AMAXOFOBIA: ASPECTOS COGNTIVOS, EMOCIONAIS, COMPORTAMENTAIS E INTERVENÇÃO COGNITVO COMPORTAMENTAL

Elizete das Graças Batista Monteiro[1]
Lucas Rodrigo Uchôa de Oliveira[2]
Maria das Graças Teles Martins[3]

RESUMO: Dirigir tornou-se um ato imprescindível na sociedade contemporânea, facilitando a mobilidade e independência das pessoas. Porém, para alguns indivíduos, essa tarefa é algo que ocasiona uma fobia específica, denominada Amaxofobia (medo de dirigir), impactando negativamente na sua qualidade de vida, e ocasionando sofrimento psíquico nessas pessoas. Este estudo teve como objetivo analisar os aspectos emocionais e comportamentais desencadeados nas pessoas diante dessa fobia, e apresentar as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental na intervenção terapêutica. A metodologia foi a pesquisa bibliográfica e exploratória. Os materiais foram livros, teses, dissertações e artigos científicos indexados em bases de dados da Scielo, Pepsic, BvSaude e Unoesc & Ciência, publicados no período de 2010 a 2019. Constatou-se que a amaxofobia provoca inquietação permanente e desproporcional como ansiedade, medo, estresse, pânico. E que a Terapia Cognitivo Comportamental tem eficácia no tratamento da amaxofobia, proporcionando mudanças satisfatórias, fornecendo maior confiança e segurança.

Palavras-Chave: Amaxofobia. Psicologia Clínica. Intervenção. Terapia Cognitivo-Comportamental.

INTRODUÇÃO

Este artigo teve como objetivo analisar os aspectos emocionais e comportamentais desencadeados nas pessoas diante da fobia específica do medo de dirigir (amaxofobia) e apresentar as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na intervenção. Deste modo, fez-se necessário descrever sobre a fobia específica do medo de dirigir, enfatizando suas possíveis causas, identificando os aspectos emocionais e comportamentais e apresentando as técnicas e ferramentas utilizadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental na intervenção da Amaxofobia.

[1] Graduandos do 10º semestre do Curso de Bacharelado em Psicologia da Faculdade Estácio de Macapá, elizete.monteiro@bol.com.br.
[2] Graduandos do 10º semestre do Curso de Bacharelado em Psicologia da Faculdade Estácio de Macapá, uchoa_lucas@yahoo.com.br.
[3] Professora orientadora, Mestre em Saúde Coletiva (UNIFESP) e Ciência da Educação (ULHT-Portugal), docente do curso de psicologia da Faculdade Estácio de Macapá, mgtmartins@gmail.com.

O ato de dirigir um veículo automotor exige do ser humano vários tipos de comportamentos que podem ocasionar diversas emoções, dentre todas, o medo de dirigir, que como consequência, pode se tornar uma fobia. Ao começar ou ao pensar em dirigir, muitas pessoas sentem medo e não sabem qual é o motivo que as levam a essa situação. Contudo, é de suma importância enfatizar que a origem do medo de dirigir pode ser manifestada a partir de vários motivos, e pode dar-se em vários níveis, como por exemplo, da forma mais leve à mais intensa, dependendo de alguns fatores como influências sociais, contexto histórico-cultural e ambiental de cada pessoa.

É imprescindível enfatizar que o medo é considerado uma emoção que protege o indivíduo de vários perigos, mas se sentido de forma exagerada, pode causar sofrimento psicológico, físico e emocional. Com relação ao medo específico de dirigir, este se manifesta de forma irracional e sem motivo aparente, e tem relação com uma visão distorcida do objeto, e por isso se caracteriza como uma fobia específica, denominada Amaxofobia. Roque (2010 apud SILVA; TRENHAGO, 2015, p. 1), "a amaxofobia evidencia-se quando o trânsito passa a ser percebido como uma ameaça irracional e, conduzir gera níveis de ansiedade e estresse anormais, interferindo no dia a dia". Algo que prejudica a resolução das atividades cotidianas dos indivíduos que possuem essa fobia, tornando-as muitas vezes dependentes de outras pessoas e comprometendo também a sua saúde mental.

Os autores Barbosa, Santos e Wainer (2008, apud SILVA; TRENHAGO, 2015, s.p), abordam que:

> O medo de dirigir é geralmente uma manifestação de aspectos ansiogênicos mais amplos [...]. Esse medo pode ser tanto uma fobia específica preenchendo os critérios do DSM-IV quanto pode ser um sintoma decorrente de outras patologias, como: Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Fobia Social, Transtorno do Pânico, Agorafobia e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Desse modo, é imprescindível ter conhecimento de como esses transtornos podem se apresentar sob a queixa 'medo de dirigir'.

Logo, para o diagnóstico e tratamento adequado da Amaxofobia, é imprescindível que este problema não seja visto apenas como uma fobia específica. É necessário que se atente também para outros fatores que podem ser a base deste problema, como por exemplo, outras patologias, bem como para as crenças pessoais que, particularmente, cada indivíduo possui.

Diante desse pressuposto e da carência da abordagem do tema em nosso País, apesar de ser um fato presente em nosso cotidiano, e que afeta muitas pessoas, verificou-se a

necessidade de ressaltar a relevância do mesmo. Sendo que as motivações para isso nos fizeram seguir com a escolha do tema e fazer uma pesquisa profunda que nos levasse a compreender fatores concernentes à fobia de dirigir.

A amaxofobia pode ocorrer tanto em pessoas que já dirigem quanto em pessoas que ainda não sabem dirigir, desencadeando distorções cognitivas e comportamentos disfuncionais. Os indivíduos que sofrem com esta fobia específica percebem a condução como algo perigoso, uma situação tida como desagradável, que lhe traz sofrimento. Portanto, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), por sua vez, contribui na intervenção, por meio de técnicas e ferramentas.

Assim, cabe ao terapeuta e ao cliente trabalharem juntos, em sistema colaborativo, para que se possa diminuir o sofrimento psicológico, buscando alterações nos pensamentos e no sistema de crenças disfuncionais do indivíduo, oportunizando uma maior qualidade de vida. Dessa forma, Dobson (2001, apud KNAPP, 2004, p. 19) traz que "A atividade cognitiva influencia o comportamento; a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; o comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva".

