

Emetofobia: revisão crítica sobre um transtorno pouco estudado

Emetophobia: a critical review about an understudied disorder

Carlos Eduardo Paula Leite¹, Henrique Cláudio Vicentini², Joyce dos Santos Neves², Albina R. Torres¹

RESUMO

Introdução: A emetofobia ou fobia de vômitos – que inclui o medo excessivo de vomitar ou de ver outras pessoas vomitando e pode ser desencadeado por estímulos internos e externos – é um transtorno mental complexo e pouco conhecido. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo levantar os conhecimentos disponíveis sobre diversos aspectos do quadro. **Método:** Revisão convencional da literatura dos últimos 30 anos utilizando como estratégia de busca as seguintes palavras-chave: “emetofobia”, “emetofóbico”, “medo de vomitar”, “fobia de vomitar” e “fobia de vômito”. Foram incluídos artigos sobre epidemiologia, fenomenologia, diagnóstico diferencial e tratamento da emetofobia, assim como artigos referidos nestes. **Resultados:** Não há dados de prevalência na população geral e pouco se sabe sobre a etiologia da emetofobia. A maioria dos estudos aponta predominância no sexo feminino, início precoce e curso crônico. Os comportamentos de esquiva podem impactar negativamente a vida ocupacional, social e familiar. Os principais diagnósticos diferenciais são: transtorno de pânico com agorafobia, fobia social, anorexia nervosa e transtorno obsessivo-compulsivo. Estudos de tratamento se resumem a relatos de casos e não há ensaios clínicos controlados, mas intervenções cognitivo-comportamentais parecem ser promissoras. **Conclusão:** Mais estudos são necessários para melhor compreensão sobre a epidemiologia, o quadro clínico, a etiologia, a classificação e o tratamento da emetofobia.

Palavras-chave

Emetofobia, medo de vomitar, fobia de vomitar, fobia de vômito.

ABSTRACT

Introduction: *Emetophobia or fear of vomit – which includes an excessive fear of vomiting or seeing other people vomiting and can be triggered by internal and external stimuli – is a complex and fairly unknown disorder.* **Objective:** *This study aimed at reviewing the current knowledge about this condition.* **Method:** *A conventional literature review of the previous 30 years, using as search strategy the following keywords: “emetophobia”, “emetophobic”, “fear of vomiting”, “vomiting phobia”, and “phobia of vomit”. All articles about the epidemiology, phenomenology, differential diagnosis and treatment of emetophobia were included, as well as articles cited in these ones.* **Results:** *There are no available data on the prevalence in the general population and little is known about the etiology of emetophobia. Most studies describe predominance in females, early onset and chronic course. The avoidant behaviors can have a significant impact on occupational, social*

Recebido em
2/2/2011
Aprovado em
15/4/2011

1 Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria (FMB-Unesp).

2 Faculdade de Medicina de Botucatu Liga de Saúde Mental (LISM-FMB-Unesp).

Endereço para correspondência: Albina Rodrigues Torres

Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp

Distrito de Rubião Jr. – 18618-970 – Botucatu, SP. Telefones: (14) 3811-6260/3811-6089/Telefax: (14) 3815-5965

E-mail: torresar@fmb.unesp.br

Keywords

Emetophobia, fear of vomiting, phobia of vomiting, vomit phobia.

and family lives. The most important differential diagnoses are: panic disorder with agoraphobia, social phobia, anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. Treatment studies are mostly case reports and no controlled clinical trials have been published. Cognitive-behavioral interventions, however, seem to be promising. **Conclusion:** More studies are needed for a better understanding of the epidemiology, clinical picture, etiology, classification and treatment of emetophobia.

INTRODUÇÃO

A emetofobia ou fobia de vômitos – que inclui o medo excessivo de vomitar ou de ver outras pessoas vomitando, desencadeado por estímulos internos e externos – é um transtorno de ansiedade ainda não bem caracterizado¹. Apesar de não ser uma queixa rara ou trivial, essa é uma das fobias menos estudadas, e as publicações sobre etiologia, sintomatologia e tratamento ainda são escassas². A falta de conhecimento sobre esse transtorno é surpreendente, levando-se em conta dados publicados sobre o impacto negativo da doença³, mas talvez se deva, pelo menos em parte, à sobreposição fenomenológica com outros transtornos mentais.

Historicamente, a emetofobia vem sendo entendida como uma condição associada a diversas outras formas de psicopatologia, entre elas o transtorno de pânico, a fobia social, a agorafobia e, em crianças, o transtorno de ansiedade de separação⁴. Ela apresenta, no entanto, inúmeras especificidades. A versão mais recente do Manual Americano de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais (DSM-IV-TR)⁵ a classifica como uma fobia específica. De acordo com esse manual, todas as fobias específicas compartilham um medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, revelado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação fóbica. São classificadas em quatro tipos: animal, ambiente natural, sangue-injeção-ferimentos e situacional. Há ainda uma quinta categoria residual (“outro tipo”), na qual se inclui a fobia de vômitos⁵. O diagnóstico deve ser feito apenas quando os sintomas não são mais bem explicados por outro transtorno mental presente. Já a Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁶ não descreve a emetofobia entre as possíveis manifestações das fobias específicas ou isoladas.

