

Emetofobia: uma revisão de literatura à luz da psicologia corporal

Marluci Comim Colombo¹
Jeverson Rogério Costa
Reichow²
Fabio Martins Vieira³
Elenice de Freitas Sais⁴

¹ Bacharel em Psicologia –
Universidade do Extremo Sul
Catarinense (UNESC).
E-mail:
marluci.colombo@hotmail.com,
Criciúma, Santa Catarina,
Brasil.

² Psicólogo – Mestre em
Educação (UFRGS), Doutor
em Psicologia Social –
Universidade de São Paulo
(USP), jrr@unesp.net,
Criciúma, Santa Catarina,
Brasil

³ Psicólogo – Especialista em
Psicologia Corporal –
Faculdade Venda Nova
Imigrante (FAVENI). E-
mail:
fabioypsico@gmail.com,
Criciúma, Santa Catarina,
Brasil.

⁴ Psicóloga – Mestre em
Ciências Ambientais –
Universidade do Extremo Sul
Catarinense (UNESC). E-
mail: edf@unesp.net,
Criciúma, Santa Catarina,
Brasil.

Resumo: Este estudo buscou analisar o fenômeno da emetofobia à luz da psicologia corporal. A metodologia aplicada foi a revisão de literatura com natureza qualitativa e caráter exploratório. As bases de dados utilizadas foram Pubmed, Scielo, periódicos CAPES e BVS, considerando artigos publicados entre 2011 e 2021. Os achados apontam a emetofobia como um transtorno de ansiedade caracterizado por medo intenso de vômito, de si ou de terceiros, nos mais diversos aspectos. Os artigos revisados e a psicologia corporal vinculam o transtorno a um medo crônico e a situações traumáticas que iniciam desde a infância e se instauram na adolescência. Em adultos, a fobia pode ocorrer após doença grave. A maioria dos estudos apontou mulheres como as mais afetadas. Os aspectos da emetofobia foram relacionados aos bloqueios do segmento ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico e as fixações das fases do desenvolvimento psicoemocional da psicologia corporal.

Palavras-chave: Emetofobia, medo de vômito, psicologia corporal, Reich.

Emetophobia: a literature review in the light of body psychology

Abstract: This study sought to analyze the phenomenon of emetophobia in the light of body psychology. The methodology applied was a literature review with a qualitative and exploratory nature. The databases used were Pubmed, Scielo, CAPES and BVS journals, considering articles published between 2011 and 2021. The findings point to emetophobia as an anxiety disorder characterized by intense fear of vomiting, of oneself or others, in the most diverse aspects. The reviewed articles and body psychology link the disorder to chronic fear and traumatic situations that start in childhood and are established in adolescence. In adults, the phobia can occur after a serious illness. Most studies pointed to women as the most affected. Aspects of emetophobia were related to ocular, oral, cervical, thoracic, diaphragmatic, abdominal and pelvic segment blockages and fixations of the phases of psycho-emotional development of body psychology.

Keywords: Emetophobia, fear of vomiting, body psychology, Reich.

Introdução

A ansiedade caracteriza-se por uma sensação desacolhedora de vazio, apreensão e medo, gerando tensões e desconfortos decorrentes da antecipação de perigo de algo desconhecido ou estranho. O medo e a ansiedade tornam-se patológicos quando estão aumentados e desproporcionais ao estímulo, interferindo na qualidade de vida, no desempenho cotidiano e no bem-estar emocional (RAMOS; FURTADO, 2009).

Consoante ao DSM-5 (APA, 2014), dentre as categorias dos transtornos de ansiedade estão as fobias específicas, que segundo Castillo et al., (2000), se definem pela presença do medo excessivo e persistente, alusivo a uma determinada situação ou objeto que não esteja relacionado ao medo de um ataque de pânico ou a uma situação de exposição pública. Ainda nas fobias específicas, no subtipo “outro”, encontra-se a emetofobia ou o medo de vômito, que se caracteriza pelo medo exagerado, incontrolável e irracional de estar em contato com o vômito nas suas diversas perspectivas, seja ele por meio do próprio vômito ou de terceiros (SNAEJARNARDOTTIR; SIGURDSSON, 2014).

Van Hout e Bouman (2011), expõem que, apesar de haver pouco conhecimento científico e clínico, na práxis clínica a emetofobia não é considerada rara. Além disso, consideram que a fobia específica de medo de vômito é por vezes incapacitante e ocasiona prejuízos em diversos aspectos da vida do indivíduo. À vista disso, o presente estudo realizou uma revisão de literatura acerca do tema, com o objetivo de analisar o fenômeno da emetofobia à luz da psicologia corporal, a qual busca compreender o ser humano como uma unidade energética que dispõe e integra os processos psíquicos e somáticos, visando reencontrar a capacidade humana de regulação, conseqüentemente dos pensamentos e emoções (VOLPI; VOLPI, 2003).

Apesar de encontrados artigos nas bases de dados pesquisadas tratando da emetofobia, não foram identificadas pesquisas embasadas na abordagem da psicologia corporal. Considerando a carência de estudos nesta abordagem, a discussão será pautada na análise dos artigos elencados nos resultados desta pesquisa, buscando revisar a visão clássica médica e psicológica sobre a emetofobia; relacionar a emetofobia com as fases do desenvolvimento psicoemocional segundo a psicologia corporal e por último relacionar a emetofobia com o conceito de encorajamento da psicologia corporal.

Método

A pesquisa trata-se de uma revisão de literatura com natureza qualitativa e caráter exploratório. A fim de obter os dados necessários para o estudo, utilizou-se das seguintes bases de dados: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior



(CAPES), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Público/editora MEDLINE (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO).

As pesquisas realizadas nas bases de dados ocorreram por meio dos descritores DeCS - Descritores em Ciências da Saúde – e a partir das seguintes combinações: “emetophobia” (emetofobia) AND “fear of vomiting” (medo de vômito); “emetophobia” (emetofobia) AND “body psychotherapy” (psicologia corporal) e de forma simples “emetophobia” (emetofobia).

