

OBSESİF- KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN BİR HASTANIN GÖZ HAREKETLERİ İLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN YAPILANDIRMA (EMDR) TEKNİĞİ İLE İYİLEŞME SÜRECİ

DİLEK GÜREL
UZMAN PSİKOLOG (EMDR TERAPİSTİ)

ÖZET

Bu yazıda temel yakınması obsesif-kompulsif bozukluk olan ancak geçirmiş olduğu psikolojik ve fiziksel bir travma ardından bunun başlamış olduğu fark edilerek Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma(Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) tekniği uygulanan bir hastanın tedavi süreci sonuçları özetlenmiştir. Üç aylık bir programı sonrası hastanın bütün belirtilerinin geçtiği asıl hedefin obsesif bozukluklar olmamasına karşın yaşamış olduğu travmanın iyileştirilmesi ile hastanın düzelmesine yönelik hipotezler ele alınacaktır. EMDR tedavisi hakkında bilgi verilecektir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: EMDR, OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK,

GİRİŞ

Obsesif- Kompulsif bozukluk, kimi zaman istenmeden gelen ve uyumsuz olarak yaşanan belirgin bir sıkıntıya neden olan dürtüler ya da düşümler ile seyreden bir bozukluktur. Kişinin bunu bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışları (el yıkama, düzenleme, kontrol etme vb) ya da zihinsel eylemler(dua etme, sayı sayma, aynı sözcüğü tekrar etme) örüntüleri ile birlikte görülmektedir.(1)

Obsesyonlar; bireyin zihninden uzaklaştıramadığı, iradesi ve kontrolü dışında zihnine hücum eden, rahatsız edici çoğu zaman tehdit edici ısrarcı ve tekrarlayıcı düşüncelerdir. Bu düşünceler çoğu zaman hastanın kendisine de saçma ve anlamsız gelir. Kompulsiyonlar ise, çoğunlukla obsesyonlara tepki olarak ortaya çıkan davranışlardır. Kısaca obsesyonlar bir tehdit, kompulsiyonlar ise bu tehdiye karşı bir tedbir nitelindedir. (2)

Genel olarak en yaygın görülen obsesyon türleri, kirlenme(bulaşma), şüphe, cinsel ve saldırgan obsesyonlarken, en sık görülen kompulsiyon türleri ise, yıkanma, kontrol etme, tekrarlama, biriktirme ve zihinsel kompulsiyonlardır. Bunlar ülkeden ülkeye, kültürden kültüre değişkenlik gösterebilirler. En sık görülen yıkama kompulsiyonu, bulaşma kirlenme

obsesyonuna bağlı olarak ortaya çıkar. Bu hastalarda kirlenme kaynağı (kir, mikrop menı, gaita, yağ vs) her Şey olabilir. Hastaların yıkama ve temizleme işleri saatlerce surebilir. Ve gittikçe bir toren halini alabilir.

Hastalık vakaların yaklaşık yarısında ani olarak baŐlamakta ve bu vakalarda bir yakının kaybı, gebelik, cinsel sorun, gibi çevresel bir olay saptanabilmektedir. (3) Bu bakımdan bir anlamda Travma sonrası Stres Bozukluğu belirtilerinin ortaya çıkıŐıyla benzer olduğu soylenebilir.

GeliŐen teknolojilerinde katkısıyla 1980 ' li yıllarda Obsesif-Kompulsif bozukluğun daha çok organik kokenlerinin araŐtırıldıęı yayınlara rastlanmaktadır. Hastalığa ilişkin organizite yaratan kuŐkusu yaratan bilgiler çok değişik kaynaklardan gelmektedir. Hastalığın bazı yapısal beyin bozukluklarından sonra ortaya çıkabilmesi, genetik etkenlerin etkenlerin iŐe karıŐtıęı yolundaki bulgular, silik norolojik belirtilerin olması, bileteral bazal gangliyon lezyonları, Gilles de la Tourette sendromu ve Sydenham koresi gibi norolojik hastalıklarda sık gorulmesi hastaların bir kısmında ventrikül geniŐlemesi ya da kaudat nukleus volümünde azalma gibi radyolojik bulgular ile PET ile frontal loblar ve kaudat nukleusta metabolik anormalliklerin saptanması ve serotoninerjik sistem disfonksiyonuna ait gll kanıtlar etyopatogeneizde organik etkenlerin rolü olabileceğine dikkat çekmektedir.(4)

Obsesif- Kompulsif bozukluğun klinik özelliklerinin neler olduğu yıllardır biliniyor olmasına karşın tedaviye oldukça dirençli bir hastalık olduğu bilinmektedir.(5) Günümüzde baŐta yeni kuŐak ilaçların ve Bilişsel DavranıŐci yöntemlerin hastalığın tedavisinde yoğun ve etkili olarak kullanıldığına dair oldukça fazla yayın bulunmaktadır. Genel olarak, ilaç tedavisi ve Bilişsel _davranıŐci tedavilerin kombine uygulandığı yaklaŐımların oldukça etkili olduğunu gösteren yayınlar çoğunluktur. ğrenme ilkelerine dayanan davranıŐci terapistlere göre obsesyonlar koŐullanmıŐ uyarılar olup anksiyete uyandırmaktadırlar. Bu açıdan bakıldığında kompulsiyonlar, yaşanan anksiyeteyi gidermek için ęrenilmıŐ davranışlardır ancak anksiyetenin giderilmesi kompulsiyonları pekiŐtirmektedir. Terapide düşünce durdurma, gevŐeme, paradoksal niyetlenme, model olma, imgelemde üstüne gitme(imaginative exposure), yanıtı engelleme(response prevention), gibi yöntemler uygulanmakta ve özellikle son ikisi oldukça etkili görünmektedir. Yukarıda sayılan tekniklerin ve çeşitli ilaçların, hatta psikoŐirurjik yaklaŐımların etkililik araŐtırmalarının bolca bulunmasına karşın ulaŐılabilen yayınlar arasında Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma(Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) tekniğinin kullanıldığı bir yayına rastlanmamıŐtır. Bu yüzden alanda bu konuda çalıŐan diğer meslek elemanları ile vakanın paylaŐılması amacıyla bu makalenin yazılmasına kara verilmiştir.

Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma(Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) tekniği , 1987 yılında ilk kez Francine Shapiro adlı bir Klinik Psikolog tarafından bulunmuştur. O yıldan itibaren yapılan pek çok kontrollü araştırma ile etkinliği pek çok araştırmacı tarafından gösterilmiştir. (6)

Vaka sunumuna geçmeden önce, hem dünyada hem de ülkemizde oldukça yeni sayılabilecek bu teknik hakkında kısaca bilgi verilecektir.

Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma(Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) tekniğinin ilk geliştirilmesi ve ilk uygulamaları aslında Travma sonrası Stres Bozukluğunun tedavisine yönelik olmuştur. Ancak tekniğin oldukça etkili olduğunun anlaşılması üzerine değişik klinik bozuklukta hatta kişilik bozuklukların da bile başarıyla işlediği görülmüştür. Teknikten şimdilerde performans artırma alanında da yararlanılmaktadır.(6)

Tedavi rasyoneli kısaca, travmatik bir olay olduğunda bilgi işleme için gerekli bir olan uyarıcı /engelleyici(excitatory/inhibitory) dengenin zarar gördüğü saptamasına dayanmaktadır. Bu travma, beynin belirli yerlerinin fazla uyarımına ve gerçek nöron patolojisine neden olmaktadır. Bu patoloji, bilgiyi kaygı uyandıran bir formda dondurmakta ve bu formda orijinal görüntü kişinin kendini olumsuz değerlendirmesi ve olayın etkisi tam olarak bulunmamaktadır. Bilgi; uyarlanmış bir sonuç şeklinde işlemlenememektedir. Bu durumda bilgi, “zoraki düşünceler”, geçmişini yeniden yaşayışlar ve kabuslar “ şeklinde Travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi patolojilerde belirmeye devam etmektedir. Kısaca olumsuz yaşam deneyimleri ya da travmalar beynin fiziksel bilgi işleme sisteminin dengesini bozmakta bu durumda yaşantıyla ilgili algılar, duygular inanışlar ve anlamlar sinir sistemini kilitlemiş olmaktadır.(6)

İşte bu noktada yaptırılan göz hareketleri uyarıcı/ engelleyici dengeyi yeniden kurup “donmuş” bilginin duyarsızlaştırılmasını sağlayarak bilgi işlemeyi uyarlanmış bir bütünleşmeyi sağlamaktadır. Tam bilgi işleme olumsuz etkinin nötrlenerek travmatik imgenin difüzyonunu ve olumlu düşüncenin yeniden kurulması sayesinde gerçekleşmektedir. Bireyin tedaviye alınabilmesi için , anının resimli bir imgesini oluşturabilmesi, kendine ait olumsuz ifade ya da düşüncesi ve duygusal tepkisini gösterebiliyor olması gereklidir.

Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma(Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) tekniği kısaca 8 aşamadan oluşmaktadır.

1. AŞAMA:

Hastadan geçmiş ve şimdikiye yönelik ayrıntılı öykü alınır.

2 . AŞAMA:

Hastanın hazırlanmasını içerir. Hastaya EMDR tekniğinin ne olduğu, nasıl işlediği anlatılır,hastanın seans içinde fazla etkilendiğinde imgeleyebileceği bir “güvenli yer” seçilir ve buna ilişkin egzersiz yaptırılır. Göz hareketleri haricindeki çift yönlü uyarım teknikleri hakkında bilgi verilir. Travmatik olayla arasına sınır mesafe koymasına yardımcı olan bir metofor seçilir, ayrıca hastaya çok etkilendiğinde elini kaldırarak seansı durdurabileceği(Stop İşareti) hatırlatılır. BU aşamada terapötik bağın kurulması önemlidir.

3. AŞAMA:

Değerlendirme aşamasıdır. Bu aşamada hastadan sorunuyla da anıyı ortaya koyması; bunun en kötü kısmını temsil eden resmi tanımlaması istenir. Daha sonra hastadan şu anda kendisi ile ilgili olumsuz inancını ifade eden resme en uygun cümleyi bulması istenir. Buna olumsuz biliş (negative cognition)adı verilir. Sonra hastadan bu kez resme baktığında şimdi kendi ile ilgili olumlu ne söylediği sorulur. Bu da olumlu biliş (positive cognition) olarak adlandırılmaktadır. Ardından hastaya bu olumlu bilişe ne kadar inandığını 1- 7 noktalı bir ölçekte değerlendirmesi istenir. (1 az inanıyorum 7 tamamen inanıyorum). Bu ölçeğe Olumlu Düşüncenin Geçeliği (Validity of Cognition Scale – VOC) adı verilir. Daha sonra hastaya olayla olumsuz bilişi birlikte düşündüğünde hissettiği duygu ve bunu vücudunun neresinde hissettiği sorulur. Ayrıca hastadan bu duygunun rahatsızlık düzeyini 0-100 noktalı bir ölçekte (0 =Rahatsızlık yok , 100= en yüksek rahatsızlık) kaç düzeyinde rahatsızlık duyduğunu belirtmesi istenir. Bu ölçeğe Öznel Rahatsızlık Birimi ölçeği (Subjective Units of Disturbance Scale SUD) adı verilmektedir.

