

吐き気恐怖に対する認知行動療法

野口 恭子

Cognitive Behavior Therapy for Fear of Nausea.

Kyoko NOGUCHI

要約

本稿では、吐き気に対する恐怖を主訴として来院した症例を紹介し、認知行動療法を実践した面接過程を示す。本症例は、嘔吐恐怖症の認知行動モデルを用いてケースフォーミュレーションを行ない、馴化の体験によるレスポナント除去を目的とする暴露と、認知の修正を目的とした暴露を組み合わせた。さらに身体症状へ集中している注意を柔軟にすることで、回避行動をなくし、悪循環を断ち切ることができた。今回は、9回の面接で症状が軽快し、カウンセリング終了となった心理面接過程を報告する。

キーワード：嘔吐恐怖、認知行動療法

1. はじめに

だれでも嘔吐することや吐き気を感じることは不快であろうと考えるが、単に嫌いであるという状態ではなく、日常生活の機能に重い障害が生じ、恐怖症となる場合もある。“嘔吐恐怖症”とは「自分が嘔吐することや、他者の嘔吐を目撃すること、あるいは自身が他者の前で嘔吐することを過度に恐れ、苦痛を伴いながら耐え忍んでいる状態」と定義される¹⁾²⁾³⁾。この嘔吐恐怖症は、DSM-IV-TRでは、特定の恐怖症のその他の型として分類されるが、その病態理解には、特定の恐怖症としての嘔吐恐怖以外にも、パニック障害における嘔吐恐怖、また社交不安障害における嘔吐恐怖も示されている⁴⁾。まず特定の恐怖症としての嘔吐恐怖は、その恐怖の対象は嘔吐を誘発するような状況、たとえば、他人が嘔吐している場面、嘔吐を引き起こすような味や臭いがある場所であって、嘔吐そのものに対する恐怖とはされていない⁴⁾。次に、パニック障害における嘔吐恐怖で

は、不安症状として生じた吐き気が嘔吐の予期不安となる。そして、嘔吐に対する選択的注意と覚醒は吐き気の高め、悪循環を形成する。また Boshen⁵⁾がパニック障害も特定の恐怖症も不安症状(身体症状)を恐怖するというところでは同じであると指摘していることなどから、パニック障害症状としての嘔吐恐怖が存在すると考えられている⁴⁾。さらには、嘔吐恐怖症患者の多くは、自分一人の時よりも人前での嘔吐を心配している。この、人前で嘔吐してしまい恥をかくという恐怖が強く、会食恐怖に至るケースも報告されている⁶⁾。これが社交不安障害における嘔吐恐怖である。清水⁷⁾によるとこれらの嘔吐に対する恐怖は、パニック障害と社交不安障害両者から援用した嘔吐恐怖症の認知行動モデルを検討して、治療介入していくことが有用であることが示されている⁷⁾。

恐怖症の治療法としては、暴露療法を主体とした認知行動療法の効果が実証されている。内山⁸⁾は、行動療法のもっとも早期のものとして、ワトソンとレイナー⁹⁾の研究を紹介している。これは

医療法人和楽会 心療内科・神経科赤坂クリニック

幼児アルバートに、嫌悪刺激である大きな音と中性刺激である白いねずみを同時に提示することにより、白いねずみを見るだけで泣き出したという報告である。この中性刺激と嫌悪刺激が対提示されることによって、中性刺激に嫌悪感が条件づけられ、中性刺激を提示しただけで、嫌悪感が引き起こされるというメカニズムをレスポネン条件付けという。この理論は、恐怖症などの過度な情動反応の解消に応用する方向での発展がみられた。また内山⁸⁾は、ウォルピ¹⁰⁾が「もし、不安と相いれない反応を不安誘発刺激の存在下に引き起こし、その結果、不安反応を全面的ないし部分的に抑制させた場合、これらの刺激と不安との結合は減弱する」ことを明らかにしたと紹介している。このように恐怖症の病因論は、学習理論が中心であったことから、心理療法の中でも特に暴露療法が実施されてきた。現在でもなお暴露療法を中心とする治療法は、最も成功を得やすい¹¹⁾。

