

Terapia poznawczo-behawioralna pacjentki z diagnozą emetofobii – opis przypadku

Cognitive-behavioral therapy for a patient diagnosed with emetophobia – case study

Jacek Romański

Centrum Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej i Zdrowia Psychicznego – RATIONAL

Summary

The aim of this paper is to present the application of cognitive-behavioral therapy in the treatment of emetophobia. The fear of vomiting (emetophobia) is a specific phobia, the mild form affects over 3% of the population, predominantly women. The main symptoms are associated with the fear of experiencing nausea and other gastrointestinal sensations. These sensations are interpreted as a signal of impending vomiting, leading to discomfort and avoidance of eating and social situations. The symptoms may resemble other somatic and psychological disorders and can co-occur with various mental health conditions. The therapy requires an individualized approach and may be more demanding compared to treating other phobias.

The article includes a description of the therapy process with an adult patient struggling with emetophobia. Diagnosis was conducted through an interview and the EmetQ-13 questionnaire. The applied therapeutic techniques are presented, along with an understanding of the symptoms considering therapeutic models explaining the development of emetophobia and the mechanisms sustaining it. Key processes playing a crucial role in dysfunction were identified. After 10 sessions of cognitive-behavioral therapy, the patient no longer met the diagnostic criteria for the fear of vomiting, overcoming avoidance behaviors.

Słowa kluczowe: emetofobia, terapia poznawczo-behawioralna, opis przypadku

Key words: emetophobia, cognitive-behavioral therapy, case study

Wstęp

Emetofobia, czyli lęk przed wymiotowaniem, jest zaburzeniem lękowym pod postacią fobii specyficznej (swoistej). Szacuje się, że w ciągu roku dotyka 0,1% populacji ogólnej. Łagodniejsza forma lęku przed wymiotami jest jednak znacznie częściej spotykana, jej rozpowszechnienie szacuje się w przedziale od 3,1% do 8,8%

w społeczeństwie. Emetofobia czterokrotnie częściej rozpoznawana jest wśród kobiet niż wśród mężczyzn [1]. Jej rozpoznanie wymaga spełnienia kryteriów diagnostycznych dla fobii swoistej. Zgodnie z klasyfikacją zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-5 [2], aby rozpoznać fobię, w tym emetofobię, niezbędne jest spełnienie następujących kryteriów:

- strach lub lęk przed zwymiotowaniem,
- natychmiastowa reakcja lękowa,
- unikanie lub skrajne cierpienie,
- ograniczenie życia,
- minimum 6 miesięcy trwania objawów.

Natomiast zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia – ICD-11 fobia swoista może być zdiagnozowana w sytuacji występowania lęku związanego z obecnością (fizyczną lub wyobrażoną) określonych obiektów/bodźców. Objawy powodują subiektywne cierpienie, jak również zachowania unikające względem bodźców wywołujących lęk [3].

Ze wszystkich fobii specyficznych emetofobia jest jedną z bardziej wymagających w terapii, ponieważ wiąże się ona z wieloma zachowaniami unikającymi. Ponadto jej występowanie łączy się zazwyczaj ze znacznym pogorszeniem funkcjonowania społecznego oraz zawodowego [1]. Badania wskazują, że wpływ lęku przed wymiotowaniem na funkcjonowanie jednostki jest dużo bardziej destrukcyjny niż innych fobii, takich jak lęk wysokości czy arachnofobia [4]. Najlepiej udokumentowaną formą terapii w wypadku fobii, w tym również emetofobii, jest między innymi psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT). Dostępne są ponadto doniesienia raportujące skuteczność terapii EMDR w leczeniu lęku przed wymiotowaniem [1].

Emetofobia zazwyczaj rozwija się w okresie późnego dzieciństwa oraz adolescencji [4]. Istnieją dane, zgodnie z którymi do jej rozwoju może przyczynić się doświadczenie traumatyczne. Są też dowody wskazujące na uczenie skojarzeniowe w emetofobii [5], w związku z czym wymioty mogą zostać uwarunkowane bodźcami obojętnymi w postaci wydarzeń życiowych. Inne badania sugerują istotną rolę skłonności do odczuwania obrzydzenia i wrażliwości na obrzydzenie w etiologii lęku przed wymiotowaniem [6].

Obraz kliniczny emetofobii

Główne objawy emetofobii skupione są wokół irracjonalnego lęku przed wymiotowaniem, jak również przed odczuwaniem mdłości. W funkcjonowaniu osób cierpiących na lęk przed wymiotowaniem, poza zauważalnym ogromnym cierpieniem emocjonalnym, obserwuje się zmiany w co najmniej czterech obszarach: somatycznym, poznawczym, behawioralnym oraz psychospołecznym. Objawy somatyczne w emetofobii związane są z dolegliwościami w obszarze jamy brzusznej oraz przewodu pokarmowego w połączeniu z zaabsorbowaniem i monitorowaniem swojego ciała i odczuć z niego płynących. Mogą to być: ból brzucha o różnym nasileniu, odczuwalny

dyskomfort, mdłości, pobudzenie pasażu jelitowego. Objawy te przy udziale procesów przetwarzania poznawczego stają się jeszcze bardziej wyraziste i nasilone.

