

Yutma Fobisinde Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulaması: Olgu Sunumu

Ezgi ABAK^{ID}, Halime Şenay GÜZEL^{ID}

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,
Ankara, Türkiye

Öz

Yutma fobisi yiyeceklerin, içeceklerin ya da hapların/ilaçların yutulmasından korkma ve kaçınma olarak tanımlanan bir bozukluktur. Bu çalışma yutma fobisi ve buna eşlik eden panik atakları olan bir danışanın 27 seans sonunda ele alınan olgu formülasyonunu ve bilişsel davranışçı terapi süpervizyon sürecini içermektedir. Danışan 25 yaşında, üniversite mezunu ve çalışan bir kadındır. Yiyecekleri yutarken boğulacağı düşüncesi, panik ataklar ve romantik ilişkilerinde yaşadığı güven sorunları sebebiyle başvuruda bulunmuştur. Bilişsel davranışçı terapi çerçevesinde oluşturulan terapi sürecinde; bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri, gevşeme egzersizleri, baş etme kartları, psiko-eğitim ve sistematik duyarsızlaştırma yöntemlerinden yararlanılmıştır. Süreç sonunda daha önce yiyemediği yiyecekleri ve içecekleri tüketebildiği, yemek sırasında kaygılanmadığı, sosyal ortamlarda yemek yiyebildiği, panik ataklarının tekrarlanmadığı ve özellikle romantik ilişki temelli bilişsel çarpıtmalarının azaldığı gözlenmiştir. Gerçekleştirilen izleme görüşmesinde iyi halinin devam ettiği görülmüştür. Bu olgu sunumunun yutma fobisi hakkında bulunan az sayıda çalışmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Elde edilen bulgular, danışana uygun bilişsel davranışçı tekniklerin başka olgulara da uygulanması ile güçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Özgül fobi, yutma fobisi, bilişsel davranışçı terapi, sistematik duyarsızlaştırma

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy in Choking Phobia: Case Report

Choking phobia (or swallowing phobia) is a disorder which defined as a fear and avoidance of swallowing food, drinks or pills. This study includes the process of the case formulation and cognitive behavioural therapy supervision which is addressed at the end of 27 sessions of a patient with choking phobia and panic attacks. Patient is 25 years old, university graduated, female with a profession. Patient recoured with the complaints of choking thoughts while eating, panic attacks and trust issues she experiences in her romantic relationships. During the therapy process which has been composed within the framework of cognitive behavioral therapy; cognitive restructuring techniques, relaxation exercises, systematic desensitization, coping cards and psycho-education methods were utilized. At the end of the process, it was observed that the patient is able to consume food and drinks that she could not consume before the treatment, her choking anxiety while eating and drinking has disappeared. Moreover, she is able to eat in different social environments which was not possible before, her panic attacks did not repeat and in particular the cognitive distortions which are affected her romantic relationships decreased. In the follow-up interview it was observed that well-being has maintained. It is thought that this case study will contribute studies about choking phobia which are few in the literature. The findings should be strengthened by applying appropriate cognitive behavioral techniques to other cases.

Keywords: Specific phobia, choking phobia, cognitive behavioural therapy, systematic desensitization

Correspondence / Yazışma:

Ezgi ABAK
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,
Ankara, Türkiye
Tel: +90 535 598 48 49
E-mail: ezgiabak@yahoo.com.tr

Received / Geliş: 14 Ocak 2019

Accepted / Kabul: 15 Mart 2019

©2019 JCBPR. All rights reserved.

GİRİŞ

Özgül fobi, belirli bir nesne ya da durum hakkında duyulan korku veya endişe olarak ifade edilmektedir (American Psychiatric Association 2013). DSM-5'e (2013) göre özgül fobi hayvan, doğa, kan-enjeksiyon-yaralanma, durumsal ve diğer olarak kategorilere ayrılmıştır. "Diğer" başlığı altında incelenen yutma fobisi yiyeceklerin, içeceklerin ya da hapların/ilaçların yutulmasından korkma ve kaçınma olarak tanımlanmaktadır (Chorpita ve ark. 1997). Yutma fobisinin doğası hakkında yeterince veri bulunmamakla birlikte bazı olgu çalışmaları (Örn. Çiyiltepe ve Türkbay 2006, Baijen ve ark. 2013) yol gösterici olmaktadır. Yutma fobisinin çoğunlukla olumsuz bir deneyim sonucu (boğulma tehdidi ile karşılaşma gibi) ortaya çıktığını gösteren çalışmaların yanı sıra bu bozukluğun açığa çıkmasında hastalık ya da stresli bir olayın etkili olduğunu söyleyenler de bulunmaktadır (Evans ve Pechtel 2011, McNally 1994, Öst 1992). Bu fobinin başlangıç yaşı hakkında net bir bulgu belirtilmemiş, çocukluktan yaşlılığa kadar her yaş grubunda ortaya çıkabildiği ifade edilmiştir (Evans ve Pechtel 2011). Yutma fobisinin yaygınlık oranı bilinmemekle birlikte (Millikin ve Braun-Janzen 2013) cinsiyetler arası farklılığa ilişkin farklı sonuçlar bulunmaktadır. Örneğin bu fobinin kadınlarda erkeklere göre fazla görüldüğünü gösteren çalışmalardan farklı olarak, bu fobinin erkeklerde daha yaygın olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (De Roos ve De Jongh 2008, McNally 1994). Yutma fobisi kilo kaybı, bazı yiyecek ve içeceklerden kaçınma (Ball ve Otto 1994) ve kötü beslenmeye (Çiyiltepe ve Türkbay 2006) neden olurken sosyal hayatı etkileyen olumsuz sonuçlara da yol açmaktadır (De Ross ve De Jongh 2008). Bu fobiye sahip bazı kişiler diğer insanlardan utandıkları için sosyal ortamlardan uzak dururken, bazıları ise boğulma olasılığına karşın kendisine yardım etmesi için her daim yanında birilerine ihtiyaç duymaktadır ve yalnız yemek yiyememektedir (De Jongh ve Ten Broeke 1998). Bununla beraber hangi yiyeceklerin ya da içeceklerin kaygı unsuru olarak görüleceği de kişiden kişiye farklılaşmaktadır (Ball ve Otto 1994). Alanyazına bakıldığında genellikle katı yiyecekleri yemenin kaygı verici olduğu görülse de (McNally 1986) içecekleri yutmakta zorluk yaşayan olgulara da rastlanmaktadır (Solyom ve Sookman 1980). Ayrıca bazı olgularda boğulma korkusu yiyecek ve içeceklerden bağımsız olarak kendi tükürüklerini yutma davranışından kaynaklanmaktadır (Evans ve Pechtel 2011). Açığa çıkan boğulma korkusunu azaltmak için bu fobiye sahip kişiler belirli yiyecekleri seçmek, blender yardımıyla yiyecekleri