O presente estudo teve como objetivo fazer uma revisão convencional da literatura sobre o tema, para levantar os conhecimentos disponíveis sobre aspectos epidemiológicos, fenomenológicos e de tratamento da emetofobia.

MÉTODO

Foi feita uma revisão da literatura de língua portuguesa e inglesa sobre o tema, abrangendo inicialmente o período de 1980 a 2010, utilizando-se como estratégia de busca nas bases de dados Medline, PubMed, PsycInfo, Lilacs e SciELO as seguintes palavras-chave: “emetofobia”, “emetofóbica”,

“medo de vomitar”, “fobia de vomitar” e “fobia de vômito” (em inglês: “emetophobia”, “emetophobic”, “fear of vomiting”, “vomiting phobia” e “phobia of vomit”). Incluíram-se ainda dois artigos citados nas publicações encontradas, mas anteriores (de 1974 e 1979), por serem relatos de tratamento de dois casos de emetofobia. Foram excluídos os artigos que não se referiam ao tema ou apenas citavam algum dos termos, mas não traziam nenhuma informação específica ou relevante sobre o assunto. Pela escassez de publicações sobre o tema, optou-se por incluir todos os artigos que abordassem algum dos aspectos de interesse, excluindo-se apenas aqueles que, por exemplo, apenas citavam a emetofobia como um dos tipos de fobia simples.

RESULTADOS

De todos os artigos inicialmente encontrados (n = 151), foram incluídos apenas aqueles que abordavam aspectos de epidemiologia, fenomenologia, diagnóstico diferencial ou tratamento da emetofobia (n = 18), assim como artigos referidos nestes que foram considerados relevantes para a discussão, incluindo publicações sobre a sensação de nojo nos transtornos ansiosos em geral (n = 8).

Epidemiologia

Estima-se que a prevalência da emetofobia varie de 1,7% a 3,1% em homens e de 6% a 7% em mulheres^{4,7}; no entanto, tais estimativas não são derivadas de levantamentos diretos com amostras representativas da população geral. Nos estudos de Lipsitz *et al.*¹ e Veale e Lambrou⁸, com emetofóbicos autodiagnosticados, as porcentagens de portadores do sexo feminino foram de 89% e 97%, respectivamente. Para Van Overveld *et al.*⁴, mais estudos são necessários para confirmar se de fato esse quadro predomina em mulheres jovens, com alto nível de escolaridade, ou se essas são mais interessadas em participar de *websites* sobre questões de saúde. Pessoas com menor escolaridade e de faixas etárias mais altas, por exemplo, podem estar sub-representadas nesse tipo de estudo. Entre as respostas obtidas em uma dessas pesquisas *on-line*¹, a média de idade de início do quadro foi de 9,2 anos e a média de duração, de 22 anos.

Há poucos dados de estudos populacionais, merecendo destaque apenas um levantamento epidemiológico realizado na Alemanha com jovens do sexo feminino. Com dados

sobre subtipos de fobia específica extraídos do *Dresden Mental Health Study*, que envolveu 2.064 participantes, Becker *et al.*⁹ verificaram que a prevalência de emetofobia em mulheres de 18 a 24 anos de idade durante a vida e nos últimos 12 meses foi de 0,2%, enquanto a prevalência na última semana foi de 0,1%. Nesse mesmo estudo, verificou-se que a fobia de vômitos apresentou média de idade de início de 7,5 anos e média de duração de 12,7 anos (resultados pautados, porém, em apenas quatro casos). Limitações óbvias quanto à generalização desses dados devem ser consideradas, pois foram incluídas somente mulheres jovens e o número de pessoas acometidas foi muito pequeno. Além disso, assim como ocorre em outros transtornos mentais, portadores de emetofobia podem esconder ou negar seus sintomas, levando a uma subidentificação do problema⁷.

Aspectos clínicos

A fobia de vômitos é um transtorno crônico, de início precoce, cujos sintomas costumam ser consideravelmente limitantes¹. Dentre as preocupações centrais das pessoas acometidas, destacam-se o medo de vomitar, o medo de ver outros vomitando e, por fim, o medo de vomitar na presença de outras pessoas⁸. A maioria dos emetofóbicos sente mais medo da primeira situação⁸, mas muitos relatam medo de se deparar com vômito¹⁰ e até evitam falar a palavra vômito, por medo de que ela possa desencadear imagens ou sensações relacionadas a esse fenômeno (p. ex., náuseas)¹.

Um estudo com emetofóbicos de um grupo da internet avaliou diversos aspectos clínicos do quadro¹. Dos 56 participantes (50 mulheres, idades entre 14 e 59 anos), apenas 12% relataram períodos de remissão total dos sintomas, possibilitando a sua caracterização como um transtorno de alta persistência¹. Em outro estudo com 100 portadores autoidentificados como tal⁸, em média a idade de início dos sintomas foi 9,8 anos, a idade de interferência 11,6 anos e a duração do quadro 25,9 anos. A média de idade de início dos sete casos descritos por Phillips em 1985⁷ foi de 8,5 anos e de duração, 17,4 anos. Portanto, como ocorre com outros tipos de fobia específica, além da longa duração e da predominância no sexo feminino, o início na infância é comum, isso tendo sido descrito também em vários relatos de caso^{2,7,11}. Para Van Overveld *et al.*⁴, entretanto, a faixa etária crítica de início seriados 13 aos 17 anos.

