

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA
PSIHOTERAPIJA SPECIFIČNIH FOBIJ S POUČENJEM
NA STRAHU PRED BRUHANJEM – EMETOFOBIJI

PATRICIJA SORŠAK

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Psihoterapija specifičnih fobij s poudarkom na strahu pred bruhanjem –
emetofobiji**

(Psychotherapy of specific phobias with an emphasis on the fear of vomiting –
emetophobia)

Ime in priimek: Patricija Soršak
Študijski program: Biopsihologija
Mentor: doc. dr. Kristijan Musek Lešnik
Somentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Koper, september 2014

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Patricija SORŠAK

Naslov zaključne naloge: Psihoterapija specifičnih fobij s poudarkom na strahu pred bruhanjem – emetofobiji

Kraj: Koper

Leto: 2014

Število listov: 43

Število slik: 3

Število tabel: 2

Število referenc: 58

Mentor: doc. dr. Kristijan Musek Lešnik

Somentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Ključne besede: specifične fobije, emetofobija, kognitivno-vedenjska terapija, tehnike, učinkovitost.

Izvleček:

V zaključni nalogi so podrobneje obravnavane specifične fobije in emetofobija, skupaj z njihovimi kognitivno-vedenjskimi in psihodinamičnimi vzroki. Znotraj kognitivno-vedenjske razlage vzrokov sta razložena kognitivni pogled na specifične fobije in pogled vedenjskih teoretikov na nastanek specifičnih fobij s pogojevanjem. Nadalje je opisano zdravljenje specifičnih fobij s kognitivno-vedenjsko terapijo, v okviru različnih tehnik le-te. Sledi pa še opis do sedaj obravnavanih primerov emetofobije in njihovega zdravljenja. Večina zdravljenj emetofobije je do sedaj potekala v sklopu kognitivno-vedenjske terapije. Najpogosteje uporabljene tehnike pri zdravljenju emetofobije so tehnike izpostavljanja, predvsem tehnika imaginarnega izpostavljanja, kar je tudi ključna ugotovitev zaključne naloge in s tem tudi dosežen cilj.

Key words documentation

Name and SURNAME: Patricija SORŠAK

Title of the final project paper: Psychotherapy of specific phobias with an emphasis on the fear of vomiting – emetophobia

Place: Koper

Year: 2014

Number of pages: 43

Number of figures: 3

Number of tables: 2

Number of references: 58

Mentor: Assist. Prof. Kristijan Musek Lešnik, PhD

Co-mentor: Assist. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Keywords: specific phobias, emetophobia, cognitive-behavioral therapy, techniques, efficient

Abstract:

In dissertation is written in detail about specific phobias and emetophobia and their cognitive-behavioral and psychodynamic causes. Within the cognitive-behavioral explanations of the causes are explained cognitive view of specific phobias and behavioral theorists look at the formation of specific phobias with conditioning. Furthermore, it is described the treatment of specific phobias with cognitive-behavioral therapy, in the context of a variety of techniques of cognitive-behavioral therapy. Followed by the description of casework emetophobias and their treatment. Most treatments of emetophobia taken place so far in the context of cognitive-behavioral therapy. The most commonly used techniques in the treatment of emetophobia are techniques of exposure, especially imaginal technique exposure, which is also a key finding of a thesis and thus the goal is achieved.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	ANKSIOZNE MOTNJE	3
2.1	Simptomi anksioznih motenj	4
2.2	Dejavniki anksioznih motenj	6
2.3.	Oblike anksioznih motenj	6
3	SPECIFIČNE (IZOLIRANE) FOBIIJE	8
3.1	Klasifikacija v MKB-10-AM	8
3.2	Klasifikacija v DSM-IV-TR	8
3.3	Simptomi specifične (izolirane) fobije	9
3.4	Epidemiologija	9
3.4.1	Specifične fobije pri otrocih	11
4	EMETOFOBIJA	12
4.1	Klasifikacija v MKB-10-AM	12
4.2	Klasifikacija DSM-IV-TR	12
4.3	Simptomi emetofobije	12
4.4	Epidemiologija	13
5	VZROKI SPECIFIČNIH (IZOLIRANIH) FOBIIJ	14
5.1	Model spremenjenega pogojevanja	14
5.2	Neasociativni modeli	15
5.3	Psihodinamični pristop	16
5.4	Kognitivni model	17
5.5	Vzroki emetofobije	18
6	ZDRAVLJENJE SPECIFIČNIH (IZOLIRANIH) FOBIIJ	19
6.1	Metode zdravljenja	19
6.1.1	Vedenjska terapija	20
6.1.2	Kognitivna terapija	22
6.2	Preverjanje učinkovitosti zdravljenja	24
6.2.1	Kognitivno-vedenjska terapija	24
7	ZDRAVLJENJE EMETOFOBIJE	26
7.1	Zdravljenje emetofobije s pomočjo hipnoterapije	26

7.2	Zdravljenje emetofobije s kognitivno-vedenjsko terapijo	26
7.2.1	Tehnike, ki temeljijo na izpostavljanju.....	27
7.3	Desenzitizacija in ponovna predelava z očesnim gibanjem – EMDR (ang. Eye Movement Desensitization and Reprocessing).....	28
8	ZAKLJUČEK.....	29
9	VIRI IN LITERATURA.....	30

KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 1	13
Ključni kriteriji za specifično fobijo pred bruhanjem	13
Tabela 2	27
Primer hierarhije izpostavljanja pri pacientu z emetofobijo.....	27

KAZALO SLIK

Slika 1: Prepletenost simptomov anksioznih motenj (Dernovšek, Gorenc in Jerišček, 2012, str. 40).....	4
Slika 2: Pet osnovnih aspektov kognitivne terapije (Pastirk, 2011, str. 263).....	24
Slika 3: Osnovni model kognitivno vedenjske konceptualizacije (Ledley, Marx in Heimberg, 2005, po Pastirk, 2011, str. 268).....	25

1 UVOD

Avtorji (Barlow in Liebowitz, 1995, cit. po Erić, 2010) navajajo, da je specifična fobija zelo razširjena in najpogostejša oblika stanja strahu. Med prebivalstvom je s 4,5 do 11,8% visoko zastopana in s tem tudi najpogostejša psihična motnja nasploh.

Specifična fobija je v Diagnostičnem in statističnem priročniku za duševne motnje (v nadaljevanju DSM-IV-TR) definirana kot močan strah ali tesnoba, ki je odgovor na specifičen predmet ali situacijo. Izpostavljenost posameznika temu predmetu ali situaciji v njem povzroči takojšen odziv strahu ali tesnobi, intenzivnost le-teh pa je odvisna od tega, kako blizu se nahaja ta predmet ali situacija in pa od tega, koliko možnosti ima posameznik, da od tega predmeta ali situacije pobegne (American Psychiatric Association, 2000, cit. po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013).

Pojem emetofobija pa je po Beckerju in drugih (2007, cit. po Price, Veale in Brewin, 2011) definirana kot vztrajen strah in izogibanje bruhanju, kot »predmetu«, lastnemu aktu bruhanja ali drugih, ki bruhamo, kar pa povzroča znatno stisko in poslabšanje stanja. Podatki glede razširjenosti emetofobije so zelo omejeni, kar dokazuje nerazpoznavnost le-te med posamezniki v družbi. Pokaže pa se v obliki izogibanja hrani, potovanjem, nosečnosti, zabavam (skratka situacijam, ki lahko sprožijo lasten akt bruhanja ali akt bruhanja drugih) in pa v obliki t.i. varnega vedenja na primer imetje nepotrebnih zdravil, pretirano čiščenje, kar pa pogosto vodi do klinično pomembnega vpliva na vsakdanje delovanje in življenje posameznika, ki trpi za omenjeno fobijo (Becker idr., 2007, cit. po Price, Veale in Brewin, 2011).

Vzroke specifičnih fobij skušajo razložiti psihodinamične in kognitivno-vedenjske teorije, zdravljenje specifičnih fobij in prav tako emetofobije pa večinoma poteka v okviru kognitivno – vedenjske psihoterapije (Hunter in Antony, 2009; Levstik, 2004).

Skozi lastne izkušnje in brskanjem po spletu ter z branjem forumov, sem prišla do spoznanja, da je emetofobija slabo poznana, po drugi strani pa je njena pojavnost bolj pogosta, kot si predstavljamo. Osebe težko spregovorijo o tem in posledično mislijo, da so edine s to fobijo, ter da jim ni pomoči, ob brskanju po spletu in iskanjem po knjigah, pa le težko najdejo karkoli napisanega o emetofobiji.

Glede na omenjeno pogostost specifičnih fobij in lastno opažanje pogostosti emetofobije ter omejenost pri opravljanju vsakodnevnih dejavnosti, menim, da mora biti posameznikom s to fobijo na voljo čtivo, ki jim ponudi celovit pregled nad specifičnimi fobijami, razlago nastanka le-teh ter možnosti zdravljenja in zajema podatke o tej emetofobiji ter o možnih načinih zdravljenja, hkrati pa jim ponudi občutek, da niso edini, ki trpijo za to fobijo. Hkrati pa upam, da bi moja zaključna naloga prispevala h ozaveščenosti splošne javnosti ter, da bi s tem zmanjšali stigmatizacijo oseb z omenjeno fobijo.

V zaključni nalogi so zastavljeni naslednji cilji:

- Pojasniti pojem specifične fobije in emetofobije, predstaviti simptomatsko izražanje specifičnih fobij, podrobneje emetofobije.
- Ugotoviti dejavnike, ki vplivajo na nastanek emetofobije in ostalih specifičnih fobij in preučiti kognitivno-vedenjske in psihodinamične vzroke le-teh.
- Predstaviti različne oblike psihoterapij, ki se uporabljajo pri specifičnih fobijah predvsem emetofobiji

2 ANKSIOZNE MOTNJE

Z anksioznostjo oziroma tesnobljostjo se srečamo že skoraj vsepovsod, razlogi zanjo pa so lahko različni. Na določene stresne dogodke v življenju preprosto reagiramo s tesnobljostjo, čemur pravimo »normalna anksioznost«, oziroma, kot jo definira Kocmurjeva (1999, str. 230) je to »uskklajen spoznavni, čustveni, fiziološki in vedenjski odgovor na dejansko ali na grozečo nevarnost«. Nastane, ko se aktivirajo obrambne reakcije. Taka tesnobljost je evolucijsko koristna, saj v našem telesu sproža mehanizme kot so pospešeno dihanje in s tem hitrejša preskrba krvi s kisikom in hitrejšo izločanje ogljikovega dioksida, pospešeno delovanje srca omogoča boljše prekrvavitev mišic ter s tem tudi hitrejšo izločanje mlečne kisline itd. kar nam vse skupaj omogoča hitrejšo reakcije in možnosti za preživetje v situacijah kot so »beg ali boj«. Vendar, se posamezniki med seboj razlikujemo glede praga anksioznosti, določeni posamezniki so anksiozni tudi takrat, ko nevarnosti pravzaprav ni (Kordič-Lašič, 2013).

V nasprotju z »normalno tesnobljostjo«, pa so anksiozne motnje v Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (v nadaljevanju MKB-10-AM) definirane kot skupina motenj, pri katerih samo ali predvsem določena situacija izzove strah, ta situacija pa na splošno ni nevarna. Posledično, se jim oseba izogiba ali pa jih prenaša z grozo. Ko se oseba znajde v taki situaciji, od katere ne more pobegniti, ga lahko pričnejo skrbeti njegovi telesni simptomi (palpitacije, občutje omedlevanja), kar pa je pogosto povezano še s strahom pred smrtjo, izgubo kontrole ali norostjo. Oseba lahko že ob samem pričakovanju fobogene situacije reagira z močnim strahom (IVZ, 2008).

Anksiozne motnje predstavljajo najpogostejše psihološke motnje. Omenjen pojem pa se uporablja za opis stanj v katerih je tesnobljost prevladujoč dejavnik. Ta stanja pa so: fobične motnje, panična motnja, generalizirana anksiozna motnja, posttravmatska stresna motnja in obsesivno-kompulzivna motnja (Last idr., 1992; Carter idr., 1995; Craske, 1997, po Emilien, Durlach, Lepola in Dinan, 2002). Pri diagnozi naštetih stanj je pomembno izključiti fiziološko realno podlago pojavljanja le-teh (Kodrič-Lašič, 2013).

Najpogosteje se pojavijo med drugim in tretjim desetletjem posameznikovega življenja. Njena pojavnost pa je pri ženskah dvakrat večja kot pri moških (Kessler idr., 1994, po Emilien, Durlach, Lepola in Dinan, 2002).

