

# Tripofobia: um relato de caso do tratamento do medo de buracos

Trypophobia: a case study of the fear of holes treatment

TRIPOFOBIA: reporte de un caso de tratamiento del miedo de agujeros

Roberta Maia Marcon ✉  
Giovana Azevedo Reolon ✉✉

Pontifícia Universidade Católica de Goiás\*

## RESUMO

Os estudos sobre tripofobia (ou medo de buracos) são escassos até a presente data, sendo mais frequentemente discutida em textos informais, *sites*, redes sociais. O objetivo deste artigo foi apresentar o caso de uma jovem que se queixava experimentar fortes respostas fisiológicas como náusea, batimento cardíaco acelerado, na presença de estímulos compreendendo aglomerados de buracos, geralmente em superfícies orgânicas como a pele humana, além de comportamentos característicos de esquiva fóbica como tampar uma imagem contendo buracos com as mãos para evitar visualizá-la ou solicitar a outrem parar de relatar uma história a partir da qual começava a imaginar esses estímulos aversivos. O tratamento empregado, baseado na abordagem comportamental, foi compreendido por uma fase de avaliação inicial, realizada por meio de entrevista e automonitoramento, fase de tratamento baseada em psicoeducação, treino respiratório, hierarquia de estímulos, dessensibilização sistemática e por uma fase de acompanhamento (*follow-up*). Os resultados apontaram a eficácia das estratégias de intervenção para diminuição das respostas fisiológicas e aumento de comportamentos alternativos aos de esquiva como os comportamentos de enfrentamento.

**Palavras chave:** tripofobia; operações de estímulos; terapia comportamental.

✉ robertamarconpsi@gmail.com\*

✉✉ gi\_reolon@hotmail.com\*\*

---

## ABSTRACT

*Studies on tryphobia (or fear of holes) are scarce to date, and is more often discussed in informal texts, websites, and social networks. The purpose of this article is to present the case of a young woman who complained about experiencing strong physiological responses such as náusea and rapid heartbeat when in the presence of stimuli comprising clusters of holes. These situations are usually related to organic surfaces such as human skin. Some characteristics of her phobic avoidance's behaviors are covering with her hands an image containing holes to avoid it or requesting another person to stop reporting a story that triggers these aversive stimuli. The treatment applied, based on behavioral approach, is comprised of an initial assessment phase, carried out through interviews and self-monitoring; a treatment phase based on psychoeducation, respiratory training, stimulus hierarchy, systematic desensitization, and a follow-up phase. The results demonstrate the effectiveness of intervention strategies to decrease the physiological responses and to increase alternative behaviors as coping behaviors.*

**Keywords:** *tryphobia; stimulus operations; behavioral therapy.*

Os critérios diagnósticos dos diferentes quadros fóbicos (agorafobia, fobia específica e transtorno de ansiedade social) são apresentados em manuais de psiquiatria como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), adotado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) (Araújo & Neto, 2014).

Nesse Manual são citados alguns tipos de fobias específicas como a fobia a animal, em que o estímulo aversivo são aranhas, insetos, cães, ou a fobia ligada a ambiente natural sendo alturas, tempestades, água, os estímulos aversivos, ou ainda, a fobia a sangue-injeção-ferimentos em que agulhas, procedimentos médicos invasivos, dentre outros, constituem o estímulo aversivo. Também a fobia situacional em que andar de avião, elevador, locais fechados formam os estímulos aversivos. E aquelas fobias do tipo outro, que especificam como estímulos aversivos as situações que podem levar a asfixia ou vômitos, ou sons altos ou personagens vestidos com trajes de fantasias (APA,

2013/2014). De modo geral, pode-se observar que nos quadros fóbicos um grupo de respostas é emitido pelo organismo sob certas operações de estímulo. Assim sendo, as operações de estímulo se diferem (Lundin, 1969/1977) para os diferentes tipos de fobias. Desse modo, poder-se-ia afirmar que existem tantas respostas de medo como existem os estímulos (I. A. G. S. Britto, comunicação pessoal julho de 2015).

