Terapia Cognitivo-Comportamental da Fobia Específica

Neri Maurício Piccoloto
Ricardo Wainer
Giovanni Kuckartz Pergher
Luciane Benvegnú Piccoloto

Aspectos Diagnósticos e Epidemiológicos

O medo constitui-se em uma reação perpetuadora da sobrevivência, transmitida como herança evolutiva aos descendentes. Permite ao ser humano a evitação do perigo, sendo, portanto, essencial para a aptidão. Embora trate-se de uma emoção qualitativamente experienciada por todas as pessoas em determinados momentos de suas vidas, variações quantitativas podem fazer com que o medo ultrapasse os seus limites funcionais e adaptativos, dando origem a uma psicopatologia. A presença desse temor de intensidade desproporcional, direcionado a um objeto ou situação, é ponto fundamental para a identificação do que chamamos de fobia. As fobias são divididas em *Específicas* (anteriormente chamadas de fobias simples, envolvendo uma série de objetos e situações detalhados neste capítulo) e *Social* (envolvendo, obviamente, situações sociais). Cabe salientar que a fobia distingue-se de medos ou apreensões normais que as pessoas apresentam diante de determinados contextos, pois possui um caráter amplamente irracional e acarreta prejuízos significativos aos pacientes, sob a forma de comportamentos inadequados ou disfuncionais e/ou intenso sofrimento subjetivo. Os critérios diagnósticos para fobia específica e os seus subtipos, segundo o DSM-IV-TR, são demonstrados a seguir:

A. Medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, revelado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação fóbica (por ex., voar, altura, animais, tomar uma injeção, ver sangue).

B. A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade, que pode assumir a forma de um ataque de pânico ligado à situação ou predisposição pela situação.
***Nota**: Em crianças, a ansiedade pode ser expressada por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento aderente.*

C. O indivíduo reconhece que o medo é excessivo ou irracional.
***Nota**: Em crianças, essa característica pode estar ausente.*

D. A situação fóbica (ou situações) é evitada ou suportada com intensa ansiedade ou sofrimento.

E. A esquiva, a antecipação ansiosa ou o sofrimento na situação temida (ou situações) interferem significativamente na rotina do indivíduo, em seu funcionamento ocupacional (ou acadêmico) ou em atividades ou relacionamentos sociais, ou existe acentuado sofrimento pelo fato de ter a fobia.

F. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração mínima é de 6 meses.

G. A ansiedade, os ataques de pânico ou a esquiva fóbica associados com o objeto ou a situação específica não são mais bem explicados por outro transtorno mental, como o transtorno obsessivo-compulsivo (por ex.: medo de sujeira em alguém com uma obsessão de contaminação), transtorno de estresse

pós-traumático (esquiva de um estímulo associado a um estressor severo), transtorno de ansiedade separação (por ex., esquiva da escola), fobia social (por ex., esquiva de situações sociais em vista medo do embaraço), transtorno de pânico com agorafobia ou agorafobia sem história de transtorno pânico.

Especificar tipo:

- Tipo Animal
- Tipo Ambiente Natural (alturas, tempestades, água)
- Tipo Sangue-Injeção-Ferimentos
- Tipo Situacional (aviões, elevadores, locais fechados)
- Outro Tipo (esquiva fóbica de situações que podem levar à asfixia, a vômitos ou a contrair u doença; em crianças, esquiva de sons altos ou personagens vestidos com fantasias).

Um aspecto importante das fobias específicas consiste na sua variedade de apresentações. Apesar reunidas em uma única categoria diagnóstica, suas subtipagens apresentam características bastante heterogêne Não é viável a determinação de dados epidemiológicos como prevalência, proporção entre homens e mulhere idade de início que sejam válidos para todos os subtipos de fobias específicas existentes. Assim sendo, os da estatísticos abaixo apresentados são basicamente referenciais e não devem ser tomados como absolutos ou inc testáveis.

A fobia específica, reunindo suas várias apresentações, está entre os transtornos mentais mais comuns população em geral, com taxas de prevalência que variam entre 4,5% e 11,8%. Robins e cols. (1988) indicaram risco de 23,3% para o surgimento do transtorno ao longo da vida. Com relação à proporção entre mulheres/home estima-se que esteja em torno de 2:1 para a maioria dos subtipos de fobias. Em estudos de prevalência ao longo 6 meses, foram encontrados percentuais de 7% para mulheres e 4,3% para homens. Não existem explicaç consistentes sobre as diferenças percentuais entre os gêneros, mas podemos citar Merckenlbach e cols. (199 que fazem uma alusão à possibilidade de que os processos de condicionamento (descritos mais detalhadame seguir) interajam com determinados hormônios, modulando, assim, a magnitude da resposta fóbica.

Segundo Curtis e cols. (1998), a fobia específica mais prevalente entre as mulheres é a de animais (22,2 enquanto entre os homens é a de altura (20,4%). Outros estudos apontaram como mais comuns, respectivame a claustrofobia, a fobia de sangue-injeção-ferimentos, a fobia de intervenções odontológicas e a fobia de animais pequeno porte (insetos, ratos, sapos). O início do transtorno é predominantemente precoce, ocorrendo por volta 5 anos de idade, sendo que, em uma considerável parcela dos indivíduos, há remissão espontânea dos sint ainda na infância. Assim, não são raros os casos nos quais uma pessoa apresenta medos excessivos e irraci quando criança e, algum tempo depois, esses sintomas desaparecem, sem que tenha sido realizada nenhuma in venção terapêutica intencional. Bandura (1969) destacou as remissões espontâneas como características dos dros fóbicos infantis ao referir-se ao clássico caso do pequeno Hans. Não obstante, existem pacientes nos qu fobia persiste até a vida adulta, quando os níveis de ansiedade diante do objeto fóbico mantêm-se elevados. possibilidade, inclusive, do desencadeamento de ataques de pânico em situações de intensa exposição. Alg autores citam subtipos de fobias com início comumente mais tardio, como a fobia de altura.

Os elevados índices de prevalência acima descritos, no entanto, não são encontrados em amostras clí ambulatoriais, que apresentam percentuais bastante inferiores aos da comunidade em geral. Alguns determin dessa discrepância consistem na baixa disfuncionalidade provocada pelo transtorno, o que faz com que os indiv os desenvolvam estratégias evitativas que permitem a convivência com a fobia sem a busca de tratamento, alé mascaramento do transtorno devido à presença de comorbidades diagnosticadas e direcionadas para tratame específicos. São incomuns os casos comórbidos nos quais a fobia específica torna-se o foco terapêutico prior assim como é menos freqüente a busca de atendimento tendo como queixa principal o temor fóbico. De fa

psicopatologias associadas à fobia usualmente requerem atenção terapêutica preferencial, o que de forma alguma justifica a não-observação da existência do transtorno fóbico, pois, segundo Regier e cols. (1998), o quadro fóbico pode tornar os indivíduos mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos depressivos e à dependência química, inferindo-se o mesmo para recorrências ou recaídas relacionadas a essas patologias. Em algum momento, portanto, a fobia deverá ser abordada pelo terapeuta, sendo que os parâmetros para decidir em quais ocasiões os quadros fóbicos deverão ser o foco principal da terapia serão descritos no item "Tratamento".

De acordo com Butler (1989/1997), a relutância dos pacientes – adolescentes e adultos – em descrever seus temores, sabidamente exagerados e irracionais, gera uma maior dificuldade na identificação do transtorno pelo terapeuta, bem como no estabelecimento do foco psicoterápico. Conforme especificado pelo próprio DSM-IV-TR, um quadro fóbico ocorre quando o medo experienciado diante do objeto temido não é condizente com o perigo ou ameaça representados pelo objeto em questão. Aparentemente, então, para uma pessoa leiga, não existem justificativas razoáveis ou palpáveis que expliquem os temores, os disparos fisiológicos e os comportamentos de fuga apresentados pelo paciente. Diante disso, é plenamente possível inferir o quanto um sujeito portador de uma fobia específica pode sentir-se embaraçado ou constrangido: todos (inclusive ele próprio) sabem que seus temores não têm fundamentação lógica convincente; entretanto, os obstáculos subjetivos para superar esses temores são demasiado elevados. Não obstante, os pacientes fóbicos podem reunir ou inquirir informações que avalizem, ainda que parcialmente, a racionalidade de seus medos ante determinadas situações, como o exemplo de um sujeito com fobia de ratos extremamente informado a respeito de pessoas que faleceram vitimadas por doenças transmitidas por roedores, sobre o imenso potencial de contaminação desses animais e sobre a precariedade do saneamento em grandes centros urbanos. Esses indivíduos freqüentemente tornam-se alvo de comentários irônicos ou maledicentes de pessoas do seu círculo de relacionamentos, intensificando suas dificuldades em discorrer sobre o assunto e procurar ajuda profissional. Tais aspectos tornam ainda mais iminente a postura empática do terapeuta, bem como uma aguçada percepção diagnóstica para identificar a fobia em meio a outros transtornos mais facilmente revelados pelo paciente, por terem um estigma de maior seriedade diante do senso comum.

Aspectos Etiológicos e Mantenedores

Segundo Fyer (1998), as fobias específicas apresentam uma etiologia bastante heterogênea, quando comparadas a outros transtornos de ansiedade, variando em função de inúmeros fatores, como diferenças individuais, ambientais e de subtipagem, entre outras. Os fatores etiológicos e mantenedores estão intrinsecamente relacionados, de modo que preferimos agrupá-los nesta parte do capítulo. A seguir, serão colocados os principais processos cognitivo-comportamentais descritos como importantes contribuintes na gênese e perpetuação das fobias específicas, os quais irão embasar o programa de tratamento subseqüente.