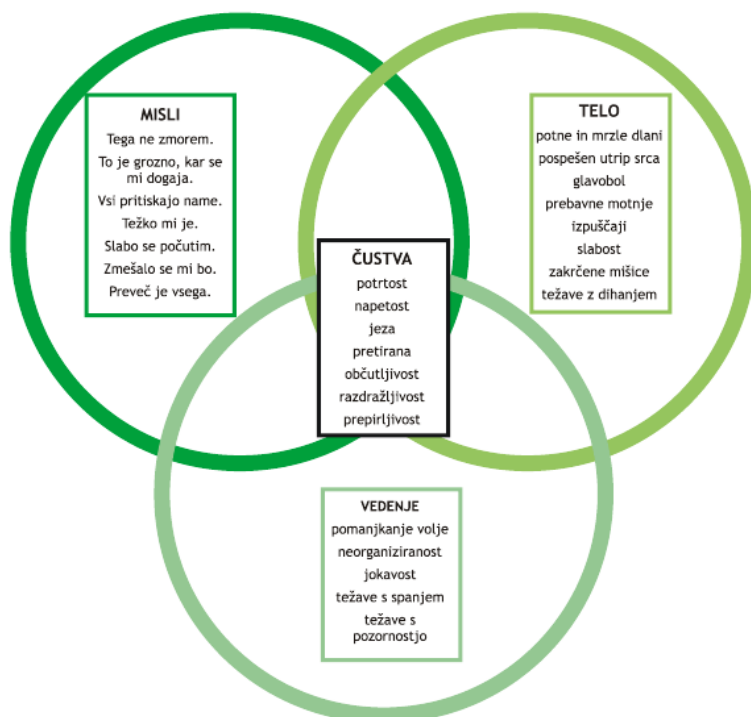
Dejavniki tveganja za anksiozne motnje naj bi bile razne zlorabe in drugi travmatski dogodki v otroštvu, duševno moteni starši, pojav anksioznosti pri starših in vedenje staršev (na primer preveč zaščitniško vedenje staršev do otroka, neprestana kontrola nad otrokom itd.) (Antony in Swinson, 1996).

2.1 Simptomi anksioznih motenj

Simptomi tesnobe so razporejeni na dva dela:

- subjektivni simptomi (tisti, ki se jih občuti kot psihološke izkušnje), ki vključujejo strah, skrbi, občutek napadenosti, depersonalizacijo in obsesivne misli, ki se navezujejo na varnost drugih, strah pred tem, da bi umrl itd.
- objektivni simptomi, ki vključujejo bolečine v trebuhu, slabost, vrtoglavico, omotičnost, motnje ravnotežja, palpitanje (razbijanje srca), suha usta, vročinske vabe, pospešeno dihanje, plitko dihanje, nemirne noge, utrujenost itd. (Emilien, Durlach, Lepola in Dinan, 2002). Kocmurjeva (1999) pa dodaja še bolečino v prsih, cmok v grlu, bolečine v medenici ali v genitalijah, siljenje na vodo, težave v spolnosti, bolečine v mišicah, tremor, potenje in parestezije.

Dernovšek, Gorenc in Jerišček (2012) pa simptome delijo na štiri dele in poudarjajo njihovo prepletenost:



Slika 1: Prepletenost simptomov anksioznih motenj (Dernovšek, Gorenc in Jerišček, 2012, str. 40).

Zgoraj omenjeni avtorji poudarjajo tudi pomembnost posameznikovega prepoznavanja simptomov anksioznosti, saj lahko oseba na primer telesne znake anksioznosti hitro zameša z znaki srčnega napada, kar tesnobo le še dodatno poveča. Prav tako, lahko anksioznost hitro zamešamo z depresijo, saj se mnogokrat prepletata. Razlika med njima je ravno v telesnih znakih in jih v primeru zamenjave s srčnim napadom zlahka spregledamo in ostalo simptomatiko pripišemo depresiji. Omenjajo, da je bistvo anksioznih motenj posameznikovo mišljenje, da so simptomi, ki jih doživlja tako hudi in nevarni, da tega ne bo zdržal, kar pa vodi v izogibanje situacijam, ki so v preteklosti sprožile simptome

anksioznosti, vendar - paradoksalno - to izogibanje strah le še dodatno povečuje (Dernovšek, Gorenc in Jerišček, 2012).

2.2 Dejavniki anksioznih motenj

Avtorji (Dernovšek, Gorenc in Jerišček, 2012) navajajo, da se v posamezniku prepletajo različni dejavniki, katere delimo v tri skupine:

1. Dejavniki zaradi katerih je oseba bolj dovzetna za razvoj anksioznih motenj: ti dejavniki so prisotni že precej časa pred dejanskim razvojem motnje.

Sem spadajo:

- anksiozne motnje v družini;
- prirojena nagnjenost k tesnobi;
- določene osebnostne lastnosti, kot so: perfekcionizem, želja in potreba po nadzoru situacije, velika potreba po varnosti in nagnjenost k podcenjevanju lastnih sposobnosti reševanja problemov.

2. Dejavniki ki sprožijo anksiozne motnje: le-ti so prisotni tik pred nastankom motnje, mednje pa sodijo:

- različni neprijetni dogodki v okolju;
- zdravstvene težave;
- izgube (na primer smrt v družini, prometna nesreča, ločitev, finančne težave, izguba delovnega mesta);
- osamljenost.

3. Dejavniki, ki vzdržujejo anksiozne motnje: včasih so enaki kot pri prejšnjih dveh točkah, običajno pa se jim pridružijo še težave, ki jih povzroči tesnoba, le-ta pa posameznika ovira v vsakdanjem življenju.

2.3. Oblike anksioznih motenj

MKB-10-AM (IVZ, 2008) anksiozne motnje uvršča med nevrotske, stresne in somatoformne motnje, le-te pa razdeli na:

- fobične anksiozne motnje (te se dalje delijo na agorafobijo (brez in s panično motnjo), socialne fobije, specifične (izolirane) fobije in druge fobične anksiozne motnje),
- druge anksiozne motnje (delijo se na panično motnjo, generalizirano anksiozno motnjo, mešano anksiozno in depresivno motnjo, druge mešane anksiozne motnje in druge specializirane anksiozne motnje),
- obsesivno-kompulzivno motnjo (ta se deli na pretežno obsesivne misli ali ruminacije, pretežno kompulzivna dejanja (obsesivni obredi), mešane obsesivne misli in dejanja ter na druge obsesivno-kompulzivne motnje),
- reakcijo na hud stres in prilagoditvene motnje (deli se na akutno stresno reakcijo, postravmatsko stresno motnjo, prilagoditveno motnjo in druge reakcije na hud stres),
- disociativne (konverzivne) motnje (delijo se na disociativno amnezijo, disociativno fugo, disociativni stupor, stanja transa in motnje obsedenosti, disociativne motorične motnje, disociativne konvulzije, disociativna anestezija in izguba senzibilnosti, mešane disociativne (konverzivne) motnje in na druge disociativne (konverzivne) motnje),

- somatoformne motnje (sem sodijo: somatizacijska motnja, nediferencirana somatoformna motnja, hipohondrična motnja, somatoformna avtonomna disfunkcija, trajna somatoformna bolečinska motnja in druge somatoformne motnje),
- druge nevrotske motnje (te se pa delijo na nevrastenijo, sindrom depersonalizacije-derealizacije ter druge opredeljene in neopredeljene nevrotske motnje).

3 SPECIFIČNE (IZOLIRANE) FOBIIJE

»Specifična fobija je vztrajen ali ponavljajoči se strah pred določenim objektom ali pred vrsto objektov ali situacij« (Compton, 1992, po Erič, 2010, str. 333).

Ta strah ni racionalno upravičen, posameznik ga doživlja subjektivno in izven možnosti nadzora. Posameznik, se tega strahu ne more enostavno znebiti z logičnim presojanjem, kar vodi do izogibanja zastrašujočega objekta ali situacije (Compton, 1992, po Erič, 2010). Kocmurjeva (1999) pa poudarja tudi, da tej objekti ali situacije sami po sebi niso nevarni.

Objektov strahu je zelo veliko, DSM-IV-TR (1994, po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013) pa specifične fobije razdeli v pet skupin:

- Strah pred živalmi (na primer strah pred psi, pajki, kačami)
- Strah pred naravnimi – okoljskimi pojavi (na primer strah pred višino, gromom, strelo, vodo)
- Strah pred krvjo/injekcijo/poškodbami (na primer strah pred tem, da bi prejel injekcijo, videl kri, bil operiran in druge invazivne zdravniške intervencije)
- Strah pred različnimi situacijami (na primer strah pred letenjem, zaprtimi prostori, vožnjo)
- Strah pred drugimi objekti ali situacijami (na primer strah pred glasnimi zvoki, bruhanjem, davljenjem, zamaskiranimi osebami – klovni idr.)

Naj omenim tudi dejstvo, da različni avtorji razlikujejo med anksioznostjo in strahom, in sicer: strah definirajo kot specifično čustvo, katerega izzovejo potencialno nevarni dražljaji. Strah opozori organizem na pretečo nevarnost in pripravi organizem na potencialen beg, torej na hitro reakcijo. Anksioznost pa se običajno nanaša na čustvena stanja sorodna strahu, vendar se od le-tega razlikuje v tem, da se lahko prične že nekaj časa pred določeno situacijo (na primer izpitom) in pa ne preneha s tem, ko posameznik ni več v nevarnosti, temveč se nadaljuje – lahko traja dneve, tedne, mesce (Ollendick in March, 2003; Rachman, 2013).

Razlikujeta pa se tudi strah in fobija. Fobija je za razliko od strahu 1) pretirana (glede na trenutno situacijo), 2) ni logično utemeljena, 3) ne moremo je nadzirati, 4) vodi v izogibanje fobogenemu dražljaju (objekt/situacija, ki povzroča strah), 5) vztraja skozi čas, 6) slabo prilagodljiva in 7) ni značilna za zgolj določeno starost ali fazo posameznika (Silverman in Rabian, 1994; Marks, 1969, po Öst in Reuterskiöld, 2013).

3.1 Klasifikacija v MKB-10-AM

V Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (IVZ, 2008) so specifične (izolirane) fobije obravnavane pod oznako Fobične anksiozne motnje (F40) in podoznako Agorafobija (F40.0) ter njeno podoznako Specifične (izolirane) fobije (F40.2).

3.2 Klasifikacija v DSM-IV-TR

V Diagnostičnem in statističnem priročniku za duševne motnje pa je specifična fobija uvrščena pod anksiozne motnje in sicer pod njeno podoznako Specifična fobija (300.29) (APA, 2000).

3.3 Simptomi specifične (izolirane) fobije

Diagnoza specifične fobije zahteva, da se zaznani strah nanaša na specifični objekt ali situacijo, le-ta pa vedno znova izzove omenjen strah, posameznik pa mora prepoznati, da je njegov odziv pretiran glede na dejansko stopnjo nevarnosti specifičnega objekta ali situacije. Posamezniki običajno doživljajo strah ali tesnoba, še preden so dejansko izpostavljeni situaciji ali predmetu, kar pa povežejo še z aktivnim izogibanjem predmetu ali situaciji, ali pa prestajajo fobično situacijo s tesnoba in hudo stisko. Diagnoza zahteva tudi, da je zaradi fobije oteženo posameznikovo vsakdanje življenje, akademsko delovanje, družabne dejavnosti in odnosi z ljudmi. Diagnoza predpostavlja tudi da posameznikov strah ali tesnoba ne ustreza bolj kateri drugi duševni motnji. Vse to pa mora trajati najmanj 6 mesecev (American Psychiatric Association, 2000, po, Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013; APA, 2011, po Öst in Reuterskiöld, 2013). Svetovna zdravstvena organizacija pa navaja tudi dejstvo, da se občutja strahu pojavijo že ob sami misli na to, da bi se soočili s fobogenim objektom ali situacijo in ne zgolj ob izpostavljenosti le-temu (WHO, 1993a). Za diferencialno diagnozo pa se zahteva, da niso prisotni ostali psihiatrični simptomi. To pomeni, da so strahovi pred določenimi boleznimi na primer rakom, srčnimi boleznimi uvrščeni med hipohondrične motnje in ne med specifične fobije. Da je strah pred nečim uvrščen med fobije, mora biti primaren in ne sekundaren, zaradi določene blodnjave ali obsesivne misli (WHO, 1993b).

