

TRIPOFOBIA, UMA FOBIA POR CONTAR? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João B. Fonseca¹
Eduarda Machado¹
Rosa Rodrigues²
Patrícia Mendes³

RESUMO

A tripofobia define o medo intenso, ou aversão, a padrões irregulares ou agrupamento de pequenos buracos ou saliências. Embora não seja reconhecida pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais, a descrição da tripofobia cumpre em muitos casos critérios para ser classificada como uma fobia específica.

A maioria dos indivíduos queixa-se de um medo desproporcional dirigido a imagens compostas por buracos ou padrões geométricos repetitivos cuja visualização desencadeia uma resposta ansiosa com intensa sintomatologia neurovegetativa e que pode conduzir a evitamento fóbico e ansiedade antecipatória a essas imagens.

Descrevemos um caso de uma adolescente de 15 anos de idade que foi referenciada à consulta de Pedopsiquiatria por perturbação ansiosa com sintomas somáticos e comportamentos ritualizados de ordem e verificação. Referia sentir náuseas, taquicardia e inquietação interna sempre que observava padrões geométricos (como olhar para kiwis, morangos e favos de mel) e evitar situações em que antecipava a existência desses padrões. A doente foi medicada com fluvoxamina 50 mg id e manteve acompanhamento psicológico com melhoria do quadro clínico.

Com este caso pretendemos rever a literatura existente sobre tripofobia e contribuir para uma melhor compreensão da sua existência em outras patologias psiquiátricas como as perturbações da ansiedade.

Palavras-chave: Tripofobia, Aversão, Perturbação de Ansiedade, Fobia Específica.

¹ Interno Psiquiatria Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães.

² Psiquiatra Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães.

³ Pedopsiquiatra Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães.

INTRODUÇÃO

A tripofobia define o medo intenso, ou aversão, a padrões irregulares ou agrupamento de pequenos buracos ou saliências. O termo deriva do grego *trýpa* (buraco) e *phóbos* (fobia) e tem sido utilizado sobretudo em comunidades online que se identificam com esta condição⁽¹⁻²⁾.

A maioria dos indivíduos queixa-se de um medo desproporcional dirigido a imagens compostas por buracos ou padrões geométricos repetitivos cuja visualização desencadeia uma resposta ansiosa com intensa sintomatologia neurovegetativa e que pode conduzir a evitamento fóbico e ansiedade antecipatória a essas imagens. Os estímulos envolvem uma grande variedade de imagens que podem ser inócuas como as sementes da flor de lótus, favos de mel, esponjas e bolhas, ou sinalizadores de perigo como padrões característicos de certos animais venenosos presentes em cobras ou peixes, por exemplo⁽²⁻³⁾.

Apesar da literatura científica deste fenómeno ser limitada, Cole et al. (2013) estudaram um grupo de 286 adultos aos quais foi pedido que indicassem se uma imagem considerada tripofóbica (sementes de flor de lótus) era aversiva ou repulsiva. Estimaram que 11% dos 91 homens e 18% das 195 mulheres incluídos no estudo apresentavam aversão ao estímulo, sugerindo a existência de um subgrupo da população geral que apresenta suscetibilidade para se enquadrar nesta condição⁽²⁾. Estas características individuais foram verificadas com o desenvolvimento duma escala psicométrica (*Trypophobia Questionnaire*) que se correlacionou positivamente com a propensão para o desenvolvimento de tripofobia⁽⁴⁾.

Numa tentativa de esclarecer as características clínicas deste quadro, Vlok-Barnar et al. (2017) aplicaram um questionário a 195 indivíduos pertencentes a um grupo online de tripofobia e verificaram que a maioria dos indivíduos era do género feminino, apresentava sintomas persistentes desde a adolescência e que nunca tinha procurado ajuda médica. As perturbações psiquiátricas mais comumente associadas foram as perturbações depressivas e a perturbação de ansiedade generalizada em 19 e 17% dos casos, respetivamente. Embora o nojo fosse o sintoma mais comumente identificado comparativamente com o medo, os indivíduos preenchiam mais critérios para o diagnóstico de uma fobia específica do que para perturbação obsessiva compulsiva⁽³⁾.

Tradicionalmente, a tripofobia tem sido entendida de um ponto de vista comportamental, mas dado que a maioria dos estímulos não apresenta um perigo real, algumas hipóteses evolucionistas argumentam que a aversão a estes padrões tripofóbicos poderá estar associada a uma resposta inata de evitamento de agentes patogénicos e animais perigosos⁽²⁾.

