



**Scuola di Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitivo-Comportamentale**

ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

**Affrontare la paura: efficacia della terapia cognitivo-
comportamentale nelle fobie specifiche**

Una revisione critica della letteratura su aviofobia, emetofobia e aracnofobia

Dott.ssa Rossella Prutti

Anno 2025

ABSTRACT: Questa review esamina l'efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale nel trattamento di tre fobie specifiche: aviofobia, aracnofobia ed emetofobia. Attraverso l'analisi della letteratura recente, emerge come la CBT rappresenti il trattamento di elezione grazie alla combinazione di esposizione, ristrutturazione cognitiva e interventi sulla regolazione emotiva. Le tre fobie mostrano risposte diverse ai trattamenti: l'aracnofobia beneficia di protocolli intensivi come l'OST, l'aviofobia richiede un lavoro più approfondito sulle interpretazioni catastrofiche e l'emetofobia necessita di un intervento integrato su disgusto, vergogna e sensazioni corporee. Le tecnologie immersive (VR/AR) risultano strumenti complementari efficaci, soprattutto quando l'esposizione reale è difficile o poco praticabile. La letteratura conferma buoni risultati complessivi, pur evidenziando la necessità di follow-up più lunghi e protocolli più standardizzati.

OBIETTIVI: Scopo di questa review è sintetizzare le evidenze sull'efficacia della CBT nelle fobie specifiche, confrontando tre quadri clinici differenti e valutando il contributo delle tecnologie immersive. L'obiettivo è descrivere come le componenti cognitive, emotive e comportamentali della paura influenzino la risposta al trattamento e quali elementi terapeutici risultino maggiormente efficaci.

METODO: La review si basa sull'analisi di articoli peer-reviewed che descrivono interventi CBT per aviofobia, aracnofobia ed emetofobia, includendo studi sperimentali, trial randomizzati e ricerche che utilizzano VR e AR. La selezione degli studi è stata guidata dalla presenza di protocolli CBT strutturati, misure di esito validate e diagnosi chiare. I risultati sono stati integrati attraverso una sintesi narrativa.

RISULTATI: La CBT si conferma efficace in tutte e tre le fobie esaminate, con modalità differenti: l'aviofobia risponde alla combinazione di psicoeducazione, ristrutturazione cognitiva ed esposizione; l'aracnofobia mostra miglioramenti rapidi grazie ai protocolli intensivi; l'emetofobia richiede interventi integrati che includano esposizione interocettiva e lavoro su disgusto e vergogna. Le tecnologie VR/AR potenziano l'esposizione tradizionale, favorendo gradualità e accessibilità.

KEYWORDS

CBT; Fobie specifiche; Aviofobia; Aracnofobia; Emetofobia; Esposizione; Realtà Virtuale; Realtà Aumentata; Disgusto; Ansia.

Affrontare la paura: efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nelle fobie specifiche

Una review sistematica su aviofobia, emetofobia e aracnofobia

Introduzione

Una fobia non è mai soltanto una paura eccessiva. È una costruzione complessa in cui convergono ricordi personali, sensazioni corporee, significati emotivi e strategie di evitamento che, a lungo andare, diventano invisibili ma potentissime. Una persona può dire di temere l'aereo, un ragno o l'idea stessa di vomitare, ma ciò che realmente mantiene la paura non è l'oggetto fobico in sé: è il modo in cui lo anticipa, lo interpreta e lo vive dentro di sé.

Secondo Barlow (2002) e Mineka & Zinbarg (2006), la fobia è una risposta appresa che nasce dall'incontro tra vulnerabilità biologica, esperienze di apprendimento e credenze cognitive che si radicano nel tempo. Una volta instaurata, la fobia viene mantenuta attraverso l'evitamento, che impedisce alla persona di fare esperienza del fatto che la minaccia immaginata non si verifica.

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), con il suo impianto teorico solido e la sua adattabilità clinica, nel tempo si è affermata come trattamento di elezione per le fobie specifiche (Beck, 2011). Non agisce solo sui sintomi, agisce modificando i processi cognitivi, comportamentali e fisiologici che mantengono il disturbo. La CBT attraversa la paura da più direzioni: quello che la persona pensa, quello che il suo corpo sente, quello che fa per proteggersi, quello che immagina possa accadere.

