

TRANSTORNOS FÓBICO-ANSIOSOS

*Márcio A. Bernik
Francisco Lotufo-Neto*

Fobias são medos persistentes de situações que normalmente não incomodam a maioria das pessoas. O indivíduo procura evitá-las e, se isto não é possível, sente grandes manifestações de ansiedade. Tem noção clara de que seus receios são absurdos, mas não consegue controlá-los.

Estudos epidemiológicos recentes têm mostrado que estes quadros são surpreendentemente prevalentes na população, tanto na comunidade quanto nos sistemas primários de saúde. Apenas uma minoria destes pacientes procura atendimento médico e destes, poucos procuram atendimento especializado.

CLASSIFICAÇÃO

A partir de 1870, surgiram muitas descrições cuidadosas dos quadros fóbicos, começando com a clássica contribuição de Westphal sobre a agorafobia, apesar destas descrições, os quadros fóbicos só mereceram diagnóstico próprio na Classificação Internacional de Doenças (CID), em 1947, e na classificação da Associação Psiquiátrica Americana (DSM), em 1952. Durante boa parte deste século, estiveram enquadrados de forma genética dentro dos quadros neuróticos, termo de significado vago e impreciso.

As primeiras tentativas de classificar os quadros fóbicos basearam-se nos estímulos desencadeantes específicos. Tal método, usado até a primeira metade deste século, costumava associar prefixos gregos ou latinos à palavra fobia. Embora interessante do ponto de vista cultural, a listagem taxonômica parecia infinita e sua utilidade como orientadora de abordagens terapêuticas e preditora de prognóstico era quase nula.

Em 1970, Marks classificou os quadros fóbicos em agorafobia, fobia social e fobias específicas. Esta classificação, com pequenas alterações, foi utilizada na DSM-III, DSM-III-R e na CID-X. Contudo, ela apresenta problemas: a sobreposição de

sintomas de síndromes diferentes em alguns pacientes; a falta de limite claro entre os vários quadros fóbicos e outros transtornos ansiosos, especialmente transtorno do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo; e entre os quadros fóbicos e outros transtornos psiquiátricos, especialmente os transtornos do humor.

Além disso, há grande variação de gravidade, medos transitórios infantis de pequenos animais, até pacientes cuja insegurança e esquiva fóbica tornam impossível sair de casa, ou mesmo da própria cama. Casos mais leves podem ser fronteiros com medos razoáveis e adaptativos inerentes à nossa espécie, principalmente quando nos defrontamos com estímulos novos ou potencialmente perigosos. A divisão entre normal e patológico não é nítida, sendo o desempenho de funções o melhor critério para esta separação.

AGORAFOBIA

De acordo com os estudos estatísticos atuais, este é o transtorno ansioso mais freqüentemente visto em serviços de atendimento primário e em clínicas especializadas. Sua relação com o transtorno do pânico aguarda esclarecimento definitivo.

A associação pânico/agorafobia foi conhecida por diferentes nomes ao longo da história, cada um privilegiando determinado sintoma ou aspecto. Já foi chamada síndrome de Da Costa, histeria, síndrome do coração irritável, síndrome do coração do soldado, neurose fóbica, síndrome de despersonalização fóbico-ansiosa, ansiedade endógena e mais recentemente, transtorno do pânico com agorafobia.

Embora a origem etimológica de agorafobia seja o medo de lugares abertos, Westphal utilizou-a para descrever a “impossibilidade de andar em ruas ou praças ou fazê-lo somente com sofrimento extremo”. O termo, portanto, não significa medo de lugares abertos, mas de um conjunto de situações que têm em comum o fato de serem públicas.

Durante muitos anos poucas pesquisas foram dedicadas a esta área, provavelmente por estar colocada em categoria nosográfica de significado confuso,

como “neurose”, e da sua refratariedade às técnicas de tratamento baseadas em terapia de base psicodinâmica. Nos anos 70 passou a despertar grande interesse, principalmente pelo desenvolvimento de técnicas eficazes de tratamento, nos campos da terapia de orientação comportamental e no da psicofarmacoterapia.

