



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



Monografia

Emetofobia: Revisão de Literatura

Matheus Magalhães Falcão

Salvador (Bahia)

Junho, 2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



Monografia

Emetofobia: Revisão de Literatura

Matheus Magalhães Falcão

Professor-orientador: **Lucas de Castro Quarantini**

Monografia de conclusão do componente curricular MED-B60, do currículo médico da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da FMB-UFBA.

Salvador (Bahia), 2012

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA
UNIVERSITÁRIA DE SAÚDE, SIBI – UFBA**

F178 Falcão, Matheus Magalhães
Emetofobia: Revisão de Literatura/ Matheus Magalhães
Falcão. – Salvador, 2012.
13 f.

Orientador: Prof. Dr. Lucas de Castro Quarantini

Monografia (Graduação) – Universidade Federal da
Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia, 2012.

1. Medicina. 2. Vômitos. 3. Saúde. 4. Emetofóbico. I.
Quarantini, Lucas de Castro. II. Universidade Federal da
Bahia. III. Título.
CDU 616

Monografia: Emetofobia – revisão de literatura. **Matheus Magalhães
Falcão**

Professor-orientador: **Lucas de Castro Quarantini**

COMISSÃO REVISORA

MEMBROS TITULARES

- Profa. Wania Márcia de Aguiar, Departamento de Neurociências e Saúde

- Dra. Monica de Andrade Nascimento, Preceptora do Serviço de Psiquiatria do Com-HUPES

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:
Monografia aprovada pela Comissão, e julgada apta à apresentação pública no III Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do registro final do conceito (apto), pela coordenação do Núcleo de Formação Científica. Chefia do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da FMB-UFBA.

Salvador (Bahia), 2012

AGRADECIMENTOS

Meus profundos agradecimentos ao meu orientador, Dr. Lucas de Castro Quarantini, pela constante disponibilidade, cooperação e dedicação.

ÍNDICE

| | |
|--------------------------------------|----|
| RESUMO | 02 |
| 1 – INTRODUÇÃO..... | 03 |
| 2 – MÉTODOS | 03 |
| 3 – RESULTADOS | 03 |
| 4 – EPIDEMIOLOGIA | 04 |
| 5 – ETIOLOGIA | 04 |
| 6 – ASPECTOS CLÍNICOS | 05 |
| 7 – DIAGNÓSTICO..... | 05 |
| 8 – TRATAMENTO | 06 |
| 9 – CONCLUSÃO | 07 |
| 10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 08 |

RESUMO

Introdução: A emetofobia ou medo de vômitos caracteriza-se por um medo irracional e excessivo de vomitar, ver outros vomitando ou ainda de vomitar em frente a outras pessoas. Apesar de não ser raro na prática clínica e do forte impacto que causa na vida dos pacientes, é um distúrbio pouco conhecido, e a literatura sobre o tema é escassa e necessária, principalmente com relação a tratamentos eficazes. **Métodos:** Revisão clássica de literatura desprezando-se a data das publicações devido à escassez das mesmas. Foram incluídos apenas os artigos relevantes ao tema. **Resultados:** A emetofobia tem por características início precoce, curso crônico e forte impacto na vida dos pacientes. Sua etiologia não é totalmente conhecida, embora existam teorias sobre essa questão. Dados sobre prevalência e incidência na população geral são inexistentes, havendo apenas estudos com amostras pré-selecionadas, porém é bem claro que as mulheres são mais acometidas. O pouco que existe sobre o tratamento consiste em relatos de casos, principalmente terapia cognitivo-comportamental. **Conclusão:** Necessita-se de mais pesquisas sobre o distúrbio, principalmente por este não ser tão raro e pelo grande vazio presente na literatura.

