

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Faculdade de Medicina

Vivian Zicker Fiuza

**A ATENÇÃO NA FOBIA ESPECÍFICA:  
um caso de globofobia**

Belo Horizonte  
2012

Vivian Zicker Fiuza

**A ATENÇÃO NA FOBIA ESPECÍFICA:  
um caso de globofobia**

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicoterapias Cognitivas.

Orientadora: Profa. Cíntia Fuzikawa

Belo Horizonte  
2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOTERAPIAS COGNITIVAS  
www.sam.medicina.ufmg.br

ATA DA DEFESA DE MONOGRAFIA de VIVIAN ZICKER FIUZA nº de registro 2011671145. No dia **dez de fevereiro de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a Comissão Examinadora indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Psicoterapia Cognitiva, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“A ATENÇÃO NA FOBIA ESPECÍFICA: UM CASO DE GLOBOFOBIA”**, requisito final para a obtenção do Grau de Especialista em Psicoterapias Cognitivas, pelo Curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Dra. Rute Velasquez, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Dra. Rute Velasquez

Instituição: Newton Indicação: APROVADA

Paiva

Profa. Cíntia Satiko Fuzikawa

Instituição: UFMG Indicação: APROVADA

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA

recebendo a nota final de 90 pontos.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 10 de fevereiro de 2012.

Dra. Rute Velasquez Rute Velasquez

Profa. Cíntia Satiko Fuzikawa Cuzikawa

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira/ Coordenador

Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira  
Coordenador do Curso de Especialização em  
Psicoterapias Cognitivas  
Faculdade de Medicina da UFMG  
Insc: 14199-2

Para Rodrigo e Gustavo, meus grandes amores.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por seu amor incondicional e imensa generosidade, colocando em meu caminho pessoas maravilhosas que tornaram a minha jornada mais leve. Seria impossível citar todas, sem correr o risco de cometer alguma injustiça. Cada uma, em seu momento, foi fundamental em minha vida. E elas sabem quem são. A vocês, pessoas especiais e queridas, meu muito obrigada!

“Tu tens um medo:  
Acabar.  
Não vês que acabas todo dia.  
Que morres no amor.  
Na tristeza.  
Na dúvida.  
No desejo.  
Que te renovas todo dia.  
No amor.  
Na tristeza.  
Na dúvida.  
No desejo.  
Que és sempre outro.  
Que és sempre o mesmo.  
Que morrerás por idades imensas.  
Até não teres medo de morrer.  
E então serás eterno.”

Cecília Meireles

## RESUMO

O presente trabalho pretende investigar a função cognitiva atenção em um caso de fobia específica de balões (globofobia), tratado com psicoterapia cognitivo-comportamental. A atenção é um processo cognitivo através do qual alguns estímulos são selecionados e focalizados em detrimento a outros inúmeros estímulos que recebemos. Na ansiedade, existe um viés atencional para ameaça, que foi comprovado em estudos com portadores de fobia específica. Bar-Haim e colaboradores propuseram um modelo integrativo para os mecanismos subjacentes ao processamento de ameaças, no qual existem quatro sistemas: o sistema pré-atencional de avaliação de ameaças (SPAA), que avalia os estímulos; o sistema de alocação de recursos (SAR), que aloca os recursos de acordo com a avaliação, feita pelo SPAA, do grau de ameaça do estímulo; o sistema direcionado de avaliação de ameaças (SDAA) que faz a avaliação subsequente do grau de ameaça do estímulo considerando o contexto, aprendizados e experiências anteriores e recursos disponíveis; e o sistema de engajamentos em objetivos (SEO) que controla o engajamento em objetivos, de acordo com a avaliação feita pelo SDAA. Segundo os autores do modelo, nos quadros ansiosos poderia haver alteração em um ou mais componentes. No caso tratado, observamos as seguintes alterações na atenção: viés atencional para o objeto ameaçador, com uma resposta imediata de avaliação do balão como objeto ameaçador, que pode ser atribuída a um viés específico no SPAA (pré-atencional); em seguida, uma resposta de alerta pelo SAR, gerando necessidade de fuga e respostas autonômicas; uma incapacidade de o SDAA suplantando a resposta de alerta do SAR, mesmo com a avaliação racional de ausência de perigo. Através de intervenções com técnicas de psicoterapia cognitivo-comportamental como dessensibilização sistemática, o paciente focou sua atenção por um tempo mais prolongado no objeto fobogênico, sem fugir. Esse fato, aliado ao relaxamento muscular progressivo e o questionamento socrático gerou no paciente novas possibilidades de avaliação racional do contexto e a captação de recursos para lidar melhor com o sintoma, com conseqüente fortalecimento do SDAA, que passou a ser capaz de minimizar a ativação do SAR. Portanto concluímos que as técnicas de psicoterapia cognitivo-comportamental foram eficientes para promover uma mudança no viés atencional do paciente com globofobia.

Palavras-chave: Fobia específica. Globofobia. Psicoterapia cognitivo-comportamental. Dessensibilização sistemática.

## ABSTRACT

Attention was studied in a case of specific phobia to balloons (globophobia) treated with cognitive behavioural therapy. Attention is an element of cognitive functioning whereby the numerous stimuli we receive are selected and only certain elements are focused on. In anxiety there is a threat-related attentional bias that has also been found also in subjects with specific phobia. Bar-Haim *et al.* proposed an integrative tentative model of the mechanisms underlying threat processing. The model has four stages: the preattentive threat evaluation system (PTES) that evaluates stimuli, the resource allocation system (RAS) that allocates resources according to the threat valence assigned by the PTES, the guided threat evaluation system (GTES) that evaluates the threat valence of the stimulus by assessing the context, comparing the present threat with previous learning and memory and evaluating the availability of coping resources, and the goal engagement system (GES) that controls goal engagement according to the evaluation of the GTES. Anxiety disorders could stem from abnormal processing patterns in one or several of these systems. In the case that was treated the following abnormalities were observed: an attentional threat-related bias, with an immediate evaluation of the balloon as a threatening object, that could be explained by a bias in the preattentive PTES system; an alert response (RAS) leading to autonomic symptoms and an urge to escape; and an inability of the GTES to override the RAS response despite the patient's rational evaluation of the absence of actual threat. Using cognitive-behavioural interventions such as systematic desensitization, the patient remained focused on balloons for longer periods of time. The prolonged exposure combined with the use of progressive muscle relaxation and Socratic questioning led to new possible rational assessments and resources to cope with his symptom. Moreover, the GTES was enhanced, leading to a reduction in the RAS alert response. Thus, cognitive-behavioural techniques were efficient in changing the attentional threat-related bias in this patient with globophobia.

