



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

Mariana Ferreira Bastos

**Perturbação Dismórfica Corporal na Cirurgia
Plástica**

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROFESSOR DOUTOR CARLOS SARAIVA

MARÇO 2013

**Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Mestrado Integrado em Medicina**

Perturbação Dismórfica Corporal na Cirurgia Plástica



Artigo de Revisão

Mariana Ferreira Bastos¹

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Azinhaga de Santa Comba, Celas
3000-548 Coimbra, PORTUGAL

E-mail do autor: mariana_b_99@hotmail.com

Índice

Resumo	4
Abstract.....	6
1- Introdução.....	8
2 – Materiais e Métodos	10
3-Resultados	11
3.1-Definição	11
3.2- Etiologia	13
3.3- Relação com a Cirurgia Plástica.....	16
3.4-Epidemiologia	18
3.5-Sintomas e Comorbilidades.....	23
3.6- Realizar ou não a cirurgia.....	28
3.7- Relação entre Perturbação Dismórfica Corporal e Perturbação Obsessivo- Compulsiva.....	33
3.8 – Como diagnosticar Perturbação Dismórfica Corporal.....	36
3.9- Tratamento	40
4- Discussão e Conclusão	43
5- Bibliografia	45

Resumo

Perturbação Dismórfica Corporal é um distúrbio somatoforme caracterizado pela preocupação excessiva do doente com um defeito muito pequeno ou até imaginado na sua aparência física. Os pacientes com Perturbação Dismórfica Corporal são vistos muitas vezes na cirurgia plástica à procura de tratamento cirúrgico. A prevalência desta doença na cirurgia plástica e na população em geral está ainda por determinar. Foram propostos vários testes para diagnosticar este distúrbio, no entanto, uma vez que os cirurgiões estão ,ainda, pouco sensibilizados para esta doença, continua a ser subdiagnosticada nesta área da Medicina. A Perturbação Dismórfica Corporal resulta da combinação complexa de vários fatores neurobiológicos, cognitivos, comportamentais e sociais. Daí a elevada dificuldade de diagnosticar, diferenciar de outras patologias e tratar . Pacientes que sofrem de Perturbação Dismórfica Corporal odeiam o seu defeito e podem procurar a solução na cirurgia plástica. Contudo, estes pacientes ficam invariavelmente insatisfeitos com o resultado. Alguns podem, eventualmente, tornarem-se viciados em cirurgias.

Com o objetivo de esquematizar o conhecimento mais recente sobre esta temática foi realizada uma pesquisa na base de dados MEDLINE onde foram identificados os estudos de maior relevo publicados nos últimos vinte anos, sem menosprezar os raros trabalhos clássicos anteriores. Apesar de, nos últimos anos, terem sido feitos progressos relativamente à fisiopatologia, à personalidade e determinação de quais os fatores de risco que podem condicionar o aparecimento da doença, são ainda necessários mais estudos de forma a estabelecer relações inequívocas de causalidade. Estes doentes precisam, principalmente, de serem referenciados a um psiquiatra ou psicólogo clínico especializado. Reconhecer este tipo de doentes e negar a cirurgia são medidas que se impõe ao cirurgião plástico de modo a evitar eventuais transtornos

médico-legais. De investigações futuras poderão surgir novas medidas de diagnóstico simples e acessíveis de usar numa consulta de cirurgia plástica.

Palavras-Chave: "perturbação dismórfica corporal"; "perturbação somatoforme"; "cirurgia plástica".

Abstract

Body Dysmorphic Disorder is a somatoform disorder characterized by an excessive concern from the patient with a very small or even imagined defect in his physical appearance. Patients with Body Dysmorphic Disorder are often seen in plastic surgery consultations seeking surgical treatment. The prevalence of this disease in plastic surgery and in the general population is yet to be determined. Several tests have been proposed in order to diagnose this condition, however, since surgeons are not very aware to this disease it continues to be underdiagnosed in this area of medicine. The Body Dysmorphic Disorder results as a complex combination of several neurobiological, cognitive, behavioral and social factors. Therefore, it's difficult to diagnose, differentiate from other diseases and treat it effectively. Patients who suffer from Body Dysmorphic Disorder usually hate their body and try to find a solution to their issues with plastic surgery. However these patients stay invariably unsatisfied with the result of the surgery. Some may, eventually, become addicted to surgery.

With the purpose to outline the latest knowledge about this subject, a search was conducted in MEDLINE database which identified the most relevant studies published in the last twenty years, but always having in consideration rare previous classic studies. Although, in recent years, progress was made regarding the pathophysiology and determining which risk factors that may influence the onset of the disease, more studies are still needed in order to establish defined causal relationships. These patients need, most importantly, to be referenced to a psychiatrist or a specialized clinical psychologist. To recognize the features of this kind of patient and deny him medical procedures are ways for a surgeon to avoid eventual medical and legal actions against

the surgeon. These investigations may arise simple and easy diagnostic measures that can be used on a plastic surgery consultation.

Keywords: “body dysmorphic disorder”; “somatoform disorder”; “plastic surgery”.

1- Introdução

A Perturbação Dismórfica Corporal é um transtorno caracterizado pela preocupação exagerada e desproporcional com um pequeno defeito na aparência. Esta preocupação causa um stress significativo e/ou fobia social, ocupacional ou defeito noutra função.

Os indivíduos vão desenvolvendo cada vez mais o desejo da sua aparência refletir o modelo estético dominante, uma vez que os costumes sociais contemporâneos atribuem uma crescente importância à aparência na sua rotina diária, tanto na esfera pessoal como na esfera profissional [1]. A modificação da aparência e o recurso à cirurgia plástica para melhorar um defeito ou para reverter consequências da idade já são socialmente aceites com naturalidade, principalmente no Ocidente. É, no entanto, importante estar alerta para a fina linha que separa o desejo comum de melhorar um pequeno aspeto da aparência com a obsessão descontrolada com um defeito mínimo. A extrema insatisfação com a aparência pode ser resultado da conjugação de vários fatores psicológicos, sociais e biológicos e, por isso, nem sempre é simples de reconhecer. O cirurgião plástico é normalmente quem acompanha de perto e muito precocemente estes pacientes já que, desprezando a sua doença ou mesmo sem ter noção de que sofrem dela, uma vez que os doentes recorrem inicialmente a estes especialistas com o objetivo de corrigir o seu eventual defeito. A realização de cirurgia não conduz à resolução da doença, pelo contrário, pode agravar os sintomas e alterar o foco de preocupação para outra parte do corpo.

Este artigo de revisão tem como objetivo encontrar na literatura a prevalência desta doença na cirurgia plástica, identificar os principais sinais e sintomas e as partes do corpo que mais preocupam estes doentes. Pretende, também, demonstrar como identificar esta patologia e quais as suas comorbilidades, incluindo a relação desta

doença com a Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Neste estudo, é ainda discutida a realização ou não de cirurgia nestes doentes e o tratamento disponível é revisto.

2 – Materiais e Métodos

Os dados presentes neste estudo foram obtidos através de uma estratégia de pesquisa composta por duas etapas. Inicialmente, foi pesquisada uma base de dados pública (MEDLINE) com recurso a um motor de busca online (PubMed), na qual foram identificados os trabalhos de maior relevo publicados nos últimos vinte anos sobre esta temática. Posteriormente, foram obtidos outros trabalhos através de métodos de pesquisa secundários, recorrendo a referências dos artigos previamente selecionados. A pesquisa na base de dados MEDLINE foi feita com base nos termos: "Perturbação Dismórfica Corporal", "Cirurgia Plástica", "Distúrbio Somatoforme".

3-Resultados

3.1-Definição

A Perturbação Dismórfica Corporal foi descrita pela primeira vez por Enrico Morselli em 1891. Introduziu o termo “dismorfofobia” para descrever um sentimento subjetivo por um defeito físico, que levava o paciente a achar que era observado pelos outros somente pelo defeito, apesar da sua restante aparência ser normal. Descrições subsequentes indicavam a presença de uma obsessão com vergonha do próprio corpo, afirmando-se que a Perturbação Dismórfica Corporal assentava numa neurose obsessiva. Assegurava-se que a preocupação do paciente podia assumir diferentes formas e tornar-se uma obsessão, na forma principal, mas podia tornar-se secundariamente uma perturbação delirante [1].