Procesem uwagowym odpowiadającym za silne zaabsorbowanie swoim ciałem jest selektywność uwagi. Prowadzi ona do wybiórczej koncentracji na objawach płynących z narządów ciała, które są skojarzone z zagrożeniem. Procesy myślenia oscylują wokół sfery jedzenia – co zjeść, ile zjeść oraz, co bardzo ważne, aby posiłki te były spożywane w miejscach „bezpiecznych”, czyli takich, gdzie w razie wystąpienia mdłości lub wymiotów dana osoba będzie mogła się odizolować. Takie planowanie może przybierać postać lęku antycypacyjnego i aktywować określone wzorce reagowania. Innymi przykładami procesów myślowych są wszelkiego typu myśli dotyczące aktywności, planowania czynności, miejsc, spotkań w celu minimalizowania ryzyka wymiotowania, zwłaszcza w sytuacjach społecznych.

Wegetatywne oraz poznawcze obszary emetofobii prowadzą do behawioralnych konsekwencji. Należą do nich między innymi: głodzenie się bądź znaczne ograniczenie liczby posiłków, jedzenie ich w samotności, spożywanie dań lekkostrawnych, ograniczenie aktywności poza miejscem zamieszkania. Zazwyczaj są to wszelkiego rodzaju próby unikania bądź ograniczania do minimum przebywania poza domem. Z reguły dana osoba preferuje spędzanie wolnego czasu w pobliżu domu, niechętnie udaje się do galerii, restauracji czy w inne miejsca, które są związane z potencjalnym zagrożeniem. Może się zdarzyć, że trudnością będzie również podjęcie pracy czy uczęszczanie do szkoły. W praktyce bardzo często trudności te prowadzą do napięć w relacjach bądź rozpadu relacji, a także do funkcjonowania zawodowego poniżej możliwości danej osoby. Z czasem jedynymi aktywnościami osoby cierpiącej na lęk przed wymiotowaniem stają się wyjścia do pobliskiego sklepu i spacer.

Diagnoza

Podstawą diagnozy emetofobii są wywiad kierowany oraz kwestionariusze. W wywiadzie należy zwrócić uwagę na czas trwania objawów, obecność lęku w zetknięciu z sytuacją fobiczną bądź też w reakcji na myśl o przedmiocie fobii lub jego wyobrażenie. Pomocne mogą być pytania dotyczące reakcji podczas odczuwania mdłości/nudności, jak również o interpretacje odczuć interoceptywnych. Dostępne są także kwestionariusze służące do oceny nasilenia symptomów lęku przed wymiotowaniem oraz do oceny zmiany w procesie psychoterapii. Dużą trafnością oraz rzetelnością cechują się między innymi *Specific Phobia of Vomiting Inventory* (SPOVI) [7] oraz EmetQ-13, który wykazuje istotny związek z wymiarem unikania bodźca wymiotnego [8]. Kwestionariusz EmetQ-13 składa się z 13 pozycji. Pozycje testowe badają możliwe zachowania unikające prezentowane przez badanego w sytuacji możliwego zetknięcia z bodźcem wyzwalającym lęk. Wynik jest sumą punktów uzyskanych przez osobę badaną i kształtuje się w granicach 13–65 punktów. Punktem odcięcia, powyżej którego prawdopodobna jest diagnoza fobii specyficznej w postaci lęku przed wymiotowaniem, jest wynik powyżej 22 punktów [8].

Emetofobia może niektórymi objawami przypominać różnego rodzaju stany chorobowe, dlatego ważne jest, aby w procesie diagnozy pamiętać o wykluczeniu innych

możliwych dolegliwości. W wypadku problemów somatycznych należy w szczególności wykluczyć: refluks przełykowo-żołądkowy, nadżerkę, wrzody żołądka i nietolerancje pokarmowe. Zważywszy na podobieństwo lęku przed wymiotowaniem do objawów innych dolegliwości na tle psychicznym, warto różnicować go zwłaszcza z lękiem społecznym, zaburzeniem panicznym, zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi oraz zaburzeniami odżywiania [9]. Ponadto rozpoznanie emetofobii może zostać postawione po uprzednim wykluczeniu przez internistę lub gastroenterologa chorób, które mogłyby się przyczyniać do problemów żołądkowo-jelitowych.