3.4 Epidemiologija

Specifične fobije so v splošni populaciji najpogostejše psihiatrične motnje (4,5 do 11,6 %) (Barlow in Liebowitz, 1995, po Erić 2010). Prvo raziskavo o tem je pred koncem 19. stoletja opravil ameriški psiholog Stanley Hall, v raziskavi pa je zaobjel veliko število oseb različnih starosti. Vzorec je obsegal 1701 oseb, popisali pa so 6456 fobij, sam avtor pa pravi, da so bile »najpogostejše fobije pred gromom, plazilci, neznanimi ljudmi, temo, ognjem, smrtjo, domačimi živalmi, vodo, duhovi, insekti, sanjami, psi, mački, cikloni, ptiči ipd.« (Hall, 1897, po Erić, 2010, str. 334). Šele okoli leta 1970 se je znova pričelo konstruiranje različnih vprašalnikov in popisovanj za ugotavljanje obstoja fobij med prebivalstvom. Ugotovili so, da je specifična fobija zelo pogosta in hkrati pogostejša pri ženskah, kot pri moških ter, da zdravniško in psihiatrično pomoč poišče zgolj neznatno število ljudi.

Stewart Agras (1969, po Erić, 2010) je s sodelavci ugotovil, da je specifična fobija pravzaprav najpogostejša oblika fobije med prebivalstvom, kar pa posebej velja za fobije pred medicinskimi intervencijami, nevihto, smrtjo, gnečo, živalmi, višino, ostrimi in koničastimi predmeti ipd.

Tudi v najobsežnejši epidemiološki raziskavi, študiji ECA (Epidemiological Catchment Area Study) so prišli do istega sklepa. V raziskavi so zajeli 9000 odraslih oseb, s treh

področij ZDA v obdobju 1980-1982, ugotovili pa so, da se specifična fobija pojavlja pri moških s 3,8 do 14%, pri ženskah pa 8,5 do 25,9% (Regier idr., 1984, Myers idr., 1984, Robins idr., 1984, po Erić, 2010). S toliko višjo pojavnostjo specifičnih fobij pri ženskah, predstavlja ženski spol dejavnik tveganja specifičnih fobij (Antony in Swinson, 1996).

Simptomi specifične fobije se običajno pojavijo v otroštvu ali zgodnjem mladostništvu, povprečna starost pa variira glede na posamezne tipe fobije (Stinson idr., 2007). Opazili so, da so fobije, ki se nanašajo na določene situacije, bolj razširjene med odraslimi osebami (Fredrikson, Annas, Fischer in Wik, 1996, po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013) in tudi kasneje nastopijo (okoli 20. leta), kot pa fobije vezane na strah pred živalmi, krvjo/injekcijo/poškodbami (Depla, ten Have, van Balkom, in de Graaf, 2008; Lipsitz, Barlow, Mannuzza, Hofmann in Fyer, 2002, po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013). Če pri specifični fobiji ne posredujemo, običajno traja dlje časa. Kar se tiče etničnih in spolnih razlik, pa so raziskave pokazale, da so le-te povezane z diagnozo specifične fobije, so pa epidemiološki podatki pokazali, da so specifične fobije pogostejše med belci kot pa med Azijci in Latino prebivalci (Stinson idr., 2007), niso pa še odkrili razloga čemu je to tako. Poleg tega so ugotovili, da so fobije povezane z živalmi, višino in situacijske fobije bolj razširjene med osebami ženskega spola, kot pa pri moških, medtem, ko so raziskave glede fobij vezanih na strah pred krvjo/injekcijo/poškodbami prišle do različnih ugotovitev; nekatere raziskave ugotavljajo večjo pojavnost pri ženskah (Beesdo, Knappe, in Pine, 2009; Bienvenu in Eaton, 1998, po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013), spet druge pa ne najdejo znatnih razlik med spoloma (Fredrikson idr., 1996, po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013). Ugotovili so še, da se pri posameznikih pojavljajo različne specifične fobije čez celotno življenjsko obdobje, običajno pa so vse istega tipa (Curtis idr., 1998; Wittchen, Lecrubier, Beesdo, in Nocon, 2003, po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013). V eni od raziskav pa so potrdili, da se posamezne oblike specifičnih fobij začnejo v točno določeni starosti, na primer okoli sedmega leta starosti se pojavijo fobije pred živalmi, dve leti kasneje fobije pred krvjo, okoli 12. leta pa fobije pred stomatološkimi intervencijami in pa okoli 20. leta še klavstrofobija (Barlow in Liebowitz, 1995, po Erić, 2010).

Specifične fobije se pogosto pojavljajo skupaj z drugimi motnjami, kot dodatna diagnoza, predvsem ko je postavljena glavna diagnoza anksioznosti ali motnje razpoloženja. Medtem ko nekatere raziskave pričajo o tem, da se specifične fobije ne tako zelo pogosto pojavljajo skupaj z depresivno motnjo (Schatzberg, Samson, Rothschild, Bond, in Regier, 1998; Stinson idr., 2007, po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013), bulimijo nervoso (Schwalberg, Barlow, Alger in Howard, 1992, po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013) in alkoholizmom (Lehman, Patterson, Brown in Barlow, 1998, po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013), pa druge raziskave ugotavljajo, da se fobije vezane na strah pred krvjo/injekcijo/poškodbo pogosto pojavljajo skupaj z depresijo in motnjami zaradi zlorabe psihoaktivnih substanc (Becker idr., 2007; Depla idr., 2008, po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013), predvsem marihuane (Bienvenu in Eaton, 1998, po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013).

3.4.1 Specifične fobije pri otrocih

Veliko število raziskovalcev je ugotovilo, da so specifične fobije pri otrocih zelo pogoste. V eni od raziskav, je bilo v vzorcu 400 otrok starih od 5 do 12 let, ugotovili pa so, da ima kar 95% otrok vsaj eno fobijo (Jersild in Holmes, 1933, po Erić, 2010). Tudi v drugi raziskavi, kjer je bilo vključenih 1096 otrok, so prišli do podobnih ugotovitev (Mc Farlen idr., 1954, po Erić, 2010). Zanimivi so rezultati raziskav, ki so pokazali, da so pri otrocih prisotne različne fobije hkrati, in sicer, v eni od raziskav so imele deklice v povprečju po 13 fobij, dečki pa 9, najpogostejše oblike pa so bile: fobija pred slabostmi in kritiko, pred neznanimi osebami, poškodbami, malimi živalmi, nevarnostjo in medicinskimi intervencijami (Ollendick, 1983, Ollendick idr. 1985, po Erić, 2010). So pa ugotovili, da specifična fobija najpogosteje izgine tekom dozorevanja in se nato ne pojavi več (Verhulst, 1985, po Erić, 2010). Druga raziskava pa je ugotovila, da se pojavlja nihanje, torej, da ena od fobij izgine, se pa pojavi druga, kar pomeni, da je za vsako starost značilna določena oblika teh motenj, kar pa se še posebej nanaša na fobije pred socialnimi situacijami, poškodbami in naravnimi pojavi. Sama prisotnost fobije, pa je odvisna od čustvene stabilnosti otroka (Ollendick idr., 1985, po Erić, 2010). Pomembno pa je omeniti sklep več raziskav, ki se nanaša na jakost fobij in pravi, da je le-ta zelo blaga in klinično nepomembna (Rutter, Tizard in Whitmore, 1970, po Erić, 2010), do podobne ugotovitve pa so prišli tudi drugi raziskovalci deset let pozneje, kar je potrdilo zakonitost tega pojava (Graziano in De Giovanni, 1979, po Erić, 2010).

4 EMETOFOBIJA

Pojem strah pred bruhanjem oziroma emetofobija je po Beckerju in drugih (2007, po Price, Veale in Brewin, 2011) definirana kot vztrajen strah in izogibanje bruhanju, kot »predmetu«, lastnemu aktu bruhanja ali drugih, ki bruhamo, kar pa povzroča znatno stisko in poslabšanje stanja.

4.1 Klasifikacija v MKB-10-AM

V Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene je emetofobija uvrščena med Specifične (izolirane) fobije (F40.2).

4.2 Klasifikacija DSM-IV-TR

Emetofobija (ang. specific phobia of vomiting, zato jo lahko najdemo tudi pod kratico SPOV) je v DSM-IV-TR uvrščena med specifične fobije in sicer v kategorijo »strah pred drugimi objekti ali situacijami« (APA, 2000, po Price, Veale in Brewin, 2011).

4.3 Simptomi emetofobije

Nekoč so menili, da bi morali emetofobijo uvrstiti pod socialno fobijo in sicer zaradi občutkov osramotitve pred drugimi (če bi na primer oseba z emetofobijo bruhal v javnosti) (Marks, 1987, po Lipsitz, Fyer, Paterniti in Klein, 2001), drugi avtorji (Lydiard idr. 1986, po Lipsitz, Fyer, Paterniti in Klein, 2001) pa so menili, da emetofobija sodi k panični motnji. Nekateri avtorji (Pollard idr., 1996, po Lipsitz, Fyer, Paterniti in Klein, 2001) so predlagali, da bi morala biti emetofobija zaradi obsežnega izogibanja javnosti, množicam ipd. uvrščena pod agorafobijo brez panične motnje. Pri otrocih pa so predlagali uvrstitev emetofobije pod ločitveno tesnobo v otroštvu (Klonoff idr., 1984, po Lipsitz, Fyer, Paterniti in Klein, 2001). Lahko se zgodi tudi, da zaradi vedenja kot je izogibanje javnosti, preprečevanje možne slabosti in bruhanja z izogibanjem hrani in pa preprečevanje okužb (ter posledične slabosti/bruhanja) s kompulzivnim umivanjem rok, pride do napačne diagnoze, na primer agorafobije (Pollard, Tait, Meldrum, Dubinski in Gall, 1996, po Price, Veale in Brewin, 2011), anoreksije nervoze (Manassis in Kalman, 1990, po Price, Veale in Brewin, 2011) in obsesivno-kompulzivne motnje (Veale, 2009, po Price, Veale in Brewin, 2011).

Zanimivo je, da se emetofobija pojavlja v različnih oblikah (McNally, 1997, po van Hout in Bouman, 2008), nekaterim posameznikom namreč največji strah predstavlja že bruhanje kot tako, drugi pa se najbolj bojijo tega, da bi drugi bruhal v njihovi prisotnosti, nekateri, pa se bojijo drugih, ki bruhamo, ker bi to povzročilo njihov lasten akt bruhanja, torej se bojijo tudi tega, da bi bruhal oni sami. Še vedno je največji strah nekaterih posameznikov dejstvo, da bi morda bruhal v javnosti ali socialni situaciji, skratka v prisotnosti drugih ljudi ter se s tem zelo osramotili (van Hout in Bouman, 2008). Dejstvo pa je, da se osebe z emetofobijo izogibajo vsemu, kar bi lahko bilo kakorkoli povezano z bruhanjem. To lahko vodi od izogibanja uporabi besede »bruhanje« vse do izogibanja prehranjevanju v javnosti ali celo nosečnosti (zaradi strahu, da bi jim bilo slabo) (Massop, 2005, po van Overveld, de Jong, Peters, van Hout in Bouman 2008).

Avtorji (Höller, van Overveld, Jutglar in Trinka, 2013) poudarjajo tudi pomen slabosti, kot simptoma emetofobije (do slabosti pride zaradi neprestanega preverjanja, če jim je slučajno slabo in pa zaradi anksioznosti) ter posledično možnih motenj prehranjevanja (na primer anoreksija), zato da bi slabost in bruhanje preprečili (Veale, Costa, Murphy in Ellison, 2011; Williams, Field, Riegel in Paul, 2011).

Sama diagnoza emetofobije pa zahteva (Tabela1) (Veale, 2009):

Tabela1:

Ključni kriteriji za specifično fobijo pred bruhanjem

-
- a) Izrazit in vztrajen strah pred bruhanjem, ki je neracionalen in pretiran, povzroči pa ga prisotnost bruhanja ali predvidevanje osebe, da bo do tega prišlo.
 - b) Izpostavljenost dejavnikom, ki nakazujejo, da bo prišlo do bruhanja, skoraj vedno izzove takojšnjo anksioznost, ki se lahko izrazi tudi v obliki paničnega napada.
 - c) Oseba se zaveda, da je strah pred bruhanjem pretiran oziroma nerazumen.
 - d) Fobogenim situacijam se oseba izogiba, ali pa le-te preživlja z anksioznostjo in stisko.
 - e) Izogibanje, nestrpno predvidevanje, da bo prišlo do bruhanja, znatno ovira posameznikovo vsakdanje življenje.
-

4.4 Epidemiologija

V študiji mentalnega zdravja v Dresdenu so ugotovili, da pojavnost emetofobije znaša 0,1% (Becker idr., 2007), druge študije pa so celo prišle do rezultatov pojavnosti pri moških 1,7-3,1%, pri ženskah pa 6-7% (van Overveld, de Jong, Peters, van Hout, in Bouman, 2008; Philips, 1985, po Price, Veale in Brewin, 2011). Kljub omenjeni pojavnosti pa se večina člankov na temo emetofobije prične ravno s stavkom, ki omenja, da je emetofobija zelo slabo raziskana, da so podatki o njej zelo omejeni ter, da raziskave večinoma temeljijo na samoporočanju oseb z emetofobijo (van Hout, Bouman, 2012; Lipsitz, Fyer, Paterniti in Klein, 2001; van Overveld, de Jong, Peters, van Hout in Bouman 2008; Price, Veale in Brewin, 2011; Veale in Lambrou, 2006; Veale, Murphy, Ellison, Kanakam in Costa, 2013; Veale idr., 2012; Williams, Field, Riegel in Paul, 2011).