Isto posto, significa que o terapeuta auxiliará seu cliente no enfrentamento das circunstâncias difíceis, buscando estratégias mais assertivas para lidar com o estresse e o medo, fazendo a avaliação dos estímulos que estão ligados ao seu comportamento e desenvolvendo a sua autoconfiança, para que consiga, no decorrer dos encontros, ser hábil ao dirigir. Dessa forma, no decorrer deste artigo será enfatizado os aspectos emocionais e comportamentais do medo de dirigir, assim como a intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental.

Diante da relevância do tema, abordaremos como fatores que darão ênfase ao projeto, o problema, hipótese e objetivos, que se tornarão como alavanca para um melhor entendimento acerca do que será exposto no decorrer do mesmo.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 FOBIA ESPECÍFICA DO MEDO DE DIRIGIR (AMAXOFOBIA)

Para uma maior compreensão concernente à Amaxofobia, fez-se necessário conhecer as definições de Medo e Fobia, haja vista que ambos os termos apresentam significação

diferenciada. Para isto, abordar-se-á teorias relacionadas aos mesmos, oriundas de alguns autores. Assim, com relação a esse pressuposto, Santos (2014, p. 56) enfatiza que,

> O medo é um sentimento no qual não necessariamente a consciência do objeto causador está presente. Por exemplo, ter medo do escuro não é medo de um escuro qualquer, não é medo do 'escurinho' do cinema, mas de um tipo de escuro onde o desconhecimento do objeto causador é total.

Referindo-se ao medo, tem-se o mesmo como uma das mais antigas emoções humanas, pois, ele faz parte de nossa história, desde os primórdios da civilização humana. Torna-se imprescindível ressaltar que todos os seres humanos sentem medo e que esta emoção é desagradável, porém é uma ferramenta de proteção, serve como um sinal de alerta diante de situações que podem causar perigos. Logo, uma pessoa que diz que não sente medo em grau nenhum, não é saudável emocionalmente.

Santos (2014, p. 57) ao descrever a fobia, ressalta que "é um sentimento onde o objeto causador se presentifica tipicamente, por exemplo, fobia de cobra, barata, espaço aberto, elevador e etc." Este mesmo autor esclarece e complementa suas definições, procurando enfatizar o que é pânico e assim o descreve: "O pânico é a exacerbação do medo e da fobia por aproximação do objeto causador em determinadas condições, por exemplo: dirigir um automóvel". Logo, considera-se que se a fobia de dirigir não for tratada, ela poderá levar o indivíduo a ter crises de pânico. Haja visto que as distorções cognitivas podem estar presentes com grande intensidade nas pessoas com medo de dirigir.

Siqueira (2015, apud MARCON; FIUZA, 2019, p. 14) ressalta que "o medo tem uma função adaptativa, ajudando na sobrevivência da espécie de reações do nosso organismo e escolha de comportamentos". Fator este que leva à compreensão de que o medo é realmente uma emoção de grande importância na vida dos seres humanos.

Já Bellina (2012, p. 15) aborda que "o medo é como uma emoção". Contudo, faz-se necessário compreender que não é uma emoção apenas humana, pelo fato de estar presente em vários seres vivos. E ainda prossegue, abordando sobre o medo,

> [...] o medo é um sentimento útil, necessário para a sobrevivência de qualquer ser. Ele garante o comportamento de autoproteção e autopreservação. Sem esta emoção faríamos coisas que nos colocariam em sérios apuros a dificilmente teríamos quaisquer chances de sobreviver. (BELLINA, 2012, p. 15)

Compreendeu-se que o medo, assim como as outras emoções, é muito importante para a vida do indivíduo. Pois, sem medo e ansiedade, não teria como se proteger dos perigos que podem ser reais, que podem vir a acontecer e não se dar conta de compromissos, haja vista que muitos deles exigem prazos e comprometimentos para sua devida realização.

Bellina (2012) afirma que a fobia específica faz parte do grupo de transtornos de ansiedade. Pontua que há inúmeros tipos de fobias que podem ser estimuladas por incontáveis situações ou objetos, ou seja, estímulos aversivos.

O medo de dirigir é uma forma de fobia específica, conhecida por amaxofobia, isto é, o medo frente a situação de: "1) dirigir carro ou outro meio de transporte; 2) causar acidentes; e 3) viajar no assento dianteiro; que leva a uma inquietação permanente e desproporcional que surge antes, durante e após o ato de dirigir". (RAFAILOV, 2003 apud SIQUEIRA, 2015, p. 12)

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5, 2014, p. 198), podemos considerar a Amaxofobia também como uma Fobia Situacional, quando esta é causada pelo medo de estar em lugares fechados (claustrofobia). Logo, compreende-se que neste exemplo, a causa inicial da fobia não é nem o medo de dirigir o veículo, mas sim, por estar dentro de um local pequeno e fechado.

2 METODOLOGIA

A metodologia adotada foi a pesquisa bibliográfica e exploratória. Segundo Gil (2017, p. 28), esta modalidade de pesquisa "é elaborada com base em material já publicado para explicar ou procurar resposta de um problema ou hipótese". Afirma ainda que "a principal vantagem deste tipo de pesquisa "é o fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômeno muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente". A pesquisa exploratória é descrita por Severino (2013, p. 123) como a que "[...] busca levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto". Gil (2017, p. 54), por sua vez, enfatiza que "a leitura exploratória tem por objetivo verificar em que medida a obra consultada interessa à pesquisa", fato este que leva o pesquisador a compreender a utilidade da obra para a fundamentação de seu trabalho; se esta é propícia ou não para sua produção.

Foi realizado um levantamento de materiais como livros, teses, dissertações e artigos científicos indexados em bases de dados da Scientific Eletroctronic Library Online (SciElo),

Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePsic), CAPES e Unoesc & Ciência – ACBS, publicados no período de 2010 a 2019.

As etapas do processo de construção envolveram: escolha do tema; levantamento bibliográfico e leitura do material; formulação do problema; início da elaboração do projeto; busca de novas fontes e leituras; fichamento; organização lógica do assunto para a redação do texto; revisão final do projeto. Gil (2017, p. 28) ensina que as etapas para a realização da pesquisa bibliográfica consistem em uma série de fatores (natureza do problema, nível de conhecimento do autor, etc.).

Foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos apenas os materiais que se relacionassem com o tema, que continham as palavras-chave: “Amaxofobia”; “Intervenção”; “Psicologia Clínica” e “Terapia Cognitivo-Comportamental” redigidos no idioma português e inglês, relacionados com a temática, especificamente ao medo ou fobia de dirigir. Foram excluídos materiais que não correspondessem aos quesitos da inclusão. No que se refere aos riscos e benefícios, por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, não houve nenhum risco, pois não envolveu manipulação com seres humanos, conforme orienta a resolução do CNS-466/12 e 510/15. Por ser uma pesquisa com o método de pesquisa bibliográfica, não se utilizou o Termo de Consentimento Livre e esclarecido. Os benefícios do estudo são de contribuir com a produção de conhecimento científico na Psicologia no que tange aos aspectos emocionais e comportamentais, desencadeados nas pessoas diante da fobia específica do medo de dirigir e as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental na intervenção.

Para a análise dos dados, foi construída uma discussão do tema por diferentes autores e realizado uma argumentação teórica para responder ao problema e objetivos propostos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Torna-se importante enfatizar que o medo de dirigir pode estar associado a vários motivos, dentre eles: Trauma psicológico; problemas emocionais; pressão psicológica e falta de conhecimento do funcionamento do veículo. Sendo que estes motivos levam o indivíduo a adquirir um bloqueio emocional, que é acionado no momento em que o indivíduo precisa assumir o controle de seu veículo. É neste momento que surgem a ansiedade e angústia, e logo em seguida, os sintomas fisiológicos, que acabam comprometendo as funções

psicológicas essenciais no ato de dirigir. Essas situações levam o indivíduo aos pensamentos disfuncionais, que o imobilizam e o prejudicam, levando-o à desistência de dirigir.

Destacam-se as contribuições de Prado e Carvalho (2019, p. 81) quando ressaltam que "A dificuldade em assumir a direção do veículo desencadeia várias sensações desagradáveis, levando a pessoa a desistir do seu objetivo, devido ao sentimento de derrota e frustração". Percebe-se que, nesse momento, há uma grande necessidade de a pessoa ser persistente, resiliente para não desistir de alcançar o seu objetivo, que é dirigir sem medo. Compreende-se que para superar o bloqueio, inicialmente é imprescindível que a pessoa assuma que tem fobia de dirigir, e enfrente-a aos poucos, buscando meios que possam eliminar seus pensamentos disfuncionais, e adquirindo técnicas para superar o medo.

Com relação a esse pressuposto, Prado e Carvalho (2019, p. 45), mencionam que,

> A conduta resiliente faz com que o indivíduo não se acomode em uma posição passiva e sim busque novas alternativas para a solução do seu problema. No caso do medo de dirigir, a pessoa não deve desistir, mas tentar olhar o fracasso, como um desafio a ser superado, como um estímulo e não como uma derrota.

Percebeu-se então, que a resiliência é um dos fatores preponderantes para que o indivíduo acredite na sua capacidade de conseguir dirigir seu veículo, tendo como base o enfrentamento do medo.

3.1 OS ASPECTOS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS DA FOBIA ESPECÍFICA FRENTE AO MEDO DE DIRIGIR

A ansiedade provocada pelo ato de dirigir pode trazer prejuízos na capacidade do indivíduo de controlar o carro, pois o mesmo necessita executar algumas ações práticas e consideradas simples como parar o carro. Nessa ação de parar o carro, internaliza-se uma série de decisões a serem seguidas pelo motorista, entre elas, calcular a velocidade, verificar o retrovisor, entre outras. Assim, pode-se argumentar que há necessidade de executar uma série de comportamentos ao volante frente ao ato de dirigir e que para pessoas com Amaxofobia pode ser difícil.

De acordo com Suffert e Fonseca (2013), o medo de dirigir está relacionado com as crenças que as pessoas associam a condução de um veículo, sentindo-se expostas em uma situação a qual julgam ser perigosa, sobretudo nas ocasiões em que elas estão no volante. Neste sentindo, afirmam que, em muitos casos, estas pessoas podem apresentar perigo ao

dirigir quando não possuem o conhecimento e domínio básico do processo de condução. Diante da aprendizagem de tais procedimentos é que estes condutores se tornarão aptos para dominar e conduzir um automóvel. Para que isto ocorra será necessária uma intervenção psicoterápica, em que serão avaliadas a história destes indivíduos, adequando os casos a um modelo de intervenção.

É comum que as pessoas com o medo de dirigir relatem sintomas de ansiedade, como: "[...] secura na boca, taquicardia, suor em alguma parte do corpo (em geral nas mãos), tremor (nos membros inferiores e/ou superiores), contração muscular, tudo isso aliado a pensamentos de fracasso, baixa estima, vergonha do desempenho público [...]". (SUFFERT; FONSECA, 2013, p. 16). Nessa direção, diante da tentativa ou pensamento de sair com o carro, as pessoas com medo de dirigir também apresentam sono agitado, de baixa qualidade, fazendo com que acordem várias vezes no decorrer da noite. (CORASSA, 2006 apud BARP; MAHL, 2013).

Estes aspectos geram grandes impactos na vida destes indivíduos, pois os limitam, além de causar danos diante da sua autopercepção. Surgem a baixa autoestima, insegurança, nervosismo e a crença de que não são capazes de conduzir. Diversas pessoas sofrem com os sintomas causados pela Amaxofobia em silêncio, já que se sentem envergonhadas por não conseguirem fazer uma atividade que para muitas ocorre naturalmente. Assim, cada vez mais, acabam se julgando e gerando impactos negativos em suas vidas, passam a buscar estratégias, muitas vezes disfuncionais, para lidar com a situação, evitando a condução e se culpando pelo ocorrido.

Constatou-se que o medo de dirigir pode ser considerado um tipo de fobia. A vista disso, apresenta-se, a seguir, um quadro dos critérios diagnósticos da Fobia Específica, conforme descrito pelo DSM-5 (APA, 2014, p. 197-198):

Quadro 01: Critérios Diagnóstico da Fobia Específica.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICO	**ESPECIFICAÇÃO**
A	Medo ou ansiedade acentuados acerca de um objeto ou situação (p. ex., voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue).
B	O objeto ou situação fóbica quase invariavelmente provoca uma resposta imediata de medo ou ansiedade.
C	O objeto ou situação fóbica é ativamente evitado ou suportado com intensa ansiedade ou sofrimento.