Neste ponto, torna-se procedente a ressalva de que os aspectos causais das fobias são apresentados com o intuito de fundamentar teoricamente a aplicação das técnicas cognitivo-comportamentais e demonstrar, de forma sucinta, a possibilidade de um modelo etiológico explicativo abrangente e plausível, integrando conhecimentos da teoria comportamental, da teoria cognitiva e das neurociências, em constante evolução e aperfeiçoamento.

Rachman (1977) postula que as fobias podem ser adquiridas de três maneiras: por *condicionamento clássico*, por *condicionamento vicário/modelagem* ou por *instrução*, bem como por interações diversas entre esses caminhos. As fobias teriam ainda como fator mantenedor a conduta evitativa, resultante do *condicionamento operante*. Essa proposta de modelo envolve pressupostos básicos da teoria comportamental, sendo que as premissas cognitivas implícitas podem ser estendidas, aumentando sobremaneira a amplitude da explicação etiológica. Nos parágrafos seguintes, serão explicitados os conceitos acima descritos, com a utilização de exemplos e esquemas, visando à maior compreensão do modelo proposto.

O primeiro componente da teoria de Rachman (1977) é o *condicionamento clássico*, também chamado de reflexo ou pavloviano, que foi descrito pela primeira vez na literatura científica pelo fisiologista russo Ivan Petrovich Pavlov, sendo aplicado posteriormente ao campo da Psicologia por John B. Watson. Esse condicionamento é classicamente apresentado através do seguinte experimento: ao se colocar comida (estímulo incondicionado) diante de um cão, isso produz salivação (resposta incondicionada). Em um processo de condicionamento com o

animal, é tocada uma sineta (estímulo neutro) imediatamente antes da apresentação da comida (estímulo incondicionado). Após esse processo, o cão passa a salivar ao toque da sineta, mesmo na ausência de comida. Isso significa que, ao se parear (apresentar conjuntamente) um estímulo incondicionado com um estímulo neutro, este último adquire propriedades do primeiro, tornando-se um estímulo condicionado. O Estímulo Condicionado, por sua vez, é capaz de evocar respostas semelhantes àquelas provocadas pelo estímulo incondicionado, as quais são chamadas de respostas condicionadas. No exemplo anterior a sineta, ao ser pareada com a comida, adquiriu propriedades eliciadoras de resposta salivar, ou seja, transformou-se em um estímulo condicionado. Posteriormente, o som isolado da sineta (estímulo condicionado) bastou para que a salivação (resposta condicionada) ocorresse nos animais, o que encontra-se esquematizado na Figura 1.

O condicionamento clássico contribui para a gênese das fobias ao emparelhar um estímulo neutro (futuro objeto fóbico) com estímulos aversivos incondicionados. Tomemos como exemplo o caso de uma paciente de 18 anos com diagnóstico de fobia de tempestades. Ela relata que em uma determinada ocasião, quando contava 7 anos de idade, deparou-se com uma tempestade quando estava sozinha a caminho da escola. O barulho estrondoso dos trovões, somado ao ruído de telhas arremessadas pelo vento, portas e janelas batendo e pessoas gritando em meio às buzinas de automóveis, gerou um intenso medo na paciente, que chorava copiosamente e apresentava um tremor incontrolável, até ser amparada por um familiar que saíra a sua procura. A partir desse episódio, a paciente passou a demonstrar intensa preocupação com a possibilidade de que outras tempestades viessem a ocorrer, mesmo estando em casa, pois temia que sua residência não resistisse ao ruído dos trovões e ao barulho do vento sobre o telhado. Apresentava "sobressaltos" diante do simples ruído da chuva e não se sentia segura em nenhum local, tendo verdadeiros ataques de pânico ao ouvir as trovoadas em seu quarto, sob as cobertas, com a cabeça envolta em travesseiros. Quando uma chuva mais intensa surpreendia a paciente em locais públicos, onde era impossível esconder-se, suportava o medo com elevado sofrimento, já tendo amassado ou destruído objetos que se encontravam em suas mãos, devido à tensão muscular. Por vezes, perdia o controle, abafando o ruído da chuva com seus próprios gritos ou correndo de um lado para o outro como se estivesse fugindo de um perseguidor.

Na situação acima descrita, um estímulo primariamente neutro, a tempestade, foi emparelhado com estímulos aversivos incondicionados, os intensos ruídos provocados pelos trovões e pelo vento, representados como extremamente ameaçadores. A partir desse emparelhamento, os temporais tornaram-se um estímulo condicionado, provocando reações de ansiedade e um comportamento de fuga/esquiva, consideradas respostas condicionadas, conforme demonstrado na Figura 2.

Pré-condicionamento

Estímulo Incondicionado (Alimento para os cães) → **Resposta Incondicionada** (Salivação dos cães)

Estímulo Neutro (Campainha) → **Ausência de Resposta**

Condicionamento

Estímulo Incondicionado (Alimento) + **Estímulo Neutro** (Campainha) → **Resposta Incondicionada** (Salivação)

Pós-condicionamento

Estímulo Condicionado (Campainha) → **Resposta Condicionada** (Salivação)

Figura 1: *Condicionamento clássico ou pavloviano.*

Condicionamento

Estímulo Aversivo Incondicionado (Ruído – Ameaça) + **Estímulo Neutro** (Chuva – Tempestade) → **Resposta Incondicionada** (Medo – Esquiva)

Pós-Condicionamento

Estímulo Condicionado (Chuva – Tempestade) → **Resposta Condicionada** (Medo – Esquiva)

Figura 2: *Condicionamento pavloviano aplicado à fobia de tempestade.*

Um episódio ou situação traumáticos, entretanto, nem sempre fazem-se necessários para o desencadeamento de uma fobia. Conforme veremos a seguir, outros processos tão significativos quanto o condicionamento clássico estão envolvidos na gênese dessa psicopatologia. Também é verdadeiro o fato de que um evento extremo não necessariamente irá levar um indivíduo ao desenvolvimento de um transtorno fóbico. Um exemplo disso é relatado por Murray e Foote (1979), em estudos sobre fobias de cobras. Esses autores observaram que a maior parte dos fóbicos a cobras não é capaz de recordar vivências traumáticas diretas com esses répteis, referindo, pelo contrário, momentos nos quais presenciaram outras pessoas apresentando reações de medo intenso diante de cobras, bem como situações nas quais ouviram repetidas verbalizações sobre os potenciais riscos de suas picadas. Há também a possibilidade de uma suscetibilidade genético-evolutiva a essa fobia, o que será abordado mais adiante.

O segundo caminho apontado pela Teoria de Rachman trata justamente dos processos de condicionamento vicário ou modelagem. O psicólogo americano Albert Bandura (1969) referiu-se com absoluta propriedade à aprendizagem do indivíduo por meio da observação de modelos. De acordo com o autor, um acúmulo de evidências empíricas sugere que praticamente todos os comportamentos adquiridos via condicionamento clássico podem ser adquiridos através da modelagem. Desta forma, um indivíduo pode desenvolver uma fobia a um determinado objeto sem nunca ter sido exposto diretamente a ele, pois o transtorno fóbico se desenvolveria a partir da observação e imitação de uma ou mais pessoas sendo expostas e apresentando reações intensas diante do referido objeto. De acordo com Bandura, os seres humanos, bem como muitas outras espécies do reino animal, são bastante capazes de discriminar respostas emocionais (por exemplo, expressões faciais de medo ou sofrimento) em outros indivíduos. Essas reações são sinalizadoras de exposição à estimulação aversiva incondicionada, de modo que respostas de fuga ou esquiva são mais facilmente aprendidas, sendo que a suscetibilidade genética para esse aprendizado pode ter sido selecionada ao longo da evolução, por exercer uma função protetora sobre a espécie.

Voltando ao exemplo da paciente com fobia de tempestade, o condicionamento/aprendizagem vicário ou modelagem estabeleceu-se a partir dos 6 anos de idade, quando ela passou uma temporada na casa de uma tia materna, nas margens de um arroio. Durante esse período, presenciou a intensa ansiedade da tia diante de mudanças climáticas que indicassem chuva, pois esta temia que a casa fosse inundada ou desabasse (nunca havia ocorrido inundação ou desabamento anteriormente naquele local). Ao ter início uma tempestade, a tia passava quase que imediatamente a chorar em tom elevado, enquanto suspendia os móveis, apagava as luzes e gritava com extrema aflição, alertando os vizinhos. Suas reações de medo intensificavam-se quando começava a trovejar, abraçando os próprios filhos e a paciente, aos soluços. Vários episódios dessa ordem ocorreram nesse período, e a paciente passou a apresentar padrões de respostas semelhantes às de sua tia materna, ou seja, intensa ansiedade e temor diante de tempestades ou mesmo de prenúncios de chuvas mais intensas.

Em relação ao condicionamento vicário, existem algumas questões dignas de aprofundamento. O primeiro aspecto refere-se à intensidade da resposta fóbica vivenciada pelo modelo. Estudos com animais têm demonstrado que, quanto maior a intensidade da reação emocional do modelo, maior a intensidade da resposta aprendida (Mineka e cols., 1984). Assim, para aqueles pacientes que adquiriram fobias específicas via processos de modelagem, o nível de ansiedade diante de um estímulo fóbico vai depender, em parte, das reações emocionais do modelos diante de tais estímulos.

A segunda questão a ser considerada concerne à semelhança entre o observador e o modelo. Nos processos de condicionamento vicário, a aprendizagem ocorre mais facilmente quando o observador percebe a existência de relações ou similaridades entre ele e o modelo, pois "É muito mais fácil para uma pessoa imaginar que as conseqüências relativas a indivíduos semelhantes também se aplicariam a ela (...)" (Bandura 1969). A identificação dos fatores que irão determinar a percepção ou não de semelhanças, entretanto, ainda carece de uma maior investigação científica. Cabe salientar que, ao assistir uma reação emocional intensa protagonizada por um familiar ou pessoa de relação próxima, o indivíduo pode incorporar uma modelagem ainda mais inequívoca do potencial ameaçador daquele objeto ou situação. Isso significa que uma criança, ao presenciar sua mãe, pai ou familiar próximo apresentando uma reação de medo desproporcional e comportamento inadequado de fuga diante de uma situação, poderá sofrer uma distorção significativa, e muitas vezes inquestionável, a respeito da real periculosidade da referida situação.