Dismorfofobia tornou-se numa categoria diagnóstica distinta em 1980 no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (3ª Edição)*. Na *3ª Edição Revista*, o termo dismorfofobia foi abandonado em detrimento de Perturbação Dismórfica Corporal para evitar a ênfase dado à fobia e de modo classificá-la no grupo das doenças somatoformes. Por definição, a Perturbação Dismórfica Corporal, consiste numa preocupação desproporcional com um defeito (pequeno ou imaginado) na aparência física de uma pessoa com uma aparência normal. O *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Edição)* identifica os seguintes critérios de diagnóstico:

-preocupação com um defeito físico na aparência. Mesmo que a anomalia física esteja presente, a preocupação tem um carácter marcadamente excessivo;

-a preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou disfunção no comportamento social, ocupacional, ou outras áreas importantes do funcionamento individual;

-a preocupação não faz parte do quadro de outras perturbações mentais (como por exemplo a anorexia nervosa).

A aplicação dos critérios de diagnóstico de Perturbação Dismórfica Corporal, em indivíduos que procuram a cirurgia plástica pode ser um desafio. Aplicar independentemente o primeiro critério de diagnóstico descreve a maioria deste tipo de pacientes. Muitos indivíduos procuram a cirurgia plástica para corrigir uma pequena imperfeição ou para melhorar determinados aspetos da aparência, mas classificar uma característica como "normal" ou "corrigível" é bastante subjetivo. Nos doentes que sofrem de Perturbação Dismórfica Corporal é frequente a insatisfação com o resultado da cirurgia. É também de salientar que o grau de stress e insatisfação pode ser um bom indicador para identificar, e consequentemente, diagnosticar este tipo de pacientes.

Por outro lado, uma pessoa que refere que a sua aparência interfere com a sua capacidade de manter um trabalho, vai de encontro ao segundo critério de diagnóstico. Pode ser ainda muito difícil para o cirurgião distinguir um doente perfeccionista daquele que sofre desta perturbação.

3.2- Etiologia

A etiologia da Perturbação Dismórfica Corporal é multifatorial (neurobiológica, psicológica e sociocultural).

Fatores neurobiológicos

Um estudo concluiu que lesões encontradas na região fronto-temporal do cérebro despoletavam o início dos sintomas da Perturbação Dismórfica Corporal. Foram efetuados estudos de imagem por tomografia computadorizada de fótons simples, em seis pacientes que sofriam desta doença. Estes estudos revelaram um défice na região parietal do cérebro, uma área que se pensa que poderá estar relacionada com a perceção corporal [2].

O papel do sistema da serotonina e dos seus recetores é sugerido pela evidência da resposta terapêutica aos antidepressivos inibidores da recaptção da serotonina por parte destes doentes. Os sintomas da Perturbação Dismórfica Corporal são exacerbados após a depleção do triptofano e têm início após o abuso dos antagonistas da serotonina [1]. Testes neuropsicológicos realizados a estes doentes sugerem défices nas capacidades verbais e não verbais, e na capacidade de codificação organizacional. Ressonâncias magnéticas realizadas a oito mulheres com Perturbação Dismórfica Corporal, revelaram assimetria anormal do núcleo caudado e um volume da massa cerebral maior, comparativamente com o controlo [3].

Apesar dos estudos acerca da componente genética nesta patologia serem muito limitados, é sugerido que a Perturbação Dismórfica Corporal se deve em parte à base genética do indivíduo [1]. Um estudo [4] com 200 doentes que sofriam de Perturbação Dismórfica Corporal mostra que 20% dos participantes têm um familiar em primeiro

grau que sofre da mesma perturbação. Outra investigação [5] sugere que a Perturbação Dismórfica Corporal é mais comum em familiares de pessoas diagnosticadas com a Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

Fatores psicológicos

A causa psicológica da Perturbação Dismórfica Corporal tem sido explicada pelo menos por duas teorias. Uma delas sugere que este distúrbio provém de conflitos sexuais ou emocionais inconscientes; sentimentos de inferioridade; culpa ou uma autoimagem pobre em relação à parte corporal objeto de insatisfação. Contudo, não existe uma evidência ainda comprovada desta relação para suportar esta teoria. A outra teoria defende um modelo cognitivo-comportamental, sugerindo que esta perturbação tem como base a interação de fatores cognitivos, emocionais e comportamentais [6].

Os componentes cognitivos que parecem estar envolvidos com o aparecimento e manutenção da Perturbação Dismórfica Corporal incluem:

- atitudes irrealistas em relação à imagem corporal relacionadas com a perfeição e a simetria;
- atenção seletiva para o defeito;
- aumento da atenção para as falhas na aparência;
- interpretação errada das expressões faciais dos outros indivíduos, sendo estas interpretadas como uma crítica.

A componente cognitiva é baseada na excessiva atenção à informação negativa relacionada com o corpo. Esta componente sugere ainda que a perceção anormal e os défices de processamento emocional têm um papel importante no desenvolvimento da

Perturbação Dismórfica Corporal, sendo necessários mais estudos para confirmar esta teoria [1].

Apesar disto, muitos estudos já referem que a incidência de distúrbios emocionais está intimamente relacionada com o aumento da procura de cirurgia plástica [7].

Numa perspetiva comportamental a Perturbação Dismórfica Corporal surge como resultado de:

- reforços positivos ou intermitentes das características da aparência;
- aprendizagem social (daí a importância das imagens passadas pela comunicação social) [3].

Os fatores cognitivos, como por exemplo, pensamentos negativos acerca da aparência, fazem aumentar a ansiedade e outras emoções negativas. Os comportamentos comuns deste tipo de pacientes - como observarem-se constantemente ao espelho - podem desenvolver-se e persistir, como forma de reduzir a ansiedade e o stress.

Fatores sociais

Os pacientes que provêm de famílias onde são rejeitados, negligenciados e criticados, principalmente por questões relacionadas com a aparência física, têm maior tendência para sofrer de Perturbação Dismórfica Corporal. O período da adolescência (a idade típica de aparecimento desta perturbação), que implica para os indivíduos mudanças físicas e psicológicas, parece desempenhar um papel importante no aparecimento da doença, principalmente naqueles que são massacrados pela sua aparência. O ênfase dado cada vez mais a modelos de perfeição física, transmitida pela comunicação social é, ainda, outro potencial fator relacionado com a insatisfação da imagem corporal e com o aparecimento da Perturbação Dismórfica Corporal [3].

3.3- Relação com a Cirurgia Plástica

A procura da beleza e juventude eterna têm sido documentadas desde o início da história da Humanidade. Estes desejos são o cerne dos procedimentos de cirurgia plástica.

Descrições de "defeitos mínimos e imaginados" e pacientes "insaciáveis" foram documentadas na literatura da cirurgia plástica na década de 1960. Casos de "dismorfofobia" e "doenças não dermatológicas" surgiram na literatura dermatológica pouco depois da década de 1980. Em ambas as especialidades foram registados casos de pacientes que requeriam vários procedimentos para melhorar um defeito pequeno ou imaginado, apresentando tipicamente altos níveis de insatisfação. Estas descrições são consistentes com as que hoje se assistem nos pacientes que sofrem da Perturbação Dismórfica Corporal [8].

A situação económica dos países ocidentais e a globalização crescente tiveram como consequência o aumento do número de pessoas que desejam cumprir o sonho de realizar um procedimento médico-estético [9]. Este facto tem sido acompanhado pelas campanhas publicitárias a nível global, difundidas por todos os meios de comunicação, e consequentemente, cada vez mais acessíveis a toda a gente e a todo o momento. Os meios de comunicação são a maioria das vezes os responsáveis pelas mudanças dos estereótipos considerados como ideais de beleza.

Um recente fenómeno de *reality shows*, que acompanha pessoas que se submetem à cirurgia plástica, tem tido um grande impacto no desejo de outras pessoas virem a realizar este tipo de intervenções. A relação entre o visionamento deste tipo de programas e a procura de cirurgia plástica foi estabelecida por alguns investigadores

[10], [11], [12] que concluíram: mulheres não licenciadas que interiorizam as mensagens dos meios de comunicação social têm opiniões mais favoráveis quanto à realização de cirurgia plástica. Do mesmo modo [13], foi detetado que o visionamento deste tipo de *reality shows* resultava em opiniões mais favoráveis em relação à cirurgia plástica; menor receio da cirurgia; maior insatisfação com o corpo; aumento da ocorrência de distúrbios alimentares; e maior pressão para realizar aquele tipo de procedimentos. Concluiu-se também [14] que homens e mulheres não licenciados e que acreditam que os outros os rejeitam pela sua aparência, demonstraram uma maior tendência para sofrerem de Perturbação Dismórfica Corporal e para aceitar a cirurgia plástica como solução para esta rejeição. Por outro lado, a cirurgia plástica tornou-se mais segura e menos dispendiosa, graças aos avanços tecnológicos, o que contribuiu para diminuir a ansiedade naqueles que a procuram.