4. AŞAMA:

Bu aşamanın adı Duyarsızlaştırma aşamasıdır. Artık bu aşamada bireye travmatik anını imgesi, yarattığı duygu, duygunun şiddeti, yeri ve olumsuz bilişi aklında tutması istenerek çift yönlü uyarım verilmeye başlanır. Çift yönlü uyarım; göz hareketleri, hafifi vuruş, kulaktan çift yönlü uyarım ve ya bunların kombinasyonları şeklinde olabilir. Bu aşama da zaman zaman çift yönlü uyarım kesilerek hastaya zihnine gelen resme eklene ya da çıkan duygu düşünce anı vs... yeni bir verinin olup olmadığı sorulur. Temalar duygusal, davranışsal bilişsel, ya da fizyolojik olabilir bunlara terapini akışı içinde müdahaleler

yapılır. Bu yolla danışanın travmatik anının her parçası ile ilişki kurup onun üstesinden gelmesi sağlanır.

5. AŞAMA:

Duyarsızlaşma aşaması sonrası temizlenmiş olunan yeni zihin yapısına bu aşamada Olumlu Bilişin yerleştirilmesine geçilir. Danışanın öncelikte başlangıçta bildirmiş olduğu 1- 7 arasındaki olumlu bilişe inancının halen aynı düzeyde mi olduğu sorulur eğer aynı düzeyde ise bu düzeyin 7 ye ulaşmasını sağlamak için çift yönlü uyarım verilmeye devam eder. Eğer artmışsa artış desteklenir ve bunun güçlenmesi için yine çift yönlü uyarım verilir. Bu yolla olumlu bilişler kişinin içine yerleşmesi sağlanır.

6. AŞAMA:

Bu aşamanın adı beden taramasıdır. Danışandan gözlerini kapatıp tüm vücudunu gözden geçirerek rahatsız hissettiği bir yer olup olmadığı sorulur. Bir rahatsızlık bildirmişse bun yeri öğrenilir ve bu noktaya elini koyması istenerek çift yönlü uyarım verilir. Uyarımın ardından tekrar danışana ne hissettiği sorulur. Rahtsızlık geçmişse rahatlık hissi oluşmuşsa bunun güçlenmesi ve yerleşmesi için tekrar tekrar çift yönlü uyarım verilir.

7. AŞAMA:

Kapama aşamasıdır. Hastadan bu aşamada oturumun sona erdiği gözlerini kapatıp tekrar tüm vücudunu taraması söylenir. Hasta gözlerini açıp hiçbir sorun olmadığını bildirdikten sonra bu günkü işlemin bittiği anacak zihinsel olarak işlemin devam edeceği yeni farkındalıklar hissedebileceği, rüyalarının daha net olabileceği bunlardan dolayı kaygılanmaması gerekirse terapistini arayabileceği söylenerek oturum kapatılır.

8. AŞAMA:

Yeniden değerlendirme aşamasıdır. 7. aşamadaki yapılan işlemlerin yanı sıra bu seansta yapılan işlemler yeniden değerlendirip bir sonraki seansa kadar yeni hedefler oluşturulur.

Kısaca aktarıldığı üzere EMDR tekniği seans içinde bu şekilde yürütülmektedir. Aşağıda sunulacak olan vaka da tüm bu aşamalar yanı sıra seans içinde yapılan bilişsel müdahaleler ve EMDR ye özgü diğer tekniklerde izlenebilir. Genel olarak EMDR seansları 1- 1,5 saati

aşan uzun seanslardır. Bu vakada da seanslar bu süreleri bile aşmıştır. O yüzden her seans özetlenerek aktarılmıştır.

VAKA SUNUMU:

E.N. , 41 yaşında bayan lise mezunu, hiç evlenmemiş, memur olarak çalışmakta. 2 yıl önce işyerinde siyasi bir görüş farklılığı yüzünden çok ciddi anlamda sürtüşmüş. Bu sürtüşme kısa sür sonra daha büyük restleşmelere ve tehditlere dönüşmüş. E.N gerek yalnız yaşaması nedeniyle gerek, bunu aktaracağı kimse bulamaması nedeniyle derin bir kaygı yaşamaya başlamış. Bir akşam iş çıkışı evinde otururken kapı çalınmış ve sürtüştüğü üç bayan ve bir erkek kapının açılması ile birlikte üzerine saldırarak E.N' yi ağır biçimde darp etmişler. E.N kendi çabaları ile ambulans çağırıp hastaneye gittiğinde burnu ve birkaç kaburgasının kırıldığını öğrenmiş. Bu olaydan 1-2 ay sonra E.N nin belirtileri başlamış..Evindeki ve vücundaki kan lekelerinin çıkmış olmasına karşın evinin ve vücudunun kan koktuğunu düşünmeye başlamış. Bunun üzerine, işten döner dönmez yerleri durmadan silmeye, banyoda saatlerce kalıp sayılarla her vücut bölümünü tekrar tekrar yıkamaya, sayıları eksik bırakıp bırakmadığı şüphesi ile tekrar başa dönüp yıkamaya, bütün bunun üzerine boy abdesti almasa gerçekten temizlenemeyeceğini düşünüp boy abdestinin dualarının ve sayılı yapılan yıkama işlemlerini bir kez daha tekrar tekrar yapmaya başlamış. Bunun yanı sıra gündüz iş yerinde tuvalete her girişinde uzun süre kişisel temizlik ve el yıkama ile çok uğraşmaya başlamış.Bu yüzden sık sık idrar yolu enfeksiyonu olduğu ve antibiyotik tedavisi almak zorunda kaldığını bildirmiştir. Günün hemen hemen 4- 5 saati bunu yıkanma ve temizleme işlerine gittiği artık hiçbir şey düşünmeye ve yapmaya zamanı kalmadığından yakınmaktadır. Tedavi amaçlı ilk başvurusu psikiyatriye olmuş kendisine antidepresan bir ilaç (prozac) başlanmış. 4 ay kullanmasına ve şikayetlerinin hafiflemesi nedeniyle tekrar gittiğinde terapi amaçlı tarafıma yönlendirilmiştir.