Embora não seja reconhecida pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-5), a descrição da tripofobia cumpre em muitos casos critérios para ser classificada como uma fobia específica, no sentido em que os pacientes apresentam medo persistente ou ansiedade situacional desencadeados por um objeto específico, desproporcional ao perigo real, levando ao evitamento e ao prejuízo do funcionamento social ou ocupacional do indivíduo⁽⁵⁾.

Na prática clínica, este conjunto de sintomas é pouco habitual, mas a emergência de grupos de discussão *online* com partilha de casos sobre tripofobia mostra que esta condição pode não ser assim tão incomum.

Com este caso pretendemos rever a literatura existente sobre tripofobia e contribuir para uma melhor compreensão da sua existência em outras patologias psiquiátricas como as perturbações da ansiedade.

CASO CLÍNICO

Apresenta-se o caso de uma adolescente do género feminino, de 15 anos de idade, que frequenta o 10º ano de escolaridade na área de Humanidades e que foi referenciada para a consulta de Pedopsiquiatria pelo seu médico assistente por quadro ansioso com características somáticas.

No momento da observação, a adolescente encontrava-se a viver com a mãe. Os pais divorciaram-se quando tinha 8 anos e até há um ano esteve a viver juntamente com os avós maternos. A relação com o pai era caracterizada por instabilidade, com ausências prolongadas do mesmo, não mantendo contactos regulares. A mãe tinha antecedentes de patologia psiquiátrica com história de vários episódios depressivos com necessidade de tratamento farmacológico. Para além da perturbação depressiva materna, não se apuraram outros antecedentes psiquiátricos familiares, nomeadamente perturbações de ansiedade.

A adolescente apresentava antecedentes de seguimento em consultas de Psicologia para onde foi enviada 3 anos antes por queixas somáticas recorrentes, como dor abdominal, relacionadas com a ida para a escola e ansiedade de desempenho. A situação terá sido precipitada por conflitos entre os pais com envolvimento da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens.

Os sintomas ter-se-ão manifestado cerca de 6 semanas antes da consulta de Pedopsiquiatria e incluíam sintomatologia ansiosa caracterizada por inquietação interna e manifestações somáticas que coincidiram com nova descompensação depressiva da mãe. Referia preocupações excessivas com a saúde da mãe e com

a sua performance escolar, com ansiedade de desempenho e evitamento do ambiente escolar com absentismo. Passava várias horas a organizar o quarto com comportamentos ritualizados de ordem e verificação.

Associadamente, descrevia crises de ansiedade com medo intenso despoletado pela visão de objetos esburacados ou com protuberâncias organizadas num padrão regular (Figura 1). A inquietação psíquica era sempre acompanhada por sintomas neurovegetativos incluindo náuseas, taquicardia, tremor, xerostomia e inquietação motora. Estes episódios eram despoletados por estímulos inócuos como ver morangos, kiwis fatiados e favos de mel. Reconhecia estas reações como estranhas, intensas e desproporcionadas, mas incontroláveis descrevendo que “a imagem dá-me nojo, é estranho... sei que me vou sentir mal e por isso evito olhar para elas, fico incomodada” (sic). Admitia evitar situações em que antecipava a existência desses padrões. Não conseguia localizar cronologicamente a primeira vez que experienciou estes sintomas e não foi possível estabelecer uma correlação entre o seu início e uma experiência aversiva prévia. A adolescente refere, contudo, um agravamento das crises de ansiedade aos estímulos identificados com a situação escolar e familiar que vivenciava como negativas.

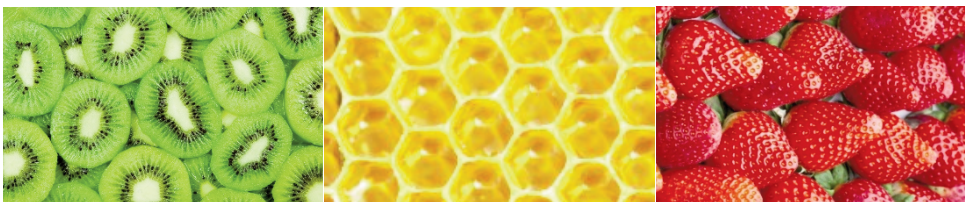


Figura 1. Exemplos dos estímulos aversivos que a doente referiu

Mais ainda, apresentava cognições negativas com sentimentos de tristeza e baixo autoconceito e necessidade de controlo e organização. Também apresentava dificuldades no sono. Negou ideias e comportamentos autolesivos.

A doente foi medicada com fluvoxamina 50 mg id com boa resposta na diminuição dos níveis de ansiedade e melhoria do padrão de sono.

