



Rev. Bras. de Hipnose 2017; 28(2): 47-67

ISSN 1516-232X

Associação Brasileira de Hipnose - ASBH

---

*Revista  
Brasileira de  
Hipnose*

---

www.revistabrasileiradehipnose.com.br

## Livre para voar...Desconstruindo a Aviofobia através da Hipnose em Grupo

### *Free to fly ... Deconstructing Aviophobia through Group Hypnosis*

Janete Fernandes Novellino

*Pós-graduação Lato sensu em Hipnose Clínica,  
Associação de Hipnose do Estado do Rio de Janeiro - SOHIERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

---

#### **Resumo.**

Este estudo pretende despertar a atenção dos profissionais de saúde para mais uma alternativa de tratamento nas pessoas que sofrem de fobia, em especial a Fobia de Avião. A Fobia de Avião é considerada uma fobia específica, que limita muito o indivíduo não somente nas atividades de lazer como, também, no campo profissional. A proposta deste trabalho é apresentar a Hipnose em Grupo como um recurso para o tratamento da Aviofobia.

*Palavras-chave:* Fobia, Aviofobia, Psicoterapia Em Grupo, Hipnose.

---

#### **Abstract.**

The purpose of this essay is to withdraw the attention of professionals of the medical and psychological field, to an alternative treatment for people suffering of anxiety disorders (phobias), specially Flying Phobia. The Flying Phobia is considered to be a specific anxiety disorder, which thoroughly limits the individual's social and professional life. The proposal of this essay is to form a therapeutic group, having hypnosis as a tool for the treatment of Flying Phobia.

*Keywords:* Phobia, Flying Phobia, Groups, Hypnosis, Group Hypnosis

---

## **1. Introdução.**

Sabe-se que um terço da população mundial tem medo de viajar de avião, principalmente após o ataque terrorista em 11 de setembro de 2001, às Torres Gêmeas do World Trade Center, em Nova Iorque, EUA. O que antes era visto só na ficção, tornou-se uma triste realidade: a aviação civil foi usada por terroristas como uma arma contra a sociedade.<sup>1,2</sup>

O ser humano tem os pés no chão e uma mente que o transporta para qualquer parte do universo. A sua criatividade e sua inquietação fazem com que supere suas limitações físicas e explore os mistérios do mundo através de uma mente brilhante.

A partir de conhecimentos de uma nova tecnologia, que seria impossível aos nossos antepassados sequer imaginarem, o homem moderno pôde, através da aviação, diminuir a distância entre os povos, porém também se utilizou desta mesma tecnologia para destruição, como aconteceu nas duas guerras mundiais.

Para muitos indivíduos viajar de avião pode ser um sonho, pode causar até certo fascínio, no entanto, para outros é uma tortura, na verdade, um grande pesadelo.

Segundo dados de uma pesquisa do Ibope, 42% dos brasileiros têm medo de voar de avião, mesmo tendo grande necessidade de poupar tempo. Potencializar o medo pode transformá-lo em fobia e, como consequência, incapacitar indivíduos para realizarem viagens de lazer, assim como inviabilizar a carreira de um profissional.<sup>1</sup>

Apesar dos dados de pesquisas que apontam para a redução sistemática dos acidentes aéreos nos últimos dez anos – no Brasil, em 1990, em uma frota de 7.494 aviões, foram registrados 181 acidentes, um percentual de 2,41%. Já em 2003, para uma frota de 10.676 aviões, houve 36 acidentes, somando apenas 0,33%. Ainda assim, muitos profissionais, que precisam percorrer grandes distâncias rapidamente, voam porque não têm alternativa, mas, se pudessem, iriam de carro, ônibus, trem ou qualquer outro meio de transporte. Em alguns, a fobia é tão intensa que acaba inviabilizando a realização de grandes negócios.<sup>3</sup>

Este fato nos levou a procurar informações a respeito da aviofobia (fobia de avião), porém, sentimos falta de textos específicos.

O medo de viajar de avião se manifesta de forma física, mental e emocional e é capaz de acionar uma reação de stress no corpo, provocando sensações físicas desagradáveis que, muitas vezes, deixam o indivíduo paralisado. As fantasias de catástrofes invadem a mente – *Como é possível, com todo este tamanho, essa máquina voar? Será que consegue mesmo subir? Será que o comandante desta aeronave está realmente atento? E se todos os motores falharem ao mesmo tempo? E se a asa que equilibra tanto, quebrar?* E quando há turbulência... – e as reações podem ser de um simples desconforto até uma crise de pânico.<sup>4,5</sup>

Pedir informações sobre as características do voo pode ajudar o indivíduo a se sentir mais seguro e minimizar as fantasias criadas em função dos ruídos e das vibrações da aeronave. Pensar na alta tecnologia utilizada, no avanço dos recursos de segurança e acreditar na competência da tripulação também pode ser de grande valia.

Em nosso dia-a-dia, temos atividades até mais perigosas do que viajar de avião. Os meios de comunicação confirmam que os acidentes com meios de transporte terrestres são bem mais comuns do que com os aéreos. Dados da FAA (*Federal Aviation Administration*) atestam que, no período de 1989 a 1993, os acidentes aeronáuticos totalizaram apenas 0,08% do total de ocorrências, contra 38,7% de acidentes rodoviários. Mas, ainda assim, as pessoas acham que no carro ou no ônibus é mais fácil, podem mandar parar para descer, ou, se houver um acidente, abrir a porta do veículo e sair, o que não é possível no avião. Este fato parece provocar no homem muita angústia.<sup>3</sup>

O medo é algo muito natural, tem uma função de sobrevivência e proteção e, em milésimos de segundos, prepara o organismo para lidar com uma ameaça. Porém, para os aviofóbicos, a simples visão do avião pode desencadear uma fobia ou mesmo uma crise de pânico levando, então, aos seguintes sintomas: respiração ofegante, pulsação acelerada, rigidez da musculatura, “tremedeira” etc...<sup>4,5</sup>

O medo de viajar de avião atinge homens e mulheres sem distinção. Algumas crianças também sofrem com esta fobia, muitas vezes, repetindo o comportamento dos pais. Muitas crianças entram alegres e curiosas no avião, porque não aprenderam a ter medo, outras, no entanto, já entram angustiadas, pois percebem, conscientemente ou não, medo nos pais.<sup>4,5</sup>

Os medos estão relacionados a determinadas épocas, culturas e civilizações. Portanto, a fobia de viajar de avião, como tantos outros medos, é um sintoma da modernidade, é algo que não existia há cem anos, quando Santos Dumont, em 1906, com o seu 14 BIS, fez o primeiro voo em volta da Torre Eiffel, em Paris.<sup>7</sup>

Atualmente, apesar dos avanços tecnológicos e do avião ser considerado o transporte mais seguro do mundo, essa fobia se manifesta em grande parte dos viajantes.

Porém, da mesma forma que essa fobia é criada, pode ser também revertida, desde que o indivíduo deseje superá-la, através de um tratamento. Uma das maneiras de se tratar a aviofobia é através da hipnose.<sup>8,9</sup>

O tratamento com hipnose pode ser feito individualmente ou em grupo. Nossa pesquisa será direcionada, principalmente, ao trabalho com hipnose em grupo.

O presente artigo se apoia em uma revisão bibliográfica sobre fobias e hipnose visando o estudo da utilização da técnica de hipnose em grupo, como alternativa de tratamento das fobias, especialmente *fobia de avião*.

## 2. Transtornos Fóbicos Ansiosos.

### 2.1. Transtornos de Ansiedades.

Com o avanço de novas tecnologias, a partir do século XIX, criou-se uma expectativa de que parte do trabalho do homem seria substituído pela máquina. Com isso, o homem, passaria a ter mais tempo para se dedicar à família, à cultura e ao lazer. Porém, o homem moderno ocidental não soube tirar proveito desta realidade para ter uma qualidade de vida melhor, pelo contrário, está cada vez mais distante de si mesmo, tiranizado pelo consumismo, pelo materialismo, pela erotização, e pelo culto ao corpo. Como Narciso, não percebe que este mesmo corpo está se deteriorando por conta do alto nível de estresse.

A palavra ansiedade origina-se do termo indo-germânico *angh* que, por sua vez, deu origem ao termo grego *anshein*, que significa estrangular, sufocar e *angor*, que indica angustia, opressão, falta de ar, desespero. Daí a palavra ansiedade estar relacionada com estreitamento.<sup>10</sup>

Em algumas situações, é normal que se responda com ansiedade, pois, do nascimento até a “velhice”, vivemos experiências novas, muitas vezes, ameaçadoras. A sensação de ansiedade é frequentemente acompanhada por alguns sintomas tais como: palpitações, cefaleias e aperto no peito. Porém, a ansiedade pode vir a ser patológica, se a resposta a um estímulo específico for inadequada, em virtude de sua intensidade ou duração. Esse problema pode se agravar, uma vez que transtornos de ansiedade podem mudar com o passar do tempo e acabar transformando-se em fobias.<sup>11</sup>

Atualmente, por conta de um mercado de trabalho muito competitivo, o homem não reflete sobre o que realmente quer e atropela os seus desejos. Não percebe que *o urgente, por ser urgente, é mais importante que o realmente importante; como se o seu tempo tivesse menos valor que as coisas, quando seu tempo é realmente sua própria vida*.<sup>10</sup>

Sim, sua própria vida porque do estresse surgem alguns fenômenos emocionais inquietantes como o medo, a ansiedade e a angustia, que podem evoluir, se não forem tratados, para uma fobia ou mesmo para um ataque de pânico.<sup>10,11</sup>

Fazer a distinção entre medo e ansiedade, nem sempre é fácil. O medo pode ter como causa um objeto interno que foi reprimido, e que foi deslocado para outro objeto no mundo externo. Temos como exemplo um clássico da Psicanálise, o caso do “*Pequeno Hans*” (1909), cuja fobia de cavalos o impedia de sair à rua. Sabe-se que o medo de cavalos era um deslocamento inconsciente utilizado por Hans para aliviar sua tensão. Na verdade, o seu temor era por seu próprio pai.<sup>12</sup>