暴露療法を中心とした治療技法のひとつである系統的脱感作の臨床場面における手続きとしては①まず、患者の不安反応に拮抗的で、これを制止できる反応としてリラクゼーション反応を患者に習得させ、これによって2次的な交感神経鎮静効果による不安反応の制止を図る②いっぽう患者に不安反応を引き起こす刺激場面を列挙させ、これらを弱から強へと段階的に配列して不安階層表を作成する、③不安階層表の各場面を弱から強の順に患者にイメージさせて、脱感作を図り、イメージによって引き起こされる不安反応をリラクゼーションによって制止するという手順が示されている⁸⁾。しかし、坂野¹²⁾によって、逆制止を行わなくても恐怖刺激に十分な時間直面させると、恐怖・不安は下がりきることが報告されていた。このレスポネン条件付けの消去のた

めには、レスポネン反応が収まるまで、恐怖刺激やそれと関連づけられた状況に暴露され続けることが必要なので、最終的には不安階層表に含められた一番怖い場面に、回避せずに一定時間以上とどまることが求められる¹³⁾。

もう一つ、恐怖対象への暴露を含む治療技法のひとつに行動実験が挙げられる。行動実験では、実際の恐怖状況に直面しても、予期していた恐ろしい結果は起こらないことを経験する認知変容が主目的となる。熊野¹³⁾は、行動実験の設定としての暴露とレスポネン消去を目指す場合の暴露の力点の置き方が異なることを指摘している。行動実験においては、①馴化ではなく信念の反証が目的であること、②ゆえに必ずしも不安などの深い感情が低下するまで続ける必要はないこと、③実験の結果を振り返り信念に与えた影響を話し合い、次の課題を設定すること、④ゆえに不安階層表を作成し、それに従って行うわけではないことが挙げられている¹⁴⁾。

本稿で報告する症例は、嘔吐そのものより、不安症状（身体症状）としての胃のムカつきを恐れている。さらには、人と一緒に食事をするという会食場面を恐れ、回避しているが、それは人前で嘔吐して恥をかく恐怖というより、会食時に、吐き気を主とした症状限定発作（パニック不全発作）を体験したことから、その後会食を回避している。つまり、前述した嘔吐恐怖の病態理解としては、パニック障害における嘔吐恐怖に分類されるのではないかと考える。

以上のことから本症例では、清水⁷⁾が示した嘔吐恐怖症の認知行動モデルを用いてケースフォーミュレーションを行ない、先に述べた暴露療法を主体にして、馴化の体験によるレスポネン消去と、認知の修正を目的とした行動実験を組み合わせ実施した。なお、症例検討論文として報

告することは、本人および主治医、医療機関より了解を得た。

2. 症例概要

クライアント：女性、19歳、学生(以下 Cl.と略記する)

初診日：X年2月

主訴：他人と一緒にいるとき(特に食事中)に吐き気が出てしまう。そして、食事が続けられなかったり、外食に誘われても断ったりしてしまう。

来談経路：知人の紹介で、当院を受診

診断：広場恐怖を伴うパニック障害

薬物療法：抗不安薬(ロラゼパム 0.5mg)を不安時のみ頓用

学歴：有名私立中高一貫女子高に通学、X年4月より大学へ進学

家族構成：一人っ子で、父母と3人暮らし。父母ともとても優しく、特に母とは仲が良い、夫婦関係もよく家族関係は非常に良好。家族歴なし

友人関係：良好。友人は多くもなく、少なくともなく。学業は優秀、いじめなどの経験もなく「学校の雰囲気はいいと思う」と学校生活での不安や不満はない。

成育歴：幼少時期は、人見知り、分離不安があったが、発育に問題はなく友人関係や学業も何ら問題なく過ごしていた。

現病歴：17歳(高校2年)のとき、教室で授業を受けている最中に、突然の吐き気と動悸を体験。その後、友人と話をしているときや、特に自宅以外で食事をしているときに吐き気と動悸が頻発し、同時に喉のつまり感や発汗、手足の震えを感じるようになった。X-2年ころ、都内総合病院受診し、抗不安薬を頓服で処方された。そのとき医師には「成長の過程で、自然と軽快することもある」

