ISSN 1982-3541
2011, Vol. XIII, nº 1, 37-51

Revista Brasileira
de Terapia Comportamental
e Cognitiva

Fobia de deglutição: discussão analítico-comportamental de seus determinantes e da amplitude da mudança.

Choking phobia: a behavior-analytic discussion concerning its determinants and the amplitude of change.

Silvia Scemes
AMBAN – IPqHCFMUSP e PROJESQ – IPqHCFMUSP
Mestranda do Departamento de Psiquiatria da FMUSP

Regina Christina Wielenska
AMBAN – IPqHCFMUSP
Doutora em Psicologia Experimental pelo Instituto de Psicologia da USP

Mariângela Gentil Savoia
AMBAN – IPqHCFMUSP
Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP

Márcio Bernik*
AMBAN – IPqHCFMUSP
Doutor em Medicina pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP

Resumo

A terapia analítico-comportamental de uma mulher de 35 anos, cujo caso foi anteriormente publicado estritamente em termos de seus aspectos psiquiátricos, é agora abordada com relação aos determinantes encontrados na história de vida da fobia de deglutição e de outras respostas da mesma classe funcional, todas envolvendo a esquiva experiencial. A psicoeducação envolveu uma detalhada análise funcional da fobia de deglutição e dos problemas de relacionamento, correlacionando numa única perspectiva ambos os fenôme-

* Pesquisador responsável
Agradecimentos: os autores agradecem ao Dr. Sérgio Cabral pelo encaminhamento do caso para terapia analítico-comportamental e à Dra. Yara K. Ingberman pelas valiosas sugestões na fase de elaboração deste manuscrito.
Endereços dos autores: Av. Ovídio Pires de Campos, 785, 3º andar, CEP 05403-010
Telefone: 55-11-30696988, Fax: 55-11-3069 7925, e-mail: amban@amban.org.br

nos. A teoria dos quadros relacionais oferece uma possível explicação para o fato de que a cliente promoveu uma extensa e progressiva mudança no padrão alimentar e no relacionamento com pessoas significativas, após unicamente uma série de sessões de exposição gradual, com a presença do terapeuta, a diferentes grupos de alimentos, num delineamento de linha de base múltipla.

Palavras-chave: fobia de deglutição, análise clínica funcional, mecanismos de mudança, teoria dos quadros relacionais.

Summary

The behavior-analytic therapy of choking phobia in a 35 yrs-old woman, a case previously published focusing strictly on its psychiatric aspects, is now presented concerning specific life history determinants of both choking phobia and other responses of the same functional class, all of them involving experiential avoidance. Psychoeducation included detailed functional analysis of choking phobia and relationship problems, correlating both set of phenomena under a single perspective. By means of therapist-assisted graded exposure sessions to different sets of foods, according to a multiple baseline design, the fear subsided and ingesta returned to normal levels. In parallel, significant changes occurred in relationship patterns. Relational frame theory provides a possible explanation to the fact that the client promoted extensive and progressive changes in her eating pattern and relationship with significant others.

Key words: choking phobia, functional clinical analysis, mechanisms of change, relational frame theory.

A fobia de deglutição é um transtorno psiquiátrico caracterizado por medo excessivo de engasgar e por esquiva de ingerir alimentos, líquidos e comprimidos (Chorpita, Vitali & Barlow, 1997). De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 1994/2002), a fobia de deglutição é um Transtorno de Ansiedade classificado como fobia específica. Diferencia-se de Transtornos Alimentares como bulimia ou anorexia pelo fato de o portador não apresentar distorções da imagem corporal, não ter interesse em restringir sua alimentação para controle do peso (embora possa até emagrecer e se incomodar com isto) e pelo fato de o alimento evitado manter suas propriedades reforçadoras. Os pacientes usualmente referem dificuldade de engolir, com sensação de desconforto na passagem do alimento, a despeito de exames clínicos e laboratoriais não revelarem alterações anátomo-fisiológicas.

Nem todos os portadores da fobia de deglutição relatam episódios prévios de engasgos antes do início dos sintomas fóbicos, embora um ou mais episódios possam, algumas vezes, precipitarem a fobia. Ataques de pânico também podem facilitar o condicionamento da fobia de deglutição nos casos em que certos sintomas de pânico (por exemplo, dificuldade para respirar, sensação de sufocamento e tensão muscular) se mesclam ao risco de engasgar ao engolir alimentos.

Com o surgimento dos sintomas físicos (ativação autonômica) de ansiedade, aparecem compor-

tamentos de esquiva, mantidos numa contingência de reforçamento negativo, com função de proteger contra os temidos engasgos. Entre as respostas mais frequentes de fuga e esquiva, podem-se mencionar: restrição na escolha dos tipos de alimentos, preocupações com textura ou tamanho da porção ingerida e alterações da topografia das respostas de mastigar e engolir. Em alguns casos, o cliente recorre a líquidos, supondo, assim, facilitar a deglutição. Problemas sociais tornam-se consequência comum do transtorno, pois o paciente tende a evitar situações nas quais teria que se engajar no comportamento alimentar.

Além do pânico, outras comorbidades ocasionalmente encontradas são a depressão e a agorafobia. Não há dados claros acerca da epidemiologia da fobia de deglutição, devido ao pequeno número de casos relatados na literatura e estudos insuficientes a respeito.