Mas ainda que em sua nova edição, o DSM-5 (APA, 2013/2014), não é encontrado referência à tripofobia ou “medo de buracos”. Segundo Cole e Wilkins (2013) e Manuel (2013), na tripofobia o estímulo aversivo é compreendido por orifícios, ou buracos pequenos em grandes quantidades, geralmente em superfícies orgânicas, como pele humana ou animal. Em acordo com descrições feitas pelos autores supracitados estímulos visuais compreendendo aglomerados de buracos de qualquer variedade, a exemplo, bolhas de sabão agrupadas, sementes de lótus,

etc., que aparentemente não representam ameaça, produzem reações como nojo, repulsa, náusea, arrepios, dentre outras; essas respostas caracterizam um quadro de tripofobia.

Em um estudo pioneiro os psicólogos Geoff Cole e Arnold Wilkins, da Universidade de Essex, na Inglaterra, apresentaram uma imagem de sementes de *lotus* para 91 homens e 195 mulheres com idades entre 18 e 55 anos. Os resultados foram expressivos: 11% dos homens e 18% das mulheres relataram que foi desconfortável e até repulsivo olhá-la. Dadas as ressalvas, os dados apontam para ocorrência de respostas que podem caracterizar um quadro de tripofobia. Contudo, a tripofobia é pouco estudada até a presente data, sendo muito discutida na última década em *sites*, *blogs*, páginas, redes sociais e textos informais (Manuel, 2013).

Cumpra salientar que o rótulo tripofobia ou qualquer outro termo que se aplique para um grupo de respostas emitidas pelo indivíduo sob certas operações de estímulo não são importantes a uma abordagem funcionalista. Particularmente importante no estudo do medo é saber como manipular os estímulos aversivos e descobrir o que acontece nas consequências comportamentais (Lundin, 1969/1977).

O presente artigo objetivou apresentar o caso clínico de uma jovem que se queixava experimentar fortes respostas fisiológicas, tais como náusea, batimento cardíaco acelerado, na presença de estímulos compreendendo aglomerados de buracos, além de comportamentos característicos de esquiva fóbica como tampar uma imagem contendo buracos com as mãos para evitar visualizá-la. Também objetivou demonstrar a eficácia do tratamento analítico-comportamental frente a essa problemática.

## MÉTODO

### Participante

G., (segunda autora), sexo feminino, 24 anos de idade, solteira, estudante universitária cursando o quarto ano do curso de Psicologia.

Relatou que há cerca de dois anos começou a experimentar fortes respostas fisiológicas (p. ex., náusea, batimento cardíaco acelerado) ao ver imagens de buracos pequenos em grandes quantidades e ao imaginar essas imagens de buracos na pele humana. Na presença de estímulos que lhe eram aversivos emitia comportamentos como tampar a imagem com as mãos para evitar visualizar a imagem, excluir a imagem visualizada em aparelho eletrônico, solicitar a outrem parar de relatar uma história a partir da qual começava a imaginar, em resposta as palavras (visão condicionada) (ver Skinner, 1953/2007; Martin & Pear, 2007/2009), dentre outros, caracterizando a esquiva fóbica. Nessas ocasiões também apresentava uma intensa vontade de chorar. O ambiente social no qual estava inserida passou a apresentar-lhe instruções como “Não veja aquela revista porque vai ter imagem que você não vai gostar”, que auxiliavam-na a evitar esses estímulos aversivos. O quadro clínico que descrevera caracterizava um caso de tripofobia. Classificou seu problema como grave. Alegou que estava próxima do momento de tomada de decisão por uma área de estágio em seu curso, mas que apesar de gostar de uma determinada área (hospitalar), tinha medo de não estar preparada para esse ambiente pelo que poderia visualizar ali. Buscava, com a terapia, conseguir lidar mais tranquilamente com esses estímulos.

### Materiais e Ambiente

As sessões foram realizadas em um consultório psicológico particular, assim compreendido: um sofá,

uma poltrona, mesa lateral, mesa de escritório com três cadeiras anexadas a ela, um armário. Temperatura e iluminação artificiais. Foi utilizado um aparelho *notebook* e um *smartphone* para apresentação dos estímulos visuais.

### Procedimento

Foram realizadas 13 sessões terapêuticas semanais, de 50 minutos cada. O atendimento clínico deu-se de acordo com a abordagem analítico-comportamental, sendo compreendido por uma fase de avaliação inicial, tratamento e *follow-up*.