と言われたが、その後自然に回復する様子はなく、外食時以外にも、電車や車での移動中や友達と話をしているときにも「また気持ち悪くなったらどうしよう」という予期不安を常に、強く感じるようになった。多くの場合は、じっと我慢をして過ごす、食事中に退席してしまうこともあり、友達と話をしているときも、話の内容が頭に入ってこないなど、生活に支障を感じるようになった。大学進学が決まっているが、大教室での講義や友人との昼食場面に対する不安が強いため、治療を希望して当院への受診となった。

初診時間診断結果：BDI:16点(軽度うつ)/SDS:40点(軽度うつ)/LSAS:41点、SADS:62点(ごく軽度の社交不安、特に他人と飲み食いをする、社交的な場面に対する恐怖と回避が強い)/広場恐怖尺度(公共交通機関、映画館などすぐに出られない状況、他人との応対など、いくつかの限られた場面においての恐怖、回避の程度が強い)

面接の枠組み：当院には、主治医の指示のもと、1回30分で、基本的に10回を上限とする面接の枠組みがあり、本症例は、診療と併せて行われるこの枠組みを希望され、面接開始となった。

3. 面接経過

#1 X年2月 初回面接

初めてのカウンセリングとのことで、やや緊張した面持ちで入室。まず主訴、現病歴の聴取などアセスメントを行なった。ケースフォーミュレーションを図1に示す。

まず、悪循環のトリガーとして、吐いてしまうかもしれないイメージが浮かび、「吐いたら嫌だ」「吐いたら苦しい」と吐き気を脅威として解釈すると、一方では感情と身体反応として、不安感や胃のむかつきが生じる。他方では、行動として、外食を避けたり(回避)、会食の途中で席を離れた

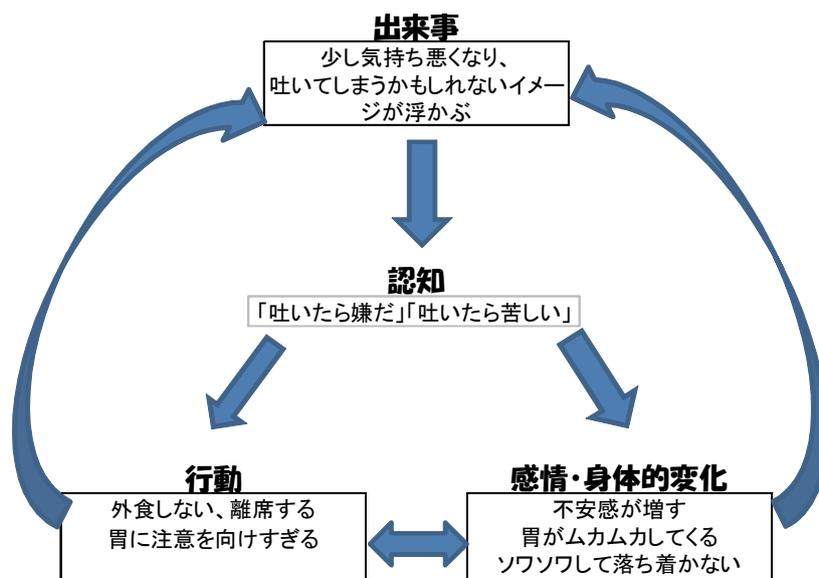


図1 清水(2012)の嘔吐恐怖症の認知行動療法モデルに基づいたケースフォーミュレーション

り(安全確保行動)、吐き気を警戒しつつ常に胃部に注意を向けたり(注意集中)してしまっている。

このケースフォーミュレーションを共有し、不安が高まる2要因として、危険を過度に察知してしまうこと(認知：脅威としての解釈)、身体症状が出たときに過敏に反応してしまうこと(行動：回避と注意集中)が要因になっていることを説明し、不安場面における認知と行動、身体症状のモニタリングを宿題として設定した。

目標は「みんな(友人や家族)とお茶に行ったりしても、問題なく以前のようにワイワイ楽しめるようになること」と述べられた。具体的には、食事中や、その前後に吐き気(身体症状)に注意集中して不安が高まりすぎたり、それによって途中退席してしまったりせず、おしゃべりを楽しめるようになりたいと述べられた。アセスメントの内容と、Cl.の訴えから、本症例の問題リストと治療目標を表1に示す。