D	O medo ou ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real imposto pelo objeto ou situação específica e ao contexto sociocultural.
E	O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente com duração mínima de seis meses.
F	O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
G	A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental, incluindo medo, ansiedade e esquiva de situações associadas a sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes (como na agorafobia); objetos ou situações relacionados a obsessões (como no transtorno obsessivo compulsivo); evocação de eventos traumáticos (como no transtorno de estresse pós-traumático); separação de casa ou de figuras de apego (como no transtorno de ansiedade de separação); ou situações sociais (como no transtorno de ansiedade social).

Fonte: Material extraído do DSM -5 (2014).

Considerando os critérios citados acima, pode-se perceber "que o medo de dirigir se expressa em sintomas fisiológicos, cognições e comportamentos [...]". (CANTINI et al., 2003 apud MARCON; FIUZA, 2019, p. 15).

Corrobora-se com Bottega (2016) que explicita ser necessário que vários fatores sejam analisados para um bom diagnóstico da fobia ao volante. Muitas vezes, além de uma fobia específica existem outras psicopatologias quem podem estar na base dessa dificuldade, além das crenças pessoais envolvidas no medo de dirigir.

Com relação aos aspectos apresentados sobre a amaxofobia, pode-se perceber que estes pontos acarretam diversos prejuízos na vida destes indivíduos. Estas pessoas passam diariamente por diversas limitações, pois como não conseguem dirigir acabam dependendo de um outro alguém para fazer as tarefas que necessitam da locomoção por meio de um veículo, e a cada vez que evitam a condução veicular os danos causados em sua vida aumentam, seu desconforto passa a ser maior. Enquanto não se trabalhar suas cognições, sintomas fisiológicos e comportamentos disfuncionais, esta pessoa continuará sofrendo devido a condição em que se encontra.

Considerou-se que em muitos casos a fobia específica pode vir em contextos clínicos diante da presença de outra patologia, sendo mais observada em circunstâncias de saúde mental que, constantemente são associadas a transtornos, principalmente depressão em adultos mais velhos. As pessoas com esta patologia têm o risco acentuado de desenvolver outros transtornos, como: "[...] transtornos de ansiedade, os transtornos depressivo e bipolar, os transtornos relacionados a substâncias, transtorno de sintomas somáticos e transtornos

relacionados e os transtornos da personalidade (em especial o transtorno da personalidade dependente) ". (APA, 2014, p. 202).

Deste modo, é fundamental que a pessoa que sofre com este medo exacerbado de dirigir procure ajuda de um profissional da área de psicologia para que consiga lidar com estes sintomas e para evitar que novos transtornos surjam como comorbidade. A Terapia Cognitivo-Comportamental possui diversas técnicas e ferramentas que auxiliam no bem-estar deste indivíduo, para isto, no tópico posterior serão debatidos sobre as contribuições do terapeuta cognitivo-comportamental diante da Amaxofobia.

3.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: TÉCNICAS E FERRAMENTAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS NA INTERVENÇÃO DA AMAXOFOBIA

Inicialmente, discorre-se brevemente sobre a TCC, destacando-se Pereira e Rangé (2011) que expõem sobre a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), criada por A. Beck na década de 60, enfatizando que esta abordagem se baseia na interpretação que o indivíduo dá aos fatos, interferindo diretamente na forma em que ele se sente e nos seus comportamentos. Deste modo, cada pessoa irá reagir de maneira diferente a cada situação, conforme as suas interpretações, diante de cada contexto. Assim, uma mesma pessoa pode emitir respostas diferentes a uma mesma situação diante de diferentes momentos de sua vida.

Um ponto importante na intervenção da TCC é a conceitualização cognitiva, considerada o coração, o elemento vital da TCC. Segundo Neufeld e Cavenage (2010) a formulação ou conceitualização cognitiva é uma prática da TCC nomeada de diferentes maneiras: conceitualização cognitiva, formulação de caso, enquadre cognitivo do caso ou conceituação de caso.

Nessa direção, a conceitualização é um processo permanente no tratamento. Ressalta-se que terapeuta e cliente trabalham em colaboração para inicialmente descrever e depois explicar os problemas que o cliente apresenta na terapia. Sua função primária é guiar a terapia de modo a aliviar o sofrimento do cliente e desenvolver sua resiliência.

Corroborando, Kuyken, Padesky e Dudley (2010) ensinam que a conceitualização tornou-se central para a prática da TCC porque ela serve a várias funções: a) sintetiza a experiência do cliente, normaliza seus problemas, promove o engajamento do cliente; b) torna inúmeros problemas complexos mais manejáveis; c) orienta a escolha, o foco e a sequência das intervenções; d) identifica os pontos fortes do cliente e sugere formas de desenvolver a

resiliência; e) sugere intervenções mais simples e com maior custo-benefício; f) antecipa e aborda os problemas na terapia; g) ajuda a entender a não resposta em terapia e sugere rotas alternativas para a mudança e possibilita uma supervisão de alta qualidade. Assim, a ausência de uma conceituação torna o tratamento vago e irrelevante.

Com relação a intervenção, ressalta-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental possui formas interventivas que possibilitam a redução dos sintomas presentes na amaxofobia. É uma modalidade de psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais, e, sobretudo, ensinar os pacientes a reconhecer e ressignificar suas emoções e afetos.

Corroborando, os autores Dobson (2001, apud KNAPP, 2004); Wright et al. (2008); Rangé et al. (2011) expõem que três características estão no núcleo das terapias cognitivas comportamentais: 1) a atividade cognitiva influencia o comportamento; 2) a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; 3) o comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva. Baseiam-se na ideia de que há uma ligação e uma colaboração contínua entre cognições (pensamentos), emoções (significados) e comportamentos (experiências). O modo como as pessoas pensam e dão significado aos eventos influenciam em suas emoções e comportamentos.

Apreendeu-se que a TCC constitui um sistema de psicoterapia integrada, combinando o modelo cognitivo de personalidade e de psicopatologia a um modelo aplicado, que reúne um conjunto de princípios, técnicas e estratégias terapêuticas fundamentado diretamente em seu modelo teórico.

Salienta-se que a TCC é focal, requerendo uma definição concreta e específica dos problemas do paciente e das metas terapêuticas. Possui um caráter didático, em que o objetivo não é unicamente ajudar o paciente com seus problemas, mas dotá-lo de um novo instrumento cognitivo e comportamental, a fim de que ele possa perceber e responder ao real de forma funcional. Propõe um processo terapêutico cooperativo de investigação empírica, testagem da realidade e resolução de problemas entre o terapeuta e o cliente.