De acordo com a Sociedade Americana de Cirurgiões Plásticos aproximadamente 13,1 milhões de procedimentos foram realizados em 2010, o que reporta para um crescimento de 77% desde o ano de 2000. Contudo, este número pode não ser totalmente representativo já que outros especialistas realizam intervenções cosméticas [15]. Os tratamentos cirúrgicos tradicionais como a rinoplastia, a lipoaspiração e a mamoplastia de aumento, assim como tratamentos dermatológicos minimamente invasivos e tratamentos dentários são os procedimentos mais comuns [15].

Um estudo [15] realizado num universo universitário que tinha como objetivo clarificar a relação entre a procura da cirurgia plástica e a Perturbação Dismórfica Corporal demonstrou uma relação intrínseca entre o stress relacionado com a imagem corporal e a procura de estratégias problemáticas, incluindo a cirurgia plástica.

3.4-Epidemiologia

A prevalência da Perturbação Dismórfica Corporal na população em geral e na cirurgia plástica está ainda por determinar com rigor. Esta imprecisão relaciona-se com diversas causas, entre as quais a crescente procura pela cirurgia plástica e por outro lado com a dificuldade de determinar a percentagem de pessoas afetadas com a doença e que procuram esta especialidade. Os doentes com Perturbação Dismórfica Corporal acreditam profundamente que o seu defeito é físico e procuram mais rapidamente o cirurgião plástico ou outro médico, como por exemplo o dermatologista, para modificar a sua aparência. Poucas vezes é o psiquiatra a ter um primeiro contacto com este tipo de doentes. Frequentemente, estes doentes estão relutantes em demonstrar os seus sentimentos e as suas preocupações aos familiares e até ao próprio médico, já que têm tendência para evitar a consulta de um psiquiatra em qualquer situação [16]. Este facto está intimamente relacionado com o medo de serem julgados pelos outros como sendo absurdamente vaidosos e/ou narcisistas despoletando um mecanismo de evitamento social, que é muitas vezes identificado, diagnosticado e tratado como depressão major [1].

De notar, que muitos cirurgiões não estão, ainda, sensibilizados para esta perturbação e operam sem ter conhecimento da patologia inerente ao doente, consequentemente muitos deste pacientes não são diagnosticados o que torna este distúrbio, provavelmente, subestimado. Ainda assim, a literatura acerca deste tema tem vindo a aumentar e existem estudos que revelam a prevalência desta doença em várias populações.

Os estudos mais recentes indicam uma prevalência da Perturbação Dismórfica Corporal de aproximadamente 0,7 a 3% na população em geral nos Estados Unidos [17]

[18]. Um inquérito [19] realizado na população de Florença, Itália, demonstra uma prevalência da Perturbação Dismórfica Corporal de 0,7% a 2,3%.

Estudos realizados na população universitária dos Estados Unidos, tendo como base de dados “self report” de 2005 [12] mostra que apenas 2,5% sofrem de Perturbação Dismórfica Corporal. Tendo em conta o mesmo tipo de população na Alemanha, em 2002, 5,2% dos indivíduos eram afetados pela Perturbação Dismórfica Corporal [20]. Um mesmo tipo de estudo de 2003 reporta que 4,8% dos estudantes universitários turcos sofrem de Perturbação Dismórfica Corporal [21].

A prevalência desta doença em pacientes que recorrem à cirurgia plástica ainda não está bem definida. Estudos recentes mostram uma incidência mais elevada que na população em geral, no entanto, com percentagens muito dispares que vão desde 2,9% como no estudo [22] de 2004 realizado na Austrália, a 53,6% demonstrado num estudo [3] realizado em Itália em 2002. No primeiro foi usado como tipo de entrevista *self-report* ao passo que, no segundo foi realizado por *clinical interview*.

Em 1998 foi realizado no Japão [23] um estudo que reflete uma prevalência de 15% da Perturbação Dismórfica Corporal , outro realizado na Turquia em 2001 apresentava uma prevalência de 20%. Já em 2003, em França a prevalência era 9,1%. Estes estudos realizados foram realizados por *clinical interview* (tabela 1).

Tabela 1 – Estudo sobre a prevalência da Perturbação Dismórfica Corporal na população em geral, em estudantes universitários e em pacientes da cirurgia plástica.

Autores	Ano	País	Número de indivíduos	População	Recolha de dados	Prevalência (%)
<i>Faravelli et al.</i>	1997	Itália	673	População em geral	Entrevista clínica	0,7
<i>Bienvenu et al.</i>	2000	Estados Unidos	373			1 a 3
<i>Otto et al.</i>	2001	Estados Unidos	976			0,7
<i>Bohne et al.</i>	2002	Alemanha	133	Estudantes universitários	<i>Self-report</i>	5,3
<i>Cansever et al.</i>	2003	Turquia	420			4,8
<i>Sarwer et al.</i>	2005	Estados Unidos	559			2,5
<i>Ishigooka et al.</i>	1998	Japão	415	Pacientes de cirurgia plástica	Entrevista clínica	15
<i>Vargel et al.</i>	2001	Turquia	20		Entrevista clínica	20
<i>Vindigni et al.</i>	2002	Itália	56		Entrevista clínica	53,6
<i>Aouizerate et al.</i>	2003	França	132		Entrevista clínica	9,1
<i>Crerand et al.</i>	2004	Estados Unidos	91		<i>Self-report</i>	8
<i>Castle et al.</i>	2004	Austrália	137		<i>Self-report</i>	2,9

De acordo com um estudo recente 20% dos pacientes com Perturbação Dismórfica Corporal provavelmente têm pelo menos um parente em primeiro grau afetado pelo mesmo distúrbio, sugerindo a possibilidade de transmissão hereditária. Contudo, esta hipótese requer mais investigações [24].

A incidência da Perturbação Dismórfica Corporal parece apresentar uma distribuição bimodal. O distúrbio tem tendência a manifestar-se primariamente na adolescência ou nos jovens adultos, com um pico secundário depois da menopausa [25].

Um ensaio [24] com 200 indivíduos afetados pela Perturbação Dismórfica Corporal refere como idade média de início deste distúrbio os 16,4 anos. Quando são

tidas em conta as formas subclínicas da doença, a idade média de início ronda os 12,9 anos. Em alguns casos o distúrbio pode manifestar-se inicialmente na infância [26]. No entanto, foi estimado que a idade média de diagnóstico desta doença é de 33,7 anos [16] [27].

Muitos estudos mostram que a Perturbação Dismórfica Corporal é uma doença comum no universo estudantil, afetando tanto o sexo masculino como o feminino. Num questionário realizado com uma amostra de 420 estudantes do sexo feminino, 43,8% dos inquiridos manifestaram insatisfação com a sua aparência e 4,8% apresentavam os critérios de diagnóstico para Perturbação Dismórfica Corporal [21]. Outro inquérito semelhante baseado numa amostra com 133 estudantes alemães (dos quais 73,3% mulheres) identificou uma prevalência de 5,3% da doença associada a baixa autoestima, sintomas depressivos e comportamentos característicos da esfera obsessiva-compulsiva [20].

Concluir à cerca do género mais afetado por esta doença tem sido uma tarefa árdua. Alguns autores defendem uma maior percentagem de casos de Perturbação Dismórfica Corporal no sexo masculino [26], enquanto que outros defendem uma ocorrência igual em ambos os sexos [16], [28] . Por outro lado existem estudos [4], [5], [29] que apontam para uma presença mais forte deste distúrbio no sexo feminino.

Existe, contudo, clinicamente uma diferença significativa nas partes do corpo nas quais o paciente foca a sua atenção. Foi concluído [16], [30] que os homens estão mais preocupados com os órgãos genitais, estrutura muscular e o cabelo. Por outro lado as mulheres estão mais preocupadas com o peito, abdómen, ancas e pernas. É provável que estas diferenças tenham uma conotação social e sejam reforçadas por modelos propostos pela comunicação social [1].

Um estudo recente [31] em que examinou as semelhanças e as diferenças de uma amostra extensa de 200 sujeitos que sofrem de Perturbação Dismórfica Corporal, demonstrou que os homens, para além de serem mais velhos, apresentavam maior tendência para não serem casados e se auto-medicarem. Já as mulheres apresentavam maior tendência para comportamentos repetitivos e para camuflarem os seus supostos defeitos.