Współchorobowość

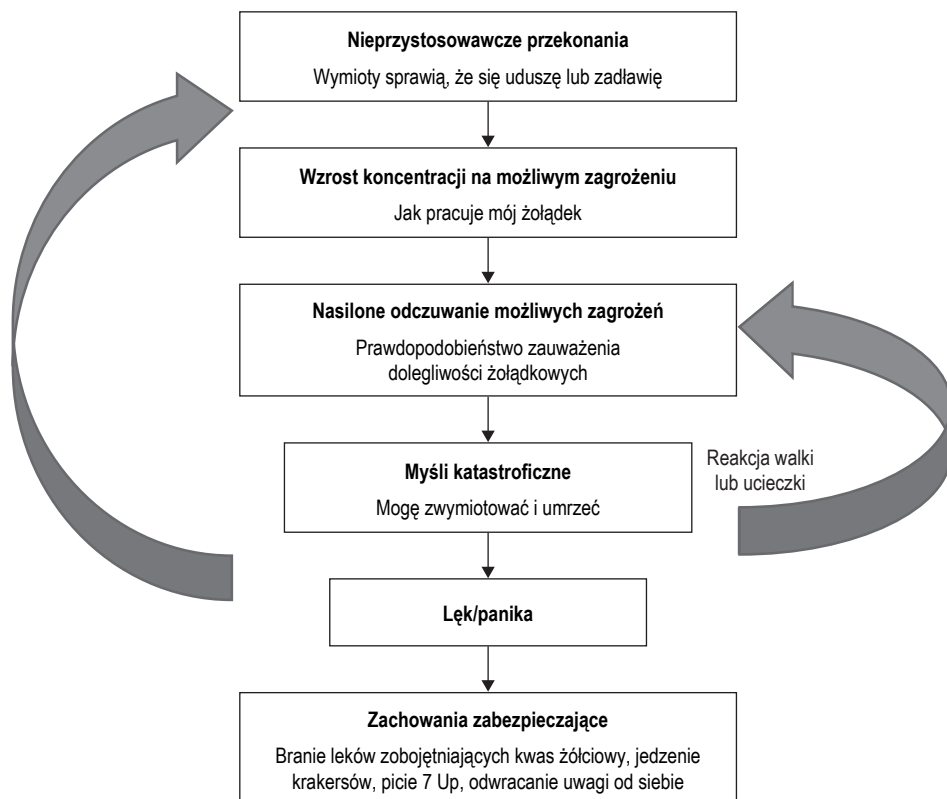
W emetofobii, tak jak w wypadku innych fobii prostych, często możemy obserwować współwystępowanie innych dolegliwości psychicznych, ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń lękowych, zaburzeń depresyjnych, dwubiegunowych, zaburzeń osobowości oraz zaburzeń związanych z substancjami [9]. Spośród zaburzeń lękowych najczęściej z lękiem przed wymiotowaniem współwystępuje fobia społeczna. Badania dowodzą, że w prawie 68% przypadków (67,6%) fobia prosta miała charakter pierwotny [10]. Wynik ten sugeruje, że praca nad emetofobią w wypadku większości pacjentów będzie jednym z głównych celów terapeutycznych w razie współchorobowości. Szacuje się, że u 27,7% pacjentów emetofobia współwystępuje z innym zaburzeniem, natomiast u 15,9% współwystępują co najmniej dwa rozpoznania [4].

Modele emetofobii

W literaturze przedmiotu istnieje kilka modeli emetofobii, które nieznacznie różnią się od siebie, między innymi sposobem ujęcia problemu oraz odmiennym spojrzeniem na bodźce wyzwalające. Jednym z modeli emetofobii jest ujęcie poznawcze zaproponowane przez Marka Boschena [11]. Autor prezentuje w nim lęk przed wymiotowaniem jako konsekwencję interakcji kilku różnych czynników. Emetofobia w tym modelu została rozbita na trzy główne obszary: czynniki predysponujące, fazę ostrą oraz fazę podtrzymującą. Czynniki predysponujące odpowiadają za indywidualną podatność na wystąpienie/rozwojnięcie objawów emetofobii, a zalicza się do nich obecność lęku jako cechy jednostki oraz biologicznych predyspozycji do somatyzowania w lęku. Tak rozumiana podatność tworzy odpowiednie warunki i wraz z czynnikami wyzwalającymi przyczynia się do wystąpienia objawów emetofobii.

Inny model zaproponowali Maack i wsp. [4], którzy przedstawili poznawczo-behawioralne ujęcie lęku przed wymiotowaniem. W tym podejściu kluczową rolę odgrywają dezadaptacyjne przekonania. Ich treść przekłada się na zwiększoną koncentrację uwagi zwłaszcza na symptomach fizjologicznych. Nadmierna koncentracja oraz odczuwanie bodźców potencjalnie zagrażających prowadzą do myśli katastroficznych, a następnie do lęku bądź paniki. Reakcją na spostrzegane zagrożenie oraz obecność lęku są zachowania zabezpieczające, które przynoszą krótkotrwałą ulgę. Stosowane regularnie stają się dla osoby cierpiącej na emetofobię jedynym wyborem. Zachowania zabezpieczające mogą mieć różną postać. Do najczęstszych należy unikanie sytuacji,

bodźców skojarzonych z lękiem. Przykładem może być niejedzenie określonych potraw, spożywanie posiłków tylko w domu, unikanie większych skupisk ludzi.