O medo é uma sensação conhecida por todos, é um estado emocional natural e universal necessário ao homem. O problema é quando passa a interferir na vida do indivíduo e a causar sofrimento. O medo é um temor específico, concreto, uma resposta a uma ameaça real e conhecida.<sup>12</sup>

A ansiedade é uma resposta normal para diversos acontecimentos da vida, é uma força propulsora que nos ajuda a agir e a tomar decisões. Porém, quando toma maiores proporções, a ansiedade passa a ser uma resposta a uma ameaça, desconhecida, vaga, imprecisa.<sup>10</sup>

Tanto o medo como a ansiedade compartilham a impossibilidade de defesa. A diferença entre os dois é que o medo é agudo, a ansiedade é crônica, e o indivíduo está sempre em estado de alerta. A ansiedade pode produzir sintomas psicológicos como insegurança, desassossego, exaustão, melancolia, aflição, distorções na percepção em relação ao tempo, ao espaço e também distorções de pessoas e acontecimentos. Pode também provocar sensações fisiológicas como palpitações, sudorese, dificuldade respiratória, dores abdominais e, com o passar do tempo, evoluir para problemas mais sérios, como úlceras estomacais, e até problemas cardíacos. Afeta também, em alguns casos, a parte cognitiva do indivíduo com consequências como: distorção dos pensamentos, dificuldade de concentração, transtorno de memória etc...<sup>10,11</sup>

Freud, em 1895, já considerava a ansiedade como o sintoma nuclear da neurose, introduzindo o conceito de *Neurose de Ansiedade*, que consistia em sintomas psíquicos e somáticos agudos e crônicos. Nesta época, falava da possibilidade dessa ansiedade flutuante se precipitar em um ataque abrupto, o ataque de pânico. Ele foi o primeiro a relacionar ataque de pânico e agorafobia.<sup>13</sup>

Juntamente com Josef Breuer, Freud descreveu o caso Katharina, em sua obra *Estudos sobre a Histeria*. Katharina era uma jovem de dezoito anos que apresentava sintomas como sufocamento, crises de falta de ar, impressão de morte eminente, enfim, manifestações histéricas, reproduzidas com sintomas de ansiedade decorrentes de traumas sexuais.<sup>14</sup>

Freud criou uma nova teoria da ansiedade e publicou *Inibição, Sintoma e Angustia*, em 1926, no qual explicava a ansiedade tanto como uma resposta a um perigo real, como uma resposta interna neurótica a situações de perigo. Identificou duas situações que provocam ansiedade<sup>13,14</sup>:

- A ansiedade possuidora de uma base biológica (experiência do nascimento) – a ansiedade fica aumentada em consequência de um bloqueio libidinal, incluindo aqui a neurastenia, a hipocondria e a neurose de ansiedade.
- A ansiedade sinalizadora – em que a reação representaria sempre um sinal da antecipação de perigo, ao invés de resultar deste perigo. Este tipo de ansiedade é inconsciente e está caracterizada por um sentimento difuso de preocupação. Sua origem está em um pensamento ou um desejo reprimido. São as histerias, fobias e neuroses obsessivas.

Atualmente, estudos epidemiológicos confirmam que fatores ambientais, biológicos, cognitivos e emocionais têm influência na origem das fobias, porém, até meados do século XX, os transtornos eram somente psicológicos.

Toda e qualquer emoção tem uma representação no cérebro, que é mediada por neurotransmissores, entre eles a noradrenalina, a serotonina e a dopamina. O cérebro reage ao perigo liberando substâncias químicas que preparam o indivíduo para enfrentar, defender-se ou fugir da situação. Então, através de reações fisiológicas adaptativas como taquicardia, tensão muscular, etc., o corpo reage normalmente, mas a mesma reação de alarme pode ser desencadeada automaticamente sem que haja um estímulo que indique perigo gerando, assim, uma interpretação distorcida.

Segundo descreve Geraldo J. Ballone<sup>15</sup>, na química do medo o corpo reage numa situação de ameaça real ou imaginária da seguinte forma:

- 1) *Cérebro: as estruturas responsáveis por iniciar a reação a estímulos amedrontadores são as amígdalas cerebrais, localizadas na região das têmporas. Elas enviam um sinal ao hipotálamo, região de controle do metabolismo, para que sejam intensificadas a produção de adrenalina, noradrenalina, e acetilcolina. Em uma fração de segundo, a descarga dessas substâncias causa alterações no funcionamento de diversas partes do corpo.*
- 2) *Olhos: a química do medo faz com que as pupilas dilatam-se, isso diminui a capacidade da pessoa reparar nos detalhes que a cercam, mas aumenta o poder de visão geral. Em tempos ancestrais, esse recurso permitia que o homem identificasse no escuro das cavernas um predador e as possíveis rotas de fuga.*

- 3) *Coração e pulmões: o aumento do nível de adrenalina eleva os batimentos cardíacos. A maior irrigação sanguínea faz com que cérebro e músculos trabalhem mais intensamente, deixando a pessoa alerta e ágil. O fato de o coração bater acelerado exige maior oxigenação, daí porque a respiração se torna mais curta e ofegante.*
- 4) *Estômago: pessoas em situações de medo sentem dor na região estomacal, devido ao aumento na produção de acetilcolina. A liberação em maior quantidade de sucos gástricos acelera a digestão e a transformação dos alimentos em energia.*

Há quadros de ansiedade com características bem definidas. Estão entre os Transtornos de Ansiedade, de acordo com o DSM-IV: o Transtorno do Pânico, com ou sem Agorafobia, Fobias Específicas e Sociais, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Agudo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substâncias, Transtorno de Ansiedade sem outra Especificação.

A seguir comentaremos alguns tipos de transtornos de ansiedade que, de alguma forma, se relacionam com a Aviofobia.

## **2.2. Agorafobia.**

A agorafobia é a mais incapacitante das fobias. Os indivíduos evitam situações em que seria difícil obter auxílio. Mesmo acompanhados, preferem ruas movimentadas evitando túneis, metrô, etc. Os pacientes mais graves se recusam a sair de casa, transformando-se, praticamente, em um inválido, impedido de participar de eventos sociais e profissionais.<sup>16</sup>

## **2.3. Transtorno de Pânico.**

O diagnóstico e o tratamento do transtorno de pânico tiveram início na década de 1960. Atualmente, as pesquisas demonstram que de 1 a 5% da população são afetados por essa patologia.<sup>11</sup>

O transtorno de pânico caracteriza-se pelos ataques espontâneos, com breve duração, porém com uma intensa ansiedade e com sintomas parecidos com os do enfarte: pressão arterial disparada, taquicardia, palpitações, falta de ar, sudorese, tremores, sensação de asfixia, dor ou desconforto torácico, medo de perder o controle, medo de morrer, sensação de formigamento, calafrios. O ataque pode durar em torno de 20 a 30 minutos e começa com um período de, mais ou menos, dez minutos de sintomas, sendo estes intensificados rapidamente. Durante o ataque, o indivíduo pode apresentar dificuldade para falar e ter a memória comprometida.<sup>16</sup>

Um dos piores aspectos do pânico é o “medo de ter medo”. Seria a ansiedade antecipatória em relação a um novo ataque. Nos Transtornos de Pânico e na Agorafobia, frequentemente estão presentes os sintomas depressivos. O transtorno de pânico pode desenvolver-se em qualquer idade, mas é mais comum na idade adulta. A propensão de se desenvolver em mulheres é duas ou três vezes maior do que em homens.<sup>16</sup>

Existem três tipos característicos de ataque de pânico<sup>11,16</sup>:

- 1) Ataques de pânico inesperados - ocorrem espontaneamente, sem motivos aparentes.
- 2) Ataques de pânico ligados a situações – ocorrem logo após a exposição ou lembrança do objeto fóbico.
- 3) Ataques de pânico predispostos pela situação - podem ocorrer na exposição do objeto ou situação fóbica, mas não está associado a lembranças e não ocorre obrigatoriamente após o estímulo fóbico.

## **2.4. Fobia.**

O nome *fobia* vem de *phobos*, uma palavra grega que significa *deusa do medo*. A fobia é um medo irracional, desproporcional e persistente. Um sentimento injustificado que se intromete no campo da consciência, e ali se mantém. É superior à própria pessoa, provoca a esquiva consciente

do objeto ou da situação específica do que se teme. O indivíduo afetado reconhece que sua reação é excessiva, porém não tem controle sobre ela, que se apresenta com um alto nível de ansiedade. É importante frisar que a *depressão* é também observada no exame do estado mental do indivíduo fóbico e sua incidência é cerca de um terço destes indivíduos.<sup>16</sup>

Uma explicação simples para a causa da fobia seria encontrada no circuito neural: ao receber a mensagem no córtex cerebral, ela é reconhecida como algo ameaçador. Nesse momento, a informação é enviada para o hipotálamo, que libera adrenalina, noradrenalina e acetilcolina. Do hipotálamo, o estímulo continua em direção à hipófise, seguindo para as glândulas suprarrenais, que liberam o hormônio cortisol. Temos ainda que considerar a individualidade de cada um, pois, mesmo que os estímulos sejam comuns, as reações podem ser diferentes.<sup>16,17</sup>

As fobias estão classificadas entre as neuroses de angústia, dentro da Teoria Clássica das Neuroses.<sup>13,14</sup>

Para que possa ser considerada uma fobia, o medo precisa de três importantes características:

- O objeto deve desencadear reações intensas de ansiedade.
- O indivíduo evita, a todo custo, o estímulo ou o objeto fóbico. No caso da Aviofobia, alguns sujeitos são capazes de enfrentar muitos dias em uma viagem de ônibus, ao invés de tomar um avião, a fim de evitar o contato com o objeto fóbico. (no caso, aviões).
- A diferença fundamental nas fobias é que o temor interfere na vida diária do indivíduo, nos relacionamentos pessoais e profissionais.

