



Rev. Bras. de Hipnose 2016; 27(1):24-30

ISSN 1516-232X

Associação Brasileira de Hipnose - ASBH

*Revista
Brasileira de
Hipnose*

www.revistabrasileiradehipnose.org.br

Tratamento Psicoterápico nas Fobias

Psychotherapeutic Treatment in Phobias

Eloisa das Dores A. Cortez

Pós-graduação em Hipnose Clínica, Associação de Hipnose do Estado do Rio de Janeiro – AHIERJ, Rio de Janeiro, Brasil

Resumo.

O propósito deste trabalho é oferecer uma breve visão geral dos transtornos fóbicos e fundamentar o uso da hipnose, de psicoterapias de apoio e familiar como tratamentos adequados nesses transtornos. As fobias se caracterizam pela manifestação de quadros de ansiedade severa, quando a pessoa é exposta a uma situação ou objeto fóbico específico; surgindo também sintomas somáticos (rubor e taquicardia por exemplo) e psíquicos, um medo irracional.

Palavras-chave: Hipnose, Fobias, , Transtornos Fóbicos, Psicoterapia.

Abstract.

The purpose of this paper is to provide a brief overview of phobic disorders and to base the use of hypnosis, supportive and family psychotherapy as appropriate treatments for these disorders. Phobias are characterized by the manifestation of severe anxiety, when the person is exposed to a specific phobic situation or object; appearing also somatic symptoms (flushing and tachycardia for example) and psychic, an irrational fear.

Keywords: Hypnosis, Phobias, Phobic Disorders, Psychotherapy.

1. Introdução.

A Fobia é muito mais comum que se pode pensar, sendo encontrada com frequência no tratamento de crianças e adultos, como queixa que nomeia um sofrimento¹. Poucas pessoas se atrevem a expressar sua fobia, com receio de serem classificadas como “loucas”, podendo ser este um dos tantos mitos que existem dentro de nossa sociedade².

A palavra *fobia* pode ser confundida no seu significado, sendo importante saber diferenciar medo e fobia. As fobias se caracterizam pela manifestação de quadros de ansiedade severa,

quando a pessoa é exposta a uma situação ou objeto fóbico específico; surgindo, assim, sintomas somáticos (rubor e taquicardia por exemplo) e psíquicos, um medo irracional. A dependência de álcool e drogas e transtorno depressivo maior podem ser aspectos associados e agravantes dos transtornos fóbicos.^{2,3}

A hipnose é um recurso que o psicólogo pode utilizar no tratamento das fobias. A hipnose pode ajudar ao paciente no acesso a sua mente inconsciente para a busca e interconexão de fatos memorizados, permitindo o aces-

so à origem da fobia, fazendo com que o mistério deixe de ser mistério. Diante da situação-origem, o psicoterapeuta ajudará o paciente na redecisão e dessensibilização.³

O propósito deste trabalho é oferecer uma breve visão geral dos transtornos fóbicos e fundamentar o uso da hipnose, bem como de psicoterapias de apoio e da terapia familiar como tratamentos adequados nesses transtornos.

2. O que são Fobias?

O termo *fobia* origina do latim científico *phobia*, que vem do grego, significando um medo intenso ou irracional, aversão instintiva, hostilidade ou uma reação mórbida no confronto de qualquer coisa.

De uma forma geral, *fobia* é todo temor infundado ou desproporcional, ante o qual o indivíduo se sente impotente para reagir, ainda que reconheça a falta de fundamento dessa impotência. Podemos dizer que fobia é um medo insensato, sentido por um cérebro que é, em tudo, mais sensato.

As pessoas fóbicas sofrem “medo ao medo”. Medrosos de que os ataques de pânico se repitam, essas pessoas podem chegar a evitar frequentar lugares públicos, isolando-se progressivamente, e quando sentem medo, sentem uma necessidade de fugir sem destino, buscando sempre um lugar onde possam sentir mais tranquilos e seguros.