Além disso, a TCC busca compreender sistematicamente os processos que mantém o sofrimento emocional, e em seguida testa novas formas de processar as informações. Busca trazer ao indivíduo o equilíbrio e a flexibilidade. As técnicas comportamentais são empregadas para modificar condutas inadequadas relacionadas com o transtorno, nesse caso a amaxofobia.

Frente as inúmeras técnicas da TCC, as técnicas cognitivas têm a principal função de promover a reestruturação cognitiva, um processo psicoterapêutico de aprender a identificar e contestar pensamentos irracionais ou não-adaptativos, as distorções cognitivas.

Knapp e Beck (2008), levando em conta o processamento de informações, discorrem sobre o princípio fundamental da TCC, esclarecem que a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade influenciará na maneira como eles se sentem e se comportam. Explicitam que o objetivo terapêutico da Terapia Cognitiva é reestruturar e corrigir os pensamentos distorcidos e colaborativamente buscar soluções para produzir mudanças.

Partindo do ponto de vista do modelo cognitivo da TCC e níveis de cognição, diferentes autores consideram que a matéria prima da Terapia Cognitivo-Comportamental é o pensamento, principalmente porque a intervenção tem seu foco nos pensamentos disfuncionais. Os níveis de cognição, no modelo cognitivo, podem ser divididos em três níveis inter-relacionados que são: os pensamentos automáticos, as crenças subjacentes e as crenças nucleares conforme esclarecem Knapp e Beck (2008) e Rangé et al., 2011.

Como ponto inicial, têm os Pensamentos Automáticos que são formas de pensamentos que ocorrem em conjunto com o nível do pensar consciente e controlado. São rápidos, telegráficos, automáticos, involuntários, avaliativos e não são resultantes de deliberação ou raciocínio. Por serem rápidos e automáticos, o indivíduo não se dá conta de sua ocorrência, apenas dos resultados que se seguem – os comportamentos e as emoções. É considerado o nível de cognição de mais fácil acesso, e são ativados diante de eventos externos.

Com ênfase nas considerações sobre os pensamentos automáticos, tem-se o segundo ponto importante que são as Crenças Subjacentes ou intermediárias que são expressas em regras, atitudes, normas e premissas que governam a forma de relação do indivíduo com o mundo e constituem estratégias desenvolvidas para lidar com as crenças nucleares. Assim, nessa visão, há um entendimento sobre desde que essas regras sejam atendidas, não haverá problemas, pois são assim chamadas por estarem mais próximas ou "subjacentes" ao outro nível, os pensamentos automáticos.

No terceiro ponto, a TCC traz as Crenças Nucleares, descrevem as ideias mais enraizadas sobre si, das pessoas e do mundo – é o entendimento que o indivíduo tem sobre como as coisas são. Desenvolvem-se desde a primeira infância e são as grandes responsáveis por moldar o modo de perceber e interpretar os eventos.

Pereira e Rangé (2011) apontam que as crenças intermediárias são tidas como regras e pressupostos criados pelo sujeito com o intuito de se habituar às ideias rígidas, negativas e não adaptativas, que tem sobre si mesmo. Estas ideias negativas e inflexíveis são chamadas de crenças nucleares, originadas por meio das experiências infantis deste indivíduo, são mais difíceis de se acessar e modificar.

Ressalta-se que nas raízes dessas interpretações automáticas distorcidas estão pensamentos disfuncionais mais profundos, chamados de esquemas (também denominados crenças nucleares, usados com o mesmo significado por muitos autores). Conforme definido por Clark, Beck & Alford (1999), esquemas são estruturas cognitivas internas parcialmente duradouras de armazenamento de características genéricas ou prototípicas de estímulos, ideias ou experiências que são empregadas na organização de novas informações de modo significativo, estabelecendo como os fenômenos são percebidos e conceitualizados.

Acrescenta-se Beck (2014) que, ao se referir sobre a intervenção clínica do modelo cognitivo, aponta que o pensamento disfuncional, tido como influenciador do humor e do pensamento, é frequente em todos os transtornos psicológicos. Acrescenta que diante da aprendizagem de uma avaliação mais realista e adaptativa destes pensamentos, se percebe um avanço no estado emocional e comportamental.

Conforme ressalta Beck (2014), em primeiro lugar e antes de tudo, para realizar o empreendimento terapêutico é importante estabelecer uma boa relação de trabalho com o paciente, um procedimento terapêutico é denominado de empirismo colaborativo. Nesse procedimento, como ponto inicial, paciente e terapeuta trabalham como uma equipe para avaliar as crenças do paciente, testando-as para verificar se estão corretas ou não e modificando-as de acordo com a realidade. Em segundo lugar, o terapeuta usa o questionamento socrático como um meio de guiar o paciente em um questionamento consciente que permitirá que este tenha um *insight* sobre seu pensamento distorcido, um procedimento chamado descoberta guiada.

No decorrer de todo tratamento, utiliza-se a abordagem colaborativa e psicoeducativa, com experiências específicas de aprendizagem desenhadas com o intuito de ensinar os pacientes a: 1) monitorar e identificar pensamentos automáticos; 2) reconhecer as relações entre cognição, afeto e comportamento; 3) testar a validade de pensamentos automáticos e crenças nucleares; 4) corrigir conceitualizações tendenciosas, substituindo pensamentos distorcidos por cognições mais realistas; e 5) identificar e alterar crenças,

pressupostos ou esquemas subjacentes a padrões disfuncionais de pensamento. (KNAPP; BECK, 2008). Este estilo interventivo se adequa a intervenção na amaxofobia.

Assim, para que se melhor entenda estes conceitos, associando-os ao medo de dirigir, Suffert e Fonseca (2013) apontam que o medo corresponde a uma interpretação distorcida frente a condução de um automóvel. Esta avaliação cognitiva irá despertar emoções disfuncionais, por conseguinte, o comportamento evitativo de não dirigir. Em seguida, apresentam-se as técnicas e ferramentas da TCC na intervenção.