Uma característica clínica diferencial da emetofobia em relação a outras fobias específicas foi descrita por Klonoff *et al.* em 1984¹². Segundo esses autores, nenhum dos casos que acompanharam considerava sua reação excessiva ou irracional, apresentando, portanto, prejuízo da crítica. No entanto, todos os pacientes (quatro meninas e um menino) tinham entre 6 e 15 anos de idade.

É importante destacar a questão do nojo como um aspecto relevante na emetofobia. Na verdade, o vômito é um dos poucos estímulos de nojo universalmente aceitos⁴.

Alguns autores^{4,13} esclarecem que haveria dois aspectos relacionados, mas distintos: a propensão ao nojo (quão rapidamente o indivíduo sente nojo) e a sensibilidade ao nojo (quão incômoda é a sensação ou quão negativamente o indivíduo a avalia). Apesar de os dois fenômenos serem mais frequentes em emetofóbicos, a sensibilidade seria um melhor preditor do problema⁴.

Na verdade, as emoções envolvidas nos transtornos ansiosos em geral [p. ex., transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), fobia por aranhas ou pequenos animais, sangue e ferimentos] também não se restringem à ansiedade e ao medo, podendo incluir a hipersensibilidade ao nojo¹³⁻¹⁵. O papel do nojo na evolução das emoções humanas seria bastante primitivo, envolvendo estímulos relacionados a animais, comida, secreções corporais, sexo e morte¹⁰. Haveria ainda um viés de gênero em relação a tal hipersensibilidade, bem mais comum em meninas ou mulheres, o que talvez explique – pelo menos em parte – a maior prevalência de fobias específicas entre elas^{10,16}. A associação entre hipersensibilidade ao nojo e diversos sintomas de transtornos de ansiedade, e mesmo alimentares, já foi demonstrada também em crianças de 9 a 13 anos de idade¹⁶.

Diversas comorbidades psiquiátricas podem ocorrer na emetofobia, particularmente episódios depressivos, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, transtorno de pânico, agorafobia e TOC^{2,7,17,18}. Metade dos participantes do estudo de Lipsitz *et al.*¹ relatou apresentar ataques de pânico não relacionados ao medo de vomitar. Os transtornos mais autorreferidos, por relato espontâneo, foram: “depressão” (46%), “transtorno de pânico ou agorafobia” (40%), “ansiedade social” (21%) e “TOC” (18%). Além disso, 57% referiram “transtorno de ansiedade de separação” na infância, o único quadro que tipicamente antecedia o início da emetofobia. Ressalte-se ainda que alguns portadores apresentam outras fobias específicas relacionadas ou não à sensação de nojo (p. ex., de insetos)¹.

Em relação aos fatores desencadeantes, há relatos de que os sintomas podem ser desencadeados tanto por estímulos externos (p. ex., visão de alguns alimentos) quanto por estímulos internos (p. ex., produção de ácido gástrico), e há preocupação de vomitar tanto em locais públicos quanto privados, em geral predominando a primeira¹⁸. O medo de perder o controle sobre um evento físico naturalmente difícil de controlar levaria ao aumento dos níveis de ansiedade e às somatizações, num círculo vicioso¹⁸.

Impacto na vida

A emetofobia é um quadro com interferência variável, mas que costuma acarretar relevante impacto emocional em seus portadores, com relatos não incomuns de comprometimento em diversos âmbitos da vida cotidiana. Em relação ao exercício profissional, muitos pacientes referem mudanças recorrentes de emprego, por conta de dias de trabalho

perdidos pelo medo incontrolável de vomitar. Outros, ainda, contam que são incapazes de dividir tarefas domésticas simples, como ficar com os filhos pequenos, por receio de vê-los vomitando^{1,8}. É muito frequente também o relato de diminuição significativa nas horas dedicadas ao lazer, com grande prejuízo na vida social, principalmente porque a maioria dos indivíduos se preocupa mais com a possibilidade de vomitar em lugares públicos do que em locais privados¹.

O comportamento evitativo de busca de segurança pode ser observado em inúmeras situações. Muitos pacientes se recusam a fazer uso de bebidas alcoólicas ou drogas e a ficar próximos de pessoas bêbadas ou doentes. Passeios de barco, avião ou viagens longas em geral também são evitados. Estar em meio a aglomerações, utilizar transportes e banheiros públicos, ir a hospitais, parques de diversão e comer em bares, *buffets* e restaurantes são outras fontes de apreensão. Alguns tipos de comidas, como frutos do mar, doces ou laticínios, podem ser também muito temidos e evitados^{1,8}. Crianças e adolescentes com emetofobia podem se recusar a ir à escola ou mesmo a sair de casa¹².

Dentre as mulheres acometidas, quase metade assume retardar ou mesmo evitar a gravidez, demonstrando que a emetofobia pode interferir até na vida reprodutiva das portadoras¹. No estudo de Veale e Lambrou⁸, 5,3% das mulheres referiram ter chegado a interromper uma gestação e 34% dos entrevistados já haviam evitado alguma cirurgia ou anestesia geral por causa dessa fobia. Todos esses relatos corroboram a opinião de alguns autores, que consideram a emetofobia muito mais prejudicial do que outros tipos de fobia específica, como a acrofobia e a aracnofobia².