Key words: Specific phobia. Globophobia. Cognitive-behavioural therapy. Systematic desensitization.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo integrativo dos mecanismos subjacentes ao processamento de ameaça.....	23
-----------------------------------------------------------------------------------------	----

## LISTA DE SIGLAS

DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> [Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais]
SAR	sistema de alocação de recursos
SDAA	sistema direcionado de avaliação de ameaça
SEO	sistema de engajamento em objetivo
SPAA	sistema pré-atencional de avaliação de ameaça
TDAH	transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1	<i>Geral</i> .....	14
2.2	<i>Específicos</i> .....	14
<b>3</b>	<b>ATENÇÃO</b> .....	<b>15</b>
3.1	<i>Definição</i> .....	15
3.2	<i>Atenção e consciência</i> .....	16
3.3	<i>Funções da atenção</i> .....	17
3.4	<i>Componentes da atenção</i> .....	18
3.4.1	A orientação dos órgãos dos sentidos.....	18
3.4.2	Os ajustamentos da postura.....	18
3.4.3	O aumento da tensão muscular.....	19
3.4.4	Mudanças viscerais .....	19
3.4.5	Atividades do sistema nervoso central .....	19
3.5	<i>Determinantes da atenção</i> .....	20
3.5.1	Determinantes inatos ou externos .....	20
3.5.2	Determinantes adquiridos ou internos .....	21
<b>4</b>	<b>ATENÇÃO NA FOBIA ESPECÍFICA</b> .....	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>CASO CLÍNICO DE GLOBOFOBIA</b> .....	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>ANÁLISE DA FUNÇÃO COGNITIVA ATENÇÃO NO CASO CLÍNICO</b> .....	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>33</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O medo é uma reação determinada pela evolução para nos proteger do perigo. Sendo uma emoção universalmente experienciada, pode, em alguns casos, adquirir um caráter desadaptativo e quantitativamente desproporcional, originando uma psicopatologia. Quando passa a comprometer as relações sociais e a causar sofrimento psíquico, chamamos esse medo excessivo e irracional de fobia. Entre os principais transtornos fóbicos está a fobia específica (KNAPP, 2008).

Inicialmente chamada de neurose fóbica e, em seguida, de fobia simples, posteriormente, foi classificada no DSM-IV em um grupo distinto, o das fobias específicas. Para ser diagnosticada uma fobia específica, segundo o DSM-IV-TR, algumas características devem estar presentes. São elas: (1) medo significativo e duradouro, revelado pela presença ou antecipação de um objeto ou uma situação fóbica; (2) resposta de ansiedade diante da exposição ao estímulo fóbico, podendo ocorrer um ataque de pânico relacionado à situação específica e, em crianças, pode ser expressa por choros, ataque de imobilidade ou comportamento aderente; (3) reconhecimento da irracionalidade do temor (crianças podem não considerar seu medo excessivo); (4) evitação do estímulo fóbico ou resistência a ele com profunda intensidade; (5) interferência da esquiva, do medo ou da antecipação ansiosa da situação temida no funcionamento diário dos indivíduos ou acentuado sofrimento relacionado à fobia; (6) permanência dos sintomas por pelo menos seis meses, em casos de indivíduos com menos de dezoito anos, (7) impossibilidade de explicar os sintomas pela presença de algum outro transtorno mental, como o transtorno obsessivo-compulsivo (p. ex. medo de sujeira em alguém com uma obsessão de contaminação), transtorno de estresse pós-traumático (p. ex. esquiva de estímulos associados a um estressor grave), fobia social (p. ex. esquiva de situações sociais em vista do medo do embaraço), entre outras.

Ainda de acordo com DSM-IV-TR, as fobias específicas podem ser: (1) de tipo animal, incluindo animais e insetos; (2) de tipo sangue-injeção-ferimentos, abrangendo medo de ver sangue e tomar injeção; (3) de tipo situacional, compreendendo o medo de uma situação específica, como utilizar transportes coletivos, pontes, túneis, elevadores, aviões, dirigir ou permanecer em lugares

fechados; (4) do tipo ambiente natural, envolvendo apreensão relacionada a objetos ou situações do ambiente natural, como é o caso de altura e temporais.

A fobia específica apresenta alta prevalência na população geral. Embora não existam dados nacionais, pesquisas realizadas nos EUA mostraram uma prevalência de 8,7% em 12 meses e de 12,5% ao longo da vida (KESSLER *et al.*, 2005).

Uma das formas de tratamento da fobia específica é a psicoterapia cognitivo-comportamental. Ela foi desenvolvida por Aaron T. Beck, na Universidade da Pensilvânia, no início da década de 60, como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, para depressão, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e comportamentos disfuncionais. Desde aquela época, Beck e outros teóricos vêm adaptando com sucesso essa psicoterapia para um conjunto surpreendentemente diverso de populações e desordens psiquiátricas.

Knapp (2008) nos esclarece que a psicoterapia cognitivo-comportamental se baseia na interrelação entre cognição, emoção e comportamento. Essa interrelação é considerada a base do funcionamento normal do ser humano, e também, da psicopatologia. Eventos da vida podem gerar diferentes sentimentos e ações em diferentes pessoas. Mas, o mais importante é o que pensamos sobre esses eventos. São os pensamentos que influenciam nossas emoções e comportamentos. Os autores salientam, porém, que a psicoterapia cognitivo-comportamental não é um modelo linear em que “as situações ativam pensamentos, que geram uma consequência com resposta emocional, comportamental e física”. Pensamentos, sentimentos, comportamentos, fisiologia e ambiente interagem e a mudança em qualquer um desses componentes pode iniciar modificações nos demais. Essa abordagem também tem como base a observação de que as distorções cognitivas são bastante frequentes em diversos transtornos. Distorções cognitivas são vieses sistemáticos na forma como o indivíduo interpreta suas experiências. Se uma situação é avaliada de forma incorreta, o indivíduo pode ser levado a conclusões equivocadas mesmo quando sua percepção da situação está perfeita. Na raiz de toda psicopatologia estão as distorções cognitivas.

Considerando a alta prevalência da fobia específica na população geral, o interesse em sua abordagem cognitiva e a demanda para o tratamento de um instigante caso

clínico, surgiu a idéia de fazermos esse trabalho e nos propusemos a investigar a função cognitiva atenção em um caso de fobia específica de balões.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Descrever a função cognitiva atenção em um caso de fobia específica.