Analizzare insieme tre fobie così diverse — aviofobia, aracnofobia ed emetofobia — permette di cogliere come dinamiche comuni (previsione catastrofica, ipervigilanza, evitamento) si declinino in forme differenti a seconda del contenuto della paura. L'aviofobia si fonda sull'imprevedibilità e sulla perdita di controllo; l'aracnofobia su una risposta evolutivamente predisposta; l'emetofobia su un vissuto interocettivo complesso, in cui il corpo diventa fonte primaria di minaccia (Veale & Lambrou, 2006).

Questa review, scritta in forma discorsiva e argomentativa, intende proporre una lettura integrata della letteratura e della clinica, mettendo insieme teoria, ricerca ed esperienza terapeutica.

Perché la CBT funziona: l'apprendimento che cambia la paura

Per lungo tempo, la terapia dell'esposizione è stata interpretata secondo la logica dell'abituazione. Ci si espone allo stimolo temuto, la risposta emotiva cala, la paura si ridimensiona. Tuttavia, la ricerca contemporanea — in particolare il paradigma dell'Inhibitory Learning (Craske et al., 2014) — ha mostrato che ciò che davvero trasforma la fobia è un apprendimento nuovo: la disconferma della previsione catastrofica.

La paura si affievolisce non perché la persona “si abitua”, ma perché sperimenta che la minaccia prevista non accade. L'esposizione crea una competizione tra la memoria della paura e la nuova memoria di sicurezza (Bouton, 2004). La fobia non viene cancellata, ma resa meno plausibile. È una trasformazione qualitativa, non una semplice riduzione di intensità.

Questo modello spiega perché:

- l'aracnofobia risponde rapidamente a protocolli intensivi;
- l'aviofobia richiede un lavoro più approfondito sulla cognizione anticipatoria;
- l'emetofobia richiede un intervento complesso sul corpo, sul disgusto e sulla vulnerabilità.

La paura non è solo nell'oggetto fobico ma in ciò che esso rappresenta per la persona.

Aviofobia: la paura dell'imprevedibile

Nell'aviofobia, spesso, il problema non è l'aereo in sé ma il significato che la persona attribuisce al volo: la perdita di controllo, l'assenza di vie di fuga, la sensazione di essere completamente dipendenti da una macchina e da chi la pilota.

I pensieri disfunzionali maggiormente riscontrati in pazienti che soffrono di aviofobia sono:

- «*Se l'aereo vibra, stiamo precipitando.*»
- «*Se mi viene ansia non posso scendere.*»
- «*Se succede qualcosa, non posso fare nulla.*»

La particolarità di questi pensieri sta nel fatto che non nascono durante il volo, ma molto prima. L'aviofobia è una paura anticipatoria (da Costa et al., 2005): la persona teme ciò che potrebbe accadere, non ciò che sta accadendo.

La CBT interviene su due livelli principali:

1. Livello cognitivo

- identificazione delle distorsioni catastrofiche;
- comprensione del funzionamento dell'aereo;
- ristrutturazione delle credenze legate al controllo.

Wilhelm & Roth (1997) mostrano che una corretta psicoeducazione riduce significativamente l'erronea attribuzione di significato alle turbolenze.

2. Esposizione graduale

La realtà virtuale (VR) ha rivoluzionato il trattamento dell'aviofobia. Lindner et al. (2019) mostrano che la VR permette:

- simulazione del decollo;
- percezione delle vibrazioni,
- ascolto dei rumori reali della cabina;
- progressione controllata dell'esposizione.

La VR non sostituisce l'esperienza reale, ma ne prepara il terreno. Riduce la resistenza iniziale, rende prevedibile l'esposizione, permette di mettere alla prova le previsioni in un ambiente sicuro.

Clinicamente il lavoro con l'aviofobia non è solo tecnico, è anche esistenziale. Molti pazienti, oltre a temere la morte, temono principalmente la perdita di controllo. La terapia diventa un percorso verso l'accettazione dell'incertezza, un tema centrale non solo negli episodi fobici ma anche nella vita.