As fobias, em suas manifestações agudas, são altamente limitantes. O indivíduo começa a sofrer só em imaginar entrar em contato com o estímulo fóbico. Quando não tratadas, podem levar a complicações mentais adicionais, como depressão e abuso de drogas, em especial o álcool.<sup>16</sup>

Os indivíduos com fobia tendem a apresentar alguns traços comuns de personalidade. Normalmente, são pessoas muito preocupadas com a opinião dos outros a seu respeito, são perfeccionistas, determinadas, com alto senso de responsabilidade e um bom desempenho profissional. No exame do estado mental do indivíduo, o mais importante achado é a presença de um medo irracional de uma situação ou de um objeto.<sup>11,16</sup>

O estudo da origem da fobia e da sua evolução pode demonstrar as interações entre os fatores biológicos e genéticos, porém a origem das fobias ainda é pouco conhecida tanto na herança genética dos traços ansiosos, como pelo modelo aprendido das reações diante do perigo, ou ainda pelas alterações de neurotransmissores. A possibilidade dos filhos de pais fóbicos desenvolverem fobia na vida adulta é de 15%.<sup>16</sup>

Alguns teóricos apresentaram uma formulação sobre a ansiedade fóbica:

Otto Fenichel postulou que a ansiedade fóbica pode estar escondida por atitudes e padrões comportamentais que representam uma negação, ou seja, o indivíduo passa a dominar o que teme. Podemos considerar que os adeptos de esportes perigosos exibem um comportamento contrafóbico.

Watson invoca que o estímulo-resposta do reflexo condicionado esteja implicado na origem da fobia. Isto significa que a ansiedade é despertada por um estímulo naturalmente assustador, associado a um estímulo neutro. Se esses dois estímulos ocorrerem juntos por várias vezes, com o passar do tempo, o estímulo neutro adquire por si só a capacidade de causar ansiedade.<sup>16</sup>

Sigmund Freud levantou a hipótese de que a função primária da ansiedade é *avisar ao ego que um impulso inconsciente proibido está exigindo expressão consciente*, e, assim, fortalecer suas defesas contra forças ameaçadoras. Freud achava que o transtorno fóbico era consequência de conflitos centralizados no Complexo de Édipo mal resolvido.<sup>13,14</sup>

Apesar de originalmente as fobias serem pensadas como resultado da ansiedade de castração, os teóricos atuais da Psicanálise, através de observações clínicas, sugerem que a ansiedade associada às fobias tem varias origens e nuances.<sup>13,14</sup>

As fobias podem ser das mais variadas situações e dos mais variados objetos, e seus nomes guardam uma relação etimológica com as situações desencadeadoras.

As mais comuns são: Acrofobia (altura); Aerofobia (medo de voar); Ailérofobia (gatos); Agorafobia (espaços abertos, lugares públicos, sair de casa); Antrofobia (flores); Antropofobia (gente); Astrofobia (tempestades); Aviofobia, Aviatofobia ou Ptesiofobia (viajar de avião); Aerofobia (medo mórbido do ar, de corrente de ar); Automisofobia (repugnância por estar sujo); Claustrofobia (lugares fechados, viajar de trem, ônibus, por se lugares fechados); Erotofobia (horror ao ato sexual); Fobofobia (medo dos próprios medos); Hidrofobia (medo de água); Hematofobia (sangue, doenças); Zoofobia (animais); Xenofobia (estranhos).<sup>16</sup>

#### 2.4.1 - Fobias Específicas.

A fobia específica era denominada de fobia simples até sua revisão no DSM-III. A fobia específica é o transtorno mental mais comum nas mulheres e o segundo mais comum nos homens, numa proporção de 2 para 1.<sup>15</sup>

Na fobia específica, a característica é um medo excessivo e persistente na presença ou previsão de encontro do objeto ou da situação fóbica. Ao ficar exposto ao estímulo fóbico, ou mesmo pensar na situação que produz a fobia, aparece no indivíduo, imediatamente, a resposta de ansiedade que, às vezes, assume a forma de um ataque de pânico. O adulto e o adolescente são capazes de reconhecer que o medo é excessivo ou irracional, porém, a criança normalmente acredita que o estímulo fóbico é real.<sup>16</sup>

Há uma tendência familiar no desenvolvimento da fobia específica, principalmente do tipo sangue-injeção-ferimento. Recentemente foi relatado um novo tipo de fobia - fobia espacial - onde os indivíduos temem cair se não estiverem próximo a uma parede ou a uma cadeira para se apoiar. Nestes casos, pode existir um comprometimento viso-espacial por conta de um funcionamento anormal do hemisfério direito.<sup>18</sup>

A fobia específica pode se desenvolver a partir da associação do objeto ou da situação temida com as emoções de medo e pânico. Na verdade, a tendência para experimentar o medo e a ansiedade está associada a uma experiência emocional, que pode ser uma resposta a um incidente externo (como um acidente), ou a um incidente interno (como por exemplo, um ataque de pânico).

**Fobia Situacional.** Medo causado por uma situação específica como andar em aviões, elevadores, pontes, túneis, dirigir, permanecer em lugares fechados.<sup>18</sup>

**Fobia Ambiente Natural.** É um medo que geralmente se inicia na infância, causado por objetos do ambiente natural como: tempestades, relâmpagos, trovões, água.<sup>18</sup>

**Fobia Sangue-injeção-ferimentos.** O medo é causado pela visualização de sangue ou ferimento, ou pela percepção que vai receber uma injeção. Este medo também é comum em crianças, que entram em pânico até ao visualizar a seringa. Este tipo de fobia pode dificultar o indivíduo a procurar auxílio médico ou dentário.<sup>18</sup>

**Fobia Específica de Outro Tipo.** Medo causado por situações que podem levar à asfixia, vômitos, à possibilidade de contrair doenças, de um modo geral... Vale ressaltar que os indivíduos com hipocondria acreditam ter uma doença, ao passo que na *Fobia Específica de outro Tipo*, eles temem a doença, porém, não acreditam que já estejam infectados.<sup>18</sup>

Alguns fatores podem predispor o início de Fobias Específicas, incluídos aqui os acontecimentos traumáticos tais como ser atacado por um animal, ver e ouvir coberturas jornalísticas sobre acidentes aéreos etc...

Não podemos esquecer que as características das fobias, bem como sua prevalência, variam de acordo com cada cultura e etnia. Por exemplo, temores de magias ou espíritos estão presentes em

muitas culturas, devendo ser considerados fobias apenas se houver um medo muito forte que venha a causar sofrimento ou prejuízo ao indivíduo.<sup>18</sup>

A fobia específica limita-se a um temor específico, porém, uma antecipação generalizada e ansiosa e a possibilidade de se confrontar com o objeto fóbico podem levar o indivíduo a experimentar um ataque de pânico. Um bom exemplo é, quando forçado pela circunstância, o indivíduo que tem medo de viajar de avião realiza uma viagem aérea.<sup>18</sup>

### 3. Fobia de Avião – Aviofobia.

A Fobia de Avião está classificada no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)<sup>18</sup> como uma Fobia Específica sob o nº. 40.2. Alguns nomes são usados para descrever essa patologia: Aviofobia, Ptsiofobia e Aviatofobia. A fobia de avião é considerada uma fobia específica, tipo situacional. É um medo excessivo ou paralisante em relação ao objeto *avião*, que pode provocar o impedimento para realização de uma viagem de negócio ou de lazer.<sup>2,45</sup>

Nos meios de comunicação, as reportagens de um modo geral são sensacionalistas, excitantes e estimulam a fantasia do indivíduo que, muitas vezes, acaba tendo uma visão distorcida da realidade. As matérias sobre desastres aéreos podem provocar o desenvolvimento de uma fobia, mesmo em pessoas que nunca entraram em um avião. Na realidade, o número de acidentes em relação ao total de voos que decolam é muito baixo. A média mundial é de 1,4 acidentes para cada milhão de decolagens.<sup>2,4,5</sup>

O medo de voar faz parte do homem, afinal não nascemos com a aerodinâmica dos pássaros, porém, é necessário não ceder ao medo a fim de poder aproveitar o meio de transporte mais rápido e seguro do mundo.

A questão do medo é subjetiva. Todo indivíduo tem sua própria história e pode ter reações diferentes em relação ao mesmo estímulo. Num grupo de pessoas com medo de voar, e que estejam juntas em um mesmo voo, podemos ter indivíduos menos angustiados que outros.<sup>2,4,5</sup>

Freud via o medo como uma representação simbólica. Ele acreditava que os transtornos fóbicos eram consequência de conflitos internalizados mal resolvidos na infância. Esses conflitos eram deslocados da pessoa para um objeto ou situação, aparentemente sem significação, que despertava ansiedade e que provocava o desejo de evitar o objeto fóbico.<sup>13</sup>

O medo de voar não é privilégio dos passageiros, como nos informa o Instituto Condor<sup>6</sup>:

No grupo de aeronautas, pilotos e comissários de voo, pessoas também são acometidas por esse mal, mesmo tendo desempenhado anos de trabalho a bordo de aeronaves. Pode-se avaliar o grau de dificuldade que enfrenta um profissional que, acometido por este sintoma, necessita executar uma escala de no mínimo três voos mensais, com duração variável entre 8 e 12 horas. Neste sentido, o medo de voar em alguns casos não é apenas causado por desconhecimento dos mecanismos aerodinâmicos, meteorológicos ou da ciência física. É uma questão de ordem subjetiva que pode ser pensada como algo de maior profundidade. ([www.institutocondor.com.br](http://www.institutocondor.com.br))

As sensações físicas e emocionais provocadas pelo medo, principalmente das turbulências, fazem com que sejam avaliadas como um perigo eminente. Então o hipotálamo, o sistema nervoso vegetativo e os homônimos (como a adrenalina) colocam o corpo em alerta provocando uma grande inquietação. Os pensamentos negativos tomam conta da mente do indivíduo, aumentando mais ainda a inquietação e os sintomas. Estes sintomas incluem reações agressivas com os comissários, reclamações a respeito do serviço de bordo, da qualidade das refeições e exagero na ingestão de bebidas alcoólicas.<sup>16,19</sup>

A finalidade do serviço de bordo é justamente distrair e manter os passageiros relaxados, a fim de atenuar os seus medos. Também os filmes, revistas e jornais têm essa finalidade: passageiros relaxados permanecem mais tempo sentados em suas poltronas e garantem um voo mais tranquilo para todos.<sup>6</sup>

A fobia de viajar de avião pode também estar associada a outras fobias, como de lugares fechados e apertados, altura, elevadores, túneis... Se o indivíduo colocar um fim a estes medos, poderá melhorar a sua qualidade de vida, e transformará a viagem em um grande prazer.<sup>16</sup>

### 3.1. Perfil dos Aviofóbicos.

Normalmente são indivíduos na faixa etária entre 30 e 45 anos, altamente produtivos, inteligentes, sensíveis, com grande noção de responsabilidade familiar e profissional, acostumados a segurar às rédeas de sua vida e que se veem obrigados a confiar nos pilotos e na tecnologia da aviação.