TEDAVİ SÜRECİNE KARAR VERME

Hastanın problemine yönelik yukarıda aktarılan bilgiler alınırken çok dikkatli bir öykü alma neticesinde tüm belirtilerin travmanın hemen sonrasına denk düşmesi ve hastanın travmatik olayı anlatırken tekrar yaşıyormuş gibi kötü hissetmesi, çok ağlaması, nefes nefese kalması vb..belirtiler dikkate alınarak hastanın başka travmalarının bulunup bulunmadığı taranmaya başlanmıştır. Tarama sırasında hastanın bu travmatik olaydan 5-6 ay kadar öncesinde de bir başka travma yaşadığı belirlenmiştir. Bu da 4 yıl birlikte olduğu ve evlenme planları

yapmayı düşündüğü erkek arkadaşı, hastanın en yakın kız arkadaşı ile hastanın evinde ve yatağında birlikte oldukları an tesadüfen eve gelip görmesi ardından yine ölecekmiş gibi olduğu. Nefes bile alamadığı hiçbir tepki veremediği ama daha sonra aylarca aynı olayı tekrar tekrar rüyalarında yaşadığı. Televizyonda anımsatan bir sahnede aşırı irkilmesi, nefesini durdurması vb.. sorunlardan söz etmiştir. Son başka bir travmatik olay ise, hastanın 10 yıl önce aralarında çok az yaş farkı olduğu için ikiz gibi büyüdüğü kız kardeşini kanserden kaybettiği idi. Tüm tanı koyma, ameliyat ve kemoterapi – radyo terapi evrelerinde yanında olup her aşamayı birlikte geçirmişler. Hasta o günleri bir türlü unutamadığını böyle bir haber dinlese duysa ya da izlese tıpkı o anki gibi kötü hissettiğini aktarmıştır. Bu travmatik geçmişin belirlenmesinin üzerine hastaya EMDR tedavisi hakkında ayrıntılı biçimde bilgi verilmiş ve söz konusu travmatik yaşam olaylarının şu anki ruhsal sıkıntılarını oluşmasında ve yerleşmesinde rolü olabileceği bildirilmiştir. Çünkü bu travmatik olaylar dizgesi sanki obsesif- kompulsif bozukluğu tetiklemiş gibi görünmekteydi. Hastanın EMDR tedavisini kabul etmesi üzerine bir sonraki oturum yani EMDR seansı için gün belirlenmiştir. Hastaya bu görüşmenin sonunda temizlenme davranışlarının zamanı, ne kadar sürdüğü, yaşattığı sıkıntı düzeyini (0 ila 100) arasında puanlayacağı, daha sonra ne yaptığını dolduracağı bir çizelge verilmiştir.

TEDAVİ SÜRECİ

II. GÖRÜŞME / İLK EMDR OTURUMU

Hastaya öncelikle 10 dk "güvenli yer" egzersizi yaptırıldı. Hasta güvenli yer olarak çocukluğunda ailesi ile yaşadığı evi seçti. Travmatik olayla arasına sınır koyacak olan metofor için, olaya "hızla geçen bir trenin camından bakıyor olma" imgelemine tercih etti. İki yönlü uyarım tekniği olarak göz hareketi ve dizlerine hafif vurma (tapping) tekniğini seçti. En son olarak hastaya oturum içerisinde çok yoğun duygulanım hissettiği anda elini kaldırarak "Dur- stop işareti" yapabileceği bu işareti yaptığında uyarımın kesileceği hatırlatılarak hazırlık aşaması tamamlandı. Daha sonra asıl oturuma geçilerek olay, resim resmin en rahatsız edici kısmı, olumlu ve olumsuz bilişleri belirlendi ardından göz hareketleri setlerine başlandı. Çalışma dökümü şu şekilde idi;

Olay; evinde uğradığı fiziksel saldırı.

Resim; Dayak yerken saçlarından tutulup kafasının duvarlara vurulması. Ağzından burnundan kanların fışkırması.

En rahatsız edici kısmı; döven kişinin yüzündeki ifade.

Hissettiği duygu :Acı / eziklik

Duyguların rahatsızlık düzeyi (SUD) : 90

Duygunun yeri: Kalbi

Olumsuz biliş(inanç) : Ben Değersizim

Olumlu biliş (inanç) : Ben iyi şeylere layığım.