Rachman aponta como terceiro fator contribuinte para o desenvolvimento das fobias a transmissão de informações/instruções, o que consiste no ponto mais linear da teoria por tratar-se de um processo inerente aos relacionamentos, ao qual acrescentaremos pressupostos cognitivos. As interações das crianças com o mundo adulto e com o grupo de iguais são repletas de conhecimentos e/ou regras transmitidos, considerados fundamentais para a elaboração dos sistemas de crenças, em especial nos primeiros anos de vida. No que tange às fobias, informações verbais distorcidas e tendenciosas acerca do objeto fóbico são transmitidas, gerando crenças exageradamente negativas a respeito deste objeto, que adquire significado altamente aversivo na forma como é representado pela criança. Ao utilizarmos o exemplo da fobia de tempestades, observamos que a paciente em questão, por diversas vezes, ouviu diálogos de sua tia e de sua mãe sobre os perigos envolvendo temporais, raios e trovões; sobre a impotência das pessoas diante desses acontecimentos e sobre os temores que a tia apresentava em relação à fragilidade de sua casa, que "estremecia com cada trovoada". Soma-se a esse fato o direcionamento da atenção da paciente para episódios ou notícias trágicas envolvendo tempestades, o que denota uma seletividade no processamento dos dados fornecidos pelo ambiente, caracterizando uma distorção cognitiva mantenedora do sistema de crenças disfuncionais.

De acordo com Barlow (1988), as fobias adquiridas por meio da transmissão de informações/instruções tendem a ser menos intensas quando comparadas àquelas cuja gênese está ligada a processos de condicionamento clássico ou vicário. Nesse sentido, um aspecto a ser considerado refere-se ao nível de ansiedade prévia presente no momento em que as informações ou instruções são recebidas. Quanto maior a ansiedade nesses momentos, maior será a intensidade da fobia.

Segundo King e cols. (1998), a relevância da teoria de Rachman para a compreensão etiológica das fobias deve ser indiscutivelmente reconhecida. Não obstante, algumas questões carecem de explicações mais consistentes, como, por exemplo, a maior prevalência em mulheres e as influências culturais sobre a gênese dessa psicopatologia (Marckelbach et al. 1996).

Existe um aspecto comum aos fatores listados por Rachman: a chamada *aprendizagem associativa*. De acordo com as premissas defendidas pelos três aspectos da teoria, de algum modo o ambiente sempre atua ou participa de forma direta, proporcionando uma associação entre o objeto fóbico e um estímulo aversivo (dor, ameaça, lesão física, etc.). No intuito de promover um aprimoramento teórico, um quarto fator, de caráter *não-associativo*, foi oportunamente proposto como complementar àqueles originalmente apontados por Rachman, conforme Poulton e cols. (2001). Esses autores ressaltaram a existência de alguns medos considerados inatos, ou seja, biologicamente determinados e cuja origem independe de ação ambiental. Esses temores, na grande maioria das pessoas, seriam extintos através de uma série de exposições não aversivas a eles, como se uma dessensibilização informal e natural tivesse início após o nascimento, quando a criança entra em contato por acaso com o objeto associado ao medo e nenhum evento traumático ocorre, por sucessivas vezes. Um exemplo disso seria a "inexplicável" fobia a cães que determinadas crianças de 2 ou 3 anos de idade apresentam, sem nenhum contato aversivo prévio com os referidos animais. Não se utilizando de apoio profissional específico, a criança vai sendo gradativamente encorajada pelos pais a se aproximar do cão, a brincar com ele e a acariciá-lo, ou observa outras pessoas da família e outras crianças fazendo o mesmo (semelhante a uma programa formal de dessensibilização utilizado em terapia). O medo é, então, superado e considerado uma "fase" no desenvolvimento da criança, visto que fobias de caráter fásico nos períodos iniciais da infância são amplamente relatadas na literatura. Vale ressaltar que a fragilidade de uma criança aos 2 anos de idade, quando não protegida pelos pais, faz desse legado biológico uma proteção ou evitação de eventuais situações de perigo. No caso daqueles que desenvolvem fobias persistentes, entretanto, haveria uma limitação com relação à quantidade dessas exposições, impedindo que os temores inatos fossem vencidos. Uma outra possibilidade aventada pelos autores é a de que alguns indivíduos estariam no extremo superior da chamada distribuição normal, ou seja, teriam um medo inato muito mais resistente à extinção quando comparados com a média populacional, dificultando o vencimento da fobia por meio da exposição. Tendo em vista que esse quarto fator não envolve nenhum tipo de aprendizagem proveniente do ambiente, ele é entendido como sendo não-associativo.

Embora as idéias acerca de um modelo não-associativo do desenvolvimento das fobias não sejam novas nem infundadas (Poulton & Menzies, 2002), elas são alvo de diversas críticas. Tais questionamentos são dirigidos

tanto às metodologias utilizadas nas pesquisas que dão suporte a esse modelo (Mineka e Öhman, 2002) quanto ao fato de a abordagem não associativa ignorar aspectos considerados cruciais na aquisição dos medos em crianças, como nível de desenvolvimento e características dos estímulos (Muris et al. 2002). Nesse sentido, existe a necessidade de uma futura pesquisa mais abrangente para que se possa realmente considerar o fator não associativo como um quarto componente na etiologia das fobias, ao lado do condicionamento clássico, da aprendizagem vicária e da transmissão de informações (Kleinknecht, 2002).

Outro item subjacente aos três processos descritos por Rachman, que indiscutivelmente deve ser considerado na análise da etiologia das fobias, diz respeito aos seus aspectos evolutivos. Seligman (1971) fez uma extensa investigação acerca de diversas características das fobias, como uma maior resistência à extinção quando comparadas com o desaparecimento de medos condicionados em laboratório e maior facilidade de aquisição em relação a outras respostas condicionadas. Segundo o autor, as fobias devem resultar de uma combinação de aspectos biológicos e de aprendizagem. Em relação a essa aprendizagem, ela deve ser evolutivamente preparada, ou seja, temos maior facilidade para desenvolver fobias (isto é, condicionamento mais rápido e mais resistente à extinção) direcionadas a estímulos que significavam ameaça em nosso passado evolutivo, como animais peçonhentos. As reações de esquiva fóbica, nesse sentido, podem ser entendidas como estratégias de adaptação, visando à sobrevivência. Em um experimento clássico, um estímulo aversivo (choque elétrico de baixa intensidade) foi associado a determinadas imagens. Dois a quatro choques foram suficientes para criar uma fobia a figuras de aranhas, enquanto um número de exposições (choques) muito mais elevado fez-se necessário para desencadear uma fobia de outras imagens, como a de uma flor. Outro exemplo significativo dessa aprendizagem preparada é o medo de cobras. Muitas crianças se aproximam e até manuseiam cobras sem demonstrar medo, mas apresentam uma especial sensibilidade para qualquer indício de que cobras devem ser evitadas ou temidas. Para nossos ancestrais, as cobras eram provavelmente um perigo real, e a seleção teria favorecido os indivíduos predispostos geneticamente a se amedrontar diante desses répteis (Baum, 1999).

Os caracteres evolutivos igualmente nos permitem compreender e expandir o significado do condicionamento vicário. Há uma razão, nesse sentido, para a nossa extensa e prematura capacidade de perceber reações emocionais em outras pessoas. Em um passado longínquo, reações de medo por parte de outros significavam a proximidade de uma ameaça potencial, de modo que a elevação dos níveis de ansiedade, com suas alterações características do Sistema Nervoso Simpático – hipervigilância, taquicardia, direcionamento do fluxo sangüíneo para o tecido muscular, etc. – era uma resposta adaptativa, na medida em que facilitava as reações de fuga ou luta. É justamente nesse aspecto que a evolução corrobora o surgimento das fobias por processos de modelação: a reação emocional de outros significa a presença de perigo, sendo a fuga/esquiva fóbica uma reação adaptativa, relacionada à aptidão.

A vulnerabilidade biológica, somada aos condicionamentos clássico e vicário e à transmissão verbal de informações, bem como a ocorrência isolada desses eventos ou nas formas de associação possíveis resultam em uma estruturação cognitiva comprometida, embasada em crenças disfuncionais e erros de processamento de informação automatizados e repetitivos. Em decorrência de suas crenças, os pacientes fóbicos representam as situações ou objetos como intensamente ameaçadores e seus recursos de enfrentamento como insuficientes, ausentes ou ineficazes, o que obviamente não encontra sustentação na realidade (Merckelbach e cols., 1996). O paciente costuma demonstrar uma compreensão sobre a insustentabilidade do seu medo, quando avaliado sob um prisma lógico, porém, diante do estímulo fóbico, os automatismos de pensamento distorcidos predominam, associados a emoções altamente negativas (medo, pavor) e comportamentos de fuga ou evitação. A relação entre as distorções cognitivas e o medo é discutível no que tange a qual fator é a causa e qual é a conseqüência; no entanto, é bastante evidente que ambos os fatores retroalimentam-se mutuamente, como escreveu Miguel de Cervantes, no século XVII: "Um dos efeitos do medo é alterar os sentidos e fazer com que as coisas não pareçam o que são", ou seja, o medo desproporcional é um terreno fértil para distorções cognitivas, que, por sua vez, são evocadas na interpretação do ambiente, subsidiando e amplificando o próprio medo.