Na Fobia ocorre um estado de angústia muito grande, impossível de ser dominado, e que se traduz por violenta reação de evitamento consciente do objeto, atividade ou situação que incomodam, sendo um medo persistente e irracional.^{10,11}

Quase sempre, o quadro da resposta corporal à ação persistente da situação fóbica tende a adquirir, em definitivo, o aspecto de angústia, exatamente pelo predomínio dos fenômenos de inibição e espasmo vascular, não sendo raro que os pacientes tomem aparência idêntica dos enfermos em estado de “shock”.¹²

A Fobia se caracteriza também por sintomas físicos bem definidos, que acompanham o quadro psicológico. Ao nível cardiorrespiratório, são observadas taquicardia e dispneia; bem co-

mo podem ocorrer: tontura, visão turva, “zumbido” no ouvido, suor frio, fraqueza muscular e paresia de extremidades. Quanto aos sintomas psicológicos, podem acontecer: sensação de despersonalização e de “estar fora da realidade” (sentir o mundo irreal como se fosse um sonho).¹⁰⁻¹²

Quando o temor não vai além da sua fase inicial e se apresenta de forma vaga, embora persistente, tem-se a denominada *apreensão*. Quando se relaciona a mitos, ideias mágicas e tradicionais de supostos malefícios, tem-se a *superstição*. Quando a fobia se apresenta de forma compulsiva, obrigando o paciente à realização de atos mais ou menos “absurdos”, para livrar-se de sua angústia, tem-se o chamado *medo obsessivo*. Mas, a principal característica da Fobia é que quem sofre desse mal reconhece claramente a falta de base razoável para tal sofrimento e, não obstante, continua sendo vítima dele, sem possibilidade de dominar-se.^{8,9}

Durante o desenvolvimento e amadurecimento, cada pessoa aprende a temer certas coisas ou objetos, talvez por um instinto natural, e a única diferença entre o desenvolvimento de um medo normal e o de uma fobia é que esta última se caracteriza por um medo irracional e ilógico.

As fobias têm sido discutidas na Psicologia desde os seus primórdios, e Freud⁹, já em 1929, as estudou em duas fases do processo neurótico. A primeira é a repressão da libido e sua transformação em angústia, fase que fica ligada a um perigo exterior. Durante a segunda fase, são constituídos todos os meios de defesa destinados a impedir um contato com este perigo. A fobia é também medo de estar diante do objeto fóbico; e leva a pessoa evitar a situação temida, não importando qual seja.

O comportamento de medo é considerado normal no ser humano e, especialmente nas crianças. Sendo assim, é normal e comum que as crianças tenham medo em certas situações e de certos objetos. Durante a primeira infância, as reações de medo são poucas, provavelmente por razões adaptativas, já que as crianças ainda não têm habilidades motoras para se protege-

rem diante de uma situação de perigo, e também por confiarem nas pessoas adultas para que as protejam.^{8,9}

Resumindo, as primeiras reações do medo são o resultado combinado de vários fatores: a adaptação da resposta de medo, a situação e as capacidades desenvolvidas pela criança. Também podemos dizer que a fobia é um padecimento caracterizado pela presença de um medo irracional provocado por certos objetos, animais atividades ou situações, onde a pessoa apresenta uma conduta de evitação, de afastamento.^{8,9}

Frente ao estímulo fóbico, o temor irracional é acompanhado de uma ansiedade generalizada, e a pessoa percebe que suas respostas comportamentais são “irracionais”. Dessa forma, a pessoa pode se submeter a uma vida bem limitada, para evitar a ansiedade desproporcional com as situações reais, sendo consciente de que seu medo é totalmente irracional.⁸

Ainda que a raiz psicológica seja parecida, a diferença principal entre uma fobia e o medo comum é fundamentalmente quanto a intensidade e as repercussões. O medo comum guarda relação com o perigo real. Na fobia, além do medo muito excessivo e das reações intensas, este é caracterizado pela incongruência com o perigo real. As pessoas que sofrem de fobias têm verdadeiros ataques de pânico.^{8,10}

3. Qual a origem das fobias?

Esse é um questionamento sempre presente. Muitas vezes o trauma advém de uma simples frase dita pelos pais durante a infância, ou por um abuso sofrido, como por exemplo, espancamento por pais alcoólatras, fome ou abuso sexual. Depois de grande, já adulto, essas marcas são suficientes para detonar um distúrbio psíquico. E esse distúrbio, aliado à tendência hereditária ou genética da pessoa para sofrer um distúrbio de ansiedade, vem manifestar-se em forma de fobia, pânico e hábitos viciosos.