Etiologia

Pouco se sabe sobre a etiologia da emetofobia, mas alguns estudos apontam possíveis fatores de risco. Experiências de condicionamento, como história pregressa de crises de vômito vivenciadas ou testemunhadas, em geral envolvendo familiares doentes (ou alcoolizados, grávidas), são fatores associados¹⁹, assim como antecedentes de hospitalização na infância ou problema médico grave na vida adulta¹. Em dois casos descritos^{2,20}, o quadro se iniciou na infância, após as pacientes terem vomitado em locais públicos (no palco durante um recital de piano e num armazém). Algum acontecimento estressante (p. ex., mudança de escola, divórcio dos pais) ou condição médica que incluía vômitos como sintoma (p. ex., infecção, vômitos pós-anestésicos) foram relatados em crianças e adolescentes¹². Numa paciente de 40 anos¹⁹, o quadro havia começado após ela ter vomitado uma única vez numa viagem de avião, 10 anos antes.

Boschen³ utilizou modelos cognitivos e comportamentais bem estabelecidos de outros transtornos de ansiedade (p. ex., transtorno de pânico e fobia social) como base para propor um modelo etiológico para a emetofobia. Esse autor sugere que o quadro resultaria de uma constelação de fato-

res, tais como maior vulnerabilidade para ansiedade em geral e tendência a somatizar ansiedade como náusea e outros sintomas gastrointestinais, assim como a interpretá-los de forma catastrófica. Além disso, haveria hipervigilância para possíveis estímulos provindos do sistema digestório, crenças e cognições acerca do significado e da inaceitabilidade do ato de vomitar, comportamentos de esquiva como reforçadores negativos e vieses seletivos de confirmação.

Diagnóstico diferencial

As manifestações clínicas da emetofobia têm semelhanças com vários distúrbios psiquiátricos, particularmente com outros transtornos ansiosos, tornando as fronteiras diagnósticas por vezes pouco definidas. Assim, é importante fazer o diagnóstico diferencial, além de avaliar se não é uma situação clínica de coocorrência de mais que um diagnóstico (comorbidade).

Transtorno de pânico e agorafobia

Em um esforço para esclarecer a relação da fobia de vômitos com outros transtornos de ansiedade, Veale e Lambrou⁸ compararam um grupo que, segundo autorrelato, sofria de emetofobia com outro, de portadores de transtorno de pânico. A frequência de vômitos não foi significativamente diferente entre os dois grupos, embora os emetofóbicos tenham apresentado episódios mais duradouros e em maior número. Náuseas (principalmente) e vômitos podem ocorrer durante os ataques de pânico e os comportamentos agorafóbicos estão relacionados com o medo de ter algum mal-estar em locais ou situações em que seja difícil ser prontamente socorrido. Muitos portadores de emetofobia apresentam comportamentos de esquiva semelhantes aos de pacientes agorafóbicos (p. ex., evitar restaurantes, supermercados, elevadores, metrô, multidões)^{8,21} e os sintomas podem ser desencadeados por estímulos internos ou introceptivos (sensações físicas), como nas crises de pânico, porém diferentemente de outras fobias específicas. Além disso, os sintomas mais comuns das crises de pânico relatadas por emetofóbicos no estudo de Lipsitz *et al.*¹ foram náuseas (82%), "fôlego curto" (62%) e desconforto gástrico (57%).

Segundo Davidson *et al.*¹⁸, os processos cognitivos e os comportamentos dos emetofóbicos apresentam muitas sobreposições com os de pacientes com transtorno de pânico, tais como atenção seletiva e vigilância, neste caso para náuseas e vômito. Lydiard *et al.*²² consideram a fobia de vômito um tipo de transtorno de pânico. Pollard *et al.*¹⁹ descreveram um caso de emetofobia como uma possível forma de apresentação da agorafobia sem ataques de pânico, ao lado do medo de perder o controle vesical ou fecal e do medo de ter uma forte crise de cefaleia. Igualmente para Lipsitz *et al.*¹, a maior aproximação fenomenológica seria com a agorafobia, apesar de o medo de ver outras pessoas vomitando ser um aspecto diferencial nesse caso.

Além disso, em pelo menos um relato de caso², a paciente apresentava crises de pânico diretamente relacionadas aos sintomas emetofóbicos, mas não preenchia critérios para transtorno de pânico, o que demonstra as possíveis sobreposições clínicas entre os dois quadros. No entanto, alguns medos comuns no transtorno de pânico (p. ex., morrer de infarto ou AVC) não ocorreriam na emetofobia⁸.