O caso que será aqui discutido foi anteriormente relatado de modo resumido em outro periódico (Scemes, Wielenska, Savoia, & Bernik, 2009), colocando-se ênfase no condicionamento aversivo da fobia após episódios de engasgo, sendo o tratamento descrito em termos da exposição a grupos de alimentos evitados e do processo de mudança do comportamento alimentar. Mesmo à luz de novos dados relativos à evolução do caso, ainda julgamos necessário ampliar a discussão incluindo mais dados de follow-up, bem como a análise tanto do processo de mudança quanto das classes de respostas envolvidas no tratamento. Solyom e Sookman (1980) apresentaram um dos primeiros relatos acerca do tratamento da disfagia e fenômenos correlatos para casos de origem psicogênica, como se denominava na época. A terapia caracterizava-se principalmente pelo uso de técnicas de controle aversivo (choques no dedo, que cessariam contingentemente à emissão da resposta de deglutição), relaxamento, dessensibilização encoberta, entre outras. Uma intervenção clínica compatível com a evolução da terapia comportamental na década de 80, com resquícios da chamada modificação de comportamento, não fazia uma análise das variáveis de controle.

Na mesma época, Greenberg, Stern e Weilburg (1986) preconizaram o uso de alprazolam para redução da ansiedade em casos de fobia de deglutição com comorbidade com transtorno do pânico.

Anos depois, McNally (1994) publicou uma revisão da literatura acerca da fobia de deglutição, termos que substituíram a expressão disfagia psicogênica. Caiu em desuso fagofobia, termo proposto por Shapiro, Franko e Gagne (1997) para diferenciar a disfagia psicogênica dos demais transtornos psiquiátricos – e de alterações anátomo-fisiológicas que poderiam levar aos mesmos sintomas – consagrando-se, por fim, o uso dos termos fobia de deglutição.

A revisão de McNally (1994) evidenciou a escassez de dados acerca da patologia e de seu tratamento. Surgiram indícios da aplicabilidade da terapia comportamental-cognitiva, desta vez com técnicas distintas das adotadas por Solyom e Sookman (1980). Os poucos estudos a respeito sugerem, principalmente, a técnica de exposição a estímulos ansiogênicos como a melhor estratégia de tratamento, tal como descrito por McNally (1994).

Até o presente momento, não há um protocolo sistematicamente validado de tratamento farmacológico e/ou psicoterápico para a fobia de deglutição. De Lucas-Taracena e Ibarra (2001) encontraram na literatura apenas 29 (vinte e nove) casos descritos de

fobia de deglutição, todos sem suficiente controle de variáveis.

A comorbidade da fobia de deglutição com outros quadros de ansiedade e de humor exige do clínico a habilidade para distinguir relações de determinação entre os eventos, de modo a tomar decisões precisas. Corregiari, Nunes, Lotufo Neto e Bernik (2000) descreveram o tratamento de um caso de fobia alimentar associada ao TOC, com obsessões sobre sensações corporais durante a alimentação. Decidiu-se, neste caso, que primeiramente, o cliente seria exposto aos alimentos evitados, antes da introdução de procedimentos terapêuticos, comportamentais e farmacológicos para o TOC.

Wielenska (2004) relatou dois casos de fobia de deglutição tratados com sucesso por meio da associação de farmacoterapia e técnicas comportamentais de psicoeducação, exposição aos estímulos ansiogênicos, treino de relaxamento e de discriminação de estados corporais. Tal intervenção, no entanto, não controlou suficientemente as variáveis, de forma a evidenciar a relação funcional entre os procedimentos adotados e os resultados obtidos.

Sob a ótica analítico-comportamental, processos de aprendizagem fóbica foram tradicionalmente explicados em termos de condicionamento pavloviano do medo e da aprendizagem de respostas operantes de fuga e esquiva, derivando-se daí tratamentos como a dessensibilização sistemática (Wolpe, 1958) e a exposição a estímulos ansiogênicos (Marks, 1987). A partir da década de 80, cresceu a ênfase na análise teórica e na pesquisa sobre processos verbais e seu papel no desenvolvimento de quadros psiquiátricos, entre eles, os transtornos de ansiedade. O interesse dos pesquisadores e dos clínicos passou a incidir sobre o comportamento verbal, fenômeno tipicamente humano, e suas relações com o desenvolvimento de esquivas e fugas que rompem com a precípua função protetora da ansiedade. Como bem questionaram Eifert e Forsyth (2007), o que torna útil o condicionamento do medo em alguns contextos, e, em outros, um fenômeno problemático? A resposta está na habilidade humana de responder verbalmente e emocionalmente a relações arbitrárias entre estímulos, estes nem sempre diretamente conectados às contingências aversivas originalmente atreladas à vivência do medo. Essa linha de discussão tem sido amplamente discutida por Hayes e por outros representantes da chamada "terceira onda na terapia comportamental" (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Hayes, & Strosahl, 2004). E, neste contexto, surge uma nova compreensão sobre os mecanismos de aprendizagem no estabelecimento dos transtornos psiquiátricos e seu tratamento.