Muitas pessoas perguntam: “Os pais conseguem perceber algum sintoma”? A resposta é SIM. Os pais podem verificar sinais, como

mudanças de comportamento, retraimento social, medo noturno, enurese e timidez.

Outra pergunta muito comum é “como a hipnose pode ajudar na psicoterapia e quais são os seus benefícios”? A hipnose acelera o tempo de terapia, que pode ser reduzido a poucos meses ou até mesmo a algumas sessões, dependendo do problema, pois acelera o acesso ao(s) trauma(s) da infância ou adolescência. Os benefícios são a rapidez do tratamento, a leveza das sessões devido ao relaxamento físico-mental que pode ser alcançado através do processo de hipnose, a diminuição da ansiedade e a mudança rápida no comportamento.^{10,11}

O começo da fobia é indefinido, porque é gradual, sendo, quase sempre, impossível de ser identificada no início, mesmo depois de um ano de seu estabelecimento. Em muitos casos, o fóbico consegue localizar o início da sua fobia, dando-se conta da sua imensa timidez na infância ou adolescência.⁹⁻¹¹

4. Tipos de Fobias.

As fobias se dividem em categorias conforme a causa da reação e da forma como a pessoa evita certos problemas, como comentamos a seguir^{3,4,10,11}:

Crises de angústia. Caracterizada pelo surgimento de sintomas de tensão, medo, temor que vem acompanhado sempre de uma sensação de morte. Durante essas crises, comumente, também ocorrem dispneia, taquicardia, mal-estar, sensação de aperto no peito e medo da loucura ou de perda do autocontrole.

Agorafobia. Caracteriza-se pelo surgimento da ansiedade ou do comportamento restritivo de lugares ou situações. É uma ansiedade de estar em lugares ou situações que escapam ao controle. A pessoa sente grande dificuldade ou vergonha de pedir ajuda. Resumindo, na agorafobia ocorre crise de ansiedade ou esquiva em locais ou situações das quais poderia ser difícil ou embaraçoso escapar ou nas quais o auxílio poderia não estar disponível. O paciente evita

os lugares por temer o aparecimento da crise de angústia.

Fobia social. Caracteriza-se pela presença da ansiedade muito marcada, como resposta pela presença de situações ou objetos concretos temidos pela pessoa, que podem dar lugar a comportamentos de fuga. É o medo patológico de comer, beber, escrever, telefonar, enfim de agir diante dos outros com risco de parecer ridículo ou inadequado. A principal característica é a ansiedade antecipatória, mal-estar que aparece só de pensar na necessidade de falar numa reunião marcada para daqui a uma semana, de receber uma visita, ter que ir a um casamento etc.

Existe em todas as fobias a ansiedade antecipatória, mas esta é muito marcante na fobia social, pois o grande medo é embaraçar-se em situações simples.³

O fóbico começa a sofrer desde a hora em que recebe um convite ou vê a necessidade para sair de casa. Os sintomas crescem como uma bola de neve, quanto mais se aproxima o momento. As queixas mais ouvidas de um fóbico social são: “é só eu sair de casa que as pernas tremem, minhas mãos suam, sinto palpitações, falta de ar e sensação de que vou ter alguma coisa”.

O sofrimento do fóbico social pode durar dias, semanas ou meses, até que aconteça de verdade ou então que ele desista de tudo. Algumas situações que podem causar sofrimento ao fóbico, só de imaginar, são: escrever ou assinar em público; falar em público; dirigir, estacionar um carro sob observação; cantar ou tocar um instrumento musical; comer ou beber; ser fotografado ou filmado; usar banheiros públicos.

Fobia específica ou simples. Caracteriza-se pela ansiedade como resposta à presença de situações ou objetos concretos temidos pela pessoa, que podem dar lugar a comportamentos de fuga. Medo excessivo e irracional, causado pela presença ou antecipação de um objeto ou situações claramente discerníveis, específicas.

Esta resposta pode assumir a forma de um ataque de pânico. As fobias específicas também podem envolver preocupações acerca de perder o controle, entrar em pânico e desmaiar, ante a exposição ao objeto temido. A ansiedade é sentida quase sempre imediatamente ao confronto com o estímulo fóbico. Por exemplo: uma pessoa que tem pavor de insetos, terá uma resposta imediata de ansiedade, quando forçada a enfrentar um inseto. Seu medo irá se intensificar enquanto o inseto se aproximar e vai diminuir quando o inseto se afastar.

