

# Tratamento psicológico do medo de viajar de avião, a partir do modelo cognitivo: caso clínico

*Eduardo Augusto Remor*<sup>1 2</sup>  
*Universidad Autónoma de Madrid, Espanha*

---

## **Resumo**

Neste artigo apresentar-se-á um caso clínico com a avaliação e tratamento psicológico, a partir do modelo cognitivo, de uma mulher de 32 anos, que apresenta medo de voar de avião. A avaliação e o diagnóstico foram feitos através da entrevista clínica, utilizando os critérios do DSM-IV, e aplicou-se com medidas pré e pós-tratamento o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). As técnicas utilizadas no tratamento foram: dar informação, treinamento em relaxamento, tarefas comportamentais, dessensibilização sistemática em imaginação, detecção de distorções cognitivas, discussão de idéias irracionais e auto-exposição *in vivo*. Os objetivos terapêuticos foram alcançados através de uma intervenção de nove sessões de terapia, de periodicidade semanal, adicionando ao processo terapêutico biblioterapia como tarefa para casa. A intervenção alcançou mudanças positivas e a melhoria mantém-se depois de um seguimento de dois e de quatro meses trás o final do tratamento.

*Palavras-chave:* Transtorno de ansiedade; fobia; avião; terapia cognitiva.

## **Psychological treatment of the fear of flying based on a cognitive model: a case study**

### **Abstract**

This paper describes a clinical case study, including psychological assessment and treatment, based on a cognitive model, of a 32-year-old woman who showed fear of flying. The assessment and diagnosis were carried out by means of a clinical interview employing DSM-IV criteria, the Beck Anxiety Inventory (BAI), and the Beck Depression Inventory (BDI). Measures of pre- and post-treatment were obtained. The techniques used in the treatment consisted of the following: information, relaxation techniques, behavior tasks, systematic desensitization in imagery, identification of cognitive distortions, discussion of irrational ideas, and self-exposure *in vivo*. The therapeutic objectives were achieved after nine weekly therapy sessions and usig a therapeutic program of bibliotherapy as a complementary activity. The therapy resulted in positive changes and in an improvement, which remained stable at the two to four month follow-ups after the end of the treatment.

*Keywords:* Anxiety disorders; phobia; flight; cognitive therapy.

---

Estimativas fidedignas sugerem que o temor ou sentimentos de medo em relação a voar - preocupação pelo que pode passar consigo mesmo e/ou com o avião - são comuns. Uma pesquisa recente do IBOPE revelou que no Brasil, um 42% dos brasileiros tem medo de voar. A média mundial, segundo estudos americanos, é de 30%. A percentagem é maior no Brasil porque nos últimos anos - decorrente do desenvolvimento e crescimento econômico - voar tem sido para milhões de pessoas uma experiência nova, fascinante e assustadora ao mesmo tempo (Villela, 1998).

Estatísticas indicam que por volta de 10% das pessoas evitam voar por esta única razão e um adicional de 20% da população experimentou ansiedade substancial, chegando a pânico enquanto voavam (Dean & Whitaker, 1980, 1982; Greist & Greist, 1981). Considerando que um bilhão de pessoas ao redor do mundo voam anualmente, isto pode representar um distress importante. O sofrimento e inconvenientes decorrentes, abrangem aos indivíduos, suas famílias, amigos e colegas, podendo ter conseqüências maiores tanto para relações pessoais, como perspectivas profissionais (Yaffé, 1987/1998).

De acordo com Bornás e Tortella-Feliu (1995), o número de trabalhos publicados sobre a análise e tratamento do medo de voar é algo significativo, face a que em uma revisão do *Psychological Abstracts* que realizaram desde 1967, encontraram 55 trabalhos diretamente centrados neste tema. Porém, criticam o escasso número de estudos controlados sobre os procedimentos de intervenção comportamental (sete no período de 1960-1992), bem como a ausência de instrumentos formais e específicos de avaliação do medo de voar suficientemente validados.

Por outro lado, nas últimas décadas, pesquisadores e clínicos, juntamente com equipes multiprofissionais vem desenvolvendo intervenções eficazes para o manejo da ansiedade associada a viagem de avião. Pretendo apresentar a seguir, uma breve revisão sobre *intervenção psicológica com pessoas que tem medo a viajar de avião*, seguido da apresentação de um caso clínico, a modo de ilustração do presente tema.

## Medo, Ansiedade e Fobia

Ainda que não exista nenhum perfil ou padrão, no que concerne a reações normais ou anormais, frente a viagem de avião, estas são determinadas pela delicada inter-relação entre fatores físicos y psicológicos, experiências prévias e expectativas em relação ao presente (Yaffé, 1987/1998). Basicamente, se voar é percebido (avaliado) como uma ameaça, e a pessoa sente-se incapaz de enfrentar ou exercer o controle que desejaria sobre ela, então possivelmente este processo resultará em ansiedade. Os termos medo, ansiedade e fobia são muitas vezes utilizados, incorretamente, de forma imprecisa ou como sinônimos, defino a seguir a conceituação utilizada neste trabalho.

A palavra medo, derivada do latim *metus*, é empregada em seu uso moderno, em geral, quando um evento é percebido (avaliado) como tendo consequências negativas, sobre o qual uma pessoa antecipa algo, portanto, a ênfase centra-se na avaliação cognitiva, mais que na reação emocional (Yaffé, 1987/1998). O medo está normalmente relacionado a situações onde existe um perigo real ou perigo específico, contudo o medo também pode ser vivido como uma experiência agradável - para os que buscam emoções fortes, como por exemplo, saltar em pára-quedas, certos brinquedos em parque de diversões, canoagem, etc. - e pode preparar o indivíduo para enfrentar situações ou atividades mais complexas que podem representar certo perigo ao ser humano. Em contraste ansiedade, originada do latim *anxius*, uma condição de agitação e angústia, e *angere*, que significa asfixiar ou estrangular (Yaffé, 1987/1998), refere-se a uma reação emocional acompanhada de uma variedade de sintomas físicos que incluem: taquicardia, transpiração, tensão, tremor e aumento do ritmo cardíaco.

Em outras palavras, medo envolve a avaliação de um evento como perigoso ou ameaçador, enquanto que ansiedade refere-se a reação emocional decorrente da avaliação. Quando alguém diz que está receoso de voar, em geral, está referindo-se a algo que pode ocorrer no futuro - onde o medo pode ser descrito como latente - porém, ele é ativado se decide-se pegar o avião ou pensar em fazê-lo, portanto, a exposição ao evento temido pode ser atual ou imaginária, física ou psicológica.