Os materiais selecionados foram todos aqueles publicados entre os anos de 2011 e 2021. No primeiro momento, coletou-se o maior número de estudos acerca do tema. Para definição de inclusão foi verificado se, pelo menos, um dos descritores estava presente no título e em seguida examinadas as palavras-chave e o resumo. Todos os artigos que atenderam estes critérios foram mantidos. Na sequência, realizou-se o processo de exclusão, onde artigos repetidos encontrados nas bases de dados eletrônicas foram eliminados, respeitando a seguinte ordem: Pubmed, SciELO, periódicos CAPES e BVS. Os artigos de validação psicométrica e relatos de casos foram desconsiderados.

No segundo momento, foram lidos todos os artigos na íntegra. Aqueles que não se adequaram aos objetivos propostos foram descartados. Os resultados dos artigos selecionados foram organizados em forma de síntese descritiva. Para a discussão foram correlacionados os resultados dos artigos selecionados e a teoria da psicologia corporal.

Resultados

Foi encontrado o total de 28 artigos nas bases de dados pesquisadas. Dentre as plataformas utilizadas, a PubMed disponibilizou 24 artigos, dos quais 17 foram eliminados, sendo seis por não apresentarem um dos descritores no título, um por ser validação psicométrica, um artigo por não atender aos objetivos deste estudo e nove artigos por serem relatos de casos, restando sete para utilização. No portal SciELO, um artigo se enquadrava no método da pesquisa. Já no site CAPES encontrou-se dois artigos, os quais foram eliminados por serem repetidos. Por último, no site BVS foi encontrado apenas um artigo, contudo eliminado por ser repetido. Dessa forma, nove foram classificados para serem lidos na íntegra. Ao fim oito artigos integraram o escopo desta revisão, sendo sete artigos da plataforma PubMed e um do portal SciELO.

No artigo “Examination of the Phenomenology and Clinical Correlates of Emetophobia in a Sample of Salvadorian Youths”, os escritores Wu et al., (2017), propõem analisar a incidência, fenomenologia e correlatos da emetofobia em 305 jovens Salvadorenos, visando contribuir na literatura para esta faixa etária. Os resultados demonstraram que cerca de 7,5% dos participantes

apresentaram sintomas elevados para emetofobia, expressando alto grau para comportamentos obsessivos-compulsivos, ansiedade e funcionamento adaptativo inferior.

O artigo elaborado por Riddle-Walker et al., (2016), intitulado “Cognitive behaviour therapy for specific phobia of vomiting (Emetophobia): A pilot randomized controlled trial”, propôs avaliar a eficácia de um protocolo em terapia cognitivo-comportamental para emetofobia com uma amostra de 24 participantes. Ao final, a conclusão apontou a TCC como sendo eficaz, uma vez que nos resultados do inventário de fobia específica de vômito seis participantes evoluíram clinicamente, enquanto apenas dois pacientes de uma lista de espera (grupo 2) obtiveram evolução. Os outros 8 participantes que receberam tratamento por meio do protocolo da TCC apresentaram melhoras, ao passo que somente dois pacientes do grupo 2 avançaram.

No estudo “Comorbidity in Emetophobia (Specific Phobia of Vomiting)”, de Sykes, Boschen e Conlon (2015), o objetivo foi avaliar a prevalência de comorbidade na emetofobia com outras condições. Para isso foram avaliados 55 mulheres e 9 homens na faixa etária de 19 a 63 anos. Do total, 38 integrantes quando comparados com outros estudos apresentaram comorbidades associadas, tais como depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo.

O artigo intitulado “Phenomenology Clinical Correlates and Impairment in Emetophobia” de Wu et al., (2015) buscou apresentar a prevalência da emetofobia em uma amostra de alunos de graduação; explorar a respeito da fenomenologia; analisar os correlatos clínicos dos sintomas da emetofobia com outras psicopatologias; avaliar o comprometimento relacionado aos sintomas de emetofobia; diferenciar potenciais nas variáveis clínicas em indivíduos com níveis elevados e inferiores nos sintomas da emetofobia. Participaram da pesquisa 436 estudantes do curso de psicologia dos quais 21 apresentaram sintomas da emetofobia e indicaram início ainda na infância e adolescência, sendo a sensação de vômito e o impacto na vida social os aspectos mais dolorosos. Os resultados apontaram que os sintomas da emetofobia foram relacionados a somatização, ansiedade e sintomas depressivos e, ainda que controlados, foram encontradas dificuldades no ambiente familiar, trabalho e vida social.

O artigo “Autobiographical memories of vomiting in people with a specific phobia of vomiting (emetophobia)” de Veale et al., (2013), procurou investigar a relação de memórias de vômito na infância, identificar se a quantidade de memórias de vômito possa ter influenciado para o desenvolvimento desta fobia, bem como compreender a relevância destas características para o tratamento. Foi avaliado um grupo de 94 participantes com diagnóstico de emetofobia. Os resultados do grupo 1 apontaram que pessoas com emetofobia recordam de forma traumática as suas experiências e de terceiros em idades iniciais, enquanto no grupo 2 houve recordações menos angustiantes e com idade mais avançada. O grupo 1 lembrou mais situações onde o outro vomitava antes do início do

trauma, já quando o problema se intensificou as memórias traumáticas foram com seus próprios vômitos. Eles ainda se lembram, de modo significativo, memórias de vômito relacionadas a eventos interpessoais, saúde, eventos emocionais, eventos da vida ou ainda não associados.

No estudo sobre “Abnormal Eating Behaviour in People with a Specific Phobia of Vomiting (Emetophobia)”, de Veale et al., (2011), foi realizada uma pesquisa com o intuito de investigar o comportamento alimentar em pessoas com emetofobia. Foi avaliado um grupo de 94 participantes emetofóbicos. O resultado apontou que pessoas com emetofobia apresentam comportamentos alimentares disfuncionais para que o risco de vômito seja diminuído. O grupo de pessoas com restrição alimentar apresentou maior nível de psicopatologia e comportamentos alimentares inadequados quando comparado ao grupo sem restrição alimentar.

