketsiz bırakan ağrı atakları tanımıyor. Üniversite yıllarında yakınlarının yaralandığı, kendisinin küçük sıyrıklarla atlattığı bir araç içi trafik kazası yaşantısı geçirdiğini ifade ediyor. Tedavide önce trafik kazası yaşantısı hedeflendi, 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 tanımıyor. Herhangi bir travmatik yaşantı bildirmiyor. Yapılan psikiyatrik değerlendirmede major depresyon tanısı konuldu ve suicidal düşüncelerinin olduğu saptandı. Geceleri uyuyamama ve gündüz uyuklamaları vardı. Tedavide idrar kaçırma ve mahcup olma anları üzerine EMDR tedavisi uygulandı.

İSTİKSEL YÖNTEM

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

BULGULAR

Hastalardan tedavi öncesinde ve sonrasında uygulanan ölçeklerle belirlenen ve FTR uzmanı muayenesi ile saptanan sonuçları tablo 1 ve tablo 2 ve tablo 3’de gösterilmiştir. Tedavi sonunda ölçek puanlarında algılanan ağrıda azalma, uyku kalitesindeki artma, fibromiyaljinin yaşam kalitesine olumsuz etkisindeki azalma şeklindeki olumlu değişim istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon belirtilerinin şiddetini değerlendiren ölçek puanlarındaki azalma da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Fizik muayene ile saptanan hassas 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 olduğu yönündeki bulgulardan yola çıkılarak; FMS’li yedi olguda travma ile ilişkili belirtiler aranmış ve bu yaşantılarına yönelik EMDR uygulanmıştır. Tedavi sonunda hem travma belirtilerinde, hem depresif belirtilerde anlamlı düzelme sağlandığı gözlenmiştir. Bununla birlikte hastalar uyku ve yaşam kalitelerinde anlamlı düzeyde artma, algıladıkları ağrı düzeyinde anlamlı azalma bildirmişlerdir. Fizik muayenede hastaların HNS’lerinde de anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır. Öfke puanlarında ise; öfke kontrol puanlarında artma saptanırken diğer puanlarda düzelme elde edilememiştir. Hastaların hem psikiyatrik hem de ağrı yakınmalarında belirgin iyileşme gözlenmiştir. Tedavi sonunda elde edilen bu olumlu sonuçların uzun süreli izlem 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 deneyimlerinden sonra gelişmiştir. Kronik ağrıları için daha önce uygulanan çeşitli ilaçlar ve diğer tedavilerle yanıt alınamamıştır.

Yayınlarda TSSB ile kronik ağrı ve FMS ilişkisine işaret edilmiştir ^{6,29}. Çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimlerin, örneğin ihmal ya da istismarın yol açtığı Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal (HPA) eksen düzensizlikleri gibi nöroendokrin düzensizlikler ile erişkin FMS'sinin ilişkili olabileceğini gösterilmiştir ³⁰.

TSSB, HPA eksen bozukluğu ve uyku bozuklukları ve aşırı uyarılmışlığın görüldüğü bir kronik stres tablosudur ⁴⁴. Bedenin stressör karşısında dengesini koruma yeteneğine "Allostaz" denilmektedir. Allostaz sırasında, otonom sinir sistemi, hipotalamus –hipofiz-adrenal(HPA) aksı, kardiyovasküler, metabolik ve immün sistemler iç ve dış kaynaklı strese karşı vücudu korurlar ³². Kronik strese maruz kalma allostatik yüklenmeye ve bu da bireyde fizyopatolojik sonuçlara sebep olabilir.

FMS'de de dinçleştirici/canlandırıcı olmayan (nonrefreshing) bir uyku ³¹, HPA eksen bozukluğu ³³ ve kronik psikiyatrik bozukluklar (stres) ³ varlığına 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. Nosisepatif 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 ¹⁰.

Olumsuz emosyonlara karşı duyarsızlaşma sağlandığında; hasta bir kez ağrı ya da strese karşı daha normal bir yanıt verirse yeni bir travma olmadıkça ağrının limbik olarak büyütülen tepkisine dönülmeyeceği varsayımı ileri sürülmüştür. Bu görüşe göre EMDR tedavisi, travmatik deneyimin somatik (bedensel), bilişsel bileşenleri ve emosyonel unsuru üzerinde odaklanması nedeniyle, daha kalıcı değişiklikleri harekete geçirir, ağrının emosyonel boyutuna yönelmeyen geleneksel yaklaşımlara göre belirgin avantaj sağlayabilir ³⁶. 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), assosiatif kortikal ağlardaki bütünleşmeye izin verdiği ileri sürülmüştür⁴². Hem travmatik anılar üzerinde kortikal bütünleştirici etki, hem de hastaların bildirdiği uyku kalitesinde düzelme FMS'nin iyileşmesine katkıda bulunmuş olabilir.

SINIRLILIKLAR

Terapi çalışmalarında iyileşmeyi sağlayan ögenin ne olduğunu ortaya koymak kolay değildir. Ne kadar yansız kalmaya çalışsalar da; terapistler hastalarına çeşitli iletiler verirler. 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 eksiklikleridir. Ayrıca uzun dönemde FMS belirtilerinin geri dönüp dönmeyeceği konusu

belirsizdir. Olgu 5'in ilk görüşmede SÖÖTÖ puanları belirlenmemiş olması da çalışmanın eksikliğidir.

Sonuç olarak; bu çalışmada ele alınan FMS hastalarının, başa çıkma düzeylerini aşan bir kronik stresle karşı karşıya oldukları, bu kronik stresin kaynağının da olguların çoğunluğunda travmatik yaşantıları ile ilgili olduğu söylenebilir. Travmatik yaşantıların temel alan bir psikoterapotik sürecin yürütülmesi, travmaya ile ilgili ruhsal yakınmalarda, ağrı yakınmalarında, depresif belirtilerde ve uyku kalitesinde anlamlı iyileşmeye yol açmıştır. 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.