### **Avaliação inicial: sessões 1 e 2**

Objetivou a coleta de dados e informações para a avaliação funcional do caso. Como procedimento de avaliação, a terapeuta (primeira autora) realizou uma entrevista, a qual enfocou o comportamento-alvo, bem como os eventos antecedentes e consequentes que o controlavam. Também utilizou-se da auto-observação: a participante foi instruída a observar e registrar o seu comportamento diante de antecedentes que poderiam funcionar como estímulo discriminativo (S<sup>D</sup>) para as respostas de medo, as respostas de medo e o que ela fazia para minimizar os efeitos destes estímulos e as consequências imediatas que poderiam estar mantendo essas respostas. Foi fornecida explicação sobre a função do estímulo aversivo, das respostas de medo e da esquivia fóbica e descrito o tratamento.

### Tratamento

#### **Sessão 03: treino respiratório**

Consistiu em ensinar à participante a respiração profunda e/ou diafragmática, de forma a auxiliá-la, por meio desse treino respiratório, a controlar suas respostas autonômicas eliciadas como reações condicionadas a estímulos aversivos envolvendo imagens de buracos pequenos em grandes quantidades na pele humana (Craske & Barlow, 1993/1999; Britto & Duarte, 2004; Lopes, Santos & Lopes, 2008; Martin & Pear, 2007/2009).

#### **Sessão 04: hierarquia de estímulos aversivos**

Foi construída uma hierarquia de estímulos aversivos a partir de dados fornecidos pela participante que incluíam estímulos que ela imaginava na pele humana. O desconforto produzido por esses estímulos foi quantificado em termos de uma escala de 0 a 10 de desconforto, conhecida na literatura como *Subjective Units of Distress – SUDs* (Wolpe, 1958; Ferraz, 2004; Scemes, Wielenska, Savoia & Bernik, 2011). O estímulo considerado mais aversivo foi colocado em uma extremidade da lista e, na outra extremidade, o que eliciava respostas de menor intensidade (Ferraz, 2004).

A Tabela 1, adiante, apresenta os estímulos relatados pela participante como aversivos, os quais foram hierarquizados de forma crescente, portanto, do menos ameaçador ao mais ameaçador, juntamente à inten-

Tabela 1. Hierarquia de estímulos aversivos relatados pela participante e intensidade do desconforto

Estímulo aversivo	SUDs pré-tratamento
Buracos na pele humana	8
Bolhas na lateral da pele humana	8
Verrugas em grande quantidade na pele humana	9
Imagens em alto relevo na pele humana	9,5
Palato (céu da boca) coberto por dentes	10

sidade do desconforto por eles produzidos conforme escala SUDs.

**Sessão 05: explicações sobre tripofobia e hierarquia de imagens contendo buracos**

A psicoeducação englobou explicação sobre a tripofobia, incluindo explicação sobre as raízes evolutivas do medo. A participante foi instruída a não pesquisar sobre o tema na *internet* naquela fase do processo terapêutico haja vista que a exposição aos estímulos aversivos deveria ocorrer de forma gradual, ao longo do processo terapêutico.

Foi construída uma hierarquia a partir de estímulos visuais disponibilizados pela terapeuta através de aparelho *notebook* que tratavam-se de imagens contendo buracos pequenos em grandes quantidades (e.g., favo de mel, bolhas de sabão agrupadas, chocolate aerado, flor de lótus seca) desassociados à pele humana. Esses estímulos estão disponíveis na *internet* em *sites* informais. A terapeuta apresentava o

estímulo visual e tateava a imagem apresentada (e.g., “Essa é uma imagem de favo de mel”).

A Tabela 2 apresenta os estímulos visuais fornecidos pela terapeuta através de aparelho *notebook*, hierarquizados a partir do estímulo menos aversivo até o mais aversivo, e a intensidade do desconforto produzido conforme escala SUDs e relatos da participante.

**Sessões 06 a 11: dessensibilização sistemática**

Procedeu-se com a exposição à hierarquia de estímulos visuais fornecidos pela terapeuta, seguida pela hierarquia de estímulos aversivos relatados pela participante e, finalmente, progrediu-se para as imagens resultantes de pesquisa por tripofobia no banco de imagens do *Google*.