#2～#3 X年3月 約2週間後

Cl.から「初めて診察に来たときより少し楽になった。母と祖母と食事に行ったときに、久しぶりにすごくよく食べられた。食べる前は少し不安

になったけれど、食べ始めたらだんだん平気になってきた」と述べられた。そこでCl.の実体験をもとに、不安の経時的な変化(図2)を示しながら、回避せずに直面し続けることによって、不安がだんだん下がってくることを説明し、食事場面において不安の馴化体験ができていたことを評価した。

さらに、「食べ始めたら、パスタがおいしくて…吐き気のことには全然考えていなかった」と照れ笑いをしながら語られたので、吐き気(身体症状)に注意集中せずに、味覚やおしゃべりの内容にも注意が向けられていたことの重要性を強調し、注意のシフトをトレーニングした。この注意のシフトトレーニングは、注意を広く分散し、不安時の身体反応に注意集中せず、注意を自由に柔軟にすることを目指している。注意のシフトトレーニングは、毎日トレーニングを続けるよう宿題として、モニタリングを課題とした。

#3 X年4月 約3週間後

宿題のシフトトレーニングのモニタリングから、食事中以外でも「調子が悪いかもしれない」「気分が悪くなったらどうしよう」ということに

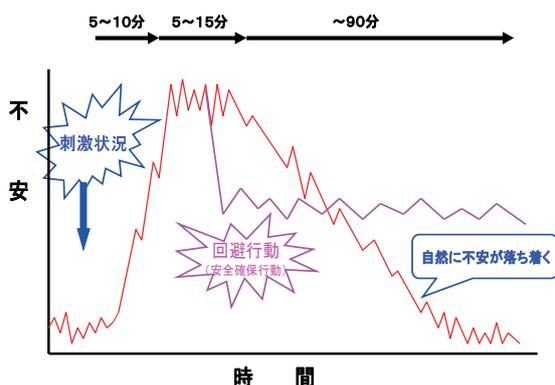
表 1 治療計画と目標設定(問題行動とそれらに対する介入方法)

＜行動分析チェックリスト＞	
減少を目指す問題行動 少し胃の不快感を感じると友人と食事中でも離席してしまう、 外食に誘われても断ってしまう	＜左記項目に対する介入法＞ 少し気持ち悪くなくても、すぐに吐いてしまうわけではないという実体験を積む (不安場面での安全確保行動を減ずる)
問題行動が生じやすい状況: 事前状況または問題行動中の状況 吐いてしまうかもしれないというイメージが浮かぶ	＜左記項目に対する介入法＞ イメージと現実実際に実際に起きていることの違いをよく観察する (セルフモニタリング)
問題行動が生じる直接のきっかけ: 弁別刺激または条件刺激 外食中の胃のムカつき	＜左記項目に対する介入法＞ 食事中や不安時に胃にばかり注意集中しないようにする (注意のシフトトレーニング)
問題行動の維持要因: 即時的強化子 離席すると、ホッとする 外食を断れば、不安にならなくて済む	＜左記項目に対する介入法＞ 離席せずとも、不安感が徐々に下がっていくことを体験する (不安の経時的変化、馴化の実体験をする)
問題行動がクライアントの生活にもたらす長期的な悪影響 外食に誘われても断ってしまうため、大学入学後の人間関係の維持に支障をきたす可能性がある。	＜目標設定＞ 不安感から友人の誘いを断ることなく、外食する。不安を感じても、離席せずに食事を続ける

(高橋、田上、大塚、熊野、2009)を一部改変して引用

②不安の変化 (時間の経過)

～時間とともに不安はどのように変化するか～



②不安の変化 (経験の経過)

～経験をおうごとに不安はどのように変化するか～

恐怖場面においても必ず落ち着くという経験を繰り返すと、不安が続く時間やピークは徐々に小さまってきます。



図 2 不安の経時的変化(坂野, 2003 改変)

注意が向きやすいことが示されていた。調子が悪いとはどのような状態で、何がどうなりそうなのか、その後どうなることを心配していたのか、具体的に詳細を聴取すると、吐き気やのどのつまり感を気にしていること、また、吐き気があまりにも強くなったら吐いてしまうかもしれないと予期していることがわかった。しかし、ほとんど吐かないし、もし吐いても、自分を取り乱してしまったり、友人にどうこう思われたりするとは考えていない、ただ吐くのは苦しいから嫌だと考えていることが明らかとなった。