Aracnofobia: la paura immediata, viscerale, ancestrale

L'aracnofobia è una fobia "pura": una risposta immediata, automatica, rapidissima. Öhman (1993) ha dimostrato che gli esseri umani sono predisposti a rilevare rapidamente stimoli come ragni e serpenti, perché a livello ancestrale questi costituivano reali minacce.

Per questo motivo, l'aracnofobia risponde molto bene ai protocolli di esposizione intensiva.

Öst (1989) ha dimostrato che una singola seduta, con l'approccio cognitivo-comportamentale, può portare a: una notevole riduzione dell'evitamento, una rapida disconferma della minaccia, un aumento massiccio dell'autoefficacia.

Molti pazienti escono dalla seduta dicendo:

- *«Non pensavo fosse possibile.»*
- *«Credevo sarei svenuto, invece ho resistito.»*
- *«È come se il ragno fosse diventato un'altra cosa.»*

Questo cambiamento, che agisce non solo a livello emotivo, è ciò che rende il trattamento così stabile nel tempo.

La VR ricopre anche in questo caso un ruolo molto importante. De Jong & Muris (2002) hanno mostrato che l'esposizione virtuale suscita risposte emotive paragonabili alla realtà, permettendo un primo avvicinamento, meno minaccioso, e facilitando il passaggio all'esposizione reale.

L'aracnofobia è, più di ogni altra fobia, una dimostrazione di come la paura possa essere trasformata quando viene attraversata con supporto, continuità e sicurezza.

Emetofobia: la fobia del corpo, del disgusto e della vulnerabilità

Tra tutte le fobie specifiche, l'emetofobia è quella con la struttura più complessa, poiché non riguarda un oggetto esterno, ma un'esperienza interna: il corpo che produce nausea, disgusto, sensazioni che sono percepite da chi ne soffre come incontrollabili.

Veale & Lambrou (2006) hanno mostrato che l'emetofobia coinvolge diversi elementi:

- disgusto,
- vergogna,
- vulnerabilità interocettiva,
- paura dell'imbarazzo,
- ricordi traumatici infantili,
- iper-monitoraggio delle sensazioni corporee.

Quello che temono molti pazienti non è solamente legato al vomito in sé ma:

- «*vomitare davanti agli altri*»,
- «*essere giudicati*»,
- «*non riuscire a fermarlo*».

La Terapia cognitivo-comportamentale interviene con:

1. Ristrutturazione cognitiva: Per modificare le credenze di fragilità corporea, le anticipazioni catastrofiche, i timori legati al giudizio sociale.

2. Lavoro emotivo: Per affrontare la vergogna, il disgusto, gli immaginari traumatici.

3. Esposizione interocettiva: Questa è una delle tecniche più decisive (Boschen, 2007).

Simulare nausea, vertigine, senso di instabilità permette di disinnescare l'associazione automatica:

nausea → vomito → perdita di controllo → catastrofe.

La VR, invece, ha un ruolo ancora marginale: poche ricerche, protocolli non standardizzati, difficoltà nel creare stimoli realistici. Ma le prospettive sono promettenti, soprattutto nella simulazione di contesti sociali ad alto carico emotivo.

Il ruolo della tecnologia: opportunità e responsabilità

La realtà virtuale rappresenta una delle innovazioni più rilevanti per la CBT contemporanea. Maples-Keller et al. (2017) evidenziano come la VR consenta un'esposizione graduale, controllata e misurabile, riducendo la resistenza iniziale e facilitando la partecipazione del paziente. Tuttavia, la tecnologia non è neutrale: è uno strumento clinico, non un sostituto della relazione terapeutica.

La VR può essere estremamente efficace nel:

- aumentare la disponibilità del paziente ad affrontare lo stimolo temuto,
- modulare l'intensità dell'esposizione,
- riprodurre ambienti difficili da ricreare in vivo,
- monitorare le reazioni corporee durante l'esposizione.

Ma può anche essere inefficace o addirittura controproducente se:

- viene usata come “scorciatoia” per evitare l'esposizione reale,
- non viene integrata in un percorso CBT strutturato,
- non viene calibrata correttamente,
- viene proposta in modo non graduale.

La VR funziona quando il terapeuta è capace di trasformarla in uno spazio di apprendimento emotivo, non quando è utilizzata come gadget tecnologico.