Na pesquisa de Van Hout e Bouman (2011), “*Clinical features, prevalence and psychiatric complaints in subjects with fear of vomiting*”, o autor explorou o medo de vomitar dentro das características clínicas: consequências temidas, comportamentos de evitação e segurança, locus do medo, além das queixas psiquiátricas. Foram selecionadas de forma aleatória 171 pessoas holandesas. Os resultados revelaram que o medo de vômito é comum entre eles, com prevalência nas mulheres, totalizando 8,8%, enquanto nos homens o percentual cai para 1,8%. Os resultados evidenciam que os participantes apresentaram medo e evitação, sintomas de pânico e ansiedade, desenvolvendo estratégias de segurança (checar validades dos alimentos, evitar pessoas doentes, especialmente problemas estomacais, e bêbadas). Desconfortos gástricos quando ansiosos por medo de náusea e vômito ficaram evidentes. Ademais, constatou-se a emetofobia como uma condição crônica e incapacitante que pode ocasionar prejuízos na vida do indivíduo.

A pesquisa “Emetofobia: revisão crítica sobre um transtorno pouco estudado”, de Leite et al., (2011), foi realizada com o intuito de revisar a literatura (1980 – 2010) e evidenciar os dados fenomenológicos, epidemiológicos e tratamentos da emetofobia. Os resultados apontaram a escassez de material quanto à etiologia da emetofobia. Mulheres são as mais acometidas, manifestando os sintomas no início da infância e curso crônico. O comportamento de esquiva pode ocasionar limitações em aspectos como vida social, familiar e ocupacional. Transtorno de pânico com agorafobia, fobia social, anorexia nervosa e transtorno-compulsivo são os transtornos a serem considerados para o diagnóstico diferencial.

Discussão

Os autores Riddle-Walker et al., (2016), Van Hout e Bouman (2011), Wu et al., (2017) utilizam o DSM-IV-TR e DSM-5 para conceituar a emetofobia. Segundo eles, a emetofobia se caracteriza como uma manifestação da ansiedade que se enquadra no subtipo “outros” do quadro das

fobias específicas. Assim, é definida como um medo irracional de vômito com comportamentos de evitação relacionados a situações que envolvam vômito ou a possibilidade deste. Leite et al., (2011), Sykes, Boschen e Conlon, (2015), Wu et al., (2015), corroboram com os achados citados, apresentando-os pormenorizadamente a seguir: a busca de segurança e medo da exposição ao vômito de outras pessoas, medo excessivo de vomitar ou de ver outras pessoas vomitando.

Para a psicologia corporal, a emetofobia pode ser compreendida como um medo crônico que se instaura a partir do encouraçamento de uma função natural do organismo. “Quando uma situação aversiva se faz presente, o indivíduo, visando se proteger, contrai toda sua musculatura, a qual permanece nesse estado até que o ambiente propicie um relaxamento” (VOLPI; VOLPI, 2003, p. 22). Caso não ocorra o relaxamento, se instala uma situação de tensão e a musculatura torna-se rígida, o que Reich denominou de couraça muscular (VOLPI; VOLPI, 2003). Baker (1980), complementa que as couraças são constituídas para reprimir emoções e impulsos, resultando no bloqueio do fluxo energético que, ao longo do tempo, pode desencadear o desenvolvimento de sintomas neuróticos, somatizações e transtornos psiquiátricos.

Esses bloqueios podem ter sua gênese em uma ou mais fases do desenvolvimento psicoemocional que, segundo Baker (1980), são consideradas etapas de maturação pelas quais o indivíduo passa, desde a sua concepção até a adolescência, sendo elas: fase ocular, oral, anal, fálica e genital. Quando o desenvolvimento ocorre de forma saudável em cada uma destas fases, sem traumas e repressão, a criança experiencia seu desenvolvimento psicoafetivo sem formação de fixações.

Havendo trauma severo ou repressão, o indivíduo se fixa na fase do desenvolvimento libidinal em que está, podendo mais tarde ocasionar a formação de couraças (BAKER, 1980; VOLPI; VOLPI, 2008). A couraça muscular, conforme descrito por Reich, está dividida em sete segmentos: ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico, e, apesar de não estarem todos conectados anatomicamente, possuem uma correlação funcional, energética e emocional entre si (TROTTA, 1993; VOLPI; VOLPI, 2003). No decorrer da discussão do presente artigo, serão abordados todos os segmentos mencionados, os quais estão relacionados em algum grau à emetofobia.

A fase ocular é a primeira fase do desenvolvimento, visto que seu início se dá desde a concepção até o 10º dia de vida do bebê (VOLPI; VOLPI, 2008). Na fase ocular, ocorre a primeira forma de contato do bebê com o outro e o mundo, sendo considerada por Baker (1980), a primeira zona erógena do desenvolvimento libidinal. Nesse sentido, o contato visual na fase ocular é a primeira forma de contato sexual na espécie humana, o que permanece como meio de contato no indivíduo adulto (BAKER, 1980).

As principais estruturas do segmento ocular são os olhos, pele, encéfalo, componentes referentes ao sistema nervoso, audição e olfação (VOLPI; VOLPI, 2008). Essas estruturas anatômicas estão relacionadas às funções de “sensopercepção, atenção, consciência, cognição, linguagem,

conceituação, memória, regulação emocional, controle do sistema motor, regulação do sistema hormonal e vegetativo” (TROTТА, 1993, p. 30).