I. Quadro clínico

A síndrome agorafóbica caracteriza-se pelo comportamento de esquiva fóbica em relação a diversas situações públicas. Não é o medo de lugares abertos ou fechados que caracteriza o comportamento do paciente, mas o de se afastar de casa ou de pessoas e familiares que lhe forneçam segurança. Os pacientes tendem a evitar situações em que a fuga para território seguro possa ser difícil, constrangedora, ou, ainda, onde possa ficar sem ajuda caso sinta sintomas de desconforto físico ou ataques de pânico. Temem, nestas situações, sensações desagradáveis de ansiedade ou conseqüências mais graves como “morrer”, “perder o controle ou ficar louco”, humilhando-se em público.

As situações comumente relatadas pelos pacientes como difíceis são: sair de casa, enfrentar multidões, lugares fechados com grande movimento de público (cinemas, teatros, restaurantes, *shopping centers*), elevadores, meios de transporte (trens, ônibus, aviões, metrô, automóveis), túneis e congestionamentos de trânsito. A sensação de desconforto pode aumentar quando as chances de fuga são reduzidas, como, por exemplo em congestionamentos no banco de trás do carro, longe da porta do ônibus, atrás da roleta etc. Viagens interurbanas ou longas são particularmente penosas. Algumas situações aparentemente relacionadas à espera forçada também são evitadas, como filas de banco, supermercados ou salas de espera de médicos ou dentistas.

Situações sociais podem também causar desconforto. Pacientes agorafóbicos podem evitá-las, relatando “timidez” em grau comparável à de fóbicos sociais. Porém, a presença de outros componentes da síndrome leva ao diagnóstico de agorafobia.

Uma avaliação mais fina mostra que o paciente não teme as situações, mas

tem medo de nelas sentir sensações corporais de ansiedade ou crises de pânico. O medo de ter medo é considerado a característica fundamental da agorafobia.

Um outro fator relevante é a necessidade de um acompanhante de confiança. Marks & Herst (1910) relatam que até 95% dos agorafóbicos de uma população de 1200 pacientes sentem-se mais incapacitados e inseguros quando sós, requerendo a presença de um acompanhante para se aventurarem além de seu “limite de segurança”. Outros são incapazes de ficar sozinhos mesmo em suas casas.

Uma característica fundamental da agorafobia é a predominância de pacientes de sexo feminino, que podem representar 95% dos casos de uma clínica especializada (Marks & Herst. 1970), ou na comunidade serem mais acometidos na proporção de até oito mulheres para cada homem.

2. Desenvolvimento da agorafobia

A agorafobia é uma patologia de adultos jovens, com predominância da idade de início por volta dos 25 anos. É raro iniciar-se antes dos quinze anos, em geral por evolução de um quadro de fobia escolar ou outros medos já existentes. O início após os quarenta anos de idade também é infreqüente.

As manifestações clínicas iniciais são o aparecimento de ataques de pânico espontâneos, súbitos e inesperados. Por espontâneo, entende-se que não exista no ambiente perigo suficiente para desencadear a crise.

Como os ataques de pânico se repetem, o paciente passa a sentir apreensão, com sintomas tensionais e manifestações autonômicas de ansiedade que flutuam em intensidade, principalmente quando precisa ir a um lugar onde acha que a crise pode ocorrer. É a denominada ansiedade antecipatória.

Quando atinge altos níveis de ansiedade interictal antecipatória, o paciente passa a acreditar que certas situações são perigosas por favorecerem o aparecimento de um ataque de pânico, embora, inexplicavelmente, muitas vezes não o apresente nelas. Assim, começa a limitar o número de situações ou lugares a que pode ir, passando a requisitar companhia. É freqüente, também, a procura de ajuda, indo a

um pronto-socorro ou consultando diversos médicos.