### **2.2 Específicos**

- Descrever a função cognitiva atenção;
- descrever a atenção na fobia específica;
- descrever um caso de globofobia (fobia a balões);
- analisar o caso clínico à luz dos conhecimentos sobre a atenção em fobias específicas.

### **3 ATENÇÃO**

#### **3.1 Definição**

A atenção é um processo através do qual a consciência é direcionada para determinado estímulo, externo ou interno. Alguns objetos da consciência (p. ex., imagens perceptivas ou representativas, afetos ou pensamentos) são selecionados e focalizados em detrimento a outros, adquirindo maior clareza e nitidez (CHENIAUX, 2008).

Sternberg (2000) define a atenção como “fenômeno pelo qual processamos ativamente uma quantidade limitada de informações do enorme montante de informações disponíveis através de nossos sentidos, de nossas memórias armazenadas e de outros processos cognitivos”. Ele nos mostra como é vantajoso para uma espécie ter a posse dos processos de atenção, ainda que existam alguns limites aos nossos recursos mentais e que a quantidade de informações nas quais podemos concentrar esses recursos também seja limitada. Através da utilização desses recursos, o fenômeno psicológico da atenção faz com que possamos obscurecer os estímulos externos (sensações) e internos (pensamentos e memórias), fazendo com que os estímulos que nos interessam sejam realçados. Com o aumento do foco, respondemos rapidamente a esses estímulos.

Para Telford e Sawrey (1977), a atenção também é um processo altamente seletivo. Segundo eles, “por ser o atentar um processo unitário e supor uma orientação de todo o organismo, no ato de experimentar o indivíduo só atenta para uns poucos estímulos escolhidos dentre os inúmeros estímulos que entram em contato com seus órgãos dos sentidos”. A atenção é um mecanismo de filtração, ativo, interposto entre os receptores e o córtex cerebral. Nessa filtragem, certas entradas sensoriais são escolhidas e acentuadas e acontece o bloqueio ou diminuição das restantes. Esse processo promove uma programação das entradas sensoriais em função não só das características do estímulo externo (intensidade, tamanho, entre outros) como também das características pessoais adquiridas do indivíduo.

Como nos aponta Cheniaux (2008), “sem a capacidade de seleção exercida pela atenção, a quantidade de informações internas e externas (distratores) que chegaria

à nossa mente seria tão grande que inviabilizaria qualquer atividade psíquica. A atenção interfere na sensopercepção e é de vital importância para a memória, tanto para a fixação de novas informações como para a evocação de antigas. O interesse (vontade, afeto) também influencia diretamente a atenção”.

### **3.2 Atenção e consciência**

Encontramos duas descrições que articulam consciência e atenção. Na primeira, consciência psicológica é definida como o "todo momentâneo da vida psíquica", ou seja, a integração dos processos mentais em determinada experiência; seria a vivência (percepções, pensamentos, sentimentos) que temos em um dado momento. Nesse sentido, a consciência e a atenção seriam funções psíquicas muito próximas e conectadas, mas não idênticas. Sem lucidez de consciência, a atenção não funciona adequadamente, mas a atenção pode estar alterada mesmo com um nível normal da consciência. A atenção seria um auxiliar da consciência, otimizando o rendimento desta, fazendo com que os conteúdos mentais sejam mais eficientemente processados (CHENIEUX, 2008).

Na segunda descrição, consciência é considerada um fenômeno complexo, que envolve avaliar o ambiente e filtrar as informações mentalmente, com conhecimento de fazer isso. Pode ser considerada como a realidade mental criada a fim de adaptar-se ao mundo. Portanto, algum processamento ativo da informação sensorial, da informação evocada e da informação cognitiva, ocorreria sem nosso conhecimento consciente. Essa informação existe no nível pré-consciente do conhecimento, por isso é chamada de informação pré-consciente. Ela inclui memórias armazenadas que não estamos usando em um dado tempo, mas que podemos evocar quando necessárias. Uma forma desse processamento é o fenômeno da *percepção subliminar*, onde a pessoa processa mentalmente estímulos específicos sem estar consciente disso, citando como exemplo as mensagens subliminares apresentadas pelos anúncios publicitários.

Enquanto *atenção* abrangeria toda a informação que uma pessoa está manipulando (uma parte da informação disponível da memória, da sensação e de outros processos cognitivos), a *consciência* compreenderia apenas a variação mais restrita

da informação que ela está consciente de manipular. A atenção nos possibilitaria utilizar criteriosamente nossos recursos cognitivos limitados para responder com rapidez e corretamente aos estímulos que interessam e para lembrar a informação importante. Já o pensamento consciente permite-nos monitorar nossas interações com o ambiente, relacionar nossas experiências passadas e presentes e, desse modo, perceber um desencadeamento contínuo de experiências controlando e planejando as futuras ações (STERNBERG, 2000).

### **3.3 Funções da atenção**

Sternberg (2000) aponta quatro funções principais da atenção: 1) *atenção seletiva*, na qual escolhemos prestar atenção a alguns estímulos e ignorar outros (p. ex., estar em uma festa e decidir focar em uma única conversa); 2) *vigilância* (detecção de sinal), que envolve a espera passiva de um estímulo que pode surgir a qualquer momento (p.ex., um salva-vidas que tem que estar atento e agir rapidamente caso veja alguém se afogando; 3) *sondagem*, que consiste na procura ativa por um estímulo em particular (p. ex., busca de um determinado termo técnico em meio a um grande número de palavras de um artigo que lemos); 4) *atenção dividida*, que representa a distribuição de nossos recursos de atenção entre duas ou mais tarefas que realizamos ao mesmo tempo (p. ex., dirigir um carro e, simultaneamente, ouvir uma música pelo rádio).

Cheniaux (2008) descreve duas funções da atenção. A *tenacidade*, que é a capacidade de se concentrar, de manter a atenção sobre determinado objeto por certo tempo e que se assemelha à atenção seletiva de Sternberg (2000). Outra função é a *mobilidade*, que é a capacidade de, a qualquer momento, desviar-se a atenção de um objeto para outro. Cheniaux (2008) comenta que a mobilidade em geral, também é chamada de vigilância, porém, ele considera esse um termo ruim, já que também é usado com o significado de estado de consciência ou alerta. Tenacidade e mobilidade são qualidades opostas: se uma aumenta, a outra tende a diminuir de intensidade.