## 4. Hipnose.

Existem inúmeras teorias a respeito da definição de Hipnose, porém, existem também muitas divergências.

A Divisão de Hipnose Psicológica da APA (*American Psychological Association*) deu início à formulação de uma definição e descrição da hipnose, com o objetivo de produzir um relatório com o qual todos pudessem concordar.

*Hipnose é um procedimento durante o qual o profissional de saúde sugere a um cliente, paciente ou qualquer indivíduo, que experiente mudanças nas sensações, percepções, pensamentos ou comportamento.*<sup>20</sup>

Spiegel, da Escola de Medicina da *Stanford University*, define hipnose como: *Um estado alterado de consciência que envolve uma intensificação do foco de atenção, com uma correspondente suspensão da percepção periférica e, por conseguinte, a dissociação das percepções e memórias normalmente acessíveis à consciência.*<sup>20</sup>

Para Milton Erickson, a hipnose é<sup>20</sup>: *suscetibilidade ampliada para a sugestão tendo como efeito uma alteração das capacidades sensoriais e motoras para iniciar um comportamento apropriado.*

A hipnose pode ser considerada como um *estado de consciência diferente do estado de vigília*. Pode ser também produzida sem nenhum procedimento, através da auto-hipnose, narração de histórias e, às vezes, espontaneamente.<sup>20</sup>

Gregg, da *University of London*, acredita que os fenômenos hipnóticos são tão diversos que nenhuma definição ou explicação isolada seria possível.<sup>20-22</sup>

Em resumo, até hoje não existe um consenso sobre a definição de hipnose e da descrição do processo da experiência hipnótica, portanto, parece não haver uma experiência única de hipnose.

### 4.2. Mitos.

Muito embora a hipnose no meio científico tenha avançado bastante, ainda existe certa ignorância entre fatos e ficção. Clark L. Hull foi um pioneiro ao tentar legitimar a hipnose, há muitas décadas. Para ele, *todas as ciências descendem igualmente da magia e da superstição, mas nenhuma delas tem tido tanta dificuldade quanto a hipnose em desvencilhar-se dessa noção maléfica associada à sua origem.*

Os mitos em relação à hipnose se propagam através dos séculos. No início, estavam relacionados à magia e, depois, aos hipnotizadores de palco, se arrastando até hoje. Temos como exemplos de superstições ligadas à hipnose: ficar à mercê do hipnólogo, não voltar do transe, revelar segredos em estado de transe hipnótico, enfim, ainda existem vários mitos e lendas a respeito da hipnose, apesar de seus inúmeros benefícios.<sup>21,22</sup>

### 4.3. Neurofisiologia da Hipnose. Uma visão da Escola Reflexológica.

Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936) foi o criador da *Escola Reflexológica* e sua obra é baseada na descoberta dos reflexos próprios da atividade do córtex cerebral. O reflexo é, para Pavlov, a base fisiológica da adaptação. Para ele *os reflexos constituem o elemento de adaptação que o organismo possui em relação ao ambiente, adaptação essa que permite ao organismo chegar a um estado de equilíbrio com esse ambiente.*<sup>21</sup>

Pavlov desenvolveu a Teoria da Atividade Nervosa Superior, a Teoria dos Reflexos Conicionados e Incondicionados e os Processos de Excitação e Inibição.<sup>21-23</sup>

Em 1881, o fisiologista alemão Goltz, perante um Congresso Internacional em Londres, apresentou o caso de um cão que, apesar de sua aparente normalidade, apresentava uma séria deficiência, por falta de iniciativa, aprendizado, reflexos, capacidade para associação, enfim, qualquer resposta condicionada. Após necropsia no animal verificou-se que lhe faltava o córtex cerebral.<sup>21-23</sup>

Este experimento foi assistido pelo fisiologista Pavlov que partiu desta experiência para aprofundar suas investigações e *estabelecer a base cortical dos reflexos condicionados, o principal elemento de diferenciação entre eles e os instintos, reflexos inatos subcorticais.*<sup>21-23</sup>

A partir de estudos experimentais, Pavlov realizou a célebre experiência da fistula gástrica (secreções gástricas e salivares) do cão, que consistia em tocar uma campainha sempre que os cachorros eram alimentados, quando estavam com fome. Repetiu constantemente o experimento e os cães salivavam sempre que a campainha tocava, embora não mais recebessem a comida na mesma hora. Os cães aprenderam a associar o som da campainha ao alimento. Então, concluiu que os fenômenos do mundo exterior agem diretamente sobre a fisiologia do indivíduo, através do sistema nervoso central, especialmente o córtex cerebral.<sup>21</sup>

Foi através dos seus trabalhos sobre a salivação nos cães que Pavlov descobriu os reflexos e os classificou como reflexos incondicionados e condicionados.

Os reflexos incondicionados são inatos e são subcorticais, funcionam para a defesa da espécie, para orientação, reprodução e alimentação. Já os reflexos condicionados, que são reflexos adquiridos, frutos das modificações ocasionais do ambiente – estão presentes no córtex cerebral.<sup>21</sup>

Pavlov foi o primeiro a interpretar a neurofisiologia da hipnose, classificando-a como um fenômeno exclusivamente fisiológico e, após várias observações, concluiu que o córtex cerebral desempenhava um papel decisivo no processo do sono e do sono hipnótico. Para ele a hipnose seria um fenômeno semelhante ao sono (sono parcial).<sup>21-23</sup>

Pavlov acreditava que os fenômenos sono/ vigília, reflexo condicionado e hipnose eram próprios do córtex e que, a partir de um foco excitatório (ponto vigil), produzia-se uma *Inibição Cortical.*<sup>21</sup>

O sono é um estado de inibição de todo o córtex. As informações vindas do exterior, através dos órgãos sensoriais, deixam de atingir o córtex e não são percebidas, enquanto as atividades conscientes (vigília, atenção, percepção, etc...) que em grande parte são realizadas pelo córtex, também são desativadas. Este fenômeno ocorre como resultado da atividade da Formação Reticular Ascendente.

O córtex cerebral tem uma atividade elétrica espontânea, que pode ser detectada através do eletroencefalograma. Quatro tipos de ondas podem ser detectados nos exames do eletroencefalograma: alfa, beta, teta e delta. Os traçados elétricos quando o indivíduo está dormindo (traçados do sono) são bem diferentes do traçado elétrico de um indivíduo acordado, que é o traçados de vigília.<sup>21</sup>

Para a reflexologia, a hipnose é um estado de passividade cerebral, produzido por estímulos débeis, monótonos, repetitivos e persistentes, que restringe o foco da atenção, inibindo a consciência periférica.<sup>21-23</sup>

A concentração ou reflexo orientador tem uma grande importância para a hipnose, pois este reflexo constitui a base fisiológica da atenção. A atenção corresponde à ativação, pela formação reticular (sistema reticular ativador ascendente), de uma zona de vigilância cortical.

A *atenção* é a base do fenômeno da indução, sem ela não existe hipnose. Já a concentração diferencia o estado hipnótico do sono. No sono a concentração é decrescente, no estado hipnótico a concentração é crescente. Os fenômenos do sono e da hipnose caracterizam-se por um relaxamento, porém a hipnose não é só relaxamento muscular é também um estado psico-sensorial superior (estado mental elevado) em que, a capacidade de percepção, compreensão e memória fica mais aguçada.

Baseado nas ideias de Pavlov, o reflexo condicionado no indivíduo pode ser formado também pela palavra. Podemos entender então que, no estado hipnótico, quando solicitamos ao paciente que pense em uma palavra ou imagem, favorecemos a inibição cortical.

O primeiro sistema de sinais da realidade está relacionado a fontes primárias dos reflexos condicionados. O cérebro recebe e analisa estímulos como luz, sons etc... O animal tem apenas o primeiro sistema de sinais, já, o homem, além do primeiro sistema de sinais, tem o segundo sistema de sinalização, que é a linguagem. O uso da palavra pode servir como um sinal, p. ex., a palavra fogo pode provocar no indivíduo as mesmas reações que a presença do fogo.

A palavra é o segundo sistema de sinalização. Facilita a comunicação entre os indivíduos e *representa o sistema regulador da conduta humana*. Segundo Pavlov, as palavras *representam uma abstração da realidade e prestam-se a uma generalização*.<sup>21,25</sup>

A palavra é o instrumento de trabalho dos profissionais que utilizam a hipnose. É um estímulo sonoro, vibrante e precisa ser rítmica, débil, persistente e que cause monotonia, a fim de favorecer alteração do estereotipo dinâmico (sistema de reflexos condicionados que se sucedem em uma ordem) do cliente, facilitando uma inibição cortical. É o único estímulo que dá profundidade hipnótica.<sup>25</sup>

Para o homem, a palavra está associada a um significado. Assim, as mesmas ideias podem surgir tanto ouvindo a palavra como visualizando-a através da escrita ou de um objeto, ou mesmo pelo pensamento (imagem). A palavra funciona como *estímulo indiferente e a imagem, como excitante absoluto. Juntas formam um arco-reflexo cerebral*.