Este tipo de evolução não ocorre para todos os pacientes. Alguns desenvolvem agora fobia grave após um único ataque de pânico, outros apresentam apenas pequena restrição no seu estilo de vida. Há pacientes com agorafobia que não apresentam ataques de pânico. A esquiva nesses casos, pode ser determinada por experiências traumáticas (assaltos, por exemplo), dependência de álcool e doenças neurológicas que comprometem agudamente a consciência (epilepsia) ou a coordenação motora.

Quando procura ajuda médica, o paciente focaliza sua atenção nos medos, nas restrições de vida e na ansiedade crônica interictal.

Os sintomas agorafóbicos, uma vez instalados, apresentam curso crônico, marcado por grandes flutuações na intensidade da sintomatologia. Cerca de 20 a 30% dos pacientes relatam ficar praticamente assintomáticos por períodos variáveis de tempo (Marks & Herst, 1970). Remissões estáveis são, porém, improváveis sem tratamento apropriado. Muitos acreditam que a redução da frequência dos ataques de pânico, observada nesses pacientes após algum tempo, seja devida às limitações auto-impostas ao seu estilo de vida.

3. *Diagnóstico diferencial*

Muitos pacientes podem ficar presos a suas casas ou evitar lugares públicos como conseqüência de outras patologias psiquiátricas. Assim, na depressão, um dos sentimentos mais freqüentes é a sensação de medo e insegurança, levando o paciente a evitar lugares públicos, sair de casa desacompanhado ou mesmo ficar só. Nesses casos, os demais sintomas da depressão ajudam a discriminar as duas patologias. Nas psicoses, delírios paranóides, idéias de auto-referência e alucinações auditivas podem fazer o paciente se isolar ou não sair de casa. No transtorno obsessivo-compulsivo, o paciente pode evitar lugares onde se sinta contaminado, ou se expor a estímulos ambientais que desencadeiam obsessões ou rituais compulsivos.

FOBIA SOCIAL

1. Quadro clínico

Este termo descreve reações imensas de ansiedade em grande variedade de situações sociais. Formas leves de insegurança em situações sociais são muito comuns na população normal, em especial o medo de atuar em um palco ou falar em público, ansiedade nos primeiros contatos com o sexo oposto, dificuldade para auto-afirmação ou assertividade.

Na fobia social está presente o medo persistente de situações em que a pessoa julga se expor à avaliação dos outros, ou se comportar de maneira humilhante ou vergonhosa. Além disso, outras características das fobias devem estar presentes: uma reação intensa de ansiedade com manifestações autonômicas ao se defrontar ou permanecer na situação; a tentativa de evitá-la a todo custo; o reconhecimento de que o medo é irracional e excessivo; e o comprometimento das atividades sociais ou ocupacionais.

As situações mais comumente descritas pelos fóbicos sociais como eliciadoras de insegurança são: ser apresentado a alguém, encontrar pessoas em posição de autoridade, receber visitas em casa, ser observado durante alguma atividade (comer, beber, falar, escrever, votar, usar o telefone), ser objeto de brincadeiras ou gozação e usar banheiro público. Outros temores são o de poder vir a vomitar, tremer, suar ou enrubescer na frente de outros.

As queixas somáticas mais comuns são: palpitações, tremor, suor, tensão muscular, boca seca, náusea, mal estar no estômago, arrepio de frio, ondas de calor, enrubescimento e contrações musculares (estas duas últimas não ocorrem nos agorafóbicos).

A fobia social também difere da agorafobia por apresentar número semelhante de homens e mulheres acometidos, idade de início mais precoce, menor número de queixas depressivas, maior uso de álcool ou drogas para aliviar a ansiedade e maior número de tentativas de suicídio.