*Exposição à hierarquia de estímulos visuais fornecidos pela terapeuta.* Foi solicitado à participante que respirasse lentamente (o comportamento treinado) e, logo após, foi apresentado, através de aparelho *no-*

Tabela 2. Hierarquia de estímulos visuais fornecidos pela terapeuta e intensidade do desconforto

Estímulo visual	SUDs	Relatos verbais
Favo de mel	2	“É tranquila”.
Bolhas de sabão agrupadas	3	“Não tão legal. Estou tentando pensar em água”.
Chocolate aerado	3	Desviou o olhar; “Não é legal, parece uma pele negra. Se passo o olho fica ruim, quando penso no chocolate é menos feia”.
Alho (assado)	3	Vontade de chorar; curiosidade em olhar; “Estranho, feio”.
Sementes de lótus	5	“Estranho, dá nojo”, “Se não soubesse que são sementes de lótus relacionaria com pele e seria pior”.
Crustáceo	6	“Ruim”.
Tronco repleto de pequenos orifícios	6	Desviou o olhar; ânsia de vômito; “Muito horrível. Esses buracos parecem com umbigo. Feio, nojento, não é agradável visualizar”.
Coral rosado	6	Fechou os olhos; respiração ofegante; intensa vontade de chorar; “Muito ruim, deu nojo, parece com pele”.

*tebook*, o estímulo visual que produzia menor desconforto, de acordo com a hierarquia de estímulos visuais fornecidos pela terapeuta, já apresentada na Tabela 2. Seguiu-se com a exposição gradual em direção ao estímulo mais aversivo (e.g., coral rosado). Na presença do estímulo visual foi pedido à participante que verbalizasse sobre seus comportamentos privados. Diante de relatos verbais que caracterizavam um nível moderado a grave de desconforto (e.g., “Muito horrível”) ou indicativo de presença de respostas fisiológicas (e.g., “Essa imagem produziu ânsia de vômito”), a terapeuta fornecia-lhe instruções (e.g., “Respire lentamente o ar pelo nariz e expire pela boca”) conduzindo a participante ao relaxamento. Quando era relatado que o nível de desconforto diminuiu ou, ausência de desconforto, apresentava-se à participante outro estímulo visual da hierarquia e, assim, sucessivamente. Foram necessárias mais sessões de exposição às imagens do tronco de árvore repleto de pequenos orifícios e do coral rosado, as quais incluíram outras estratégias de exposição, haja vista que esses estímulos visuais produziram respostas de maior desconforto na participante.

Objetivando uma aproximação gradual à imagem do tronco de árvore repleto de pequenos orifícios foi apresentada à participante a matéria “O que há de

errado com esta árvore?” obtida no *website*, [www.mundogump.com.br](http://www.mundogump.com.br). Essa matéria apresentava estímulos escritos (textuais) que esclareciam a função da ocorrência dos pequenos orifícios aglomerados no tronco das diferentes árvores apresentadas em diferentes imagens. Primeiramente, ela foi instruída a visualizar a matéria sob controle dos estímulos escritos (textuais). Em seguida, a exposição consistiu em a participante visualizar a matéria sob controle dos estímulos escritos (textuais) e das imagens. Finalmente, a exposição foi compreendida pela visualização da matéria sob controle das imagens. Após essa sessão foi instruída a exposição à matéria como tarefa de casa: visualizar a matéria o número de vezes necessário para seu nível de desconforto diminuir ou tornar-se ausente. A Tabela 3, a seguir, ilustra as três etapas da exposição realizada com a participante, o procedimento empregado e a intensidade do desconforto produzido, conforme escala SUDs, além dos relatos verbais emitidos durante a exposição.