Fobia social

Como muitos emetofóbicos temem vomitar principalmente em locais públicos, alguns autores já apontaram certa aproximação fenomenológica com o transtorno de ansiedade social ou fobia social. Segundo Lelliott *et al.*²³, a preocupação sobre possível humilhação seria muito importante na emetofobia, de modo que ela deveria ser classificada como uma fobia social. Entretanto, segundo Veale e Lambrou⁸, 78% dos portadores apresentam medo de vomitar tanto quando estão sozinhos quanto em companhia de outras pessoas, e apenas a minoria refere que vergonha ou medo do julgamento alheio é uma preocupação central. A maioria dos participantes do estudo de Lipsitz *et al.*¹ enfatizou como principal apreensão o desconforto ao vomitar, e não a vergonha de fazê-lo. Dessa forma, a preocupação com o fato de os outros poderem considerar a pessoa repulsiva ou não quererem conhecê-la caso vomite parece ser somente uma questão adicional na emetofobia. Assim, apesar de comum, o medo do “olhar do outro” seria secundário¹, como ocorre na agorafobia (medo de estar em locais ou situações de onde seja difícil ou *embaraçoso* sair em caso de mal-estar ou ataque de pânico)⁵.

Transtornos alimentares

É interessante destacar um relato publicado há duas décadas¹⁷ de quatro meninas adolescentes que, após infecções virais, tiveram suspeita de anorexia nervosa por terem perdido mais de 15% do peso corporal, mas que recusavam alimentação por medo de vomitar, e não por desejo de emagrecer. Em outro relato de caso bem mais recente², a paciente emagreceu 40 kg por ter reduzido drasticamente sua ingestão alimentar, por causa do medo de vomitar. Assim, a motivação subjacente aos comportamentos alimentares desviantes e à perda de peso deve ser cuidadosamente indagada, para estabelecer o diagnóstico principal e a conduta mais apropriada. Na fobia por vômito não há desejo de emagrecer, distorção da imagem corporal, uso de laxantes ou diuréticos, nem exercícios físicos excessivos. Na bulimia nervosa, ao contrário da emetofobia, os pacientes apresentam episódios de descontrole alimentar (*binge*) e provocam vômitos com crescente facilidade, pois o medo de engordar é a preocupação predominante e geradora dos comportamentos purgativos. Da mesma forma que a emetofobia, a anorexia e a bulimia predominam no sexo feminino e alguns autores a descreveram como um transtorno alimentar atípico¹⁷.

Transtorno obsessivo-compulsivo

Destaque deve ser dado à qualidade compulsiva de que se apropriam alguns comportamentos relacionados à emetofobia. Muitos pacientes afirmam lavar excessivamente os alimentos ou cheirá-los antes de consumi-los e checar repetidamente se estão frescos ou dentro da data de validade para o consumo. Outros escovam os dentes repetidamente, evitam entrar em banheiros públicos⁸ ou têm rituais antes de deitar-se (p. ex., comer uma quantidade determinada de alimentos), para evitar sensações nauseantes¹. Em concordância com esses achados, preocupações intestinais ou “obsessões viscerais” já foram descritas como fazendo parte do espectro do TOC. Assim, o medo da incontinência ou perda de controle vesical ou intestinal, que se assemelha às preocupações emetofóbicas de descontrole¹⁸, faz muitos pacientes irem várias vezes ao banheiro antes de saírem de casa ou se recusarem a sair, por medo de não terem acesso rápido a um banheiro em caso de necessidade²⁴.

Metade dos pacientes estudados por Davidson *et al.*¹⁸ relatava medo de germes e de hospitais, mas diretamente resultantes de suas preocupações emetofóbicas. Da mesma forma, a paciente descrita por Hunter e Antony² lavava as mãos frequentemente para se livrar de germes que poderiam fazê-la adoecer e, eventualmente, vir a vomitar. Além disso, a excessiva necessidade de controle e as preocupações com saúde também aproximam a emetofobia do TOC¹⁸. Alguns pacientes estudados por Veale e Lambrou⁸ apresentavam também comportamentos supersticiosos (p. ex., repetir determinada palavra ou evitar certos números) para prevenir o vômito.

Outro aspecto fenomenológico relevante tanto no TOC quanto na emetofobia é a questão da hipersensibilidade ao nojo, já mencionada. Em muitos portadores de TOC ela se associa a diversos comportamentos de esquiva, assim como a alguns rituais, principalmente de limpeza e lavagem, e a obsessões em relação à saúde de modo geral¹⁰ e de contaminação em particular²⁵.

Tratamento

Como em outros transtornos ansiosos, apenas uma pequena porcentagem dos pacientes com fobias específicas procura tratamento⁹; em geral, apesar de elas começarem precocemente, terem evolução crônica e aumentarem o risco de desenvolvimento de um segundo transtorno mental. Assim também na emetofobia, a procura por tratamento costuma ser tardia. Boschen³ relatou que alguns indivíduos em psicoterapia por outras razões apresentaram dificuldade em falar dos sintomas emetofóbicos para seus terapeutas, por vergonha ou ansiedade, o que atrasou o diagnóstico. O mesmo foi ressaltado por emetofóbicos estudados por Lipsitz *et al.*¹. O médico de família pode ser o primeiro profissional procurado por esses pacientes, com posterior encaminhamento a psicólogos ou psiquiatras, em vários casos⁸.

Vale ressaltar a existência de pelo menos três *sites* na internet voltados para portadores de emetofobia (acesso em 7/11/2010): <http://www.fear-of-being-sick.co.uk/index.htm>; <http://www.gut-reaction.freemove.co.uk/emetophobia.htm> e <http://www.stichtingemetofobie.nl>.