Zamignani e Banaco (2005) apresentaram uma ampla discussão sobre a extensão necessária da análise funcional para a compreensão das variáveis de controle e planejamento terapêutico dos transtornos de ansiedade. Os autores salientam a importância das explicações que levam em consideração os estímulos contextuais envolvidos em muitos fenômenos de condicionamento e os processos de equivalência de estímulos para aumentar o conhecimento sobre os transtornos de ansiedade. Segundo eles, processos de generalização e de formação de classes equivalentes de estímulos atuam na construção e manutenção de padrões complexos de comportamentos de ansiedade. Os autores acrescentam, ainda, que a intervenção somente pode ser planejada com base na análise precisa dos inúmeros estímulos e respostas que compõem a situação específica.

Como apontaram Zamignani e Banaco (2005), a análise funcional torna-se ferramenta básica para compreender e tratar um portador de sintomas fóbicos. Pretende-se discutir neste artigo que o foco da intervenção incidiu sobre os prováveis determinantes de uma classe mais ampla de respostas, que vai além da esquiva da ingesta e se estendeu para outros aspectos do funcionamento da cliente (todas essas respostas com função de esquiva experiencial).

O AMBAN do IPqHCFMUSP atendeu, para avaliação e/ou tratamento, nove casos de fobia de deglutição no período entre 2000 e 2007. Houve remissão plena dos sintomas em todos os casos, exceto no que recebeu apenas tratamento farmacológico. Isto despertou nosso interesse em avaliar a eficácia da terapia comportamental quando oferecida sem associação a medicamentos. Na Tabela 1, que resume estes casos, incluiu-se por último o caso aqui discutido, que se diferencia dos anteriores pelo uso exclusivo da terapia analítico-comportamental para tratamento da fobia e nele se fez uso do delineamento de linha de base múltipla.

Método

Participantes

Terapeuta: *a primeira autora, psicóloga clínica com 25 anos de experiência clínica, sendo três na abordagem comportamental.*

Paciente: *J, 36 anos, casada, nível de instrução superior completo, foi encaminhada pelo psiquiatra para terapia analítico-comportamental com diagnóstico de fobia de deglutição.*

Avaliação psiquiátrica inicial

A avaliação psiquiátrica inicial, feita por avaliador independente, indicou a presença de sintomas característicos de fobia de deglutição, sem outros diagnósticos psiquiátricos.

Tratamento

Sessões 01-03: coleta de dados, construção do vínculo terapeuta-cliente, formulação de hipóteses clínicas e análise funcional do caso.

Ao início do atendimento a terapeuta obteve o Termo de Consentimento Esclarecido assinado por J. Desde a consulta inicial, estabeleceu-se uma relação terapêutica baseada numa postura participativa e de colaboração recíproca.

As duas primeiras consultas visaram especificamente à coleta, com J, de informações relevantes que permitiram identificar os comportamentos-problema e analisar as variáveis de controle do comportamento relatado na queixa. Os sintomas fóbicos tiveram início em 2000 quando residia no Japão e engasgou com o caroço de uma ameixa típica da região. Este caroço possui dimensões similares ao do pêssego, com textura espinhosa. A partir deste momento, começou gradualmente a restringir o consumo de diversos alimentos que lhe pareciam facilitar engasgos, caracterizando a esquiva fóbica. Algum tempo após o engasgo, precisou retornar ao Brasil antes do planejado, em função de adoecimento na família. Durante sua estada com a família, novamente engasgou, agora com um caroço de jabuticaba-do-mato, o que lhe evocou a lembrança do episódio anterior. De início, J não discriminou a ocorrência destas alterações de comportamento, e

atribuiu a redução da ingesta às condições climáticas tropicais, vigentes na cidade onde se estabeleceu até 2001 (com perda de 15 quilos ao longo de um ano).

Retornou ao Japão em 2001, onde recuperou gradualmente apenas cinco quilos, devido à continuidade da esquiva fóbica, principalmente no que se referia ao consumo de alimentos com fragmentos ósseos, se-

TABELA 1 – **CASOS DE FOBIA DE DEGLUTIÇÃO ATENDIDOS PELO AMBAN NO PERÍODO 2000 - 2007**

Sexo, idade de surgimento do sintoma e do início do tratamento	Diagnóstico psiquiátrico	Tratamento oferecido	Resultado	Follow-up
F- 23 - 35	Pânico, agorafobia, fobia de deglutição	1º Fluox 2º TCC	Grande melhora com raras preocupações	Não
F-? - 52	Ataque de pânico, fobia de deglutição	TCC Fluox.	Remissão 90% dos sintomas em 2 meses	3 anos sem recair
F- 19- 31	Ataque de pânico, agorafobia, fobia de deglutição	Fluox - 40 mg	Remissão total em 3 meses	Não
F-?- 19	Ataque de pânico, fobia de deglutição, engasgo	Clomi TCC	Remissão total em 2 meses	2 anos sem recair
F-?- 31	Ataque de pânico, fobia de deglutição, engasgo	Clomi- 100mg TCC	80% remissão em 2 meses	1 ano sem recair
F- 25- 40	Ataque de pânico, fobia de deglutição, engasgo	BZD Amitrip - 25mg Otorrino prescreveu	Remissão parcial	Não
F- 36/37-41	Depressão, ataque de pânico, fobia de deglutição, vários engasgos	1º BZD 2º Clomi-25mg TCC	Remissão total Em 2 meses	Não
F- 39/44 - 45	Depressão, ataque de pânico, fobia de deglutição, transtorno depressivo, transtorno de pânico	BZD por alguns meses IMI, 75 mg por 1ano, 50 mg por 6 meses, retirada gradual do BZD TCC	A partir de 2 meses de TCC, remissão parcial da fobia de deglutição, e aos 8 meses remissão total	
F- 36	Fobia de deglutição, engasgo	TCC Sem medicação	Remissão total em 2 meses	4 meses sem recair