Nesse ínterim, devemos ressaltar dois aspectos: o primeiro diz respeito ao conhecimento neurocientífico, em que dados de memória são selecionados para consolidação a partir de seu significado emocional e funções de evocação de memória e regulação emocional compartilham circuitos neuronais, envolvendo as mesmas estruturas límbicas, o que denota uma relação íntima entre os fenômenos; o segundo aspecto refere-se ao fato de que a modificação do conteúdo emocional relacionado a um evento é possível, no contexto psicoterápico, por meio da reestruturação dos dados de memória associados a esse evento, utilizando-se, para isso, técnicas comportamentais e cognitivas, como será visto adiante. A Figura 3 apresenta uma esquematização dos fatores etiológicos associados às fobias específicas.

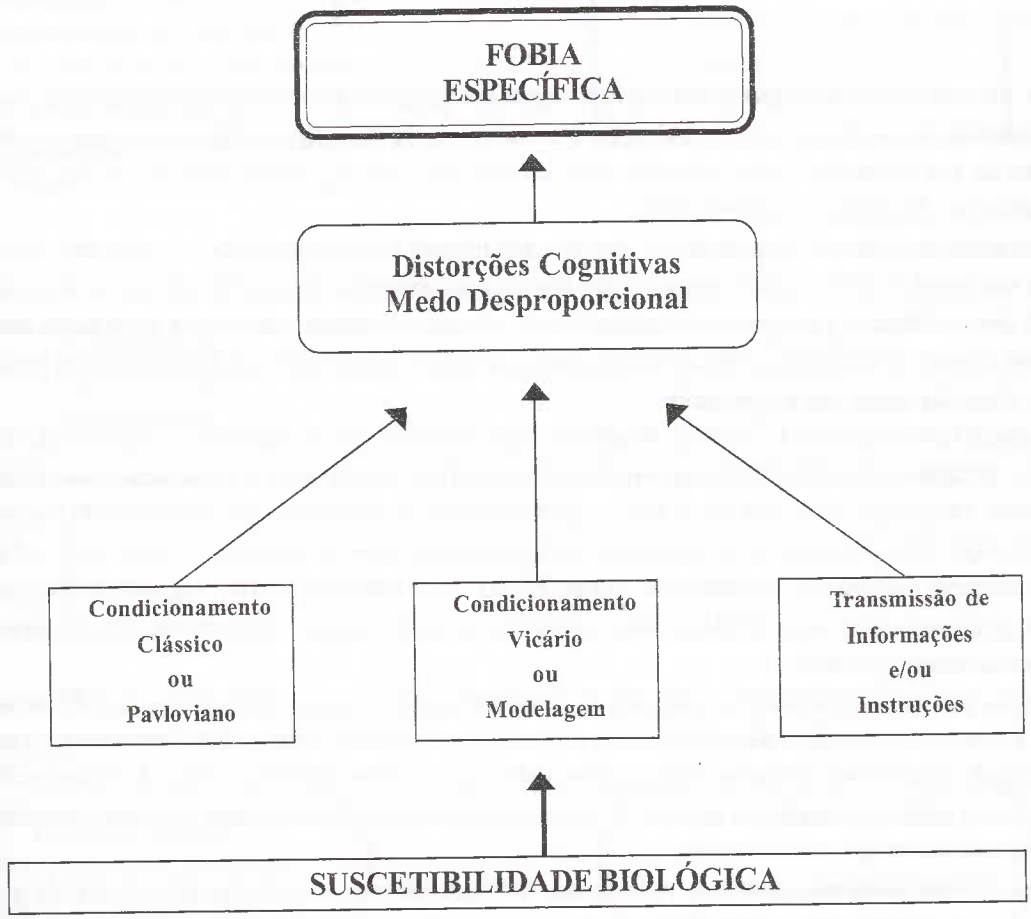


Figura 3: *Fobia específica e a interação entre seus fatores etiológicos.*

Em adição às questões cognitivas já realçadas, julgamos importante descrever as principais distorções cognitivas verificadas em pacientes com fobia específica, listadas a seguir, utilizando como exemplo um paciente com diagnóstico de fobia de avião.

Inferência Arbitrária ou Catastrofização: o sujeito antecipa a ocorrência de fatos ameaçadores em uma determinada situação, sem ter nenhuma evidência concreta a respeito. *Exemplo: o paciente interpreta qualquer ruído apresentado pelo avião como o prenúncio de uma pane.*

Hipergeneralização: a partir de uma situação na qual antecipa uma ameaça, o sujeito relaciona outras situações não-idênticas, em que passa a perceber ameaças similares, sem evidências concretas para tanto . *Exemplo: diante da notícia de um acidente aéreo resultante de falha mecânica em um avião de determinada*

empresa, o paciente passa a acreditar que outros modelos de aeronaves, pertencentes a outras companhias de países diferentes, irão apresentar o mesmo defeito.

Maximização/Minimização: o sujeito supervaloriza os perigos associados a uma situação e minimiza os elementos de segurança relacionados. *Exemplo: o paciente considera inúmeras alternativas de falhas possíveis durante um vôo, sem levar em conta as medidas de treinamento e segurança preventiva, bem como o histórico de vôos bem-sucedidos.*

Abstração Seletiva: o sujeito embasa sua decisão ou pensamento em dados isolados e tendenciosos, ignorando indícios contraditórios mais evidentes e racionais. *Exemplo: sempre que o paciente se refere a aviões, reúne uma seqüência de dados de memória sobre acidentes aéreos, representando mentalmente a aviação como uma sucessão ininterrupta de tragédias.*

Pensamento Irracional: o sujeito acredita numa relação de causa – efeito entre fatos que carecem de lógica. *Exemplo: o paciente acredita que algo de errado vai acontecer com o avião porque ele próprio é um dos passageiros.*

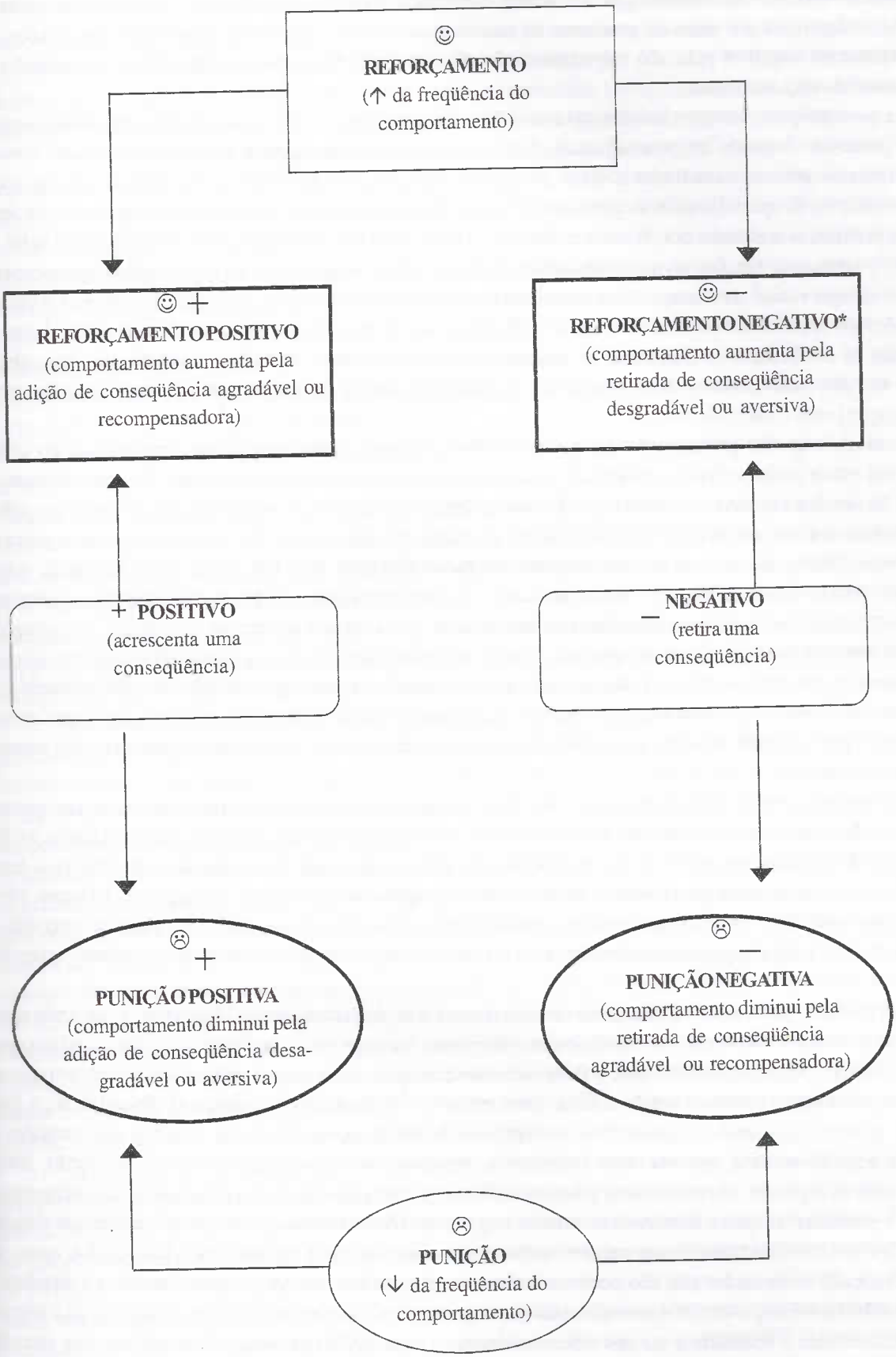
Faz-se importante lembrar que as distorções cognitivas geralmente ocorrem associadas e/ou sobrepostas, cabendo inicialmente ao terapeuta sua identificação e a utilização de técnicas cognitivo-comportamentais para o questionamento da sua validade. Como veremos mais adiante, no caso das fobias específicas há uma ênfase na aplicação de técnicas de caráter comportamental.