sıvı haline getirmek ya da yemek sırasında özel bir postür almak gibi belli davranışlara başvurmaktadır. Bu fobiye sahip kişilerde fobinin yanı sıra panik ataklara da rastlanılmaktadır (Evans ve Pechtel 2011).

Özgül fobinin tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin etkililiği pek çok çalışma tarafından gösterilmiştir (Örn. Leutgeb ve ark. 2009, Hunter ve Antony 2009, Görmez ve ark. 2017). Yutma fobisinin tedavisinde ise tek başına farmakolojik tedaviler (Banerjee ve ark. 2005), çoğunlukla bilişsel davranışçı terapi olmak üzere psikososyal tedaviler (Davis ve ark. 2013, Çiyiltepe ve Türkbay 2006, Solyom ve Sookman 1980) veya farmakolojik tedavi ile terapinin birlikte kullanımı görülmektedir (Lopes ve ark. 2013). Ancak yutma fobisine bağlı olarak bu kişilerin birçoğunun ilaç kullanmakla ilgili zorluk dile getirdiği (Evans ve Pechtel 2011) ve davranışsal yaklaşımın bu tür olgularda daha yaygın olarak kullanıldığı ifade edilmektedir (Suraweera ve ark. 2014). Olgu çalışmalarına bakıldığında yutma fobisinin tedavisinde maruz bırakma, psiko-eğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, sistematik duyarsızlaştırma gibi yöntemlere başvurulduğu ve bu yöntemlerle etkili sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir (Öst 1992, McNally 1986, Chorpita ve ark. 1997, Ball ve Otto 1994, Millikin ve Braun-Janzen 2013). Son olarak travmatik kökenli yutma fobisi yaşayan insanlarda göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) yöntemi de kullanılmaktadır ve olumlu sonuçlar alınmaktadır (De Jongh ve Ten Broeke 1998, De Roos ve De Jongh 2008, Myers 2015). Bu olgu sunumu, panik atakların eşlik ettiği yutma fobisi tanısı olan bir danışanla bilişsel davranışçı terapinin nasıl yürütüldüğünü anlatmayı amaçlamaktadır. Bunun yanı sıra, çok yaygın olarak karşılaşılmayan bu fobinin olgu formülasyonu oluşturma ve tedavisinde uygulanan teknikler hakkında bilgi vereceği ve bu alanda çalışan uzmanlara katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Terapi seansları Ekim 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi tarafından süpervizörü eşliğinde yürütülmüştür.

OLGU

25 yaşında, bekar, üniversite mezunu kadın danışan yemek yerken ağzındaki lokmayı yutamayacağı ve boğularak öleceği düşüncesi, zaman zaman geçirdiği panik ataklar ve romantik ilişkilerinde yaşadığı güven sorunları yakınmaları ile terapiye başvurmuştur. Danışanın yutma fobisi terapiye başlamadan yaklaşık bir yıl önce bir eğlence mekânında

alkollü bir içkinin genzine kaçması sonucu başlamıştır. Danışan yiyecekleri yutacağı esnada aklına gelen “boğulacağım” düşüncesinden kurtulmak için kendince birtakım yöntemler denemiş ve yutma problemi zaman içinde değişiklik göstermiştir. Örneğin başlarda yiyecekleri blenderdan geçirerek sıvı haline getirip içmeye başlamış ama zamanla sıvılaştırdığı besinleri bardaktan içemediği için pipet kullanmak zorunda kalmıştır. Aynı zamanda akşam altıdan sonra yutkunamayacağını düşünerek tükürüğünü peçeteye çıkartmayı denemiştir. Danışan yaklaşık yedi ay pipet kullanılarak sıvı ile beslendiğini ifade etmiştir. Bu süre zarfında zihninde “yemek yemiyorum sadece atıştırıyorum” düşüncesi oluşsun diye yemeklerin tadına bakar gibi kepeçle yediği veya ayakta atıştırdığı bir dönem olmuştur. Sonrasında ise insanların onu eleştireceğini ya da tuhaf bulacağını düşünerek dışarıda yemek yememeye başlamıştır. Bütün bu denemelerin ardından, danışan acıkma hissinin ortadan kalktığını ve yemek yemekten zevk almadığını belirtmiştir. Ancak danışan yaklaşık 4 aydır katı besinleri sıcak (çay, çorba ya da kaynar su) ya da asitli bir içeceklerle beraber tüketebilir haldeyken terapiye başvurmuştur. Ona göre sıcak veya asitli içecekler, yutma refleksini artırmaktadır. Ayrıca annesiyle beraber yaşamaya başlaması da danışanın sıcak ya da asitli bir içeceklerle bile olsa katı besinleri yutabilmesinde etkili olmuştur. Danışan bunun nedenini yemek yaparken “bu yemekleri nasıl yutacağım” gibi kaygı içeren düşüncelerinin, evdeki yemekleri annesinin yapmaya başlamasıyla bir miktar azalmasına bağlamaktadır.