LEGENDA
Amitrip = AMITRIPTILINA; BZD = BENZODIAZEPÍNICO; Clomi = CLOMIPRAMINA; Imi = IMIPRAMINA; Fluox = FLUOXETINA;
TCC = TERAPIA COMPORTAMENTAL-COGNITIVA

mentes ou caroços. Os comentários de amigos e familiares tiveram dupla função. Por um lado, associados à auto-observação, ficou motivada a buscar ajuda profissional quando retornou ao Brasil em 2006 (quando ocorreu um falecimento em família). Por outro lado, ampliou-se a gama de estímulos evitados em função dos relatos que ouviu sobre pessoas que engasgaram com um ou outro tipo de alimento.

Em termos gerais, J excluiu certos alimentos de sua dieta regular, passou a levar pequenas porções à boca, as quais mastigava até torná-las liquefeitas, o que exigia despender cerca de três horas em cada refeição. Evitava alimentar-se em situações sociais, esquivando-se das críticas e comentários alheios.

Enquanto residia no Japão, apresentava também medo de ser soterrada e morrer sufocada enquanto atravessasse túneis. Cenas de maremoto e tufões na televisão eliciavam sensações de sufocamento. No Japão, a Defesa Civil instruía a população a permanecer sob a mesa em caso de terremotos. Embora J enfrentasse terremotos todos os meses (recordava-se de três particularmente mais fortes), nunca seguiu as instruções de segurança, temendo ficar soterrada sob a mesa. Outros medos e/ou esquivas relatadas referiram-se a entrar em banheiros de avião, permanecer desacompanhada em elevadores, medicar-se com comprimidos e pílulas, chupar balas e mascar chicletes, permanecer com a cabeça submersa na piscina e deixar a água escorrer sobre o rosto embaixo do chuveiro (este último foi um medo transitório e superado sem tratamento). Todas estas esquivas se mostraram funcionalmente controladas pela mesma variável que influiu sobre o comportamento alimentar, ou seja, o medo de engasgar, sufocar e morrer.

Paralelamente a este quadro, J relatou um episódio de sua infância que julgou relevante. Com dez anos, J escutou uma conversa telefônica do pai com outra mulher e reportou o fato para a mãe. Esta e o marido tiveram uma briga, não testemunhada por J. Depois, o pai chutou J nas pernas e veladamente lhe ameaçou, dizendo: "Vá outra vez contar tudo para sua mãe...". A seguir, o pai levou J e sua irmã à casa da avó paterna e lhes disse que aquela seria a última vez em que elas veriam a mãe. Horas depois, por ocasião do almoço, a mãe retornou ao convívio familiar, como se nada houvera ocorrido e nada mais se falou a respeito.

Outro dado que surgiu, referiu-se à insatisfação de J com seu estilo de vida e relacionamento conjugal. Por ocasião do primeiro engasgo J e o marido trabalhavam como decasséguis em turnos diferentes, jornadas cansativas, e o único contato entre eles ocorria nas folgas semanais. Naquela época do engasgo, o cotidiano de J caracterizava-se por contato social e familiar insuficiente. A despeito de reconhecer seu desconforto e do não preenchimento das expectativas acerca da vida conjugal, J permanecia calada, conforme aprendeu na convivência com os pais.

Hipóteses iniciais

O referencial da terapia analítico-comportamental subsidiou as decisões clínicas, baseadas nas hipóteses abaixo, construídas a partir dos dados coletados:

- A convivência com um pai que se relacionava coercitivamente com a família, emitindo ameaças verbais e punições físicas, trouxe como consequência de longo prazo a supressão do comportamento de expressar, quando adulta, emoções

consideradas desagradáveis ou perigosas para a manutenção de relacionamentos íntimos. Esta experiência coercitiva na infância ensinou a J a regra de que "a livre expressão é muito perigosa". A inassertividade nas relações íntimas surgiu como esquiva da punição e favoreceu o controle por regras rígidas do seu comportamento. Isto não impediu que as contingências aversivas existentes nos contextos de sua vida adulta eliciassem respondentes de medo ou raiva. Seu modo de viver no Japão também eliciava respondentes de medo e desconforto, e estes se mesclavam aos efeitos de outras relações de condicionamento clássico e operante (ambas referentes ao consumo de certos alimentos), o que será discutido abaixo;

- Paralelamente ao efeito da história passada de punição e de controle por regras rígidas, as duas experiências de engasgo com frutas e o contato imaginário ou real com eventos capazes de gerar sufocamento produziram dois tipos de efeitos:

  a) um processo de condicionamento de respondentes de medo frente aos estímulos pareados aos alimentos que, de fato causaram os engasgos (ameixa e jabuticaba-do-mato). Ou seja, alimentos diferentes destes, bem como pensar em ingerir certos alimentos, passou também a eliciar respondentes condicionados de medo;
  b) o fortalecimento de respostas de fuga/ esquiva dos engasgos (por exemplo, restringir alimentos "permitidos", morder pedaços minúsculos, mastigar até liquefazer, peneirar partículas com os dentes cerrados).