Simptomi emetofobije se običajno pojavijo v otroštvu, povprečno pa trajajo 26 let. Posameznikovo izogibanje določeni hrani, potovanjem, nosečnosti, jemanje nepotrebnih zdravil, obsežno čiščenje pogosto vodi do klinično pomembnega vpliva na funkcioniranje posameznika (Lipsitz, Fyer, Paterniti in Klein, 2001; Veale in Lambrou, 2006; Höller, van Overveld, Jutglar in Trinka, 2013).

5 VZROKI SPECIFIČNIH (IZOLIRANIH) FOBIJ

Fyer (1998) navaja tri glavne etiološke pristope h razlagi specifičnih fobij:

- Model spremenjenega pogojevanja
- Neasociativni modeli
- Psihodinamični pristop

5.1 Model spremenjenega pogojevanja

Temelji na modelu klasičnega pogojevanja specifičnih fobij, ki se je razvil v dvajsetih letih 20. stoletja. Razvili so ga Watson in drugi behavioristi (Watson in Rayner, 1920, po Fyer, 1998). Pri tem modelu gre za učenje s povezavo, t.i. asociativno učenje, kjer se ugotavlja kako se živali in ljudje učijo povezovati nove dražljaje s prirojenimi človeškimi refleksi. Prvi, ki je raziskoval zakonitosti klasičnega pogojevanja je bil Ivan Pavlov, s poskusi na psu. Psa je priključil na aparat, ki je meril količino izločene slin (brezpogojni odziv) ob brezpogojnem dražljaju (predstavljala ga je hrana). Nato brezpogojnemu dražljaju (hrani) dodal še pogojni dražljaj (zvonček). Pes se ob samem zvončkljanju zvončka ni slinil, ob pojavitvi hrane in zvončka skupaj v zelo kratkem času pa ja. Po nekaj ponovitvah se je pes pričel sliniti že zgolj ob pogojnem dražljaju (zvončku), kar pomeni, da je razvil pogojni odziv. Na podlagi tega je Watson naredil eksperiment z Malim Albertom, kjer je naučil otroka strahu pred živaljo (Pastirk, 2011). Otrok se sprva ni bal podgan (brezpogojni dražljaj), nato pa je Watson ob igranju otroka s podgano povzročil zelo glasen zvok (s kovinsko palico in kladivom, kar je predstavljalo pogojni dražljaj) ter s tem otroka zelo ustrašil, nakar je otrok pričel jokati (brezpogojni odziv). Po nekaj poskusih, je otrok jokal (pogojni odziv) že samo ob pogledu na podgano (pogojni dražljaj) (Pastorino in Doyle-Portillo, 2013). Behavioristi so na podlagi tega predlagali podoben nastanek tudi pri specifičnih fobijah (Fyer, 1998).

Naj omenim še model instrumentalnega pogojevanja katerega začetnik je Thorndike, nadalje pa ga je razvil Skinner. To pogojevanje poteka na tak način, da po določenem vedenju sledi nagrada ali kazen za to vedenje. Nagrada prinaša ugodje in povzroči ojačanje vedenja, zato nagradi pravimo ojačevalec. Takemu ojačevanju vedenja pa pravimo pozitivno ojačevanje. Poznamo tudi negativno ojačevanje, kjer gre za odsotnost kazni in posledično ojačanje določenega vedenja, zato, da se negativna posledica – kazen ne pojavi. Pri kaznovanju pa gre za dve obliki: lahko se ob neustreznem vedenju preneha nagrajevanje ali pa uvede kazen (negativen ojačevalec, gre za averzivno ojačevanje). Potrebno pa je omeniti tudi princip ugašanja, kjer gre za zmanjševanje števila pojavljanj nekega vedenja. Tukaj se nagrada, ki bi vedenje jačala, ne pojavlja več, zato vedenje upade (dober primer so otrokovi napadi trme, starši pa temu ne nudijo pozornosti, zato otrok s trmo postopoma preneha) (Jakopec, 2000, po Pastirk, 2011).

Tretji model učenja, pa je modelno učenje (učenje s posnemanjem, observacijsko učenje), ki je povezano z intrapsihičnimi procesi (kognitivnimi, motivacijskimi), kar pomeni učenje na izkušnji drugih. Potrebna sta vsaj dva udeleženca: tisti, ki vedenje izvaja (model) in pa

tisti, ki vedenje opazuje (opazovalec). Najbolj znan primer modelnega učenja je Bandurov eksperiment z lutko Bobo (Pastirk, 2011). V eksperimentu so posneli film, v katerem ženska pretepa lutko Bobo in vpije raznorazne agresivne besede. Kasneje so ta film pokazali otrokom in jih spustili v sobo z lutko Bobo. Otroci so hitro pričeli z enakim vedenjem kot so ga videli v filmu, torej so vedenje opazovali in ga kasneje posnemali (Jones-Smith, 2011).

Model spremenjenega vedenja bi lahko poimenovali tudi vedenjski model. Bistvo se nahaja v vedenju posameznika, moteno vedenje pa je naučeno po principu klasičnega pogojevanja (Jakopec, 2000, po Pastirk, 2011).

5.2 Neasociativni modeli

Tej modeli so ustvarjeni po načelu, da imajo vse vrste živih bitij neke strahove, ki so del razvoja te vrste in se lahko pojavijo tudi pri posameznikih, ki s temi strahovi ali fobogenimi dražljaji sploh še niso imeli direktne ali indirektno izkušnje (Fyer, 1998).

Primeri takih strahov pa so: strah pred tujci (King idr, 1997, po Fyer, 1998), strah pred vizualnim prepadam (Bertenthal in Campos, 1984, po Fyer, 1998) in pa separacijska anksioznost (Bowlby, 1973, po Fyer, 1998).

Glavna razlika med neasociativnimi modeli in modelom spremenjenega pogojevanja je ravno ta prva izkušnja s fobogenim objektom/situacijo, ki pri neasociativnih modelih ni zahtevana (Fyer, 1998).

V literaturi lahko zasledimo vsaj dve različni teoriji. Ena pravi, da do fobij pride, zaradi težav pri navajanju na bistvene razvojne strahove, druga pa pravi, da pride do fobij, zaradi neustreznega delovanja sistema, ki prepoznava situacije kot nevarne ali nenevarne (Fyer, 1998).

Pri prvi teoriji Menzies in Clarke (1995, po Fyer, 1998) razlagata, da lahko do težav pri navajanju na bistvene razvojne strahove pride, zato, ker posameznik ni imel priložnosti izkusiti varne izpostavljenosti določenemu predmetu/situaciji. Izpostavljata primer vizualnega prepada pri otrocih – otroci so postavljeni na stekleno podlago, pod steklom se nahaja črna-bela podlaga, ki se na polovici steklene podlage nenadoma spusti proti tlom. Otrok še ni zmožen razumeti, da se tudi na drugi polovici nahaja steklo in da ne more pasti. Otrok, ki je izpostavljen taki situaciji in ob sebi nima osebe, ki bi mu dala vedeti, da se mu ne more nič zgoditi, ter, da je na varnem, bo razvil strah pred višino (akrofobija) (Fyer, 1998).

Pri drugi teoriji Rachman (1990) navede primer strahu pred krvjo. Osebe s to fobijo ob stiku s krvjo doživljajo vrtoglavico, omedlevico, se potijo itd. Tej fiziološki znaki posamezniku predstavljajo neko neprijetno izkušnjo in se ji razumno želijo izogniti. Posamezniki brez omenjene fobije ob stiku s krvjo ne doživljajo teh fizioloških pojavov. Torej gre za nekakšno okvaro že sistema samega po sebi in ne za zmotno zaznavanje posameznika (Fyer, 1998).

5.3 Psihodinamični pristop

Sigmund Freud se je vseskozi ukvarjal s teorijo strahu, na koncu pa pravzaprav ni izgradil celovite teorije (Erić, 2010). Najprej je bil mnenja, da se psihopatologije fobij ne da pojasnjevati samo s simptomi, temveč je potrebno pojasniti tudi vztrajanje simptomov (Breuer in Freud, 1893-1895, po Erić, 2010). Pri sami opredelitvi fobij je pokazal določeno negotovost, saj ni opisal njihovih bistvenih značilnosti. Razvrstil jih je tako med aktualne nevroze kot med obrambne nevropsihoze, a je vedno strah ostal nepojasnen. Skratka, menil je, da so fobije del vsebine mnogih psihičnih motenj, niso pa posebna diagnostična entiteta (Erić, 2010).

Vzrok za vse vrste fobij pa je videl v seksualnih dejavnikih. Kasneje, s primerom Malega Hansa (1909), ki je predstavljal otroško fobijo pred živalmi – konjem, pa je poudarjal vlogo psihičnega konflikta pri nastanku fobij (Erić, 2010). Predpostavljal je, da je Mali Hans postal agresiven do očeta zaradi ojdipalne ljubosumnosti. Agresivnih čustev pa si zaradi želje po očetovi ljubezni ni mogel privoščiti. Zato je, da bi si pomiril kastracijski strah in agresivna čustva do očeta, razvil strah pred konji. Na tak način ni bil on povzročitelj agresije, temveč je bil on ogrožen s strani konjev, namesto s strani očeta. K tem obrambam pa naj bi se pridružili še nevrotska kompromisna tvorba in regresija v oralno fazo, ki se izrazi s strahom pred tem, da bi ga konji grizli (Pastirk, 2011). Takrat je fobije imenoval 'histerija strahu', saj je menil, da imata fobija in histerija iste simptome, njihov izvor pa je v otroških seksualnih fantazijah, ne pa v aktualnem travmatičnem dogodku. Pri otrocih naj bi se libido pretvarjal v strah – fobijo, saj se ne more pretvoriti v 'telesne ekvivalente'. V delu Uvodna predavanja o psihoanalizi (1917, po Erić, 2010), pa je Freud objavil teorijo fobij, ki pravi, da lahko pri fobijah razlikujemo dve fazi nevrotskega procesa, in sicer: v prvi fazi gre za potlačitev in pretvarjanje libida v strah, ki se nato poveže z zunanjo nevarnostjo; v drugi fazi pa gre za izgradnjo vseh mer previdnosti in zagotovil, s pomočjo katerih se lahko izognemo kakršnemukoli stiku s to nevarnostjo, katero se obravnava kot zunanji dejavnik. Fobijo primerja z jarkom, ki se upira zunanji nevarnosti - zastrašujočemu libidu. Še nekaj let pozneje pa v delu Iz zgodovine neke otroške nevroze (znano kot Volčji človek) (1918, po Erić, 2010) razvije mnenje, da so fobije pravzaprav ščit ega pred homoseksualnim ugodjem, ki naj bi predstavljalo pogubno nevarnost. Freudova razlaga tega mnenja je, da je strah izšel iz potlačitve homoseksualnega libida, le-ta pa se je nato preobrazil v osvobojeni strah in vezal v obliki fobij. Nazadnje Freud v delu Inhibicija, simptom in tesnoba (1926, po Erić, 2010) poda nova razumevanja fobij. Pravi, da se v otroku pojavi skupek nagonskih impulzov, ki je sestavljen iz štirih želj: želje, da bi posedoval mater v nekem faličnem smislu; želje, da bi odstranil očeta, kot osovraženega rivala; želje, da bi ga imel oče rad v nekem faličnem smislu; želje, da bi odstranil svojo sestro, dojenčico, ravno tako kot rivalko. Vse to pogojuje 'nevarno situacijo', v kateri je bistveni dejavnik strah pred kastracijo. V teh okoliščinah se aktivira strah, ki aktivira potlačitev, ta pa zavrne celotno otroško seksualnost. Premestitev se odvija po poteh nezavednega in se nato omenjeni skupek nagonskih impulzov premakne na nek objekt, ki ustreza simboliki – primer je beli konj, v vezi s tem pa Freud sklene, da je Mali Hans zamenjal očeta s konjem in se zato boji konja, to premestitev pa lahko upravičeno

imenujemo simptom (Freud, 1926, po Erić, 2010). Simptom pa predstavlja nadomestek potlačenega konflikta, duševna bolezen pa naj bi po Freudu predstavljala nesposobnost racionalnega upravljanja notranjih stanj anksioznosti in hrepenenja. Duševno zdravje, pa seveda v nasprotju z boleznijo, predstavlja sposobnost prilagojenega in ustvarjalnega obravnavanja notranjih stanj (Pastirk, 2011).