Quanto a fobia (*phobia*) é um termo originado de uma palavra grega *Phobos* (que significa "medo"), utilizado para designar um Deus e era quem, aparentemente, evocava considerável medo e pânico em seus inimigos (Comte, 1988). Fobia é um tipo de medo extremo, desproporcional ao que requer a situação, o qual não pode ser explicado, nem racionalizado, esta fora do controle voluntário e leva a evitar a confrontação. As fobias podem ser caracterizadas em termos de três componentes: cognitivo, fisiológico e comportamento manifesto. King, Hamilton e Ollendick (1988) documentou uma variedade de respostas cognitivas (ex.: pensamentos de estar amedrontado, pensamentos auto-depreciativos), respostas fisiológicas (ex.: aumento dos batimentos cardíacos, mudanças na respiração) e comportamento manifesto (ex.: postura rígida, chupar dedos ou roer unhas, evitação) que podem ocorrer em pessoas com medo extremo ou fóbicas, incluindo crianças. Reações fóbicas graves freqüentemente ocorrem nos três sistemas de resposta (Silverman & Rabian, 1994).

Em reconhecimento a este sério e persistente problema, as fobias foram incluídas em dois dos mais conhecidos e amplamente aceitos sistemas de classificação: *American Psychiatric Association* (1994) e *World Health Organization* (1992). A quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) determina o critério a seguir para fobia específica: a) medo acentuado persistente que é excessivo ou irracional, desencadeado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação específicos; b) a exposição ao estímulo fóbico provoca quase invariavelmente uma resposta imediata de ansiedade, que pode tomar a forma de uma crise de angústia (ataque de pânico) situacional ou mais ou menos relacionada com uma situação determinada; c) a pessoa reconhece que este medo é excessivo ou irracional; d) a(s) situação(ões) fóbica(s) se evitam ou se suportam a custo de uma intensa ansiedade ou mal-estar; e) os comportamentos de evitação, a antecipação ansiosa ou o mal-estar provocado pela(s) situação(ões) temida(s) interferem notoriamente com a rotina normal da pessoa, com as relações laborais (ou acadêmicas) ou sociais, ou ainda provocam um mal-estar clinicamente significativo; f) em menores de 18 anos

a duração destes sintomas devem ter sido de 6 meses no mínimo; e, g) a ansiedade, as crises de angústia ou os comportamentos de evitação fóbica associados aos objetos ou situações específicos não podem explicar-se melhor pela presença de outro transtorno mental, por exemplo, um transtorno obsessivo compulsivo, fobia social, agorafobia, etc. Em relação aos fatores de desenvolvimento, o DSM-IV admite que nos casos de crianças estas podem não reconhecer estes medos como excessivos ou irracionais. Portanto as fobias em crianças podem ser expressas na infância de diferentes maneiras, como chorando, manhas ou birras, bloqueios ou inibições, agarrando-se a algo ou alguém (American Psychiatric Association, 1994; King, Molloy, Heyne, Murphy & Ollendick, 1998).

Na fobia a viajar em avião, a reação de ansiedade ocorre somente em contato com a situação de vôo, porém a pessoa pode sentir fobia sobre outras coisas relacionadas ou não com a situação - por exemplo: elevadores, metrô, edifícios altos, etc. O indivíduo fóbico, geralmente, sabe que sua reação é inapropriada ou desnecessária e reconhece que outros, provavelmente, não reagem da mesma forma sobre o fato de viajar de avião ou qualquer outra coisa que o sujeito seja fóbico.

## Tratamento do Medo a Viajar de Avião: Uma Breve Revisão

Apresenta-se a seguir uma pequena revisão de alguns trabalhos realizados nos últimos anos, diferenciando-os entre os que utilizam prioritariamente *a dessensibilização sistemática*, os que recorrem *a hipnose e/ou técnicas de relaxamento*, os que se baseiam em *técnicas cognitivas* diversas e por ultimo aqueles *programas multicomponentes* que combinam diferentes estratégias de intervenção.

### Estudos que utilizam a Dessensibilização Sistemática (*Systematic Desensitization*)

A técnica de Dessensibilização Sistemática (DS), desenvolvida por Wolpe (1958), tem sido a de maior aplicação no campo das fobias em geral e do medo de voar em particular, tendo sido reconhecida sua eficácia, no decurso de vários anos de pesquisa (Masters, Burish, Hollon & Rimm, 1987).

A DS baseia-se no princípio de inibição recíproca<sup>3</sup>. É uma técnica de aproximação gradual ao estímulo e/ou situação fóbica, frente a que o indivíduo interpõe uma resposta incompatível com a ansiedade - o relaxamento habitualmente (Wolpe, 1958, 1990). Assim, na prática clínica, o cliente é treinado em uma resposta que é antagonista a ansiedade (relaxamento muscular progressivo), e então solicitado a que imagine uma série de situações que provoquem ansiedade enquanto está profundamente relaxado. Exposições ao estímulo evocador do medo *in vivo* (na vida real), freqüentemente são utilizadas para uma dessensibilização perfeita (King e cols., 1998). Esta técnica proporciona muita versatilidade no que refere-se a sua aplicação ao medo de voar. Pois a possibilidade de utilizar diferentes formas de apresentação dos estímulos fóbicos (in vivo, na imaginação, com meios audiovisuais, por procedimentos pictográficos), permite um bom ajuste as características do

estímulo fóbico.

Denholtz e Mann (1974) e Denholtz, Hall e Mann (1978) desenvolveram um programa de tratamento no qual avaliaram, depois de um seguimento (*follow up*) de três anos, um programa de medo de voar baseado em DS com apresentação audiovisual de estímulos. O programa consistia em uma filmagem em 16mm de 27 pares de cenas selecionadas entre 160, estas cenas foram selecionadas mediante um procedimento empírico, das quais 80 foram escolhidas para eliciar ansiedade nas pessoas que tinham medo de voar, sendo que as outras 80 esperava-se que suscitassem respostas de agrado. As 27 cenas ansiogênicas eram apresentadas de acordo com o grau de ansiedade gerado, isto é, de menor a maior. A filmagem era acompanhada de uma gravação que induzia inicialmente o relaxamento e servia de guia instrucional a todo o procedimento.