Outrossim, há no segmento ocular uma área chamada “centro do vômito” que segundo Duarte e Machado (2014) está localizado no tronco cerebral, sendo composto por interneurônios medulares, responsáveis por “receber informações do córtex, do vago, do sistema vestibular e da área postrema” (VASCONCELLOS; DUARTE; MACHADO 2014, p. 1). A área postrema, ou “zona gatilho quimiorreceptora” é responsável pela detecção gastrointestinal capaz de ativar o reflexo de vômito (CARVALHO; VIANNA; BRAZ, 1999). A nível do segmento ocular, o funcionamento do centro do vômito parece estar comprometido em indivíduos emetofóbicos, isso porque pessoas com este transtorno tendem a apresentar comportamento de evitação, logo, reduzir os estímulos químicos responsáveis pela ativação do centro de vômito. O que reforça a ideia de encouraçamento deste segmento.

Como mencionado anteriormente, é na fase ocular que se dá a primeira forma de contato do bebê com o meio externo, sendo fundamental uma boa relação entre mãe e bebê para que o indivíduo consiga “localizar-se com propriedade em seu meio, sentir prazer nele” (BAKER, 1980, p. 45). Contudo, ele somente se sentirá dessa forma caso receba da figura materna a aceitação, acolhimento e amor. Ao contrário, uma mãe fria, ansiosa, indiferente e sem capacidade de doar-se à maternidade não conseguirá proporcionar contato ocular e de pele com o bebê, fundamentais para um desenvolvimento saudável (BAKER, 1980).

Portanto, o déficit do contato ocular e de pele na fase ocular podem desencadear bloqueio do segmento ocular, que a depender da intensidade irá gerar uma híper ou hipoatividade do Sistema Nervoso Central. Assim, segundo Trotta (1993), o encouraçamento poderá afetar em maior ou menor grau o córtex cerebral, que é responsável pela conceituação, cognição e a percepção, podendo provocar mais tarde, interpretações inadequadas da realidade. Da mesma forma, que um sistema límbico encouraçado poderá ocasionar um desequilíbrio emocional. Nesse sentido, quando ocorre um bloqueio do segmento ocular associado à hiperfuncionalidade do córtex, o indivíduo manifestará hiperatividade mental, ocasionando pensamentos obsessivos. Ao passo que um sistema límbico hiperfuncionante poderá acarretar reações emocionais incontroláveis e irracionais. Tais funcionamentos podem ser observados em um indivíduo emetofóbico.

A partir desse funcionamento, o padrão mental de pessoas portadoras da emetofobia pode ser explicado por estudos citados por Riddle-Walker et al., (2016), Veale et al., (2011), Van Hout e Bouman (2011), Wu et al., (2017), os quais apontam que indivíduos emetofóbicos tendem a catastrofizar situações de vômito, podendo passar tempo excessivo pensando a respeito de possíveis ameaças e consequências, traçando rotas de fuga, além de ficarem hipervigilantes sobre fatores externos (LEITE et al., 2011; RIDDLE-WALKER et al., 2016; VAN HOUT; BOUMAN, 2011).

Sykes, Boschen e Conlon (2015), Wu et al., (2017), concordam e contribuem na explicação sobre o padrão de funcionamento em indivíduos emetofóbicos ao apontar maior vulnerabilidade a comorbidades, quais sejam: ansiedade generalizada, outra fobia específica, agorafobia, transtorno obsessivo compulsivo, além de depressão e somatização. Sykes, Boschen e Conlon (2015), acrescentam hipocondria e transtorno de pânico às comorbidades ocasionadas pela emetofobia. Tais achados na revisão de literatura reforçam a ideia de bloqueio do segmento ocular e o pensamento disfuncional em indivíduos emetofóbicos.

Continuando com as fases do desenvolvimento psicoemocional, chega-se à fase oral, a qual tem início logo após o nascimento até aproximadamente o 12º mês de vida (FADIMAN; FRAGER, 2002). Na fase oral, a estrutura da boca e regiões próximas que formam o segmento oral tornam-se, nesse momento, a zona erógena ativa. As funções correspondentes a este segmento são as de sucção, nutrição, contato tátil, reconhecimento, sustentação, expressão da agressividade por meio da mordida, expressão afetiva através da mímica facial, vocalização e fala (TROTTA, 1993).

Sendo a boca a zona de prazer e a principal forma de contato entre mãe e bebê nesta fase, Baker (1980), identifica no bebê dois impulsos básicos relacionados: o impulso succional e o impulso de morder. O primeiro consiste em um conjunto de funções da boca, as quais incluem a erotização dos lábios, deglutição e o estímulo doce. Em contrapartida, o impulso de morder envolve a articulação da mandíbula, que está relacionada à função da agressividade e autonomia. Assim, na fase oral, quando a criança é amamentada também é acariciada, acalentada e se sente segura, podendo associar a redução de tensões com o processo de alimentação (FADIMAN; FRAGER, 2002).

Relacionado ao processo de alimentação, são encontradas na revisão de literatura que pacientes com emetofobia podem recusar a se alimentar com o objetivo de evitar o vômito, podendo levar a um diagnóstico equivocado de anorexia nervosa. Ademais, a quantidade de alimentos ingeridos pode ser diminuída para não se sentir demasiadamente saciado ou ainda pode restringir a alimentação a determinados grupos alimentares, podendo causar náusea e isso ser interpretado como aumento do risco de vômito (VEALE et al., 2013).

Estes achados podem ser relacionados com a psicologia corporal no que se refere ao modo como o bebê se adaptou a uma maternagem disfuncional na fase oral do desenvolvimento. Se, por conta de uma atitude materna fria e frustrante, o seio é visto como um objeto mau, pode ser rejeitado pelo bebê na tentativa de se evitar a introjeção daquilo que é causador de sofrimento. Considerando também que é por meio do choro que o bebê busca pela satisfação das suas necessidades básicas, incluindo a nutrição e o acolhimento, quando estas demandas não são satisfeitas o bebê reprime o choro, logo, as emoções, como forma de sobrevivência, ou seja, “se não manifestar os meus desejos, as minhas necessidades, serei aceito”.