Danışanın yutma fobisinin hemen ardından başlayan panik atakları ilk olarak bir uçak seyahati esnasında ortaya çıkmıştır. Danışan yaklaşık olarak iki ay aralıklarla üç kez kalp atışında hızlanma, nefes alıp vermede hızlanma, terleme, bayılma ve ölüm korkusu gibi panik atağı belirtilerini yoğun bir şekilde yaşadığını ifade etmiştir. Aynı dönemde mutsuzluk, uyuyamama, hayattan zevk alamama gibi şikâyetleri de olmuştur. Danışan uçakta yaşadığı panik atağı sonrasında hastaneye gitmiş, fiziksel muayenesi yapıldıktan sonra ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk edilmiştir. Yapılan ruhsal durum muayenesi sonucunda danışana DSM-5'e göre panik atakların eşlik ettiği yutma fobisi tanısı konulmuştur (American Psychiatric Association 2013). Danışan yakın zamanda Ankara'ya taşınacağı için tanı koyan uzmanın önerdiği farmakolojik tedaviye başlamamıştır. Daha öncesinde de herhangi bir psikiyatrik tedavi geçmişi olmayan danışan bu dönemde hızlı bir kilo kaybı yaşamıştır (aniden 6 kilo). Ancak zayıf olması gerektiğine ilişkin bir düşünce ya da beden imgesiyle ilgili bir sorun tarif etmemektedir.

Danışanın tedaviye başvurma sebeplerinden bir diğeri ise romantik ilişkilerde yaşadığı güven sorunudur. Danışan bu güven sorununun özellikle son romantik ilişkisinden sonra açığa çıktığını söylemiştir. Bu ilişkide duygusal olarak kötü muameleye maruz kalmış ve kendisinden maddi olarak yararlanıldığını hissetmiştir. İlişkisinde ortaya çıkan bu sorunlar ve ilişkinin sonlanmasının danışanın yutma fobisi ve panik atakları üzerinde etkili olabileceği izlenimi edinilmiştir. Danışan bu ilişkisinden sonra erkeklere karşı güvenini kaybettiğini ve hayatına yeni birini almakta zorluk çektiğini ifade etmiştir.

Özgeçmiş

Kendini hassas ve zayıf olarak tanımlayan olgu, küçük bir şehirde geniş bir ailede dünyaya gelmiştir ve beş kardeşin en büyüğüdür. Babası işi gereği yılın büyük bir bölümünü yurt dışında geçirmektedir. Olgu üniversiteyi başka bir şehirde okuduktan sonra ailesinin yanına dönmüş ve çalışmaya başlamıştır. Bu dönemde işitme engelli olan kardeşi beşinci kattaki balkondan düşmüştür. Bu olay bütün aileyi çok etkilemiştir. Olay sonrasında annesi işitme engelli kardeşinin daha iyi bir eğitim alabilmesi amacıyla sadece bu çocuğunu yanına alarak Ankara'ya taşınmıştır. Bu süreçte annesi olgudan işini bırakıp geride kalan kardeşleri ve şizofreni hastası olan halasıyla ilgilenmesini istemiştir. Bir yıl boyunca olgu hem diğer kardeşlerine bakmış hem de halasının her türlü bakımını üstlenmiştir. Olgu yaşadığı bu sürecin sonunda yutma ile ilgili sıkıntılar yaşamaya başladığını söylemektedir. Aynı dönemde karşı cinsle romantik bir ilişkisi olmuş ve bu ilişkide hem kötü muameleye maruz kalmış hem de maddi olarak kendisinden faydalandığını hissetmiştir. Bu ilişkide yaşadığı sorunları takiben “yemek yerken boğulacağım” düşüncesinin sıklaştığını, daha az yemek yemeye başladığını ve ilk panik atağının baş gösterdiğini ifade etmiştir. Olgu aile üyeleri hakkında bilgi verirken babaannesinin vefat edinceye kadar onlarla beraber yaşadığını ve alzheimer hastalığından dolayı yemekleri çiğnemediğini yuttuğunu buna bağlı olarak yediklerinin yemek borusuna kaçarak ölümüne sebebiyet verdiğini anlatmıştır. Olgunun ailesinde doğuştan işitme engelli olan küçük kardeşi davranış problemleri sebebiyle çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından takip edilmektedir. Uzun yıllardan beri onlarla beraber yaşayan halası ise şizofreni tanısı nedeniyle psikiyatrik tedavi almaktadır. Olgu, bir sene boyunca tek başına kardeşlerine ve halasına bakım verdikten sonra onları da yanına alıp Ankara'ya annesi ve küçük kardeşinin yanına taşınmıştır. Yaşadığı bütün bu zorluklar nedeniyle terapiye başvurmuştur.

Terapi Süreci

İlk seans öncesinde danışana bilgilendirilmiş onam formu verilerek terapi süreci hakkında bilgi verilmiştir. Görüşmeler boyunca elde edilen bilgilerin eğitim ve araştırma amacıyla kullanılmasına yönelik sözlü ve yazılı izin alınmıştır. Görüşmeler esnasında her seansın başında olgudan kendi ruhsal durumunu değerlendirmesi ve 0–100 puanlık bir cetvel üzerinden kendine puan vermesi istenmiştir.