Olumlu bilişin geçerliği (VOC) :3

Hasta ilk göz hareketi setlerine başladığında gözyaşı dökmeye başlaması olayı işlemediğini göstermesi bakımından olumluydu ve göz hareketleri buna rağmen devam ettirilmiştir. Bir süre sonra göz hareketi kesilmiş “neler geldiği”..sorulmuştur. Hasta “ o anı tekrar yaşadım...yüzü çok iğrençti” .dedi. Hastaya “ Bununla devam et” denerek ikinci göz hareketi setine başlanmıştır. Hastaya yaklaşık 45 dk. boyunca bu şekilde göz hareketi seti yaptırılıp ardından nelerin değiştiği ya da olduğu sorularak oturuma devam edildi. Hasta bu setler sırasında olayı tüm ayrıntıları ile irdeledi – işlemedi ve “ bilgi kanallarının” sonuna gelinmiştir. Hasta, EMDR sırasında daha önceki yaşantıyı yeniden yaşarken yüksek düzeyde rahatsızlık duyduğunda (abreaksiyon) parmak yönünü değiştirme , güvenli yer ve ya uyarı şeklini değiştirme vb. yöntemler kullanılmıştır. Yine geri bildirimler sonrası hastaya, EMDR tekniğine özgü bilisel müdahale yöntemleri(yeni bilgi sunma, eldeki bilginin uyarılması, bunu yaşayan senin bir yakının olsaydı ona ne derdin...miş- miş gibi yapalım, duyguyu hissettiği yere elini koydurmak vb) yöntemler kullanarak olayı yeniden doğru bir biçimde işleme sağlanmıştır.Oturumun ortalarında “Şimdi ne var? “ diye diye sorulduğunda Hasta: “ yalnızca kapıdaki adam kaldı öylece boynu bükük bana bakıyor” dedi. “Şimdi o adama odaklan “ diyerek tekrar göz hareketlerine devam edildi. Hastanın travmasının bu yönüne ilişkin kanallarının sonuna gelmesi sağlanmıştır. Tekrar durdurulup sorulduğunda; Hasta ; “ resim hemen hemen kalktı,ama adam duruyor, sanki içimi bir heyecan sardı” diye yanıtlamıştır. Bunun üzerine “Peki en baştaki resme geri dönelim ve ben değersizim cümle ile bunu zihninde aynı anda tutarak tekrar göz hareketi yapalım “ deyip tekrar göz hareketlerine başlanmıştır. Bu setler boyunca hastanın travmasının aynı zamanda beden anısını (body memory) özelliği taşımasından dolayı seans sırasında oldukça

sık çeşitli bedensel yakınması olmuştur. Bu yakınmalar tek tek ortadan kalkıncaya kadar setler sürdürülmüştür. En son sette hastaya “ Şimdi nasılsın nasıl hissediyorsun?” diye sorulmuştur. Hasta “ sıkıntı geçti, resimde geçti, ama yarın nasıl olacağım ?” diye sordu. Başlangıçta 90 olan sıkıntı düzeyinin şimdi kaç olduğu soruldu , hasta;”epey düştü 20-30 gibi” diye yanıtladı. “Bununla kal” denilerek göz hareketlerine devam edildi. Tekrar durdurulduğunda “ sıkıntı şimdi çok azaldı ama bu benim için zor bir olay asla sifıra inmez şimdi 10 gibi” demiştir. Bunun üzerine yerleştirme aşamasına geçilmiştir. Bu aşamada hastadan, travmatik olayla, olumlu bilişi “Ben iyi şeylere layığım” birlikte düşünerek göz hareketlerine devam edilmiştir. Bu setler sonunda buna olan inancının (VOC=3 den 7 olan en üst sınıra yükselmesi sağlanmıştır. Ardından beden taraması için hastadan, gözlerini kapatması ve tüm vücuduna bakması ve ne hissettiğini söylemesi istenmiştir. Hasta; “İçimde coşku ve rahatlık var ama yarın nasıl olacak” diye yanıt vermiştir. “Bu coşku ve rahatlıkla kal ve bunun içinde daha da artmasına ve bu olumlu duyguların önümüzdeki bir hafta boyunca süreceğini düşün” diyerek birkaç göz hareketi seti yapılarak oturum sonlandırıldı.

Yaklaşık olarak 130 dakika süren seans sonrası hastaya, bu gün burada başlattığımız zihinsel sürecin oturumdan sonrada işlemeye devam edeceği, yeni idraklar, düşünceler, anılar veya rüyalar fark edebileceği eğer bunlar olursa, sadece bunlara dikkat etmesi bunları not etmesini isteyerek, ihtiyaç duyduğunda arayabileceği söylenerek oturum kapatılmıştır.

III. GÖRÜŞME/ 2. EMDR OTURUMU

Hasta, ilk oturumdan sonra kendini biraz daha rahat hissettiğini ve kendi kendine otururken “temizlik ve yıkamayla ilgili işleri en fazla 3 kere yapacağım tam olmadığını hissetsem bile çıkacağım” diye bir taktik geliştirmeye kara verdiğini ve buna uymaya çalıştığını söylemiştir. Davranışsal kayıtlara bakıldığında gerçekten hastanın buna uymaya çalıştığı çok nadir olarak uyamadığı görülmüştür. Tüm kayıtların ve bir önceki haftanın hızlıca gözden geçirilmesinin ardından hemen sonra EMDR oturumuna başlandı. Bu oturumda daha önce aktarmış olduğu erkek arkadaşı ile ilgili travma çalışılmıştır. Yaklaşık 95 dakika süren oturum aşağıda özetlenmiştir.

Olay: Erkek arkadaşı ile en yakın kız arkadaşını kendi evinde beraber görmek.

Resim: Kendi yatağında ikisinin birlikte olduğu an.

En rahatsız edici kısmı: İlk kez bir başkasının cinsel anına tanık olmak ve bunların en güvendiği insanlar oluşu.

Hissettiği Duygu: İçinin acıması/sızlaması/utanma

*Duygunun rahatsızlık düzeyi (SUD):*70

Duygunun yeri: Kalbi

Olumsuz biliş(inanç): Ben zavallının biriyim saf ve aptalım.

Olumlu biliş (inanç): Ben iyi bir insanım.