3.5-Sintomas e Comorbilidades

Pacientes com Perturbação Dismórfica Corporal, geralmente, apresentam uma preocupação exagerada com um defeito físico imaginário que tem uma carga afetiva e emocional desproporcionada. O medo apresentado por estes indivíduos está mais perto da vergonha do que um desejo narcisista para melhorar a imagem corporal. Por outras palavras, estes sentem-se invadidos por uma sensação de inadaptação em relação ao próprio corpo. O grau de ansiedade aumenta particularmente quando estão expostos aos outros, produzindo uma forte inibição social [1].

Muito frequentemente a autoestima pode ser tão baixa que resulta no isolamento e fobia social. A maioria dos pacientes reportaram a interferência da doença no seu desempenho académico e profissional. Cerca de 27% admitiu que durante o decurso da sua doença se isolaram em casa por mais de uma semana [24].

Metade de uma amostra de estudantes que estava preocupada com a sua aparência a sua aptidão social apresentou-se afetada em 25% dos casos [26].

A autoestima e a qualidade de vida das pessoas com Perturbação Dismórfica Corporal são inferiores à da população em geral [1], [3], [32].

Quando a perturbação atinge um grau severo, isso pode causar a destruição de toda a vida social do indivíduo. Pelo contrário se o transtorno for num grau moderado está associado a uma função social compensatória [16]. Um estudo com uma amostra de 200 pacientes afetados com Perturbação Dismórfica Corporal concluiu que 36% da amostra apresentava absentismo ao trabalho nos meses anteriores à realização do inquérito, 32% faltou às aulas devido à doença e 11% tinha abandonado definitivamente a escola [24]. Outro achado importante emerge de vários estudos que concluem que a

maioria dos pacientes com Perturbação Dismórfica Corporal não são casados [3], [16], [33].

Uma vasta lista de defeitos físicos pode estar associada a este transtorno. Os pacientes expressam preocupação com a pele, cabelo, nariz, peito, pernas, boca, olhos, orelhas, zona abdominal e os órgãos genitais [34]. Um grande foco de preocupação é a simetria relativamente à face (tamanho dos olhos, sobrancelhas, a forma do nariz e o cabelo) [16]. Em média as pessoas com Perturbação Dismórfica Corporal demonstram preocupação com cinco a sete partes do corpo durante o decurso da doença [24] e comportamentos compulsivos que incluem: examinação exaustiva ao espelho, uso de maquilhagem para camuflar as suas imperfeições e esgravatar a pele [20].

Os pacientes com este distúrbio manifestam pensamentos intrusivos incontroláveis sobre a sua aparência. Estes pensamentos aumentam o medo de que o seu defeito seja avaliado pelos outros. Nos casos mais severos estes doentes podem ter dificuldade em pensar em mais alguma coisa para além do seu defeito. Alguns admitem que os seus pensamentos são exagerados, enquanto que outros defendem as suas crenças com uma intensidade que pode tomar forma de ilusão. Mais de 77% destes doentes mantiveram as suas crenças em relação à sua aparência de forma ilusória em algum ponto do curso da sua doença [3].

Estes doentes assumem que os outros podem ver o seu defeito e consideram cada frase, riso, gargalhada ou olhar como uma condenação, julgamento ou sentença relativamente ao suposto defeito [1].

Doentes com Perturbação Dismórfica Corporal procuram frequentemente melhorar a sua aparência através de tratamentos cosméticos. Foram reportados casos em que os pacientes realizaram cirurgias a si mesmos [8].

Com a Perturbação Dismórfica Corporal coexistem muitas vezes distúrbios depressivos, estimando-se que surjam em 80% dos casos. Vários estudos na literatura confirmam que muitos sujeitos com Perturbação Dismórfica Corporal apresentam simultaneamente sintomas depressivos, tais como, fragilidade emocional, anedonia e isolamento social. A Perturbação Dismórfica Corporal difere dos distúrbios depressivos em muitos aspetos, no entanto, os sentimentos de baixa autoestima podem-se desenvolver durante um episódio de depressão maior. Contudo estes sentimentos não se focam num aspeto específico da aparência física e não estão relacionados com comportamentos compulsivos. Por outro lado, a depressão afeta mais mulheres do que homens numa idade mais avançada e manifesta-se de forma menos crónica que a Perturbação Dismórfica Corporal. Tal como a depressão, a terapêutica da Perturbação Dismórfica Corporal também inclui antidepressivos, principalmente inibidores da recaptação da serotonina, no entanto, e apesar dos aspetos em comum, a relação entre a Perturbação Dismórfica Corporal e os distúrbios depressivos não está ainda totalmente esclarecida [1].

Pacientes que sofrem de Perturbação Dismórfica Corporal também parecem ser particularmente propensos para desenvolver ideias suicidas. Numa investigação recente [35] examinando 200 doentes com este transtorno, cerca de 78% admitiu ter tido pensamentos suicidas e 27,5% tentaram mesmo suicidar-se. A Perturbação Dismórfica Corporal era a principal razão para a ideação suicida em 70,5% dos casos, e isto estava correlacionado com um elevado risco suicida principalmente nos pacientes com comorbilidades depressivas e transtornos de abuso de substâncias.

Um primeiro estudo prospetivo [36] com uma mostra de 185 pacientes afetados com esta perturbação, conduzido ao longo de quatro anos, reportou uma ocorrência de

ideias suicidas de 57,8% e uma percentagem de 2,6% de tentativas suicidas; dois indivíduos (0,3%) chegaram mesmo a cometer suicídio.

Durante a última década sete grandes estudos epidemiológicos que tinham como objetivo identificar a causa de morte entre mulheres que se submeteram a mamoplastia, encontraram uma inesperada associação com o suicídio. Neste estudos a taxa de suicídio era 2 a 3 vezes maior que a encontrada na população em geral [8].

O transtorno de abuso de substâncias ocorrem frequentemente com a Perturbação Dismórfica Corporal numa prevalência de aproximadamente 48,9%. O álcool mostrou ser a substância mais comumente usada, surgindo com uma prevalência de 28% dos indivíduos com Perturbação Dismórfica Corporal que apresentam dependência de substâncias. Outros achados sugerem que alguns doentes com Perturbação Dismórfica Corporal podem fazer automedicação de modo a diminuir o stress [1].

Existe uma moderada correlação entre a Perturbação Dismórfica Corporal e os distúrbios alimentares. Um estudo recente que incluía 200 com Perturbação Dismórfica Corporal encontrou uma taxa de correlação de 32% com distúrbios alimentares incluindo anorexia nervosa (9%), bulimia nervosa (6,5%) e outros distúrbios alimentares inespecíficos (17,5%). A Perturbação Dismórfica Corporal, anorexia nervosa e a bulimia nervosa partilham características de comportamento compulsivo e uma preocupação excessiva com a aparência física acompanhada com uma distorção da imagem corporal. Contudo é importante distingui-las. Os doentes com Perturbação Dismórfica Corporal têm uma aparência normal aos olhos das outras pessoas, ao passo que os doentes anoréticos têm uma aparência física caquética. Estes últimos concentram a sua atenção no peso e não apenas numa parte do corpo. Os distúrbios alimentares afetam mais frequentemente as mulheres [1].

A prevalência de distúrbios de personalidade entre doentes que sofrem de Perturbação Dismórfica Corporal parece ser bastante alta, particularmente os distúrbios de personalidade do tipo "*cluster C*", segundo o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ta Edição Revista)* (tabela 2).

Tabela 2 – Comorbilidades e percentagem de prevalência da comorbilidade em pacientes com Perturbação Dismórfica Corporal [1]

Comorbilidade na Perturbação Dismórfica Corporal	Prevalência entre doentes com Perturbação Dismórfica Corporal (%)
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	6 a 30
Distúrbios depressivos	80
Fobia social	12 a 39,3
Distúrbios de abuso de substâncias	48,9
Ideias suicidas	78
Distúrbios alimentares	32
Anorexia Nervosa	9
Bulimia	6,5
Outros	17,5
Distúrbios de personalidade (" <i>cluster C</i> ")	15 a 43

3.6- Realizar ou não a cirurgia

Uma vez que a Perturbação Dismórfica Corporal é uma doença do foro psiquiátrico, a cirurgia não irá curar o paciente. Com a cirurgia, apenas o sintoma pode ser abordado e não a causa da doença.

Apesar deste facto, a Perturbação Dismórfica Corporal é um transtorno comum entre os pacientes que procuram cirurgia plástica e muitas vezes é a cirurgia plástica que faz o primeiro contato com estes doentes [1].