ABSTRACT

Introduction: Emetophobia or fear of vomit is characterized by an irrational and excessive fear to vomit, see others vomiting or also to vomit in front of other people. Despite not being rare in clinical practice and regardless of the strong impact that it causes in the life of patients, it is a fairly unknown disorder, and the literature about this subject is poor and required, especially in relation to effective treatment. **Methods:** Classic literature review disregarding the date of publications, due to the lack of them. **Results:** The emetophobia is characterized by its early onset, chronic course, and strong impact on the life of the patients. Its etiology is not entirely known, although there are theories about this issue. Data about prevalence and incidence in the overall population is absent, existing only studies with preselected samples, however it is pretty clear that women are most afflicted. The little that exists about the treatment consists in case reports, mainly Cognitive-behavioral therapy. **Conclusion:** More research over this disorder is needed, especially because it is not a rare one and for the big void present in the literature.

INTRODUÇÃO

A Emetofobia ou medo de vômitos consiste em um medo irracional e excessivo de vomitar, ver outros vomitando ou ainda de vomitar em frente a outras pessoas. É um transtorno de ansiedade de início precoce e de curso crônico e prolongado, com forte estresse e impacto na qualidade de vida dos afetados¹. Apesar de não ser uma queixa rara na prática clínica^{2,3}, situa-se entre uma das fobias menos estudadas, e existem poucos estudos sobre sua etiologia, quadro clínico e tratamento³.

Apresenta características muito semelhantes a outros transtornos de ansiedade, sendo inclusive, antigamente, compreendida como uma comorbidade em outros transtornos de ansiedade, como transtorno de pânico, fobia social e agorafobia. No entanto, constatou-se que a emetofobia apresenta diversas peculiaridades⁴. Infere-se isto através de relatos de caso onde a emetofobia aparece como distúrbio primário, ao invés de secundário⁵, e pelo fato de que no desenvolver da afecção, esta sempre surge antes das comorbidades¹. Este transtorno de ansiedade é classificado como uma fobia específica, no subgrupo “outro tipo”⁶ na quarta edição do Manual Americano de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais.

O presente artigo consiste em uma revisão clássica de literatura, apresentando a literatura disponível sobre o assunto, seus aspectos clínicos e tratamento, e apresenta como proposta terapêutica, o emprego da mirtazapina na farmacoterapia deste distúrbio.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa em língua inglesa, usando os termos “emetophobia”, “fear of vomiting”, “vomiting phobia”, “emetophobic” e “phobia of vomit”, nas bases de dados Pubmed e SciELO. A fim de evitar viés de seleção de publicações, a data de busca não sofreu limitação, sendo incluídos todos os artigos relevantes ao tema até o presente (10/05/2012). Após a identificação de artigos relevantes, foram rastreados aqueles potencialmente úteis nas referências bibliográficas dos primeiros, assim como livros texto e suas respectivas referências bibliográficas.

RESULTADOS

Foram encontrados inicialmente oito artigos na base de dados pubmed e uma revisão clássica de literatura na base de dados SciELO. Utilizando-se as referências citadas nesta, a pesquisa pelos artigos direcionou até o site do *Centre for Anxiety Disorders and Trauma*, do Maudsley Hospital, em Londres (<http://psychology.iop.kcl.ac.uk/cadat/anxiety-disorders/vomit-phobia.aspx>), que contém praticamente toda a literatura relevante sobre a emetofobia já compilada.

EPIDEMIOLOGIA

As taxas de prevalência da emetofobia situam-se em 1,7-3,1% entre os homens e 6-7% entre as mulheres^{2,7}, sendo que os dois estudos mais famosos e específicos apresentam uma taxa majoritária de pacientes femininos sendo acometidos, numa taxa de 89%¹ e 97%⁸. Em um estudo realizado por Becker *et al.*⁹ com uma amostra populacional de mulheres jovens em Desdren, na Alemanha, sobre fobias específicas, constatou-se que a prevalência da emetofobia em mulheres de 18 a 24 anos de idade durante a vida e nos últimos 12 meses havia sido de 0,2%, o que contrasta com o encontrado por Philips⁷, e van Hout & Boulman², e a afirmação dos dois últimos sobre a afecção não ser uma condição rara na prática clínica. Os achados de Becker *et al.* trazem também uma média de idade de início de 7,5 anos e duração média de 12,7 anos. Já na pesquisa realizada por Lipsitz *et al.*¹ foi encontrada uma idade de início média de 9,2 anos e duração média de 22 anos.