No que tange aos fatores mantenedores, surge outro tipo de condicionamento – o operante. Esse condicionamento tem seu papel fundamental na perpetuação dos comportamentos de esquiva fóbica, ou seja, as condutas de evitação do objeto fóbico. Considerados conjuntamente, o condicionamento clássico e o operante constituem o modelo dos dois fatores de Mowrer (1960), o qual coloca o primeiro fator como sendo responsável pela aquisição do modelo e o segundo como seu perpetuador.

O psicólogo americano B. F. Skinner descreveu pela primeira vez na literatura o conceito de condicionamento operante, gerando um grande furor na comunidade científica ao examinar o papel das conseqüências sobre o comportamento. De acordo com Skinner (1953), a probabilidade de emitirmos um determinado comportamento vai variar em função das conseqüências que esse comportamento teve no passado. O princípio subjacente da aprendizagem operante encontra-se na chamada "Lei do Efeito", de Thorndike (1905), segundo a qual, quanto mais conseqüências agradáveis uma ação produzir, mais tenderá a ocorrer e quanto mais conseqüências desagradáveis produzir, menos tenderá a ocorrer.

À medida que um comportamento aumenta de freqüência, diz-se que foi *reforçado* e, à medida que diminui de freqüência, diz-se que foi *punido*. O reforçamento e a punição podem ser, ainda, positivos ou negativos. O termo *positivo* é utilizado quando se acrescenta uma conseqüência ao comportamento, seja ela recompensadora ou aversiva. Já o termo *negativo* é utilizado quando se retira uma conseqüência associada ao comportamento, seja ela recompensadora ou aversiva.

Visando ilustrar didaticamente esse pressuposto teórico, tomamos como exemplo o caso de um paciente com fobia de sangue-injeção-ferimentos. Para não ter contato com as situações fóbicas, o paciente evita consultar médicos, fazer exames laboratoriais de rotina, tomar vacinas, visitar familiares doentes e tomar conta dos filhos em situações nas quais há o risco de algum acidente com lesão física. Essas condutas evitativas, geradoras de prejuízo funcional ao paciente, ocorrem repetidamente e vêm aumentando de freqüência, portanto, estão sendo reforçadas. O tipo de reforço estabelecido nesse caso é o *negativo*, pois ocorre mediante a retirada de uma conseqüência desagradável prevista, que consiste no contato ou na proximidade da situação fóbica. Dessa forma, a conduta evitativa presente no quadro clínico das fobias se mantém por reforçamento negativo, ao mesmo tempo que contribui para a perpetuação do transtorno fóbico, visto que o paciente somente poderá reduzir o seu medo a partir do momento em que for exposto à situação temida, percebendo que suas expectativas catastróficas não se confirmam. Uma esquematização do condicionamento operante ou skinneriano é demonstrada na Figura 4.



Conduta evitativa nos quadros de fobia específica.

Figura 4: *Condicionamento operante ou skinneriano.*

O mesmo processo de manutenção das fobias específicas também é válido para os casos nos quais os transtornos são adquiridos por meio de processos de modelagem e/ou transmissão de informações/instruções, ou seja, o reforçamento negativo pela não experimentação da ansiedade aumenta a probabilidade de emissão de comportamentos de esquiva fóbica.

Uma questão fundamental, relativa tanto ao condicionamento clássico quanto ao condicionamento operante, consiste no processo chamado de *generalização*. Esse processo nos demonstra a possibilidade de um mesmo indivíduo responder de forma semelhante a vários estímulos diferentes, que guardam entre si alguma relação, o que denota uma extensão da aprendizagem original para outros contextos e objetos. Um exemplo clássico desse fenômeno é o experimento realizado por Watson e Rayner (1920) com um bebê (pequeno Albert). Esse bebê foi condicionado a apresentar reações de medo/ansiedade diante de um rato branco, ao ser combinado o aparecimento do animal no campo visual da criança a um ruído súbito e intenso. Observou-se o surgimento de uma extensão (generalização) do condicionamento, visto que o bebê apresentou a mesma reação de medo/ansiedade diante de outros animais de cor branca, de chumaços de algodão, de pessoas vestidas de branco e até mesmo dos cabelos grisalhos de um dos pesquisadores. Essa reação não aconteceu diante de estímulos que não reuniram essa semelhança (coloração) com o estímulo original.

Por vezes, a queixa principal de um paciente fóbico, quando busca tratamento, direciona-se ao objeto associado a um maior prejuízo funcional para ele, independentemente de ser esse objeto fruto da generalização ou protagonista de um dos caminhos apontados por Rachman. Podemos tomar como exemplo um paciente que sobreviveu a um acidente aéreo, tendo desenvolvido, a partir de então, uma fobia de avião, que posteriormente generalizou-se para outras situações em que se está suspenso em locais elevados, sem uma base sólida (alicerce) sob os pés. Exemplos dessas situações são elevadores, andaimes de construções ou sacadas de edifícios não sustentadas por colunas. Considerando-se que o referido paciente viaja de avião muito raramente, a evitação das situações resultantes da generalização acarretará um prejuízo funcional muito maior do que a evitação da verdadeira situação associada ao evento traumático (avião). Cabe salientar que a "lógica" que interliga os objetos na generalização (cor, forma, tamanho do animal, etc.) nem sempre é facilmente perceptível para o terapeuta e, muitas vezes, nem mesmo para o paciente, pois existem infinitas possibilidades de pontos em comum envolvendo representações mentais armazenadas na memória.

No acompanhamento de pacientes com fobia específica, via de regra nos deparamos com sujeitos que não rememoram nenhum evento, na sua história de vida, que possa ser relacionado ao condicionamento clássico, vicário ou transmissão de informações relativas ao objeto/situação fóbicos. Isso, de forma alguma, inviabiliza a teoria descrita, pois tais eventos etiológicos podem ter ocorrido, a despeito da lembrança do paciente. Existem várias explicações para esse fato que não envolvem necessariamente as premissas associadas ao clássico conceito de inconsciente, e sim a inter-relação com outras áreas do conhecimento, como as neurociências e o estudo específico da memória.

Em primeiro lugar, o objeto fóbico pode resultar do processo de generalização já descrito, guardando pouca similaridade com o objeto associado ao condicionamento, o que faz com que o paciente não consiga relacionar o trauma à fobia atual. Outro aspecto envolve o fator não-associativo proposto para a gênese das fobias, em que um legado genético-evolutivo produz a reação fóbica como estratégia de proteção da criança, e, dessa forma, a fobia surge sem a presença de condicionamento ou transmissão de informações. Podemos nos reportar também ao fenômeno da amnésia infantil, que encontra explicações plausíveis nos estudos da memória (Izquierdo, 2002), segundo os quais os registros mnemônicos na primeira infância ocorrem de uma forma pré-lingüística, inexprimíveis em palavras e intraduzível após o desenvolvimento da linguagem. Dessa forma, eventos relacionados aos condicionamentos na tenra infância podem estar memorizados, porém inacessíveis à evocação na idade adulta, como um moderno e avançado computador que não pode mais abrir arquivos salvos em um programa simples e obsoleto.

O estudo da fisiologia cerebral também avança, proporcionando-nos entendimentos e inferências a respeito das áreas relacionadas à memória e ao seu desenvolvimento. Fyer (1998) ressalta a importância dos circuitos centrais da Amígdala Cerebral para a compreensão da amnésia que envolve eventos traumatizantes da infância, relacionados às fobias específicas. A Amígdala é uma estrutura integrante do Sistema Límbico, em íntima relação

anatômica e funcional com um dos componentes límbicos centrais, o Hipocampo. Esse complexo sistema participa fundamentalmente da regulação emocional e dos processos de memória. Segundo o autor, os circuitos neuronais relacionados ao medo, na Amígdala, sofrem maturação muito antes dos circuitos relacionados à consolidação da memória, que transitam pelo Hipocampo. Dessa forma, experiências condicionantes nas fases iniciais da infância podem ser amplamente vivenciadas ou sentidas, porém não memorizadas de maneira complexa.

Uma quinta explicação diz respeito a um "efeito condicionante cumulativo", no qual o paciente não vivencia nenhum evento traumático digno de memorização específica, porém sofre uma sucessão de eventos menores desagradáveis relacionados a um determinado objeto ou presencia uma seqüência de reações temerosas de outras pessoas ao longo da vida, ou, ainda, recebe uma carga de informações negativas de várias pessoas a respeito do objeto, ao longo do tempo. A combinação dos três aspectos é igualmente possível, gerando um acúmulo de fatos pouco significativos isoladamente, porém altamente condicionantes no seu conjunto. Relacionar todos esses eventos pode ser bastante difícil para o paciente, o que torna aparentemente inexplicável o surgimento da fobia. Esse fenômeno pode também ocorrer em indivíduos que sofreram eventos traumáticos identificáveis na infância, porém somente manifestaram a fobia na idade adulta, após anos de sobreposição cumulativa de eventos ou informações negativas menos intensas a respeito do objeto.

Como último aspecto, nos referimos à teoria cognitiva, no que tange aos esquemas mentais de um indivíduo, detentores de suas crenças centrais. Um sistema de crenças disfuncional tem o foco de sua estruturação na infância, mas não carece necessariamente de eventos traumáticos marcantes. Pode se consolidar ao longo do desenvolvimento, com base na interpretação de uma série de pequenos eventos, bem como na assimilação de uma gama de informações (o terceiro fator de Rachman) ou verdades absolutas, construídas a partir de comportamentos ou verbalizações de pessoas próximas ao paciente (os pais ou irmãos, por exemplo). Dessa forma, os inúmeros contextos geradores das crenças disfuncionais ligadas à fobia, quando não traumáticos ou isoladamente significativos, podem passar despercebidos ante a memória, pelo menos em parte. Assim, temos um paciente com esquemas mentais fóbicos sem um fato determinante no seu passado que assuma a paternidade desses esquemas.