4.2.1 Técnicas e Ferramentas da TCC

Antes de discorrer sobre as técnicas e ferramentas da TCC na intervenção frente ao medo de dirigir, verificou-se que algumas características individuais das pessoas com Amaxofobia são destacadas nos estudos de Barp e Marl (2013) e se referem a ansiedade, nervosismo, insegurança e medo de machucar alguém.

Dessa maneira, destacam-se as contribuições de aplicação de técnicas voltadas ao medo de dirigir de Bellina (2012) que desenvolveu um trabalho denominado de "Terapia do Volante". É composta por passos ou etapas em que o primeiro passo é uma entrevista em que o paciente vai relatar suas preocupações, ser orientado quanto aos objetivos da terapia e motivado. Posteriormente, a cada nova etapa é proposto ao paciente um enfrentamento. Esse enfrentamento é o processo de dessensibilização sistemática. O paciente entra em contato aos poucos com o estímulo aversivo, nessa intervenção o terapeuta vai para o carro com o paciente a fim de proceder a aplicação da técnica.

Nessa direção, ressaltam-se os estudos de Barros Neto (2000 apud SANTOS, 2014) que descreve técnicas que podem auxiliar no tratamento das fobias específicas, entre elas, registra-se a Dessensibilização Sistemática; Exposição Assistida; Auto-exposição; Manejo do Pensamentos Negativos e Catastróficos; Implosão ou Inundação e Tensão Aplicada.

Com ênfase nas considerações expostas, vale registrar o uso da ferramenta Baralho do Medo de Dirigir, que os autores Marcon e Fiuza (2019) destacam ser um recurso de grande importância para intervenção na psicoeducação do cliente diante do medo, ansiedade, reações físicas e pensamentos sabotadores à frente do medo de dirigir. Na verdade, terapeuticamente, existem diversas estratégias para o enfrentamento funcional dos sintomas, tais como: reconhecer a ansiedade; registrar o ciclo da ansiedade; mudança de pensamento; exame de evidências; lista de vantagens e desvantagens de dirigir; cartões de enfrentamento; respiração profunda; relaxamento muscular progressivo; prática de *mindfulness*; distração cognitiva;

modelação; dessensibilização sistemática; resolução de problemas; comunicação assertiva e exposição in vivo.

Enquanto objeto de investigação, argumenta-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental tem significativa contribuição, pois utiliza diversas técnicas cognitivas que visam reestruturar os pensamentos disfuncionais relacionados ao ato de dirigir, por meio de iniciativas de exposição frente a situação que causa medo (BARBOSA; MARTINS; FERRAZ, 2019.

Resgatando as contribuições de Haydu et al. (2014), descrevem-se algumas técnicas consideradas na TCC e que podem ser utilizadas na amaxofobia:

Dessensibilização sistemática. A exposição está presente de um modo bem particular na dessensibilização sistemática diante de uma hierarquia de estímulos aversivos (públicos ou privados). É uma exposição protegida, feita por imaginação, em pequenos passos e mantendo o cliente relaxado. Complementa-se que essa técnica foi desenvolvida a partir dos trabalhos experimentais de Wolpe (1958, apud HAYDU et al. 2014), no final da década de 40. Consiste na inibição recíproca da ansiedade pelo estabelecimento de uma resposta incompatível, que é o relaxamento. A remoção ou o enfraquecimento da ansiedade pela inibição recíproca é o resultado do processo denominado supressão condicionada.

A título de esclarecimento, "[...] para aplicar a dessensibilização sistemática é necessário que o cliente desenvolva habilidades para alcançar um bom grau de relaxamento e seja capaz de imaginar os estímulos ou situações temidas conforme ensina Turner (1999, apud HAYDU et al., 2014, p. 140). Complementando, registra-se os estudos realizados por Wolpe (1958, apud HAYDU et al., 2014, p. 140) que descreve três pontos de treinamento básico que visam o relaxamento do cliente:

> (a) treino em técnicas de relaxamento; (b) treino no uso da SUDS (*Subjective Units of Disturbance Scale*), uma escala de 0 a 10 que indica a intensidade subjetiva do sofrimento; (c) construção da hierarquia de medos (do estímulo mais temido, por eliciar mais ansiedade, para o estímulo menos temido, por eliciar menos ansiedade).

Autoinstrução. É uma técnica que tem sido utilizada em combinação com vários procedimentos delineados para alterar eventos privados (percepções, pensamentos, imagens e crenças), por meio da manipulação das descrições verbais não adaptativas, que podem ter funções de estímulos discriminativos, operações motivacionais ou eliciadores aversivos condicionais em relações comportamentais (FERREIRA et al., 2010).

Treino da assertividade. É um conjunto de estratégias terapêuticas usadas quando se visa à exposição a estímulo aversivo social. No treino da assertividade, procedimento originalmente desenvolvido por Wolpe (1958, apud HAYDU et al. 2014), ensina-se o paciente a expressar sentimentos e direitos nas relações sociais em geral. Pressupõe-se, de acordo com o princípio teórico que fundamenta essa técnica, que comportamentos de preocupação e medo são aprendidos a partir da interação com modelos autoritários e inibem as respostas espontâneas e naturais da pessoa, que deixa de expressar suas emoções, evita contatos visuais diretos e teme expressar suas opiniões.

Dessa maneira, a não expressão desses sentimentos e direitos está relacionada ao comportamento emocional da ansiedade social; e a assertividade (formas socialmente adequadas de expressão verbal e motora de qualquer sentimento ou direito) pode inibir essa ansiedade. O treinamento da assertividade é feito por instrução, modelagem e ensaio comportamental das respostas adequadas em situações específicas (GUIMARÃES, 2001).

Treinamento de habilidades sociais - THS. Em geral, o treino de assertividade está incluso no treinamento de habilidades sociais. Esse treinamento também consta de uma variedade de técnicas, em especial, instrução, modelação, modelagem, ensaio comportamental e controle de estímulo (MURTA, 2005) e requer do terapeuta uma avaliação individual para identificar as situações-problema temidas e o padrão de resposta emitido, para então planejar uma intervenção personalizada de exposição.

De acordo com Caballo (1996; 2003), o procedimento de THS completo implica em quatro elementos de forma estruturada: (a) treinamento em habilidades, (b) redução da ansiedade em situações sociais problemáticas, (c) reestruturação cognitiva, por meio do qual são modificados os eventos privados do tipo pensar relacionados com valores, crenças e/ou atitudes e (d) treinamento em solução de problemas.