Nesse sentido, Baker (1980), explica que a inibição crônica dos impulsos orais básicos gera sentimentos associados à raiva. Portanto, seguindo este viés, levanta-se a hipótese de que em indivíduos emetofóbicos o medo de vomitar pode estar relacionado ao medo de expressar necessidades, desejos e emoções, principalmente a raiva que fora engolida junto com o choro, ou seja, entrar em contato com suas emoções primárias reprimidas e as demandas orais insatisfeitas. Esse mesmo funcionamento pode explicar o fato de um emetofóbico sentir medo de ver outras pessoas vomitando, o que ocorre por estes terceiros estarem expressando a sua raiva por meio do vômito, logo o emetofóbico acessaria as suas emoções primárias não atendidas na fase oral.

Com o intuito de embasar tal hipótese, vejamos o ponto de vista fisiológico do vômito: o vômito é considerado um distúrbio do trato gastrointestinal que ocorre quando o trato gastrointestinal superior está demasiadamente irritado, hiperexcitado e expulsa o conteúdo gástrico de forma violenta (GUYTON; HALL, 2006), o que evidencia um componente de agressividade vinculado a este reflexo orgânico. Unindo ao significado do sistema de linguagem, Vomitar (2021) significa: “Expelir com esforço pela boca, falando do que estava no estômago. Ficar sujo ou manchado por vômito, pelo conteúdo expelido do estômago”.

Devido a mobilização de músculos abdominais durante o reflexo de vômito, além da ligação do centro do vômito com os intestinos, pode-se supor também um possível encouraçamento do segmento abdominal acompanhando os casos de medo de vômito. Trotta (1993) explica que o funcionamento dos intestinos tem seu início juntamente com a primeira mamada, guardando assim correlações emocionais muito primitivas e profundas relacionadas à mãe oral e identidade primária.

Para além disso, na tentativa de bloquear a expressão da raiva ou quaisquer outros conteúdos que estejam no estômago, pode haver também a atuação do segmento cervical bloqueando a saída de qualquer substância, palavras ou emoções. Neste caso, pode-se dizer que a demanda oral fora deslocada para o segmento cervical. Trotta (1993), explica que esse segmento é constituído por estruturas por onde passa o alimento, envolvendo músculos do pescoço e de ligação deste com a cabeça, língua e garganta (faringe, laringe e cordas vocais), dentre outros. Nas suas funções estão a expressão das emoções, identidade, autocontrole, autoconservação, defesa contra sufocamento e autoproibições geradas pelo superego.

Partindo desta condição, Baker (1980), Fadiman e Frager (2002) e Trotta (1993), evidenciam que a principal função emocional da couraça do segmento cervical é a contenção da raiva ou do choro, sendo a raiva e o choro literalmente engolidos de forma inconsciente pelo indivíduo. Apontam, inclusive, que alguns sinais de encouraçamento são frequentemente a mudança de voz, respirar com dificuldade, tosse, sensação de bolo na garganta, coceira na garganta, sensação de sufocamento, tiques no pescoço, pigarro, etc.



O bloqueio no segmento cervical está relacionado a personalidades rígidas, com traços de obsessão e compulsão, cerimoniosas, descontroladas e inseguras, já que esse segmento está diretamente ligado ao controle e ao superego (TROTТА, 1993). Nesse sentido, as pesquisas corroboram com a psicologia corporal quando apontam maior inclinação dos indivíduos com emetofobia a possuir identificação com um *locus* de controle interno, ou seja, possuem dificuldades em abrir mão do controle (LEITE et al., 2011; VAN HOUTE; BOUMAN, 2011; VEALE et al., 2011; WU et al., 2015; WU et al., 2017).

Diante de tal rigidez gerada pelo controle, é comum que emetofóbicos utilizem comportamentos de segurança na tentativa de evitar o contato com o vômito. Dentre os comportamentos estão: pensamentos mágicos, rituais em comportamentos de verificação como na preparação de alimentos e checagem de validade, constante lavagem das mãos e busca verbal pela garantia do distanciamento das situações de vômito (VAN HOUT; BOUMAN, 2011; WU et al., 2017).

Ademais, comportamentos neutralizantes, repetitivos e o consumo de antiácidos são utilizados na tentativa de impedir o risco de adoecimento e do vômito (WU et al., 2015, WU et al., 2017). A evitação de contato com pessoas doentes, bêbadas, anestésicos e a gravidez também são comuns (VAN HOUT; BOUMAN, 2011; VEALE et al., 2011; VEALE et al., 2013).

Ainda com relação aos comportamentos de segurança, é possível que indivíduos com medo de vômito evitem ler ou escrever a própria palavra e seus sinônimos por medo de que isso possa desencadear imagens ou sensações relacionadas (LEITE et al., 2011, VAN HOUT; BOUMAN, 2011). A restrição a determinados alimentos, medicamentos e/ou situações (como certos lugares – bares e restaurantes) que possam gerar contato, indução ou sensações associadas ao vômito limitam o estilo de vida do indivíduo (RIDDLE-WALKER et al., 2016; WU et al., 2015; WU et al., 2017).

Todavia, Veale et al., (2011), assinalam que, apesar dos comportamentos de evitação reduzirem a frequência de vômitos do próprio indivíduo, são incapazes de limitar o contato com o vômito de outras pessoas. Contudo, raramente ocorrem náuseas ou vômito e os indivíduos tendem a passar anos sem vomitar (RIDDLE-WALKER et al., 2016; VAN HOUT; BOUMAN, 2011; WU et al., 2015; WU et al., 2017).

A emetofobia também parece estar conectada ao segmento diafragmático, o qual Navarro (1987), explica estar relacionado às funções respiratória, circulatória e digestiva. Além disso, o segmento diafragmático é formado principalmente pelo diafragma, estômago, fígado, pâncreas, vesícula, rins, glândulas suprarrenais, dentre outros. O movimento do diafragma influencia nas funções de fonação, vômito, evacuação, micção, pressão intra-abdominal, etc. (TROTТА, 1993). Destaca-se que o funcionamento do diafragma inicia na passagem da vida fetal para a vida extrauterina (TROTТА, 1993). Sendo assim, o bloqueio desse músculo pode ocorrer no momento do nascimento,

mas o encouraçamento poderá ser reforçado por traumas em uma ou mais fases do desenvolvimento posteriores.