- Consideramos que o conjunto de circunstâncias anteriormente descrito privou J de reforçadores sociais. Os problemas de comunicação entre J e seu marido (parcialmente gerados pela regra referente a esquivar-se da discussão de temas conflituosos), associados às jornadas intensas de trabalho em turnos diferentes (durante a permanência no Japão) produziram baixa frequência de interação com marido, família e amigos. Este contexto de vida, por ocasião do retorno ao Brasil, fez com que a fobia alimentar resultasse em maior esquiva das situações sociais nas quais comer seria uma resposta adequada. A cliente estava sob o efeito de dois processos de estimulação aversiva, um referente ao condicionamento da ingesta de alimentos e outro acerca dos problemas interpessoais;

- A contiguidade temporal entre os dois processos provavelmente formou uma classe ampla de estímulos aversivos da qual fazem parte vários alimentos, os aspectos aversivos do relacionamento conjugal, seu estilo de vida com baixa taxa de reforçadores positivos, bem como as sensações corporais eliciadas pelos dois contextos (alimentar e interpessoal/social), quase que necessariamente entrelaçados. Esta situação teria, a nosso ver, contribuído para a ampliação e manutenção da esquiva fóbica alimentar.

Sessão 04: psicoeducação

Na quarta sessão iniciou-se a psicoeducação enquanto procedimento terapêutico, ocasião em que se apresentou a J a análise funcional. O fato de J ter acesso às hipóteses clínicas serviu como operação estabelecedora da adesão à proposta terapêutica e aceitação experiencial dos estados privados aversivos decorrentes do tratamento. Com isso, tornou-se capaz de entrar em contato com aspectos disfun-

cionais de seu repertório (como, por exemplo, o controle por regras que não correspondiam ao contexto presente, associado ao repertório inadequado de comunicação). Numa linguagem acessível, enfatizou-se para J os mecanismos de aprendizagem envolvidos (condicionamento de comportamento emocional, o papel das esquivas operantes, além da possível relação entre eventos públicos e privados e os estados corporais por eles eliciados). Em suma, explicou-se à cliente que sua história de vida propiciou o desenvolvimento de reações de ansiedade frente a duas situações, uma relacionada ao enfrentamento de conflitos interpessoais e outra referente à ingesta de alimentos. Acrescentou-se, ainda, que entrar simultaneamente em contato com as duas contingências aversivas foi o fator que provavelmente favoreceu a instalação do medo de engasgar e o desenvolvimento das diversas esquivas fóbicas.

Em termos gerais a psicoeducação englobou:

- definição de metas terapêuticas realistas;
- escolha dos procedimentos compatíveis com as mesmas;
- análise funcional de contingências complexas;
- planejamento da exposição gradual aos estímulos ansiogênicos;
- explicação sobre a relevância da comunicação assertiva nos relacionamentos interpessoais.

Nesta mesma sessão, combinou-se com a cliente que questões de relacionamento seriam tratadas depois, quando ela retornasse à sua cidade de origem, nas consultas com a terapeuta local.

Sessões 05-12: construção da hierarquia, e procedimentos de relaxamento e exposição a grupos de alimentos.

Nesta etapa, realizou-se um treino de relaxamento muscular e respiratório, de forma a modificar aspectos topográficos da resposta de deglutição.

Além disso, com base em informações fornecidas por J, foi construída uma hierarquia de estímulos fóbicos, quantificados em termos de uma escala de 0 a 8 de desconforto, conhecida na literatura como Subjective Units of Distress – SUDs (Wolpe, 1958) e estes mesmos alimentos foram também classificados em termos de seu poder reforçados (atratividade) para a cliente. Estes dados são apresentados de forma agrupada nas três primeiras colunas da Tabela 2. Na primeira coluna constam os alimentos dos quais J relatou esquivar-se, total ou parcialmente. Na segunda coluna, consta o SUDs inicial para cada item (zero corresponde a nenhum sofrimento para consumir e oito seria o desconforto total, geralmente com recusa de consumo). Na terceira, consta uma medida subjetiva da atratividade do alimento para J antes da fobia (pontuação 0 equivale a nada atrativo e 08 corresponde a altamente desejável). Este dado foi coletado de forma a facilitar a escolha de alimentos mais atraentes para o início da exposição, conforme mencionado anteriormente.