Rysunek. **Poznawczo-behawioralny model emetofobii (Maack, Deacon, Zhao)**

Specyfika poznawcza emetofobii

Każde zaburzenie psychiczne można opisać za pomocą modelu poznawczego, zawierającego charakterystyczne dla tego zaburzenia treści, jak również procesy poznawcze – założenie to nazywane jest specyfiką poznawczą [12]. Zgodnie z poznawczo-behawioralnym modelem lęku przed wymiotowaniem ważną rolę w procesie generowania objawów odgrywają dysfunkcyjne przekonania. Odnoszą się one przede wszystkim do doznań somatycznych, w szczególności mdłości, nudności, bulgotania w brzuchu oraz przelewania się w jelitach. Pacjent na podstawie swoich doświadczeń życiowych identyfikuje tego typu objawy jako sygnał zbliżającego się zagrożenia, np.: „Jeśli odczuwam mdłości, to znak, że wymiotuję”. W treści przekonań możemy zidentyfikować także inne potencjalne zagrożenia związane z odczuwaniem mdłości

bądź wymiotowaniem, np.: „Im dłużej będę odczuwał mdłości, tym większe ryzyko, że zwymiotuję”. Dana osoba może zakładać, że dolegliwości te mogą oznaczać poważną chorobę lub nawet prowadzić do śmierci. Zdarza się też, że pacjenci cierpiący na lęk przed wymiotowaniem mają w swojej historii życia doświadczenia związane z negatywną reakcją otoczenia na sytuację zwymiotowania. U tej grupy osób możemy dostrzec założenia związane z antycypowaniem zagrażającej reakcji środowiska na przewidywany epizod zwymiotowania, np.: „Jeśli zwymiotuję, zostanę odrzucony/wyśmiany”. Elementem specyfiki poznawczej emetofobii są ponadto zniekształcenia poznawcze charakterystyczne dla tego zaburzenia. Zniekształcenia poznawcze to błędy w myśleniu [13]. Przykładami takich błędów w lęku przed wymiotowaniem są: selektywna uwaga, nadmierne uogólnienia, katastrofizacja. Treść owych zniekształceń łączy się z postrzeganiem przez jednostkę zagrożeniem, jego nieuchronnością, przewidywanym przebiegiem zdarzeń wraz z wybiórczą koncentracją na objawach w ciele.

Terapia poznawczo-behawioralna emetofobii

Jak wskazują wyniki badań, skuteczna w leczeniu fobii prostych, w tym również emetofobii, jest psychoterapia poznawczo-behawioralna [14, 15]. Podejście poznawczo-behawioralne skupia się na roli procesów poznawczych, w tym sposobu myślenia, w generowaniu emocji oraz określonych reakcji behawioralnych i fizjologicznych. Reakcje te wtórnie wzmacniają sposób myślenia pacjenta. W wypadku emetofobii ważną rolę w aktywowaniu oraz podtrzymywaniu objawów odgrywają następujące procesy: myślenie antycypacyjne, błędne interpretacje objawów interoceptywnych oraz zniekształcenia poznawcze, zwłaszcza selektywna uwaga. Myślenie antycypacyjne odnosi się do tworzonych przez pacjenta przewidywań wystąpienia zagrażających objawów somatycznych. Proces ten łączy się z dwoma pozostałymi – przewidując wystąpienie objawów oraz możliwość zwymiotowania, pacjent w sposób selektywny zaczyna przetwarzać informacje ze swojego ciała, wybiórczo koncentrując się na pewnych obszarach.

Terapia poznawczo-behawioralna emetofobii skupia się na pracy nad kluczowymi procesami opisanymi powyżej. Istotnym elementem, od którego należy zacząć, jest psychoedukacja. Od zrozumienia podłoża dolegliwości zależy zaangażowanie pacjenta w terapię oraz jej końcowy efekt.

Zastosowanie innych podejść terapeutycznych w leczeniu fobii specyficznych

Fobie specyficzne są często spotykanym rozpoznaniem w praktyce klinicznej. Diagnoza fobii specyficznej zawiera w sobie szereg możliwych bodźców lub przedmiotów wywołujących lęk oraz unikanie. Istnieją różne techniki oraz podejścia terapeutyczne, które mają zastosowanie w leczeniu fobii specyficznych. Ich wybór niekiedy może być uzasadniony bodźcem wywołującym fobię. Poza psychoterapią poznawczo-behawioralną badania, w tym metaanalizy, wskazują na skuteczność ekspozycji *in vivo* [16], ekspozycji wyobrażeniowych [16], terapii poznawczych [17] oraz systematycznej desensytyzacji [18]. Skuteczność ekspozycji *in vivo* i innych form

ekspozycji (wyobrażeniowych, wirtualnej rzeczywistości) utrzymuje się na podobnym poziomie w badaniach *follow-up* [16]. Systematyczna desensytyzacja wykazuje nieznacznie mniejszą skuteczność aniżeli terapie ekspozycyjne, jednakże wiąże się z mniejszą liczbą rezygnacji [18]. Istnieją przykłady skutecznego zastosowania ekspozycji w terapii emetofobii z redukcją objawów utrzymującą się co najmniej 3 lata od jej zakończenia [4]. Wyniki innych badań wskazują wszakże na niechęć pacjentów z diagnozą lęku przed wymiotowaniem do uczestniczenia w terapiach ekspozycyjnych [11, 19]. Pacjenci leczeni z powodu fobii prostych wykazują generalnie mniejszą akceptację dla technik ekspozycyjnych i częściej z nich rezygnują w trakcie terapii [18]. Dostępne są także doniesienia dotyczące skutecznego zastosowania terapii akceptacji i zaangażowania (ACT) [20] oraz EMDR [1, 19] w leczeniu emetofobii. W związku z tym przed podjęciem pracy ekspozycyjnej z pacjentem z diagnozą fobii specyficznej warto rozważyć potencjalne korzyści, jak również motywację do terapii oraz możliwość wdrożenia innych form leczenia.