Percebe-se que as técnicas são de extrema importância, podendo auxiliar o terapeuta a fazer uma intervenção mais assertiva diante da amaxofobia, visando o bem-estar e diminuindo o sofrimento das pessoas que são afetadas pelo medo de dirigir.

Contudo, é necessário que se estabeleça um bom vínculo com o cliente, para que se possa favorecer a intervenção, uma vez que "[...] o trabalho com pessoas que possuem esta condição psicológica envolve, acima de tudo, compreensão, respeito ao tempo de cada paciente e empatia, pois sabe-se que enfrentar um estímulo que desperta medo é desconfortável e envolve sofrimento". (MARCON; FIUZA, 2019, p. 42).

A psicoterapia de grupo é utilizada por profissionais na amaxofobia e considerada efetiva no tratamento com benefícios significativos. Averiguou-se que dentre as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental, as técnicas comportamentais têm como objetivo provocar no indivíduo exposição e enfrentamento frente ao medo. Assim, as técnicas de relaxamento, que combinadas com a respiração, são significativas para questões de ansiedade para que promovam sensação de controle da situação. Quem apresenta medo de dirigir, apresenta uma elevada ansiedade e utilizando o relaxamento para uma diminuição as tensões e ansiedade, consequentemente terá posterior enfrentamento do trânsito. Ressalta-se que existem outros relaxamentos que envolvem todas as partes do corpo, como por exemplo o relaxamento progressivo de Jacobson para casos em que o indivíduo está em um estado de muita tensão e que acaba dificultando suas atividades cotidianas. (BARBOSA; MARTINS; FERRAZ, 2019).

Constatou-se que os relatos sobre as intervenções demonstram que, geralmente, o plano terapêutico tem como foco diminuir ou extinguir o comportamento de evitar dirigir. Dessa maneira, procuram aumentar o contato com o veículo, o aprimoramento das habilidades na direção e a confiança em dirigir com segurança, conforme ressaltam Mognon et al. (2017).

A psicoterapia é uma excelente alternativa que possibilita ajudar na solução do medo de dirigir. A Terapia Cognitivo-Comportamental busca, na intervenção, focar nos aspectos emocionais, cognitivos, afetivos, comportamentais e práticos, resgatar a segurança, a autoestima e a redução da ansiedade, valorizando os pontos fortes da personalidade, favorecendo o autoconhecimento e criando comportamentos eficazes na situação de dirigir.

CONCLUSÃO

Neste estudo, buscou-se analisar os aspectos emocionais e comportamentais desencadeados nas pessoas diante da fobia específica do medo de dirigir (amaxofobia) e apresentar as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na intervenção psicoterapêutica. Constatou-se, que os objetivos foram respondidos e o problema levantado foi contemplado. Foi possível descrever a respeito da fobia do medo de dirigir, suas causas e consequências, identificar os aspectos emocionais e comportamentais, evidenciou-se as técnicas e ferramentas da TCC na intervenção da fobia do medo de dirigir.

As características das pessoas com medo de dirigir envolvem, primordialmente, a preocupação com manifestações específicas da sua própria ansiedade, condições da via e do veículo e aspectos relativos ao meio social, conforme argumentam Mognon et al. (2017).

A partir dos dados coletados, registram-se as contribuições de Rafailov (2003) e Siqueira (2015) que reforçam o entendimento de que o medo de dirigir é uma forma de fobia específica, conhecida por amaxofobia. Referem o medo frente a situação de dirigir carro ou outro meio de transporte, causar acidentes, viajar no assento dianteiro, que leva a uma inquietação permanente e desproporcional que surge antes, durante e após o ato de dirigir.

Argumenta-se que o medo de dirigir pode estar associado a vários motivos, dentre eles: Trauma psicológico, problemas emocionais, pressão psicológica e falta de conhecimento do funcionamento do veículo. Estes motivos conduzem um bloqueio emocional, que é acionado no momento em que o indivíduo precisa assumir o controle de seu veículo. Nessa ocasião, surgem a ansiedade e angústia, e em seguida, os sintomas fisiológicos, que acabam comprometendo as funções psicológicas essenciais no ato de dirigir. Essas são geradoras de pensamentos disfuncionais, ilógicos, catastrófico, que imobilizam as estruturas cognitivas e emocionais que prejudicam o indivíduo, levando-o à desistência de dirigir.

A TCC é uma modalidade de psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais, e, sobretudo, ensinar os pacientes a reconhecer e ressignificar suas emoções, afetos, emoção e comportamento.

No que diz respeito às Técnicas Cognitivo-Comportamentais da TCC, chegou-se a compreensão que existem diversas técnicas e estratégias para o enfrentamento funcional dos sintomas, frente ao medo de dirigir, entre elas estão: reconhecer a ansiedade, registrar o ciclo da ansiedade, mudança de pensamento, exame de evidências, lista de vantagens e desvantagens de dirigir, cartões de enfrentamento, respiração profunda, relaxamento muscular progressivo, prática de *mindfulness*, distração cognitiva, modelação, dessensibilização sistemática, resolução de problemas, comunicação assertiva, habilidades de comunicação e exposição in vivo. Além destas, o questionamento socrático, a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, a ressignificação do paciente deve ser trabalhada, conforme ensinam e direcionam os autores (GUIMARÃES, 2001; FERREIRA et al., 2010; CABALLO, 1996; 2003).

Argumenta-se que o atendimento do paciente deve ser pautado em uma conceitualização completa para entender o que faz surgir e manter o medo de dirigir. Em vista disso, pode-se compreender a Terapia Cognitiva-Comportamental como possibilidade

terapêutica na amaxofobia, que os estudos têm demonstrado sua eficácia reduzindo de forma significativa os sintomas. Evidenciou-se que a TCC se baseia no pressuposto de que os transtornos psicológicos derivam de um modo distorcido ou disfuncional de perceber os acontecimentos, influenciando a cognição, o afeto e o comportamento do indivíduo.

Assim, conclui-se que as contribuições deste estudo se justificam pela relevância na psicologia e áreas afins, contribuição à ciência, à academia e à sociedade de forma geral. Ao mesmo tempo em que remete a uma reflexão sobre a fobia do medo de dirigir que traz explicações relevantes dos sintomas físicos e psicológicos na área da ansiedade, estresse, medo, pânico e o tratamento interventivo na abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental. É importante registrar que é um trabalho bibliográfico e exploratório inicial, sugere-se que outras pesquisas na área devem ser efetuadas a fim de ampliar o conhecimento.