O movimento do diafragma é também responsável pela expulsão das substâncias do conteúdo gástrico encontrado no estômago (CARVALHO; VIANNA; BRAZ, 1999). Tais conteúdos, de maneira abstrata, podem estar ligados a emoções que foram “engolidas” de modo inconsciente e não puderam ser elaboradas. Logo, o encouraçamento do segmento diafragmático pode estar relacionado à inibição do vômito. Segundo Trotta (1993), a raiva associada ao medo é a principal emoção bloqueada neste segmento.

A sensação de medo leva à imobilização do diafragma, à medida que o sistema de luta e fuga é ativado no sistema nervoso simpático e os hormônios correspondentes são liberados pelas glândulas suprarrenais (NAVARRO, 1987). Sendo assim, a ansiedade, que é uma manifestação emocional ligada ao funcionamento do diafragma, quando a nível crônico caracteriza-se como uma neurose de angústia (NAVARRO, 1987). Estando a emetofobia inclusa e classificada dentro dos transtornos de ansiedade na visão clássica médica e psicológica, o autor acrescenta que a ansiedade é também caracterizada pela hipervigilância na espera de um perigo ou temor de punição.

Sendo o diafragma o principal músculo respiratório, seu encouraçamento pode afetar toda esta função e, por consequência, levar a uma disfunção do segmento torácico e cervical que precisarão compensar esta falta de mobilidade do sexto e sétimo segmentos através da superativação dos músculos intercostais, escalenos e esternocleidomastoideos (VIEIRA et al., 2018).

Seguindo o amadurecimento ontogenético, chega-se à fase anal do desenvolvimento psicoemocional, que ocorre entre o segundo e o terceiro ano de vida. Durante esse momento, é esperado que ocorra o processo do desfralde, tornando-se necessário que os cuidadores tratem o treino ao toailete como um processo natural, evitando intervenções precoces ou severas durante o percurso. Assim, a fase anal pode ser acometida pela punição no que diz respeito ao controle dos esfíncteres, uma vez que é nesse período que o órgão passa a ser funcional (BAKER, 1980).

Portanto, a fase anal inicia com o fim do desmame, quando o bebê é privado do prazer originado pelo contato da sua boca com o bico do seio da mãe. O processo de privação oral ocasiona uma mudança erógena de prazer, sendo então transferido para o ânus, que é a outra extremidade do aparelho digestivo (NAVARRO, 1987).

Nesse sentido, o treino precoce ou severo ao toailete impede que a criança desenvolva a gratificação na eliminação das fezes e da conquista natural do controle dos esfíncteres, promovendo o enrijecimento da musculatura da região das coxas, nádegas e pélvis (BAKER, 1980). Nesta etapa de produção, a criança está em um período de exploração de si e do mundo, marcado pela espontaneidade, criatividade e emancipação, que podem ser impedidos pela frustração e o medo de punição (VOLPI; VOLPI, 2008).

Além disso, o aparelho de defecação está dentre as estruturas do segmento pélvico o qual abarca também todos os músculos da bacia, membros inferiores e aparelho urogenital (pênis, vagina, útero, próstata, testículos, ovários, bexiga, uretra). Logo, um bloqueio na fase anal do desenvolvimento pode acarretar no encouraçamento a nível do segmento pélvico (TROTТА, 1993).

Nessa perspectiva, Baker (1980), Fadiman e Frager (2002) expõem que a atenção excessiva e severa pode impedir que a criança sinta a sensação de satisfação ao eliminar seus detritos, gerando traços de submissão, obstinação, teimosia e incapacidade de dar-se aos outros. A repressão desses traços, por meio da formação de uma couraça superdesenvolvida, caracteriza a analidade reprimida que tende a manifestar nojo, desprezo e depreciação (BAKER, 1980).

Os achados da revisão corroboram com a perspectiva acima, quando apontam a presença da emoção de nojo nos emetofóbicos (RIDDLE-WALKER et al., 2016; VEALE et al., 2013). Leite et al., (2011), Veale et al., (2011), Wu et al., (2015), descrevem que tais indivíduos possuem maior sensibilidade ao nojo, quando comparado à população geral. Uma possível explicação para esse fato é o sentimento de medo das próprias sensações corporais que podem levar à perda do controle (WU et al., 2015). Tal como pode ser visto nos indivíduos com fixação na fase anal que, de forma inconsciente, sentem medo de ser punidos e não se expressam por medo de “sujar as calças”.

No entanto, Wu et al., (2015), destacam que esse comportamento impede o enfrentamento da fobia e a melhora do quadro, podendo apresentar como consequência sintomas depressivos. Os sintomas depressivos podem surgir como manifestação da demanda oral insatisfeita, enquanto a sensibilidade ao nojo e o medo da perda de controle podem estar intimamente relacionados ao bloqueio do segmento cervical ou ainda à fase anal.

O medo de punição também pode ocorrer na fase fálica, a qual compreende o complexo de Édipo, posteriormente no período de latência e estágio genital do desenvolvimento libidinal. Porém, para que se possa apresentar hipóteses sobre fixações nestas fases, faz-se necessário compreender cada uma delas. Assim, a fase fálica, em geral, inicia por volta dos quatro anos de idade e é marcada pela descoberta dos genitais (BAKER, 1980). Nesta etapa, nomeada por Volpi e Volpi (2008), de identificação, surgem as primeiras curiosidades sobre os genitais, primeiras masturbações e as crianças iniciam seu processo de identificação sexual e construção da identidade. Por conta disto, uma fixação na fase fálica do desenvolvimento pode desencadear ou fortalecer o encouraçamento do segmento torácico, visto que tal segmento é considerado a sede da identidade por conta da respiração ser a função mais conectada ao ego. A hipótese já apresentada de que a emetofobia estaria relacionada a uma condição de contenção emocional reforça ainda mais a possibilidade de um encouraçamento do tórax já que toda contenção emocional gera também uma contenção respiratória (FADIMAN; FRAGER, 2002).