O programa foi construído para ser levado a prática por leigos, aplicando-se sobre três condições: um grupo de relaxamento prévio e durante seis sessões de meia hora cada uma, outro ao qual depois do relaxamento mostrava-lhes o filme completo, um terceiro ao qual aplicava-lhes o tratamento sem relaxamento prévio. Completa-se o estudo com um grupo ao qual, depois de ser relaxado, apresentava-se um filme não relacionado com viagem de avião, durante seis sessões. Os resultados oferecidos eram muito chamativos, tendo em conta que os próprios autores reconheciam a elevada mortalidade experimental, que se havia produzido nos grupos de controle, interpretada em termos da frustração que as pessoas sentiam por não reduzir seu medo. De acordo com os trabalhos de Denholtz (Denholtz, Hall & Mann, 1978; Denholtz & Mann, 1974), um 78,4% dos sujeitos que rechaçavam previamente voar (40 de 51) se mostravam depois do tratamento capazes de levar a cabo um vôo. Ao margem da condição na que o filme apresenta-se, os que a viam reduziam notavelmente sua resistência de voar. Os autores assinalaram também mudanças significativas em diferentes escalas do MMPI antes e depois do tratamento. No seguimento telefônico efetuado três anos e meio depois da intervenção apareciam resultados muito positivos as perguntas de se haviam sido capazes de voar depois do tratamento e quanto tempo haviam necessitado para fazê-lo. Em concreto um 88,5% dos sujeitos do grupo experimental haviam voado com uma mediana de cinco viagens e um intervalo de um a 80, manifestando uma mudança de atitude frente a viajar de avião. Como observa-se, os resultados são muito positivos e sustentam a conclusão dos autores sobre a efetividade de uma intervenção destas características sobre o medo de voar.

Outro estudo relevante foi de Cantón-Dutari (1974) apresenta um caso de aplicação desta técnica em uma mulher de 27 anos com fobia de voar, fazendo uso de estímulos auditivos que facilitam a imaginação das situações relativas ao vôo. Dois meses depois de finalizar o tratamento a paciente voou sem manifestar as respostas fóbicas. Levitt (1975), também, apresenta um estudo de caso único ( $n=1$ ), mostra a eficácia de um tratamento baseado na DS com uma mulher de 28 anos que apresentava medo de voar de avião. Os estímulos, depois da elaboração de uma hierarquia por parte da mulher e o treinamento em relaxamento muscular progressivo, foram apresentados em fotografias para facilitar a visualização. O programa finalizou com a realização de um vôo em companhia do terapeuta. Além do comportamento da paciente durante a realização do vôo, Levitt apresenta os resultados dos perfis do MMPI antes e depois do tratamento para avaliar a afetividade do mesmo. Outros dois trabalhos, de casos clínicos, utilizando a DS foram apresentados por Timm (1977) e Agathon (1977).

Abundando a comparação entre DS e outras técnicas, Howard, Murphy e Clarke (1983) realizaram um estudo no qual contrastavam a eficácia de um tratamento destas características em imaginário ao qual precedia um treinamento em relaxamento, um tratamento de *implosão*<sup>4</sup> com sete situações relacionadas ao voar que incorporavam conseqüências catastróficas, um tratamento de *inundação*<sup>5</sup> nas quais as situações não iam seguidas dessas conseqüências catastróficas, e um tratamento de relaxamento muscular progressivo. Para tal recorreram a um grupo de 56 voluntários que apresentavam o transtorno e que foram incluídos aleatoriamente a cada um desses grupos ou a um quinto de não tratamento (controle). Os resultados desses autores demonstraram, em primeiro lugar, a superioridade dos grupos que haviam recebido algum tipo de tratamento frente ao de controle, sem tratamento. em segundo lugar, a inexistência de diferenças entre os grupos de tratamento, ou seja, não mostravam nenhum deles uma eficácia diferencial para dar conta do medo de voar, no entanto aqueles sujeitos que haviam recebido o tratamento de inundação se mantinham com pontuações mais baixas durante o seguimento no auto-informe utilizado, assim como apresentavam uma porcentagem maior de vôos realizados que os sujeitos de qualquer outro grupo.

Bados e Genis (1988) apresentam um caso de um homem de 30 anos que manifestava um intenso medo de voar, que interferia com suas necessidades laborais. Estes autores desenharam um procedimento de DS utilizando a visualização imaginária de situações relacionadas com o vôo que se facilitavam mediante gravações em áudio de estímulos reais. Antes da DS treinou-se ao sujeito em relaxamento e em estratégias cognitivas consistentes em identificar os pensamentos negativos relacionados com as situações temidas e substituir-lhes por pensamentos positivos que se utilizavam como auto-declarações de enfrentamento (coping). Depois da finalização da hierarquia simbólica, procedeu-se com a exposição *in vivo* aos estímulos fóbicos, iniciando pela escuta da música do boletim meteorológico das notícias da TV até levar a cabo vôos com gradientes progressivamente superiores de aversão (segundo duração da viagem, acompanhamento e climatologia). Os resultados obtidos por Bados e Genis, foram exitosos em quanto a redução dos níveis de ansiedade antecipatória do sujeito, assim como demais alterações somáticas relacionadas. Durante os primeiros vôos efetuados o sujeito manifestou uma ansiedade elevada que foi diminuindo até desaparecer. Em geral esta pessoa se mostrava capaz de enfrentar a ansiedade mediante as técnicas que o haviam instruído. O seguimento ao mês, três meses e nove meses mostrou que a pessoa podia voar sem dificuldade.

## Estudos que utilizam Hipnose e/ou Técnicas de Relaxamento

A hipnose é uma técnica que vai progressivamente conquistando espaço dentro do modelo cognitivo-comportamental, evidenciado, como pode observar-se por sua presença nos manuais de terapia cognitivo-comportamental, publicados nos últimos anos (ver Caballo, 1991; Labrador, Cruzado & Muñoz, 1993; Vallejo & Ruiz, 1993). Em geral, os autores afirmam que a hipnose deve ser utilizada como uma técnica que facilita o modo de operar de outras técnicas cognitivo-comportamentais e sempre deve estar subordinada a estas.

Spiegel, Frischholz, Maruffi e Spiegel (1981) realizaram um estudo com 178 pacientes com fobia de voar que foram tratados mediante uma única sessão de treinamento hipnótico na que

se induzia as pessoas a conceber ao aeroplano como uma extensão de seu corpo enquanto mantinham uma sensação de leveza e relaxamento físico. Após o seguimento de seis, dez e 18 meses, o 52% da amostra manifestava algum grau de controle sobre o medo, assinalando que aqueles que se haviam manifestado mais resistentes a sugestão hipnótica eram os que apresentavam os piores resultados. A falta de controle sobre as características dos sujeitos e a pouca precisão nas medidas não permite avançar nenhuma conclusão ao respeito.

Um estudo controlado, porém de caso único é apresentado por Mellinger (1992). Este autor comprova a eficácia da hipnose (utilizando-a como complemento a outras técnicas) no tratamento dos problemas agorafóbicos de uma pessoa que também apresenta medo de voar. Mellinger refere que a hipnose pode ser muito útil naqueles casos nos quais a ansiedade antecipatória tira êxito a outras técnicas.