### **3.4 Componentes da atenção**

Telford e Sawrey (1977) nos mostram que, se considerarmos o processo de atentar como resposta persistente, que prepara seletivamente o indivíduo para agir ou perceber, podemos diferenciar cinco componentes distintos da atenção, relativos ao comportamento: 1) a orientação dos órgãos dos sentidos; 2) o ajustamento da postura; 3) o aumento da tensão muscular; 4) as mudanças no funcionamento das vísceras e 5) as atividades do sistema nervoso central

#### **3.4.1 A orientação dos órgãos dos sentidos**

No processo de se atentar para estímulos visuais, os olhos se voltam de maneira a focalizar a imagem visando uma maior percepção. Em relação à atenção a um som, as pessoas voltam a cabeça colocando os ouvidos na melhor posição para a recepção. Alguns animais até levantam e viram as orelhas na direção da fonte sonora. Nossos receptores da pele, os corpúsculos gustativos da língua e a área olfativa do nariz permanecem imóveis, porém, podemos manusear um objeto aumentando a eficácia do estímulo cutâneo, movimentar e comprimir um alimento no interior da boca, aumentando o contato direto com as células gustativas, para facilitar a percepção, ou inspirar vigorosamente uma substância gasosa forçando sua penetração na área olfativa e aumentando suas propriedades estimulantes. Assim, a eficácia dos estímulos relevantes é aumentada com o ajustamento dos órgãos dos sentidos. Ao mesmo tempo em que vários ajustamentos dos órgãos dos sentidos aumentam a potência dos estímulos pertinentes, em contrapartida, podem ocorrer também reações concomitantes destinadas a abafar ou bloquear estímulos competidores. Isso ocorre, por exemplo, quando ouvimos um concerto musical, fechamos os olhos, imobilizamo-nos ou respiramos superficialmente, ou mesmo paramos de respirar por um momento, a fim de bloquear os estímulos visuais e reduzir ao mínimo o ruído causado pelos movimentos do corpo e pelos sons da própria respiração.

#### **3.4.2 Os ajustamentos da postura**

Nossa postura, interpretada em movimentos voluntários ou involuntários, se ajusta na direção ou na oposição a um estímulo agradável ou desagradável aos nossos

sentidos. Uma pessoa que se inclina para frente na direção de um som ou um caçador que se imobiliza a espera de sua presa são exemplos disso.

### **3.4.3 O aumento da tensão muscular**

O aumento da tensão muscular fica claro quando uma pessoa se inclina na direção do estímulo para o qual atenta, mas também pode estar presente sem um flagrante ajustamento da postura. Um exemplo disso é um indivíduo que, depois de prestar firmemente atenção durante algum tempo em uma atividade, deixa de fazê-lo e relaxa. À medida que diminui a tensão muscular, acomoda-se na cadeira.

### **3.4.4 Mudanças viscerais**

Como parte do processo atencivo, as mudanças viscerais não são muito pronunciadas, nem óbvias. Mas, a atenção envolve ligeiras alterações da pulsação e da pressão sanguínea. As mudanças que podemos observar com mais facilidade são a respiração superficial durante um período de atenção profunda e a respiração presa por breves intervalos, quando a atenção está no auge. O fato de uma pessoa respirar fundo logo após relaxar-se, depois de um período de atenção, indica que se acumulou um excesso de gás carbônico.

### **3.4.5 Atividades do sistema nervoso central**

Telford e Sawrey (1977) dizem que não se sabe se os correlativos nervosos na atenção representam o núcleo central do processo ou se são simplesmente os correlativos dos componentes periféricos, motores e viscerais. Verificam-se mudanças regulares na atividade elétrica rítmica do córtex cerebral durante a atenção. O sistema reticular, estrutura do tronco encefálico, cujas atividades estão relacionadas ao nível de estimulação geral do indivíduo, lança descargas nervosas difusas no córtex cerebral durante a atenção. Talvez o efeito de estimulação e/ou preparação do sistema reticular sobre outras partes do sistema nervoso constitua o substrato nervoso da atenção. Por outro lado, o sistema reticular também possui funções inibidoras, o que poderia explicar a natureza seletiva da atenção, que requer a regulação ou supressão de estímulos competidores.

### **3.5 Determinantes da atenção**

Telford e Sawrey (1977) dividiram os determinantes da atenção em dois grupos de fatores: (1) externos ou inatos e (2) internos ou adquiridos. A atenção nunca é determinada ou de fora ou de dentro. Toda resposta é produto da interação de estímulos e do organismo. Quando uma pessoa presta atenção, a sua resposta é o produto da interação do que ela herda ou adquire e dos estímulos que entram em contato com os seus órgãos dos sentidos.

#### **3.5.1 Determinantes inatos ou externos**

A *intensidade* da estimulação é o mais óbvio determinante da atenção. Prestamos mais atenção quando o estímulo é mais intenso, seja de uma forma prazerosa ou dolorosa. O trovão, o relâmpago, um alarme ruidoso, o estímulo intensamente doloroso, o cheiro ativo, o estímulo gustativo concentrado – todos nos provocam uma maior atenção do que estímulos semelhantes, porém menos intensos. Outro fator determinante da atenção é o *tamanho ou a extensão*. Como exemplo, estudos mostram que, em igualdade de condições, a eficiência de um anúncio de jornal aumenta, na proporção da raiz quadrada da sua área. A *forma definida* ou os *contornos distintos* atraem mais a atenção do que a forma indefinida ou os contornos imprecisos. A *cor* também tem poder de provocar a atenção. Páginas em cores de um catálogo têm maior poder de propaganda do que as páginas semelhantes em preto e branco. Um *modelo móvel* é, como estímulo, mais eficaz do que o mesmo modelo estacionário. Anúncios móveis chamam mais a atenção das pessoas. A *repetição* tem eficácia limitada como determinante da atenção. A repetição continuada resultará em adaptação sensorial, uma receptividade diminuída ao mesmo estímulo.

Muitas pesquisas foram feitas onde foram avaliados grupos de famílias que apresentavam indivíduos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). A conclusão a que se chegou é de que há um caráter hereditário significativo no TDAH, confirmando que a atenção tem um componente realmente inato.

### 3.5.2 Determinantes adquiridos ou internos

Os determinantes adquiridos consistem em hábitos de prestar atenção, que o indivíduo desenvolve ao longo de sua existência. Os hábitos de atenção e desatenção são, provavelmente, adquiridos, reforçados e enfraquecidos, como acontece com outras tendências à resposta. O que predispõe o indivíduo a reparar em certos estímulos e a desprezar outros pode estar relacionado a significados, interesses, esperanças e medos.