Resta-nos abordar a recorrência das fobias, algo verificado em estudos evolutivos. Em primeiro lugar, a recorrência pode estar associada a um item da generalização fóbica não dessensibilizado durante o tratamento. Também podemos nos deparar com um objeto ou uma situação cujo resultado da dessensibilização foi anteriormente mal dimensionado. Por fim, devemos considerar a fobia como um transtorno no qual ocorrem alterações comportamentais, emocionais, cognitivas e biológicas, sendo que as últimas ainda são pouco elucidadas, quando comparadas a outros transtornos, como a depressão. Também devemos salientar que esquemas mentais distorcidos co-existem com esquemas mentais ditos saudáveis, sendo que nos transtornos recorrentes há uma alternância de predomínio entre ambos os tipos de esquemas. Ora o comportamento é gerenciado por crenças racionais, ora por crenças disfuncionais. Os fatores que determinam essa variação certamente são numerosos e complexos, porém, podemos enumerar fatores ambientais (o que acontece na vida do paciente), fatores cognitivos (como o paciente lida com seus automatismos) e fatores biológicos (a ciranda dos neurotransmissores, em especial a serotonina). Um tratamento psicoterápico cognitivo-comportamental pode enfraquecer ou estremecer a validade de um esquema mental, assim como o tratamento farmacológico pode minimizar a sua expressão, porém não ocorre necessariamente a extinção das crenças. Sendo assim, a recorrência pode surgir e encontrar coerência no pressuposto teórico, sendo passível de prevenção eficaz, como será visto adiante.

A gênese e a manutenção das fobias foram explicadas, neste capítulo, sob uma perspectiva cognitivo-comportamental. Na terapêutica, a ênfase em termos de técnicas psicoterápicas é comportamental, na medida em que as estratégias de modificação de comportamento mostram-se indiscutivelmente mais eficazes. Cabe acrescentar que o objetivo da utilização de técnicas comportamentais pelo terapeuta de orientação cognitiva é a modificação de processos de pensamento distorcidos, rígidos e predominantes, cuja única acessibilidade de questionamento passa por estratégias comportamentais de exposição, em que esquemas mentais são enfraquecidos a partir do resultado destes experimentos. Tendo em vista a capacidade crítica que o paciente fóbico apresenta no que tange à irracionalidade dos seus temores, as técnicas cognitivas utilizadas isoladamente mostram-se infrutíferas, sendo então aplicadas como complemento à terapia de exposição e como facilitadoras da adesão ao tratamento.

ASPECTOS TERAPÊUTICOS

Os aspectos etiológicos foram descritos neste capítulo para fins didáticos de embasamento teórico cognitivo-comportamental. Ao avaliar-se um caso de fobia, um detalhamento quanto à origem da doença não é considerado imprescindível, pois não terá influência significativa no plano terapêutico. Os fatores causais específicos são usualmente difíceis de serem acessados por meio de uma anamnese clínica, seja pelo tempo transcorrido, seja pelo seu início insidioso, sem experiências marcantes. Uma avaliação bastante minuciosa, contudo, deve ser feita com relação aos fatores mantenedores, uma vez que é sobre esses fatores que a terapia vai atuar.

Durante a exposição anteriormente realizada acerca da etiologia das fobias, foi enfatizado o papel da aprendizagem em sua aquisição: o pressuposto básico da terapêutica das fobias específicas é de que o medo, da mesma forma que é aprendido, pode ser desaprendido. É como se, durante a gênese da fobia, houvesse uma aprendizagem em um sentido e, agora, por ocasião da terapia, a aprendizagem devesse ocorrer na direção contrária, associada à respostas mais adaptativas (Wolpe, 1961). O tratamento, dessa forma, envolve o contato repetido dos pacientes com aquilo que temem, até que o medo comece a ceder, quebrando o círculo vicioso do reforçamento negativo que mantém os sintomas. A mais importante missão do terapeuta é, portanto, possibilitar ao paciente a exposição gradual aos objetos ou situações que lhe são assustadoras. É importante destacar que as estratégias evitativas oferecem alívio momentâneo, intensificando o problema a longo prazo. Somente a exposição pode proporcionar melhoras duradouras.

A seguir, apresentamos a síntese de um programa de tratamento de fobia específica, enriquecido com exemplos.

Motivação para o Tratamento

A intensidade de um transtorno fóbico pode ser avaliada pelo sofrimento subjetivo imposto ao paciente, pela ansiedade antecipatória diante da simples possibilidade de deparar-se com o objeto temido e pela interferência da fobia no cotidiano, fundamentalmente no que tange aos relacionamentos e à capacidade de trabalho ou produtividade. Um tratamento que, inexoravelmente, envolve técnicas com algum caráter ansiogênico tem como importante *fator motivacional* a observação dos prejuízos funcionais relacionados ao transtorno, bem como das mudanças positivas associadas à extinção da fobia.

Uma estratégia útil é a elaboração, pelo paciente, durante uma das sessões iniciais, de um comparativo entre os seus prejuízos atuais relacionados ao transtorno fóbico e as possíveis repercussões na sua vida resultantes de uma futura melhora clínica. Esse comparativo visa pontuar a importância da adesão ao tratamento proposto, bem como avaliar a adequação das expectativas ou metas do paciente em relação aos resultados do seu tratamento. Os itens levantados podem ser sugeridos, discutidos e/ou alterados pelo próprio paciente ou pelo terapeuta, nas fases iniciais e ao longo da terapia. A Figura 5 apresenta alguns itens da comparação Situação Atual/Situação Desejada no caso de um paciente com claustrofobia, visando ao reforço da motivação para o tratamento.

Situação Atual (sessões iniciais)	Situação Desejada (metas terapêuticas)
• *Desgaste físico no trabalho, por subir oito lances de escada para evitar o elevador;* • *Desgaste físico ao visitar amigos e namorada, devido à evitação do elevador;* • *Prejuízo no desempenho profissional, por levar mais tempo para visitar os clientes;* • *Afastamento de colegas de trabalho, que sabem do seu problema e o criticam;* • *Intenso sofrimento em situações em que evitar o elevador torna-se extremamente constrangedor (por ex., quando circula acompanhado pelo seu chefe);* • *Constrangimento diante de familiares e amigos que presenciam ou têm de colaborar com suas condutas evitativas;* • *Impossibilidade de andar de ônibus nos horários de grande movimento, devido à redução do espaço pelo quantidade de passageiros – têm de sair de casa para o trabalho 1 hora antes do necessário e voltar 1 hora depois;* • *Impossibilidade de andar no banco traseiro de automóveis, principalmente quando acompanhado por outra pessoa.*	• *Redução do desgaste físico, deixando de recorrer a escadas no trabalho e em visitas sociais;* • *Melhora dos relacionamentos, pela redução de situações constrangedoras diante da namorada, dos amigos e colegas;* • *Redução da ansiedade antecipatória ao longo do dia, com melhora da qualidade de vida;* • *Aumento do repertório de atividades sociais e da motivação para as mesmas;* • *Normalização dos deslocamentos – capacidade de circular em ônibus nos horários de superlotação;* • *Aumento do tempo para sono e descanso;* • *Capacidade de andar no banco traseiro de automóveis, aceitando caronas de amigos e colegas para o trabalho e o lazer;* • *Melhora do desempenho profissional, favorecendo a visitação a clientes em edifícios nos quais é inviável o uso de escadas.*

Figura 5: *Comparativo Situação Atual/Situação Desejada em um paciente com claustrofobia.*

Exposição Gradual

Wolpe (1958) referiu que, de um modo geral, o medo poderia ser reduzido e até extinto mediante a apresentação concomitante de estímulos provocadores de ansiedade (objeto ou situação fóbica) e estímulos geradores de uma resposta contrária à ansiedade (como o relaxamento muscular progressivo), desde que a segunda fosse mais forte do que a primeira. Para garantir essa disparidade de forças, o estímulo gerador de ansiedade seria apresentado de forma planejada e gradual, seguindo uma *hierarquia,* que partiria dos objetos ou situações menos ansiogênicos em direção aos objetos ou situações mais ansiogênicos. Esse procedimento, chamado de *Dessensibilização Sistemática*, lançou as bases prática e teórica para o desenvolvimento e aprimoramento das atuais terapias baseadas na exposição. O planejamento da exposição deve passar, portanto, pela elaboração de uma *lista de hierarquias,* constituída por uma seqüência ordenada de situações fóbicas que será utilizada para orientar a exposição. Essa lista é elaborada pelo paciente, com o auxílio do terapeuta, sendo passível de modificações ou adaptações, de acordo com o andamento da terapia. As situações listadas inicialmente serão as geradoras de menor dificuldade, reservando-se para o final as situações aparentemente intransponíveis para o paciente. Cabe salientar que o paciente pode apresentar alguma dificuldade em quantificar o medo relacionado a cada situação fóbica, necessitando de técnicas que favoreçam a objetividade da hierarquia. Existem duas formas de quantificação, sendo que ambas são precedidas pela listagem indiscriminada de todas as situações temidas imagináveis, que posteriormente serão quantificadas em uma escala organizada de intensidade.

Tomemos como exemplo a elaboração em conjunto, de uma listagem de situações ansiogênicas vivenciadas por uma paciente com fobia de ratos, funcionária recém-contratada de um laboratório que utiliza esses animais como cobaias nos seus programas de pesquisa, justamente a área de atuação profissional da paciente.