Da sexta sessão em diante, para favorecer a exposição, escolheram-se alimentos hierarquicamente menos aversivos (quanto aos engasgos) e com maior atratividade para a cliente. Foi combinado que:

- As porções levadas à boca teriam dimensões gradualmente maiores, de acordo com cada caso;
- Haveria redução progressiva da mastigação, conforme limites razoáveis e seguros;
- Cada alimento consumido com segurança no consultório seria incorporado ao treino a ser rea-

TABELA 2 – **ALIMENTOS EVITADOS: ATRATIVIDADE, SUDS PRÉ E PÓS- TRATAMENTO E CONSUMO PÓS-EXPOSIÇÃO**

Alimentos	Atratividade ao início do tratamento	SUDs pré-tratamento	SUDs ao início da refeição, no follow-up de 6 semanas	Consumo em casa, após exposição com terapeuta
Peixe	8	8	3	2 X mês
Frango com osso	8	8	2	1 X Semana
Maracujá	8	8	1	Não encontrado
Laranja	8	8	0	4 X Semana
Mexerica	8	8	0	2 X Semana
Costela de boi	7	8	1	1 X Semana
Costela suína	7	8	1	Não encontrado
Moti (salgado)	7	8	2	Não encontrado
Feijoada	6	8	1	Rejeita no verão
Chicletes	6	8	1	2 X Semana
Fruta do conde	6	8	0	1 X Semana
Balas	6	8	0	1 X Semana
Remédios	Não se aplica	8	3	Não precisou
Ameixa	8	7	0	1 X Semana
Goiaba	8	7	0	1 X Semana
Oleaginosas	7	7	0	3 X Semana
Azeitona com caroço	4	7	0	2 X Mês
Melancia	4	5	0	3 X Semana
Caqui	4	5	0	Fora de época
Milho	4	5	0	2 X Semana
Acerola	8	4	0	Diariamente
Uva com semente	7	4	0	3 X Semana
Uva passa	7	4	0	3 X Semana
Abóbora cozida com semente	8	4	0	Diariamente
Pepino	8	4	0	1 X Semana
Jabuticaba	8	4	0	Diariamente
Pêssego	8	5	0	3 XS Semana

lizado diariamente, em casa, sem auxílio de terapeuta ou familiar;
- J deveria observar os níveis de desconforto antes, durante e logo em seguida do consumo de cada alimento.

Nas sessões, a terapeuta forneceu apoio instrucional e/ou modelação da ingestão adequada sempre que necessário, além de salientar à cliente os ganhos conquistados a cada sessão.

Resultados

Em termos gerais, os procedimentos mostraram-se eficazes para produzir habituação emocional aos estímulos fóbicos e o aumento do consumo dos alimentos evitados. As duas últimas colunas da Tabela 2 especificam esses dados referentes à evolução da cliente. A quarta coluna apresenta os SUDs em follow-up de seis semanas. Por fim, a última coluna informa acerca das frequências de consumo no período subsequente à exposição para cada item.

Como se pode notar na Figura 1, a exposição a cada conjunto de alimentos, praticada no consultório, seguindo o delineamento de linha de base múltipla, resultou na habituação aos estímulos aversivos enfrentados em cada sessão. Antes de cada intervenção, os níveis de ansiedade (SUDs) que variavam de 1 a 8, passaram a zero após cada exposição. J se dispôs a consumir em casa os alimentos treinados na sessão, primeiramente sozinha e, depois, em situações sociais. Antes do procedimento, havia esquiva total do consumo de qualquer alimento listado na Tabela 2, e, após as respectivas sessões de exposição, ocorreu plena retomada da ingesta.

Deve-se notar que o consumo de comprimidos permaneceu zero após prática na sessão 12 (com pastilhas de açúcar com aparência de comprimido, miolo de pão e um comprimido polivitamínico) por não precisar ser medicada no período.

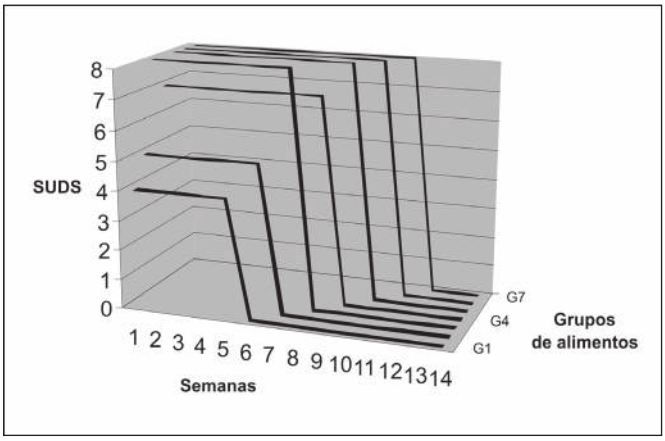


Figura 1 – **LINHA DE BASE MÚLTIPLA – GRUPOS DE ALIMENTOS**

Avaliação psiquiátrica final

Do ponto de vista psiquiátrico, segundo o mesmo avaliador independente, houve a remissão completa dos sintomas que preenchiam critérios para fobia de deglutição.

Sessões de follow-up

Ocorreram, ainda, duas sessões de follow-up com a terapeuta, realizadas seis e 35 semanas após o tratamento. Como aponta a Tabela 2, no follow-up de seis semanas houve manutenção dos ganhos terapêuticos.

Ocorreram mudanças adicionais às do comportamento alimentar. A cliente relatou ter conseguido expressar emoções e necessidades ao seu marido e familiares, mudou aspectos de estilo de vida e fez novos planos. Além de retomar uma alimentação normal, sem esquivas, controlada apenas pelo ape-

tite e disponibilidade dos alimentos, J referiu que passou a conversar mais com seu marido, expressando seus desejos e necessidades, chegando a uma solução de consenso. Antes do tratamento, não se mostrava capaz de expressar seus problemas, a despeito dos prejuízos para sua qualidade de vida. Passou, também, a se alimentar na frente de todos os familiares e conhecidos, e a não se esquivar do convívio com pessoas potencialmente aversivas.