Os determinantes adquiridos podem ser classificados em temporários e permanentes. Os *determinantes adquiridos temporários* são relativos a uma dada ocasião (p. ex., uma mulher estar grávida e ter uma predisposição temporária para prestar mais atenção a outras grávidas ou, quando uma pessoa está com fome e sente-se atraída por estímulos relacionados à alimentação). Os *determinantes adquiridos permanentes* consistem, em parte, numa tendência relativamente permanente para notar certas categorias de objeto (p. ex., interesses profissionais ou ocupacionais das pessoas).

#### 4 ATENÇÃO NA FOBIA ESPECÍFICA

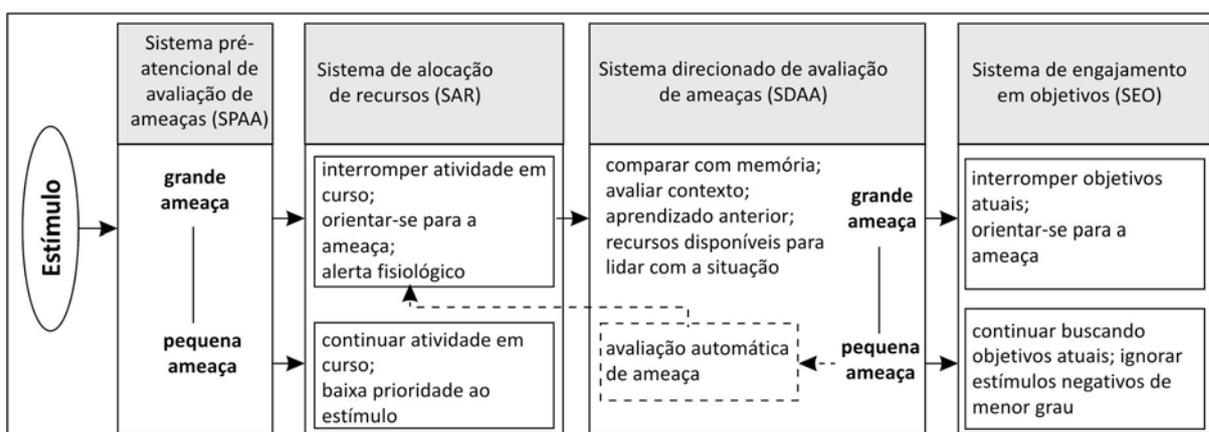
Existem poucos estudos sobre a atenção na fobia específica e não foi encontrado nenhum estudo abordando essa função na globofobia. Uma metanálise publicada em 2007 por Bar-Haim *et al.*, analisou os estudos sobre vieses atencionais relacionados à ameaça na ansiedade. Descreveremos três aspectos daquele artigo, naquilo que apresentam de relevante para o presente trabalho: uma breve revisão das hipóteses sobre o viés atencional na ansiedade, os resultados da metanálise propriamente dita e o modelo proposto pelos autores para os mecanismos subjacentes ao processamento de ameaças e sua possível relação com a ansiedade.

O estudo faz uma revisão das hipóteses levantadas sobre o viés atencional na ansiedade. Alguns autores descreveram um viés na percepção subliminar dos estímulos ameaçadores, ou seja, os indivíduos ansiosos apresentariam maior tendência a registrar estímulos ameaçadores durante os estágios iniciais do processamento (WILLIAMS *et al.*, 1988 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007). Assim sendo, a avaliação da valência emocional do estímulo poderia ocorrer de maneira automática, sem que o estímulo chegasse à consciência (LE DOUX, 1995 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007; OHMAN, 1993 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007).

Outros grupos de pesquisa (FOX *et al.*, 2001 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007; YEND; MATHEWS, 2001 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007) sugeriram que a ansiedade tem pouco impacto na detecção inicial da ameaça, mas tem um efeito maior na modulação da manutenção da atenção na fonte da ameaça. Ou seja, propuseram que um retardo no desengajamento dos estímulos ameaçadores possa ser a diferença atencional primária entre indivíduos ansiosos e não ansiosos. Outros autores sugeriram que os vieses relacionados à ameaça estariam restritos aos estágios posteriores ao processamento, onde a inibição do processamento detalhado das informações ameaçadoras seria a deficiência central da ansiedade, refletindo-se na evitação dos estímulos fóbicos (FOA; KOZAK, 1986 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007; MOGG *et al.*, 1997 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007). Já na teoria dos esquemas, propõe-se que o processamento seja direcionado por esquemas e que estes sejam enviesados para ameaças. Por causa disso, o material relacionado a ameaças é priorizado em todos os estágios do processamento, incluindo processos

iniciais, tais como a atenção e a codificação dos estímulos, e processos posteriores, tais como memória e interpretação (BECK, 1976 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007; BECK; CLARK, 1997 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007; BECK; EMERY; GREENBERG, 1985 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007; BOWER, 1981 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007, BOWER, 1987 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007). Modelos mais recentes sugeriram um padrão mais complexo dos vieses que pode combinar esses pontos de vista aparentemente conflitantes (CLARK; WELLS, 1995 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007; EYSENCK, 1992 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007; MATHEWS; MACKINTOSH, 1998 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007; MOGG; BRADLEY, 1998 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007; WILLIAMS *et al.*, 1997 *apud* BAR-HAIM *et al.*, 2007).

A metanálise encontrou um viés consistente direcionado à ameaça em indivíduos ansiosos, tanto em termos intrassujeito (indivíduo ansioso tem viés atencional para estímulos ameaçadores quando comparados a estímulos neutros) quanto entre grupos (os ansiosos têm viés atencional para estímulos ameaçadores quando comparados a indivíduos controle). Esses vieses também foram encontrados no subgrupo com fobia específica. Os autores propuseram um modelo integrativo de quatro sistemas (Fig. 1), para os mecanismos subjacentes ao processamento de ameaças, incorporando diversos aspectos dos modelos anteriores e contemplando outros achados da metanálise. Em vez de computarem o viés ao mau funcionamento de apenas um processo cognitivo, propuseram que indivíduos ansiosos podem apresentar padrões de processamento anormais em cada um de quatro diferentes estágios ou em diferentes combinações de estágios.