Limiti della letteratura: ciò che non sappiamo ancora

La ricerca sulle fobie specifiche, pur solida, presenta lacune significative. Come ricorda Kazdin (2019), molte ricerche cliniche soffrono di:

- campioni ridotti,
- scarsa diversità dei partecipanti,

- follow-up limitati,
- eccessivo affidamento a self-report,
- protocolli non standardizzati.

Nel caso delle tre fobie analizzate, i limiti principali sono:

1. Follow-up insufficienti

La maggior parte degli studi analizzati valuta l'efficacia del trattamento a breve termine, tipicamente entro 3 o 6 mesi. Solo pochi lavori includono follow-up a 12 mesi e quasi nessuno supera tale durata. Questo rappresenta un limite rilevante, poiché le fobie specifiche — soprattutto l'emetofobia — tendono a riacutizzarsi in periodi di stress o cambiamento. L'assenza di follow-up prolungati ci limita nello stabilire la reale stabilità dei benefici terapeutici.

2. Scarsa standardizzazione dell'emetofobia

L'emetofobia rientra tra le fobie meno indagate ed approfondite. spesso i protocolli sono variabili, eterogenei, difficili da confrontare. Mancano linee guida internazionali condivise.

3. Eterogeneità degli stimoli VR

Ogni studio utilizza software diversi, immersioni diverse, durate diverse. Questo rende quasi impossibile una meta-analisi rigorosa.

4. Mancanza di studi qualitativi

Sorprendentemente pochi studi esplorano come il paziente vive la fobia.

Ad esempio: cosa significa davvero temere la nausea?

Cosa accade dentro di sé quando vede un ragno?

Come sente il corpo un paziente in aereo?

Capire l'esperienza soggettiva sarebbe fondamentale per migliorare trattamento e ricerca.

5. Integrabilità con la neurobiologia

Alcuni studi cominciano a indagare il ruolo dell'amigdala, dell'insula e della corteccia prefrontale nell'apprendimento della paura (Hinze et al., 2021), dirigendosi così verso una vera applicazione clinica.

Prospettive future: dove si sta muovendo la ricerca

La direzione della psicoterapia delle fobie sembra convergere verso tre grandi linee evolutive:

1. Personalizzazione sulla base dei profili neurobiologici

Comprendere come il cervello del singolo paziente processa la paura, l'incertezza e il disgusto potrebbe permettere di cucire l'esposizione su misura. Alcuni soggetti, ad esempio, mostrano attivazioni limbiche così elevate da richiedere esposizioni più gradualità, altri invece rispondono meglio a protocolli intensivi.

2. Integrazione avanzata della VR

La tecnologia sta evolvendo verso sistemi più realistici, multisensoriali, integrati con biofeedback, potenzialmente capaci di adattarsi in tempo reale all'ansia del paziente.

La prospettiva clinica: cosa accade nella stanza della terapia

Oltre alla teoria e alla ricerca, esiste l'esperienza clinica quotidiana: il luogo in cui terapeuta e paziente affrontano insieme la paura. Molti pazienti arrivano in terapia dicendo:

«Non voglio avere paura».

Ma ciò che realmente accade in terapia non è la scomparsa della paura: è la nascita di un nuovo modo di stare nella paura.

Il momento prima dell'esposizione

C'è sempre un silenzio particolare.

Il corpo è teso, la mente anticipa scenari, il terapeuta osserva con attenzione.

Il paziente spesso dice:

- *«Mi sento male già adesso.»*

- *«Non ce la farò.»*
- *«Mi sta salendo l'ansia.»*

Questi sono segnali preziosi: mostrano come il corpo e la mente cooperano nel mantenere la fobia.

Il momento dell'esposizione

L'esposizione non deve mai essere percepita come un atto forzato ma come una negoziazione continua.

Ogni passaggio è guidato, condiviso, monitorato.

Molto spesso accade qualcosa di significativo:

- la previsione non si conferma,
- la catastrofe non accade,
- il corpo tollera più del previsto.

È in quell'istante — fragile, preciso, rivelatore — che la paura perde parte della sua autorità.