A eficácia da cirurgia plástica nos pacientes com Perturbação Dismórfica Corporal está ainda a ser alvo de estudo. Doentes com Perturbação Dismórfica Corporal que receberam tratamento cirúrgico demonstram frequentemente insatisfação com os resultados da cirurgia, segundo vários estudos [1], [37], [38]. Num estudo [39] com 30 pacientes com Perturbação Dismórfica Corporal que realizaram procedimentos cirúrgicos, apenas 4% relatou que a cirurgia foi benéfica. Foi concluído, também, [38] que a maioria dos doentes com Perturbação Dismórfica Corporal que realizaram a cirurgia permanecem com sintomatologia da doença após a cirurgia. Do mesmo modo, outro estudo [40] referiu que a maioria das intervenções cirúrgicas em pacientes com Perturbação Dismórfica Corporal resultou num agravamento da severidade dos sintomas, ou na transferência do foco da sua preocupação para outra parte do corpo. Alguns pacientes que reportaram melhorias na aparência com a cirurgia, tornaram-se ansiosos e preocupados com relação ao tempo que o resultado iria durar [41]. A literatura contém, também, um importante estudo prospetivo que demonstrou que tanto tratamentos cirúrgicos como médicos nestes pacientes não estavam associados à remissão da doença [1].

Estes pacientes são propícios a desenvolver o síndrome de "*overoperation*", a cirurgia plástica torna-se um vício em virtude da insatisfação crescente após cada cirurgia (figura 1).

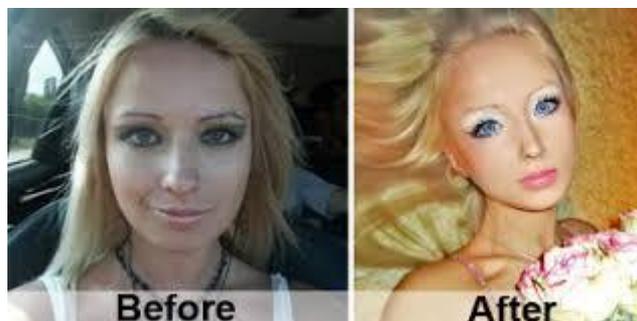


Figura 1 - Imagem de uma paciente viciada em cirurgia plástica [42]

Na cirurgia de lipoaspiração, foi estabelecida [43] a elevada necessidade de reconhecer os pacientes que sofrem de Perturbação Dismórfica Corporal e diagnosticar a sua condição, uma vez que poderão apresentar uma elevada insatisfação com o tratamento e é extremamente difícil gerir o descontentamento no pós-operatório.

Um estudo [44] em pacientes que procuraram a rinoplastia, obteve uma percentagem de Perturbação Dismórfica Corporal que rondava os 20,7%. Ao comparar os pacientes, com e sem a Perturbação Dismórfica Corporal, que realizaram este procedimento concluiu que os que padeciam da doença eram mais jovens, deprimidos, ansiosos e preocupados com o nariz. Do mesmo modo, apresentavam-se menos funcionais na esfera do trabalho, da vida social e das relações interpessoais. Estes sujeitos estavam convencidos de que a sua vida iria mudar drasticamente após a rinoplastia.

Noutros casos em que os doentes afetados com Perturbação Dismórfica Corporal realizaram apenas pequenos procedimentos cosméticos ou cirurgias minimamente invasivas, reportaram menos severidade dos sintomas e diminuição da sua preocupação com a parte do corpo sujeita a tratamento [45], este mesmo estudo refere, também, que

apenas 2% dos doentes que receberam tratamento resultou num decréscimo da severidade da Perturbação Dismórfica Corporal a longo termo. O procedimento de microdermoabrasão tem como resultado uma grande satisfação por partes dos doentes que recorrem a este método, sendo por isto que alguns autores defendem que este procedimento pode trazer melhorias psicológicas ao paciente, mesmo não havendo uma grande melhoria objetiva. Uma vez que estes pacientes têm expectativas muito vagas e irrealistas, os sintomas podem ainda ser piores após a cirurgia [46], como já foi mencionado anteriormente.

Para os cirurgiões, estas expectativas desajustadas podem, também, ter consequências. Foram reportados casos de doentes com Perturbação Dismórfica Corporal que fizeram ameaças ou chegaram mesmo a instaurar processos legais contra as entidades médicas [3],[47].

Para além do potencial perigo a nível legal de tratar este tipo de pacientes, há também casos em que o paciente chega a ser violento para com o médico. 2% dos cirurgiões reiteraram num inquérito que foram ameaçados fisicamente por um paciente e 10% recebeu ameaças tanto a nível físico como a nível legal [47]. Devido a questões do foro legal e de segurança pessoal associadas ao tratamento de indivíduos com Perturbação Dismórfica Corporal, para além do facto dos tratamentos cirúrgicos raramente trazerem melhoras efetivas para estes doentes, tem aumentado o consenso de que a Perturbação Dismórfica Corporal deve ser considerada uma contraindicação à realização de cirurgia [3].

O médico, antes de realizar a cirurgia, deve conferir os sinais de alarme cuidadosamente de modo a proteger o paciente e ele próprio de falsas expectativas (tabela 3). O paciente deve receber informação e aconselhamento claros. É muito

importante fornecer a documentação exata ao paciente com informação dos possíveis riscos que a cirurgia pode acarretar [7].

Tabela 3 – Sinais de alarme para o cirurgião plástico [7]

Sinais de alarme para o cirurgião plástico
Agressividade, Hostilidade, Impulsividade, procedimentos de autocirurgia
Tendências suicidas
Pessimismo
Distúrbios afetivos e de ansiedade
Regressão e comportamento infantil
Atribuir a culpa a outros médicos
Ter segundas intenções com a doença, particularmente a atenção de outrem
Somatização de problemas mentais
Recusa da realidade
Carência
Falta de independência
Motivação pouco clara
Cirurgias anteriores pouco claras
Elevadas expectativas em relação ao tratamento
Identificação em demasia com o defeito
Exagero do defeito físico
Distúrbio profundo na autoimagem e na autovalorização

Estudos mostram fatores de risco para resultados pós cirúrgicos insatisfatórios neste tipo de doentes que incluem:

- Um defeito mínimo/pouco perceptível;
- Cirurgia anterior insatisfatória;
- Expectativas irrealistas;
- Motivação para a operação;
- Distúrbio depressivo;
- Distúrbio de ansiedade;
- Distúrbio de personalidade.

A decisão de realizar a cirurgia deve ser,então, bem ponderada por parte do cirurgião. Resumindo, o cirurgião pode ter em conta prós e contras antes de realizar a cirurgia quando está perante um doente com sinais de alarme referidos anteriormente, (tabela 4).

Tabela 4 - Prós e contras que devem ser considerados pelo cirurgião antes da cirurgia [7]

Prós	Contra
Não existência de uma doença mental	Distúrbio mental
Elevado grau de força psicológica	Ausência de defeito físico objetivo
Defeito físico objetivo	Perturbação dismorfica corporal
Expectativas realistas	Tendências suicidas
Risco aceitável	Expectativas irrealistas
Viabilidade da cirurgia	Múltiplas cirurgias sem sucesso
Melhoria da função	Risco cirúrgico aceitável
	Agravamento eminente

O grande desafio para os cirurgiões é então fazer com que o paciente, que supostamente sofre de Perturbação Dismórfica Corporal, aceite ser acompanhado por um psiquiatra ou psicólogo clínico especializado na temática, antes de ser realizada qualquer intervenção cirúrgica.

3.7- Relação entre Perturbação Dismórfica Corporal e Perturbação Obsessivo-Compulsiva

A classificação de Perturbação Dismórfica Corporal tem sido alvo assunto de um intenso, segundo *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ta Edição)* a Perturbação Dismórfica Corporal é classificada como um distúrbio somatoforme, no entanto, a classificação da Perturbação Dismórfica Corporal já foi muito controversa. Isto porque alguns estudos demonstram que Perturbação Dismórfica Corporal tem vários pontos em comum com a Perturbação Obsessivo-Compulsiva [33]. Foram identificadas analogias [1] psicopatológicas entre estes dois distúrbios, tais como, a presença de pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos. Um estudo [24] que investigou 200 casos de Perturbação Dismórfica Corporal mostrou que, pelo menos um comportamento repetitivo por parte de cada paciente ajudava a diminuir os níveis de ansiedade relacionada com a aparência. Alguns aspetos em comum entre a Perturbação Dismórfica Corporal e a Perturbação Obsessivo-compulsivo, incluem pensamentos obsessivos, rituais de comportamento, desejo de simetria (em relação às partes do corpo e em relação aos objetos, respetivamente), a procura da perfeição e o controlo do ambiente circundante. Há ainda outros pontos em comum destas perturbações, nomeadamente, no que diz respeito à evolução crónica, à história familiar de distúrbios psicológicos e ao tipo de tratamento [1].