Com respeito ao relaxamento, cabe ressaltar que esta é, provavelmente, a técnica mais utilizada no tratamento do medo de voar. No entanto, a maior parte das vezes aparece combinada com outras técnicas (a DS principalmente). Podemos encontrar dois importantes estudos que utilizavam como técnica básica o relaxamento, Reeves e Mealiea (1975) e Rebman (1983), o primeiro utilizando a DS apoiada no relaxamento mediante aparelhos de *biofeedback* e o segundo a DS auto-administrada pela paciente. Os dois estudos apresentam resultados positivos mantidos após o término do tratamento, verificado pelo seguimento.

## Estudos que fazem Uso de Técnicas Cognitivas

Sob o título de técnicas cognitivas incluem-se um número muito extenso e variado de procedimentos terapêuticos nascidos ao amparo do paradigma cognitivo e cujos princípios e técnicas foram alcançando um progressivo reconhecimento e aplicação. Entre os trabalhos que, aplicados a este problema, utilizaram este tipo de técnicas destaca-se o de Hayes, Hussian, Turner, Anderson e Grubb (1983) que estudaram o papel das auto-afirmações positivas aplicadas no tratamento com DS. Os autores mostram uma série de trabalhos de caso único entre os que se inclui o tratamento de uma fobia de voar de avião. A análise destes trabalhos indica que o uso de auto-afirmações positivas logra uma redução da ansiedade nas medidas de auto-informe. Também as auto-afirmações positivas parecem produzir ganhos comportamentais fora das sessões de tratamento e seu uso generaliza-se entre estímulos, obtendo-se efeitos que vão além daqueles devidos a distração ou expectativas gerais.

Girodo e Rohel (1987) publicaram um estudo experimental, onde investigaram a efetividade de duas estratégias cognitivas de enfrentamento ao medo, utilizadas individual ou conjuntamente. Os 56 sujeitos aerofóbicos (estudantes) que formaram parte da amostra foram distribuídos em quatro grupos terapêuticos: 1) treinamento de informação sobre a preparação dos pilotos, a segurança do meio de transporte, os procedimentos de decolagem e aterrissagem, etc.; 2) treinamento em auto-instruções; 3) informação preparatória combinada com auto-instruções; e, 4) pseudo tratamento (grupo de controle/ placebo). Depois dele os sujeitos levaram a cabo um vôo em uma avioneta, a metade deles voaram com a porta da cabine dos pilotos aberta, a outra metade voou com a porta fechada. A viagem de volta se deu uma simulação de aterrissagem falha, somando-se este fato ao programa como estressor

adicional. Foram tomadas medidas subjetivas de ansiedade, antes da decolagem, durante o voo e depois da aterrissagem. Os resultados obtidos foram os seguintes: a) não aparecem diferenças significativas entre as diferentes estratégias terapêuticas; b) o fato de manter a porta aberta incrementa o nível de ativação em todos os casos; c) a habituação se produz mais rapidamente em sujeitos com a porta fechada; d) o simulacro de aterrissagem falha produz um incremento diferencial da ansiedade quando a porta está aberta: aqueles sujeitos treinados em auto instruções respondem melhor que os grupos nos que não se incluía este treinamento. Os autores partiam da hipótese de que os sujeitos que recebessem informação sobre os pilotos como agentes controladores do perigo teriam menor ansiedade se podem ir vendo a cabine do piloto que aqueles que não a vem e, por outro lado, que os sujeitos que recebessem treinamento em inoculação do stress, porém não informação seriam menos suscetíveis ao fato de ver ou não a cabine.

Seguindo com estudos utilizando técnicas cognitivas para o tratamento do medo de voar, Beckhan, Vrana, May, Gustafson e Smith (1990) elaboraram um tratamento mediante treinamento em inoculação do stress, com mínima intervenção por parte do terapeuta, apresentado ao sujeito um manual de auto ajuda. Foi realizado uma avaliação prévia e contatos telefônicos periódicos com o terapeuta. O estudo foi levado a cabo com 28 voluntários que, havendo voado alguma vez manifestaram medo intenso. Esse coletivo foi dividido aleatoriamente em dois, um grupo que recebia o programa e outro que servia de grupo de controle e que recebia o programa uma vez finalizado o experimento. Todos os participantes foram avaliados mediante medidas de auto-informe, em relação a haver efetuado algum voo ou não em relação ao período de tratamento e a atitude frente ao voo programado pós-tratamento, bem como as estratégias de enfrentamento, a ansiedade e a taxa cardíaca durante o voo programado, ao longo de cinco momentos do mesmo até a chegada ao aeroporto. Os resultados desta pesquisa mostraram que os pacientes que receberam tratamento informaram, posteriormente, de uma maior redução da ansiedade, estavam mais dispostos a participar no voo posterior ao tratamento, voaram mais vezes durante os dois meses posteriores ao tratamento e utilizaram um maior número de estratégias de enfrentamento.

## Programas Multicomponentes

Os programas multicomponentes são aqueles que combinam diferentes procedimentos terapêuticos. Os programas revisados nos itens anteriores também utilizam mais de uma técnica, porém sua ênfase está situada em alguma em concreto. Sidley (1990) mostra uma breve intervenção de cinco semanas em um caso único utilizando um programa no qual as técnicas empregadas são DS, auto-instruções, informação, inundação em imaginação e terapia de implosão. A análise dos resultados, afirma que não se pode concluir com segurança que uma das estratégias terapêuticas seja superior as outras, porém apreciam-se mudanças positivas nas medidas tomadas imediatamente depois da realização do voo real, ou seja, de uma exposição em vivo. Em quanto ao resto das estratégias terapêuticas utilizadas, também se aprecia uma diminuição da ansiedade, ainda que menor que a da exposição, em relação as medidas pré-tratamento mediante um inventário de temores FSS (*Fear Survey Schedule*) aplicado imediatamente antes do voo. Por ultimo, cabe assinalar que a paciente informa de um grande beneficio obtido graças ao relaxamento muscular e a parada de pensamento, a qual



utiliza em alguns momentos do vôo, enquanto que demonstra menor entusiasmo quanto a eficácia da informação recebida.

Rubio, Cabezuelo e Castellano (1996) apresentam um programa de tratamento que pode ser aplicado individualmente ou em grupo. Utilizam treinamento em relaxamento muscular progressivo, informação, reestruturação cognitiva, exposição gradual *in vivo*, treinamento em imaginação e dessensibilização sistemática, apresentados ao largo de sete sessões de tratamento finalizando com um vôo real. São realizadas medidas pré, pós e seguimento aos seis meses e um ano posteriores ao tratamento, através de questionários e auto-informes. Os resultados são muito positivos, segundo os autores, constata-se uma melhora nos níveis de ansiedade percebidos, mantidas ao longo do seguimento. Todos os sujeitos que formaram parte do estudo informaram que não apresentaram dificuldades em voar depois do tratamento, realizando entre quatro ou cinco vôos de média por sujeito, durante o período de seguimento. Outros programas multicomponentes, com características similares, são apresentados por Greco (1989) e Walder, McCracken, Herbert, James e Brewitt (1987).