AMAXOPHOBIA: COGNITIVE, EMOTIONAL, AND BEHAVIORAL ASPECTS AND BEHAVIORAL COGNITIVE INTERVENTION

ABSTRACT: Driving has become an essential activity in contemporary society, facilitating people's mobility and independence. However, for some people, this task is something that may cause a specific phobia, Amaxophobia (fear of driving), negatively impacting on their quality of life, limiting it and causing psychological distress for these people. This study aimed to analyze the emotional and behavioral aspects boosted in people by the specific phobia and to present the contributions of Cognitive-Behavioral Therapy in therapeutic intervention. The methodology was a bibliographic and exploratory research. The materials used were books, thesis, dissertations and scientific articles indexed in Scielo, Pepsic, BvSaude and Unoesc & Ciência databases, published from 2010 to 2019. It was verified that Amaxophobia causes permanent and disproportionate restlessness such as anxiety, fear, stress, and panic; and the Cognitive-Behavioral Therapy is effective in the treatment of Amaxophobia, providing satisfactory changes, with greater confidence and security.

Keywords: Amaxophobia. Clinical psychology. Intervention. Cognitive-Behavioral Therapy.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. S.; MARTINS, M. G. T.; FERRAZ, M. C. L. **Distorções Cognitivas frente ao medo de dirigir:** um estudo de campo em residente de Macapá-AP. 2019. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/distorcoes-cognitivas Acesso em: 20.09.2020.

BARP, M.; MAHL, Á. C. Amaxofobia: Um Estudo Sobre as Causas do Medo de Dirigir. **Unoesc & Ciência** – ACBS, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 39-48, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/2627/pdf>. Acesso em: 27 de abr. de 2020.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental**: teoria e prática. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa; Revisão técnica: Paulo Knapp, Elisabeth Meyer. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BELLINA, C. C. de O. **Dirigir Sem Medo.** 3 ed, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

BOTTEGA, S. **Mulher no Volante:** Entre o Medo e Confiança. TCC (especialização) Universidade Federal de Santa Catarina – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, 2016.

CABALLO, V. E. Manual de Avaliação e Treinamento das habilidades sociais. In V. E. Caballo (Org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santo, 2003.

CABALLO, V. E. O treinamento em habilidades sociais. In V. E. Caballo (Org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santo, 1996.

CLARK, D. A,; BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression**. New York: Wiley, 1999.

DSM-5 - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico]: [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. 5. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FERREIRA, D. C.; TADAIESKY, L. T.; COÊLHO, N. L.; NENO, S.; TOURINHO, E. Z. (2010). A interpretação de cognições e emoções com o conceito de eventos privados e a abordagem analítico comportamental da ansiedade e da depressão. Perspectivas em Análise do Comportamento, **Revista Perspectivas** 2010 vol. 01 n ° 02 pp. 70-85. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pac/v1n2/v1n2a01.pdf> Acesso em 12.08.2020.
GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisas**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GUIMARÃES, S. S. Terapias cognitivas e comportamentais. In B. Rangé (Org.). **Psicoterapia cognitivo-comportamentais**. Um diálogo com a psiquiatria (pp. 113-130). Porto Alegre: Artmed, 2001.

HAYDU, V. B.; FORNAZARI, S. A.; BORLOTI, E.; HAYDU, N. B. Facetas da Exposição In Vivo e por Realidade Virtual na Intervenção Psicológica no medo de dirigir. 2014. **Revista Psico Porto Alegre**, v.45, n.2, pp.136-146, abr-jun.2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/2e3c/af72f635349ce282fa65d0dd0523507e2e5d.pdf>. Acesso em: 14.01.2021.

KNAPP, P. Princípios da Terapia Cognitiva. In: KNAPP, P. (org.) Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php? Acesso: 10.08.2020

KUYKEN, W.; PADESKY C.; DUDLEY, R. **Conceitualização de casos colaborativa:** o trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARCON, M.; FIUZA, W. **Baralho do Medo de Dirigir:** autoconhecimento e psicoeducação. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

MOGNON, J. F.; SANTOS, A. A. A. dos S.; MARTINS, S. C. Avaliação e intervenção para o medo e fobia de dirigir: revisão da literatura. **Revista Contextos Clínicos**, 10(1):85-98, janeiro-junho 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v10n1/v10n1a08.pdf> Acesso em 27.10.2020.

MURTA, S. G. Aplicações do treinamento em habilidades sociais: Análise da produção nacional. **Psicologia:** Reflexão e Crítica, 18(2),283-291, 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200006> Acesso em: 15.08.2020.

NEUFELD, C. B.; CAVENAGE, C. C. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. **Rev. bras. ter. cogn**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 3-36, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 jan. 2021.

PEREIRA, M.; RANGÉ, P. IN: RANGÉ, B. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 1, p. 20.

PRADO. M. M. M.; CARVALHO, R. de C. A. L. **Sem Medo de Dirigir**: Psicoterapia e a Superação dos Limites que o Medo e a Insegurança de Dirigir Impõem nas Pessoas. Curitiba: Juruá, 2019.

RAFAILOV, I. **1958 - Dicionário Igor de fobias: com sinônimos e termos correatos /** Igor Rafailov; prefácio de Humberto Costa; apresentado por Rostan Silvestre. Recife: Ed. do Autor, 2003.

RANGÉ, B. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANTOS, E. **Terapia no Trânsito**: tratando o medo de dirigir. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23 ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2013.

SIQUEIRA, V. R. Agindo sobre o Medo de dirigir: um tratamento ao medo de dirigir. **Revista Educação**, v.18, n.24, p.10-15, 2015.

SILVA, Adriana Margarete Klein da; TRENHAGO, Janinha. **Mulheres com Medo de Dirigir: um Olhar Além das Aparências**. Psicologado, [S.l.]. (2015). Disponível em https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-do-transito/mulheres-com-medo-de-dirigir - um-olhar-alem-das-aparencias. Acesso em 24 maio de 2020.

SUFFERT, C. L. C.; FONSECA, Y. X. F. **Medo De Dirigir:** terapia cognitivo-comportamental no tratamento da fobia de trânsito. São Paulo: Vetor, 2013.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental:** um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.