この回も注意のシフトトレーニングを宿題と

して、モニタリングでは、具体的に何を予期して、不安が高まっていたのかを記載するように促した。

#4 X年5月 約5週後

「注意のシフトがうまくいかない自分の中に入り込んでしまうのが課題かなと思う」「不安に意識が向くと不安がどんどん高くなる」と述べられた。しかしその後、強くなった不安はどのように変化するのか、というところまでは観察できておらず、不安の馴化の実感が少ないようだったため、不安の経時的な変化を記録してくることを課題とした。

不安の強さ (SUD) 記録表

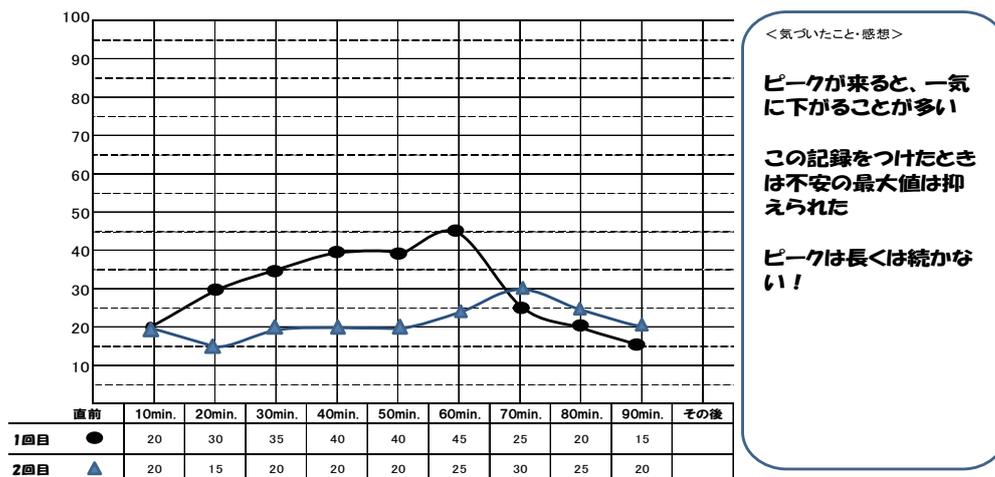


図3 本人の記録してきた不安の経時的変化のモニタリング表

#5 X年5月 約2週後

宿題の不安であった経時的な変化を記録・グラフ化する課題を実施したことによって、「ピークは長くは続かないということが分かった。不安のピークが来ても、そのあとは落ち着いていくことが実感できた」ことが確認された(図3)。

これまでの不安の馴化、注意のシフトによる不安の弱化などの成功体験をもとに、不安なときに思いつく認知(自動思考)に対して、現実に行き起きている状況や事実をよく観察し、気が楽になる考えを追加するように説明し、続けてセルフモニタリングを宿題とした。

#6 X年6月 約5週後

「クラス会で食事をしたとき、最初は少し不安だったけれど、おしゃべりに注意を向けて、だんだん時間が経つと落ち着いていった」と報告された。この時点での目標達成度は100点満点中70点くらい。残りの30点は、「何も気にしないでワイワイ食べられていたか」というと、そうではなかった」と述べられた。CIは、たくさん食べたり、普段食べ慣れていないもの(お好み焼き等)を食べたりすると気持ち悪くなるのではないかと考え

て、予防策をとって不安状況や不安感情を回避していることが明らかとなった。予防策が不安を維持させている一要因であることを再度心理教育して、回避を減らして暴露することを課題とした。

#7 X年7月 約4週後

試験期間中になったため、授業や友人との昼食など不安場面に直面する機会が少なかった。食事時の自動思考について表2のように合理的な思考を追加した。

#8 X年8月 約4週後

「食事以外ではもちろん、食事の時でも全然気にせずに居られた。100点満点中80~90点はよくなっている」と述べられた。カウンセリングの手ごたえとして、柔軟で合理的な思考ができるようになったことを挙げ、「気が楽になる考え方ができると、とりあえずの行動にうつせる。行動すれば、大丈夫なことが多いので、ダメかもしれないと思う根拠がなくなってきた。頓服薬も全く服用していない」と報告された。症状や回避行動が非常に改善されたことを共有し、話し合いの結果1ヶ月後の面接時でも改善している状況が続いて