ETIOLOGIA

Pouco se sabe sobre a etiologia desse distúrbio, contudo alguns estudos apontam possíveis causas. Dentre estas estão histórias de hospitalizações na infância, testemunho de vômitos de familiares doentes, alcoolizados ou grávidas¹. Em alguns casos descritos, o quadro clínico se iniciou na infância, após as pacientes terem vomitado em locais públicos^{3,10}. Boschen apresentou uma teoria com modelos comportamentais e cognitivos de outros distúrbios de ansiedade (e.g. transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social), como alicerce para um modelo etiológico para emetofobia, que sugere que os pacientes possuem uma maior susceptibilidade para ansiedade em geral e predisposição biológica para somatizar essa ansiedade, na forma de náusea e outros sintomas gastrintestinais interpretando-os de forma catastrófica. Haveria também uma hipervigilância pra os estímulos oriundos do sistema digestório. Mesmo estímulos gastrintestinais fisiológicos, funcionariam como um gatilho para esse mecanismo, gerando pensamentos conectados a vômito e todo um *feedback* positivo em relação a ansiedade. Outros autores apontam ainda a importância desses pacientes apresentarem uma maior sensibilidade e propensão a náusea⁴.

Davidson *et al.* enfatizam o papel e a importância do locus de controle interno que esses pacientes geralmente apresentam, o que pode influenciar na origem do medo que eles sentem ao perder o controle sobre um evento físico interno tão difícil de controlar – náuseas e vômito – levando assim a um surgimento e aumento de ansiedade e somatizações, gerando um ciclo vicioso. Isso pode ser útil no entendimento do problema e no tratamento, principalmente na psicoterapia¹².

ASPECTOS CLÍNICOS

A emetofobia tem por características início precoce e curso crônico, com forte impacto e limitação na vida dos pacientes¹. Estes têm medo principalmente de vomitar, ver outros vomitando ou vomitar em frente a outros⁸, ressaltando-se, contudo, que o medo de vomitar ocorre com mais freqüência do que as demais situações descritas^{1,2,8}. Afeta mais as mulheres em proporção aproximada de 4:1, sendo que quase metade das acometidas refere evitar ou adiar a gravidez devido ao medo de vir a vomitar¹, o que reflete o grande impacto da emetofobia em suas vidas. Os pacientes desenvolvem comportamentos evitativos e de segurança nas mais variadas situações, como por exemplo, não freqüentar festas onde há bebidas alcoólicas (pode haver pessoas embriagadas que possam vomitar), não viajar de avião ou carro (por medo de náusea, e conseqüentemente, vômito), evitar comidas desconhecidas, não ir a hospitais nem ficar próximo a pessoas doentes^{1,8}. Não raro há também características semelhantes ao transtorno obsessivo-compulsivo, como lavar constantemente as mãos, lavar e cheirar os alimentos repetidamente antes de consumi-los, checar frequentemente prazos de validade de alimentos, e até evitar falar a palavra vômito, por medo de que ela possa desencadear imagens ou sensações nauseantes^{1,8}.

A associação com comorbidades, principalmente outros distúrbios de ansiedade (e.g. transtorno de pânico e fobia social, depressão, TOC, outras fobias, por exemplo, de insetos) aparentemente é comum, como foi constatado por Lipsitz *et al*¹. Além disso 57% dos entrevistados nesse estudo referiram "transtorno de ansiedade de separação" na infância, o único quadro que tipicamente surgia antes da emetofobia¹.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é de difícil realização, haja vista que a emetofobia tem aspectos clínicos que se sobrepõem aos de outros transtornos de ansiedade, principalmente fobia social, agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo, e transtorno de pânico. A presença dessas comorbidades pode dificultar a identificação da emetofobia como uma entidade distinta^{1,8}. Outro fator que dificulta o diagnóstico é o fato de os pacientes evitarem relatar para os terapeutas o problema, principalmente devido à timidez e ansiedade¹. Portanto é importante a realização de um criterioso diagnóstico diferencial na abordagem de pacientes com medo de vômito.