## Avaliação do Caso

### Participante

Maria<sup>6</sup>, 32 anos, sexo feminino, casada (em processo de separação), e com um filho de um ano e meio, terceiro grau completo (Pedagoga), nível sócio econômico informado médio-alto. Maria é a filha mais velha de uma prole de quatro (um homem e três mulheres). Os pais ainda estão vivos, a mãe exerce funções de dona de casa e o pai está aposentado, era piloto de avião. Seu relacionamento com a família é bom e muito próximo, segundo ela, visitando freqüentemente pais e irmãos. No âmbito laboral, apresenta um bom desempenho, tendo sido promovida recentemente a gerente de recursos humanos.

### Motivo da Consulta

Maria vem à consulta psicológica a partir do conselho de uma amiga que conhecia a formação do terapeuta cognitivo. Maria apresenta-se referindo ter medo de viajar de avião e buscava um tratamento psicológico que fosse mais rápido e solucionasse seu problema imediato. Relatou que devido a sua recente promoção está tendo que realizar viagens de avião a São Paulo, esta promoção não a deixou satisfeita, pois segundo ela, não era o que ela desejava. Diz que sente medo ao viajar de avião, se sente ansiosa, passa mal, uma vez chorou, disse preocupar-se mais quando o avião *balança*, quando tem turbulência. Refere ter medo de perder o controle suas maiores preocupações atualmente são: o seu filho e sua educação, deixar de aproveitar a vida, perder o controle, ter que sujeitar-se ao outros. O grau de ansiedade/mal-estar na decolagem ou no momento de turbulência é dez (considerando zero mínima ansiedade/mal-estar e dez máxima ansiedade/mal-estar) e quando o avião já está estável no ar é de sete. Nota o coração bater mais forte, suor nas mãos, suor frio. O início dos sintomas ocorreram a mais ou menos dois anos.

### Métodos de Avaliação

A avaliação foi realizada através de entrevista, utilizou-se os critérios diagnósticos do transtorno de fobia específica do DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), para chegar à formulação diagnóstica. Para auxiliar o processo de avaliação utilizou-se a versão brasileira dos seguintes instrumentos (Cunha, 1997, 1999):

(a) Inventário de Depressão de Beck (*BDI*): avalia a gravidade da depressão. Consta de 21 itens, sendo a pontuação mínima 0 e a máxima 63, sendo que a uma maior pontuação corresponderia a um grau mais elevado de depressão (Beck, Steer & Garbin, 1988). Os escores que oferecem indicações gerais para pacientes deprimidos, de acordo com a adaptação brasileira, são: 0 a 11 - dentro do limite mínimo; 12 a 19 - depressão leve; 20 a 35 - depressão moderada; 36 a 63 - depressão severa (Cunha, 1999).

(b) Inventário de Ansiedade de Beck (*BAI*): avalia a intensidade da ansiedade clínica (auto-informada). Consta de 21 itens, sendo a pontuação mínima 0 e a máxima 63, portanto a uma maior pontuação corresponde a um grau mais elevado de ansiedade (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). As indicações para interpretar a ansiedade auto-informada, de acordo com a adaptação brasileira, são: 0 a 10 - dentro do limite mínimo; 11 a 19 - ansiedade leve; 20 a 30 - ansiedade moderada; 31 a 63 - ansiedade severa (Cunha, 1999). Ambos os instrumentos, *BDI* e *BAI*, são referenciados pela literatura internacional especializada como fiáveis e válidos como medidas de depressão e ansiedade, respectivamente, e como medida de progresso terapêutico (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982; Echeburua-Odrizola, 1993; Wells, 1997).

Incluem-se também como instrumentos de apoio a avaliação e a terapia os auto-registros. Os auto-registros constituem-se em auto-avaliações do próprio paciente que implicam, por um lado, uma atenção específica aos próprios comportamentos ou cognições em situações naturais e, por outro, a anotação destes em um quadro apropriado construído pelo terapeuta. Permitem determinar a classe e a frequência das situações problema, os estímulos antecedentes e as conseqüências do comportamento, assim como o grau de mal-estar percebido, entre outros.

Os modelos de auto-registros podem variar de acordo com os objetivos terapêuticos. Na Tabela 2, apresenta-se um tipo de auto-registro utilizado para identificar pensamentos e emoções especificamente relacionados com a viagem de avião, que também servia para demonstrar a paciente como seus pensamentos (cognições) afetam seus sentimentos e comportamentos, socializando o modelo cognitivo.

Tabela 1. Hierarquia de Situações que Provocam Ansiedade

Escore	Categoria
0	No trabalho
25	Quando sei que vou viajar
30	Comprar a passagem
35	Arrumar as malas
50	Conduzindo até o aeroporto
60	Esperando na sala de embarque
70	Chamada para o voo
80	Entrada no avião
100	Decolagem do avião
75	Durante o voo
100	Turbulência durante o voo
90	Aterrissagem
0	Saindo do avião

**Nota:** 0 = Nada de Ansiedade; 100 = Máximo de Ansiedade

Tabela 2. Situações para Detectar as Relações entre o Pensamento e as Emoções

Situações	Penso que/em...	Me sinto
Quando me dizem que terei que fazer uma viagem ...	<i>Que droga!; No tempo; Na companhia que oferece mais segurança; No meu filho que ficará sozinho; Sairá tudo bem?</i>	<i>Chateada, Preocupada (50%)</i>
Quando estou fazendo as malas ...	<i>Quero terminar com isso o mais rápido possível; Não posso esquecer a minha medalhinha da virgem!</i>	<i>Um pouco ansiosa (50%)</i>
Quando estou no aeroporto ...	<i>Penso em fugir; Que horror! Quero fugir, olho as pessoas e penso: estão todos tão tranqüilos!</i>	<i>Agitada (70%), Ansiedade (70%)</i>
Quando ouço a chamada de embarque ...	<i>Penso que não tenho saída, tenho que ir!</i>	<i>Agitada (60%), Ansiedade (80%)</i>
Quando estou sentada no avião ...	<i>Esse piloto não parece muito bom. Como será o voo? Haverá problemas? E se acontece alguma coisa?</i>	<i>Taquicardia, Ansiedade (90%)</i>
Na decolagem do avião ...	<i>E horrível Será que ele consegue subir? O que acontece se cai desta altitude?</i>	<i>Medo (100%)</i>
Durante o voo ...	<i>Seguirá tudo bem? Quanto tempo falta? Penso em coisas boas e más.</i>	<i>Medo e Ansiedade (80%)</i>
Durante a aterrissagem ...	<i>Que alívio! Graças a Deus parou!</i>	<i>Descarga emocional</i>

## Diagnóstico e Resumo da Avaliação

O diagnóstico segundo o DSM-IV(APA, 1994), pelo sistema multiaxial é:

Eixo I: Transtorno de Ansiedade, Fobia Específica, tipo situacional (viagem em avião).