Kasnejša dela psihoanalitične teorije so objavili Mosche Wulff, Berta Bornstein, Anneliese Schnurmann idr., poudarili pa so dva pomembna, nova elementa, ki sta značilna za fobijo, in sicer simbolično premestitev in značilno izogibanje fobogenemu objektu (Erić, 2010).

Od sredine 20. stoletja naprej se psihoanalitiki niso več veliko poglobljali v fobije in so to področje prepustili kognitivno-vedenskim teoretikom in praktikom (Erić, 2010).

5.4 Kognitivni model

Nekateri avtorji (Pastirk, 2011; Coelho in Purkis, 2009) omenjajo še kognitivni model, ki poudarja pomen povezanosti mišljenja z osebnostjo posameznika, kar pomeni, da ni bistvo v situaciji, temveč v našem razumevanju (zaznava in interpretacija) te situacije. Razumevanje in interpretacija pa sta odvisna od posameznikovih kognitivnih shem. Misli, ki se nam avtomatsko, spontano pojavljajo ob manifestnem miselnem dogajanju imenujemo avtomatska misel. Za avtomatsko misel je značilno katastrofiziranje situacije in razmišljanje v smislu »vse ali nič«, kar pa pogosto sprejmemo kot resnico, brez razmisleka ali ovrednotenja. Teh misli se običajno niti ne zavedamo, temveč se zavedamo čustev, ki nas ob njih spremljajo (Pastirk, 2011).

Pogojevanje lahko pomeni kognitivni proces, med katerim se posameznik nauči, da lahko ima nek odločilen dogodek negativne posledice. Pričakovanje je ključnega pomena v razvoju človeških odzivov s strahom. Torej iz kognitivne perspektive strah ni samo biološka priprava ali odziv na dražljaj, ampak pomeni tudi pripise glede tega ali je dražljaj varen ali ne, torej ali ima nek dražljaj pozitivne ali negativne posledice (Coelho in Purkis, 2009).

Mineka in Kihlstrom (1978, po Coelho in Purkis, 2009) menita, da sta pri razvoju fobij najpomembnejša nepredvidljivost in pa nenadzorovanost pomembnih dogodkov v posameznikovem življenju. Z opazovanjem opičjih mladičev, sta Mineka in Cook (1986, po Coelho in Purkis, 2009) ugotovila, da se opice, ki so odraščale v okolju z občutkom nadzora nad situacijo, hitreje privadijo na zastrašujoče dogodke od opic, ki so odraščale v enakem okolju, a brez nadzora nad situacijo. Torej, otroci z občutkom nadzora nad svojim okoljem, so manj prestrašeni pri soočanju z novimi dogodki in so bolj sposobni pri obravnavanju zastrašujočih situacij. Chorpita in Barlow (1998, po Coelho in Purkis, 2009) menita, da izkušnje z dogodki brez nadzora, v zgodnjih letih našega življenja, močno vplivajo na razvoj strahu in anksioznosti. Otroci z visokim občutkom nadzora nad dogodki imajo na tak način tudi večji dostop do informacij, ki jim omogočijo predvidevanje tega, kolikšna je možnost, da preprečijo negativne posledice nekega dogodka. Otroci z nižjim občutkom nadzora pa v glavnem shranjujejo informacije, ki podprejo njihovo prepričanje, da ne morejo ničesar storiti, da bi preprečili negativne posledice nekega dogodka. Po tem

principu se oblikujejo kognitivne sheme. Davey (1995, po Coelho in Purkis, 2009) omenja teorijo, ki temelji na pogojevanju, z dodatkom pričakovanj. Torej na podlagi zgoraj opisanega pogojevanja razvijemo pričakovanja, da bo pogojni dražljaj imel enake, negativne posledice, kot brezpogojni dražljaj. Nato v prihodnosti ob delovanju pogojnega dražljaja postanemo anksiozni, saj pričakujemo negativne posledice, na katere pa naj ne bi imeli vpliva.

5.5 Vzroki emetofobije

Vzroki emetofobije so pravzaprav še neznani. Obstajajo hipoteze, ki slonijo na zgoraj opisanih teorijah vzrokov specifičnih fobij. Nekatere raziskave pa omenjajo, da se vzrok lahko nahaja v travmatičnih izkušnjah v vezi z bruhanjem. Lahko so to izkušnje lastnega akta bruhanja ali pa neke druge osebe (Veale, Murphy, Ellison, Kanakam in Costa, 2013). Izkušnja bruhanja v otroštvu je lahko dejansko zelo travmatična, saj včasih vključuje tudi omedlevanje, disociacijo, nepremičnost in skorajšnjo zadušitev otroka, kar pa otrok poveže s strahom pred smrtjo (Veale, 2009). Osebe z emetofobijo naj bi večkrat poročale o spominih, ki se nanašajo na bruhanje, kot kontrolne osebe. Večkrat poročajo o spominih na bruhanje drugih oseb, kot pa sebe samih. Vendar ni nujno, da se vse osebe spomnijo travme iz otroštva (oziroma nekega dogodka), ki naj bi kasneje sprožila fobijo (Veale, Murphy, Ellison, Kanakam in Costa, 2013), zato nekateri avtorji (Davidson, Boyle in Lauchlan, 2008) predlagajo popolnoma drugačen izvor emetofobije, in sicer: emetofobične osebe naj bi v bistvu razvile strah pred izgubo nadzora nad situacijo, emetofobija pa naj bi se pojavila sekundarno, kot oblika tega strahu, saj bruhanja ni možno nadzirati.

6 ZDRAVLJENJE SPECIFIČNIH (IZOLIRANIH) FOBIJ

Specifična fobija je obravnavana kot neškodljiva motnja, saj se posamezniki z izogibanjem fobogenemu objektu izognejo tudi anksioznosti. Ampak to izogibanje lahko vpliva na posameznikovo opravljanje dela in drugih vsakodnevnih aktivnosti, kar posledično zmanjšuje kakovost življenja (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle in Kessler, 1996, po Choy, Fyer in Lipsitz, 2007). Z izogibajočim vedenjem so, kot posledica, povezani razni medicinski zapleti, na primer pri strahu pred zobarjem (Hallstorm in Halling, 1984; Peretz, Katz, Zilburg in Shemer, 1996, po Choy, Fyer in Lipsitz, 2007), strahu pred krvjo/poškodbami (Kleinknecht in Lenz, 1989; Lloyd in Deakin, 1975; Marks, 1988, po Choy, Fyer in Lipsitz, 2007) in strahu pred bruhanjem (Manassis in Kalman, 1990, po Choy, Fyer in Lipsitz, 2007). V primerih kjer so fobogeni objekti nepredvidljive narave, kot je na primer pri strahu pred nevihto (Liddell in Lyons, 1978, po Choy, Fyer in Lipsitz, 2007) ali pri fobijah, kjer je izvor fobogenega objekta znotraj nas samih, kot je to na primer pri strahu pred bruhanjem (Lipsitz, Fyer, Paterniti in Klein, 2001), je lahko fobija zelo izčrpavajoča.

6.1 Metode zdravljenja

Choy, Fyer in Lipsitz (2007) se v članku osredotočijo na različne terapevtske pristope specifičnih fobij:

- Vedenjsko terapijo
- Kognitivno terapijo
- Ostale manj uporabljene terapije (podporna terapija, hipnoterapija in farmakoterapija)

Kocmur (1999) navaja še, da zdravila pri zdravljenju specifičnih fobij nimajo skoraj nobene vloge, razen v izjemnih primerih (na primer, ko se mora posameznik nenadoma in neizogibno soočiti s fobogenim objektom ali situacijo). V takih primerih se izbere primeren anksiolitik, ki ga pacient jemlje le krajši čas.

Le malo raziskav je uporabilo zgolj kognitivno terapijo za zdravljenje specifičnih fobij (Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013).

Choy, Fyer in Lipsitz (2007) ugotavljajo, da je učinkovitost terapije pravzaprav odvisna od samega tipa specifične fobije. Pri večini specifičnih fobij, je terapija s tehniko izpostavljanja, uspešna, ampak njena uspešnost po zaključeni terapiji hitro upade. Uspešnost sistematske desenzitizacije je zmerna. Nekaj raziskav ugotavlja, da je še najbolj uspešna pri strahu pred letenjem in višino. Kognitivna terapija pa naj bi bila najuspešnejša pri zdravljenju klavstrofobije (strah pred zaprtimi prostori) in pa pred poškodbami/krvjo. Nekateri avtorji, pa ugotavljajo, da naj bi bilo pri otrocih specifične fobije situacijskega tipa težje zdraviti, kot fobije živalskega tipa (Ollendick, Raishevich, Davis III, Sirbu, Öst, 2010).

Veliko avtorjev (Grös in Antony, 2006; Adler in Cook-Nobles, 2011) ugotavlja, da je pri zdravljenju specifičnih fobij najpogosteje uporabljena tehnika izpostavljanja. Pri nekaterih specifičnih fobijah, naj bi bila učinkovita že po eni sami seansi, vseeno pa se priporoča, da naj bo izpostavljenost pogosta in dolgotrajna in naj poteka v različnih kontekstih. To tehniko so uspešno uporabili tudi pri zdravljenju specifičnih fobij pri starejših odraslih posameznikih (Pachana, Woodward in Byrne, 2007).

Za zdravljenje fobij, kot je strah pred letenjem in pred raznimi vremenskimi fobijami, so veliko obetov pokazale tehnike virtualne realnosti, saj s pomočjo tehnologije omogočajo simulacijo fobogene situacije, do katere bi v realnosti težje dostopali (Grös in Antony, 2006; Parsons in Rizzo, 2008).

Tehnike kognitivno-vedenjske terapije pa naj bi bile učinkovite tudi pri zdravljenju specifičnih fobij pri otrocih (Ollendick, Costa, Sirbu, Davis III, Jarrett, Öst, Reuterskiöld in Cederlund, 2009).

6.1.1 Vedenjska terapija

Nowakowski, Rogojanski in Antony (2013) razdelijo vedenjsko terapijo na tehnike, ki temeljijo na izpostavljanju, na sistematsko desenzitizacijo in tehniko uporabne napetosti, kot dopolnilno tehniko k vedenjski terapiji pa štejejo psihoedukacijo.

6.1.1.1 Tehnike, ki temeljijo na izpostavljanju

Izpostavljanje v živo

Pacienta se izpostavi fobogenemu objektu/situaciji v realnosti. Kot sem že zgoraj omenila, je to najpogosteje uporabljena tehnika pri zdravljenju specifičnih fobij. Nekaterim posameznikom pa ta tehnika povzroči toliko anksioznosti, da jo zavrnejo. Za te posameznike je morda primernejše pričeti s tehniko imaginarnega izpostavljanja (spodaj) in šele nato nadaljevati s tehniko izpostavljanja v živo (Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013).

Imaginarno izpostavljanje

Tudi pri tej tehniki gre za izpostavljanje fobogenemu objektu/situaciji, le da ne poteka v realnem življenju, temveč zgolj v pacientovi domišljiji. Pacient opisuje fobogeni objekt/situacijo, ali pa to stori terapevt, pacient pa zgolj posluša. Ta tehnika je možna, ko ima pacient izoblikovano jasno sliko fobogenega objekta/situacije, lahko pa mu pri temu pomaga tudi terapevt z raznimi vprašanji (Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013).

Interoceptivno izpostavljanje

Pacient se sooči s telesnimi občutki (razbijanje srca, kratka sapa, omotičnost itd.). Med interoceptivno izpostavljenostjo pacient izvaja določene vaje, ki povzročijo enake telesne občutke, kot anksioznost (na primer, vrtil se okoli svoje osi, da postane omotičen, teče na mestu, da se mu zviša utrip, hiperventilira, da izkusi kratko sapo itd.). Uspešnost te

tehnike je omejena na tiste specifične fobije, pri katerih pacienti občutijo omenjene telesne občutke (primerna bi bila na primer za paciente s strahom pred višino, ker občutijo omotico, ko stojijo na balkonu ipd.) (Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013).