İlk üç seansta danışan bilişsel davranışçı terapi hakkında bilgilendirilmiş, danışandan hem yaşamı hem de şikayetleri hakkında bilgi alınmış ve elde edilen bilgiler doğrultusunda olgu formülasyonu oluşturulmuştur (Bkz. Tablo 1). Danışandan elde edilen bilgilerde danışanın yiyemediği besinleri şu şekilde kategorilere ayırdığı görülmüştür: çepere olan yiyecekler (zeytin, nohut vb.), tanecikli yiyecekler (pirinç, bulgur, mısır vb.), kaygan yiyecekler (makarna gibi) ve kuruyemiş, salata gibi tamamen uflanmayan yiyecekler. Danışan yemek yerken zaman zaman değişen postürler (eğilmek, belli oturma şekli almak) aldığını ya da bazen belli durumlarda yemek yiyebildiğini ifade etmiştir (kafasına güneş gözlüğü takmadan yutamamak ya da hep aynı yere oturmadan yemek yiyememek). Ayrıca bu seanslarda terapi hedefleri netleştirilmiştir. Yutma fobisinin

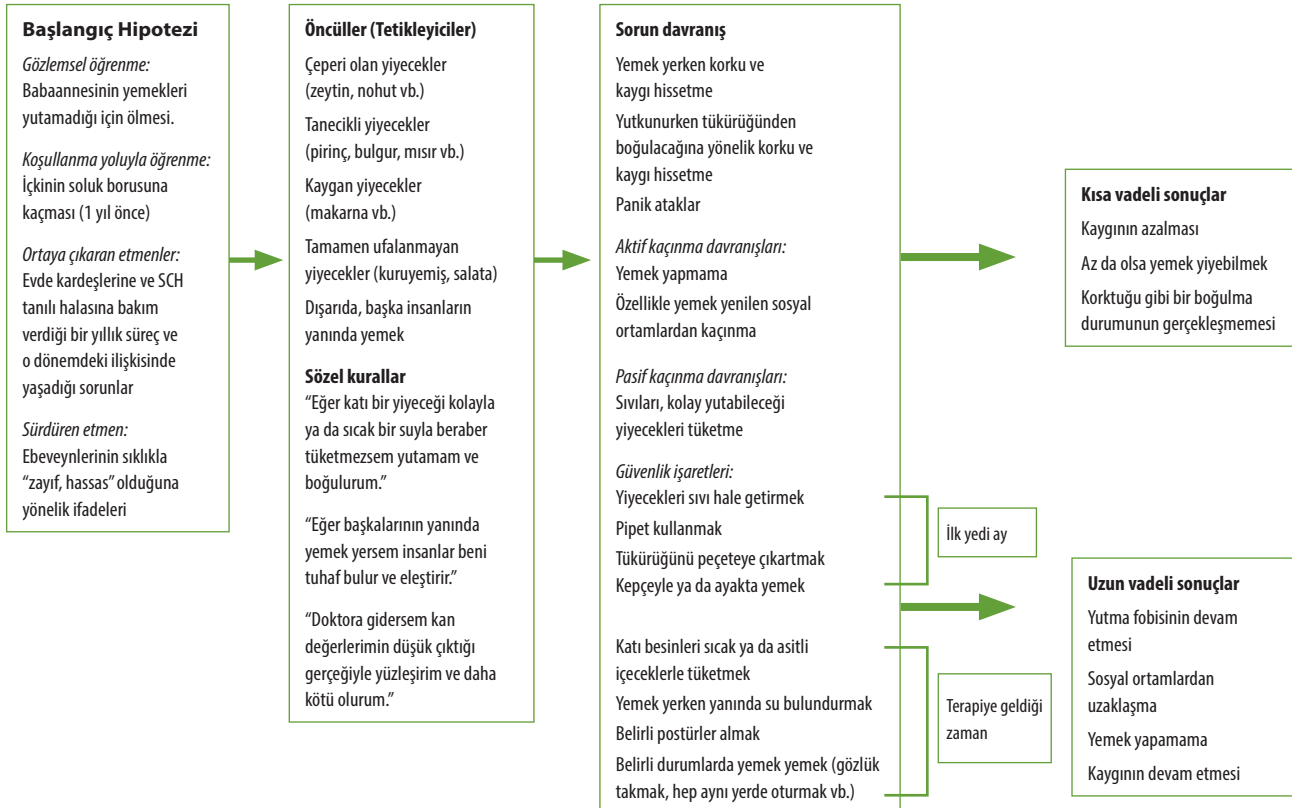
tamamen ortadan kalkması, panik ataklarla başa çıkabilmesi ve romantik ilişkilere yönelik sahip olduğu bilişsel çarpıtmaları değiştirmesi danışanla beraber oluşturulan terapi hedefleridir. Bu terapi hedefleri doğrultusunda oluşturulan terapi planına göre ilk olarak panik ataklarla, bilişsel temelde yutma fobisiyle ve romantik ilişkilerde yaşadığı sorunlar üzerinde çalışılmış daha sonra ise yutma fobisi için sistematik duyarsızlaştırma yöntemi uygulanmıştır.