Eixo II: nenhum

Eixo III: nenhum

Eixo IV: Processo de separação

Eixo V: AGF = 65 (entrevista inicial)

As crenças irracionais que ajudam na manutenção do transtorno são: (1) "*Se eu não tenho o controle sobre tudo, eu não poderei ser feliz*" (No avião o "controle" sobre a própria vida está com o piloto). (2) "*Sou uma pessoa controladora, fria e distante*".

As distorções cognitivas apresentadas pela paciente são: personalização, inferência arbitrária, catastrofização, maximização, sobregeneralização e abstração seletiva.

A hierarquia construída em conjunto com a paciente, para detectar o grau de ansiedade subjetiva em relação as situações que compreendem a viagem de avião (utilizada posteriormente na dessensibilização sistemática em imaginação), apresenta-se na Tabela 1.

Os pensamentos relacionados com as situações específicas e com as emoções correspondentes, eliciados pelos pensamentos, apresentam-se na Tabela 2.

## Tratamento

A intervenção psicológica consistiu em nove sessões, de periodicidade semanal, com duração de uma hora, num período de três meses. Também foram utilizados recursos de biblioterapia. A biblioterapia consistiu em solicitar a paciente que realizasse a leitura de um livro – *Seus pontos fracos* (Dyer, 1997) – que se fundamenta no modelo psicoterapêutico cognitivo. As sessões seguiram um roteiro preestabelecido de acordo com os objetivos do tratamento, utilizando técnicas cognitivo-comportamentais. As técnicas utilizadas no tratamento foram: treinamento em relaxamento, dessensibilização sistemática em imaginação, realização de tarefas comportamentais (*Exercício ser mais afetiva*), biblioterapia, identificação e discussão de idéias irracionais que constituem a manutenção do transtorno, detecção das distorções cognitivas, auto exposição *in vivo* (viagens realizadas pela paciente). Uma descrição resumida dos procedimentos terapêuticos, em cada sessão, encontra-se na Tabela 3.

Tabela 3. Processo de Intervenção Psicológica

<i>Sessões</i>	<i>Conteúdo das sessões</i>
1	<p>Avaliação: DSM-IV, BDI, BAI (Pré-teste).            Detecção das expectativas com o tratamento            Determinação dos objetivos do tratamento            Apresentação do modelo cognitivo            Tarefa para casa: Realizar uma Hierarquia de Situações que Provocam Ansiedade (HSPA) com graduação (0-100), onde 0 significa ansiedade mínima e 100 ansiedade máxima.</p>
2	<p>Revisão do humor            Finalização da avaliação e apresentação da hipótese de origem e manutenção do transtorno            Discussão sobre HSPA            Treinamento em relaxamento            Tarefa para casa: auto registo, revisar anotações, praticar relaxamento.</p>
3, 4	<p>Revisão do humor            Revisão das tarefas para casa            Dessensibilização sistemática em imaginação, através da HSPA            Tarefa para casa: auto-registro, relaxamento, e exercício “<i>ser mais afetiva</i>”</p>
5, 6	<p>Revisão do humor            Revisão das tarefas para casa            Discussão das crenças irracionais            Detecção das distorções cognitivas e reestruturação            Tarefa para casa: auto-registro, relaxamento, seguir com exercício “<i>ser mais afetiva</i>”, iniciar leitura do livro <i>Seus pontos fracos</i> (Dyer, 1997) – cap. 1 e 2/ 3 e 4</p>
7, 8	<p>Revisão do humor            Revisão das tarefas para casa            Discussão das crenças irracionais            Detecção das distorções cognitivas e reestruturação            Tarefa para casa: auto-registro, relaxamento, leitura livro - cap. 5 e 6/ 7 e 8</p>
9	<p>Revisão do humor            Revisão das tarefas para casa            Avaliação Pós-teste: BDI, BAI, Critérios Diagnósticos DSM-IV            Tarefa para casa: seguir aplicando técnicas aprendidas na terapia, revisar anotações da terapia quando necessário, concluir leitura do livro e revisão</p>
Seguimento	Verificação da manutenção das mudanças terapêuticas (dois e quatro meses)

Tabela 4. Resumo dos Resultados Terapêuticos

<i>Antes da Terapia (Pré-teste)</i>	<i>Depois da Terapia (Pós-teste)</i>	<i>Seguimento (2 e 4 meses)</i>
BDI = 16 (depressão leve) BAI = 30 (ansiedade moderada) Lista de sintomas: Ansiedade antecipatória, mal estar durante o voo, choro, pensamentos negativos e catastrofistas durante a turbulência, taquicardia, suor frio nas mãos Cumprir critérios diagnósticos para Transtorno de Ansiedade - Fobia específica Eixo V: AGF = 65 (entrevista inicial)	BDI = 4 (escore mínimo) BAI = 11 (ansiedade leve) Não apresenta sintomas Não cumpre critérios diagnósticos para Transtorno de Ansiedade - Fobia específica Eixo V: AGF = 95 (entrevista final)	Mantêm-se os resultados positivos, segue voando. Não apresenta ansiedade antecipatória. Planeja novas viagens. Programa-se para uma viagem internacional aos EUA.

## Resultados

Depois das nove sessões de tratamento, conseguiu-se alcançar o objetivo de que a paciente afrontasse as viagens de avião de uma forma mais adaptativa com menor custo emocional, diminuindo consideravelmente a ansiedade, bem como a depressão associada.

A pontuação do BAI (pós-teste) foi reduzida a 11. E no BDI descendeu a quatro (escore mínimo). Não apresenta sintomas, assim como não cumpre os critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade - fobia específica (tipo situacional).

A ansiedade antecipatória que desencadeia a evitação foi suprimida. Todos estes fatores contribuem para uma melhora da auto-estima da paciente e conseqüentemente do auto-conceito. Consegue detectar suas distorções cognitivas e discutir suas idéias irracionais básicas sobre controle e incapacidade para ser afetiva. Quanto ao funcionamento global (atividade psicossocial) avaliado pelo eixo V do DSM-IV, observa-se que a paciente consegue resgatar seus recursos pessoais no enfrentamento de suas dificuldades restaurando sua qualidade de vida e bem estar.