Após 35 semanas do encerramento da terapia, procedeu-se ao segundo follow-up para obtenção de dados acerca da manutenção da mudança. Em uma entrevista não estruturada, J relatou que mastiga e engole os alimentos, sem apresentar esquivas ou sinais de ansiedade. Seu peso passou de 53,3 k ao início do tratamento para 60k. Afirmou sentir prazer de participar de atividades sociais das quais se alimentar faça parte. Estava satisfeita com a vida conjugal, porque as decisões eram tomadas de modo conjunto, sem problemas de comunicação (por exemplo, planejava vender sua propriedade rural para residir numa cidade maior no interior do estado de São Paulo, pretendiam ter filhos em breve e adquirir um estabelecimento comercial como fonte de renda).

Dados adicionais acerca da evolução do caso:

Por ocasião do fim do ano de 2008, cerca de dois anos após o segundo follow-up, J telefonou para a terapeuta relatando mais mudanças em sua vida. Ela e o marido decidiram manter a fazenda, e estavam construindo uma casa na cidade, para que J não ficasse tão isolada e pudesse desenvolver alguma atividade profissional. Continuava alimentando-se normalmente, sem quaisquer restrições. Tempo de cada refeição passou de três horas para vinte minutos. Continuava sem medo de elevador e chupava bala normalmente, sem medo de engasgar nem de expressar suas opiniões.

No período entre abril e maio de 2009, J volta a São Paulo e procura a terapeuta para três sessões, porque estava se separando do marido. Queria reavaliar essa decisão e estruturar uma nova fase de vida. Apesar das mudanças, isto não acarretou qualquer prejuízo à sua alimentação.

No final de 2009, J manteve contato telefônico com a terapeuta, afirmando que apesar de ainda não ter se separado judicialmente do ex-marido, conseguia expressar o que pensa e deseja, bem como ser flexível e ser sensível às necessidades dele. Voltou a fazer cursos e estava pensando em voltar a trabalhar no Japão, e assim refazer parte de seu capital. Referiu não apresentar medo de se expor a situações anteriormente aversivas (avião, terremotos, ficar longe dos familiares e amigos, jornada intensa de trabalho). Refez seu contato com seu círculo de amizades e familiares, mantendo comportamento alimentar sem restrições.

Discussão

Com os dados disponíveis (incluindo-se aí os telefonemas e consultas adicionais), tornou-se evidente que a intervenção modificou a fobia de deglutição, mas não se restringiu a ela. Um subproduto deste extenso sucesso foi a generalização da habilidade de enfrentamento para contextos de vida pessoal, aprendizagem provavelmente facilitada pela explicação, fornecida à cliente, dos mecanismos de desenvolvimento da fobia e de sua terapêutica.

Os presentes resultados enfatizam agora o entrelaçamento entre aspectos pregressos e atuais da história

de vida da cliente para determinação do transtorno e de outros problemas comportamentais, bem como as prováveis explicações para a mudança ao longo do tratamento e nos períodos subsequentes. Em busca de uma teoria que unifique o processo de aquisição das dificuldades de relacionamento interpessoal e a posterior fobia de deglutição, consideramos a teoria dos quadros relacionais (Hayes, Strosahl e Wilson, 1999) uma via apropriada para explicar estes fenômenos e a maneira como foram manejados clinicamente no presente caso. Estes autores enfatizam o papel do comportamento verbal e do controle por regras sobre o agravamento de sintomas psiquiátricos em contextos de estimulação aversiva. Deste modo, estímulos neutros ou positivamente reforçadores, por meio de processos verbais, e sem dependerem das contingências de fato em vigor, mudam de função e se tornam estímulos aversivos, passando a fazer parte de contextos sinalizadores de ameaça, evocando a emissão de respostas de fuga e esquiva. Embora não possamos demonstrar experimentalmente, sugerimos que a fobia de deglutição tenha se estabelecido não apenas em função de dois engasgos. Supomos ser esta resultante de déficits comportamentais mais amplos, caracterizados pelas dificuldades de expressão de emoções em situações de conflito interpessoal. O condicionamento aversivo na infância teve seus efeitos preservados na vida adulta por meio da formação de regras rígidas, cuja veracidade não era submetida a qualquer teste de realidade, regras que passaram a exercer controle sobre seu relacionamento com pessoas significativas na vida adulta, dificultando o contato com as contingências presentes, não necessariamente de punição. Os eventos aversivos (engasgos, insatisfação com vida profissional, isolamento social, etc.) e os estados corporais eliciados pelos vários aspectos aversivos do seu estilo de vida formaram, através de relações de equivalência, uma classe ampla de estímulos fóbicos da qual os alimentos também se tornaram parte.