*Olumlu bilişin geçerliği (VOC) :*3

Güvenli yer olarak yine çocukken ailesi ile yaşadığı ev ve tren metoforu seçildi. Hazırlık aşamasının ardında göz hareketleri setlerine başlandı. Hastanın yüzü ilk hareketler ile birlikte gerildi, rengi değişti, oldukça yüksek bir tepkime ardından hastadan gelen “Dur” işareti üzerine duruldu. Hasta; “tekrar aynı sahneyi yaşıyorum gibi oldum dayanamadım, patlayacağımı hissettim” demesi üzerine hastaya, burnundan derin bir nefes alıp ağzından vermesi söylenmiş ve bu nefes işlemi birkaç kez yaptırılmıştır. Hastanın rahatladığını söylenmesi ile tekrar en başa dönülerek rastız edici resme ve olumsuz inanca odaklanması istenmiştir. Hasta göz hareketlerine başladıktan kısa süre sonra bu kez ağlamaya başlamış ancak yüzünde herhangi bir olağan dışı bir ifade olmaması nedeniyle hastanın ağlamasına karşın ellerini dizlerinin üzerine koydurarak hafifi vurma (tapping) yöntemiyle çift yönlü uyarım verilmeye devam edilmiş , uyarım ağlama bitene kadar hiç kesilmemiştir. Hastanın ağlamasının durması ile göz hareketi durdurulmuş...”Şimdi nasılsın? Neler var zihninde?” diye sorulmuştur. Hasta; “Tüm yaşadığım şeyleri nasıl atlattığımı düşünüyorum, aslında çok güçlüyüm, bu gücü nerden bulduğumu bilmiyorum ama dayanıyorum ya da dayanıyormuşum gibi yapıyorum işte” diye yanıtlamıştır. Hastaya; “Bu düşüncelerle kal” diyerek yeniden göz hareketlerine başlanmıştır. Birkaç setin ardından durdurularak tekrar sorulduğunda hasta; “Kendimi iyi hissediyorum, resim daha uzakta kaldı” demesi üzerine “Tekrar devam et” denerek göz hareketlerine devam edilmiştir. Belirgin bir setin ardından tekrar durdurulup sorulmuştur bu kez: “ Kötü duygular tamamen yok oldu, resim de göremeyeceğim kadar uzağa gitti, kendimi iyi hissediyorum”

dedi. “Buradan devam et” diyerek tekrar göz hareketleri yapıldı. Bir sonraki durduruşta hasta: “Resim tümünden kayboldu içimde büyük bir boşluk oluştu, rahatladım , o boşluğun yerini uyku almak istiyor.” Diye yanıtlamıştır. Bu kez hastaya rahatsızlık düzeyi sorulmuş hasta; “1” diye yanıtlamıştır. Bu oranın yine sıfır olmayacağını bildirmesi üzerine yerleştirme aşamasına geçilmiştir. Olumlu duygunun başarılı bir biçimde yerleştirilmesinin ardından hastaya “Nasıl olduğu” sorulmuş hasta; “İçinin çok hafiflediğini rahatladığını, hiç kimseye anlatamayacağı kötü bir anın yükünden kurtulmuş olduğunu” söylemiştir.

IV. GÖRÜŞME

Hasta 4. görüşme için geldiğinde oldukça dikkat çekici değişimlerin olduğu görülmüştür. Genel olarak özensiz giyinen hastanın, çok özenli giyindiği, saçlarının fönlü ve makyajlı oluşu dikkati çekmiştir. Hastaya dış görünüşü hakkında olumlu bir geri bildirim verilmiş , değişikliğin özel bir nedeni olup olmadığı sorulmuştur. Hasta, bir önceki seanstan sonra o gece uzun zamandır hasretini çektiği derin uykuyu uyduğunu ve tüm hafta boyunca çok hafif, keyifli ve rahat hissetini yine aynı ilk gün gibi uyumaya devam ettiğini iletmiştir. Başka bir olgu olarak, uzun zamandır el sürmediği giysi dolabına içinden gelerek el attığını ve tüm eski, sevmediği kıyafetleri torbalara doldurup verdiğini, ne kadar uzun zamandır kendine – üstüne başına bakmamış olduğunu fark ettiğini söyledi. Saç yaptırmayı da “müsriflik” gibi görürken, parasını çok dikkat ederek harcamaya çalıştığını ama birkaç gündür “saçlarımın da iyi hissetmeye hakkı var” diye düşünmeye başladığını ve saçlarını yaptırmadan öncesi gibi hiç suçluluk ve ya tedirginlik hissetmediğini söyledi. Davranışsal kayıtlar incelendiğinde; hastanın işten eve gelir gelmez artık banyoya koşmadığı, yerleri silmediği, bunlar yerine telefonla birilerini aradığı, televizyon ya da bilgisayar açtığını bir kez de daha önce hiç kimsenin evine gitmezken çay için çağıran bir komşusuna gittiğini ifade etmiştir. Yıkama ve boy abdesti ile ilgili kararı (3 kere yap çık) halen başarı ile uyabildiği, el yıkama süresinde azalma olmasına karşın, yine oldukça sıkça yıkadığını ifade etti. El yıkamanın neden belirgin değişime uğramadığı üzerine konuşuldu. Bu sırada hasta; “Çok küçük yaşta sağlık meslek lisesine gönderildiğini orada el hijyenine ağır biçimde dikkat edildiğini ve bunun kendinin bir parçası gibi değişmez olduğunu ancak EMDR oturumlarından sonra eskisi gibi dakikalarca el yıkamadığını” belirtti. Hasta ile daha çok bir değerlendirme seansı gibi olan bu oturumda hastanın yaşadığı değişimleri ve bunu yarattığı olumlu duyguları

paylaşma eğilimi fark edilerek buna izin verilmiş sürenin daralması nedeniyle EMDR seansı planlanmamıştır.