Por apresentar medo de vomitar em público e/ou de ver outros vomitando, uma parcela destes pacientes pode evitar locais públicos, como restaurantes, multidões, entre outros^{1,8}. Além disto, de acordo com Lipsitz *et al*, os sintomas mais comumente apresentados nas crises de pânico de pacientes emetofóbicos foram náuseas, respiração curta e desconforto gástrico. Estes comportamentos, semelhantes aos observados no transtorno de pânico ou agorafobia, podem induzir profissionais a equívocos no diagnóstico.

A presença de aspectos clínicos próximos aos do transtorno obsessivo-compulsivo citados na seção anterior é de relevância, e também dificulta o diagnóstico diferencial entre as duas morbidades.

Já em relação a transtornos alimentares, ilustra bem a importância de um diagnóstico diferencial bem formulado uma série de casos com quatro adolescentes do sexo feminino com suspeita primária de anorexia nervosa, que após uma infecção viral e a perda de 15% do seu peso corporal, evitavam comer devido ao medo de vomitar, e não por alteração de imagem corporal ou por vontade de emagrecer¹³. Em outro relato de caso, a paciente perdeu aproximadamente 40kg devido a uma redução na ingestão alimentar, causada pelo seu medo de vomitar³.

TRATAMENTO

São poucos os estudos sobre resultados de tratamento na literatura. Devido ao espectro dos sintomas ser semelhante ao de outros transtornos de ansiedade, pode-se utilizar de farmacoterapia adaptada para esses transtornos, porém a terapia de exposição permanece a opção de primeira escolha¹¹. No estudo de Lipsitz *et al.*, 34% dos entrevistados referiram melhora parcial com terapia medicamentosa (psicotrópicos – antidepressivos ou benzodiazepínicos – ou drogas que atuam no sistema gastrointestinal). Outros referiram receio de intervenção medicamentosa por medo de que o emprego das drogas gerasse náusea¹.

Há relatos na literatura de casos tratados com terapia cognitivo-comportamental^{7,14} e hipnoterapia^{15,16}, obtendo-se resultados satisfatórios. Moran and O'Brien relataram uma abordagem psicoterápica de uma garota de 11 anos utilizando “imagens de competência” onde imagens de situações de bom desempenho por parte da paciente foram relacionadas com estímulos ansiogênicos⁵. Dattilio apresentou um caso em que uma mulher de 34 anos de idade, foi exposta a um xarope emético e imagens nauseantes e em seguida, foi tratada com técnicas de respiração e deglutição dupla, para evitar a náusea, obtendo bons resultados num seguimento de dois anos¹⁰. Wijesinghe descreveu outro caso onde uma paciente de 24 anos foi tratada com uma sessão de hipnoterapia e terapia de inundação (flooding), permanecendo livre de sua fobia após seguimento por um ano¹⁷.

Um possível obstáculo à instituição da terapia de exposição seria a provável rejeição desse tipo de intervenção por parte dos pacientes¹¹. Isto é reforçado na pesquisa realizada por Lipsitz *et al.*¹, onde apenas 11% dos pacientes estariam dispostos a tentar uma terapia de exposição, 54% responderam que definitivamente não o fariam e 36% estavam inseguros ou considerariam essa possibilidade apenas se tivessem garantia de sucesso.

Com relação à farmacoterapia, supõe-se que medicamentos já aprovados para o tratamento de transtornos de ansiedade, possam ser úteis na emetofobia. Apesar de a terapia de exposição ser a opção de primeira escolha para as fobias específicas, os inibidores seletivos da recaptção da serotonina têm demonstrado eficácia no tratamento de outros transtornos de ansiedade como a fobia social e o transtorno de pânico e Boschen¹¹ sugere que a análise de sua eficácia no tratamento da emetofobia seja considerada.