Alguns dados da literatura apontam para que alguns traços de personalidade tais como: astenia/hipostenia, uma forte tendência para o autocriticismo, insegurança e perfeccionismo sejam fatores predisponentes para o desenvolvimento tanto de Perturbação Dismórfica Corporal como da Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

Alguns autores [19] demonstraram que os pacientes com Perturbação Dismórfica Corporal não tinham dificuldade em identificar as características faciais, são menos

assertivos em identificar expressões faciais de emoção do que os grupos de controle normais, mas mais assertivos que os pacientes com a Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

Entre pacientes diagnosticados inicialmente com Perturbação Obsessivo-Compulsiva, achados demonstram uma comorbilidade de Perturbação Dismórfica Corporal entre 8% a 37%; enquanto que entre aqueles que foram diagnosticados primariamente com Perturbação Dismórfica Corporal a percentagem de comorbilidade de Perturbação Obsessivo-Compulsiva era de 20 a 30% [16], [33].

Um estudo [48] comparou uma amostra de 64 doentes com Perturbação Obsessivo-Compulsiva com uma amostra de 85 doentes com Perturbação Dismórfica Corporal e concluiu que nesta ultima tinha os doentes têm menor percepção da sua doença do que os doentes com Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Estas conclusões assim como uma pior evolução clínica foram também confirmadas por mais estudos [33], [49].

Pacientes com Perturbação Dismórfica Corporal são frequentemente solteiros, têm uma maior tendência para o suicídio, maior fobia social, maior dependência de substâncias de abuso e têm maior risco para desenvolver depressão major [50]. Outro estudo realizado pela Universidade de Piza [20] que comparou três grupos um com Perturbação Obsessivo-Compulsiva (n=79) outro com Perturbação Dismórfica Corporal (n=34) e outro com ambos os distúrbios (n=24), concluiu que os grupos com Perturbação Dismórfica Corporal e com ambos os distúrbios eram constituídos por doentes mais jovens, a percentagem de casados era menor, eram formados por maior taxa de desempregados, estavam mais dependentes de substâncias de abuso, possuíam maior prevalência fobia social e havia maior número de casos de bulimia.

Ambos os distúrbios estão relacionados com o mecanismo de recaptação da serotonina sendo portanto a base do tratamento farmacológico tanto para a Perturbação Obsessivo-Compulsiva como para Perturbação Dismórfica Corporal como testemunhado em alguma literatura [50], [51].

Apesar de todas estes pontos em comum é importante distinguir estas duas doenças no momento do diagnóstico.

3.8 – Como diagnosticar Perturbação Dismórfica Corporal

Diagnosticar a Perturbação Dismórfica Corporal é muito importante para o cirurgião plástico, não só por razões médico-legais mas principalmente para iniciar um tratamento médico adequado a estes doentes. Se não forem identificados estes doentes podem causar problemas pessoais, legais e até financeiros mesmo quando é realizada uma boa prática clínica.

Ao entrevistar estes pacientes deve-se ter em conta a sua motivação para a cirurgia, as expectativas pessoais e a imagem corporal que o paciente tem de si próprio. A história médica e psiquiátrica do paciente deve ser obtida, assim como a impressão global do paciente por parte do cirurgião plástico. Infelizmente não existe uma pergunta que se possa fazer para desmascarar a Perturbação Dismórfica Corporal. O cirurgião deve chegar ao diagnóstico pela combinação das respostas do paciente. A consulta deve começar com uma questão aberta sobre o que desagrada ao paciente na sua aparência e, este deve ser encorajado a usar as suas próprias palavras para descrever os seus defeitos. As suas explanações contêm pistas importantes para o cirurgião [52].

Os pacientes que articulam bem os seus problemas e de forma realista, e que descrevem bem as suas motivações e expectativas têm menor probabilidade de sofrer de Perturbação Dismórfica Corporal [52]. Os cirurgiões devem estar alerta para: a presença de uma visão irrealista, para o exagero, para o stress com um defeito impercetível, entre outros sinais (tabela 3). É por isso, mandatório questionar o paciente sobre o grau de insatisfação com a aparência e os seus efeitos na vida do indivíduo.

O facto do paciente culpar o defeito pelo seu insucesso deve também alertar o cirurgião. O prejuízo nas atividades sociais, no trabalho e nas relações amorosas também deve ser avaliado com atenção, tal como a forma como o paciente lida com o defeito.

Técnicas de camuflar tais como o uso de determinadas roupas, excesso de maquilhagem, uso de chapéus grandes, de perucas são frequentemente encontradas nestes pacientes.

O paciente deverá ser observado durante a consulta. O seu comportamento é melhor estudado enquanto este está a falar. Medo, raiva, exigências, ameaças [53] podem ser facilmente detetadas. Não só as palavras utilizadas mas também os seus gestos, movimentos, tiques, indecisões, apatia e o comportamento depressivo merecem atenção. Frequentes cancelamentos, remarcações e pedidos de consultas fora do horário do consultório ou ainda recusa do paciente de falar com mais alguém para além do cirurgião, devem alertar o médico.

Outra forma de diagnosticar Perturbação Dismórfica Corporal é recorrer ao uso de questionários. Existem vários questionários disponíveis, por exemplo o *Questionário da Perturbação Dismórfica Corporal*. Trata-se de uma medida de autoavaliação baseado nos critérios do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ta Edição)* que rastreia a Perturbação Dismórfica Corporal nos participantes. Usa um formato sim/não para estabelecer a existência de preocupação com um defeito físico, e se essa preocupação causa stress ou défice de função. Um exemplo de uma questão retirada do *Questionário da Perturbação Dismórfica Corporal* “Está muito preocupado com a aparência de uma parte ou partes do corpo que considere especialmente pouco atraente(s)?” “se sim: estes aspetos da sua aparência inquietam-

no?” [15]. O *Questionário da Perturbação Dismórfica Corporal* é apenas uma ferramenta de rastreio preliminar, sendo necessário uma entrevista cara-a-cara para confirmar o diagnóstico e determinar se existe o suposto defeito. Concluiu-se que o *Questionário da Perturbação Dismórfica Corporal* tem alta sensibilidade e especificidade no diagnóstico da Perturbação Dismórfica Corporal. O *Questionário da Perturbação Dismórfica Corporal* é uma medida de rastreio que seleciona os candidatos para a entrevista clínica de Perturbação Dismórfica Corporal. Esta entrevista clínica é realizada através do *Questionário da Perturbação da Imagem Corporal*.

O *Questionário da Perturbação da Imagem Corporal* deteta as preocupações com a aparência física e o seu impacto na atividade diária. Este questionário é composto por 7 itens que avaliam de uma forma quantitativa, sendo as respostas dadas numa escala de 1 a 5 (sendo 1- Nunca e 5- Muito frequentemente) e de uma forma qualitativa (Se sim? Como?). Pontuações mais elevadas em cada item são indicativas de Perturbação Dismórfica Corporal. O questionário é pontuado fazendo a média das sete questões e comparada com a média das normas estabelecidas. O *Questionário da Perturbação da Imagem Corporal* avalia a Perturbação Dismórfica Corporal como uma construção multidimensional com três fatores: a disfunção da imagem, o stress e a insatisfação. Esta forma de avaliação é diferente das outras tais como *Questionário de Perturbação Dismórfica Corporal*, porque avalia Perturbação da Imagem Corporal como um continuum, por isso, os inquiridos não têm de selecionar entre respostas dicotómicas [15].

O inventário de estratégia de como o paciente lida com a sua imagem corporal é um método de análise empírico cognitivo e comportamental do indivíduo, usado para avaliar os desafios da imagem corporal para o doente. É composto por três subescalas individuais:

- Uma delas é composta por 8 itens mede a extensão na qual o indivíduo irá evitar o potencial desconforto psicológico, ao ignorar os próprios pensamentos ou sentimentos indesejáveis.
- Outra subescala é constituída por 10 itens e avalia quanta energia que indivíduo despende a tentar lidar com a fraca imagem corporal que tem de si com técnicas de camuflagem, disfarçar e esconder esses defeitos ou alterar a parte do corpo que o doente considera indesejável.
- Por fim a escala de 11 itens analisa as técnicas que o paciente usa de modo a tentar afastar a atenção do defeito, o que podem incluir estratégias psicológicas ou comportamentais para pacificar ou apaziguar o stress esforçando-se para lidar com a situação de um modo mais racional e menos emocional.