**Figura 1: Modelo integrativo dos mecanismos subjacentes ao processamento de ameaça.**

Fonte: Bar-Haim *et al.* (2007).

De acordo com esse modelo, um sistema pré-atencional de avaliação de ameaça (SPAA) avalia, pré-atencionalmente, os estímulos do ambiente. Um estímulo que é marcado por um alto valor de ameaça é passado para um sistema de alocação de recursos (SAR) e desencadeia um estado fisiológico de alerta, a interrupção das atividades em curso, a alocação de recursos de processamento para o estímulo e um estado consciente de ansiedade. Esses resultados levam a um conjunto de processos estratégicos realizados por um sistema direcionado de avaliação de ameaça (SDAA). Nesse sistema, ocorrem a avaliação do contexto dos estímulos ameaçador, a comparação da ameaça atual com aprendizados e lembranças prévias e a avaliação da disponibilidade de recursos para lidar com a situação. No quarto sistema chamado de sistema de engajamento em objetivo (SEO), se o resultado dessa avaliação direcionada da ameaça é de que, racionalmente, existe pouca ameaça, o processo de retroalimentação é disparado para suplantarmos o *input* vindo do SPAA, levando a um relaxamento do estado de alerta imposto pelo SAR. Se, ao contrário, o resultado dessa avaliação direcionada corrobora o alerta de ameaça evocado pelo SPAA, é provável que um estado de ansiedade elevada ocorra.

Assim, diferentes transtornos de ansiedade poderiam derivar de vários fatores. Podem estar relacionados a uma tendência a avaliar automaticamente estímulos benignos ou discretamente ameaçadores como sendo altamente ameaçadores ou de alocar recursos mesmo para estímulos avaliados como somente discretamente ameaçadores. Outros fatores podem ser uma tendência a avaliar, conscientemente, sinais de alerta como altamente ameaçadores mesmo quando o contexto indica o contrário ou, ainda, uma deficiência no mecanismo de suplantação, situação na qual mesmo a compreensão consciente dos aspectos irracionais da avaliação da ameaça não consegue encerrar o estado de ansiedade.

Na fobia específica, há um medo intenso e persistente que é desencadeado pela presença ou pela antecipação da presença de um objeto ou situação específica. A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase sempre, uma resposta imediata de ansiedade, que, neste modelo, pode ser atribuída a um viés específico no SPAA, seguido de uma resposta de alerta do SAR. Uma característica diagnóstica adicional da fobia específica é que a pessoa reconhece que seu medo é excessivo e pouco razoável. Isso pode indicar que o SDAA está funcionando corretamente na fobia

específica, mas que o mecanismo de suplantação, que se espera que relaxe o estado de alerta imposto pelo SAR, pode estar disfuncional.

## 5 CASO CLÍNICO DE GLOBOFOBIA

Definido como “um medo persistente, anormal e irracional de balões (bexigas)”, esse transtorno causa dificuldades à algumas pessoas. A fobia em si se manifesta de maneiras diferentes. Alguns sofrem por quase todo o tempo, através de uma ansiedade antecipatória, frente à possibilidade de ter que lidar com situações onde tenham que enfrentar balões. Outros, apenas por estímulo direto com o balão. Ao longo do tratamento, observamos que a possibilidade de surgirem balões nas mais inesperadas situações e o enorme sofrimento vivido pelo indivíduo nesse sentido, justificavam não só a demanda de ajuda como um estudo mais aprofundado desse tipo de fobia específica. Como um exemplo dessas possibilidades, citamos a primeira consulta do paciente. Quando ele chegou, havia em frente ao prédio do consultório da psicoterapeuta, uma caçamba repleta de balões, restos de uma festa em um escritório vizinho. Ele quase desistiu de se consultar e relatou na entrevista estar bastante ansioso com o fato. Outros exemplos foram surgindo, não só pelas situações narradas durante a psicoterapia pelo paciente, como também pelo aumento da atenção da psicoterapeuta sobre o assunto. Nosso cotidiano é repleto de celebrações como: festas de aniversário, batizados, formaturas, casamentos, comemorações cívicas, réveillon, promoções no comércio, etc. Isso mostra como o mundo pode ser povoado por balões de vários tipos, tamanhos e cores e como isso se torna ameaçador para os indivíduos que os têm como objeto fobogênico. Normalmente, o balão não é motivo de ansiedade para as pessoas. Pelo contrário, é até considerado sinônimo de beleza e alegria. Por isso não atentamos para a quantidade de locais e situações onde eles podem estar. Algumas vezes, até surgindo inesperadamente, trazidos perdidos pelo vento.

Não foram encontrados artigos científicos sobre fobia de balões especificamente, mas, na pesquisa encontramos um grande número de depoimentos de internautas trocando informações, experiências e alguns até pedindo ajuda para encontrar meios de aliviar esse sofrimento. Eram pessoas em sites e blogs variados, de diversas faixas etárias e nacionalidades. Infelizmente, não há estatística sobre a incidência de globofobia nem estudos sobre esse transtorno que possam caracterizar especificidades. Observamos, porém, que as queixas na internet das pessoas que sofrem dessa fobia são bem semelhantes às do nosso paciente. Um intenso sofrimento subjetivo é vivido por todos, não só pela possibilidade de

encontrar o objeto temido como também no que se refere ao mal estar em relação ao barulho do estouro do balão e à interferência negativa desse transtorno nas relações interpessoais, sociais e profissionais.

Paciente, a quem chamaremos de Daniel, 17 anos, estudante, cursa o segundo ano do segundo grau. Filho único, reside com os pais em Belo Horizonte, onde nasceu. A mãe é professora de português e o pai, motorista de ônibus, atualmente desempregado. Daniel veio com a queixa de medo de balões e “estourofobia”, segundo a denominação dada por ele mesmo. O paciente manifesta uma forte reação de medo, ansiedade e mal estar no contato direto ou em ambientes onde existam balões. Sente verdadeiro horror do estouro de um balão e, por isso, evita se aproximar ou tocar o objeto fobogênico. Na descrição a respeito do que sente nesses momentos, equipara à “agonia de se desativar uma bomba”. Só de falar no assunto, sente enorme ansiedade, com taquicardia, sudorese e dificuldade de respirar. O paciente também fica ansioso, porém, em muito menor grau, com objetos que estouram, como traques, fogos de artifício, bombinhas, etc. Mas, acredita que seja porque o som o lembre do barulho do estouro de um balão. Segundo ele, esse som é “ensurdecador, como um bombardeio”.