Co istotne, można znaleźć opisy terapii zakończonych istotną redukcją objawów wskazujące na skuteczność podejścia transdiagnostycznego w terapii emetofobii, gdzie w trakcie leczenia uwzględnia się współwystępowanie innych zaburzeń lękowych [21, 22]. Takie podejście ma swoje uzasadnienie w badaniach dotyczących współwystępowania zaburzeń lękowych oraz ich wzajemnego oddziaływania na siebie.

Opis przypadku

Pacjentka w wieku 22 lat, z wykształceniem średnim, nieaktywna zawodowo. Bez obciążeń chorobowych, niehospitalizowana, nigdy nie korzystała z pomocy psychologa ani psychiatry. Wychowana w rodzinie pełnej. Brak historii chorób psychicznych w rodzinie. Zgłosiła się do psychoterapeuty w związku z silnym lękiem przed wymiotowaniem w domu oraz w miejscach publicznych. W kwestionariuszu EmetQ-13 uzyskała 42 punkty. Pacjentka zauważa obecność objawów od mniej więcej 4 lat. Powodują one znaczne cierpienie psychiczne, jak również unikanie aktywności społecznych. Ewentualne aktywności poza miejscem zamieszkania wiążą się z unikaniem posiłków oraz chęcią jak najszybszego powrotu do domu. Towarzyszą temu doznania somatyczne – głównie w okolicy brzucha oraz podbrzusza, i uczucie mdłości. Doznania te towarzyszą jej też w domu. Pojawiają się między innymi w stresujących sytuacjach, ich obecność jest przez pacjentkę monitorowana oraz interpretowana jako sygnał zbliżających się wymiotów, co zazwyczaj nasila doznania w ciele. Objawy te w dużym stopniu dezorganizują funkcjonowanie psychospołeczne. Gdy uczyla się w szkole podstawowej, pacjentka zwymiotowała podczas lekcji w obecności innych uczniów. Pamięta także, jak przechodziła wirusowe zapalenie żołądka i jelit i wymiotowała przez kilka dni. Doświadczenia te zapadły jej w pamięć i wiązały się ze znacznym dyskomfortem.

Aktualna dysfunkcja rozwinęła się po zakończeniu szkoły średniej. Pacjentce towarzyszył stres związany z zakończeniem szkoły oraz poszukiwaniem pracy. Przeszła również wirusowe zapalenie żołądka i jelit, którym zaraziła się od osoby ze swojego otoczenia. Po tym epizodzie zaczęła odczuwać niepokój związany z infekcjami wi-

rusowymi, które prowadzą do dolegliwości żołądkowo-jelitowych. Każdej sytuacji społecznej towarzyszyły dyskomfort w żołądku i ból brzucha. Objawy te były interpretowane jako dowód na ponowne zarażenie się. W kolejnych miesiącach lęk przed wymiotowaniem rozwinął się i objął także środowisko domowe.

Psychoedukacja

Pierwszym i podstawowym celem terapii emetofobii jest psychoedukacja. Pacjentce przedstawiono alternatywny sposób rozumienia objawów interoceptywnych w stosunku do tego, jak objawy te były przez nią postrzegane. Towarzyszyła temu normalizacja odczuwanych przez nią objawów. Psychoedukacja uwzględniała rolę myśli automatycznych oraz przewidywań w generowaniu i nasilaniu objawów. W tym celu pacjentka została zapoznana z poznawczo-behawioralnym modelem lęku przed wymiotowaniem Maaacka i wsp. [4]. Została również poproszona o uważne obserwowanie swoich objawów i czynników je wyzwalających, do czego miał służyć dziennik samoobserwacji. Przykład takiego zapisu podano w tabeli poniżej. Pomaga on monitorować zależność myśli, interpretacji, emocji oraz doznań somatycznych. Ponadto wprowadzona została skala SVPS (*Subjective Vomiting Probability Scale*) – *Subiektywna skala prawdopodobieństwa zwymiotowania*, dzięki czemu pacjentka obserwowała, jak jej interpretacje oraz wiara w możliwość zwymiotowania odnoszą się do realnych zdarzeń. Skala ta pozwala oszacować od 0% do 100%, w jakim stopniu jest prawdopodobne, że w danym momencie dana osoba zwymiotuje, gdzie 100% oznacza absolutną pewność, a 0% brak wiary, że w danej sytuacji mogą pojawić się wymioty.