Durante este processo de amadurecimento da genitalidade infantil, surgem fantasias amorosas e incestuosas relacionadas a figuras parentais. Junto com as fantasias, surge a excitação que está ligada à proximidade física de seus pais e o desejo desse contato se torna cada vez mais difícil de ser satisfeito pela criança. Desse modo, eles erotizam a relação com pais e/ou cuidadores e posteriormente reconhecem sua identidade sexual. Tais comportamentos refletem o fenômeno psicológico do complexo de Édipo que ocorre entre o terceiro e o sétimo ano de vida, estando ligado à fase fálica (FADIMAN; FRAGER, 2002).

Na sequência, o período de latência ocorre entre os cinco e 12 anos de idade, quando a criança alcança o início da puberdade. Ele é compreendido como um período de tranquilidade, onde a sexualidade não tem grandes avanços, contudo surgem atitudes do ego como vergonha, repulsa e moralidade (FADIMAN; FRAGER, 2002). Logo no estágio genital, despertado pelo início da puberdade e o consequente retorno da energia libidinal aos órgãos sexuais, as funções sexuais masculinas e femininas amadurecem de modo natural, buscando o indivíduo formas de satisfazer suas necessidades eróticas e interpessoais (BAKER, 1980).

Dessa forma, considerando o surgimento de desejos, curiosidades destas etapas do desenvolvimento *versus* pais/cuidadores rígidos, adicionado a uma cultura repressora, religiosa e moralista, o indivíduo poderá demonstrar medo sobre a sua sexualidade. O fenômeno pode ocorrer porque a ansiedade gerada pela educação repressiva impede a livre circulação de energia até a pélvis e a vivência completa da genitalidade. Assim, o diafragma se torna uma divisória entre a “parte boa” do corpo (superior) e “parte ruim” vinculada à sexualidade (NAVARRO, 1987).

Os indivíduos que se desenvolvem de forma integral e sem bloqueios, ou seja, de maneira positiva nesse estágio, atingem a maturidade adulta e sexual com uma estrutura que Reich denominou de caráter genital. Caso ocorram repressões por meio de atitudes moralistas pelo genitor/cuidadores, ocasionará às crianças/adolescentes o estágio de repressão, no qual o indivíduo tende a fugir da sexualidade, evitando entrar em contato. Há também a possibilidade de acontecer a insatisfação nesse estágio, onde buscará de forma incessante a sexualidade. Desse modo, as fixações genitais se manifestam pela liberação das tensões, por meio de agressões ou fugas e, também, pela ausência de contato (BAKER, 1980).

Nesse viés, considerando o bloqueio do diafragma, associado ao medo, traumas e repressões no processo de desenvolvimento genital e uma cultura repressora, principalmente com as mulheres, surge a hipótese sobre a prevalência da emetofobia com curso crônico neste gênero. Leite et al., (2011), Van Hout e Bouman (2011), Veale et al., (2013), concordam com a predominância da emetofobia em mulheres.

Riddle-Walker et al., (2016), Veale et al., (2013), acrescentam que a baixa prevalência na população se deve por possível diagnóstico equivocado, ou seja, as comorbidades deste transtorno são

diagnosticadas como transtorno primário. Em desacordo, Wu et al., (2017), discorrem que apesar de estudos anteriores indicarem as mulheres como mais afetadas, os seus resultados apontam que não há diferença de gênero.

Outrossim, Leite et al., (2011), Veale et al., (2013), Wu et al., (2017), declaram o aparecimento dos primeiros sintomas da emetofobia durante a infância, que se evidenciam após o indivíduo enfrentar uma ou mais experiências, quais sejam: uma doença, virose estomacal, hospitalização e experiências negativas associadas ao vômito, seja consigo ou terceiros. Leite et al., (2011), Wu et al., (2017), adicionam o divórcio dos pais, mudança de escola, acontecimentos estressantes como possíveis causas. Já em adultos, o transtorno pode ocorrer após experimentar uma doença grave. Dessa forma, observa-se que tanto a psicologia corporal quanto os resultados dos artigos vinculam a manifestação da emetofobia enquanto um medo crônico a situações traumáticas vivenciadas nas diversas fases do desenvolvimento psicoemocional.

Conclusão

A emetofobia ou medo de vômito é um transtorno de ansiedade caracterizado por medo intenso de vômito, de si ou de terceiros em inúmeros aspectos, interferindo de forma negativa na vida do emetofóbico. Os artigos revisados e a psicologia corporal vinculam a emetofobia a um medo crônico e a situações traumáticas que iniciam desde a infância e se instauram na adolescência, seguindo curso crônico. Já em adultos, o transtorno pode ocorrer após experimentar uma doença grave. A maioria dos estudos apontou as mulheres sendo as mais afetadas.

A psicologia corporal acrescenta que o início das fixações pode ocorrer desde a gestação, contudo reforçadas por traumas subsequentes em uma ou mais fases do desenvolvimento psicoemocional, o que por consequência acarretará no encouraçamento dos segmentos, ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico nos indivíduos com emetofobia. A psicologia corporal e os achados desta revisão apontam que o indivíduo com emetofobia dispõe de características de controle e sensibilidade ao nojo. A primeira estando associada a um superego rígido que é formado a partir da educação repressora disponibilizada à criança por meio dos pais, cuidadores e mesmo a sociedade em geral. Já a sensibilidade ao nojo está relacionada à inibição dos impulsos de prazer.

De modo geral, os objetivos deste trabalho foram alcançados, podendo contribuir no conhecimento e melhora da prática dos profissionais da saúde, que por vezes se deparam com emetofóbicos e por falta de conhecimento realizam diagnóstico equivocado, podendo prejudicar o prognóstico. A partir destas contribuições, a orientação aos pais quanto à necessidade do cuidado em

cada fase do desenvolvimento psicoemocional pode ser aperfeiçoada, a fim de reduzir os traumas, logo a instauração das coraças e possível manifestação da emetofobia e outros transtornos.