Existem ainda outros métodos de diagnóstico como o *Módulo de diagnóstico de Perturbação Dismórfica Corporal* e a *Escala modificada obsessivo compulsiva de Yale-Brown para Perturbação Dismórfica Corporal*.

A primeira trata-se de uma entrevista clínica usada para aceder aos indivíduos que são diagnosticados com Perturbação Dismórfica Corporal baseados num *self-report*.

A segunda também é uma entrevista clínica usada para aceder à severidade dos sintomas da Perturbação Dismórfica Corporal. Tendo em conta as características similares entre Perturbação Dismórfica Corporal e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva, a escala de Yale e Brown foi modificada para a Perturbação Obsessivo-Compulsiva atendendo aos sintomas da Perturbação Dismórfica Corporal [1].

3.9- Tratamento

Os pacientes com distúrbio somatoforme representam um verdadeiro desafio, por fatores psicossociais associados com as queixas dos pacientes o tratamento é habitualmente negado. Referenciar a um psiquiatra é possível somente em alguns casos. Num plano de tratamento otimizado a literatura tem demonstrado que o tratamento deve consistir em duas vertentes: farmacológica e psicoterapêutica.

No tratamento farmacológico da Perturbação Dismórfica Corporal são usados antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (fluoxetina e fluvoxamina) e tricíclicos (clomipramina). Um estudo retrospectivo [1] com uma amostra de 50 pacientes demonstrou que a melhoria nos sintomas se verificou de uma maneira mais eficaz com clomipramina, fluoxetina ou fluvoxamina. Um estudo duplo cego [20] confirmou a eficácia da fluoxetina quando comparada com um placebo. Outro estudo com 29 pacientes [54] correlacionou o uso de clomipramina com a melhoria global dos sintomas e o retorno à vida social.

Nos pacientes com Perturbação Dismórfica Corporal o tratamento inicia-se com inibidores seletivos da recaptação de serotonina. Se o paciente tiver boa resposta o tratamento deve continuar. Se o paciente tiver uma resposta pobre em consequência das comorbilidades, é aconselhado o tratamento com outro fármaco direcionado também à comorbilidade. Os pacientes respondem ao tratamento com uma redução nas preocupações, diminuição do stress, redução nos comportamentos repetitivos e com uma melhoria significativa na função social e ocupacional. O defeito continua a ser detetado mas o stress que causa é menor, raramente o defeito imaginado desaparece [1].

O tratamento psicológico mais efetivo é a terapia cognitivo-comportamental usada para mudar as crenças específicas e as suposições que estão por detrás da

Perturbação Dismórfica Corporal e dos padrões de comportamento de má adaptação. A terapêutica cognitiva tem como objetivo mudar o pensamento disfuncional e substituí-lo com estilos cognitivos adaptativos, ao mesmo tempo que a terapia comportamental envolve uma exposição gradual e prolongada a situações de stress com prevenção das respostas compulsivas [19]. As técnicas cognitivo-comportamentais envolvem auto-monitorização dos pensamentos e comportamentos relacionados com a aparência, estratégias psicológicas e exercícios de comportamento. Outros componentes da terapia cognitivo-comportamental são as ferramentas sociais, o treino, psicoeducação e encenações [19].

O tratamento farmacológico e psicológico para a Perturbação Dismórfica Corporal trata-se de uma associação efetiva [1], [2], [3], [8], [55].

Existem inúmeras barreiras para que estes pacientes procurem o tratamento. Para além de impedimentos a nível logístico e financeiro, existem barreiras como a discriminação, a vergonha e o estigma. O possível ceticismo ou perceções negativas sobre o tratamento e ainda a ineficácia de tratamentos anteriores condicionam a adesão dos pacientes ao próprio tratamento. De acordo com um estudo que visou evidenciar as barreiras ao tratamento entre os doentes com Perturbação Dismórfica Corporal [55], a vergonha apresentava uma percentagem de 55,6% e o desejo de lidar com o problema sozinhos era de 56,9%. Estas eram as barreiras ao tratamento mais frequentes. Adicionalmente uma larga percentagem de pacientes sentiu que o tratamento podia não resultar (50,9%). Já 49,9% estavam preocupados com o custo do tratamento ou mostravam insegurança em pagar o tratamento (47,1%).

A Perturbação Dismórfica Corporal é um transtorno para toda a vida mas o curso da doença para aqueles que recebem tratamento é muito mais favorável. No entanto autores [56] concluíram que a Perturbação Dismórfica Corporal tem uma probabilidade

de remissão muito mais baixa quando comparada com distúrbios de ansiedade, de personalidade ou de humor.

Um estudo prospectivo mostra que a severidade dos sintomas, a duração do transtorno e a coexistência de distúrbios da personalidade são indicativos da probabilidade baixa de remissão parcial ou espontânea. Já o gênero, a etnia, a idade, o status socioeconómico e a coexistência de Perturbação Obsessivo-Compulsiva e distúrbios alimentares não são preditivos da probabilidade de remissão [1].

Acredita-se que os pacientes com Perturbação Dismórfica Corporal procuram tratamento psiquiátrico, em média, 11 anos após o início do distúrbio [57].

4- Discussão e Conclusão

Principalmente durante a última década, muito se tem estudado acerca da relação entre a Perturbação Dismórfica Corporal e o aumento da procura por procedimentos estéticos.

Em nenhum outro ramo da Medicina a decisão de operar está tão relacionada com os aspetos biopsicossociais como na cirurgia plástica. Fatores como o estilo de vida dependente das tendências da cultura ocidental desempenham um papel importante para desenvolver insatisfação relativamente ao corpo e à auto-imagem.

A procura de cirurgia plástica pode ser uma solução substitutiva para os problemas mentais ficando mascarados os conflitos psicossociais. A dificuldade pode estar em convencer o paciente a recorrer ao psiquiatra ou psicólogo clínico especializado ao invés de recorrer ao cirurgião plástico. Pode ser, igualmente, difícil convencer o cirurgião plástico a ter uma abordagem psicossomática dos seus pacientes antes de realizar a cirurgia. Tendo em conta estes pressupostos a insatisfação relacionada com os resultados cirúrgicos poderia ser minimizada, assim como os processos litigiosos que podem decorrer de cirurgias realizadas neste tipo de pacientes. É necessária a realização de estudos adicionais da Perturbação Dismórfica Corporal entre pacientes que procuram a cirurgia plástica.

A percentagem da Perturbação Dismórfica Corporal entre indivíduos que recorrem a procedimentos minimamente invasivos requer mais investigação. A prevalência da Perturbação Dismórfica Corporal deve ser examinada, também, entre indivíduos que requerem procedimentos atípicos como por exemplo procedimentos craniofaciais ou aos órgãos genitais e entre adolescentes que requerem tratamentos cirúrgicos, atendendo à idade de início da doença. É, de igual importância, clarificar as taxas de prevalência de transtornos como a fobia social e o transtorno alimentar devido

à sua comorbilidade com a Perturbação Dismórfica Corporal. No presente, não está claro como é que pacientes que sofrem de Perturbação Dismórfica Corporal e recorrem à cirurgia plástica se diferenciam clinicamente e demograficamente daqueles que padecem da mesma doença e não procuram esta solução. Ainda não está clarificado como é que estes pacientes escolhem determinada parte do corpo para concentrarem a sua atenção. Estes pacientes apresentam, sem dúvida, uma perceção anormal do corpo, mas o mecanismo que está subjacente à escolha de determinada parte do corpo e exclusão de outras, está ainda por esclarecer. Do mesmo modo, ainda não está determinado como estes doentes julgam determinados detalhes como sendo anormais, quando a maioria das pessoas os consideram irrelevantes. Claramente, o tratamento farmacológico e a psicoterapia intervêm nesta perturbação no entanto estudos nesta área estão apenas no início. É necessária mais investigação no âmbito do tratamento para identificar novos medicamentos e estratégias que podem ajudar a controlar de modo efetivo os sintomas da Perturbação Dismórfica Corporal.

A cirurgia plástica como potencial tratamento para a Perturbação Dismórfica Corporal merece mais atenção. Estudos retrospectivos mostram que estes doentes não beneficiam com os tratamentos cirúrgicos. Contudo, a maioria dos cirurgiões não estão convencidos deste fato, sendo apenas uma pequena percentagem que considera que a Perturbação Dismórfica Corporal é sempre uma contraindicação para a realização de cirurgia. Não obstante, estudos prospetivos podem ajudar a clarificar o papel dos procedimentos estéticos no tratamento da Perturbação Dismórfica Corporal.