Izpostavljanje v virtualni realnosti

Izpostavljenost pacienta fobogenemu objektu/situaciji poteka s pomočjo računalniške tehnologije, ki omogoča virtualno simulacijo tega objekta/situacije. Kot sem že omenila, je ta tehnika primerna za fobije, pri katerih bi bilo izpostavljanje v živo težje izvedljivo (na primer pri strahu pred letenjem ali pred vremenskimi pojavi) (Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013).

6.1.1.2 Sistematska desenzitizacija

Avtor te tehnike je Joseph Wolpe. Je ena prvih terapij za specifične fobije. Gre za sistematično dvigovanje praga tolerance, torej zniževanje občutljivosti na določen dražljaj. Vključuje imaginarno izpostavljanje s progresivno mišično relaksacijo (PMR). PMR sestavljajo vaje, ki vključujejo napenjanje in sproščanje mišičnih skupin v nogah, rokah, trebuhu, prsih in glavi (v tem vrstnem redu). PMR se izvaja z namenom, da bi ublažili anksioznost, s pomočjo globoke mišične sprostitve. Uporaba PMR med imaginarnim izpostavljanjem sloni na principu recipročne inhibicije: pacient si zamišlja slike fobogenega predmeta/situacije, hkrati pa doživlja nekaj prijetnega (relaksacijo) in na tak način, naj bi se oslabile pacientove asociacije na strah (Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013). Po principu pogojevanja naj bi dosegli odziv sprostitve na pogojni dražljaj, namesto anksioznosti (Pastirk, 2011).

Čeprav so posamezne raziskave pokazale učinkovitost sistematske desenzitizacije (Choy, Fyer in Lipsitz, 2007), je ta tehnika v praksi le redko uporabljena, saj je v veliki meri odvisna od tega, ali je pacient sposoben ustvariti žive in konkretne mentalne podobe fobogenega objekta/situacije (Lazarus, 1964, po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013).

6.1.1.3 Tehnika uporabne napetosti

Primerna je predvsem za paciente, ki jih je strah krvi in ki so v preteklosti že omedleli, zaradi izpostavljenosti fobogenemu dražljaju. Med to tehniko, se uči pacienta napenjati njegove mišice medtem, ko se ga izpostavlja fobogenemu objektu/situaciji. S tem se začasno poveša krvni tlak, kar pa preprečuje pacientovo omedlevico (Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013). Ugotovili so tudi (Choy, Fyer in Lipsitz, 2007), da je uporaba te tehnike skupaj z izpostavljanjem v živo, pri strahu pred krvjo, bolj učinkovita, kot zgolj uporaba tehnike izpostavljanja v živo.

6.1.1.4 Preplavljanje

Pastirk (2011) omenja tudi tehniko preplavljanja, ki je zelo podobna sistematski desenzitizaciji, s tem, da tukaj ni postopnega izpostavljanja, ampak takojšnje. Gre za prisilno izkušnjo realnosti, kateri je pacient izpostavljen dokler se njegov strah ne zmanjša.

6.1.1.5 Psihoedukacija

Pogosto je vključena v vedenjsko terapijo specifičnih fobij, predvsem na začetku terapije. Terapevt se s pacientom pogovori o (Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013):

- naravi strahu in anksioznosti (na primer o evolucijski vlogi teh čustev),
- komponentah strahu in anksioznosti (telesni občutki, zaznave, vedenjski odziv)
- tem kako se fobije razvijajo
- popravljanju mitov in napačnih predstav o fobogenemu objektu/situaciji
- stroških in koristih terapije
- smernicah za večjo učinkovitost terapije
- strategijah, ki omogočajo ohranjanje pridobljenih koristi terapije (na primer, pacient še naprej prakticira izpostavljanje, tudi ko se terapija že konča).

6.1.2 Kognitivna terapija

Razvil jo je Aaron Beck (Dobson in Dozois, 2010), z njo pa želimo doseči kognitivno spremembo, torej želimo spremeniti nefunkcionalna ali napačna prepričanja posameznika (Pastirk, 2011).

Tehnik kognitivne terapije je veliko in noben terapevt ne uporablja vseh, najverjetneje, tudi ne pozna vseh (Leahy, 2003), zato bodo v nadaljevanju naštetje zgolj nekatere tehnike.

6.1.2.1 Tehnike identifikacije negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj

Bistvo teh tehnik je ozaveščanje avtomatskih misli, saj se običajno zavedamo le čustev, ki nas spremljajo (Leahy, 2003) in s tem preverjanje, če posameznik morda ne trpi zaradi določenih psihičnih disfunkcij. Ko se avtomatskih misli zavedamo, lahko ugotovimo ali so negativne ali pozitivne in z njimi odpravimo tudi specifične telesne simptome (Beck, 2007).

Nekaj takih tehnik: opazovanje čustvenih sprememb pacienta med seanso, pripovedovanje konkretnih dogodkov, beleženje nefunkcionalnih prepričanj (dnevnik beleženja), izpostavljanje, igranje vlog... (Pastirk, 2011).

Posebnost tehnike izpostavljanja je v tem, da se aktivirajo čustva. Poteka v simuliranim okolju ali v realni situaciji in sicer na tak način, da se pacienta izpostavi fobogenemu objektu ali situaciji, takrat pa se aktivira pacientov strah in s tem se sprožijo tudi negativne avtomatske misli, do katerih lahko na tak način dostopamo (Pastirk, 2004).

6.1.2.2 Modifikacija avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj

Po tem, ko pacient prepozna negativne avtomatske misli, s temi tehnikami skušamo doseči spremembo teh avtomatskih misli (Pastirk, 2011). Poteka pa tako, da terapevt izprašuje pacienta o dokazih, ki podpirajo negativne avtomatske misli. Nekatere tehnike uporabijo primerjavo z drugimi osebami, ki se jim godi še slabše, kot pacientom (na primer tehnika ekstremnih dokazov) (Pastirk, 2004).

Nekaj tehnik: iskanje dokazov, videnje nasprotnih dokazov, tehnika ekstremnih kontrastov, uporaba racionalnega odgovora, tehnika kontinuuma, tehnika krožnega diagrama, tehnika sestopa, tehnika pite... (Pastirk, 2011).

6.1.2.3 Vedenjski eksperiment in učenje novega vedenja

S tem se želi doseči tri cilje, in sicer: socializacijo, reatribucijo in modifikacijo afekta. Dober vedenjski eksperiment doseže spremembo prepričanj v kognitivnih distorzijah, ki v posamezniku povzročajo neprijetna čustva, stisko (Pastirk, 2011). Navadno poteka v petih korakih (Pastirk, 2004):

- najprej pacient in terapevt opredelita ciljno kognicijo in se pogovorita tem kaj bosta v eksperimentu manipulirala (na primer izogibalno vedenje);
- nato identificirata situacije, ki povzročajo psihične težave;
- potem se pogovorita o vedenju (in njegovi vlogi), ki podpira obstoječo kognicijo in ga želita spremeniti;
- izpostavitve pacienta fobogeni situaciji, čemur terapevt doda maneuver, s katerim preveri disfunkcionalno prepričanje;
- pogovor o rezultatih eksperimenta in preverjanje spremembe kognicije.

6.1.2.4 Tehnike zaustavljanja in preusmerjanja misli

Primerne so zgolj za krajšo uporabo, saj povzročijo le začasno olajšanje in ne rešijo težave v celoti. V primeru pacienta s specifično fobijo, ga lahko naučimo, da misli preusmeri v nekaj drugega, kar ni fobogeni objekt ali situacija (Pastirk, 2011).

Značilna tehnika: stop tehnika, pri kateri pacienta naučimo zaustavljanja negativnih avtomatskih misli hkrati pa ga naučimo še tehnike sprostitev in alternativnih misli (Pastirk, 2011).

6.1.2.1 Čuječnost (»mindfulness«)

Gre za sprejemajoče zavedanje sedanjega trenutka (Černetič, 2011, po Žvelc, Černetič in Košak, 2011). Posameznik posveti pozornost sedanjemu trenutku in realnosti brez predsodkov, vrednostnih sodb, prepričanj, projekcij in pričakovanj (Brown in Ryan, 2003). Pusti, da avtomatske misli obstajajo, brez, da bi jih spreminjal ali se boril proti njim. Do njih razvije drugačen odnos in jih opazuje, ne da bi se z njimi identificiral (Žvelc, 2012).

6.2 Preverjanje učinkovitosti zdravljenja

Za ugotavljanje učinkovitosti posameznih terapij in njihovih tehnik je potrebno preverjanje z različnimi pripomočki. Najpogosteje uporabljen pripomoček pri vedenjski terapiji so naloge vedenjskega pristopa (ang. Behavioral Approach Task (BAT), po Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013). Med izvajanjem teh nalog, se pacienta prosi, naj dopolni serijo vaj, ki si sledijo od najlažje proti najtežji in od pacienta zahtevajo, da se približa fobogenemu objektu/situaciji. Pri pacientu s strahom pred pajki, bo prva vaja zahtevala od njega, da gleda v slike pajkov, zadnja pa, da se dotakne pravega pajka. Pacient mora medtem vseskozi poročati o stopnji anksioznosti, s pomočjo lestvice od 0-100. Terapevt je pozoren na število nalog, ki jih je pacient zmožen opraviti, na količino časa, ki jo lahko preživi v bližini fobogenega objekta/situacije in pa na pacientovo lestvico anksioznosti. Vse te informacije terapevtu povedo, kolikšna je intenziteta strahu pri njegovem pacientu. Na tak način pa lahko preveri uspešnost terapije (Nowakowski, Rogojanski in Antony, 2013).

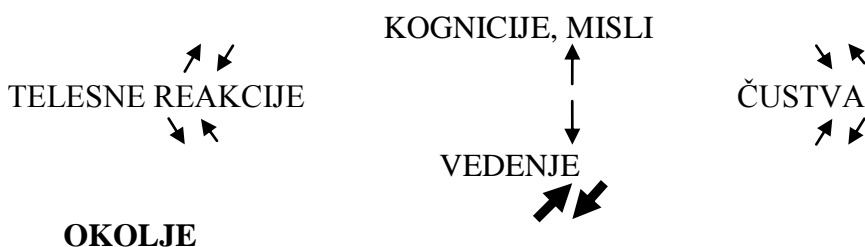
Drugi avtorji (Lang, 1968, po Alpers, 2009) menijo, da lahko intenziteto strahu preverjamo s pomočjo telesnih simptomov, poročanja pacientov samih in pa z opazovanjem izogibajočega vedenja. Alpers (2009) predlaga celo, da je srčni utrip boljši pokazatelj intenzitete strahu, kot pa ocena strahu pacienta samega.

6.2.1 Kognitivno-vedenjska terapija

Združuje vedenjski in kognitivni psihoterapevtski pristop (Pastirk, 2011).

Vedenjska terapija se osredotoča na moteče vedenje ter spreminjanje le-tega. Temelji na principu pogojevanja. Oseba naj bi se motečega vedenja »odučila« in se po principu pogojevanja naučila novega, ustreznega vedenja (Pastirk, 2011).

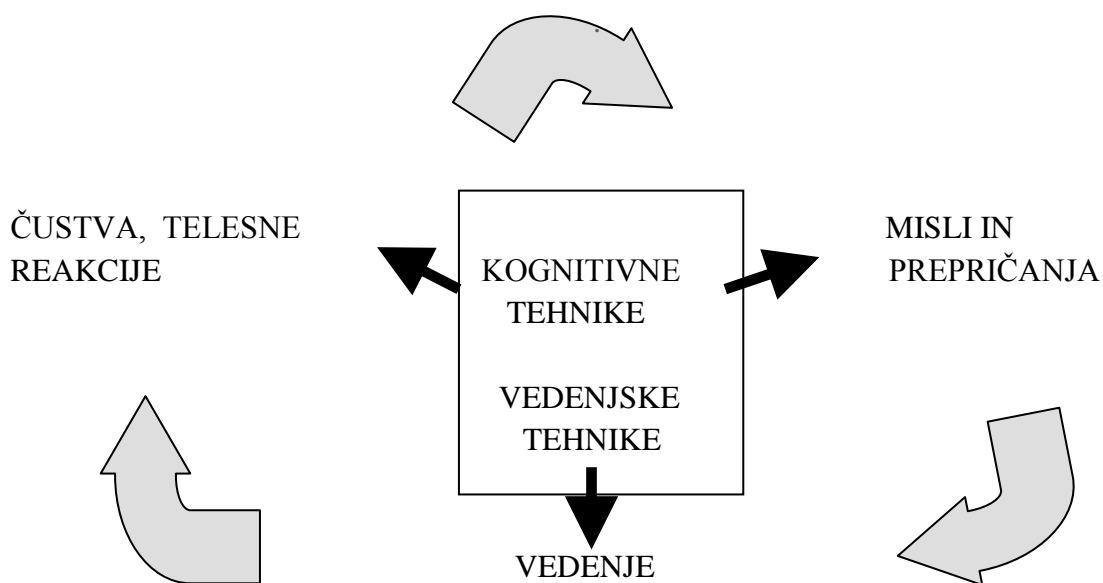
Kognitivna terapija pa se osredotoča na prepoznavanje posameznikovih načinov razmišljanja, stališč, predstav, prepričanj in spreminjanje nefunkcionalnih miselnih shem. Čustva in vedenje pa naj ne bi bila neposredno odvisna od zunanjih dogodkov, temveč od naših miselnih procesov med temi dogodki (Pastirk, 2011).