4–7. seanslarda otomatik düşünce formu yardımıyla danışanın yutma fobisi ile ilgili olumsuz otomatik düşünceleri (Örn. “Eskisi gibi saat altıdan sonra yutkunamayacağım.”) ve ara inançları (Örn. “Bu kadar emek veriyorken ya başaramazsam?”, “Doktora gidersem kan değerlerimin düşük çıktığı gerçeğiyle yüzleşirim ve daha kötü olurum.”) belirlenmiştir. Bu düşüncelerin doğruluğu kanıt arama yöntemiyle sınanmış, baş etme kartları hazırlanmıştır.

Örnek Görüşme

Terapist (T): Not aldığınıza göre evde fındık yemeyi denerken aklınızdan “Hiçbir şekilde uflanmıyor. Yutmaya çalışırsam ölürüm.” düşüncesi geçmiş, korku hissetmişsiniz ve fındığı yiyememişsiniz.

Tablo 1: Yutma fobisi olgu formülasyonu



Danışan (D): Evet. Bizim evde fındık çok yenir ve ben de çok severim. Ama internette fıstık yerken nefes borusuna fıstık kaçıp felç geçiren bir çocuğun videosunu izlemiştim. Ben de o günden beri fındık, fıstık gibi kuruyemişleri yiyemiyorum. Bu tip kırıntılı şeyler tamamen toz haline gelmiyor.

T: Yani sizi etkileyen o videodan sonra fındık gibi kuruyemişleri yememeye başladınız ve fındık yerseniz boğulacağınızı düşünmeniz, fındığın tamamen toz haline gelmesinden kaynaklı. Peki yüz üzerinden bir değer vermeniz gerekse fındığı yutmaya çalıştığınızda öleceğinize yönelik düşüncenize inanma yüzdeniz kaç olur?

D: Evet yemek boruma kaçabilir bence. Yani %85 diyebiliriz.

T: Fındık aslında evinizde aileniz tarafından sık olarak tüketiliyor ve siz de seviyorsunuz. Ama uzun zamandır bu düşünceniz sebebiyle sevdiğiniz bir şeyi yiyemiyorsunuz. Bu düşüncenizi de önceden yaptığımız gibi incelersek, kanıtlarını ve karşıt kanıtlarını bulursak düşünceniz de bir farklılık oluşturabiliriz. Ne dersiniz?

D: Olabilir.

T: Her tükettiğiniz de not aldığınız gibi korku hissedip yemekten vazgeçtiniz mi?

D: Aslında bir sene önceye kadar çok rahatça yiyordum. Şimdi de yiyebildiğim yemeklerle beraber ağzıma birkaç tane atıyorum. Ama tek başına fındığı yiyemiyorum.

T: Fındığı yiyebildiğiniz dönemde hiç boğuluyormuş gibi oldunuz mu?

D: Hayır hiç boğulmadım. Ama videodaki çocuğun fıstık yüzünden felç geçirdiğini izledim.

T: Siz yerken boğulmadınız ama videodaki çocuk fıstığı yerken fıstık yemek borusuna kaçtı ve felç geçirdi. Sizin kolayca fındık gibi kuruyemişleri yiyebildiğiniz zamanı düşünürsek sizin yeme şeklinizle videodaki çocuğun yeme şekli arasında bir fark var mıydı?

D: Fıstığı yerken konuşuyordu, gülüyordu. Videodaki gibi konuşarak yemesem bile fındık benim boğulmama sebep olabilir. Çünkü fındık gibi yiyecekler tamamen ufalanmıyor.

T: Şimdi ise fındığı yemeklerle beraber yiyebildiğinizi söylediniz. Bu şekilde yiyince fındık tamamen ufalanıyor mu?

D: Sonuçta fındık, tamamen ufalanmıyor. Sadece yiyebildiğim yemeklerle beraber fındığı yemek beni rahatlatıyor.

T: Yani şöyle diyebilir miyiz? Geçmişte tamamen ufalanmadığını düşündüğünüz fındığı herhangi bir sorun olmadan yutabiliyordunuz. Şimdi de sizi daha rahat hissettirdiği için yiyebildiğiniz yemeklerle beraber, tamamen ufalanmadığını düşündüğünüz fındığı yutabiliyorsunuz. Tek olarak fındığı yerken ise bahsettiğiniz videonun etkisiyle boğulup öleceğinizi düşünüyorsunuz, bu düşünceniz korku duymanıza yol açıyor ve sonuçta fındığı yiyemiyorsunuz. Videoyu düşündüğümüzde aslında haklısınız. Bazı insanlar fındık, fıstık gibi şeyleri yerken boğulabiliyorlar. Ama anladığım kadarıyla sizin bahsettiğiniz bu boğulma hiçbir sebep yokken gerçekleşmiyor.

D: Evet yerken konuşuyordu ve gülüyordu.

T: Bu durumda fındık yersem boğulurum düşüncenize karşıt kanıt olarak yiyebildiğiniz dönemde hiç boğulmanızı, aslında tek olarak olmasa da fındığı tüketebildiğinizi ve boğulma durumu yaşamadığınızı söyleyebiliriz. Karşıt kanıt olarak aklınıza başka bir şey geliyor mu?

D: Aslında evde annemler yerken onlara da herhangi bir şey olmuyor. Boğulmadan yiyebiliyorlar.

T: “Evet başka insanlar da yiyorlar ve boğulmuyorlar” düşüncenize kanıt olarak da bahsettiğiniz videoyu düşünebiliriz.

D: Yani fındık yerken boğulan insanlar da oluyor boğulmayanlar da.

T: Evet. Eğer insanlar herhangi bir yiyeceği tam yutma anında konuşursa ya da gülerse yediği şey yemek borusuna kaçabilir. Şimdi tüm bu kanıtları düşündüğünüzde ele aldığımız düşünceniz yerine baş etme kartınıza yazabileceğiniz daha gerçekçi bir düşünce ne olabilir?