A exposição ao coral rosado foi complementada com exercícios de exposição em forma de tarefa estruturada: a terapeuta encaminhou ao e-mail da participante a imagem do coral rosado para a mesma visualizá-la todas as vezes que começasse a pensar na imagem, o que funcionava como um estímulo discriminativo

Tabela 3. Etapas da exposição, procedimento e intensidade do desconforto

Etapas	Procedimento	SUDs	Relatos verbais
1	Visualização de matéria sobre tronco de árvore, repleto de pequenos orifícios, sob controle dos estímulos escritos (textuais)	3	Não ocorrência de resposta verbal.
2	Visualização de matéria sobre tronco de árvore, repleto de pequenos orifícios, sob controle dos estímulos escritos (textuais) e das imagens	3	“Sinto tensão”.
3	Visualização de matéria sobre tronco de árvore, repleto de pequenos orifícios, sob controle das imagens	3	“Vontade de acabar logo a visualização das imagens”.

para o comportamento de pensar em pele defeituosa, tornando-se ainda mais aversivo para ela estar na presença do estímulo. Disponibilizar o estímulo visual do coral rosado foi proposto como ocasião para exposição ao estímulo aversivo (coral rosado) até a ansiedade diminuir.

*Exposição à hierarquia de estímulos aversivos relatados pela participante.* Para aplicação da exposição aos estímulos aversivos relatados pela participante, iniciou-se com a etapa do treino respiratório, conforme descrito anteriormente e, então, foi-lhe apresentado, através de aparelho *notebook*, os seguintes estímulos aversivos: imagem de verrugas em grande quantidade na pele humana, seguida pela imagem do palato (céu da boca) coberto por dentes. Os demais estímulos hierarquizados na Tabela 1 não foram descritos como aversivos nessa fase do processo terapêutico.

*Exposição à imagens resultantes de pesquisa por tripofobia no banco de imagens do Google.* Foi disponibilizado à participante um aparelho *smartphone* e

solicitado à mesma digitar a palavra tripofobia em página da *web*, objetivando criar um contexto realista de exposição, ou seja, que se aproximasse às exposições que ela poderia enfrentar sob controle de estímulos naturais.

Na última sessão dessa fase foram coletadas informações sobre como estava sentindo e agindo na presença de estímulos visuais inicialmente descritos como aversivos. Também foi enfatizada a importância da continuidade da técnica de exposição a esses estímulos visuais.

***Fase de acompanhamento (follow-up): sessões 12 e 13***

Essa fase consistiu de duas sessões (12<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> sessões) realizadas em intervalos de tempo distintos: cerca de 30 dias da última sessão da fase de intervenção e a outra cerca de 60 dias da última sessão da referida fase. Foram realizadas para avaliar se as melhoras obtidas pela participante permaneciam após o programa de intervenção aplicado. Caso contrário, retornar-se-ia às intervenções.

Tabela 4. Eventos antecedentes e consequentes ao comportamento

Evento antecedente	Comportamento	Evento consequente
Na presença do pai, visualiza, pelo celular, imagem do palato (céu da boca) coberto por dentes.	Assusta-se; aceleração do batimento cardíaco, choro. Diz para si mesma: “Não quero pensar nessa imagem”. Entrega o celular para o pai e começa a tocar o próprio palato com a língua.	Alívio momentâneo ao deixar de visualizar a imagem e ao não sentir dentes em seu palato (reforço negativo); não consegue dormir pensando na imagem.
Deitada em sua cama, após o almoço, ao fechar os olhos visualiza imagens de bolas “estranhas”.	“Não quero pensar nessa imagem”; medo dos pensamentos “crescerem”. Abre o olho e levanta-se da cama indo fazer outras coisas para não pensar.	Parou de pensar (reforço negativo), porém queria ter dormido.
Na presença da mãe, irmã e cunhado, o qual anuncia que vai contar a história de um leproso e, em seguida, inicia a descrição da pele do mesmo.	“Não quero pensar nisso”; medo de ver, de pensar, raiva do cunhado. Pede para o cunhado parar de falar, repetidas vezes, de modo grosseiro.	O cunhado pára de contar a história (reforço negativo).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos com a avaliação funcional apontaram correlação entre os eventos antecedentes e consequentes e os respondentes e operantes apresentados pela participante. Esses dados são ilustrados na Tabela 4.

Como apresentado na Tabela 5, os estímulos compreendendo aglomerados de buracos eliciavam respostas fisiológicas e comportamentos de esquiva fóbica (e.g., entregar o celular para o pai e assim não mais visualizar a imagem, levantar-se da cama e ir fazer outras coisas para não pensar em imagens, pedir para o cunhado parar de contar história e assim não imaginar em resposta às palavras) mantidos por reforçamento negativo (e.g., deixar de visualizar a imagem, parar de pensar, parar de ouvir história).