Estudos sobre os resultados de tratamento são escassos e histórias de êxito com remissão sintomatológica sustentada também são raramente descritas na literatura¹¹. Nesta revisão, não se encontraram ensaios clínicos, mas apenas um programa de tratamento não controlado com grupo⁷ e um pequeno número de estudos de caso.

Tratamento psicoterápico

Há poucas publicações sobre intervenções psicoterapêuticas especificamente concebidas para a emetofobia³. Existem apenas quatro relatos de caso descrevendo o tratamento com terapia cognitivo-comportamental^{7,19,26,27}, um com terapia comportamental sistêmica²⁸, um com psicoterapia de orientação cognitiva e aconselhamento familiar¹⁷, dois com hipnoterapia^{29,30} e um com uma combinação de diversas técnicas²¹.

Na primeira descrição, que data de 1974, Wijesinghe²¹ tratou uma mulher de 24 anos de idade com história de fobia de vômitos desde os 13 anos com uma combinação de exposição e hipnoterapia. Foi utilizada exposição por "inundação" (e não gradativa) durante um transe hipnótico, em uma única sessão. A paciente teria apresentado remissão imediata, mantendo-se assintomática após 12 meses, apesar de a exposição por "inundação" não ser, de modo geral, indicada nas fobias específicas³. Há outro relato de tratamento com hipnoterapia feito por McKenzie³⁰ em uma mulher de 40 anos que tinha muito medo de "ser vomitada" (por exemplo, por um bebê nauseado)³.

Em 1985, Philips⁷ descreveu o tratamento comportamental de sete pacientes (cinco mulheres) que apresentariam "medos específicos de eles mesmos ou outros vomitarem". Apesar dos problemas práticos envolvidos na exposição à situação de vomitar¹⁸, eles foram tratados com procedimentos de exposição a vídeos nos quais viam imagens de pessoas vomitando, com ou sem estímulos auditivos. Tal exposição foi suficiente para provocar fortes sinais inceptivos nos emetofóbicos e se obteve sucesso na habituação.

Outro exemplo de sucesso do tratamento comportamental de um indivíduo com emetofobia foi apresentado por McFadyen e Wyness²⁶. Nesse estudo, uma mulher "de quase 30 anos" foi tratada por meio de uma hierarquia de exposição, que começou com gravações de áudio de pessoas vomitando e se estendeu até simulações de outros vomitando em sua presença. Os autores relataram resultados positivos após um programa relativamente curto de exposição (cinco sessões). Além disso, os ganhos obtidos pela paciente foram mantidos em um seguimento de 18 meses. Para alguns autores¹⁵, no entanto, as reações de nojo se extingui-

riam com mais dificuldade nos tratamentos de exposição, quando comparadas às reações de ansiedade ou medo.

Lipsitz *et al.*¹ investigaram em pesquisa via internet as experiências de tratamento de indivíduos emetofóbicos. Uma variedade de abordagens foi utilizada, com sucesso limitado. Apenas 11% relataram melhora parcial com psicoterapia e alguns negaram quaisquer benefícios com terapia comportamental e/ou hipnoterapia. Em geral, os respondentes mostraram-se céticos a respeito da utilidade da psicoterapia para seus sintomas. Infelizmente, neste estudo os autores apresentam apenas os dados de quantos participantes se beneficiaram dos tratamentos, mas não de quantos se submetem a eles, tornando impossível tirar conclusões sobre a eficácia de tais intervenções³.

Nos primeiros casos publicados, a hipnoterapia, com ou sem componentes adicionais, foi a abordagem mais utilizada, apesar de a exposição ser a intervenção de escolha aparentemente mais óbvia, com base na literatura sobre o tratamento do transtorno de pânico e de outras fobias específicas. As publicações encontradas envolvem exclusivamente jovens do sexo feminino portadoras de emetofobia³.

No caso relatado por Moran e O'Brien¹¹ de uma garota de 11 anos, foi utilizada uma técnica de "imagens de competência" em vez de técnicas de relaxamento físico no processo de exposição gradual, para diminuir os níveis de ansiedade. Assim, foram pareadas aos estímulos ansiogênicos imagens mentais de diversas situações de bom desempenho por parte da paciente.

Como até o momento não existem análises dos fatores cognitivos envolvidos no medo de vomitar, não há incorporação de técnicas cognitivas específicas nos pacotes de tratamento adaptados à emetofobia¹³. Segundo Davidson *et al.*¹⁸, a excessiva necessidade de controle (de *locus interno*) seria um aspecto cognitivo importante nesses pacientes. Mesmo quando admitem que a probabilidade de vomitar é baixa, os portadores acreditariam que esse ato é inaceitável e pode trazer graves consequências (p. ex., desmaiar, entrar em choque, adoecer gravemente ou morrer)⁸. Conforme destacaram Veale e Lambrou⁸, muitos dos estudos de psicoterapia foram publicados há 15-30 anos atrás e, desde então, houve muitos avanços na compreensão dos fatores mantenedores da ansiedade patológica, especialmente o papel do viés de atenção, das crenças catastróficas disfuncionais e dos comportamentos de busca de segurança.