D: “Daha önce fındık yedim ve boğulmadım”, “Çoğu insan fındık yiyor ve boğulmuyorlar.” ve “İnsanlar eğer tam yutma anında konuşur ya da gülerse fındığın yemek borusuna kaçmasına sebep olabilirler.” yazabilirim.

T: Peki daha önceki düşüncenize şimdi ne kadar inanıyorsunuz?

D: %40-%50 civarı.

4-7. seanslarda danışanın panik atakları için ilk olarak panik atakların doğası anlatılmış ve sistematik duyarsızlaştırılmada da kullanılacak olan progresif kas gevşeme egzersizi öğretilmiştir. Hafta boyunca egzersizler yapması ödev olarak verilmiş, sonraki seansta doğru bir şekilde yapıldığından emin olmak için progresif kas gevşeme egzersizi

tekrar ele alınmıştır. Bu seanslardan sonra danışan bir kez panik atağı geçireceğine yönelik işaretler yaşadığını ve bu durumu fark ettiğinde progresif kas gevşeme egzersizleri yaptığı için atak geçirmediğinden bahsetmiştir. Terapi süreci sonlanana kadar başka herhangi bir panik atağı tariflememiştir.

8–11. seanslarda ise otomatik düşünce formu yardımıyla romantik ilişkileri ile ilgili olumsuz otomatik düşünceleri (Örn. “Bir daha mutlu olamayacağım.”) ve ara inançları (Örn. “Birini hayatıma alırsam beni değerlerimden uzaklaştırır.”) belirlenmiştir ve doğruluğu kanıt arama yöntemi ile araştırılmıştır. Bununla beraber danışana bilişsel çarpıtmalar hakkında bilgi verilmiştir. Danışanla yapılan çalışma sonunda daha çok aşırı genelleme (“Hiçbir ilişkimde mutlu olamayacağım.”), falcılık yapma (“Yutkunamadığım zamana geri döneceğim.”) ve etiketleme (“Ben hep güçsüz biri oldum.”) yaptığı anlaşılmıştır. Bu görüşmelerden sonra güven sorunu yaşadığı için hayatına yeni birini alamadığından yakınan danışan yeni bir ilişkiye başlamıştır. Üç ay sonra bu ilişkisi sonlanmasına rağmen önceki ilişkisi bitince açığa çıkan çarpıtmalar bu ilişki sonrasında görülmemiştir. Önceki seanslarda elde edilen bilgiler ve alanyazın doğrultusunda (Evans ve Pechtel 2011) danışanda güçsüzlük temel inancının var olduğu anlaşılmıştır. Terapide güçsüzlük temalı düşünceleri üzerine bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri kullanılarak çalışılmıştır.

12–26. seanslarda yutmanın fizyolojik boyutu hakkında danışanın bilgisi sorgulanmış, yeterli bilgiye sahip olduğu için tekrar bilgi verilmemiştir. Danışana sistematik duyarsızlaştırmanın doğası anlatılmış ve hiyerarşik aşamalar belirlenmiştir (Bkz. Tablo 2). Sistematik duyarsızlaştırma için oluşturulan hiyerarşideki basamaklara danışan önce in vitro (hayali) daha sonra in vivo (gerçek yaşamda) olarak maruz bırakılmıştır. Her bir basamak, olgu basamağı kaygı duymadan tamamlayacak hale gelinceye kadar uygulanmaya devam edilmiştir. Seansta gerçekleştirilen basamağın hafta içinde tekrarlanması ödev olarak verilmiştir. Yutma fobisi ile ilgili bilişsel temelde çalışıldığı dönemlerde de danışan zaman zaman sıvısız yutabilmek gibi olumlu gelişmeler yaşasa da, belirgin ve yineleyen bir değişime sistematik duyarsızlaştırma yöntemiyle ulaşılmıştır.

En üst basamağın gerçekleştirildiği 26. görüşmeden üç hafta sonra izleme görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmede iyi halin devam ettiği görülmüştür. Danışan her geçen gün yediği porsiyonların ve yemek çeşitlerinin arttığını ifade etmiştir.

Tablo 2: Sistematik duyarsızlaştırma kaygı hiyerarşisi ve kişisel rahatsızlık derecesi

Kaygı Hiyerarşisi	Kişisel Rahatsızlık Derecesi
Hap yutmak	100
Herhangi bir sıvıdan destek almadan yemek yemek	90
Bir yemeği yutabilmek için kaynar sudan yardım almamak	80
Bir yemeği yutabilmek için koladan yardım almamak	70
Başka bir yemeği yutabilmek için çorbadan yardım almamak	70
Patates kızartması yemek	70
Tanecikli yiyecekler yemek (fıstık, mısır, nohut)	60
Başkalarının yanında, dışarıda yemek yemek	50
Az pişmiş yiyecekler yemek (brokoli salatası, köfte, makarna)	30
Lapa olmayan pirinç pilavı yemek	20
Çorbayı ılık bir şekilde tüketmek	15
Şekerli içecekler içmek (enerji içeceği)	10
Şekerli sakız çiğnemek	10