表 2. 本人が記載した合理的思考を追加し、注意のシフトを取り入れたセルフモニタリング表

セルフモニタリング

日付	出来事	ふと考えたこと	身体の症状	ほかの気が楽になる考え	行動	注意	結果
8/6	母と叔母と一緒に昼食	まだ早くて、あまりおなはずいていないし、ちゃんと食べられるのか不安だ	のどのあたりが詰まる	母も一緒に身内なんだから、かたくなることはない	食べられる分だけ食べて、あとは席に着いていた	早く店を出たい	店を出るまでは、気分の悪さは少しあったが、店を出て少し移動したら、治まった
8/11	友人たちと、夜ごはん	食べきれなかったら目立つ	とくになし	屋ごはんも食べられたし、大丈夫だろう 食べているうちに不安が和らいでくる	すべて食べられた	みんなとしゃべること	なんともなかった
8/22	友人たちと夕食	すでに少し喉の詰まる感じがしているの、あまり食べたくない	喉の詰まり	前も食べられたし、食べ始めれば意外と食べられるかもしれない	少しずつ、食べられるところまで食べる	食べること	食べられるところまで食べて、その後は気分が楽になった
8/25	友人と偶然会う	どうしてなのか気分が悪い、どうしよう	気持ち悪さ	何か話したりいろいろしているうちに、自然と治まるだろう	普段通りに振る舞う	話をするなど	しばらくしたら、気持ち悪さが気にならなくなった

いた場合には、終結とすることとした。

#9 X年9月 約4週後

「不安記録表に書くようなことがなかった。授業中全く不安にならなかつたわけではないけれど、とりあえず授業を聞くこととノートをとり続けることに注意を向けることができた。不安気分が深く入り込むことがなくなった。」と、報告された。

サークルでの食事会で、鍋を食べるときに「もしあまり食べられなくても、誰もそんなこと気にしていないだろう」と考えられており、柔軟で合理的な思考が身につけていることが確認できた。今後の対応策について話し合ったところ「授業中気分が悪くなったら嫌だなとは思うけれど、悪くなくても別に、とりあえず授業を聴き続けて…それだけでいいと思っている。」と回避をせず直面することによって、不安が馴化することが実感できており、身体症状に注意集中せずに、注意のシフトをすることも習得できていることが確認できた。当初の治療目標であった、外食の回避や友人との食事中に離席するなどの安全確保行動が

とられることもなく、生活の支障も感じられていないことから、終結に至った。

問診票の結果変化（初診時→終結時）

BDI:16点→5点(著明改善)/SDS:40点→35点(正常範囲内)/LSAS:41点→20点、SADS:62点→35点(著明改善)/広場恐怖尺度(公共交通機関、映画館などすぐに出られない状況、他人との対応など、いくつかの限られた場面における恐怖はなくなった。)

4. 考察

本症例は「吐き気」に対する不安を訴えて来院されたが、嘔吐そのものに対する恐怖ではなく、会食中や電車や車の乗車中など、不安を感じる状況における身体症状の一つとして吐き気(胃のムカつき)があるため、会食場面の回避など生活に支障が出ていた。まず第一に、嘔吐恐怖症の認知行動療法モデルを用いて、CIの問題の悪循環が理解可能となったこと。このことよってのどのつまり感を契機に「吐いてしまうかもしれない」と考えすぎて、不安場면을避けてしまうことで不安が維持しているということに気づくことがで

きた。回避行動が不安を維持させているということを理解すると、次第に回避行動・安全確保行動を減じて、外食などの不安場面に直面することが可能となった。第二に、「食事に夢中になっていると、吐き気のことを考えずに食べられた」という実体験から、注意のシフトトレーニングを導入した。注意のシフトは、回避が強い場合「気そらし」として誤解されてしまうこともあるが、注意が柔軟になっている状態を自然に体験できたことから、トレーニングを導入できたため、比較的理解が容易であり、トレーニングを続けることができた。注意のシフトトレーニングを通じて、不安症状(身体反応)に集中していた注意を柔軟にすることができたことで、不安症状が出現しても、より回避せずにいられるようになり、不安が維持されている悪循環を断ち切るきっかけになった。第三に、不安の経時的な変化をグラフ化・視覚化することによって、回避せずに暴露すると、不安が馴化する過程を実体験できた。このことは、不安が高まると吐いてしまうかもしれないという自動思考を「不安は長くは続かない。そのままにしておけば治まる」という柔軟で合理的な思考を習得する一助となった。