Seguindo esse raciocínio, a paciente e seu terapeuta listaram um grande número de situações geradoras de ansiedade relacionadas à exposição a ratos ou imagens de ratos, de forma inicialmente aleatória. Ao final, o terapeuta repassou todas as situações anotadas e perguntou à paciente se havia mais algum item a ser adicionado à listagem. Diante da resposta negativa, o terapeuta salientou que, caso uma situação nova fosse aventada ao longo do tratamento, ela seria prontamente acrescentada às já descritas, e que eles agora passariam a elaborar a hierarquia dessas situações, da menos temida para a mais temida.

A primeira forma de mensuração da intensidade dos estímulos fóbicos consiste na separação das situações, pelo paciente, em três grupos: as de baixa intensidade (baixa capacidade ansiogênica), as de média intensidade (média capacidade ansiogênica) e as de alta intensidade (alta capacidade ansiogênica). Essa separação é feita sob a orientação do terapeuta e, uma vez concluída, os três grupos de situações devem ser revistos, verificando-se a possibilidade de alguma modificação. Após, cada grupo é avaliado independentemente, a iniciar-se pelo grupo de baixa intensidade, classificando-se dentro de cada grupo as situações em ordem crescente de intensidade (da menos ansiogênica para a mais ansiogênica). Ao terminar esse ordenamento, o paciente terá três níveis de dificuldade de exposição, com uma seqüência preestabelecida dentro de cada nível, iniciando pela situação menos ansiogênica do nível de baixa intensidade (primeiro nível) e terminando na situação mais ansiogênica do grupo de alta intensidade (terceiro nível).

A segunda forma de quantificação das situações fóbicas prescinde da seguinte tarefa, realizada durante a sessão: pede-se para que o paciente imagine uma situação na qual esteja absolutamente calmo, sem nenhuma proximidade de qualquer objeto fóbico e nenhum sinal de medo ou ansiedade. Essa situação é definida como "ansiedade zero". A seguir, pede-se a ele que imagine uma situação em que está exposto de forma intensa ao estímulo fóbico mais ameaçador, prestes a desenvolver um verdadeiro ataque de pânico. Essa é a "ansiedade dez". Após a definição desses dois extremos de ansiedade (zero a dez), pede-se para o paciente quantificar em números as demais situações, de acordo com sua proximidade com os extremos. Pode-se, ainda, definir uma situação intermediária como "ansiedade cinco", servindo como parâmetro do nível médio de ansiedade. Durante a quantificação dos objetos da listagem, o paciente pode apresentar dúvidas, dar notas semelhantes a duas ou mais situações ou mesmo corrigir valores associados a um item. Diante disso, o terapeuta deve retornar a esses itens após o término da quantificação, auxiliando o paciente a reavaliá-los e a separá-los de modo que não fiquem sobrepostos, mesmo que se faça necessária a utilização de números decimais (por exemplo, três situações que foram classificadas inicialmente pelo paciente com o número 9, após a reavaliação receberam as notas 9,1; 9,2 e 9,3 na escala de ansiedade, para que fosse possível a definição de uma futura seqüência de exposição). Devemos considerar que a utilização desses parâmetros numéricos constitui-se numa aproximação da realidade, na tentativa de auxiliar o paciente a mensurar os seus temores de uma forma minimamente compreensível, bem como a organizar uma graduação de exposição o mais adequada possível, ainda que os eventos de sua vida possam não corresponder à escala previamente estabelecida, proporcionando uma exposição involuntária.

Uma terceira forma de mensuração das situações fóbicas envolve uma combinação das duas já citadas (divisão em grupos seguida de quantificação numérica), mas pode ser considerada excessivamente específica. Vale lembrar que a classificação deve respeitar a ansiedade desencadeada no paciente, o que nem sempre corresponde ao senso comum ou à lógica do terapeuta. A Figura 6 apresenta uma lista contendo a hierarquia das situações fóbicas apresentadas pela paciente com fobia de ratos, com a respectiva quantificação numérica do nível de ansiedade correspondente a cada situação.

SITUAÇÃO	ESCALA DE AVALIAÇÃO 0-10
Visualizar fotos de ratos em livros técnicos ou assistir a filmes	*1*
Circular no depósito onde ficam as rações e as gaiolas vazias para as cobaias	*2*
Manusear as gaiolas vazias utilizadas pelos ratos	*2,5*
Limpar instrumentos do laboratório que são utilizados para o manuseio das cobaias	*3*
Circular pela sala principal do laboratório, onde várias gaiolas estão distribuídas pelas mesas	*5*
Circular pela estufa, repleta de gaiolas de cobaias	*7*
Acompanhar o funcionário responsável pela alimentação dos ratos, durante o seu trabalho	*7,5*
Colocar a ração nas gaiolas com ratos, sem abrí-las	*8*
Aproximar-se e acompanhar o trabalho de um colega que está manuseando um rato já morto, fora da gaiola	*8,5*
Aproximar-se e acompanhar o trabalho de um colega que está manuseando um rato vivo, fora da gaiola	*8,7*
Manusear e coletar material de órgãos de cobaias	*8,8*
Manusear um filhote de cobaia morto, acompanhado por um colega	*9*
Manusear um filhote de cobaia vivo, acompanhado por um colega	*9,1*
Manusear um rato adulto, morto, acompanhado por um colega	*9,2*
Manusear um rato adulto, vivo, acompanhado por um colega	*9,3*
Manusear uma cobaia adulta, viva, sem acompanhamento	*9,4*
Realizar procedimentos em cobaia viva, sob acompanhamento	*9,5*
Realizar procedimentos em cobaia viva, sem acompanhamento	*9,6*
Permanecer manipulando caixas com várias cobaias vivas, deixando as mãos em meio à gaiola para serem tocadas pelos ratos em movimento	*9,9*
Dormir na casa da fazenda de seu avô, onde já visualizou ratos durante a noite	*10*

Figura 6: *Hierarquia de situações geradoras de ansiedade fóbica em uma paciente com fobia de ratos, recém-admitida como pesquisadora de um laboratório que utiliza esses animais como cobaias em seus experimentos.*

A ênfase do tratamento, como já foi demonstrado, consiste na aquisição, pelos pacientes, da confiança para o enfrentamento daquilo que é evitado. Normalmente, os pacientes são tratados em sessões semanais, onde são avaliadas a evolução do tratamento, progressos e dificuldades e são planejadas as tarefas de casa, que envolvem os próximos itens da hierarquia. Durante a exposição, o paciente deve permanecer na situação de contato ou proximidade com o objeto fóbico até que a ansiedade apresente uma redução significativa. O ideal é que a dessensibilização alcance uma redução de pelo menos 50% no nível de ansiedade inicial em cada sessão ou experimento comportamental. O paciente pode ser encorajado a aproximar-se gradativamente do objeto, mantendo uma determinada distância pelo tempo necessário para que a ansiedade diminua e, só então, aproximar-se mais.

No caso da paciente citada como exemplo, fez-se necessário um período de adaptação ao laboratório, durante o qual o processo de exposição foi estabelecido, em meio às sessões de terapia. É importante ressaltar a prevalência da percepção do paciente sobre a intensidade de cada exposição, em detrimento da impressão ou opinião do terapeuta, que deve auxiliar, e não induzir as avaliações.

Modelação

Nas fases iniciais do tratamento, o terapeuta pode acompanhar o paciente na exposição, técnica chama de *modelação*, proposta por Bandura (1969). Esse princípio envolve o aprendizado de novas respostas, incorpo das ao repertório do paciente por meio da observação do comportamento e das respostas emocionais do modelo caso, o terapeuta). Além da aprendizagem vicária, a modelação também pode reforçar respostas preexisten adequadas ou inibir respostas disfuncionais, em um processo de condicionamento operante. O modelo em ques não se constitui necessariamente no terapeuta, mas pode se tratar de um familiar, adequadamente inserido contexto terapêutico, informado e minimamente treinado. No caso da paciente com fobia de ratos, os colegas laboratório atuaram como modelos. Outro exemplo seria o de um paciente com fobia de cães que observa familiar brincando ou acariciando um cachorro, durante o tratamento. A modelação, entretanto, deve ser utiliza como uma *etapa* do processo de exposição, visando proporcionar ao paciente experiências iniciais de sucess motivadoras para novas etapas da psicoterapia. A presença do modelo deve ser eliminada muito antes do térmi do tratamento, pois o paciente deverá adquirir uma confiança autônoma e estável mediante a exposição individu Um paciente não se encontra em condições de alta ao apresentar níveis reduzidos de ansiedade durante dessensibilização na presença de um modelo, visto que este pode ser a verdadeira razão para a queda nos níve ansiogênicos. A saída do modelo pode ser igualmente gradual, em meio ao processo de exposição.

Hiperexposição

Alguns autores sugerem, na fase final da hierarquia do tratamento, a realização de tarefas de exposiçã que vão além do contato usual de uma pessoa com o objeto ou situação fóbicos, sendo esse procedimento conhec do como Hiperexposição. Essa abordagem faz com que o paciente ultrapasse o nível de contato da maioria d pessoas com o objeto, visando uma redução ainda mais significativa do temor irracional e uma prevenção d recorrência após o término da terapia. A hiperexposição é precedida de toda a hierarquia de exposição, ou seja, reservada para a fase de pré-alta, no momento em que o paciente está teoricamente preparado para ess enfrentamento. Utilizando o exemplo de uma fobia de insetos, os pacientes podem tocar ou manipular o inseto viv algo inusitado para a maioria das pessoas, mas que funcionaria como uma dessensibilização extrema. No caso d paciente com fobia de ratos, poderia ser agendado o contato visual e manual com ratos de laboratório semelhante aos ratos domésticos, com aspecto mais repulsivo.