Slika 2: Pet osnovnih aspektov kognitivne terapije (Pastirk, 2011, str. 263).

Do sprememb simptomov in vedenja naj bi prišlo, ko posameznik prične razmišljati in delovati bolj realistično (Pastirk, 2011).

V procesu kognitivno-vedenjske psihoterapije pa se uporablja tako vedenjska kot kognitivna orodja (*Slika 3*) (Pastirk, 2011):



Slika 3: Osnovni model kognitivno vedenjske konceptualizacije (Ledley, Marx in Heimberg, 2005, po Pastirk, 2011, str. 268).

V splošnem poteka proces kognitivno-vedenjske terapije v petih korakih (Ledley, Marx in Heimberg, 2005, cit. po Pastirk, 2011):

1. seznanitev in usmeritev pacienta v proces ocenjevanja in terapevtske obravnave;
2. proces ocenjevanja (diagnostike) in opredelitve problemskih področij, na katera se bomo osredotočili v terapiji;
3. izoblikovanje načrta terapevtske obravnave;
4. proces psihoterapevtske obravnave;
5. zaključek psihoterapevtske obravnave.

7 ZDRAVLJENJE EMETOFOBIJE

Metode zdravljenja, ki se trenutno uporabljajo za zdravljenje emetofobije, so kognitivno-vedenjska terapija, hipnoterapija in farmakoterapija (Ramar in Thanasekarin, 2014).

7.1 Zdravljenje emetofobije s pomočjo hipnoterapije

Najstarejši članek, ki sem ga našla na medmrežju je iz leta 1974 in opisuje zdravljenje emetofobije s hipnoterapijo. Hipnoza predstavlja spremenjeno stanje zavesti in nam omogoča stik s podzavestjo. Razlog, zakaj želimo priti do podzavesti je ta, da so tam zapečatenе naše navade, strahovi, spomini itd. Z osvoboditvijo teh spominov, vzorcev vedenja, strahov lahko dosežemo izboljšanje pacientovega stanja (Grilc, 2008). Skupaj s tehniko preplavljanja, pa je hipnozo, za zdravljenje emetofobije, prvič uporabil Wijesinghe (1974).

V članku avtor (Wijesinghe, 1974) opisuje, kako je pacientko izpostavil fobogeni situaciji s pomočjo hipnoze. Terapevt je pacientki opisal situacijo: nahaja se na postaji podzemne železnice, kjer je polno ljudi, nato pa vstopi na vlak, ki se po nekaj trenutkih vožnje ustavi sredi tunela. V vlaku je vroče, soparno, ljudje se dotikajo eden drugega, njen utrip pa narašča, noge ima mehke, roke se ji tresejo, postaja ji slabo, nakar sliši nekoga bruhati. Ne more zbežati. Pacientka sprva ni mogla zadržati slike opisane situacije v mislih, a kasneje je to zmogla, se prepustila hipnozi in terapija se je izkazala za neverjetno učinkovito. Odziv na terapijo je bil pravzaprav dramatičen, saj je pacientka premagala fobijo že po eno sami seansi.

7.2 Zdravljenje emetofobije s kognitivno-vedenjsko terapijo

Obstaja kar nekaj primerov uspešnega zdravljenja emetofobije s kognitivno-vedenjsko terapijo (Boschen, 2007; Hunter in Antony, 2009; Maack, Deacon in Zhao, 2013; Whitton, Luiselli in Donaldson, 2006).

V vseh primerih je cilj terapije zmanjšanje anksioznosti. V enem od primerov (Whitton, Luiselli in Donaldson, 2006) gre za zdravljenje 7 let stare deklince. Zmanjšanje anksioznosti so želeli doseči s preusmeritvijo misli in relaksacijo, želeli so popraviti dekličine zmotne predstave o pomenu telesnih občutkov in odpraviti somatske simptome (slabost, bolečina v trebuhu, hujšanje itd.). Po terapiji so na podlagi vprašalnika o anksioznosti za otroke, ugotovili, da se je anksioznost zmanjšala, pravitako so izginili somatski simptomi. Tudi pet mesecev po koncu terapije se je izboljšano stanje ohranilo.

7.2.1 Tehnike, ki temeljijo na izpostavljanju

McFadyen in Wyness (1983, po Boschen, 2007) opisujeta uspešno zdravljenje s pomočjo postopnega izpostavljanja. Gre za lestvico situacij, kjer pacient vsaki od situacij pripiše vrednost anksioznosti, ki bi jo po njegovem mnenju doživljal, če bi bil taki situaciji izpostavljen. Dobljena hierarhična lestvica pa je v pomoč terapevtu, saj na podlagi nje ve, s katero situacijo lahko prične prvo vajo izpostavljanja in katera situacija naj bo zadnja (Veale, 2009).

Tabela 2

Primer hierarhije izpostavljanja pri pacientu z emetofobijo

Situacija	SUDS (0-100%)
Popiti kozarec vina ob večerji.	80
Obiskati prijatelja v bolnišnici.	90
Uporaba javnega stranišča.	90
Obiskati zobarja – redni pregled.	95
V soboto zvečer iti ven, ko je že vse zaprto.	95
Iti na počitnice v tujino.	95
Skrbeti za osebo, ki bruha, ne da bi zbežal/-a.	95
Pojesti poln krožnik raznolike hrane.	95
Jesti morsko hrano.	95
Jesti perutnino.	95
Jesti katerokoli hrano v restavraciji.	95
Poslušati zvok bruhanja.	95
Vohati in gledati vedro z bruhanjem.	100
V igro vlog igrati, da bruhaš (vključno z zvokom bruhanja).	100

SUDS, Subjektivne enote občutka nelagodja (ang. Subjective Units of Discomfort Scale, (Veale, 2009, str. 283)

V raziskavi (McFadyen in Wyness, 1983, po Boschen, 2007) je pacientka prišla do poslušanja posnetkov ljudi, ki bruha in še nadaljevala do stopnje, na kateri so drugi simulirali akt bruhanja v njeni prisotnosti. Uspeh so dosegli že po petih seansah.

Podobno je Philips (1985, po Hunter in Antony, 2009) uporabil tehniko simulirane izpostavljenosti pri zdravljenju skupine sedmih posameznikov z emetofobijo. Izboljšanje njihovega stanja je nastopilo po 8-13 seansah.

V letu 1990 je King (po Hunter in Antony, 2009) poročal o primeru zelo hitrega izboljšanja pacientovega stanja, s pomočjo vaj izpostavljanja.

More in O'Brien opisujeta (2005, po Hunter in Antony, 2009) primer 11-letnega otroka, ki se ni odzival na sistematsko desenzitizacijo. Ta pacient je nato namesto mišične relaksacije uporabil svojo zmožnost imaginacije – predstavljal si je, da igra glasbeni instrument in na tak način dosegel sproščenost, nato pa so nadaljevali z vajami izpostavljenosti v živo.

Kahana in Feeny (2005, po Hunter in Antony, 2009) opisujeta uspešno zdravljenje 9-letnega otroka po 23 seansah. Posebnost njune terapije je to, da sta vključila 3 seanse interoceptivne izpostavljenosti, kjer je pacient izvajal vaje, kot je stresanje glave levo-

desno, enominutna hiperventilacija, vrtenje na stolu (dokler ne pride do vrtoglavice), tek po stopnicah gor in dol (da se pospeši srčni utrip), držanje sape najmanj 30 sekund (zaradi občutka pomanjkanja zraka). Predvsem med tekom je pacient spoznal, da njegovi telesni simptomi niso napovedovalci bruhanja, temveč so rezultat izvajanja vaje.

Tudi Hunter in Antony (2009) sta opisala primer uspešnega zdravljenja pacientke s tehniko interoceptivnega izpostavljanja.

Maack, Deacon in Zhao (2013) dokazujejo, da s tehniko izpostavljanja pacient ne le preneha z izogibanjem fobogenemu objektu/situaciji, temveč tudi trajno spremeni kognitivne sheme ter odpravi telesne simptome. Pri pacientki v njihovi raziskavi, je bila še posebej koristna hierarhija izpostavljanja.

7.3 Desenzitizacija in ponovna predelava z očesnim gibanjem – EMDR (ang. Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Običajno se uporablja za zdravljenje posttravmatske stresne motnje, a glede na to, da osebe z emetofobijo običajno poročajo o travmatičnih izkušnjah v vezi z bruhanjem iz otroštva, de Jongh (2012) predlaga uporabo tudi te tehnike, za zdravljenje emetofobije. Pri tej tehniki gre za bilateralno stimulacijo, premikanje oči desno-levo, kratka stimulacija, ki aktivira obe možganski hemisferi. To sprošča določene čustvene izkušnje, ki so tako rekoč ujete v nevrološkem sistemu. Nato možgani obdelajo in reprocessirajo to čustveno izkušnjo, nakar pride do izboljšanja pacientovega stanja.

De Jongh (2012) je prišel do ugotovite, da je uspešnost zdravljenja emetofobije z EMDR tehniko, primerljiva z uspešnostjo zdravljenja s kognitivno-vedenjskimi tehnikami. V njegovem primeru torej pacientka ni bila udeležena tehnik izpostavljanja, ampak je zgolj reprocessirala serijo spominov na pretekle dogodke, ki so imeli ključno vlogo pri razvoju simptomov. S pacientko je opravil štiri seanse in triletno spremljanje njenega stanja. Stanje pacientke, je bilo že po tako nizkem številu seans boljše in se tudi kasneje, v treh letih, ni poslabšalo.

8 ZAKLJUČEK

Cilji moje teoretične naloge so bili doseženi, saj naloga obravnava specifične fobije, njihove simptome, epidemiologijo in zdravljenje. Poleg tega pa se poglobi v emetofobijo. Ker specifične fobije sodijo med anksiozne motnje, je v zaključni nalogi najprej opredeljen pojem anksioznih motenj, njihova klasifikacija, opisani so simptomi, oblike anksioznih motenj in pojasnjeni so dejavniki tveganja.

Nadalje sledi razlaga pojma specifičnih fobij, opis simptomov, diagnoze in pa epidemiologija specifičnih fobij. Tudi pojem emetofobija je pojasnjen, skupaj s simptomi, diagnozo in epidemiologijo.

Ugotovljenih je več možnih vzrokov za nastanek anksioznih motenj in specifičnih fobij, ponujene pa so kognitivno-vedenjsko in psihodinamske razlage nastanka specifičnih fobij in emetofobije.

Pri razlagi psihoterapije specifičnih fobij in emetofobije sem se posvetila zgolj metodam in tehnikam, ki večinoma izvirajo iz kognitivno-vedenjskih teorij, saj se ta oblika terapije največ uporablja pri pacientih s fobijami.

Najpogosteje uporabljena tehnika za zdravljenje specifičnih fobij, je tehnika izpostavljanja v živo. Pri fobijah, pri katerih je izpostavljanje fobogenemu objektu/situaciji v živo težje dosegljivo (zaradi praktičnih omejitev), kot je to strah pred letenjem, so velik potencial pokazale tehnike izpostavljanja v virtualni realnosti.

Kar se tiče emetofobije, v Sloveniji ni podatkov o zdravljenju. Zelo skopi so tudi splošni podatki o emetofobiji. Vse dosedanje raziskave in zdravljenja emetofobije, so opravljena v tujini, je pa tudi teh primerov malo.

Večina obravnav emetofobije je do sedaj potekala v okviru tehnik izpostavljanja. Zaradi same narave emetofobije, je pri tehniki izpostavljanja najpogosteje uporabljeno imaginarno izpostavljanje. Obstajajo pa tudi uspešni primeri zdravljenja s hipnoterapijo in EMDR tehnike, ni pa pojasnjeno, čemu se takih tehnik ne uporablja pogosteje.