O medo de Daniel começou aos seis anos de idade, quando ele se recusou a ir a uma festinha de aniversário. A mãe insistiu em levá-lo e ele se esquivou, chorando muito. Não falava o motivo. Após esse episódio, com a insistência dos pais e a repetição dos mesmos comportamentos, o paciente passou a expressar seu medo e evitava as comemorações onde supunha que haveria balões. Desenvolveu, também, nessa mesma época, medo de palhaços e Papai Noel. Mas, isso foi superado nos anos seguintes. “Você não escolhe o seu medo, nem sabe quando ele vai embora”, diz ele. Daniel ou seus pais não se lembram de nenhum episódio traumático relacionado a esse período e nem conseguem associar a nenhuma situação desencadeante específica ligada à fobia ao objeto balão.

Apresenta ansiedade antecipatória, ao se imaginar namorando e a namorada querer ir a comemorações ou fazer festas com balões. Conta que, certa vez, estava interessado em uma menina e conversava com ela no pátio da escola. De repente, viu um balão voando próximo a eles. Começou a se sentir mal e não conseguiu mais prestar atenção nela e nem na conversa. Acha que agiu como “um completo idiota

na frente da menina”, mas não consegue evitar esse processo ansioso. Quando Daniel vai a uma festa, procura ambientes seguros onde não tenha que entrar em contato com seu objeto fobogênico. Ele não esconde esse medo das pessoas. Nunca sofreu *bullying* na escola e seus colegas o respeitam. Recentemente, promoveram uma festa na sua sala de aula. Daniel se sentiu envergonhado, mas aliviado, quando os colegas perceberam sua ansiedade e retiraram os balões. Entretanto, no dia seguinte, sentiu uma enorme ansiedade ao pensar que teria que voltar àquela sala e não conseguiu ir, mesmo sabendo que tinha uma prova importante.

Daniel vai fazer vestibular ano que vem para Artes Cênicas e quer ser ator e humorista. Gosta também de desenhar e, como segunda opção profissional, quer fazer artes gráficas. É tímido e de poucos amigos. Um dos pais sempre o acompanha aonde vai. Nunca sai sozinho, exceto para a escola que é próxima da sua casa. Não faz nenhum tipo de esporte e nem atividades extras. Quando não está estudando, gosta de jogar vídeo game e navegar na internet. Faz mais amigos virtuais do que reais e se sente mais à vontade assim. Nunca teve um relacionamento afetivo/sexual com ninguém. Diz estar esperando “a mulher certa”. Essa mulher seria, segundo sua descrição, uma pessoa com características como bom humor e leveza. O paciente é dócil, intercala momentos de extrema infantilidade com algumas colocações bem humoradas e sagazes. Acha sua vida perfeitamente bem adaptada, sem nenhum conflito pessoal nem familiar, exceto essa fobia que o atrapalha. Não vê problema algum em ter 17 anos e ser tão dependente da família. Pelo contrário, elogia os pais por estarem sempre por perto e por se preocuparem tanto com ele. Sente falta da mãe que trabalha o dia inteiro, mas, se consola quando ela o ajuda nas tarefas à noite. O pai passa o dia todo em casa, mas, não conversam muito. Tem medo dos pais morrerem e de assumir todas as responsabilidades, pois “o mundo cobra muito”. De poucas habilidades sociais e ocupacionais, Daniel se alimenta de sonhos e planos de futuro. Quer ser um ator famoso, casar e ter filhos. Vai fazer 18 anos daqui a alguns meses e acredita que vencer essa fobia possa ser o seu presente de aniversário. Brinca com o fato dizendo: “E farei uma festa com milhões de balões, vou colocar um monte no chão e pular em cima”. Desde o início do quadro, o paciente já se submeteu a três terapias, sem sucesso. A expectativa dos pais e dele em relação à psicoterapia cognitiva-

comportamental é grande. Daniel diz: “Tenho vontade de ser maior que o balão. Dizer para ele que ele não é nada, que é só um ar. Eu é que sou grande, sou músculos, sou força”. Acredita que, mesmo que vença o medo, nunca vai gostar de balões na vida. Isso pode realmente acontecer, pois possuímos uma memória afetiva de nossas experiências. Mas, mesmo que ele nunca ame balões, a função da psicoterapia é corrigir suas distorções cognitivas e ajudá-lo a se tornar mais adaptativo às situações do cotidiano.

Os progressos alcançados na psicoterapia, até o momento, são significativos. Foram feitas 10 sessões, incluindo duas sessões de anamnese. Daniel já consegue encher, tocar e até estourar balões de pequeno e médio portes. Os maiores ou mais cheios, com maior possibilidade de estourar, ainda são ameaçadores.

## 6 ANÁLISE DA FUNÇÃO COGNITIVA ATENÇÃO NO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta uma alta seletividade da atenção, sendo o balão o foco em detrimento a outros objetos. Daniel está em constante estado de vigilância, pois pode ser que seu objeto fobogênico surja a qualquer momento ou situação. Quando existe um balão no ambiente, ele não consegue desviar sua atenção dele e todos os outros estímulos perdem a importância. No início da psicoterapia, quando um balão era colocado em algum canto do consultório, o paciente não conseguia mais se concentrar na conversa e, somente com a retirada deste, é que retomava o contato com a psicoterapeuta. Nesse momento, ele oscilava entre vigiar o balão, olhando fixamente para ele ou fechar os olhos, não querendo vê-lo. Também, se encolhia tapando os ouvidos, com um medo enorme de ele estourar. Portanto, poderíamos dizer que apresentava uma hipertenacidade para o balão e uma mobilidade reduzida da atenção na sua presença. Embora apresentasse também comportamento de tentativa de desengajar a atenção do objeto fobogênico (fechar os olhos), esse esforço não era bem sucedido.

O paciente apresentava visível alteração dos órgãos dos sentidos, com reações bastante pronunciadas. A presença do balão aumentava sua tensão muscular, colocava-o em uma postura de evitação, muitas vezes acompanhada de uma fala em tom mais alto para que tirassem o objeto do ambiente. Apresentava respiração acelerada, sudorese, taquicardia e manifestava vontade de fugir da situação ameaçadora. Todos os sentidos e sua atenção estavam voltados para a ameaça.

Um dos determinantes da atenção é a intensidade do estímulo e, nesse caso, o balão era percebido como um estímulo muito intenso e de alto grau de risco. Caso ele estourasse, o estouro seria “ensurdecido, como um bombardeio”. O tamanho do objeto fobogênico também influenciava sua atenção. Os balões maiores geravam maior ansiedade do que os balões menores, porque o estouro seria bem mais alto. A diferença de cores parecia não ter nenhuma influência sobre a atenção.