De modo complementar a esses dados, foi possível notar por meio dos relatos verbais da participante que as imagens de pequenos orifícios em grandes quantidades na pele humana foram emparelhadas à doença tornando-se estímulos aversivos à participante, o que pode ser ilustrado pelo seguinte diálogo terapêutico:

*Terapeuta:* Que tipo de imagem é mais incômoda a você?

*Participante:* Imagem de buracos, bolhas, verrugas, que eu relaciono a um defeito na pele, me incomoda muito.

*T:* O que há de errado em um defeito na pele?

*P:* Algo na pele indica doença.

Desse modo, pode-se dizer que as respostas de luta e fuga que comumente experimentava na presença de imagens de pequenos orifícios em grandes quan-

tidades na pele humana podem ser explicadas como reações condicionadas, uma vez que sua função é a de proteger o organismo ao mobilizá-lo para atacar ou fugir quando alguma forma de perigo é percebida ou antecipada (Craske & Barlow, 1993/1999; Martin & Pear, 2007/2009).

Por sua vez, a fase de tratamento foi compreendida por um pacote de intervenções abarcando o treino respiratório, a psicoeducação, a hierarquia de estímulos e a dessensibilização sistemática. O treino respiratório foi eficaz em produzir resposta de relaxamento. Todavia, a aprendizagem de como apresentar uma resposta incompatível à de ansiedade não foi condição para a participante utilizar da respiração profunda e/ou diafragmática diante de estímulos aversivos, o que pode ser exemplificado com o diálogo terapêutico que se segue:

*Participante:* Fiquei pensando nas imagens [referindo-se à imagens de aglomerados de buracos, bolhas] e não foi legal. Senti muita ansiedade, o coração acelerado, a respiração ofegante e me senti triste por estar pensando.

*Terapeuta:* Você fez o controle respiratório, como planejamos?

*P.:* Não.

*T.:* Como você reagiu diante dessa situação?

*P.:* Passei a mão na minha pele para sentir que não estava com aquilo em mim. Também tentei pensar em outra coisa, mas nada disse adiantou.

A partir desse dado é possível notar que a técnica de relaxamento unicamente não é tão eficaz para o controle das respostas fisiológicas produzidas por estímulos aversivos se comparada aos resultados com a dessensibilização sistemática que abarca essa técnica de relaxamento (Fontaine, 1987).

Por sua vez, a hierarquia de estímulos aversivos foi construída a partir de dados fornecidos pela própria participante. A mesma forneceu a descrição acerca dos estímulos que ela imaginava na pele humana (e.g., “buracos”, “bolhas”, “verrugas”). Essas palavras possibilitaram à terapeuta a busca por tripofobia, uma vez que foram digitadas em página da *web* juntamente à palavra fobia. Assim sendo, passo seguinte foi proceder com a psicoeducação com o objetivo de fornecer à participante explicação sobre a tripofobia.

Cumpramos ressaltar que por não tratar-se de uma condição clínica descrita em manuais de psiquiatria foi necessária maior descrição dos estímulos pela participante, consistindo-se em condição para a terapeuta pesquisar por tripofobia em páginas da *web*. Dadas as ressalvas, nota-se uma contribuição dos manuais

de psiquiatria, tal como o DSM, adotado pela APA, uma vez que partindo de um conjunto de critérios definidores classifica os padrões de comportamento apresentados pelo indivíduo em uma determinada categoria de transtorno (Barlow & Durand, 2005/2008; Martin & Pear, 2007/2009), limitando-se, contudo, a uma análise topográfica. Por sua vez, a pesquisa por tripofobia em página da *web* resultou em informações sobre tripofobia, bem como em imagens, as quais foram utilizadas para estabelecer uma nova hierarquia de estímulos aversivos à participante.