TARTIŞMA

Bu olgu çalışmasında yutma fobisi, buna eşlik eden panik ataklar ve romantik ilişkilerinde yaşadığı güven sorunları sebebiyle başvuran danışanın bilişsel davranışçı terapi süreci sunulmuştur. Alanyazındaki çalışmalara uygun olarak (Millikin ve Braun-Janzen 2013, Chorpita ve ark. 1997, Ball ve Otto 1994) terapi süreci bilişsel davranışçı terapi çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte oluşturulan olgu formülasyonuna göre danışanın işini bırakıp kardeşlerine ve halasına baktığı bir yıllık süreç, son ilişkisinde yaşadıkları ve babaannesinin ölümünde yiyecekleri yutamamasının etkili olması yutma fobisinin açığa çıkmasında tetikleyici unsurlar olarak değerlendirilmiştir. Danışanın ailesiyle yakın bir ilişkisinin olması ve aynı şehirde yaşamaya başlamaları danışanı koruyan bir faktör olarak görülse de, erken dönem yaşantılarına bakıldığında küçüklüğünden beri anne ve babasının danışanı her zaman zayıf ve hassas olarak görmesi ve bu düşünceleri danışanla sıklıkla paylaşmaları danışanın mevcut problemlerinin sürmesine katkı sağlamıştır. Terapi boyunca bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri, gevşeme egzersizleri, baş etme kartları, psiko-eğitim ve sistematik duyarsızlaştırmadan yararlanılmıştır. Görüşmelerin bir kısmı (7, 8 ve 9. seanslar) danışanın bir süre şehir dışında olması sebebiyle internet üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Yutma fobisinin doğası hakkında elde yeterli veri olmakla birlikte bu olguda açığa çıkan semptomlar var olan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Örneğin diğer olgu

çalışmalarına uygun şekilde bu danışanda da yutma fobisi boğulma olasılığı ile karşı karşıya kalma (Öst 1992) ve yaşanan stresli olaylarla (Evans ve Pechtel 2011) beraber ortaya çıkmıştır. Bununla beraber panik atakların fobiye eşlik etmesi (Evans ve Pechtel 2011), danışanın yemek sırasında postür alması (Yüksel ve ark. 1986) ve yemek yenilen sosyal ortamlardan uzaklaşması (Chorçita ve ark. 1997, Ball ve Otto 1994) gibi belirtiler de diğer olgu çalışmalarlarıyla tutarlıdır. Bilişsel davranışçı terapi sürecinin sonucunda danışanın daha önce yiyemediği yiyecekleri ve içecekleri tüketebildiği, yemek sırasında kaygılanmadan yemek yediği, sosyal ortamlarda yemek yiyebildiği, panik ataklarının tekrarlanmadığı, özellikle romantik ilişki temelli bilişsel çarpıtmalarının azaldığı gözlenmiştir. Her ne kadar her seans başında olgudan kendi ruhsal durumunu değerlendirmesi ve 0–100 puanlık bir cetvel üzerinden kendine puan vermesi istenmiş olsa da birtakım depresyon ve anksiyete ölçeklerinin kullanılmamış olması bu çalışmanın bir sınırlılığı olarak görülebilir.

Sonuç olarak, bu olguda da görüldüğü üzere yutma fobisine sahip bireyler ilaç/hap yutmak konusunda yoğun bir kaygı yaşayabilmektedir. Bu sebeple bu kaygıyı yaşayan kişilerde farmakolojik tedavinin uygulanması zorlaşabilmektedir. Bununla birlikte her ne kadar yutma fobisinin tedavisinde yol gösterecek yeterli sayıda çalışma olmasa da ulaşılabilir veriler bilişsel davranışçı terapinin kaygı semptomlarını azaltmada etkili olabileceğini söylemektedir (Baijens ve ark. 2013). Bu çalışmayla bilişsel davranışçı terapinin yutma fobisinin tedavisinde etkili olduğu bir kez daha ortaya konulmuştur. Bu çalışmanın az sayıdaki olgu çalışmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu olgu ile edinilen bulgular, danışana uygun bilişsel davranışçı tekniklerin başka olgulara da uygulanması ile güçlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5), Washington, DC: American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

Baijens, L. W., Koetsenruijter, K., & Pilz, W. (2013) Diagnosis and treatment of phagophobia: a review. *Dysphagia*, 28(2), 260-270. <https://doi.org/10.1007/s00455-013-9454-0>

Ball, S. G., & Otto, M. W. (1994) Cognitive-behavioral treatment of choking phobia: 3 case studies. *Psychotherapy Psychosomatics*, 62(3-4) 207-211. <https://doi.org/10.1159/000288925>

Banerjee, SP, Bhandari, RP, & Rosenberg, DR (2005) Use of low-dose selective serotonin reuptake inhibitors for severe, refractory choking phobia in childhood. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(2)123-127. <https://doi.org/10.1097/00004703-200504000-00008>

Chorçita, B. F., Vitali, A. E., & Barlow, D. H. (1997) Behavioral treatment of choking phobia in an adolescent: an experimental analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28(4), 307-315. [https://doi.org/10.1016/s0005-7916\(97\)00027-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7916(97)00027-x)

Çiyiltepe M, & Turkbay T (2006) Phagophobia: a case report. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 48(1)80-84.

Davis, T. E., Reuther, E. T., & Rudy, B. M. (2013) One-session treatment of a specific phobia of swallowing pills: A case study. *Clinical Case Studies*, 12(6), 399-410. <https://doi.org/10.1177/1534650113497533>

De Jongh, A., & ten Broeke, E. (1998) Treatment of choking phobia by targeting traumatic memories with EMDR: a case study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5(4), 264-269. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0879\(199812\)5:4<264::aid-cpp176>3.3.co;2-d](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0879(199812)5:4<264::aid-cpp176>3.3.co;2-d)

De Roos, C., & De Jongh, A. (2008) EMDR treatment of children and adolescents with a choking phobia. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 201-211. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.201>

Evans, I. M., & Pechtel, P. (2011) Phagophobia: behavioral treatment of a complex case involving fear of fear. *Clinical Case Studies*, 10(1), 37-52. <https://doi.org/10.1177/1534650110391085>

Görmez, V., Meral, Y., & Örengül, A. C. (2017) Emetofobi (Özgül Kusma Fobisi): Anksiyete bozuklukları ile ilişkisi ve tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşım. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 6(1), 39-48.