É importante salientar que a fobia social é uma síndrome, podendo ser secundária ou primária. Diversas são suas formas clínicas, dependendo dos sintomas que mais se destacam. Em geral, a dificuldade do fóbito-social é específica a uma ou algumas situações, conseguindo ter relacionamento e comportamento relativamente adequados na maioria das outras. Há, entretanto, formas mais graves, denominadas generalizadas, em que muitas situações são evitadas,

Os sintomas físicos predominantes são taquicardia, tremor, rubor e suor. As cognições podem ser divididas em idéias de auto-referência, receio da avaliação crítica por outras pessoas e idéia de fazer algo que incomode ou perturbe as outras pessoas.

Por exemplo, um desvio incontrolável do olhar pode dar a impressão que está encarando os outros, que poderão ficar assustados ou ofendidos. Esta forma é denominada *gravis*, adquirindo muitas vezes uma dimensão delirante.

2. Diagnóstico diferencial

Alguns pacientes apresentam ataques de pânico espontâneos, sendo a fobia social um dos sintomas no transtorno do pânico. Eles evitam a situação social por temerem um ataque de pânico, ou receiam passar vergonha caso o ataque de pânico seja percebido, ou ter que sair da situação repentinamente.

Pessoas com personalidade esquizóide também podem evitar situações sociais, mas caracterizam-se por não terem interesse nesse tipo de relacionamento. Isolamento social e dificuldade no relacionamento com outras pessoas são queixas freqüentes na depressão, que deve ser bem caracterizada e tratada. Por outro lado, metade dos fóbitos sociais apresenta sintomas depressivos.

Sintomas fóbitos sociais são muito freqüentes em alcoolistas, sendo necessário investigar sempre a presença de abuso ou dependência desta e de outras substâncias. Na dismorfofobia há queixa persistente de um defeito corporal específico, que não é notado por outros. Evita-se o contato social para que não se perceba seu problema, escondem-se atrás de roupas, óculos escuros e outros

artifícios. As queixas mais comuns são problemas na face (cicatrizes, pintas, pelos), deformidades, defeitos no pênis ou seios, odores na axila, genitais ou ânus e mau hálito. Elas adquirem às vezes a dimensão de um delírio ou podem fazer parte da constelação de sintomas da esquizofrenia ou outras psicoses orgânicas.

Pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo podem evitar situações sociais, pelo medo de contatos que possam desencadear obsessões e compulsões, ou o receio de causar problemas a outros (contaminar os amigos, por exemplo).

Algumas pessoas apresentam deficiências de habilidades sociais, com dificuldade para iniciar e manter qualquer relacionamento. Não conseguem fixar o olhar e a cabeça, desconhecem a comunicação não verbal que permite saber o momento de iniciar ou terminar uma conversação e quando fazer um aparte ou uma pergunta. Este tipo de disfunção pode ser conseqüência de problemas de aprendizagem (uma pessoa criada em instituição, por exemplo), ou por falta de treinamento em auto-afirmação.

Como as idéias de auto-referência são muito freqüentes na fobia social, é sempre necessário avaliação fenomenológica detalhada para verificar se delírios estão presentes.

FOBIAS ESPECÍFICAS

Fobias específicas caracterizam-se por comportamentos de esquiva em relação a estímulos restritos e situações determinadas. Nelas, é difícil estabelecer uma linha divisória nítida entre o normal e o patológico. Qual o limite exato entre, por exemplo, um medo razoável de cobras e uma fobia a cobras; entre o receio normal de grandes altitudes e uma fobia à altura ou ainda entre o desconforto natural diante da visão de ferimentos graves e uma fobia a sangue e ferimentos. Um critério útil é o grau de sofrimento e incapacitação do desempenho acarretado ao indivíduo.

Pacientes com fobias específicas, quando comparados com outros fóbicos, apresentam menor grau de sofrimento pessoal e de limitações de vida, procurando ajuda profissional com menor freqüência. O paciente pode apresentar ataques de

pânico quando exposto ao estímulo fóbico, porém não apresenta ataques espontâneos ou ansiedade tônica.