W procesie psychoedukacji zastosowanie znalazły eksperymenty psychoedukacyjne. Były one związane z koncentracją na swoim ciele i myśleniem o nim, jak również o możliwości wystąpienia mdłości. Celem eksperymentów była intensyfikacja doznań somatycznych. Miały one za zadanie zaprezentować pacjentce związek myślenia i procesów uwagowych z doznaniem odczuwanym w ciele. Z psychoedukacją łączyły się kolejne etapy pracy terapeutycznej, na których pacjentka miała się skoncentrować na sposobie myślenia oraz zachowaniach zabezpieczających, czyli strategiach radzenia sobie z problemem pogłębiających dysfunkcję. Zastosowanie w dalszej pracy znalazły strategie reatrybucji werbalnej oraz behawioralnej.

Tabela. Przykład dziennika samoobserwacji

Bodziec/sytuacja	Myśli automatyczne	Emocje	Zachowania zabezpieczające	Objawy somatyczne	SVS (0–100%)
Jedzenie ciężkostrawnego posiłku	Zaraz zwymiotuję	Lęk	Przerwanie posiłku, odejście od stołu	Mdłości, tachykardia	100%

Reatrybucja werbalna

Reatrybucja ma na celu zmianę dysfunkcjonalnych założeń i przekonań oraz reinterpretację nadawanych znaczeń przez zastosowanie technik werbalnych lub

behawioralnych [23]. W toku pracy z pacjentką nad reatrybucją werbalną interpretacji objawów somatycznych wykorzystane zostały między innymi: dyskusja myśli automatycznych, dialog sokratejski, zbieranie dowodów za i przeciw, tworzenie myśli i hipotez alternatywnych, identyfikacja oraz modyfikacja zniekształceń poznawczych. Do typowych zniekształceń w emetofobii należą: katastrofizacja, selektywna uwaga oraz generalizacja. W pracy z pacjentką wskazano te zniekształcenia z zaleceniem ich monitorowania. Następnie zostały one omówione oraz podjęto pracę nad ich restrukturyzacją poznawczą.

Strategie reatrybucji werbalnej poprzedzone psychoedukacją służą przede wszystkim reinterpretacji objawów interoceptywnych. Pomocne w tym procesie okazało się poszukiwanie alternatywnych wyjaśnień obecności doznań z ciała, innych czynników, które mogą wywoływać podobne dolegliwości. Służyła też temu analiza dotychczasowych zdarzeń, gdy objawy były obecne, a nie nastąpiła spodziewana katastrofa. Przeprowadzona została również pogłębiona analiza objawów somatycznych powiązanych z zatruciem, wymiotami oraz objawów emetofobii. Pacjentka odkryła, że zatruciom pokarmowym oraz grypom żołądkowym towarzyszyły jedynie dolegliwości żołądkowe, natomiast w wypadku lęku przed wymiotowaniem zazwyczaj jest to spektrum innych objawów, takich jak kołatanie serca, uczucie gorąca, drżenie ciała. Strategie reatrybucji werbalnej były jedynie częścią pracy terapeutycznej. Były one stosowane komplementarnie ze strategią reatrybucji behawioralnej.

Reatrybucja behawioralna

Ze względu na to, że osoby cierpiące na emetofobię wykazują deficyty w zakresie różnicowania sytuacji oraz odczuć interoceptywnych, to znaczy pewne sytuacje oraz doznania somatyczne zostają przez nie zgeneralizowane i stają się sygnałem świadczącym o zagrożeniu, strategię reatrybucji behawioralnej w pracy z pacjentką były ukierunkowane na naukę i wzmacnianie różnicowania. W pracy nad reatrybucją behawioralną zastosowanie znalazły dwie techniki: ekspozycja oraz eksperyment behawioralny. Obie miały na celu zdobycie dowodów na podważenie katastroficznych interpretacji odczuć somatycznych, jak również ograniczenie zachowań zabezpieczających. Ekspozycja polega na otworzeniu się na odczucia interoceptywne w sytuacji, w której pojawiają się zachowania unikające. Pomaga fałsyfikować oraz dekatastrofizować negatywne, lękowe myśli, ułatwia reinterpretację odczuć interoceptywnych. Efektem ekspozycji jest odbieranie przez daną osobę bodźców somatycznych jako neutralnych, niezagrażających reakcji swojego ciała na stres, co wiąże się z mniejszą reakcją lęku.