Quanto às limitações, destacam-se os “pontos cegos” com que a escritora se deparou por ser portadora do transtorno. Também os artigos revisados apresentaram informações repetitivas, utilizando-se de estudos em comum em sua fundamentação, além de alguns não possuírem uma metodologia clara. Observou-se a falta de pesquisas nacionais, o que foi uma lacuna. Portanto, para estudos futuros, sugere-se ampliar os estudos com a população brasileira, bem como a proposição de possíveis intervenções considerando a psicoterapia na abordagem da psicologia corporal e posteriormente estudo clínico randomizado.

Referências

APA, American Psychiatric Association et al. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora, 2014.

BAKER, Elsworth Fredrick. *O labirinto humano: causas do bloqueio da energia sexual*. 2. ed. São Paulo: Summus, 1980, 322 p.

CARVALHO, Wilson Andrade; VIANNA, Pedro Thadeu Galvao; BRAZ, José Reinaldo Cerqueira. Náuseas e vômitos em anestesia: fisiopatologia e tratamento. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, v. 49, n. 1, p. 65-79, 1999. Disponível em: <https://www.bjan-sba.org/article/5e498c180aec5119028b493e/pdf/rba-49-1-65.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2021.

CASTILLO, Ana Regina GL et al. Transtornos de ansiedade. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 22, p. 20-23, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkh48CLt/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

FADIMAN, James; FRAGER, Robert. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Harbra, 2002. 405 p.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. *Tratado de fisiologia médica*. 11. edição, 4. tiragem. Tradução de Barbara de Alencar Martins, et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

LEITE, Carlos Eduardo Paula et al. Emetofobia: revisão crítica sobre um transtorno pouco estudado. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 60, p. 123-130, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/5scWRdSCvQYXXGmCpXscRKj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 jul. 2022.

NAVARRO, Frederico. *Terapia reichiana: fundamentos médicos somatopsicodinâmica*. São Paulo: Summus ed., c1987. 101 p.

RAMOS, Renato Teodoro; FURTADO, Yvone Alves de Lima. Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 66, n. 11, p. 365-374, 2009.

RIDDLE-WALKER, Lori et al. Cognitive behaviour therapy for specific phobia of vomiting (Emetophobia): A pilot randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, v. 43, p. 14-22, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27472452/>. Acesso em: 02 jul. 2022.



SNAEBJARNARDOTTIR, Kolfinna; SIGURDSSON, Engilbert. Emetofobia: medo mórbido de vômitos e náuseas. *Laeknabladid*, v. 100, n. 5, pág. 281-284, 2014. Disponível em: <https://www.laeknabladid.is/media/tolublod/1638/PDF/f02.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2022.

SYKES, Mark; BOSCHEN, Mark J.; CONLON, Elizabeth G. Comorbidity in emetophobia (specific phobia of vomiting). *Clinical psychology & psychotherapy*, v. 23, n. 4, p. 363-367, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26017849/>. Acesso em: 02 jul. 2022.

TROTTA, Ernani E. *Psicossomática reichiana e metodologia da orgonoterapia*. Rio de Janeiro, Edição do autor, Impressão Avenida Central, 1993.

VAN HOUT, Wiljo JJP; BOUMAN, Theo K. Características clínicas, prevalência e queixas psiquiátricas em indivíduos com medo de vômito. *Psicologia clínica e psicoterapia*, v. 19, n. 6, pág. 531-539, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21695748/>. Acesso em: 02 jul. 2022.

VASCONCELLOS, Marcos Carvalho de; DUARTE, Marco Antônio; MACHADO, Márcia Gomes Penido. Vômitos: abordagem diagnóstica e terapêutica. *Rev. méd. Minas Gerais*, p. 5-11, 2014. Disponível em: <https://www.smp.org.br/arquivos/site/revista-medica/artigo2-26.pdf>. Acesso em 08 dez. 2021.

VEALE, David et al. Abnormal eating behaviour in people with a specific phobia of vomiting (emetophobia). *European Eating Disorders Review*, v. 20, n. 5, p. 414-418, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22081507/>. Acesso em: 02 jul. 2022.

VEALE, David et al. Autobiographical memories of vomiting in people with a specific phobia of vomiting (emetophobia). *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, v. 44, n. 1, p. 14-20, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22813942/>. Acesso em: 02 jul. 2022.

VIEIRA, Fabio Martins et al. A respiração como ferramenta de intervenção da Psicologia Corporal. *Psicologia Corporal*, Curitiba: Centro Reichiano, v. 19, 2018. Disponível em: <https://www.centroreichiano.com.br/artigos/Artigos/A-respiracao-como-ferramenta-de-intervencao-da-psicoterapia-corporal-VIEIRA-Fabio-Martins-VIEIRA-Andressa-FERNANDES-Gisele-REICHOW-Jeverson-doc.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2022.

VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara. *Reich: a análise bioenergética*. Curitiba: Centro Reichiano, 2003, 144p.

VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara. *Crescer é uma aventura! Desenvolvimento emocional segundo a Psicologia Corporal*. Curitiba: Centro Reichiano, 2008, 144p.

VOMITAR. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/aurelio-2/>. Acesso em: 21 dez. 2021.

WU, Monica S. et al. Phenomenology, clinical correlates, and impairment in emetophobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, v. 29, n. 4, p. 356-368, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32755944/>. Acesso em: 02 jul. 2022.

WU, Monica S. et al. Exame da fenomenologia e correlatos clínicos da emetofobia em uma amostra de jovens salvadorenhos. *Psiquiatria Infantil e Desenvolvimento Humano*, v. 48, n. 3, pág. 509-516, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27514691/>. Acesso em: 02 jul. 2022.

Recebido: 28.11.2022; Aceito: 15.05.2023; Publicado: 30.05.2023.