A Tabela 5 mostra os estímulos visuais apresentados à participante, por sua vez, selecionados a partir da hierarquia de estímulos aversivos relatados pela participante, assim como as respostas por ela emitidas imediatamente após a apresentação do

Tabela 5. Estímulos visuais, respostas emitidas e respostas de enfrentamento

Estímulo visual	Respostas evocadas	Respostas de enfrentamento
Imagem de verrugas em grande quantidade na pele humana de tamanhos regulares	“Vontade de desviar o olhar”	Permanece olhando a imagem até o desconforto diminuir.
Imagem de verrugas em grande quantidade na pele humana de tamanhos irregulares	Náusea, batimento cardíaco acelerado	Faz o treino respiratório e permanece olhando a imagem até o desconforto diminuir.
Palato (céu da boca) coberto por dentes	“Vontade de passar a língua no seu da boca”	Instrui-se “Não é meu céu da boca”, “Essa imagem não tem relação comigo”; previne-se da resposta de passar a língua no palato e permanece olhando a imagem até o desconforto diminuir.

Tabela 6. Eventos antecedentes e consequentes ao comportamento

Estímulos aversivos pré-tratamento	Respostas pós-tratamento
Tronco repleto de pequenos orifícios	“Hoje acho bobinha essa imagem.”
Coral rosado	“Essa imagem ficou tranquila. Se penso essa imagem em meu corpo não me causa mais ansiedade; descrevo para mim que minha pele não tem aquele aspecto.”  “Visualizei um coral em uma loja <i>pet shop</i> . Ao olhar rapidamente me assustei. Mas olhei novamente, e até passei a mão.”

estímulo visual, e as respostas de enfrentamento que se seguiram.

A Tabela 6 ilustra as respostas que a participante passou a emitir pós-tratamento na presença dos estímulos visuais coral e tronco repleto de pequenos orifícios, por sua vez, considerados os mais aversivos na hierarquia de estímulos visuais fornecidos pela terapeuta.

A Tabela 7 mostra os estímulos visuais apresentados à participante mediante pesquisa feita por tripofobia no banco de imagens do Google. Também apresenta as respostas emitidas pela participante imediatamente após a apresentação do estímulo visual, e as respostas de enfrentamento que se seguiram.

A solicitação da continuidade da exposição a estímulos aversivos fora do *setting* terapêutico foi mantida pela participante, o que possibilitou novas exposições como, por exemplo, a uma massinha seca. Na presença desse estímulo tentou não virar o olhar e visualizá-lo, instruindo-se “É só massinha”. Também em conversa sobre imagem do efeito de anabolizante no corpo, em que começou a imaginar um corpo deformado, relatou que olhou a imagem, fez o controle respiratório e constatou que o que imaginara era muito pior do que visualizou. Salientou: “Aprendi

que para conseguir enfrentar é só olhar”. Na última sessão da fase de intervenção a participante afirmou que no momento presente classificava seu problema como leve, “se é que o problema existe”. Complementou: “Estou lidando de forma normal com as imagens. Me sinto mais preparada, além de saber o que fazer se me sentir mal.”.

A Tabela 8 ilustra os dados coletados nas duas sessões da fase de acompanhamento (follow up).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de caso ilustrou uma problemática clínica relacionada à tripofobia (ou medo de buracos), por sua vez, não classificada em manuais de psiquiatria até a presente data. As fortes respostas fisiológicas experimentadas na presença de estímulos compreendendo aglomerados de buracos e os comportamentos de esquiva eram mantidos por uma contingência de reforçamento negativo.

A modificação dos comportamentos-alvo deu-se com base no tratamento comportamental compreendido por um pacote de intervenções abarcando o treino respiratório, a psicoeducação, a hierarquia de estímulos e a dessensibilização sistemática que foram eficazes em ensinar a participante a diminuir (ou

Tabela 7. Estímulos visuais, respostas emitidas e respostas de enfrentamento

Estímulo visual	Respostas evocadas	Respostas de enfrentamento
Jovem com antebraço e joelho cobertos por buracos	“Que nojo”; “Vontade de passar a mão na minha pele”; batimento cardíaco acelerado.	Previne-se da resposta de passar a mão na pele e permanece olhando a imagem até o desconforto diminuir.
Corpo humana coberto por casca de árvore	“Angustiado, “Não sei o que é que tem nessa pele”; “Vontade de passar a mão na minha pele”; batimento cardíaco acelerado.	Previne-se da resposta de passar a mão na pele e permanece olhando a imagem até o desconforto diminuir.