No seguimento realizado aos dois e quatro meses, os resultados positivos conseguidos através da intervenção mantêm-se. A paciente segue voando, sem apresentar ansiedade antecipatória, considerando a probabilidade de fazer viagens de avião com motivo de turismo e não só de trabalho, planeja uma viagem aos EUA.

## Discussão

Este artigo apresentou um estudo de caso único que permite-nos concluir sobre a eficácia do tratamento cognitivo-comportamental aplicado a fobia de viajar de avião. Os resultados favoráveis alcançados concordam com os obtidos em outros estudos controlados e não

controlados nos quais diversas técnicas de TCC se mostraram relativamente exitosas no tratamento da fobia e do medo a viajar de avião (Agathon, 1977; Bados & Genis, 1988; Denholtz, Hall & Mann, 1978; Denholtz & Mann, 1974; Howard, Murphy & Clark, 1983).

Nos estudos que acabo de citar os tratamentos utilizados foram em sua maioria de tipo *exposição em imaginação*, apesar de que os tratamentos mais eficazes para as fobias simples – de acordo com a literatura – parece ser a exposição *in vivo* (gradual ou prolongada), principalmente se é do tipo auto-exposição. A exposição gradual *in vivo* é difícil de planejar na fobia de voar, - sobretudo pelos custos econômicos - de modo que na etapa preliminar pode ser necessária a exposição em imaginação.

No caso aqui apresentado, Maria superou a ansiedade antecipatória e foi capaz de retomar as viagens de avião, porém ainda não viaja com a tranquilidade "absoluta" (BAI= 11), que se supõe, sentia antes do desenvolvimento do problema. Conseguir este último objetivo dependerá provavelmente da realização exitosa de vôos adicionais e frequentes.

Talvez resulte estranho que Maria não tenha tido medo de voar em épocas anteriores; porém, como referem Tortella-Feliu e Fullana (1998), num estudo sobre a gênese das fobias específicas, uma das características diferenciadoras deste tipo de fobia específica, frente a outros tipos é que esta tem seu início na idade adulta entre 20 e 30 anos, em sua maioria. Apesar disto, acredito, que as possíveis experiências prévias negativas de viagem, associadas aos fatores psicossociais estressantes, vividos pela paciente, como o nascimento do filho associado a novas responsabilidades, sobrecarga de trabalho, dificuldades na relação do casal e a conseqüente separação podem ter atuado aumentando a vulnerabilidade para o desenvolvimento do transtorno psicológico.

Outro aspecto a destacar refere-se a biblioterapia, esta pode ser um *instrumento de apoio* muito útil para o uso em tratamentos psicológicos. De acordo com Salkovskis (1997), os tratamentos levados a cabo na atualidade, que mediante o uso de manuais de auto-ajuda combinados com o contato com o terapeuta, podem reduzir a duração da terapia sem perda da eficácia.

Um aspecto importante, ainda que ausente neste caso, segundo Howard, Murphy e Clarke (1983), é que o medo de voar não é um fenômeno unitário, mas que implica ou pode implicar um ou mais de diversos medos: medo a chocar-se, medo a altura, medo a instabilidade produzida pelos movimentos, medo a estar encerrado, medo a perder o controle (sozinho ou diante de outros), medo a não ter o controle da situação ou depender de outras pessoas (piloto).

Finalmente, o fato de que Maria fosse capaz de superar a fobia de voar e também enfrentar outras dificuldades em sua vida, pode estar relacionado com seus recursos pessoais, a informação recebida, a aplicação das novas estratégias de enfrentamento aprendidas e generalizadas para outras áreas e o aumento da auto-estima que supôs se ver capaz de fazer frente a seu medo de voar.

## Referências

Agathon, M. (1977). Therapie comportementale de la peur de voler chez les aviateurs de métier. *Acta Psychiatrica Belge*, 77, 105-117.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: Author.

Bados, A. & Genis, F. (1988). Tratamiento de una fobia a volar. Em D. Maciá & F. X. Méndez (Orgs.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. P. & Emery, G (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro, Zahar.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 893-897.

Beck, A. T, Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years later. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Beckham, J. C., Vrana, S. R.; May, J. G., Gustafson, D. J. & Smith, G. R. (1990). Emotional processing and fear measurement synchrony as indicator of treatment outcome in fear of flying. *Journal of Behavior and Experimental Psychiatry*, 21, 153- 162.

Block, H., Chemama, R., Gallo, A., Leconte, P., Leny, J. F., Pastel, J., Moscovici, S, Renchlin, M. & Vurpillot, E. (1996). *Gran diccionario de Psicología*. Madrid: Ediciones Prado.

Bornás, X. & Tortella-Feliu, M. (1995). Descripción y análisis psicométrico de un instrumento de autoinforme para la evaluación del miedo a volar. *Psicología Conductual*, 3, 67-86.

Caballo, V. E. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid, Siglo XXI.

Cantón-Dutari, A. (1974). El uso de la desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a los viajes en avión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 6, 151-156.

Carrobbles, J. A. (1996). *Análisis y modificación de la conducta II*. 4<sup>a</sup>ed. Madrid: UNED.

Comte, F. (1988). *Dictionary of mythology*. England: Wordsworth.

Cunha, J. A. (1997). *Depressão, ansiedade, desesperança, ideação suicida: Medida e pesquisa*. [Resumo] Em VIII Congresso Nacional de Avaliação Psicológica e I Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica (pp. 135-139). Porto Alegre, RS.

Cunha, J. A. (1999). *Estudo dos pontos de corte do BDI e do BAI na versão em Português*.



[Resumo] Em VIII Congresso Nacional de Avaliação Psicológica (p. 78). Porto Alegre, RS.

Dean, R. D. & Whitaker, K. M. (1980). *Fear of flying: Impact on the U.S. air travel industry*. Boeing Company Document, BCS-00009-RO/OM.

Dean, R. D. & Whitaker, K. M. (1982). *Fear of flying: Impact on the U.S. air travel industry*. Proceedings of the 26th Annual Meeting of Human Factor Society (pp. 470-473). Santa Monica, CA: Human Factor Society.

Denholtz, M. S. & Mann, E. T. (1974). An audiovisual program for group desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 5, 27-29.

Denholtz, M. S., Hall, L. A. & Mann, E. T. (1978). Automated treatment for flight phobia: A 3 1/2 year follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 135, 1340-1343.

Dyer, W. (1997). *Seus pontos fracos*. RJ: Nova Era.

Echeburua-Odriozola, E. (1993). *Ansiedad crónica: Evaluación y tratamiento*. España: Eudema.