Skupno je posameznikov, ki so že bili obravnavani zaradi emetofobije, je v literaturi zelo malo. V nasprotju s tem, pa lahko po raznih forumih in spletnih straneh najdemo veliko vprašanj posameznikov, ali gre pri njih za to motnjo, kje najti več podatkov o njej, kako si pomagati, kakšno zdravljenje je primerno itd.

Vsekakor je v Sloveniji potrebna večja posvetitev pozornosti emetofobiji in pa preizkušanju več različnih tehnik psihoterapije.

9 VIRI IN LITERATURA

Adler, J. M., Cook-Nobles, R. (2011). The successful treatment of specific phobia in a college counseling center. *Journal of college student psychotherapy*, 25, 56-66.

Alpers, G. W. (2009). Ambulatory assessment in panic disorder and specific phobia. *Psychological assessment*, 21 (4), 476-485.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author. Pridobljeno 13.8.2014, s <http://www.scribd.com/doc/130976357/CD-DSMIV>

Antony, M. M. in Swinson, R. P. (1996). *Anxiety Disorders and their Treatment: A Critical Review of the Evidence-Based Literature*. Ottawa: Health Canada.

Beck, J. S. (1995/2007). *Osnove kognitivne terapije: osnove, educiranje i uvježbavanje* (N. Deša, Prevod), Jastrebarsko: Naklada Slap. (Originalno izdano leta 1995).

Becker, E.S., Rinck, M., Türke, V., Kause, P., Goodwin, R., Neumer, S., Jürgen, M. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. *European psychiatry*, 22, 69-74.

Boschen, M. J. (2007). Reconceptualizing emetophobia: A cognitive-behavioral formulation and research agenda. *Journal of anxiety disorders*, 21, 407-419.

Brown, K. W in Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Personality and social psychology*, 4, 822-848.

Choy, Y., Fyer, A. J., Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical psychology review*, 27, 266-286.

Coelho, C. M., Purkis, H. (2009). The origins of specific phobias: Influential theories and current perspectives. *Review of general psychology*, 13 (4), 335-348.

Davidson, A. L., Boyle, C. in Lauchlan, F. (2008). Scared to lose control? General and health locus of control in females with a phobia of vomiting. *Journal of clinical psychology*, 64 (1), 30-39.

Dernovšek, M. Z., Gorenc, M., Jerišček, H. (2012). *Ko te stresa: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Dobson, K. S. in Dozois, D. J. A. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. V K. S. Dobson (ur.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* (str. 3-29). New York: A Division of Guilford Publications. Pridobljeno 25.8.2014,

http://books.google.si/books?id=MI5mqWdmsbMC&pg=PA3&lpg=PA3&dq=Historical+and+philosophical+bases+of+the+cognitive-behavioral+therapies.&source=bl&ots=nY0p0SU_Xx&sig=jZJcjbogYELmTZzL5LQ5zXKPGA4&hl=sl&sa=X&ei=ugv7U_rdDYvZPKKdGZgC&ved=0CB8Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Emilien, G., Durlach, C., Lepola, U., Dinan., T. (2002). *Anxiety disorders: pathophysiology and pharmacological treatment*. Basel; Boston; Berlin: Birkhäuser. Pridobljeno 2.8.2014,

http://books.google.si/books?id=EWX0q7f_LIIC&printsec=frontcover&dq=Anxiety+Disorders&hl=sl&sa=X&ei=GgPpU6-JHau_ygPd84CQCA&ved=0CE0Q6AEwBg#v=onepage&q=Anxiety%20Disorders&f=false

Erić, L. (2010). Specifična fobija. V L. Erić (ur.), *Psihodinamična psihiatrija 2: teorije strahu in stanja strahu* (333-359). Ljubljana: Hermes IPAL.

Freud, S. (1909/2013). *Analyse der phobie eines fünfjährigen knaben*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag (Originalno izdano leta 1909).

Fyer, A. J. (1998). Current approaches to etiology and pathophysiology of specific phobia. *Society of biological psychiatry*, 44, 1295-1304.

Grilc, B. (2008). *Hipnotizirajte se: s hipnozo do sprememb*. Postojna: [samozal.] B. Grilc.

Grös, D. F. in Antony, M. A. (2006). The assessment and treatment of specific phobias: A review. *Current psychiatry reports*, 8, 298-303.

van Hout, W. J. P. J. in Bouman, T. K. (2012). Clinical features, prevalence and psychiatric complaints in subjects with fear of vomiting. *Clinical psychology and psychotherapy*, 19, 531-539.

Höller, Y., van Overveld, M., Jutglar, H. in Trinkka, E. (2013). Nausea in specific phobia of vomiting. *Behavioral sciences*, 3, 445-458.

IVZ. (2008). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: deseta revizija*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno 1.7.2014, s <http://img.ivz.si/janez/1774-6875.pdf>

Jones-Smith, E. (2012). *Theories of counseling and psychotherapy: An integrative approach*. Los Angeles; London; New Delhi; Singapore; Washington DC: SAGE Publications, Inc.. Pridobljeno 19.8.2014, s <http://books.google.si/books?id=NzbHw9x0Oi4C&pg=PA153&dq=bandura+experiment&hl=sl&sa=X&ei=oEXzU62XE4m7ygOQjoCYCw&ved=0CD0Q6AEwBA#v=onepage&q=bandura%20experiment&f=false>

de Jongh, A. (2012). Treatment of a woman with emetophobia: a trauma focused approach. *Mental illness*, 4, 10-14.

Kocmur, M. (1999). Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. V M. Tomori in S. Zihlerl (ur.), *Psihijatrija* (229-258). Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta.

Kordič – Lasić, J. (2013). Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. V M. Muršec (ur.), *Psihijatrični utrinki: zbornik prispevkov/drugi Psihijatrični dnevi za zdravnike specialiste in specializante splošne in družinske medicine* (57-84). Maribor: Univerzitetni klinični center, Oddelek za psihijatrijo.

Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press. Pridobljeno 25.8.2014, s http://books.google.si/books?id=R_3mzKeZLrsC&printsec=frontcover&dq=cognitive+techniques&hl=sl&sa=X&ei=2hH7U82vGIfdaICfgdE&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=cognitive%20techniques&f=false

Levstik, I. (2004). Fobije. V N. Anič (ur.), *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije* (str. 94-102). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.

Lipsitz, J. D., Fyer, A. J., Paterniti, A. in Klein, D. F. (2001). Emetophobia: preliminary results of an internet survey. *Depression and anxiety*, 14, 149-152.

Maack, D. J., Deacon, B. J. in Zhao, M. (2013). Exposure therapy for emetophobia: A case study with three-year follow up. *Journal of anxiety disorders*, 27, 527-534.

Nowakowski, M. E., Rogojanski, J., Antony, M. M. (2013). Specific phobia. V S. G. Hofmann (ur.), *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy* (979-999). Wiley: John Wiley & Sons.

Ollendick, T. H., Costa, N., Sirbu, C., Davis III, T. E., Jarrett, M. A., Öst, L.-G., Reuterskiöld, L. in Cederlund, R. (2009). One-session treatment of specific phobias in youth: A randomized clinical trial in the United States and Sweden. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77 (3), 504-516.

Ollendick, T. H., March, J. S. (2003). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. New York: Oxford University Press. Pridobljeno 12.8.2014, s http://books.google.si/books?id=mcW6RM2zPS4C&pg=PA204&dq=risk+factors+anxiety&hl=sl&sa=X&ei=OuDoU6yaGIPnyQOw6oHYDg&redir_esc=y#v=onepage&q=risk%20factors%20anxiety&f=false

Ollendick, T. H., Raishevich, N., Davis III, T. E., Sirbu, C. in Öst, L.-G. (2010). Specific phobia in youth: Phenomenology and Psychological characteristics. *Behavioral and cognitive therapies*, 41 (1), 133-141.

van Overveld, M., de Jong, P. J., Peters, M. L., van Hout, W. J. P. J. in Bouman, T. K. (2008). An internet-based study on the relation between disgust sensitivity and emetophobia. *Journal of anxiety disorders*, 22, 524-531.

Öst, L.-G. in Reuterskiöld, L. (2013). Specific phobias. V G. Simons in S. G. Hofmann (ur.), *CBT for anxiety disorders: A practitioner book* (107-133). Wiley: John Wiley & Sons.

Pachana, N. A., Woodward, R. M. in Byrne, G. J. A. (2007). Treatment of specific phobia in older adults. *Clinical interventions in aging*, 2 (3), 469-476.

Parsons, T. D. in Rizzo, A. A. (2008). Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis. *Journal of behavior therapy and experimental therapy*, 39, 250-261.

Pastirk, S. (2004). Predstavitev nekaterih tehnik kognitivne terapije. V N. Anič (ur.), *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije* (str. 14-25). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.

Pastirk, S. (2011). Vedenjsko kognitivna terapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 253-284). Ljubljana: IPSA.

Pastorino, E. E. in Doyle-Portillo, S. M. (2013). *What is psychology?: Essentials, second edition*. Wadsworth: Cengage Learning. Pridobljeno 18.8.2014, s http://books.google.si/books?id=1iKgwo2q_54C&pg=PA162&hl=sl&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false

Price, K., Veale, D., in Brewin, C.R. (2011). Intrusive imagery in people with a specific phobia of vomiting. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43 (2012), 672-678.

Rachman S. J. (2013). *Anxiety (Clinical psychology: A modular course)*. Abingdon, oxon: Psychology Press. Pridobljeno 11.8.2014, s http://books.google.si/books?id=wYN_AAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=anxiety&hl=sl&sa=X&ei=b-DoU4zeM6HXyQOZ44HoBQ&redir_esc=y#v=onepage&q=anxiety&f=false

Ramar, G. in Thanasekaran, P. (2014). *Emetophobia. International journal of emerging trends in science and technology, 1 (3), 276-279.*

Silverman, W. K. in Rabian, B. (1994). Specific phobia. V Ollendick, T. H., King, N. J., Yule, W. (ur), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum Press. Pridobljeno 12.8.2014, s http://books.google.si/books?id=WkxFGtxkqo0C&pg=PA87&dq=specific+phobia&hl=sl&sa=X&ei=AQTpU7-_Nsr4yQPh14L4Ag&ved=0CDwQ6AEwAzgK#v=onepage&q=specific%20phobia&f=false

Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Smith, S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J., in Grant, B. F. (2007). The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Psychological medicine, 37*, 1047–1059.

Veale, D. (2009). Cognitive behaviour therapy for a specific phobia of vomiting. *The cognitive behaviour therapist, 2*, 272-288.

Veale, D., Costa, A., Murphy, P. in Ellison, N. (2011). Abnormal eating behaviour in people with a specific phobia of vomiting (Emetophobia). *European eating disorders review, 20*, 414-418.

Veale, D., Ellison, N., Boschen, M. J., Costa, A., Whelan, C., Muccio, F. in Henry, K. (2012). Development of an Inventory to Measure Specific Phobia of Vomiting (Emetophobia). *Cognitive therapy and research, 37 (3)*, 595-604.

Veale, D. in Lambrou, C. (2006). The psychopathology of vomit phobia. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 34*, 139-150.

Veale, D., Murphy, P., Ellison, N., Kanakam, Costa, A. (2013). Autobiographical memories of vomiting in people with a specific phobia of vomiting (emetophobia). *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry, 44*, 14-20.

Whitton, S., Luiselli, J. K. in Donaldson, D. L. (2006). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety: Disorder and vomiting phobia in elementary-age child. *Clinical case studies, 5 (6)*, 477-487.

Wijesinghe, B. (1974). A vomiting phobia overcome by one session of flooding with hypnosis. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry*, 5, 169–170.

Williams, K. E., Field, D. G., Riegel, K. in Paul, C. (2011). Brief, intensive Behavioral Treatment of Food Refusal Secondary to Emetophobia. *Clinical case studies*, 10 (4), 304-311.

World Health Organisation. (1993a). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Pridobljeno 13. 8. 2014, s <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

World Health Organisation. (1993b). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Pridobljeno 13. 8. 2014 s <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

Žvelc, G. (2012). Mindful processing in psychotherapy – facilitating naturač healing process within attuned therapeutic relationship. *International journal of integrative psychotherapy*, 3 (1), 42-58.

Žvelc, G., Černetič, M. in Košak, M. (2011). Mindfulness-based transactional analysis. *Transacitonal analysis journal*, 41 (3), 241-254.