Levando-se em conta o papel que a ansiedade, a sensação de náusea e o modo como esses dois sintomas são interpretados pelos pacientes – o que é bem importante na fisiopatologia da doença^{8,11} – e somando-se a isso a presença de comorbidades, algo que não é raro na apresentação clínica da emetofobia¹, e a escassez de relatos terapêuticos de sucesso, é interessante cogitar o emprego da mirtazapina como uma opção de tratamento benéfica e efetiva em pacientes com esse distúrbio de ansiedade, apesar de não haver relatos descritos na literatura sobre a utilização desse antidepressivo como opção terapêutica. A ação diferencial da mirtazapina, como inibidor da náusea e do vômito, através de sua ação antagonista dos receptores 5-HT₃^{18,19,20}, e de sua função ansiolítica, através do bloqueio de receptores 5-HT₂²¹, pode ser a base racional para justificar seu uso em emetofobia. Além disto, seu efeito antidepressivo, pode ser útil nos casos de comorbidades com transtorno depressivo maior, já que a associação deste com a emetofobia é frequente, como exposto por Lipsitz *et al.*¹ – 46% dos pacientes na pesquisa referiram ter depressão. O uso da mirtazapina pode ser importante também na adesão ao tratamento, já que muitos desses pacientes evitam o uso de terapia medicamentosa por medo de que as drogas gerem náusea, e o fato dessa droga ter ação antiemética pode influenciar na segurança e colaboração por parte dos pacientes.

CONCLUSÃO

Sendo um transtorno de ansiedade de forte impacto na vida dos pacientes, porém muito pouco estudado, é importante o desenvolvimento de estudos sobre a emetofobia, e sua melhor caracterização clínica e diagnóstica. A realização de estudos que estimem a prevalência e incidência da afecção na população geral também são necessários. Identificou-se nesta revisão a escassez de relatos de tratamentos de sucesso, tanto com relação à psicoterapia quanto à farmacoterapia, e é devido à falta de tratamento consolidado e com a base de raciocínio citada anteriormente que este artigo propõe a mirtazapina como uma droga possivelmente eficaz no tratamento da emetofobia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lipsitz JD, Fyer AJ, Paterniti A, Klein DF. Emetophobia: preliminary results of an internet survey. *Depr Anxiety*. 2001;14:149-52.
2. Hout WJ, Bouman TK. Clinical Features, Prevalence and Psychiatric Complaints in Subjects with Fear of Vomiting. *Clin Psychol Psychother*. 2011 Jun 22. doi: 10.1002/cpp.761.
3. Hunter PV, Antony MM. Cognitive-behavioral treatment of emetophobia: the role of interoceptive exposure. *Cogn Behav Pract*. 2009;16:84-91.
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. Moran DJ, O'Brien RM. Competence imagery: a case study treating emetophobia. *Psychol Rep*. 2005;96:635-6.
6. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. text revision. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
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. Dattilio FM. Emetic exposure and desensitization procedures in the reduction of nausea and a fear of emesis. *Clin Case Studies*. 2003;2:199-210.
11. Boschen MJ. Reconceptualizing emetophobia: a cognitive behavioral formulation and research agenda. *J Anxiety Disord*. 2007;21:407-19.
12. 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.
13. Manassis K, Kalman E. Anorexia resulting from fear of vomiting in four adolescent girls. *Can J Psychiatry*. 1990;35:548-50.
14. 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.
15. Ritow JK. Brief treatment of a vomiting phobia. *Am J Clin Hypnosis*. 1979;21:293-4.
16. McKenzie S. Hypnotherapy for vomiting phobia in a 40-year-old woman. *Contempor Hypnosis*. 1994;11:37-40.
17. Wijesinghe B. A vomiting phobia overcome by one session of flooding with hypnosis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1974;5:169-70.

18. Pedersen L, Klysner R. Antagonism of selective serotonin reuptake inhibitor-induced nausea by mirtazapine. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12:59-60
19. Singhal AK, Kannan S, Gota VS. 5HT₃ antagonists for prophylaxis of postoperative nausea and vomiting in breast surgery: a meta-analysis. *J Postgrad Med.* 2012 Jan-Mar;58(1):23-31.
20. Pae CU. Low-dose mirtazapine may be successful treatment option for severe nausea and vomiting. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006 Aug 30;30(6):1143-5. Epub 2006 Apr 24.
21. de Boer T. The effects of mirtazapine on central noradrenergic and serotonergic neurotransmission. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;10(suppl 4):19-23
22. <http://psychology.iop.kcl.ac.uk/cadat/anxiety-disorders/vomit-phobia.aspx>