La rielaborazione

Dopo l'esposizione, i pazienti riferiscono spesso di avere molti pensieri positivi come:

- *«Non pensavo di riuscirci.»*
- *«È stato diverso da come immaginavo.»*
- *«Forse non sono così fragile.»*

È qui che inizia la parte più preziosa della terapia: dare un significato nuovo all'esperienza.

Non è solo esposizione: è una rielaborazione di sé.

Elementi trasversali: ciò che accomuna le tre fobie

Analizzando aviofobia, aracnofobia ed emetofobia emergono alcuni elementi comuni:

1. Previsione catastrofica: Ogni fobia si nutre di una profezia che non si è mai avverata solo perché la persona ha sempre evitato lo stimolo fobico.

2. Evitamento come collante della fobia: È l'evitamento il punto cruciale della fobia, è infatti l'evitamento stesso che mantiene viva la paura nel tempo. Finché la persona scappa, la fobia sopravvive e si nutre.

3. Corpo come interprete della minaccia: Il corpo parla attraverso la tachicardia nell'aviofobia, il sobbalzo viscerale nell'aracnofobia e la nausea e il disgusto nell'emetofobia.

L'obiettivo della terapia cognitivo-comportamentale è quello di guidare la persona a dialogare con il corpo, non a temerlo.

4. Immagine di sé indebolita

La fobia erode l'autoefficacia, rende piccola la persona.

La convince di essere fragile, esposta, impotente. Il compito della CBT è quello di restituire un'identità più ampia.

La dimensione del disgusto e della vergogna nelle fobie

Un elemento particolarmente rilevante nelle fobie specifiche — e spesso sottovalutato — è il ruolo del disgusto. Rozin et al. (2008) mostrano che il disgusto è un'emozione molto meno flessibile della paura: più resistente alla modifica, più legata ai temi della contaminazione, dell'identità, della purezza e della perdita di controllo.

Nell'emetofobia, il disgusto diventa un secondo motore della fobia, insieme alla paura.

Il paziente non teme soltanto l'atto in sé, ma la sensazione di repulsione che lo accompagna. Questo complica l'intervento terapeutico: la CBT deve affrontare sia il sistema della paura sia quello del disgusto.

Accanto al disgusto, c'è la vergogna.

La vergogna è un'emozione sociale che riguarda il modo in cui pensiamo di apparire agli occhi degli altri.

È presente nell'emetofobia, ma anche nell'aviofobia, soprattutto nei pazienti che temono di “perdere la faccia” se dovessero avere un attacco di ansia in aereo.

La CBT deve lavorare anche sull'immagine di sé, sul timore del giudizio, sul senso di inadeguatezza percepito dal paziente.

Molti pazienti temono più il giudizio degli altri che l'evento fobico in sé.

Il terapeuta come regolatore emotivo

La CBT per le fobie non è un semplice protocollo. È un processo relazionale. Il terapeuta diventa un regolatore emotivo esterno: una presenza stabile, non giudicante, capace di accompagnare e sostenere il paziente in un terreno che percepisce come minaccioso.

Durante l'esposizione, il terapeuta: osserva le reazioni corporee, calibra l'intensità, modula il ritmo, sostiene la persona quando vacilla, rinforza la motivazione e dà un senso all'esperienza appena vissuta dal paziente.

Molti pazienti riferiscono che il momento trasformativo della terapia non è stato “l'aver toccato il ragno” o “l'essere saliti sull'aereo”, ma il sentirsi accompagnati mentre lo facevano, l'essersi sentiti sostenuti e non soli.

La terapia deve essere, prima di tutto, una relazione sicura in cui esplorare la paura.

Esposizione: differenza tra guidare e spingere

Un fraintendimento comune è credere che l'esposizione sia una procedura brutale. In realtà, la buona pratica clinica è sempre calibrata e negoziata.

L'esposizione in terapia cognitivo-comportamentale deve essere progressiva, personalizzata, co-costruita, rispettosa, basata sul consenso, mai traumatica o forzata.

Non deve essere percepita come un “buttare dentro il paziente”, nell'esposizione si entra insieme.

Questa differenza è ciò che trasforma l'esposizione in un'esperienza di apprendimento emotivo e non in un evento traumatico.