Os critérios para o diagnóstico de fobia específica são: temor muito grande e persistente que se torna excessivo ou irracional, que aparece pela presença ou antecipação de um objeto ou situação concreta (voar, animais, sangue) e, em geral, tem início na infância. A exposição ao objeto ou situação fóbica provoca quase sempre uma resposta imediata de ansiedade, que pode tomar a forma de crises de náusea, relacionada a uma situação determinada. A pessoa reconhece que este medo é excessivo ou irracional.

5. Fobia e Família.

Existem muitas perguntas com respeito a este tema. Existem características pessoais que favorecem o desenvolvimento da fobia? Como se relaciona o paciente fóbico com sua esposa (esposo) ou familiares? Como afeta o ambiente familiar este transtorno de um de seus membros? Que conexão existe entre as primeiras experiências infantis e as fobias?

De qualquer forma, a família, com todos os seus hábitos e vocabulários, é determinante na formação psicológica da pessoa, fundamentando a necessidade do trabalho familiar.

A hipótese deste trabalho é que encontramos no fóbico uma necessidade de afeto insatisfeita, que se supera ao primeiro vínculo e as experiências infantis. Na fobia, convivem as duas ansiedades básicas: o medo ao ataque e o medo da perda. Eles não têm matrizes de aprendizagem adequadas para enfrentar os obstáculos. Através do sintoma, fogem, evitam uma realidade que não podem suportar.

Em geral, a autodiscriminação a que se submete o fóbico surge de suspeitar intenções ocultas com o olhar dos outros, sentindo que estão sempre observados, com vergonha, com culpa e um estado de angústia muito grande. Achando-se que são os únicos no mundo com este problema, tentam se esconder das pessoas. Por outro lado, a família tenta ajudar, dando opiniões, mas apela pelo racional e tenta passar para a pessoa uma visão otimista do problema, gerando, assim, ressentimento e raiva por sentir que não está sendo compreendido.¹¹⁻¹³

Nos episódios fóbicos, os pacientes sentem um desejo muito grande de voltar para sua casa, onde consideram um lugar mais tranquilo. Geralmente, são homens e mulheres que ocupam um lugar muito forte dentro de seu grupo familiar e são os que têm mais responsabilidades, tanto na sua família de origem como na família que possam formar.¹¹⁻¹³

Através dos grupos e sessões terapêuticas, é possível descobrir sensações de pânico vividas durante a infância e que foram reprimidas. São pacientes com personalidades altamente ansiosas, que estabelecem vínculos de extrema dependência, impossibilitados de estarem a sós, com estados de profunda angústia ou então eles vão tratar de escapar destas situações, sendo onipotentes e excessivamente independentes.

Dentro das relações onde existem um vínculo amoroso, existem pessoas sensíveis à rejeição, que necessitam de ajuda. A doença psicológica pode aparecer dentro do contexto familiar sufocante por diversas causas: um segredo familiar de grande peso afetivo, dificuldades para expressar as emoções, ignorar a importância de uma perda, vínculos baseados na doença (família hipocondríaca). Estes grupos familiares apresentam-se nas seguintes características: (a) aglutinamento: confusão de funções; (b) superproteção: a doença impede a briga; (c) rigidez: resistência à mudança; (d) evitação do conflito: baixa tolerância.¹¹⁻¹³

Nesse contexto relacional, verificamos que o peso da família no desenvolvimento das Fobias e, especialmente quando se trata de

criança, pode ser necessário a extensão da terapia para a toda família.

6. A Hipnose no Tratamento das Fobias.

A hipnose tem sido aplicada em quadros fóbicos, sendo tida como um método rápido e eficaz^{4,5}. Mas primeiro o psicoterapeuta deve estabelecer um bom *rappport* com o paciente, a confiança, o relaxamento. Estando o *rappport* presente, a dessensibilizar torna-se fácil e a fobia pode ser dissolvida^{6,7}. Cada ser humano percebe a fobia de uma forma, logo o tratamento precisa ser individualizada, e como temos reações em comum, o tratamento também pode ser feito usando técnicas de grupo, mas em pequenos grupos.