V. GÖRÜŞME

Hasta beşinci görüşmeye geldiğinde yine oldukça bakımlı ve özenli bir dış görünümdeydi. Geçen haftadan beri nasıl olduğu, değişimler üzerine konuşurken sevinçli bir ifade ile “Hiç takıntın olmadığı günlere dönmek ne güzelmiş, uzun zamandan beri özlediğim huzura kavuştum” demiştir. Seansta davranışsal kayıtlar incelendiğinde gerçekten obsesif-kompulsif temizlenme, yıkanma davranışı sıklığında dikkat çekici bir azalmanın olduğu gözlenmiştir. Hasta işten çıktıktan sonra artık hemen eve gitmediğini, bilgisayar kursuna kayıt olduğunu iyi düzeyde bilgisayar bilenlere hep imrendiğini ama kendisinin bunu başaramayacağını düşündüğü için hep uzak durduğunu ama şimdi yapmak için kendinde bir güç hissettiğini ifade etmiştir. Kurstan sonra çok aç geldiği için doğru mutfığa koştuğunu, ya da çıkışta kurs civarındaki yerlerde bir şeyler atıştırıp, mağaza vitrinlerine baktığını eve geç geldiğini ekledi. Daha önce aktardığı üçüncü travmatik olaya EMDR yapmaya gerek kalmadığını kendini çok iyi hissettiğini bir kez daha belirtmesi üzerine bu iyilik durumunu daha da arttırmaya yönelik bu kez performans arttırmaya yönelik EMDR oturumu kendisine teklif edildi. Bu konuda Performans Arttırmaya yönelik EMDR oturumunun bireyin yapmayı hedeflediği veya halen yapıyor olup daha iyi yapmak istediği her şey için uygulanabileceği bilgisi aktarıldı. Bu bilgiden sonra danışan “Peki o zaman her günü akıcı, rahat, huzurlu geçen ve bilgisayarda çok başarılı olan ben -i “ yapalım olur mu? dedi. Bunun üzerine söylediği her özellik bir hedef haline getirilerek EMDR seansı yapıldı. Bu 40 dk. kadar süren kısa bir uygulama sonrası seans bitirildi.

VI. GÖRÜŞME

Bir önceki görüşme ardından hasta, telefonla arayarak çok iyi hissettiğini, her şeyin yolunda olduğunu söylemiş bunun üzerine 1 ay sonraya görüşme ayarlanmış hastadan ancak kayıtları tutmaya devam etmesi söylenmiştir. VI. görüşme bir öncekinden 1 ay sonra yapılmıştır. Bu görüşmede kayıtlar incelendiğinde hemen hemen hiç sorun davranış kalmadığı, halen oldukça rahat, huzurlu hissettiğini bildirmesi üzerine üç ay sonraya kontrol amaçlı bir seans kararlaştırıldı.

Üç ay sonra görüşmeye geldiğinde yapılan kontrol görüşmesinde iyilik durumunun sürdüğü görüldü. Kendisine 6 ay sonra bir kontrol günü daha verildi. 6 ay sonraki kontrol görüşmesine geldiğinde, danışan yine oldukça neşeli, bakımlı ve kendi değimi ile “bilgisayar canavarı oldum” deyimini kullandığı görüldü. Tüm verilerin pozitif döndüğü görüldüğü için kendisine “Artık kontrol gerekmediği ne zaman isterse arayıp görüşebileceği” belirtilerek tedavi sonlandırıldı.

TEDAVİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TARTIŞMA:

Başlangıç bölümünde de belirtilmiş olduğu gibi, travma tedavisinde etkili olduğu çok sayıdaki araştırma ile kanıtlanmış olan EMDR tekniği bu hastada da başarılı olmuştur. Tedavi planında başlangıçta travmaları gidermek birincil amaç, daha sonra bilişsel davranışçı yöntemler kullanılarak obsesif- kompulsif bozukluğa müdahale planlanmıştır. Ancak hastanın, yapılan 2 uzun süreli EMDR oturumu (toplam 225 dakika) sonrası hiçbir yakınmasının kalmaması ve yaşam kalitesinde gözle görülür bir iyileşmenin olması oldukça dikkat çekicidir. Bu makale yazıldığı tarihlerde 9 -10 gibi uzun bir süre geçmesine karşın herhangi bir nüks olmaması da ayrıca önemli bir noktadır. Bu iyileşmenin en önemli nedeninin Başlı başına EMDR tekniğinin gücü ve bu teknik içindeki kognitif müdahalelerin kişinin bilişsel yapısında yaptığı etki olduğu düşünülebilir.

EMDR tekniğinin zaten doğası gereği oldukça kısa sürede etki gösteren bir teknik olduğu çeşitli yayınlar da da belirtilmektedir. (9)

Bu teknik ile travmatik bir anının 3 saatlik bir EMDR seansında işlenebileceği hatta, Travma sonrası Stres Bozukluğu belirtilerinin %95 ni ortadan kaldıran tek yöntem olduğu bilinmektedir. Pek çok vaka da üç oturumdan önce ilk veya ikinci oturumda belirtilerin büyük bir yüzdesinin ortadan kalmakta olduğu bildirilmiştir. (9)

EMDR tekniğinin hızlı işleyişini açıklamaya yönelik ABD ve Hollanda da yapılan araştırmalar sırasında EMDR tekniğindeki hızlı göz hareketlerinin uykunun REM dönemindeki göz hareketlerine denk düştüğü ve sağa ve sola gidişlerin beyin yarı kürelerinin(hemisfer) özellikle korpuskollosumda uyarılma meydana getirdiği belirlenmiştir.(10)

Obsesif- Kompulsif bozukluğun oluşumuna yönelik yapılan nöroanatomik çalışmalar, hastalığın korpuskollosumun hemen ardında yer alan singulumun aktivitesindeki artışın neden olduğuna dair bilgilerle birleştirildiğinde büyük ölçüde anlam kazanmakta ve bütünlük oluşturduğu görülmektedir. (11)