#### **4.3.1 - Excitação e Inibição.**

A palavra atua sobre dois processos nervosos básicos da Atividade Nervosa Superior que são: a excitação e a inibição. A formação das conexões temporais nervosas se dá através destes dois processos. A excitação se caracteriza pela difusão do estímulo através de todo o córtex cerebral, enquanto a função da inibição é bloquear a excitação.<sup>21,25</sup>

Ao falar de hipnose é preciso se deter no estudo da inibição (processo de defesa da célula nervosa) e também da excitação (processo que atua de maneira oposta). Estes dois aspectos do processo nervoso cortical estão em constante luta, portanto, o córtex cerebral é *um sistema móvel variado como um mosaico dinâmico contendo partes excitadas e inibidas*.<sup>21,25</sup>

#### **4.3.2 - Conceitos Atuais – Sistema Ativador Reticular Ascendente.**

Em 1949, Magoum e Moruzzi descobriram a função primária da formação reticular (capacidade de ativar o córtex cerebral a partir do conceito do SARA), tornando possível demonstrar o papel da base do cérebro nos processos da regulação do sono e da vigília. Eles realizaram experiências com animais, anestesiando-os ligeiramente (EEG de sono) e estimulando eletricamente a formação reticular. A resposta foi o despertar do animal.<sup>25</sup>

Em outra experiência com o animal acordado, verificou-se que ele dormia quando a parte mais cranial da formação reticular era destruída. A conclusão dos pesquisadores foi que existe na formação reticular um sistema de fibras ascendentes, que atuam no córtex cerebral e sobre ele

tem uma ação ativadora. Surge então, o conceito de Sistema Ativador Reticular Ascendente (SARA). Sua ação sobre o córtex se faz através das conexões da formação reticular com os núcleos inespecíficos do tálamo.<sup>25</sup>

O SARA é ativado através dos impulsos sensoriais que chegam ao sistema nervoso central pelos nervos espinhais e cranianos que, por sua vez, passam à formação reticular. É também o condutor que produz o tônus cortical, subcortical e somático.

O SARA constitui-se da região pontina e mesencéfalo da formação reticular. A porção mesencefálica envia fibras ao córtex cerebral dando o tônus cortical necessário para a atividade cerebral. O SARA representa uma fonte de energia para que o córtex, o sistema límbico e o hipotálamo funcionem, possibilitando, assim, as reações emocionais e comportamentais. A porção bulbar da formação reticular (núcleos centro-mediais) tem ação inibitória sobre o tônus muscular propiciando relaxamento e repouso.

Quando desativado, o SARA amortece a atividade do hipotálamo e a límbica. A redução da atividade do córtex pré-frontal são produzidos os fenômenos motores e sensoriais da hipnose, tais como: analgesia, hiperestesia, catalepsia, sugestionabilidade etc...<sup>25</sup>

#### 4.3.3 - O Transe.

Na indução do transe hipnótico há uma inibição progressiva da consciência periférica, que exclui aos poucos os outros estímulos. O sistema límbico e o hipotálamo são liberados de toda excitação, fazendo com que as emoções de ansiedade, medo etc... tendem a desaparecer, possibilitando ao sujeito entrar em estado de transe hipnótico.

Podemos observar diversas expressões de transe desde a antiguidade até os dias de hoje. Nos primórdios da história da hipnose, o transe era considerado uma patologia ou, como pensavam os antigos sacerdotes egípcios que induziam o transe, uma espécie de magia.

A partir de estudos da sequência de uma sessão de umbanda e da observação do ambiente perfumado com incensos, o Dr. David Akstein percebeu que a dança, a música rítmica (monótona e persistente) dos tambores, mantinha uma estimulação hipnótica e facilitava o transe. Ele denominou este movimento de Transe Cinético.<sup>8</sup>

O *Transe Natural* ocorre de maneira espontânea com quase todas as pessoas. Normalmente a atenção está voltada para o que imaginamos e sentimos, mais do que para o que objetivamente pensamos. Um exemplo clássico é o transe no trânsito. Quando estamos dirigindo, respeitamos todos os sinais, porém, ao chegarmos ao destino, muitas vezes, não sabemos o que ocorreu neste pequeno percurso.

Vimos que existem vários significados do fenômeno do transe e cada cultura utiliza esta técnica para curar suas “doenças”, dependendo de suas origens e crenças.<sup>8</sup> Porém, é preciso separar o transe descrito até então da indução do transe na hipnose clínica. A atenção concentrada, a voz do terapeuta e a sugestão são a base da indução do transe hipnótico no processo hipnoterapêutico.<sup>9</sup>

Como mencionado acima, *o transe é um estado de sugestionabilidade intensificado artificialmente e semelhante, mas não igual ao sono, no qual parece ocorrer uma dissociação natural dos elementos conscientes e inconscientes do psiquismo.*<sup>9</sup>

Podemos induzir o transe na hipnose clássica através de algumas técnicas e métodos como: método do pestanejamento comandado, método do levantamento das mãos, método do relaxamento progressivo, método de fixação do olhar, entre outros.

O processo do transe hipnótico é dinâmico, evolui passo a passo, aprofundando a inibição e variando de acordo com o método empregado. Temos neste processo os seguintes graus de transe hipnótico: grau hipnoidal, grau leve, grau médio, grau profundo, e sonambúlico.<sup>21</sup>

Na hipnose clássica, a indução do transe está associada às sugestões diretas e, apesar do indivíduo se beneficiar mesmo em um transe leve, o ideal é ir aprofundando o transe.

A auto-hipnose é uma técnica desenvolvida por Émile Coué, porém, praticada desde a antiguidade. É a hipnose induzida pelo próprio paciente, usada como terapia coadjuvante no tratamento de psiconeuroses e outras doenças neurovegetativas. Segundo Akstein (1973), o indivíduo que quebra o ciclo vicioso, espasmo-tensão-ansiedade, fazendo uso constante da auto-hipnose, é favorecido na redução da hipertensão arterial, angina do peito, palpitações, e em todos os casos de tensão emocional.<sup>8,25</sup>

#### 4.3.5 - Hipnose Moderna ou Ericksoniana.

Atualmente, reconhecemos além da Hipnose Clássica, a Hipnose Moderna ou Hipnose Naturalista – a hipnose de Milton H. Erickson.

Milton Erickson descobriu o *Princípio Ideodinâmico*, que diz que uma ideia produz uma ação. Para ele a experiência do transe é única, cada indivíduo tem o seu processo e o resultado vai depender do seu inconsciente. Seu método de hipnose consiste na exclusividade do transe para cada cliente.<sup>26</sup>

Para Milton Erickson, o transe é um estado em que a atenção está concentrada no que é verdadeiramente necessário para o indivíduo no momento e, surge de forma espontânea do inconsciente. Segundo Bauer<sup>9</sup>, *o transe é um período no qual as limitações que uma pessoa tem, no que dizem respeito à sua estrutura comum de referência e crenças, ficam temporariamente alteradas, de modo que o paciente se torna receptivo aos padrões, às associações e aos moldes de funcionamento que conduzem à solução de problemas.*<sup>26</sup>

Para Erickson, o transe é espontâneo, não precisa de rituais, não sendo importante medir a sua profundidade. Ele acredita na utilização da resistência para indução do transe e para a elaboração das sugestões.<sup>26</sup>

#### 4.3.6 - Mentis Consciente e Inconsciente.

No enfoque naturalista da hipnose ericksoniana podemos definir<sup>26</sup>:

**Mente consciente** - é a parte da mente que analisa, critica, julga. É a parte racional, porém, limitada da mente.

**Mente Inconsciente** - onde ficam registradas todas as experiências adquiridas durante a vida do indivíduo. É a mente sábia, que determina grande parte da conduta dos indivíduos.

Milton Erickson utilizava anedotas como instrumento terapêutico. Estas anedotas podiam ser fábulas, parábolas, podiam ser também narrativas de experiências reais, se caracterizando como um meio indireto para estabelecer uma relação com o inconsciente.

As anedotas, contos de fadas ou parábolas são usadas em qualquer fase do processo terapêutico como, por exemplo, esclarecer um assunto, sugerir soluções direta ou indiretamente para o paciente, confrontar o paciente para ele perceber como é realmente, semear ideias e diminuir as resistências às mudanças. Elas podem criar confusão e, com isso, promover uma boa resposta hipnótica. Para Erickson, as pessoas possuem em sua própria história os recursos para superar os problemas.<sup>26</sup>

#### 4.5.7 - A respiração.

De todos os processos fisiológicos, a respiração é, sem dúvida alguma, um elemento fundamental para o indivíduo relaxar e entrar em transe. Se observarmos um bebê dormindo, perceberemos que a sua barriga aumenta quando ele inspira, e diminui quando expira. Esta é a respiração correta, a respiração que relaxa, a que usa o músculo do diafragma. Porém, o adulto, diante de uma vida estressada, normalmente prende a respiração ou respira mal, porque usa os músculos peitorais, fazendo o movimento inverso ao do bebê, o que o deixa mais tenso ainda. Portanto, focalizar a atenção na respiração diafragmática relaxa e induz a um estado de transe.<sup>8</sup>

Segundo uma lenda oriental, você nasce com determinado número de respirações. Caso você respire aceleradamente, viverá menos. Caso você exercite o respirar, calma e pausadamente, terá longevidade. Nota-se que a respiração é rápida e superficial, quando realizamos muitas atividades físicas ou psíquicas. (...) A pessoa ansiosa e agitada respira rápido e curto. (...) Exercícios de respiração promovem a alteração dos dois hemisférios cerebrais... promovem a calma.<sup>8</sup>

#### 4.5.8 - Hipnoterapia, uso da Hipnose em Psicoterapia.

A utilização da hipnose em psicoterapia (hipnoterapia) requer sua integração em um contexto psicoterápico mais amplo, já que a hipnose é um recurso (uma técnica) e não uma terapia em si. A técnica hipnótica pode ser associada às mais diversas linhas da psicoterapia como a Comportamental, Psicanalítica, Gestalt-terapia, Terapia de Grupo, Terapia Familiar, Psicodrama, etc...