Uma fobia específica pode se originar após uma experiência traumática, mas na maior parte das vezes não encontramos o que a desencadeia. Diversos medos e fobias são fortemente ligados a predisposições filogenéticas a perigos específicos do processo de evolução da espécie. Exemplos são muitos: crianças em determinadas idades costumam apresentar medos de situações especiais, como escuro, pequenos animais, insetos e pessoas desconhecidas. Objetos potencialmente mais perigosos, como sacos plásticos, tomadas de energia elétrica, vidros de medicamentos e automóveis, são menos evitados

1. Fobias de animais

As fobias de animais envolvem geralmente aves, insetos (besouros, abelhas, aranhas), cobras, gatos ou cachorros. O medo de animais é uma característica muito comum na população, porém, muito raramente forte o suficiente para caracterizar uma fobia.

Muitos pacientes com fobias de animais não procuram tratamento, apesar das limitações de vida impostas pelo seu problema. Alguns, por desconhecerem essa possibilidade, outros, por conseguirem organizar a vida de modo a não existir contato com os estímulos fóbicos. Procuram tratamento apenas quando, por mudança na rotina de vida, o contato com animais torna-se inevitável.

Uma paciente com história de fobia de insetos, especialmente baratas, apresentava esquivas fóbicas extensas desde a sua infância. Durante anos não entrou na cozinha e lavanderia da casa de seus pais, onde poderia encontrar baratas. Forçava seus pais a realizar dedetizações a cada dois meses e nunca pensou em procurar tratamento, pois conseguia ter uma vida satisfatória, social e profissionalmente. Ao casar-se, aos 28 anos, mudou-se com o marido para uma casa muito confortável em um bairro periférico, onde, porém, começou a ficar aterrorizada com o fato de as baratas “estarem em qualquer lugar e serem imprevisíveis”. Passou a não mais poder ficar em casa sozinha, a sentir sintomas de ansiedade fóbica

durante todo o dia e um sentimento pervasivo de desesperança, até que alguns meses depois apresentou um quadro de depressão. Somente nesse momento procurou tratamento.

2. *Fobias de sangue e ferimentos*

Assim como em relação a outras fobias específicas, algum desconforto à visão de sangue, ferimentos ou grandes deformidades físicas é inerente à espécie humana (Marks, 1988). Quando chega a níveis fóbicos, o paciente apresenta prejuízos pessoais e sofrimento importantes.

Uma paciente, acompanhada em nosso serviço, recusava-se a sofrer um procedimento cirúrgico em seu joelho. Além disso era incapaz de permanecer em hospitais, com receio de se defrontar com cenas desagradáveis, há relatos de abandono de carreiras, como medicina ou enfermagem, ou mulheres que evitam engravidar com medo dos procedimentos associados ao parto.

Em relação a outros quadros fóbicos, essa fobia apresenta características que lhe são próprias: tendência a perder a consciência quando exposto ao estímulo fóbico, claro caráter familiar e a não predominância em mulheres (Marks, 1988).

Em relação à perda de consciência, estes pacientes apresentam uma resposta bifásica de frequência cardíaca (FC) e pressão arterial (PA), caracterizada por uma fase inicial, de até quatro minutos, com aumento da FC e PA, seguida por queda importante de pulso e PA, acompanhada de sudorese, palidez, náuseas e, freqüentemente, síncope. Essa resposta vasovagal é vista também em não fóbicos expostos aos mesmos estímulos, porém em grau muito menor. Em alguns pacientes pode haver até períodos de assistolia e convulsões. Esse quadro parece ser familiar, cabendo a especulação sobre sua origem genética em padrões primitivos de defesa em animais, cuja síncope teria efeito protetor quando sob ataque (desestimular o predador) ou ferimentos (queda de PA diminuindo a hemorragia).

3. Fobias de avião

A extensão do medo de voar é difícil de medir. A maioria das pessoas relata algum tipo de apreensão, mesmo as que estão acostumadas. Aproximadamente 10% dos entrevistados em um estudo (Agras & cols., 1969) relataram medo intenso de voar. Muitos só procuram tratamento quando sob pressão de familiares ou por mudança de emprego, têm que enfrentar viagens aéreas.