No nosso caso clínico, fica claro o viés atencional para o objeto ameaçador, verificado na metanálise de Bar-Haim *et al.* (2007). Segundo o modelo proposto por eles, o balão provocava uma resposta imediata de ansiedade que pode ser atribuída a um viés específico no SPAA. É como se, além de o balão ser imediatamente

considerado um objeto ameaçador, houvesse uma sensibilidade maior para essa percepção em relação à percepção de outros objetos, o que não ocorre em um indivíduo não fóbico. Essa tendência seria pré-atencional, como se houvesse uma sensibilidade subliminar (pré-consciente), para perceber o estímulo.

Como o balão era percebido como uma grande ameaça, em seguida, vinha uma resposta automática de alerta desencadeada pelo SAR gerando necessidade de fuga e respostas autonômicas. O paciente reconhecia que seu medo não era razoável e, portanto, existia funcionalidade na avaliação realizada pelo sistema SDAA, pois ele era capaz de avaliar o contexto de uma forma correta. Entretanto, apesar da avaliação racional de que o objeto não oferecia perigo, esse sistema não era capaz de suplantar a resposta do SAR.

Uma das intervenções da psicoterapia cognitivo-comportamental utilizada com o paciente foi um procedimento chamado de *desensibilização sistemática*. Ele consiste na apresentação do estímulo fóbico de forma dosada ou gradual, seguindo uma lista de hierarquia das situações menos ansiogênicas em direção às mais ansiogênicas. (p. ex., começar tocando um balão vazio até chegar a estourar um balão grande). Essa lista foi elaborada pelo paciente com o auxílio da psicoterapeuta, mas, foi passível de adaptações de acordo com o andamento da psicoterapia. Esse procedimento foi intercalado com um *relaxamento muscular progressivo*, cujo objetivo era oferecer um estímulo gerador de resposta contrária à ansiedade. Concomitantemente, foi feito um questionamento sistemático com o paciente. Esse procedimento é chamado de *questionamento socrático*, cuja função é possibilitar ao paciente avaliar de maneira crítica os pensamentos que emergem automaticamente, auxiliando-o a avaliar e ponderar diversas fontes de informação.

Vamos descrever agora o que aconteceu com a atenção do paciente ao longo desse processo de exposição. Considerando o primeiro componente do sistema SPAA, devido ao viés atencional, a atenção estava concentrada no balão. Daniel fazia uma avaliação automática equivocada de um estímulo benigno como se fosse altamente ameaçador. Isso gerava, pela SAR, reações autonômicas e uma reação imediata de fuga. Embora racionalmente avaliasse o balão como não oferecendo perigo, seu SDAA não conseguia suplantar a ativação desencadeada pelo SAR. Portanto, em geral, o paciente tinha um tempo curto de contato com seu objeto fobogênico. As

intervenções feitas pelos procedimentos da psicoterapia cognitivo-comportamental possibilitaram que o paciente focasse sua atenção por um período mais prolongado no objeto fobogênico, sem fugir. O aumento do tempo de exposição à ameaça é algo novo para alguém que somente responde com comportamento de evitação e fuga. Evitando-se a fuga, criam-se, para o paciente, condições de experimentar novas alternativas para elaborar e lidar com o perigo, que desconfirmam as pressuposições catastróficas que alimentam o medo. As técnicas de relaxamento e as paradas para o exercício do questionamento socrático foram intercaladas à exposição sistemática, servindo de apoio para que o paciente conseguisse manter um período de contato mais longo com o balão. Além disso, o questionamento socrático possibilitou à psicoterapeuta a oportunidade de monitorar e promover alterações na atividade cognitiva desadaptada do paciente, criando alternativas diferentes para lidar com a situação. A cada sessão, percebia-se um maior fortalecimento do SDAA, gerando no paciente novas possibilidades de avaliação racional do contexto e a captação de novos recursos para lidar com o sintoma. Através dessas técnicas, os processos atencionais do paciente, tanto conscientes quanto inconscientes, foram modificados. Com o fortalecimento do SDAA, que passou a ser capaz de suplantar a ativação gerada pelo SAR, as reações autonômicas e a tendência a fuga diminuíram de intensidade. Isso possibilitou ao paciente alcançar um comportamento mais condizente com a realidade, aliviando seu sofrimento.

## 7 CONCLUSÃO

A genética, o ambiente, a cultura, a fisiologia e a personalidade são fatores que interagem, podendo predispor o indivíduo a vulnerabilidades cognitivas. Observamos como a atenção é uma função importante para nossa evolução e como influencia nosso comportamento. A atenção nos faz realçar os estímulos que nos interessam, em detrimento de inúmeros estímulos que recebemos a todo momento. Porém, vieses no processo atencional podem gerar desadaptação e sofrimento. Vimos o caso de um paciente com fobia específica cujas crenças disfuncionais faziam com que considerasse um objeto neutro como objeto de grande ameaça, gerando mal estar e aumentando sua vulnerabilidade. Observamos, segundo o modelo proposto pela metanálise que estudamos, que o balão provocava no paciente uma resposta rápida de ansiedade e que esta poderia ser atribuída a um viés específico no SPAA, com uma tendência pré-atencional para perceber o estímulo. Isso levava a uma resposta rápida de alerta no SAR, ocasionando a fuga; além disso, apesar da avaliação racional da ausência de perigo, o SDAA era incapaz de suplantar a ativação do SAR. Concluimos que as técnicas de psicoterapia cognitivo-comportamental foram eficientes para conduzir o paciente a alterar sua atenção distorcida e conduzi-lo ao comportamento desejado, mediante a mudança cognitiva.

## REFERÊNCIAS

- BAR-HAIM, Y. *et al.* Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analysis study. *Psychological Bulletin*, v. 133, n. 1, p. 1-24, 2007.
- CHENIAUX, M. *Manual de Psicopatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.125p.
- KESSLER, R. C. *et al.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, v. 62, n. 6, p. 593-602, 2005.
- KNAPP, P. (Org.) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2008. 520p.
- STERNBERG, R. J. *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed, 2000. 494p.
- TELFORD, C. W.; SAWREY, J. M. *Psicologia: uma introdução aos princípios fundamentais do comportamento*. São Paulo: Cultrix, 1977. 530p.