Complementarmente à intervenção psicofarmacológica, a adolescente iniciou intervenção psicoterapêutica de base cognitivo-comportamental, aplicando-se o protocolo de dessensibilização sistemática para fobia específica. Inicialmente, procedeu-se à psicoeducação da adolescente sobre ansiedade e foi explicada a intervenção. Posteriormente, a exposição ocorreu de forma gradual e seriada aos estímulos aversivos identificados que foram hierarquizados por

ordem crescente de intensidade ansiogénica, começando-se pela exposição aos estímulos menos ameaçadores (pensar em imagens com buracos) até aos mais ameaçadores (visualizar imagens/objetos com buracos como as representadas na Figura 1). Ao longo das sessões, a estimulação repetida a cada um dos estímulos era realizada até se verificar diminuição da resposta fisiológica desencadeada pelo mesmo e extinção das respostas comportamentais (evitamento) e cognitivas (associação do estímulo a consequências catastróficas).

Ao fim de meio ano, apresentava melhoria do quadro clínico com tolerância aos estímulos causadores das respostas aversivas, maior sensação de autocontrolo e autoeficácia. A adolescente decidiu mudar de escola e ingressar num curso profissional de moda, descrevendo sentimentos de gratificação e boa integração.

DISCUSSÃO

Este caso representa uma descrição típica de tripofobia enquanto um desconforto ou aversão a estímulos repetitivos. Neste caso, os sintomas de ansiedade somática também se poderiam enquadrar no funcionamento obsessivo da doente, embora isso não exclua a presença comórbida de sintomas fóbicos enquadráveis na tripofobia dada a especificidade da associação entre os estímulos tripofóbicos, a ansiedade excessiva desencadeada por eles e o evitamento posterior. Com efeito, estima-se que a comorbilidade de outras perturbações psiquiátricas com a fobia específica varie entre 50 e 80%, especialmente perturbações de ansiedade como se verifica neste caso⁽⁶⁾.

As fobias são das perturbações psiquiátricas mais comuns e a sua prevalência estimada é de 7 a 9%. Nos adolescentes entre os 13 e 17 anos a prevalência sobe para os 16%, representando uma condição que deve ser alvo de intervenção pela possibilidade de persistir ao longo da vida e condicionar impacto na vida do indivíduo⁽⁵⁾. As intervenções na fobia específica podem ser de diversos tipos, sendo que a exposição ao estímulo por dessensibilização sistemática é uma técnica bastante utilizada. Apesar da tripofobia ser ainda uma condição pouco estudada, há a descrição de um caso clínico em que houve melhoria sintomática com a aplicação desta técnica, de forma semelhante ao caso que aqui se descreve⁽⁷⁾.

Para além do exposto, destacam-se como fatores de predisposição para o desenvolvimento de tripofobia neste caso as cognições negativas da adoles-

cente, o seu funcionamento obsessivo e a instabilidade familiar que são características predisponentes mencionadas na literatura⁽⁵⁾.

Embora os estudos disponíveis sobre o curso e prognóstico das fobias específicas, e especialmente da tripofobia, sejam limitados podemos justificar a evolução favorável verificada neste caso pelo contributo de vários fatores. Dentre eles, salientam-se o tratamento da perturbação depressiva materna que melhorou o relacionamento familiar; o bom nível cognitivo que a adolescente apresentava e a sua adesão às intervenções propostas; e boa adaptação e satisfação ao novo projeto escolar com integração no grupo de pares.

Os mecanismos para explicar os sintomas despoletados pelos estímulos tripofóbicos não estão claramente esclarecidos, mas vários autores propuseram algumas hipóteses. Yamada et al. (2017) propuseram que a tripofobia poderia constituir uma proteção involuntária contra dermatoses. Esta hipótese argumenta que as pessoas que experienciam reações emocionais negativas quando expostas a estímulos tripofóbicos, provavelmente associam-nos de forma involuntária a doenças dermatológicas que partilham as mesmas características visuais. Em linha com estes dados, os investigadores verificaram que os indivíduos que tinham história de problemas dermatológicos apresentavam maior suscetibilidade para evitar estímulos tripofóbicos semelhantes a fontes patogénicas que podem provocar dermatose⁽⁸⁾.

Kupfer e Le (2018) conceptualizam a tripofobia como um mecanismo de evitamento de doenças e ectoparasitas. De um ponto de vista evolucionário, as doenças infecciosas e parasitárias exerceram pressões de seleção natural, na medida em que se manifestavam por aglomerados de lesões circulares e pústulas visíveis na pele. Com efeito, os indivíduos que mais facilmente reconheciam estes padrões como ameaçadores teriam mais hipóteses de evitar estas doenças, sugerindo que a aversão a esses estímulos seria uma vantagem adaptativa de evitamento de doença. Este estudo comparou um grupo de indivíduos com tripofobia e um grupo controlo aos quais foram apresentadas imagens de doenças e imagens neutras. Embora ambos os grupos apresentassem aversão às imagens de doença, só o grupo com tripofobia apresentou aversão a imagens não relacionadas com doença como bolas de sabão. Desta forma, a tripofobia surge como uma sobregeneralização de uma resposta de evitamento de agentes patogénicos, envolvendo uma categoria de estímulos visuais que perceptualmente se assemelham a padrões de doenças dermatológicas, desencadeando uma resposta fóbica⁽⁹⁾.