Baseando-se no seu entendimento do quadro, Boshchen³ propõe um conjunto de intervenções cognitivo-comportamentais: a) para a vulnerabilidade geral à ansiedade e à somatização, ele sugere treino em competências para gestão da excitação (p. ex., técnicas de relaxamento); b) para o "viés catastrófico" (tendência a interpretar erroneamente estímulos gastrointestinais sutis normais como indicadores de vômito iminente) e certas atribuições ao vômito (crenças irrealísticas sobre o significado e a inacei-

tabilidade dos vômitos), é recomendada a reestruturação cognitiva, para auxiliar os pacientes a identificarem, avaliarem e modificarem tais pensamentos automáticos problemáticos; c) para a hipervigilância e a atenção seletiva para sinais gastrointestinais, propõe distração e treino da atenção; e d) para a evitação de náuseas (comportamento evitativo negativamente reforçado pela redução da ocorrência) e para a confirmação seletiva (falha em obter provas para desconfirmar expectativas de vômito), indica a exposição, com vários alvos potenciais.

A óbvia sugestão de exposição seria a própria experiência de vomitar. O vômito pode ser provocado com facilidade, mas vômitos induzidos deliberadamente podem levar a efeitos colaterais como problemas dentários e esofagianos. Além disso, muitos pacientes podem não considerar essa uma intervenção aceitável, sendo necessário pesar e discutir com eles os potenciais riscos e benefícios. Uma forma mais branda de exposição seriam as sensações de náusea, que podem ser geradas comportamental ou quimicamente (p. ex., mediante indução de tontura ou exposição a alimentos de que a pessoa não gosta). Isso permitiria ao indivíduo experimentar a náusea como algo desagradável, mas não catastrófico, nem necessariamente gerador de vômito. Num relato de caso²⁰ foi utilizado um "syrup" emético em doses crescentes, com bons resultados, que se mantiveram após dois anos de seguimento. Indução de náusea pode ser feita também por meio de hiperventilação, subir e descer escadas, rodar ou girar a cabeça rapidamente e prender a respiração por alguns segundos². Metas alternativas para a exposição, além das sensações somáticas ou introceptivas temidas², envolveriam outros comportamentos de esquiva, como de certos alimentos (p. ex., aves, mariscos, sobras) ou situações/lugares (p. ex., bares, hospitais)³.

Um empecilho em potencial para as intervenções cognitivo-comportamentais com pacientes emetofóbicos é a relutância para participar de procedimentos baseados em exposição³. Em pesquisa feita pela internet¹, apenas seis portadores (11%) estariam dispostos a tentar uma terapia que incluísse exposição a sensações de vômito. Trinta (54%) disseram que definitivamente não o fariam e 20 (36%) estavam inseguros ou considerariam essa possibilidade apenas se tivessem garantia de sua efetividade. Portanto, estratégias utilizadas para motivar pacientes com outros transtornos de ansiedade, tais como entrevistas motivacionais e psicoeducação ou compartilhamento de informações, podem ser muito importantes para pessoas com emetofobia³.

Tratamento farmacológico

Como se acredita que a etiologia e os fatores de manutenção da emetofobia apresentam vários componentes comuns

com outros transtornos de ansiedade, é razoável supor que intervenções farmacológicas adaptadas de outros transtornos também podem ser opções válidas de tratamento³. Os psicofármacos são geralmente considerados ineficazes no tratamento de fobias específicas, com as terapias de exposição assumindo o papel de tratamento de primeira linha. Em contraste, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) têm repetidamente demonstrado eficácia no tratamento dos transtornos de ansiedade, tais como o transtorno de pânico, a fobia social e o TOC.

Em outras fobias específicas, nas quais as sugestões interoceptivas têm um papel fundamental, há evidências iniciais de que vale a pena realizar estudos controlados com ISRS. Assim, a avaliação da eficácia dos antidepressivos no tratamento da emetofobia também deve ser considerada³, pois ainda não há evidências pautadas em estudos controlados. No estudo via internet de Lipsitz *et al.*¹, 34% dos entrevistados relataram algum benefício com intervenções farmacológicas, incluindo uso de psicotrópicos (benzodiazepínicos e antidepressivos) e agentes para o trato gastrointestinal (p. ex., prometazina). Muitos, porém, disseram que evitavam o uso de medicamentos por medo de que lhes causassem náuseas.

CONCLUSÃO

A emetofobia é um transtorno ainda pouco conhecido, de início precoce e curso crônico, que acomete predominantemente mulheres e pode ser muito incapacitante. Apresenta natureza psicopatológica complexa, faz fronteira com outros transtornos psiquiátricos e ainda pouco se conhece sobre os fatores de predisposição, precipitação e perpetuação dos sintomas¹⁸. Há necessidade de levantamentos para estimar a prevalência e a incidência do problema na população geral, assim como estudos clínicos controlados, principalmente de tratamento. No entanto, é um desafio investigar um fenômeno supostamente incomum e que se sobrepõe a outros transtornos. Um instrumento específico de avaliação vem sendo desenvolvido no Canadá, o *Emetophobia Questionnaire* (EQ; Bouman e Van Hout, *in preparation*), que inclui 115 itens sobre várias dimensões do transtorno⁴ e poderá permitir a avaliação de resultados terapêuticos³. Assim, o conhecimento atual sobre a emetofobia é limitado, havendo necessidade de mais estudos a respeito. Em relação ao tratamento, há uma clara lacuna de evidências referentes ao resultado de abordagens tanto psicoterápicas quanto farmacológicas. De todo modo, psiquiatras devem procurar identificar e caracterizar manifestações emetofóbicas em sua prática clínica, para tentar minimizar o sofrimento e as limitações dos portadores.