さらに本症例は、「外食中でも、気が楽になる考えができるようになったのですごく楽になった」と認知が修正されたことを実感していた。症例が奏功した一因として①悪循環の理解や、注意のシフトによって回避行動が減じられたこと、②セルフモニタリングによって予測と事実の違いがはっきりと観察できたこと、③不安の馴化の過程を即時視覚化したことによって不安が長く続かないことを実体験できたことが挙げられる。今回は、治療目標が達成できたことで、面接は9回で終了としたが、今後、期間をおいてのフォローアップ面談が可能であれば、予後について聴取し、

追加介入が必要であれば、実施したい。

5. 引用・参考文献

- 1) Lipsitz, J.D., Fyer, A.J., Paterniti, A. et al., 2001, Emetophobia : Preliminary results of internet survey. *Depression and Anxiety* 14 ; 149-152.
- 2) Veale, D. & Lambrou, C., 2006, The psychopathology of vomit phobia. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 34 ; 139-150.
- 3) van Overveld, M., de Jong, P.J. & Peters, M.L. et al., 2008, An internet-based study on the relation between disgust sensitivity and emetophobia. *J Anxiety Disord* 22 ; 524-531.
- 4) 貝谷久宣・兼子唯(2012) 特定の恐怖症 In : 貝谷久宣(監修)・野呂浩史(編) 嘔吐恐怖症-基礎から臨床まで. 金剛出版.
- 5) Boshen, M.J., 2007, Reconceptualizing emetophobia : A cognitive? : Behavioral formulation and research agenda. *J of Anxiety Disorders* 21 ; 407-419.
- 6) 野呂浩史・荒川和歌子(2011) 社交不安障害と嘔吐恐怖症を併発したうつ病に mirtazapine が有効であった 1 例. *臨床精神薬理* 14 ; 1247-1253.
- 7) 清水栄司(2012) 嘔吐の生理学的メカニズムと治療への介入 In : 貝谷久宣(監修)・野呂浩史(編) 嘔吐恐怖症-基礎から臨床まで. 金剛出版.
- 8) 内山喜久雄(1971) サイコセラピー・シリーズ 行動療法. 文光堂.
- 9) Watson, J. B. & Rayner, R. (1920) Conditioned emotional reactions. *J. exp. Psychol.*, 3 : 1-14
- 10) Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Stanford Univ. Press.

- 11) Stein, D.J. & Hollander, E., 2002, Textbook of Anxiety Disorder. American Psychiatric Publishing. (樋口輝彦・久保木富房・貝谷久宣・坂野雄二・野村忍・不安抑うつ臨床研究会監訳(2005) 不安障害. 日本評論社.
- 12) 坂野雄二(2003) 広場恐怖の認知行動療法. こころの科学 107 ; 78-82.
- 13) 熊野宏昭(2012) 認知行動療法のルーツと歴史(特集 認知/行動療法の技法と治療効果. 臨床精神薬理. 41 (8) ; 959-966
- 14) 小堀修(2013) 不安の認知理論と嘔吐恐怖の認知療法-小間物に困ったら In : 貝谷久宣(監修)・野呂浩史(編) 嘔吐恐怖症-基礎から臨床まで. 金剛出版.

Abstract

In this paper, I introduce a case that was admitted to our clinic because of fear of nausea, and show the interview process in our practice of cognitive behavioral therapy. The case formulation is accomplished using a cognitive behavioral model of vomiting phobia, where the present case showed a vicious cycle of feelings of cognition and behavior. Further, it was possible to break the cycle by a combination of exposure for the respondent to erase by experience habituation, exposure for the modification of cognitive and flexible attention that are concentrated into physical symptoms and even to eliminate evasive action. This time, the symptoms subsided in nine interviews, I report the psychological interview process, which marked the end of counseling.

Keywords: vomiting fear, cognitive behavioral therapy