É importante frisar que a experiência hipnótica auxilia na alteração dos sintomas – a sugestão hipnótica pode alterar ou reforçar a percepção e a memória. Outro uso da hipnose é a possibilidade de revelar aos pacientes lembranças inconscientes (recalcadas).

O psicoterapeuta que fizer uso das técnicas hipnóticas deve conhecer bem o seu paciente e usar de cautela ao avançar através das estruturas de defesa do ego deste paciente.

### 5. Grupos.

Pessoas que compartilham uma direção comum e um senso de equipe chegam a seu destino mais facilmente, porque se apoiam na confiança entre si.<sup>27-31</sup>

*Fato: conforme cada ave bate as suas asas, ela cria uma sustentação para a ave seguinte. Voando em formação de "V", o grupo inteiro consegue voar pelo menos 71% a mais do que se cada ave voasse sozinha.*

- Existe força, poder e segurança em um grupo quando os seus componentes viajam na mesma direção, tendo um objetivo comum.

*Fato: Sempre que um ganso sai da formação, ele repentinamente sente a resistência do ar, por tentar voar só e, rapidamente, volta à formação para aproveitar o poder de sustentação da ave imediatamente à frente.*

- Quando o trabalho é árduo, é vantajoso o revezamento.

*Fato: Quando o ganso líder se cansa, ele reveza, passa para trás, enquanto outro ganso assume a ponta.*

- Todos os seres vivos necessitam de apoio e encorajamento.

*Fato: Na formação, os gansos de trás grasnam para encorajar os da frente a manter o ritmo e a velocidade.*

- Nas dificuldades o grupo se fortalece.

*Fato: Quando um ganso adoece ou se fere e deixa o grupo, dois outros gansos saem para ajudá-lo e protegê-lo. Eles o acompanham até a solução do problema, e então, reiniciam a jornada, os três, ou juntam-se a outra formação até encontrar o grupo original.*

O bebê ao nascer compartilha o *ato do nascimento* com sua mãe, portanto, já participa de um grupo, *sua família*. Ele convive com seus pais, avós, irmãos, babá etc. Posteriormente convive nas creches, escolas e nos grupos que a criança forma de maneira espontânea. Esses grupos se renovam e se ampliam na vida adulta, através de grupos profissionais, sociais e da formação de uma nova família.

O ser humano isolado não existe, é uma abstração, não compartilha, pois para ser, nascer, crescer, viver e reproduzir-se precisa do outro. Como é, por natureza, gregário, todas as mudanças à sua volta o afetam profundamente.

O **Grupo Terapêutico** permite a cada um de seus elementos expressar suas angustias a partir do seu imaginário. Permite também que cada pessoa, simultaneamente, observe os efeitos que suas fantasias produzem no grupo. O grupo é um agente modificador do indivíduo e o inverso também é verdadeiro, o indivíduo pode ser um modificador do grupo.<sup>27-31</sup>

A psicoterapia de grupo é resultado da união e da contribuição das Ciências Sociais, através da Sociometria, Sociologia, Antropologia Social, Psicologia Social e da Teoria Psicanalítica.

O pioneiro da Psicoterapia de Grupo foi o médico J. Pratt que, em 1906, criou um método de *classes coletivas* para falar e tratar sobre higiene e sobre os problemas da tuberculose. Sua prática clínica foi com um grupo de 80 pacientes, no qual utilizou, pela primeira vez, as emoções coletivas, com finalidade terapêutica. Posteriormente, sua abordagem foi estendida a outras categorias como os alcoólatras – Alcoólicos Anônimos (AA), organização iniciada em 1935. Atualmente, os programas para pacientes com AIDS adotam princípios criados por Pratt.

Jacob Lewin Moreno<sup>30</sup>, desde muito cedo, já trabalhava com grupos. Em 1913, trabalhou com grupos de prostitutas e de presos, através de discussões, dramatizações e técnicas de grupo. Em 1915 e 1917 trabalhou num campo de refugiados tirolezes, mas o termo Psicoterapia de Grupo só começou a ser usado em 1931. Nessa época foram criadas as duas principais organizações de terapeutas de grupo para tratamento de transtornos psíquicos: a Associação Americana de Psicoterapia de Grupo, fundada por Samuel Slavson, e a Sociedade Americana de Psicoterapia de Grupo e Psicodrama, criada por Moreno.

A origem do Psicodrama está no Teatro Espontâneo e surgiu do jogo. Segundo Moreno<sup>30</sup> *o jogo é um fenômeno ligado à espontaneidade e à criatividade e seria o princípio da auto-cura e da terapia de grupo*. É uma abordagem centrada na Sociometria (medida dos relacionamentos interpessoais), uma tentativa de estender o conceito de encontro à sociedade inteira, centrada, também, na dramatização de conflitos psicológicos como fatores terapêuticos. Para Moreno, *primeiro é o grupo, depois o indivíduo*. Ele fala também da Sociatria, uma ciência para a cura dos sistemas sociais (uma utopia). *Seria não mais a cura de um pequeno grupo e sim do grupo maior, a humanidade*.

As mudanças na economia americana propiciaram o desenvolvimento dos trabalhos em grupo. Em 1941, com o ataque japonês a Pearl Harbour e a entrada americana na II Guerra Mundial, houve uma intensa modificação na economia - uma recessão e posteriormente uma rápida recuperação da economia. Uma vez que a preocupação consistia em recuperar rapidamente a saúde mental da mão-de-obra que havia sofrido traumas decorrentes da guerra e por existir um número limitado de terapeutas para tratar grande número de pessoas, a *Psicoterapia de Grupo* foi considerada um importante recurso terapêutico e ganhou status científico.<sup>30</sup>

J. Pratts e Jacob. L. Moreno<sup>30</sup> foram os precursores da psicoterapia de grupo, que surgiu intuitivamente e, ao longo do tempo, foi enriquecida pelos aportes de outras teorias como: a Teoria do Campo da Psicologia e Sociologia, de Kurt Lewin; os Grupos de Encontro, de Carls Rogers; a Gestalt-Terapia, de Perls; a Psicanálise de Grupo, de Bion; e o Grupo Operativo, de Pichon-Rivière, entre outras.

No método de Kurt Lewin, denominado *T-Group* ou Grupo de Treinamento, a pressuposição básica é: *é possível a modificação da conduta individual através de transformação do comportamento em grupo*.

Pichon Rivière começou a trabalhar com grupos à medida que observava a influencia do grupo familiar em seus pacientes. Sua primeira experiência com grupos foi a Experiência Rosário (1958), quando dirigiu grupos heterogêneos e desenvolveu a técnica de Grupo Operativo, que seria o grupo centrado em uma tarefa onde teoria e prática atuam permanentemente no aqui-ago-ra. Para Pichon, *o grupo é o agente da cura, e a atividade terapêutica está centrada na mobilização de estruturas e de condutas estereotipadas que imobilizam a realização de uma tarefa de grupo*. O grupo Operativo é uma maneira de pensar e operar em grupos, seja grupo terapêutico, familiar, de reflexão, ensino-aprendizagem ou quaisquer outros.<sup>36</sup>

Pichón desenvolveu os conceitos de verticalidade e de horizontalidade. Verticalidade seria a história pessoal de cada participante do grupo, e horizontalidade seriam os elementos que caracterizam o grupo. Os indivíduos assumem diversos papéis no grupo e estes papéis se formam de acordo com a representação que cada indivíduo tem de si, que responde às expectativas dos ou-

tros elementos do grupo. De acordo com Pichon, podemos destacar os papéis de: porta-voz, de bode expiatório, de líder e de sabotador.

- Porta-voz – o indivíduo que mostra que a ansiedade do grupo está dificultando a tarefa.
- Bode expiatório – expressa a ansiedade do grupo, mas sua opinião não é aceita e este indivíduo pode se tornar o culpado pelas dificuldades ou fracassos do grupo.
- Líder – dependendo do tipo de liderança assumida pelo coordenador, o grupo pode ficar dependente e agir de acordo com o líder e não como o grupo.
- Sabotador – sabota a evolução e conclusão das tarefas, pode desestruturar o grupo.<sup>36</sup>

Bion, a partir das experiências como terapeuta de grupo durante a Segunda Guerra Mundial e das teorias freudianas (Totem e Tabu e Psicologia do Ego), fornece um novo impulso à tentativa de fundamentar cientificamente a Psicanálise de Grupo. Ele defendeu a ideia de que o *terapeuta de grupo reside essencialmente em confrontar o grupo como um todo e com seus temas de fantasias inconscientes*. Os fenômenos mentais grupais só podem ser percebidos no espaço de convivência grupal.

Bion criou algumas expressões como:

- Mentalidade grupal – um grupo funciona como uma unidade. Transcende o indivíduo.
- Cultura Grupal – resulta da oposição entre os desejos do indivíduo e as necessidades da mentalidade grupal.
- Valência – maior ou menor capacidade de cada indivíduo de participar dentro de um grupo.<sup>36</sup>

Bion foi observando os grupos e identificou uma dinâmica marcada pela presença de uma tensão entre duas posições: a participação consciente e responsável dos indivíduos com o trabalho do grupo e, por outro lado, a adesão anônima na qual tudo é visto através de uma liderança que servirá como salvação para as ansiedades do grupo.

Segundo Bion, todo grupo opera em dois níveis simultâneos, opostos e interativos, denominados *grupo de trabalho e pressupostos básicos*.

O grupo de trabalho está voltado para os aspectos conscientes de uma determinada tarefa combinada por todos os membros do grupo.