Exposição Imaginária

Existem situações ou objetos fóbicos que dificultam sobremaneira a exposição ao vivo, como, por exempl as fobias de avião, de tempestades ou de vômitos. Nesses casos, faz-se necessária a chamada *exposição imag nária*. O procedimento envolve a imaginação, por parte do paciente, de um item da hierarquia, enquanto estiver so *relaxamento aplicado*, descrito em outro tópico deste livro. O item deve ser imaginado com intensidade detalhamento suficientes para gerar ansiedade, persistindo até o declínio desse sentimento, quando então ser imaginado o próximo item. Freqüentemente, esse exercício é orientado pelo terapeuta, que pode conduzir verbal mente o relaxamento muscular e descrever a cena que deve ser imaginada, nas sessões iniciais. À medida que paciente adquire a sistemática do procedimento, os exercícios de exposição imaginária podem ser realizados em casa, diariamente, durante um determinado período. Quando possível, a exposição imaginária deve ser combinad a exposição real, como, por exemplo, em uma fobia de avião, na qual o paciente pode imaginar-se em vária situações relacionadas ao objeto antes de freqüentar um aeroporto, de visitar um avião estacionado em um hanga e, finalmente, de fazer uma viagem. Muitos pacientes apresentam reações fisiológicas típicas de ansiedade bastante intensas durante a exposição imaginária, contrapostas pelo relaxamento muscular progressivo.

Inundação

Essa técnica consiste em expor o paciente, em meio ao tratamento, ao objeto fóbico em intensidade máxi ma e por um período prolongado, sem possibilidade de utilização de estratégias evitativas. A inundação é considera da como sendo de efeito mais rápido, obviamente, quando comparada à dessensibilização sistemática. Essa técnica

porém, submete o sujeito a um nível extremo de ansiedade, razão pela qual pode desencadear efeitos indesejáveis ou não ser aceita pelo paciente, sendo, portanto, reservada para casos singulares, onde a exposição gradual é inoportuna ou ineficaz.

Aspectos Cognitivos

Embora a ênfase do tratamento das fobias envolva a aplicação de técnicas de cunho comportamental, a consideração de aspectos cognitivos é de fundamental importância para a compreensão, adesão e manutenção da terapêutica por parte do paciente. Como já foi destacado, aspectos motivacionais e fatores mantenedores interferem significativamente na evolução do tratamento. Processos cognitivos que devem ser abordados e questionados dizem respeito às representações mentais associadas à periculosidade do estímulo fóbico e à efetividade do tratamento. A explicação do modelo cognitivo-comportamental da fobia específica é essencial para a compreensão, pelo paciente, do sentido e da finalidade das técnicas utilizadas, favorecendo a adesão às mesmas. As metas a serem atingidas (resolução dos sintomas, duração da terapia) devem ser coerentes com a realidade e passíveis de ajuste, de acordo com a evolução. O trabalho em equipe e a participação ativa do paciente devem ser devidamente enfatizados. A avaliação da capacidade do paciente de submeter-se às tarefas também merece atenção especial, como fonte permanente de pensamentos automáticos distorcidos que podem resultar em sentimentos negativos e/ou comportamentos de "boicote" ao tratamento proposto. Outros aspectos importantes são a avaliação racional do papel da fobia na vida do paciente, ou seja, se existem fatores que favorecem a convivência com a fobia e desfavorecem a sua extinção. Um exemplo disso é a autonomia adquirida pelo paciente a partir do momento em que a fobia deixa de existir, ou a interferência dessa nova realidade em relacionamentos dependentes previamente estabelecidos. Tentativas de enfrentamento mal-sucedidas podem levar ao descrédito em relação ao tratamento, fazendo-se necessária a avaliação das possíveis razões para o mau resultado, como a ausência de acompanhamento psicoterápico, a exposição não gradual, a irregularidade dos enfrentamentos, etc. Percebe-se, portanto, que a despeito da ênfase comportamental presente nas técnicas utilizadas no programa de tratamento, a não abordagem dos aspectos cognitivos associados pode inviabilizar o processo terapêutico.

Tensão Aplicada

Essa técnica é utilizada primordialmente no tratamento da fobia de sangue-injeção-ferimentos (Öst, 1987), em que há um padrão reacional atípico diante do contato com o objeto fóbico. Nesse caso, o aumento da freqüência cardíaca e da pressão arterial é imediatamente seguido de um "reflexo vagal", caracterizado pela redução abrupta desses sinais vitais levando à hipotensão, à bradicardia e à sudorese, normalmente seguidas de desmaio. Isso significa um disparo do Sistema Nervoso Autônomo na sua fração Parassimpática, quando normalmente as reações de medo ou ansiedade são acompanhadas de disparos da fração Simpática. O tratamento desses pacientes envolve a utilização do tensionamento de grupos musculares dos membros e do tronco, que são contraídos mas não relaxados, o que visa impedir a queda significativa da pressão arterial e o conseqüente desmaio. Esse aprendizado envolve a identificação precoce dos primeiros sinais da queda tensional, que precede a síncope e a aplicação imediata da técnica, o que pode ser realizado por meio de uma exposição gradual orientada pelo terapeuta.

Tratamento Farmacológico

Apesar do reduzido número de ensaios comparativos, pode-se afirmar que os medicamentos ansiolíticos e antidepressivos não apresentam um benefício significativo e estável a longo prazo para o tratamento das fobias específicas. A utilização de benzodiazepínicos, como o Diazepam, embora apresente efeitos ansiolíticos a curto prazo, deve ser evitada, pois tais fármacos reduzem a resposta terapêutica frente a um tratamento de exposição (Marks, 1983). Alguns relatos consideram a utilização de doses não-sedativas de benzodiazepínicos como benéfica em fases iniciais de tratamento, para que o paciente possa usufruir da eficácia do enfrentamento do objeto fóbico. Existe, nesse caso, o risco do desenvolvimento de dependência associado a essa classe de psicofármacos, o que transformaria um elemento primariamente terapêutico em uma comorbidade. Além disso, o fato de ter sua ansiedade quimicamente controlada pelo benzodiazepínico pode, por meio do condicionamento operante, levar o

paciente a incluir o seu consumo no rol de estratégias evitativas utilizadas diante do estímulo fóbico, descaracterizando o enfrentamento.

Mais recentemente, o uso de antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina, como a paroxetina, tem sido considerado como uma opção (Benjamin e cols., 2000). Sua eficácia, entretanto, ainda não está estabelecida para esse transtorno.

Estratégias de Manutenção

Tendo como base um dos pressupostos da terapia cognitivo-comportamental de que o paciente, no futuro, deve adquirir confiança para enfrentar suas dificuldades de modo independente, o terapeuta deve pontuar, desde o início do tratamento, as causas da melhora apresentada ao longo do processo terapêutico. Cada experiência de sucesso obtida deve reforçar a premissa de que a fobia específica pode ser reduzida através da aproximação do objeto fóbico, e não da sua evitação. Sendo assim, a manutenção dos resultados obtidos passa, necessariamente, pela *exposição intermitente* após a alta do tratamento, ou seja, o paciente dessensibilizado deve, ainda que de forma voluntária, entrar em contato com o objeto fóbico regularmente, prevenindo dessa forma a recorrência dos sintomas. Sessões de acompanhamento, com intervalos mais longos (por exemplo, após 3 ou 6 meses) servem para avaliar a evolução e manter o paciente motivado após a interrupção dos encontros mais freqüentes. Um exemplo prático e útil de exposição intermitente refere-se ao paciente com fobia de sangue-injeção-ferimentos que, após o tratamento, doa sangue em intervalos regulares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDURA, A.- *Modificação do comportamento*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979, p. 390. Original Publicado em 1969.

BARLOW, D. H.- Anxiety and its disorders. New York: *Guilford Press*, 1988.

BENJAMIN, J., BEN-ZION, I. Z., KARBOFSKY, E., DANNON, P.- Double-blind placebo-controlled pilot study of paroxetine for specific phobia. *Psychopharmacology*, v. 149, n. 2, p. 194-196, 2000.

BUTLER, G. Distúrbios fóbicos. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D. M. - *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes, 1997, p. 139-184. Original Publicado em 1989.

CURTIS, G.C.; MAGEE, W.J. ; EATON, W.W. - Specific fears and phobias. *British Journalof Psychiatry*, v. 173, p. 212-217, 1998.

FYER, A. J. - Current approaches to etiology and pathophysiology of specific phobia. *Biological Psychiatry*, v. 44, n.12, p. 1295-1304, 1998.

IZQUIERDO, I. - *Memória*. Porto Alegre, Artes Médicas, p. 95, 2002.

JACOBSON, E. - Progressive Relaxation. Chicago: *University of Chicago Press*, 1938.

KING, N. J., ELEONORA, G., OLLENDICK, T. H. - Etiology of childhood phobias, current status of Rachman´s three pathways theory. *Behaviour Research and Therapy*, v. 36, n. 3, p. 297-309, 1998.

KLEINKNECHT, R. A. - Comments on: non-Associative fear acquisition: A review of the evidence from retrospective and longitudinal research. *Behaviour Research and Therapy*, v. 40, n. 2, p.159-163, 2002.

LOTUFO NETO, F. - Terapia Comportamental-cognitiva dos Transtornos Ansiosos. In: CORDIOLI, A.V. - *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.

MARKS, I. - Blood-Injury Phobia: A Review. *American Journal of Psychiatry*, v. 145, n. 10, p. 1207- 1213, 1988.

MERCKELBACH, H. et al. - The etiology of specific phobias: A review. *Clinical Psychology Review*, v. 16, n. 4, p. 337-361, 1996.

MINEKA, S. et al.- Observacional conditioning of snake fear in rhesus monkeys. *Journal of Abnormal Psychology*, v.93, n. 4, p. 355-372, 1984.