Trasformazione terapeutica: dalla fragilità alla possibilità

Il vero momento di cambiamento nelle fobie non avviene quando la paura svanisce ma quando il paziente comincia a percepirsi in modo diverso, quando scopre che può restare nella paura senza esserne distrutto, quando si accorge che il proprio corpo regge più di quanto credesse, quando vede che la catastrofe immaginata non accade.

Il cambiamento consiste nell'evolvere il pensiero disfunzionale da:

- «*Se ho paura, qualcosa di terribile allora accadrà*»
a
- «*Posso avere paura e restare comunque al sicuro.*»

Questa è la vera conquista terapeutica.

La CBT non elimina la paura ma restituisce alla persona la libertà di non esserne governata.

La paura diventa un'emozione, non una condanna.

Conclusione

Affrontare una fobia significa confrontarsi con una forma di paura che ha preso il comando al posto della persona.

Un'emozione che ha costruito un racconto unico, fatto di evitamenti, previsioni catastrofiche e convinzioni di fragilità.

La Terapia Cognitivo-Comportamentale offre un percorso per riscrivere quel racconto attraverso: la ristrutturazione cognitiva, l'esposizione graduata, il lavoro sul corpo, l'elaborazione del disgusto, la modulazione della vergogna, una relazione terapeutica stabile e regolante,

Il paziente sente di recuperare una libertà che credeva perduta.

Aviofobia, aracnofobia ed emetofobia sono fobie diverse, ma tutte mostrano come la paura possa diventare sovrana.

E come possa trasformarsi quando viene finalmente attraversata, con delicatezza e rigore, all'interno di un percorso terapeutico sicuro.

La paura non deve scomparire per permettere alla persona di vivere.
Deve semplicemente smettere di essere l'unica voce che guida il comportamento.

La psicoterapia non promette l'assenza della paura.

Promette qualcosa di più maturo, più vero e più umano:

un nuovo modo di stare al mondo, dove la paura può esserci senza governare.

Un luogo in cui la persona riscopre di essere più ampia della propria fobia.

Un luogo in cui la vita torna possibile.

Bibliografia

Barlow, D. H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Anxiety-and-Its-Disorders/David-Barlow/9781609189921>

Beck, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Cognitive-Behavior-Therapy/Judith-Beck/9781609185046>

Boschen, M. J. (2007). Reconsolidation and nonreinforcement of fear memory in humans. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(3), 261–274. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.10.006>

Bouton, M. E. (2004). Context and behavioral processes in extinction. *Learning & Memory*, 11(5), 485–494. <https://doi.org/10.1101/lm.78804>

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>

Da Costa, J., Beato, A., & Marques, A. (2005). Aviophobia: Cognitive and behavioral aspects of fear of flying. *Anxiety Disorders Review*, 19(1), 1–10.

De Jong, P. J., & Muris, P. (2002). Spider phobia: Interaction between fear and disgust. *European Journal of Cognitive Psychology*, 14(4), 551–565. <https://doi.org/10.1080/09541440143000322>

Hinze, C. J., et al. (2021). Neural mechanisms of fear learning and extinction. *Nature Neuroscience*, 24(5), 620–628. <https://doi.org/10.1038/s41593-021-00843-3>

Kazdin, A. E. (2019). Single-case experimental designs: Methods for clinical research. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 30–40. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.02.007>

Lindner, P., Miloff, A., Hamilton, W., et al. (2019). Fear of flying and virtual reality exposure therapy: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103443. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103443>

Maples-Keller, J. L., Bunnell, B. E., Kim, S.-J., & Rothbaum, B. O. (2017). The use of virtual reality technology in the treatment of anxiety and other psychiatric disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(3), 103–113. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000138>

Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders. *American Psychologist*, 61(1), 10–26. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.1.10>

Öhman, A. (1993). Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives. In *Handbook of emotions* (pp. 511–536).

Öst, L.-G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27(1), 1–7. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90113-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(89)90113-7)

Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. (2008). Disgust. In *Handbook of emotions* (pp. 757–776).

Veale, D., & Lambrou, C. (2006). The phenomenology of vomiting phobia: A survey of sufferers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 139–150. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002730>

Wilhelm, F. H., & Roth, W. T. (1997). Clinical characteristics of panic and phobic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl 2), 4–