*Pressupostos Básicos obedecem mais às leis do inconsciente dinâmico, ignoram a noção de tempo, de relação causa-efeito ou se opõem a todo processo de desenvolvimento.*<sup>27</sup>

Bion identificou 3 tipos de pressupostos básicos, próprios dos fenômenos de mentalidade de grupo: dependência, acasalamento e luta-fuga.

- Dependência – o grupo apoia e venera seu líder de características carismáticas, busca receber proteção e é sustentado tanto material quanto espiritualmente pelo líder.
- Acasalamento – corresponde à crença coletiva e inconsciente de que o líder deste grupo está por nascer, podendo ser uma ideia ou um indivíduo. A atenção e a esperança dos participantes deste grupo estão voltadas para o futuro.
- Luta-fuga – Os membros deste grupo estão convencidos de que existe um inimigo que precisa ser evitado ou combatido. Pode ser uma ideia ou uma pessoa, pode ser colocado da seguinte forma: *estamos reunidos para lutar com alguma coisa ou dela fugir.*<sup>27</sup>

Bion estudou também a dinâmica de grandes grupos: a Igreja, que funciona sob os moldes da Dependência; o Exército, que funciona sob os moldes de luta-fuga; e a Aristocracia, que segue o modelo do acasalamento.<sup>27</sup>

O desenvolvimento de técnicas de psicoterapia breve, individual e em grupo, teve grande expansão nos Estados Unidos. A praticidade dos americanos, aliada à pressão para redução de custos nos planos de saúde, estimulou o desenvolvimento de programas utilizando a Psicoterapia de Grupo.

Ultimamente, algumas organizações de grupos vêm se formando, principalmente grupos de autoajuda, nas quais são compartilhados problemas psicológicos ou condições médicas semelhantes.

Novas ideias, propostas ou adaptações vêm sendo desenvolvidas. Então será possível usar várias combinações nos trabalhos de grupos e, a partir daí, criar novos modelos de tratamentos com grupos.

Para finalizar a ideia de grupo, (“o encontro entre o “eu” e o “tu” formando o “nós”) não poderíamos deixar de citar um trecho do poema de Moreno, o criador da Psicoterapia de Grupo.

*As Palavras do Pai: um encontro de dois: olho a olho, cara a cara e, quando estiveres perto, arrancarei teus olhos e os colocarei no lugar dos meus, e tu arrancarás meus olhos e os colocarás no lugar dos teus, então te olharei com os teus olhos e tu me olharás com os meus.*<sup>30</sup>

Assim até a coisa comum serve ao silêncio e nosso encontro é a meta sem cadeias: o lugar indeterminado, em um momento indeterminado, a palavra indeterminada ao homem indeterminado.<sup>30</sup>

## 6. Hipnose em Grupo como Recurso para Tratamento da Aviofobia.

### 6.1. Hipnose em Grupo.

A história da humanidade se refere a um homem que viveu há dois mil anos e, pela sua capacidade de atrair seguidores, atingiu multidões.

As religiões e os grupos humanos sempre caminharam juntos. As cerimônias religiosas e de cura dos povos primitivos e, também, das civilizações mais desenvolvidas, mostram uma grande sabedoria ao atribuir força aos grupos na estrutura da vida social.

Pelos estudos das cerimônias dos povos primitivos, as induções do transe eram realizadas através de cantos rítmicos (batidas monótonas de tambores que estimulavam a fixação do olhar e a catalepsia), condutas usadas como sugestão de cura das enfermidades, uma vez que, os medos e a insegurança diminuam em situações em que os indivíduos não estavam sozinhos. Foram criados então os Conselhos, as práticas religiosas, danças e rituais.<sup>28-31</sup>

Antigos autores já haviam percebido a possibilidade de induzir a hipnose ao mesmo tempo em diversos pacientes. Segundo Akstein<sup>8</sup>, o pioneiro pode ter sido Wetterstrand, porém Mesmer foi o iniciador da Hipnose em Grupo que, por desconhecimento no início, atribuiu aos astros e aos metais o que dependia exclusivamente da sua *palavra* e da capacidade de *imaginação* de cada paciente.

Mesmer acreditava que corpos celestes emitiam um fluido magnético ligando os corpos entre si. Este fluido que ele intitulou *magnetismo animal* agiria no corpo humano provocando crises e fenômenos nervosos. Mais tarde percebeu a importância da sua presença na “cura” de seus pacientes, pois acreditava também que possuía qualidades magnéticas recebidas diretamente dos astros, às quais denominou de *magnetismo humano*. Este magnetismo poderia ser transmitido para outra pessoa, caso ela o tocasse diretamente ou pegasse no objeto por ele manuseado.

Mesmer costumava atender grupos. Os pacientes tinham que dar as mãos, pois ele acreditava que correntes circulantes entre os membros (magnetismo animal) fornecessem novas forças a cada indivíduo, e assim curavam seus males. Na verdade, o que Mesmer produzia eram sugestões.

Segundo Akstein<sup>8</sup>, a Escola Pavloviana tem demonstrado que o processo da formação dos reflexos condicionados é mais fácil na hipnose em grupo, por conta do mecanismo de imitação.

Em 1965, no Congresso Internacional de Hipnose em Paris, David Akstein apresentou uma técnica de Psicoterapia de Grupo, a *Terpsicoretranseterapia* (TTT). Para ele, *os pacientes liberam as tensões represadas, mediante o transe cinético, o qual é induzido e mantido com o auxílio de uma orquestra, que tem como instrumento mais importante o tambor.*<sup>8</sup>

Akstein<sup>8</sup> fez uma analogia entre um baile e a TTT: assim como em um baile de classe elevada não se deve mesclar indivíduos de uma classe menos favorecida, também os critérios de seleção de pacientes para esse tipo de psicoterapia devem obedecer aos níveis sociais. Na TTT não há comunicação verbal.

Podemos citar atualmente diversas formas de transe: palestras religiosas e políticas, meditações grupais, rituais litúrgicos, movimentos musicais para os jovens (Pop, Funk, Rock etc.), danças, novelas. O transe é um fenômeno comum e a televisão é a grande hipnotizadora das massas.

De acordo com Wolberg, as finalidades principais para induzir um transe hipnótico em grupo são:

- Facilitar e aumentar a sugestibilidade - a força do grupo torna o paciente mais calmo e seguro, o instinto de imitação é mais intenso.
- Facilitar e abreviar o processo psicoterápico - o transe hipnótico em grupo pode se induzir através das técnicas da hipnose clássica ou de metáforas da hipnose moderna.<sup>23,33,34</sup>

Na Hipnose Clássica usamos as seguintes técnicas em grupos<sup>21-23</sup>:

1. **Pestanejamento Comandado** – é uma técnica complexa, porém é mais precisa e segura a resposta da sua profundidade em cada paciente. Permite também selecionar pacientes com a mesma graduação hipnótica. O ideal é ter outro hipnólogo ou hipniatra auxiliar. Aplicado a grupos de no máximo seis pessoas.

OBS. Este método somente deverá ser usado em grupo por um profissional com muita experiência da metodologia hipnótica.

2. **Relaxamento Progressivo** - não é possível avaliar a profundidade hipnótica alcançada. Este método pode ser aplicado a grandes grupos.
3. **Treinamento Autógeno** (Schultz) - para ser usada em grupo, esta técnica requer experiência, pois precisa de cuidados especiais que possibilitem que cada participante viva o processo de forma individualizada.
4. **Método da Estrela ou Ponto Luminoso** - pode ser aplicado também a grandes grupos. Permite avaliar, a certo ponto, a profundidade hipnótica, podendo usar a levitação dos braços.
5. **Hipnodrama** – utiliza um recurso introduzido por Moreno, o Psicodrama, que combina a hipnose com métodos dramáticos. É utilizado em pequenos grupos.

## 6.2. Tratamento da Aviofobia com Hipnose em Grupo.

Como no atendimento individual, um bom *rappor*t entre os membros do grupo é fundamental, principalmente porque a pressão interna e externa do grupo para tirar o hipnoterapeuta do seu papel é bem maior do que no atendimento individual.<sup>35</sup>

Para obter um bom desempenho, o grupo deve ter seu objetivo claro e bem definido por todos os elementos. Grupo significa estar junto, em função de um objetivo comum. Com o objetivo de tratar a fobia de avião, o grupo se organiza, se estrutura e constrói relações complexas entre seus participantes.

O atendimento através da hipnose em grupo, para tratamento de aviofóbicos, pode ser feito com um grupo fechado (não inclui novos membros durante o tratamento) ou aberto (admite-se novos elementos no período de tratamento).

Ao montar grupos de aviofóbicos é necessário fazer uma entrevista individual e, na medida do possível, selecionar seus integrantes de acordo com a profundidade hipnótica alcançada por cada um. Porém, como o ideal nem sempre é possível, o hipnoterapeuta precisa ficar atento para retirar o paciente que, por ventura, não venha a entrar em transe, ficando de olhos abertos. A retirada deve ser feita com cuidado para não fazer ruído e, posteriormente, será aplicado outro método em sessão individual.

No processo hipnótico temos o grau hipnoidal, grau leve, grau médio, grau profundo ou sonambúlico. Geralmente os pacientes se beneficiam em qualquer grau. Na hipnose em grupo, para obter-se um resultado desejado, não há necessidade dos pacientes atingirem o grau profundo.<sup>28-31</sup>

O tempo de duração do tratamento com hipnose em grupo e a frequência do grupo às sessões pode ser combinado com os próprios pacientes, dependendo das possibilidades do profissional e dos elementos que compõem o grupo, que normalmente fica entre seis e dez pessoas. A duração das sessões é, em geral, de duas horas.<sup>28-31</sup>

De um modo geral, o medo – e o de voar não é diferente – provoca uma reação de stress e, por conta disso, a respiração do aviofóbico fica mais acelerada e profunda, (hiperventilação), podendo causar um excesso de oxigenação do sangue e levar o indivíduo a ter formigamentos em várias partes do corpo. Para diminuir os sintomas da hiperventilação, o aviofóbico precisa respirar corretamente. A técnica de respiração diafragmática consegue acabar com esses sintomas físicos desagradáveis. O controle da respiração é fundamental para o aviofóbico relaxar e para fazer auto-hipnose quando estiver voando, ou quando estiver fazendo o tratamento em grupo, a fim de entrar em transe hipnótico.<sup>35</sup>

O medo de avião também provoca, além de uma inquietação interior, contrações musculares. O Método do Relaxamento Progressivo facilita o transe hipnótico eliminando o grau de tensão (com a musculatura relaxada não é possível a sensação de medo). É uma técnica muito usada para induzir o estado hipnótico em grupo. Podemos também associar essa técnica, que é da hipnose clássica, com algumas metáforas sobre fobia de avião.