5- Bibliografia

1. Pavan, C., et al., *Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review*. *Aesthetic Plast Surg*, 2008. 32(3): p. 473-84.
2. Hollander, E. and B.R. Aronowitz, *Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: managing the complicated patient*. *J Clin Psychiatry*, 1999. 60 Suppl 9: p. 27-31.
3. Crerand, C.E., M.E. Franklin, and D.B. Sarwer, *Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery*. *Plast Reconstr Surg*, 2006. 118(7): p. 167e-80e.
4. Cororve, M.B. and D.H. Gleaves, *Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies*. *Clin Psychol Rev*, 2001. 21(6): p. 949-70.
5. Biby, E.L., *The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder*. *J Clin Psychol*, 1998. 54(4): p. 489-99.
6. Kisely, S., et al., *Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients*. *Aust N Z J Psychiatry*, 2002. 36(1): p. 121-6.
7. Harth, W. and B. Hermes, *Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery*. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2007. 5(9): p. 736-43.
8. Sarwer, D.B. and C.E. Crerand, *Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments*. *Body Image*, 2008. 5(1): p. 50-8.
9. Reich, J., *The interface of plastic surgery and psychiatry*. *Clin Plast Surg*, 1982. 9(3): p. 367-77.
10. Markey, C.N. and P.M. Markey, *A correlational and experimental examination of reality television viewing and interest in cosmetic surgery*. *Body Image*, 2010. 7(2): p. 165-71.
11. Sarwer, D.B., et al., *A prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery*. *Aesthet Surg J*, 2005. 25(3): p. 263-9.
12. Sarwer, D.B., et al., *Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image*. *Plast Reconstr Surg*, 2005. 115(3): p. 931-8.
13. Sperry, S., et al., *Cosmetic surgery reality TV viewership: relations with cosmetic surgery attitudes, body image, and disordered eating*. *Ann Plast Surg*, 2009. 62(1): p. 7-11.
14. Calogero, R.M., et al., *Predicting excessive body image concerns among British university students: the unique role of Appearance-based Rejection Sensitivity*. *Body Image*, 2010. 7(1): p. 78-81.
15. Callaghan, G.M., et al., *Predicting consideration of cosmetic surgery in a college population: a continuum of body image disturbance and the importance of coping strategies*. *Body Image*, 2011. 8(3): p. 267-74.
16. Phillips, K.A. and S.F. Diaz, *Gender differences in body dysmorphic disorder*. *J Nerv Ment Dis*, 1997. 185(9): p. 570-7.
17. Cotterill, J.A. and W.J. Cunliffe, *Suicide in dermatological patients*. *Br J Dermatol*, 1997. 137(2): p. 246-50.

18. Patterson, W.M., et al., *Body dysmorphic disorder*. Int J Dermatol, 2001. 40(11): p. 688-90.
19. Castle, D.J., S. Rossell, and M. Kyrios, *Body dysmorphic disorder*. Psychiatr Clin North Am, 2006. 29(2): p. 521-38.
20. Bohne, A., et al., *Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample*. Psychiatry Res, 2002. 109(1): p. 101-4.
21. Cansever, A., et al., *The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample*. Compr Psychiatry, 2003. 44(1): p. 60-4.
22. Castle, D.J., et al., *Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement*. Aust N Z J Psychiatry, 2004. 38(6): p. 439-44.
23. Ishigooka, J., et al., *Demographic features of patients seeking cosmetic surgery*. Psychiatry Clin Neurosci, 1998. 52(3): p. 283-7.
24. Phillips, K.A., et al., *Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder*. Psychosomatics, 2005. 46(4): p. 317-25.
25. de Leon, J., A. Bott, and G.M. Simpson, *Dysmorphophobia: body dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype?* Compr Psychiatry, 1989. 30(6): p. 457-72.
26. Hollander, E., et al., *Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders*. Psychosomatics, 1992. 33(2): p. 156-65.
27. Phillips, K.A., et al., *Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients*. J Am Acad Dermatol, 2000. 42(3): p. 436-41.
28. Phillips, K.A., *Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies*. Bull Menninger Clin, 1998. 62(4 Suppl A): p. A33-48.
29. Rosen, J.C., J. Reiter, and P. Orosan, *Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder*. J Consult Clin Psychol, 1995. 63(2): p. 263-9.
30. Perugi, G., et al., *Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia)*. J Nerv Ment Dis, 1997. 185(9): p. 578-82.
31. Phillips, K.A., W. Menard, and C. Fay, *Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder*. Compr Psychiatry, 2006. 47(2): p. 77-87.
32. Malick, F., J. Howard, and J. Koo, *Understanding the psychology of the cosmetic patients*. Dermatol Ther, 2008. 21(1): p. 47-53.
33. Phillips, K.A., et al., *Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both?* J Clin Psychiatry, 1995. 56 Suppl 4: p. 41-51; discussion 52.
34. Buhlmann, U., et al., *Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey*. Psychiatry Res, 2010. 178(1): p. 171-5.
35. Phillips, K.A., et al., *Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder*. J Clin Psychiatry, 2005. 66(6): p. 717-25.
36. Phillips, K.A. and W. Menard, *Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study*. Am J Psychiatry, 2006. 163(7): p. 1280-2.
37. Phillips, K.A., *Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness*. Am J Psychiatry, 1991. 148(9): p. 1138-49.
38. Tignol, J., et al., *Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery*. Eur Psychiatry, 2007. 22(8): p. 520-4.
39. Phillips, K.A., et al., *Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness*. Am J Psychiatry, 1993. 150(2): p. 302-8.

40. Phillips, K.A., et al., *Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder*. *Psychosomatics*, 2001. 42(6): p. 504-10.
41. Hodgkinson, D.J., *Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery*. *Aesthetic Plast Surg*, 2005. 29(6): p. 503-9.
42. Lamacki, W.F., *Can we keep up with Barbie?* *CDS Rev*, 2009. 102(3): p. 48.
43. Glaser, D.A. and M.S. Kaminer, *Body dysmorphic disorder and the liposuction patient*. *Dermatol Surg*, 2005. 31(5): p. 559-60; discussion 561.
44. Veale, D., L. De Haro, and C. Lambrou, *Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder*. *Br J Plast Surg*, 2003. 56(6): p. 546-51.
45. Crerand, C.E., W. Menard, and K.A. Phillips, *Surgical and minimally invasive cosmetic procedures among persons with body dysmorphic disorder*. *Ann Plast Surg*, 2010. 65(1): p. 11-6.
46. Conrado, L.A., et al., *Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features*. *J Am Acad Dermatol*, 2010. 63(2): p. 235-43.
47. Sarwer, D.B., *Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of american society for aesthetic plastic surgery members*. *Aesthet Surg J*, 2002. 22(6): p. 531-5.
48. Eisen, J.L., et al., *Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. *Compr Psychiatry*, 2004. 45(1): p. 10-5.
49. Simeon, D., et al., *Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder*. *Am J Psychiatry*, 1995. 152(8): p. 1207-9.
50. Phillips, K.A., M.M. Dwight, and S.L. McElroy, *Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder*. *J Clin Psychiatry*, 1998. 59(4): p. 165-71.
51. Neziroglu, F. and J.A. Yaryura-Tobias, *A review of cognitive behavioral and pharmacological treatment of body dysmorphic disorder*. *Behav Modif*, 1997. 21(3): p. 324-40.
52. Jakubietz, M., et al., *Body dysmorphic disorder: diagnosis and approach*. *Plast Reconstr Surg*, 2007. 119(6): p. 1924-30.
53. Sarwer, D.B., C.E. Crerand, and E.R. Didie, *Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients*. *Facial Plast Surg*, 2003. 19(1): p. 7-18.
54. Hollander, E., et al., *Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness*. *Arch Gen Psychiatry*, 1999. 56(11): p. 1033-9.
55. Marques, L., et al., *Treatment utilization and barriers to treatment engagement among people with body dysmorphic symptoms*. *J Psychosom Res*, 2011. 70(3): p. 286-93.
56. Phillips, K.A., et al., *A 12-month follow-up study of the course of body dysmorphic disorder*. *Am J Psychiatry*, 2006. 163(5): p. 907-12.
57. Phillips, K.A., *Quality of life for patients with body dysmorphic disorder*. *J Nerv Ment Dis*, 2000. 188(3): p. 170-5.