Assim, a tripofobia pode ser conceptualizada como o produto de pressões evolutivas, vieses cognitivos acerca dos estímulos que a despoletam e condicionamento e foco atencional. A este respeito, foi demonstrado através de registo

eletroencefalográfico que indivíduos com tripofobia apresentam aumento dos potenciais positivos tardios parietais, o que reflete aumento da atenção motivada para imagens com padrões geométricos⁽¹⁰⁾.

No caso apresentado, a doente referia sentir aversão a estes estímulos, demonstrando que pode evidenciar predisposição para evitar imagens com características tripofóbicas. O desconforto pode provocar ansiedade antecipatória e por um mecanismo de condicionamento operante, esse reforço negativo desencadear evitamento como no caso das fobias.

Em suma, a discussão se a tripofobia corresponde a uma fobia específica permanece aberta e estudos futuros são importantes para esclarecer qual a relevância clínica desta entidade, nomeadamente qual reação (medo ou aversão) está relacionada com maior severidade dos sintomas; se há diferenças no tratamento de pessoas que exibem maioritariamente medo comparadas com as que exibem aversão; e se a tripofobia tem impacto significativo se não estiver associada a outros diagnósticos⁽²⁾.

REFERÊNCIAS

- (1) Martinez-Aguayo, J. C., Lanfranco, R. C., Arancibia, M., Sepulveda, E., & Madrid, E. (2018). Trypophobia: What do we know so far? A case report and comprehensive review of the literature. *Front Psychiatry*, 9, 15.
- (2) Cole, G. G., & Wilkins, A. J. (2013). Fear of holes. *Psychol Sci*, 24, 1980-1985.
- (3) Vlok-Barnard, M., & Stein D.J. (2017). Trypophobia: An investigation of clinical features. *Braz J Psychiatry*, 39, 337-341.
- (4) Le, A. T., Cole, G. G., & Wilkins, A. J. (2015). Assessment of tryphobia and an analysis of its visual precipitation. *Q J Exp Psychol*, 68, 2304-2322.
- (5) American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA.
- (6) Sadock, B. J., Kaplan, H. I., & Sadock, V. A. (2007) *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed.). Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- (7) Marcon, R., & Reolon, G. (2016). Tripofobia: Um relato de caso do tratamento do medo de buracos. *Rev Bras Ter Comport Cogn*, 18, 100-111.
- (8) Yamada, Y., & Sasaki, K. (2018). Involuntary protection against dermatosis: A preliminary observation on tryphobia. *BMC Res Notes*, 10, 658.
- (9) Kupfer, T. R., & Le, A. T. D. (2018). Disgusting clusters: Trypophobia as an overgeneralised disease avoidance response. *Cogn Emot*, 32, 729-741.

- (10) Wabnegger, A., Schwab, D., & Schienle, A. (2019). The hole story: An event-related potential study with tryphobic stimuli. *Motiv Emot*, 43, 985-992.

ABSTRACT

Trypophobia is the fear or aversion to the sight of irregular patterns or a cluster of small holes or bumps. Although not recognized in the Manual of Diagnosis and Statistics of Mental Disorders, in many cases tryphobia fulfills criteria to be classified as a specific phobia.

Most individuals complain of a disproportionate fear elicited by images composed of holes or repetitive geometric patterns whose visualization triggers an anxious response with intense neurovegetative symptoms. It can lead to phobic avoidance and anticipatory anxiety about these images.

We report the case of a 15-year-old adolescent who was referred to the Child and Adolescent Psychiatry consultation with an anxiety disorder characterized by somatic symptoms and rituals of order and verification. In association, she reported feeling nausea, tachycardia and internal restlessness whenever she observed geometric patterns (such as looking at kiwis, strawberries and honeycombs) and avoiding situations in which she anticipated the existence of these patterns. The patient was medicated with fluvoxamine 50 mg id and maintained psychotherapy follow-up with clinical improvement.

This case report intends to review the existing literature on tryphobia and contribute to a better understanding of its existence along with other psychiatric pathologies such as anxiety disorders.

Key words: Trypophobia, Disgust, Anxiety Disorders, Specific Phobia.