Eksperyment behawioralny swoją formą przypomina badanie naukowe. Pacjent wciela się w nim w badacza, który testuje przyjętą hipotezę, zachowując przy tym neutralność i obiektywizm. Tworzenie planu eksperymentu poprzedzone było wyjaśnieniem jego celu. Nawiązywał on do negatywnych myśli i przewidywań pacjentki oraz miał za zadanie ich fałsyfikację i modyfikację. W emetofobii eksperymenty są ukierunkowane na sytuacje wyzwalające odczucia nudności, mdłości. Pacjentka zgodziła się na zjedzenie ciężkostrawnego obiadu do końca. Do tej pory zawsze przerywała posiłek i nie zjadała całego dania, obawiając się, że doprowadzi to do wymiotów. Jej

zadaniem było dokończenie posiłku oraz dalsze monitorowanie poziomu lęku, obaw przed zwymiotowaniem i odczuć interoceptywnych. Do szacowania prawdopodobieństwa zwymiotowania wykorzystana została skala SVS. Następnego dnia jej zadaniem również było dokończenie ciężkostrawnego obiadu, następnie przekierowanie uwagi na inne, wcześniej ustalone, aktywności. Pacjentka odkryła, że myślenie o posiłku, który zjadła, koncentracja na ciele oraz obawach przed zwymiotowaniem nasilały jej lęk i doznania w ciele. Doszła do wniosku, że po posiłku, zwłaszcza ciężkostrawnym, oraz po zjedzeniu czegoś słodkiego powinna koncentrować się na sytuacjach i bodźcach niezwiązanych z posiłkiem.

Ze względu na charakter zaburzenia możliwe jest stosowanie u dotkniętych nim osób ekspozycji w formie wyobrażeniowej. U części pacjentów samo myślenie lub wyobrażenie sytuacji, w której odczuwają lęk, jest związane z istotnym dyskomfortem, w tym również z dolegliwościami somatycznymi. Rozpoczynając od ekspozycji wyobrażeniowych, umożliwiamy pacjentowi habituację doznań interoceptywnych. Ponadto dana osoba może zaobserwować wpływ swoich myśli i wyobrażeń na doznania somatyczne, co może wzmocnić ich reinterpretację.

Zachowania zabezpieczające

W modelu Maaacka i wsp. [4] zachowania zabezpieczające odpowiadają za podtrzymanie błędnego koła objawów emetofobii. Dają one chwilowe poczucie ulgi, jednocześnie utwierdzając jednostkę w jej dezadaptacyjnych przekonaniach. Ponadto utrudniają falsyfikację błędnych interpretacji objawów interoceptywnych, w związku z czym przyczyniają się do utrwalania dysfunkcjonalnych strategii. Praca z zachowaniami zabezpieczającymi została rozpoczęta od psychoedukacji na temat ich roli w emetofobii. Do zidentyfikowanych zachowań zabezpieczających pacjentki należały: unikanie przebywania w zatłoczonych miejscach, niejedzenie wybranych produktów, potraw, niedojadanie posiłków, unikanie jedzenia w sytuacjach społecznych, zabieranie ze sobą woreczka, głodzenie się. W procesie terapii przeprowadzona została analiza zachowań zabezpieczających stosowanych przez pacjentkę, wskazano ich rolę w podtrzymywaniu dysfunkcji oraz przetestowano alternatywne zachowania. Pacjentka monitorowała sytuacje, w których pojawiały się zachowania zabezpieczające, bodźce je wyzwalające, swoje reakcje emocjonalne oraz interpretacje. Następnym etapem pracy z zachowaniami zabezpieczającymi była ich redukcja, a potem wygaszanie. W tym celu zastosowane zostały techniki behawioralne, między innymi ekspozycje, w tym ekspozycje wyobrażeniowe oraz eksperymenty behawioralne. Wykorzystano też techniki relaksacyjne mające na celu redukcję lęku.

Podsumowanie przypadku

Przedstawiony opis terapii pacjentki z diagnozą emetofobii prezentuje modele wyjaśniające powstawanie objawów choroby oraz czynniki predysponujące i podtrzymujące dysfunkcję. Zawiera również strategie poznawczo-behawioralne zastosowane w toku terapii z dorosłą pacjentką, a także ich omówienie. Pacjentką była 22-letnia

kobieta zmagająca się od około 4 lat z lękiem przed wymiotowaniem, bez zaburzeń współistniejących. Zgłosiła się z motywacją do terapii, przez cały okres terapii była zaangażowana, pracowała między sesjami. Po 10 sesjach psychoterapii wynik kwestionariusza Emet-Q13 wyniósł 18 punktów – w porównaniu z wynikiem 42 punktów uzyskanym przed rozpoczęciem terapii. Efektem terapii była między innymi redukcja zachowań zabezpieczających, w tym przezwyciężenie unikania, zmiana nieprzystosowawczych myśli, umiejętność rozpoznawania objawów somatycznych i ich adekwatnej interpretacji, jak również umiejętność rozpoznawania odczuwanych emocji i zauważania ich wpływu na objawy somatyczne. Pacjentka zaczęła podejmować aktywności, których do tej pory unikała, zaczęła rozważać znalezienie pracy. Liczba sesji, w tym diagnostycznych, wyniosła 13, następnie odbyły się 3 sesje podtrzymujące oraz dotyczące zapobiegania nawrotom.