Tabela 8. Dados coletados na fase de acompanhamento (follow-up)

Fase de acompanhamento	Informações fornecidas pela participante
Sessão 1	<p>“Passei a pesquisar sobre tripofobia e visualizei muita coisa. As imagens que vi não me trouxeram mal estar.”</p> <p>“Vi uma imagem de fruto cheio de sementes. Fiz o treino respiratório e depois não fiquei imaginando a imagem na minha pele como ocorria.”</p> <p>“Meu pai estava pesquisando na internet quando visualizei uma imagem na tela. Não foi tão legal o que vi. Pensei na imagem original, respirei e descrevi para mim que imagem era aquela.”</p>
Sessão 2	<p>“Ao fazer uma pesquisa na internet visualizei a imagem de uma celulite infecciosa. Não senti nada, nem nojo. Me sinto tranquila com a possibilidade de fazer um estágio na área hospitalar.”</p> <p>“Conversei com amigos sobre tripofobia, o que me fez lembrar das imagens. Fiquei bem.”</p>

extinguir) as respostas fisiológicas experimentadas e a aumentar comportamentos alternativos aos de esquiva como os comportamentos de enfrentamento.

Sugere-se novos estudos envolvendo essa problemática, uma vez que tem sido pouco estudada até a presente data pela comunidade científica, apesar de muito discutida em *sites*, *blogs*, páginas, redes sociais e textos informais (Manuel, 2013), o que aponta uma possível demanda por conhecimento acerca desse fenômeno comportamental.

## REFERÊNCIAS

- Araújo, A. C. & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 17, 67-82.
- Associação Americana de Psiquiatria (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª edição). Tradução de M. I. C. Nascimento, P. H. Machado, R. M. Garcez, R. Pizzato & S. M. M. Rosa. Porto Alegre: ARTMED. (Trabalho original publicado em 2013).
- Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2008). *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. Tradução organizada por R. Galman. 4ª Edição. São Paulo: Cengage Learning (Trabalho original publicado em 2005).
- Britto, I. A. G. S. & Duarte, A. M. M. (2004). Transtorno de pânico e agorafobia: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(2), 165-172.
- Cole, G. G. & Wilkins, A. J. (2013). Fear of Holes. *Psychological Science*, 24(10), 1980-1985.
- Craske, M. G. & Barlow, D. H. (1999). Transtorno do Pânico e Agorafobia. Em D. H. Barlow (Org.), *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (pp. 13-62) (trad. M. R. B. Osório). Porto Alegre: ARTMED. (Trabalho original publicado em 1993).
- Ferraz, M. R. P. (2004). Dessensibilização Sistemática por Imagens. Em C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental – Práticas Clínicas* (pp. 177-186). São Paulo: Roca.
- Fontaine, O. (1987). *Introdução às Terapias Comportamentais*. (M. G. A. Dias, Trad.). São Paulo: Editorial Verbo.

- Lopes, R. F. F.; Santos, M. R. & Lopes, E. J. (2008). Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 39-49.
- Lundin, R. W. (1977). *Personalidade: uma análise do comportamento*. Tradução organizada por R. R. Kerbauy. 2ª Edição. São Paulo: EPU. (Trabalho original publicado em 1969).
- Manuel, M. (2013). El Cuerpo en la fobia a los agujeros. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional em Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores em Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología – Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Martin, G., & Pear, J. (2009). *Modificação de comportamento: o que é e como fazer* (8ª edição, N. C. Aguirre, Trad.). São Paulo: Roca. (Trabalho original publicado em 2007).
- Scemes, S.; Wielenska, R. C.; Savoia, M. G. & Bernik, M. (2011). Fobia de deglutição: discussão analítico-comportamental de seus determinantes e da amplitude da mudança. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1), 37-51.
- Skinner, B. F. (2007). *Ciência e comportamento humano*. (11ª ed.; J. C. Todorov & R. Azzi, Trans.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).

Recebido em 29 de julho de 2015  
Revisado em 11 de outubro de 2015  
Aceito em 5 de fevereiro de 2016