REFERÊNCIAS

1. Lipsitz JD, Fyer AJ, Paterniti A, Klein DF. Emetophobia: preliminary results of an internet survey. *Depr Anxiety*. 2001;14:149-52.
2. Hunter PV, Antony MM. Cognitive-behavioral treatment of emetophobia: the role of interoceptive exposure. *Cogn Behav Pract*. 2009;16:84-91.
3. Boschen MJ. Reconceptualizing emetophobia: a cognitive behavioral formulation and research agenda. *J Anxiety Disord*. 2007;21:407-19.
4. Van Overveld M, De Jong PJ, Peters ML, Van Hout WJ, Bouman TK. An internet-based study on the relation between disgust sensitivity and emetophobia. *J Anxiety Disord*. 2008;22:524-31.
5. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. text revision. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
7. Philips HC. Return of fear in the treatment of a fear of vomiting. *Behav Res Ther*. 1985;23:45-52.
8. Veale D, Lambrou C. The psychopathology of vomit phobia. *Behav Cogn Psychother*. 2006;34:139-50.
9. Becker ES, Rinck M, Türke V, Kause P, Goodwin R, Neumer S, et al. Epidemiology of specific phobia subtypes: findings from the Dresden Mental Health Study. *Eur Psychiatry*. 2007;22:69-74.
10. Thorpe SJ, Patel SP, Simonds LM. The relationship between disgust sensitivity, anxiety and obsessions. *Behav Res Ther*. 2003;41:1397-409.
11. Moran DJ, O'Brien RM. Competence imagery: a case study treating emetophobia. *Psychol Rep*. 2005;96:635-6.
12. Klonoff EA, Knell SM, Janata JW. Fear of nausea and vomiting: the interaction among psychosocial, stressors, development transitions, and adventitious reinforcement. *J Clin Child Psychol*. 1984;13(3):263-7.
13. Fergus TA, Valentiner DP. The Disgust Propensity and Sensitivity Scale-Revised: an examination of a reduced-item version. *J Anxiety Disord*. 2009;23:703-10.
14. Cisler JM, Olatunji BO, Lohr JM. Disgust, fear, and the anxiety disorders: a critical review. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:34-46.
15. Mason E, Richardson R. Looking beyond fear: the extinction of other emotions implicated. *J Anxiety Disord*. 2010;24:63-70.
16. Muris P, Van der Heiden S, Rassin E. Disgust sensitivity and psychopathological symptoms in non-clinical children. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39:133-46.
17. Manassis K, Kalman E. Anorexia resulting from fear of vomiting in four adolescent girls. *Can J Psychiatry*. 1990;35:548-50.
18. Davidson AL, Boyle C, Lauchlan F. Scared to lose control? General and health locus of control in females with a phobia of vomiting. *J Clin Psychol*. 2008;64(1):30-9.
19. Pollard AC, Tait RC, Meldrum D, Dubinsky IH, Gall JS. Agoraphobia without panic: illustrations of an overlooked syndrome. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184(1):61-2.
20. Dattilio FM. Emetic exposure and desensitization procedures in the reduction of nausea and a fear of emesis. *Clin Case Studies*. 2003;2:199-210.
21. Wijesinghe B. A vomiting phobia overcome by one session of flooding with hypnosis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1974;5:169-70.
22. Lydiard RB, Laria MT, Howell EF, Ballenger JC. Can panic disorder present as irritable bowel syndrome? *J Clin Psychiatry*. 1986;47:470-2.
23. Lelliott P, McNamee G, Marks I. Features of agoraphobia, social, and related phobias and validation of the diagnoses. *J Anxiety Disord*. 1991;5:313-22.
24. Jenike MA, Vitagliano HL, Rabinowitz J, Goff DC, Baer L. Bowel obsessions responsive to tricyclic antidepressants in four patients. *Am J Psychiatry*. 1987;144:1347-8.
25. Olatunji BO. Changes in disgust correspond with changes in symptoms of contamination-based OCD: a prospective examination of specificity. *J Anxiety Disord*. 2010;24:313-7.
26. McFadyen M, Wyness J. You don't have to be sick to be a behavior therapist but it can help! Treatment of a "vomit" phobia. *Behav Psychother*. 1983;11:173-6.
27. Lesage A, Lamontagne Y. Paradoxical intention and exposure in vivo in the treatment of psychogenic nausea: report of two cases. *Behav Psychother*. 2003;13:69-75.
28. O'Connor JJ. Why can't I get hives: brief strategic therapy with an obsessional child? *Fam Process*. 1983;22:201-9.
29. Ritow JK. Brief treatment of a vomiting phobia. *Am J Clin Hypnosis*. 1979;21:293-4.
30. McKenzie S. Hypnotherapy for vomiting phobia in a 40-year-old woman. *Contempor Hypnosis*. 1994;11:37-40.