Gavino, A. (1997). *Técnicas de terapia de conducta*. Barcelona: Martinez Rocca.

Girodo, M. & Rohel, J. (1978). Cognitive preparation and copying self-talk: Anxiety management during the stress of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 978-989.

Greco, T. S. (1989). A cognitive behavioral approach to fear of flying: A practitioner's guide. *Phobia Practice and Research Journal*, 2, 3-15.

Greist, J. H. & Greist, G. L. (1981). *Fearless flying: A passenger guide to modern airline travel*. Chicago: Nelson-Hall.

Hayes, S. C., Hussian, R. A., Turner, A. E., Anderson, N. B. & Grubb, T. D. (1983). The effects of copying statements on progress through a hierarchy desensitization. *Journal of Behavior and Experimental Psychiatry*, 14, 117-129.

Howard, W. A., Murphy, S. M. & Clarke, J.C. (1983). The nature and treatment of fear of flying: A controlled investigation. *Behavior Therapy*, 14, 557-567.

King, N. J., Hamilton, D. I. & Ollendick, T. H. (1988). *Children's phobia: A behavioural perspective*. Chichester, UK: Wiley.

King, N. J., Molloy, G. N., Heyne, D., Murphy, G. C. & Ollendick, T.H. (1998). Emotive imaginary treatment for childhood phobias: A credible and empirically validated intervention? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 103-113.

- Labrador, F. J., Cruzado, J. A. & Muñoz, M. (1993). *Manual de técnicas de de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Levitt, E. A. (1975). Procedural issues in the systematic desensitization of an air-travel phobia. *New Zealand Psychologist*, 4, 2-9.
- Masters, J. C., Burish, T. G., Hollon, S. D. & Rimm, D. C. (1987). *Behavior therapy: Techniques and findings*. Orlando, FL: Harcourt, Brace and Javanovich.
- Mellinger, D. I. (1992). The role of hypnosis and imagery technique in the treatment of agoraphobia: A case study. *Contemporary Hypnosis*, 9, 57-62.
- Rebman, V. (1983). Self-control desensitization with cue-controlled relaxation for treatment of a conditioned vomiting response to air travel. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, 161-164.  
[ Medline ]
- Reeves, J. L. & Mealiea, W. L. (1975). Biofeedback-assisted cue-controlled relaxation for treatment of flight phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 105-109.
- Roso, M. C. (1998). Fobias específicas. Em L. M. Ito (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos* (pp. 55-65). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rubio, V. J., Cabezuelo, F. J. & Castellano, M. A. (1996). *El miedo a volar en avión: Un problema frecuente con una solución al alcance*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Salkovskis, P.M. (1997). *Tratamiento cognitivo-conductual para al pánico*. Barcelona: ISEP.
- Sidley, G. L. (1990). Brief clinical reports: A multi-component intervention with a lady displaying an intense fear of flying. A case study. *Behavioural Psychotherapy*, 18, 307-310.
- Silverman, W.K. & Rabian, B. (1994). Specific phobia. Em T.H. Ollendick, N. J., King & W. Yule (Orgs.), *International handbook of phobia and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 87-109). New York: Plenum Press.
- Spiegel, D., Frischholz, E. J., Maruffi, B & Spiegel, H. (1981). Hypnotic responsivity and the treatment of flying phobia. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 239-247.
- Timm, S. A. (1977). Systematic desensitization of a phobia for flying with the use of suggestion. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 48, 370-372.
- Tortella-Feliu, M. & Fullana, M. A. R. (1998). Una revisión de los estudios retrospectivos sobre el origen de las fobias específicas. *Psicología Conductual*, 6, 555-580.
- Vallejo, M. A. & Ruiz, M. A. (1993). *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid:

Fundación Universidad-Empresa.

Villela, R. (1998, 5 de agosto). Pânico nas alturas. *Veja*, 31, 122-129.

Walder, C. P., McCracken, J. S., Herbert, M., James, P. T. & Brewitt, N. (1987). Psychological intervention in civilian flying phobia. Evaluation and a three-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 151, 494-498.

[ Medline ]

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. England: Wiley.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. California: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1990). *Practica de la terapia de la conducta* (2ª ed.). México: Trillas.

World Health Organization. (1992). *International classification of mental and behavior disorders, clinical descriptions and diagnosis guidelines* (10ª ed.). Geneva: Author.

Yaffé, M. (1998). *Taking the fear out of flying*. London: Newton Abbot.

(Original publicado em 1987)

*Recebido em 20.05.99*

*Revisado em 21.09.99*

*Aceito em 22.11.99*

Sobre o autor:

**Eduardo Augusto Remor** é Psicólogo, Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental dos transtornos de ansiedade e depressão pelo Centro Clínico Bertrand Russel (Madri), Doutorando no Departamento de Psicologia Biológica e da Saúde da Faculdade de Psicologia da *Universidad Autónoma de Madrid*, e pesquisador colaborador no Serviço de Hematologia e Hemoterapia do Hospital Universitário La Paz, Madrid.

<sup>1</sup> Endereço para correspondência: Depto. Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, 28049, Madrid, Espanha. *E-mail*: eduardo.remor@adi.uam.es

<sup>2</sup> Caso clínico apresentado na III Jornada Científico-Profissional da *Asociación Española de Terapia Cognitivo Conductual Social* (ASETECCS), Espanha

<sup>3</sup> Princípio de inibição recíproca: Se a resposta que inibe a resposta de ansiedade ocorre na presença dos estímulos que provocam a resposta de ansiedade, tal resposta delibitará o vínculo entre esses estímulos e a resposta de ansiedade (Wolpe, 1958).

<sup>4</sup> A técnica de *implosão* diferencia-se da *inundação* no que se refere às imagens que descreve o terapeuta, as quais o paciente deve imaginar, estas são hipotéticas e irreais, exageradas, fazendo com que as situações pareçam mais horríveis do que aquelas que o paciente temia num principio. Esta técnica não é usada com tanta frequência (Carrobles, 1996).

<sup>5</sup> Inundação (*flooding*): consiste na exposição prolongada a estímulos (objetos, situações, indivíduos, etc.) - altamente ansiogênicos para o sujeito, os quais podem ser evocadores de comportamentos de evitação - impedindo que produzi-se fuga (evitação) . É importante que os ensaios sejam repetidos e de longa duração. O procedimento pode ser levado a cabo em imaginação ou *in vivo*. Baseia-se no princípio de habituação da ansiedade, segundo o qual, a ansiedade diminui depois de haver alcançado uma intensa máxima (Block e cols. 1996; Gavino, 1997).

<sup>6</sup> Nome fictício, para evitar identificação da participante.