A fobia encontra morada em um pensamento distorcido e, em consequência, até o gestual e a maneira de falar sofre alterações, o que deixa os indivíduos muito constrangidos. Ao trabalhar em grupos, porém, sentem-se mais calmos e confiantes, pois percebem que não estão sozinhos em seus sintomas.

O Método do *Pestanejamento Comandado* permite fazer uma melhor seleção da profundidade hipnótica nos pacientes com fobia de avião, facilitando a padronização das sugestões administradas na hipnose em grupo. Esta técnica precisa ser administrada muito lentamente, porque o hipnoterapeuta precisa observar se todos os pacientes estão com catalepsia palpebral.

Mencionamos, até aqui, o tratamento com Hipnose em Grupo utilizando as técnicas da Hipnose Clássica, que tem uma abordagem de usar sugestões diretas. Não podemos esquecer, entretanto, que a Hipnose Eriksoniana, que utiliza os meios naturalistas de autocura, com a abordagem indireta através de histórias, metáforas, anedotas, é tão importante quanto à primeira. Esses recursos podem favorecer *insights*, atuando no inconsciente, gerando mudanças e, consequentemente, uma solução para o problema do paciente.<sup>21-23</sup>

É importante lembrar que a hipnose é um excelente recurso, quando associado a uma psicoterapia (tendo como base uma determinada teoria psicológica). Para trabalhar com grupos e, principalmente, com Hipnose em Grupo, o hipnoterapeuta deve ser experiente e ficar bem atento, porque, como cada transe é único, pode existir uma variação significativa da receptividade à hipnose, de um paciente para outro.

Devemos associar algumas informações ao tratamento com hipnose em grupo para aviofóbicos. Alguns “conselhos” para uma boa via-gem<sup>35</sup>:

- Confiar no piloto e na técnica de voo. O conhecimento do mecanismo e da tecnologia do avião tranquiliza.
- Aceitar o medo. Pode haver a surpresa de que o “monstro” não é como o indivíduo imagina.
- Evitar criar inimigos imaginários, não pensar em catástrofes.
- Evitar bebidas alcoólicas. O álcool pode produzir reações negativas, ao invés de relaxar.
- Evitar a cafeína (café, chocolates, bebidas tipo cola). Em pessoas ansiosas, essa substância pode provocar nervosismo, medo, taquicardia etc...
- Usar roupas leves e confortáveis.

- Chegar ao aeroporto com tempo suficiente para realizar com tranquilidade os trâmites da viagem.
- Beber muito líquido e escolher alimentos de fácil digestão.
- Focalizar a atenção em algo agradável como uma revista, um livro ou conversar com outras pessoas. Evitar prestar atenção às sensações.
- Respirar com o diafragma. Essa respiração relaxa e tranquiliza.

A maioria dos acidentes aéreos ocorre na fantasia do indivíduo, e não na realidade. Parafraseando Zeig<sup>26</sup>, *As coisas nem sempre são como parecem*, então, bem melhor é fixar os pensamentos na razão e deixar fluir a imaginação...

Há 2.000 anos o filósofo grego Epicteto já afirmava: *Não são as coisas que inquietam os homens, mas sim a imaginação do que seriam elas*.

## 7. Considerações Finais.

É preciso, cada vez mais, unir forças para atender a uma demanda por tratamentos dos transtornos de ansiedades (incluindo aqui as fobias) decorrentes dos graves problemas sociais e econômicos que afetam os indivíduos. A pressão dos planos de saúde, o poder da mídia, principalmente da TV, enfatizando as grandes catástrofes, faz com que a imagem ocupe o lugar do pensamento e confunda o que é real ou imaginário.

Como sabemos, nos primórdios o transporte era feito por meio dos animais. Com a invenção da roda, passamos a usar carroças. Mais tarde vieram os navios, bondes, carros, trens, ônibus e o avião. Esse último possibilitou ao homem se deslocar com muita rapidez, porém o progresso, que era para facilitar, trouxe muitos conflitos ao homem moderno e, conseqüentemente, altas taxas de doenças provocadas pelos transtornos de ansiedade, incluindo a fobia de avião.

De um modo geral, este estudo permite acrescentar que o tratamento em grupos utilizando a Hipnose é uma atividade terapêutica que além de reduzir tempo e custo em tratamentos, poderá beneficiar as pessoas que têm fobia de avião. Como o trabalho em grupos provoca uma reação em cadeia, acredita-se que possa reduzir em todos os componentes do grupo a ansiedade e, conseqüentemente, a fobia, trabalhando também a autoestima e os bloqueios emocionais.

Espera-se, de alguma forma, com esse trabalho contribuir para o desenvolvimento do tratamento da Aviofobia, utilizando a hipnose em grupos e, no futuro, poder dar continuidade a este estudo.

Finalmente, vale ressaltar que, apesar da história mostrar que a hipnose, por desconhecimento, sempre esteve envolvida em mistérios e questionamentos, o fato é que, esta técnica vem sendo usada há muito tempo, e em várias civilizações, com excelentes resultados.

## Referências.

1. Remor EA. Tratamento psicológico do medo de viajar de avião, a partir do modelo cognitivo: caso clínico. *Psicol. Reflex. Crit.* 2000; 13(1). Doi. 10.1590/S0102-79722000000100021
2. Villela R. Pânico nas alturas. *Veja* 1998; 31:122-129.
3. Brasil supera segurança dos voos na Europa. *Folha de São Paulo. Cotidiano.* São Paulo, 29/10 2000.
4. Dean RD. Whitaker KM. Fear of flying: Impact on the U.S. Air travel industry. Boeing Company Document, BCS-00009-RO/OM, 1980.
5. Dean R D, Whitaker KM. Fear of flying: Impact on the U.S. air travel industry. *Proceedings of the 26th Annual Meeting of Human Factor Society* (pp. 470-473). Santa Monica, CA: Human Factor Society, 1982.
6. Instituto Condor. <http://www.institutocondor.com.br/condor/Portugues/>
7. Santos Dumont: As Asas do Homem. Um inventor de talento, apaixonado pelos desafios, realizou o sonho impossível, mas não suportou ver sua primazia contestada. *Ver. Super Interessante*, 31/031998.
8. Akstein D. *Hipnologia*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora Hypnos, 1973
9. Bauer SMF. *Hipnoterapia Ericksoniana Passo A Passo*. Ed. Psy, São Paulo, 1998
10. Rojas E. *A Ansiedade*. São Paulo: Ed. Mandarim, 1997.

11. Nardi AE, Valença AM. Transtorno de Pânico, Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2005.
12. Freud S. Duas Histórias Clínicas – O Pequeno Hans e o Homem dos Ratos. E.S.B. Vol.X. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.
13. Freud S. Inibições, Sintomas e Ansiedades. E.S.B. Vol. XX. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.
14. Freud S. Estudos Sobre A Histeria, E.S.B. Vol. II. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.
15. Ballone G. <http://gballone.sites.uol.com.br/você/medos>.
16. Kaplan HI, Sadok BJE, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria; Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7ª Edição, Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1997.
17. Machado A. Neuroanatomia Funcional. 2ª Edição. São Paulo: Ed. Atheneu, 2003.
18. CID-10- Classificação Internacional de Doenças.
19. Lent R. Cem Bilhões De Neurônios. Conceitos Fundamentais de Neurociência. São Paulo: Livraria Atheneu, 2001.
20. Bauer SMF. Síndrome do Pânico. Um Sinal Que Desperta. Ed. Caminhos, 2001.
21. Faria AO. Manual de Hipnose Médica e Odontológica. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Ed. Livraria Atheneu Ltda, 1979.
22. Biblioteca de Ciências Herméticas e Psicologia Experimental. Hipnotismo. São Paulo: Ed. Pensamento, 1989/97.
23. Weissmann K. O Hipnotismo. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia, 1978.
24. Rossi EL. A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo. 2ª Edição. São Paulo: Ed. Psy, 1997.
25. Lecron LM. Auto-Hipnose. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1966.
26. Zeig JK. Seminários Didáticos Com Milton Erickson. São Paulo: Ed. Psy, 1995.
27. Zimerman DE. Fundamentos Básicos das Grupo-terapias. 2ª Edição. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2000.
28. Filho Bechelli LPC, Santos MA. Psicoterapia de Grupo: Como Surgiu, Evolucionou. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2004.
29. Freud S. Psicologia de Grupo. Vol. XVIII, Ed. Imago, Rio de Janeiro, 1976.
30. Moreno JL. Psicoterapia de Grupo. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1974.
31. Luchins AS. Psicoterapia de Grupo. São Paulo: Ed. Cultrix, 1970.
32. Robles T. A Magia de Nossos Disfarces. Belo Horizonte: Ed. Diamante, 2001.
33. Robles T. Concerto para Quatro Cérebros. Belo Horizonte: Ed. Diamante, 2001.
34. Pelt SJ. Van, Segredos do Hipnotismo. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1970.
35. Krefting R, Bayaz A. Voando Sem Stress. São Paulo: Ed. Cla, 2002.
36. Beal George M, Bohlen, Joe M., Raudabaugh, J.Neil, Liderança e Dinâmica de Grupo, 6ª Edição, Ed. Zahar, 1972.