Pacientes que procuram tratamento por não conseguir voar constituem um grupo mais heterogêneo do que outros fóbicos. O objeto fóbico não é o mesmo para todos os pacientes, alguns temem especificamente o risco de um acidente, outros a sensação de confinamento, sensações cenestésicas associadas ao movimento, à “instabilidade”, ou até à altitude atingida no vôo. Nesses casos, a descrição exata dos estímulos percebidos como ameaçadores é essencial para o planejamento terapêutico.

Embora os vôos comerciais sejam a forma mais segura de transporte, o uso abusivo de tranquilizantes e álcool por pessoas com medo intenso de voar pode predispor-las a maior risco em caso de emergência real.

Como viajar de avião freqüentemente não é possível para a maioria das pessoas, o tratamento por exposição apresenta dificuldades práticas, sendo mais recomendada a dessensibilização sistemática. Educação adequada, pré-exposição em simuladores de vôo ou vôo em companhia de pessoal de bordo treinado para lidar com estes pacientes podem ser muito úteis. Na maioria dos casos uma primeira experiência de vôo pode resolver o problema (Steptoe, 1988).

Pessoal de bordo, comissários ou mesmo pilotos podem desenvolver fobia de voar, geralmente em decorrência de eventos traumáticos. Isso pode estar associado a outros distúrbios emocionais, como irritabilidade, insônia e anergia subjetiva. Nesses casos, o diagnóstico diferencial com quadros depressivos ou depressivo-ansiosos é especialmente relevante.

4. Fobias de doenças

A hipocondria, caracterizada por uma percepção ameaçadora de doença física, é um quadro relativamente comum e heterogêneo. Quando o temor de doenças refere-se a múltiplos sistemas orgânicos, falamos em hipocondria e, se é mais específico, em fobia de doença.

Muitos pacientes com esta fobia apresentam comportamento de esquiva em relação a reportagens, conversas, hospitais ou qualquer outra situação que o confronte com a doença temida. As doenças mais classicamente temidas são as estigmatizadas pela sociedade, como a sífilis, ou então incuráveis, como o câncer ou a AIDS. Existem poucos estudos sistemáticos sobre o tema.

Muitos fatores podem concorrer para o aparecimento de uma fobia de doença: o contato próximo com portador da patologia, trabalhar em unidades com grande especialização em patologias específicas (AIDS, câncer de mama), desinformação, medo e culpa devido a padrões de comportamento de risco, presença de ansiedade generalizada, solidão, sintomatologia depressiva etc.

A fobia de AIDS é um exemplo muito comum de fobia de doença. É particularmente prevalente em grupos de risco, nos quais pode ser entendida como um medo racional. Porém, é curiosamente mais intensa em pessoas com pouca atividade de risco (homossexuais não promíscuos, usuários endovenosos de drogas com precauções higiênicas), o que pode refletir, em parte, menor chance de habituação aos comportamentos de alto risco. Alguns dos que fazem exames constantes e procuram seguidamente os médicos com queixas vagas, em busca de reassseguramento, podem sem dúvida ser diagnosticados como fóbicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRAS, S.; SILVESTER, D. & OLIVEAU, D. 1969. "The Epidemiology of Common Fears and Phobias". *Comparative Psychiatry*. 10:151-156.

MARKS, I. M. & HERST, E. R. 1970. "A Survey of 1200 Agoraphobics in Britain". *Social Psychiatry*, 5:15-24.

_____. 1987. *Fears, Phobias and Rituals*. New York, Oxford University Press.

_____. 1988. "Blood Injury Phobia: A Review". *Am J. Psychiatry*. 145:1 207-1 213.

MILLER, D.; GREEN, J. & CORROT, G. 1985. "A Pseudo-AIDS Syndrome Following the Fear of AIDS". *Brit, J. Psychiatry*. 146:550-551.

STEPTOE, A. 1988. "Managing Flying Phobia". *Brit. Med. J.*, 269:1 756-1 757.