Buna benzer olarak Obsesif –Kompulsif Bozukluğu olanlarda uyku EEG si incelemeleri REM verimliliğinin azalması , sık uyaranlar toplam

uyku süresinin azalması gibi bulgulara rastlanması göz hareketleri sırasındaki çift yönlü uyarımın uykunun REM dönemindeki bu açığı mı kapadığı yaksa korpuskolosum uyarılması yoluyla mı etkinin oluştuğunun anlaşılabilmesi için çok ileri düzeyde araştırmalar gerektiği düşünülmektedir. Yine iyi bilinen bir bilgi uykunun REM döneminde bilgi işlemenin olduğudur. Yukarıda anlatılanlardan hatırlanacağı üzere EMDR tedavisindeki göz hareketleri sırasındaki beyin dalgalarının REM dönemi dalgalarına oldukça benzediğidir. Yani EMDR sırasında kişi göz hareketlerinin beyinde yaptığı uyarım sayesinde çok hızlı bir biçimde bilgi işlemektedir. Literatürde hem EMDR hem de OKB bozukluğun nörofizyolojik ve nöroanatomik temelleri üzerine pek çok çalışma bulunmaktadır. Bir başa bakış açısından EMDR tekniği Davranışsal terapideki “yaşayarak üstüne gitme” tekniğine benzetebilir. Yaşayarak üstüne gitmede olduğu gibi EMDR de hasta rahatsız edici travmatik olayın imgesini zihninde canlı tutması sağlanarak kaygı-rahatsız edici duygu kaybolana kadar çift yönlü uyarım verilir.

Tedavinin başarısında OKB tedavisinde etkili olduğu bilinen başka bir yöntem olan tepkiyi erteleme (response prevention) tekniğini kendiliğinden uygulamaya sokması, temizlik eylemlerine hemen girişmek yerine dürtüyü engelleyip başka şeylerle oyalanmaya çalışması olmuştur. Bilindiği gibi üstüne gitme uyarımlarla ilişkili kaygı üzerine etkili iken, tepkiyi engelleme ise kompulsiyonlar için etkili olmaktadır. EMDR tekniği bir imgesel üstüne gitme gibi düşünülürse , bu da obsesyonlarla ilgili olan gelecekteki felaketlerden kaynaklanan korkuyu azaltmakta ve tedavide kazanılan iyileşmenin sürülebilmesine yardımcı olur. Bazı terapistlere göre uygun tedavi bu üç prosedürün uygun bir kombinasyonu olmalıdır. Bu vakada; hasta, terapi oturumlarında imgesel anlamda ciddi bir üstüne gitme yaşamış, uzun EMDR seansları sırasında yapılan ki geniş anlamda budur. Üstüne gitme tekniğinin etkililiğine bakan bir araştırmada üstüne gitme süresinin daha uzun tutulduğu hastaların ritüellerindeki azalmanın daha anlamlı olduğu gösterilmiştir, terapi dışında ise hasta tepkiyi ertelemeyi kendi kendine yapmıştır. Bunların yanı sıra hastanın kompulsiyonlarının henüz yerleşik hale gelmemiş olması, derin ve ağır obsesyonlarının bulunmaması ve bunların hemen travmalarının ardından başlamış olmasının da yine tedavinin hızlı olmasında katkısı bulunmaktadır. Yine terapist- hasta arasında güvene dayalı sağlıklı, içten, saydam, sıcak bir terpotik ilişkinin kurulmuş olması hastanın motivasyonunu arttırmış ve tedaviyi hızlandırmıştır. Özellikle hasta terapisti ile aynı amaç için çalıştığını algılıyorsa psikolojik belirtilerde azalma görülmektedir. (13) Yine terapi ilişkisinde bu tür hastalarda kontrol kaygısının çok fazla olacağı göz önünde tutularak, hastanın

izin verdiği ölçüde kontrolün daha çok kendindeymiş gibi algılamasını sağlayan ılımlı bir yaklaşım izlenmiştir. Hastanın tedaviye çok motive gelmesi, kendine uygulanacak tekniğin tüm ayrıntıları ile kendine sunulması, tedavi rasyonelini iyice anlamasını sağlamak, hastanın katılımının artmasına ve iyileşmenin hızlı olmasına katkı yapmıştır.

Sonuç olarak; EMDR tekniğinin henüz yeni tanınan bir teknik olması, obsesif – kompulsif bozukluğun tedavi açısından zorlayıcı bir bozukluk olması ve bu hastada elde edilen olumlu sonuç bunun vaka tanıtımı çerçevesinde tartışmaya sunma ihtiyacını doğurmuştur. Önümüzdeki yıllarda yapılacak olan çalışmalarla daha kararlı sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) DSM IV . Amerikan Psikiyatri Birliği tanı ölçütleri el kitabı. Çev. Köroğlu E. Ankara HYB, 1994
- 2) Sayılğan M. A Obsesif- Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi. Savaşır I, Boyacıoğlu G, Kabakçı E (ed) . Bilişsel Davranışçı Terapiler
- 3) Kılıç C. Obsesif Kompulsif Bozukluk : Klinik özellikler. 3 p Dergisi1995 3 (2) 17-21
- 4) Alkın T. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Nörobiyolojik Etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi 1990 1:4 , 261-267
- 5) Akın T. O Obsesif Kompulsif Bozukluk :Epidemiyoloji, Klinik İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar ve Psikoterapisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 1990; 2 :50-55
- 6) Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. 1995 Gilford prss. 1-27
- 7) Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing Level 1 Training Manuel 1999 1-65
- 8) Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Level 2 Training Manuel 1999 1-59
- 9) Manfield P . Extending EMDR A Case book of Innovative Applications. W.W Norton Comp. 1988.18-294

- 10) Wilson S, Becker, Tinker. . Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. J. Of Consulting and Clinical Psychogy.1995 ; 63, 928-937.
- 11) Van Der Kolk. The body keeps the score: Memory and evolving Psychobiology of posttraumatic stres. Harvard Reiew of Psychiatry. 1; 253-265
- 12)Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Hatipoğlu yay. 1995: 156-177
- 13) Öztan N . Terapist hasta arasındaki terapotik ilişkinin farklı boyutlarda incelenmesi. Doktora tezi 1995 Ankara Üniv.