Como já mencionado, através da hipnose é possível acessar o inconsciente, investigar a memória levando, assim, o paciente à origem da sua fobia^{14,15} e o psicólogo pode então conduzir a redecisão e dessensibilização.¹⁵

“Podemos utilizar a hipnose, pelo simples fato de que, quando a utilizamos, estamos acessando o hemisfério direito e o esquerdo ao mesmo tempo, enfocando e mantendo atenta uma situação que foi traumática à pessoa”.¹⁶

Como a fobia se caracteriza por ser um medo irracional focalizado, a palavra-chave aqui é “irracional”, o que significa que conteúdos inconscientes estão sempre presentes nestes quadros. A hipnose trabalha com esse medo irracional. A regressão de idade é uma técnica muito boa nestes casos, pois o tratamento se passa “no momento em que o fato ocorreu”, ou melhor, “a pessoa é conduzida até o local onde a fobia iniciou”. Na hipnose, há o acesso simultâneo dos dois hemisférios, direito e o esquerdo, enfocando e mantendo atenta uma situação traumática ou desagradável. Nesse momento, há a evocação de uma memória de estado dependente, de estresse, ligada a uma liberação de energia e irrigação sanguínea, de ambos hemisférios cerebrais. A hipnose ativa o sistema límbico, que digere e reprocessa as emoções.¹⁶

Há vários relatos na literatura de tratamentos bem-sucedidos de Fobias com hipnose¹⁷⁻¹⁹. Lamb¹⁵ descreveu um descondicionamento induzido na hipnose e a reconstrução de memórias no tratamento de fobia. Um caso de fobia noturna foi tratado por Williams¹⁸ com hipnose e Mc Intsh¹⁹ tratou um caso de fobia de voo, ambos comentam sobre o sucesso obtido.

Dois casos de fobia de insetos foram tratados por Domangue¹⁴ com abordagens psicodinâmicas, cognitivas e comportamentais combinadas com intervenções hipnóticas. Com a regressão hipnótica pode acessar e reestruturar a memória origem da fobia. O autor sugere que a integração das abordagens com a hipnose pode ser vantajosa, pois pode incluir a regressão e a reestruturação.

7. Outros Tratamentos Psicológicos.

Há vários métodos psicoterapêuticos que ajudam ao paciente a desenvolverem a capacidade de inibir a resposta fóbica diante do objeto, que podem inclusive ser associados à hipnose²⁰. Entre eles, podemos citar: a terapia de exposição e a cognitivo comportamental, as quais são comentadas abaixo.

Terapia de Exposição. Consiste em ajudar a pessoa a relaxar quando se encontra em uma situação que considera ameaçadora. Uma das terapias de exposição existentes é conhecida como “inundação”. Primeiro, o paciente passa por um aprendizado de como relaxar em uma situação de perigo e, depois, ele é situado em uma situação análoga a que lhe causa fobia. Neste caso, ele será ajudado a relaxar, ficando assim até que sua ansiedade desapareça. O procedimento será repetido até que sua ansiedade seja vencida.

Terapia Cognitivo-Comportamental. Esta terapia cognitiva é um procedimento ativo, direto, estruturado e de tempo limitado. Baseia-se na teoria de que os efeitos e a conduta do indivíduo estão determinados numa medida pela forma em que se processa a informação, isto é, o que ele pensa acerca do mundo e das

outras pessoas e com ele mesmo. Na terapia cognitiva, o paciente, junto com o terapeuta e através das sessões e das tarefas, treina detectar seus pensamentos e reconhecer seu estilo próprio de atribuição de significados, isto para modificar aquilo que não resulta útil para uma melhor qualidade de vida.

Este tipo de terapia se complementa com terapia comportamental, onde através da realização de práticas, exercícios e exposições, a pessoa põe à prova e exercita novos estilos de pensamentos adquiridos por meio do trabalho terapêutico. A combinação de ambas permite ao paciente conhecer e mudar seu estilo de pensamento levando, desta forma, a ter uma mudança no comportamento e conseguir uma melhora muito significativa na qualidade de vida.

8. Conclusão.

No desenvolvimento deste trabalho, foram expostos vários aspectos da Fobia, para dar ao leitor uma visão mais ampla sobre este transtorno. Foi visto que as fobias são aprendidas, já que todos são propensos a sentir medo, mas os medos que se desenvolvem dependem da forma como e o que se aprende. Durante o desenvolvimento e amadurecimento, cada pessoa aprende a ter medo de certas coisas ou objetos e que a única diferença entre o desenvolvimento de um medo normal e de uma fobia é que a fobia é irracional, isenta de lógica e incontrolável.