Hunter, P. V., & Antony, M. M. (2009) Cognitive-behavioral treatment of emetophobia: The role of interoceptive exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 84-91. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.08.002>

Leutgeb, V., Schafer, A., & Schienle, A. (2009) An event-related potential study on exposure therapy for patients suffering from spider phobia. *Biological Psychology*, 82(3), 293-300. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2009.09.003>

Lopes, R., Melo, R., Curral, R., Coelho, R., & Roma-Torres, A. (2013) A case of choking phobia: towards a conceptual approach. *Eating and Weight Disorders. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(1), 125-131. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0048-5>

McNally, R. J. (1986) Behavioral treatment of a choking phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(3), 185-188. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(86\)90025-x](https://doi.org/10.1016/0005-7916(86)90025-x)

McNally, R. J. (1994) Choking phobia: a review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, 35(1), 83-89. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(94\)90174-0](https://doi.org/10.1016/0010-440x(94)90174-0)

Millikin, C., Braun-Janzen, C. (2013) Collaborative treatment of choking phobia in an older adult. *Clinical Case Studies*, 12(4)263-277. <https://doi.org/10.1177/1534650113481496>

Myers, K. J. (2015) EMDR with choking phobia: reflections on the 2008 study by de Roos and de Jongh. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(1), 64-70. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.1.64>

Öst, L. G. (1992) Cognitive therapy in a case of choking phobia. *Behavioural Psychotherapy*, 20(1), 79-84.

Solyom, L., Sookman, D. (1980) Fear of choking and its treatment: a behavioural approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 25(1)30-34. <https://doi.org/10.1177/070674378002500106>

Suraweera, C., Hanwella, R., De Silva, V. (2014) Phagophobia: a case report. *BMC Research Notes*, 7(1), 574. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-574>

Yüksel, Ş., Yetkin, N., Ülgen, O. (1986) Bir yutma fobisi olgusu ve davranışçı tedavi yaklaşımı. *Psikoloji Dergisi*, 5(20) 47-50.

EXTENDED ENGLISH ABSTRACT**OBJECTIVE**

Choking phobia causes problems in physical and mental health of the individuals and it affects their social relationships. In addition to psychosocial treatments, pharmacological treatments are used in However, many of individuals have treatment of choking phobia. However, many of individuals have difficulty using medication due to the choking phobia. Therefore, behavioral approach is widely used in such cases.

This case report aimed to explain how cognitive behavioral therapy was administered to a patient with a diagnosis of choking phobia with comorbid panic attacks. In addition, since this phobia is not very prevalent, this case will give information about the techniques used both in the treatment and in the case formulation which will contribute to the work of professionals in this field. Therapy sessions were conducted between October 2017 and May 2018 at Ankara Yıldırım Beyazıt University under the supervision of a supervisor.

CASE

A 25-year-old, single, university graduated female patient was admitted to therapy with the thoughts that she could not swallow while eating and would suffocate. She also had panic attacks from time to time, and also had trust issues in her romantic relationships. In order to getting over of the thoughts of “I will suffocate while swallowing”, the patient had tried to swallow food with the help of a hot drink or liquefy the food but it’s problem changed over the time. The patient had had three panic attacks at two-month intervals following choking phobia. She had been admitted to the hospital after the first of these panic attacks and had been diagnosed with choking phobia with comorbid panic attacks. Another reason for the patient to apply for the treatment was having trust issues in romantic relationships. In her last relationship, the patient had been emotionally abused and felt that she had been financially exploited. It was considered that these problems in her relationship and the termination of the relationship could have an effect on the choking phobia and the panic attacks of the patient.

Therapy Process: After adequate information was obtained and the patient was informed about cognitive behavioral therapy,

therapy goals were set. The complete disappearance of choking phobia, the ability to cope with the panic attacks and changing the cognitive distortions that she had about romantic relationships were the therapy goals established with the patient. In line with these therapy goals, the patient was informed about the nature of the panic attacks and she was taught progressive muscle relaxation exercise. With the help of the automatic thoughts form, the negative automatic thoughts, and intermediate beliefs about the choking phobia and the romantic relationships were identified. The validity of these ideas was tested with the for and against evidence searching, and coping cards were prepared. Also, the patient was informed about the cognitive distortions. The information was given about the systematic desensitization in the treatment of choking phobia and the hierarchical stages were determined. The hierarchical steps which were established for systematic desensitization were presented firstly in vitro and then in vivo exposure. Each step was continued until the patient was able to complete the step without anxiety.

DISCUSSION

In this case study, a cognitive behavioral therapy process of a patient who were suffering from choking phobia with comorbid panic attacks and trust issues in romantic relationships, was presented. Cognitive restructuring techniques, relaxation exercises, coping cards, psychoeducation and systematic desensitization were utilized throughout the therapy. As a result of the cognitive behavioral therapy, it was observed that the patient could consume food and drinks that she could not eat before, she could eat without anxiety during the meals in social settings without any panic attacks showing up, and her romantic relationship-based cognitive distortions decreased. This study once again demonstrated that cognitive behavioral therapy is effective in the treatment of choking phobia and additionally, this study contributed to the limited number of case studies about this disorder. The findings obtained from this case should be strengthened by applying appropriate cognitive behavioral techniques to the other cases.

Keywords: Specific phobia, choking phobia, cognitive behavioural therapy, systematic desensitization