Terapia poznawczo-behawioralna jest uznawana za leczenie pierwszego wyboru w wypadku leczenia zaburzeń lękowych, w tym emetofobii [24]. Odpowiednio zaadaptowane techniki, w połączeniu z wnikliwą konceptualizacją i dobrze dobranym modelem wyjaśniającym, mogą przyczynić się do znacznej redukcji objawów. Obszarem wymagającym szczególnej uważności i indywidualnego podejścia jest praca w obszarze fobii specyficznych. Niektóre fobie wiążą się z wysokim wskaźnikiem unikania poznawczego oraz behawioralnego. Należy do nich lęk przed wymiotowaniem. Kluczowe w terapii okazały się: psychoedukacja, która została przez pacjentkę zrozumiana oraz zaakceptowana, zidentyfikowanie kluczowych obszarów i praca nad nimi w formie myślenia antycypacyjnego, selektywności uwagi oraz wskazywania błędnych interpretacji doznań interoceptywnych. Pomocne okazało się także dostosowanie tempa do możliwości i oczekiwań pacjentki, ale nie mniej istotna była jej praca własna w połączeniu z motywacją do terapii.

Powyższy opis przypadku ukazuje, że terapia poznawczo-behawioralna to nie tylko zbiór strategii terapeutycznych, lecz również szereg innych czynników, które wpływają na przebieg terapii i jej końcowy efekt.

Piśmiennictwo

1. De Jongh A. *Treatment of a woman with emetophobia: A trauma focused approach*. Mental Illness 2012, 4(e3): 10–14.
2. American Psychiatric Association. *Kryteria diagnostyczne z DSM-5 Desk reference*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2015.
3. Bliźniewska-Kowalska K. *Zaburzenia lękowe lub związane z lękiem*. W: Gałęcki P. red. *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2022. S. 111–122.
4. Maack DJ, Deacon BJ, Zhao M. *Exposure therapy for emetophobia: A case study with three-year follow-up*. J. Anxiety Disord. 2013; 27(5): 527–534.
5. Veale D, Murphy P, Ellison N, Kanakam N, Costa A. *Aversive memories of vomiting in people with a specific phobia of vomiting (emetophobia)*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 2012; 44(1): 14–20.

6. Van Overveld M, De Jong PJ, Peters ML, Hout van WJPJ, Bouman TK. *An internet-based study on the relation between disgust sensitivity and emetophobia*. J. Anxiety Disord. 2008; 22(3): 524–531.
7. Veale D, Ellison N, Boschen MJ, Costa A, Whelan C, Muccio F i wsp. *Development of an Inventory to Measure Specific Phobia of Vomiting (Emetophobia)*. Cogn. Ther. Res. 2013; 37(3): 595–604.
8. Boschen MJ, Veale D, Ellison N, Reddell T. *The emetophobia questionnaire (EmetQ-13): Psychometric validation of a measure of specific phobia of a vomiting (emetophobia)*. J. Anxiety Disord. 2013; 27(7): 670–677.
9. Gałęcki P, Pilecki M, Rymaszewska J, Szulc A, Sidorowicz S, Wciórka J. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2017.
10. Kasprzak M, Kiejna A. *Wspólchorobowość zaburzeń psychicznych – dane epidemiologiczne*. Psychiatr. Pol. 2010; 7(1): 1–10.
11. Boschen MJ. *Reconceptualizing emetophobia: A cognitive-behavioral formulation and research agenda*. J. Anxiety Disord. 2007; 21(3): 407–419.
12. Popiel A, Pragłowska E. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2022.
13. Beck JS. *Terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
14. Hofmann SG, Smits JA. *Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials*. J. Clin. Psychiatry 2008; 69(4): 621–632.
15. Veale D, Lambrou C. *The psychopathology of vomit phobia*. Behav. Res. Ther. 2006; 44(11): 1685–1701.
16. Wolitzky-Taylor KB, Horowitz JD, Powers MB, Telch MJ. *Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis*. Clin. Psychol. Rev. 2008; 28(6): 1021–1037.
17. Singh J, Singh J. *Treatment options for the specific phobias*. Int. J. Basic Clin. Pharmacol. 2016; 5(3): 593–598.
18. Choy Y, Fyer AJ, Lipsitz JD. *Treatment of specific phobia in adults*. Clin. Psychol. Rev. 2007; 27(3): 266–286.
19. Begum M. *EMDR Therapy in specific phobia of vomiting (SPOV)*. J. of EMDR Pract. Res. 2023; 17(4): EMDR.17.4.239.
20. Bogusch LM, Moeller MT, O'Brien WH. *Case study of acceptance and commitment therapy and functional analysis for emetophobia*. Clin. Case Stud. 2018; 17(2): 77–90.
21. Dargis M, Burk L. *A transdiagnostic approach to the treatment of emetophobia: A single case study*. Clin. Case Stud. 2019; 18(1): 69–82.
22. Paulus DJ, Norton PJ. *Purging anxiety: A case study of transdiagnostic CBT for a complex fear of vomiting (emetophobia)*. Cogn. Behav. Pract. 2016; 23(2): 230–238.
23. Wells A. *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2010.
24. National Institute for Clinical Excellence (NICE). www.nice.org.uk.

Adres: Jacek Romański
e-mail: jaromanski@gazeta.pl

Otrzymano: 26.11.2023
Zrecenzowano: 4.05.2024
Otrzymano po poprawie: 14.05.2024
Przyjęto do druku: 14.05.2024