O temor irracional diante do objeto temido é acompanhado de uma ansiedade imensa, e, nesses momentos, é que os fóbicos percebem que suas respostas emocionais são desproporcionais e irracionais, e o estado emotivo é sempre a angústia. A vida dos fóbicos piora à medida que sua doença se aprofunda. O paciente não pode controlar seus sintomas, os quais trazem consequências.

No início do século 21, os transtornos de ansiedade constituem o problema de saúde mental mais prevalente em todo o mundo, afligindo milhões de pessoas. Quais fatores so-

ciais explicam esse desenvolvimento deslumbrante no campo da saúde mental durante o último meio século? Alguns observadores visam o ritmo cada vez maior e as demandas da vida moderna.

Mas, hoje, existem muitos recursos para o tratamento desse transtorno, os quais variam dependendo da pessoa e do tipo de fobia. Existem tratamentos desde as técnicas condutivas, terapias de apoio e interpretativas. O psicólogo precisa descobrir seu talento em lidar com esses recursos. Lembrando que a incerteza é sempre bem-vinda, pois ela funciona como um guia da criatividade.

A hipnose é classicamente apresentada como uma psicoterapia útil para várias condições psiquiátricas, especialmente no campo da ansiedade e fobias, e representa mais um recurso disponível para o psicólogo no cuidado dos seus pacientes.

Referências.

1. Besset VL, Nigri KK, de Almeida LP. A Fobia e o Pânico em suas Relações com a Angústia. *Psicol.: Teoria e Pesq.* 1999; 15:177-180.
2. Brafman L. *El Libro de las Fobias*. Buenos Aires: Ed. Hispano Americana, 1998.
3. Bauer Sa. “Da Ansiedade a Depressão”. Editora livro Pleno, 2004.
4. Willemsen R. Hypnosis technics used to diminish anxiety and fear: review of the literature. *Rev. Belge Med. Dent* 2003; 58:99-104.
5. Cyna AM, Tomkins D, Maddock T, Barker D. Brief hypnosis for severe needle phobia using switch-wire imagery in a 5-year old. *Paediatr Anaesth* 2007; 17:800-804.
6. Peter B. Potentialities and limitations of hypnosis for the treatment of pain. *Schmerz* 1998; 10:179-186.
7. Moffatt ME. Nocturnal enuresis: a review of the efficacy of treatments and practical advice for clinicians. *J Dev Behav Pediatr.* 1997; 18:49-56.
8. Freud S. *Obras completas, Volume I*, Imago Editora Ltda., 2ª Edição, 1987.
9. Ey H, Bernard P, Brisse C. *Manual de Psiquiatria*. Editora Masson, 5ª Edição.
10. Kaplan HI, Sadok BJ E Grebb J. *A Compêndio de Psiquiatria; Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7ª Edição. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1997.
11. Fadiman J, Freger R. *Teorias da Personalidade*. Editora Harper & Row do Brasil Ltda. 1979.
12. Mira EL. *Quatro Gigantes da Alma*. Livraria José Olympio Editora, 5ª Edição, 1957.
13. Quiroga A, Racedo J. *Crítica de la vida Cotidiana*. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1998.
14. Domangue BB. Hypnotic regression and reframing in the treatment of insect phobias. *Am J Psychother* 1985; 39:206-214.
15. Lamb CS. Hypnotically-induced deconditioning: reconstruction of memories in the treatment of phobias. *Am J Clin Hypn* 1985; 28:56-62.
16. Bauer S. *Hipnoterapia Ericksoniana passo a passo*. Editora Livro Pleno, 2002.
17. Van Dyke P, Harris RB. Phobia: a case report. *Am J Clin Hypn.* 1982; 24:284-187.
18. Williams JA. Indirect hypnotic therapy of nycto phobia: a case report. *Am J Clin Hypn* 1985; 28:10-11.
19. Mc Intsh I. Brief selective hypnotherapy in the treatment of flying phobia. *Vertex* 2007; 18:268-271.
20. Moore R, Brødsgaard I, Abrahamsen. A 3-year comparison of detal anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no specialist treatment. *Eur J Oral Sci* 2002; 110:287-295.