O fato de a psicoeducação ter contemplado a análise das contingências aversivas como um todo, não se restringindo à discussão sobre os determinantes da fobia alimentar, pode ter favorecido a quebra da classe ampla de estímulos evitados, reduzindo o controle por regras e tornando a cliente mais sensível às contingências que atuavam sobre os vários aspectos de sua vida. Por exemplo, J pôde testar como seu marido reagiria a discordâncias acerca dos objetivos do casal. Ao contrário do ocorrido na sua família de origem, a expressão de seus sentimentos resultou em maior diálogo e novas soluções. Do mesmo modo, ter tido dois engasgos no passado não necessariamente deveria tornar todos os alimentos motivo para esquiva. Na medida em que a terapeuta apresentou uma explicação integrada sobre o condicionamento de medos e a dificuldade de identificar corretamente a origem do desconforto, a cliente deixou de atribuir todo seu sofrimento ao medo de engasgar. Com as explicações, pôde se expor, vivenciar as emoções eliciadas em cada contexto e entrar em contato com reforçadores dos quais estava anteriormente privada.

Outra discussão relevante refere-se à distinção entre o papel da relação terapeuta-cliente e dos procedimentos de psicoeducação e exposição sobre os resultados da terapia. Escolheu-se um delineamento de linha de base múltipla no intuito de assegurar que os resultados obtidos pudessem realmente ser atribuídos ao procedimento de exposição, e não a outros aspectos da intervenção, como a relação terapêutica ou a mera passagem do tempo.

O fato de a exposição ser claramente aversiva nos faz supor, no entanto, que a adesão de J à exposição decorreu mais especificamente da psicoeducação e da relação terapêutica. Esses dois fatores, porém, não serviriam para explicar a redução do medo e o aumento do consumo ocorrerem exatamente após a exposição a cada grupo de alimentos. Ou seja, é seguro atribuir a adesão (nas etapas iniciais do tratamento) e o desaparecimento dos sintomas fóbicos à exposição programada para cada sessão.

Os casos descritos na tabela 1, bem como aquele apresentado por Corregiari et al. (2000) diferem do caso aqui relatado por não utilizarem o recurso de linha de base múltipla para introdução dos programas terapêuticos, além de se referirem a pacientes com comorbidades e submetidos à combinação entre fármaco e terapia comportamental-cognitiva. Face aos resultados aqui obtidos para o tratamento da fobia de deglutição é razoável supor que a remissão da fobia naqueles casos deveu-se preponderantemente à exposição aos alimentos evitados.

De modo similar, o sucesso dos casos relatados por Wielenska (2004) parecem comparáveis ao procedimento terapêutico aqui adotado, e os resultados obtidos, em termos de adesão e melhora dos sintomas, talvez se expliquem pela eficácia dos procedimentos, que associaram um programa individualizado de psicoeducação e terapia de exposição, com ênfase numa relação terapêutica sólida.

Diferentemente de Chorpita et al. (1997), não se coletou informações junto à família da cliente por tratar-se de um adulto, com crítica e julgamento preservados, que demonstrava seu claro envolvimento com o processo de mudança. Os dados advindos do auto-relato e da observação do desempenho da cliente na sessão mostraram-se suficientemente confiáveis, sem prejuízo para a análise do caso.

O presente relato de caso constituiu-se numa tentativa inicial de evidenciar os componentes críticos para uma intervenção psicológica bem sucedida em casos de fobia de deglutição. Um passo subsequente recomendável será avaliar de modo sistemático a relevância dos vários componentes da terapia oferecida e a aplicabilidade da teoria dos quadros relacionais como explicação dos sintomas fóbicos aqui descritos.

Referências

American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM- IV- TR (4ª Edição Revisada). Porto Alegre, RS: ARTMED.

Chorpita, B. F., Vitali, A. E., & Barlow, D. H. (1997). Behavioral treatment of choking phobia in an adolescent: an experimental analysis. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 28(4), 307-315.

Corregiari, F. M., Nunes, P. V., Lotufo Neto, F., & Bernik, M. A. (2000). Transtorno obsessivo-compulsivo e fobia alimentar: aspectos psicopatológicos e terapêuticos. American Journal of Medical Genetics, 22(1), 23-25.

De Lucas-Taracena, M. T., & Ibarra, I. (2001). Fobia a tragar: a propósito de un caso. Actas Espanolas de Psiquiatria, 29(6), 411-413.

Eifert, G.H., & Forsyth, J.P. (2007). From normal anxiety to anxiety disorders: an experiential avoidance perspective. In D. W. Woods, & J. W. Kanter (Eds.). Understanding behavior disorders: a contemporary behavioral perspective. Reno, NV: Context Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behavior change. New York, NY: Guilford.

Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York, NY: Springer.

Marks, I. M. (1987). Fear, phobias and rituals. New York, NY: Oxford University Press.

Mcnally, R. J. (1994). Choking phobia: a review of the literature. Comprehensive Psychiatry, 35(1), 83-89.

Scemes, S., Wielenska, R. C., Savoia, M. G., & Bernik, M. (2009). Choking phobia: full remission following behavior therapy. Revista Brasileira de Psiquiatria, 31(3), 257-260.

Shapiro, J., Franko, D. L., & Gagne, A. (1997). Phagophobia: A form of psychogenic dysphagia, a new entity. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology, 106, 286-290.

Solyom, L., & Sookman, M. A. (1980). Fear of choking and its treatment. Canadian Journal of Psychiatry, 25, 30-34.

Wielenska, R. C. (2004). "I'm afraid of eating and choking": adapting clinical procedures to client's characteristics. In Esetec (Ed.), Contemporary challenges in the behavioral approach: a Brazilian overview (pp. 227- 233). Santo André, SP: Esetec.

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

Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 5(1), 77-92.