1 O que é transtorno dismórfico corporal (TDC)?

1.1 Da insatisfação com a aparência à dismorfia corporal

Vivemos num contexto de excesso, desvio ou defeito – ao pensarmos em uma sociedade preocupada com a saúde e o bem-estar – que pode manifestar-se em relação ao corpo e a seu desempenho.

A representação desse contexto é a inferioridade, e um certo senso de estranhamento de não estar e pertencer a um lugar, ou a insatisfação corporal que é medida pela atratividade do corpo. E é essa vulnerabilidade, de identidade, que dá um significado especial à aparência para a autoavaliação.

Para Jean Baudrillard, sociólogo e poeta francês (1929-2007), a felicidade seria o principal objetivo da sociedade de consumo. Todavia, essa dinâmica de funcionamento com características essencialmente hedonistas – o prazer é o bem supremo da vida humana –, gera uma grande responsabilidade e consequente angústia às pessoas, na medida em que tanto pressupõe a possibilidade de poder ser belo e perfeito como impõe a obrigação de ser sempre feliz. É o que se chama de "saúde estética", uma mistura de direito à saúde com consumismo. Isso talvez revele que a fruição da vida está a serviço da aparência física, instalando o culto aos corpos cuidados e uniformizados em um mesmo padrão de beleza.

O culto ao corpo adquiriu assim importância acrescida. Por isso, a imagem é uma forma importante de relação e de inclusão, mas também de exclusão. Por meio dessa imagem, o corpo torna-se um bem

de consumo e o ideal é o de um corpo perfeito. Esse corpo "trabalhado" é hoje um sinal indicativo de virtude. Sob a moral da boa forma, "trabalhar" o corpo é um ato de significação para se vestir; um corpo que se veste com a perfeição.

Desde sempre, em todas as sociedades, se almejou a eterna juventude, contudo, atualmente, é um dever manter a forma esguia, sem adiposidades, nem rugas. Nunca se é demasiado belo, ou demasiado perfeito; há uma autopunição sobre as imperfeições do corpo que impedem de atingir um estado ideal, de perfeita felicidade.

A pele, especialmente a facial, é um dos indicadores mais facilmente visível e revelador da idade cronológica, e o envelhecimento começou a adquirir, cada vez mais, uma conotação negativa. Aspectos intrínsecos a essa fase são muitas vezes considerados um problema médico e social que precisa ser tratado por profissionais de saúde. A ideia de que a própria idade cronológica não sinaliza o início do envelhecimento, e que se pode ser mais velho sem os sinais do envelhecimento, tornou-se cada vez mais prevalente. Nesse contexto, observa-se o surgimento de um grande número de pessoas preocupadas com o envelhecimento em uma idade muito precoce e procurando tratamentos para rejuvenescimento cutâneo. Isso leva a um grande investimento e, muitas vezes, à insatisfação com a imagem corporal.

Dessa forma, na época da anti-idade e do antipeso, o centro de gravidade deslocou-se das técnicas de camuflagem para as técnicas de prevenção, dos rituais do fictício para as práticas de manutenção do corpo, das encenações artificialistas para as condicionantes nutricionistas, das opulências barrocas para as operações de regeneração da pele.

O corpo surge como lugar de cenário, como adorno, como estruturação de um corpo em devir (vir a ser), como campo de transição e de transformação. O corpo transforma-se em matéria-prima suscetível de

se alterar permanentemente, perspetivado como um "vir a ser", que implica uma atenção redobrada no sentido de retocá-lo:

> Uma obra inacabada que tem ainda muito por fazer numa clara associação a um 'corpo-lego' marcado pela flexibilidade e por múltiplas possibilidades de modificação que forjam uma identidade" (Gama, 2011, p.100). Narciso já não se perde na contemplação da sua imagem: ..., adota estratégias de prevenção, muda de alimentação, ..., protege-se do sol, pratica exercício físico para recuperar a forma, corrige a sua aparência física (Lipovetsky, 2006, p. 219).

Esse ambiente de naturalidade e banalidade, no qual "sempre posso melhorar/transformar o corpo da minha insatisfação", é potencialmente nocivo para pessoas que têm o TDC, na medida em que exacerba o seu principal objetivo e a causa do sofrimento emocional, que é a dúvida da percepção em relação à própria aparência física: "Será que dá para fazer mais ou será que ainda posso melhorar?".

Em um tempo em que a estética do corpo se transformou em uma indústria poderosa, uma grande parte da população de meninos e meninas vivencia o seu crescimento aprendendo a não gostar do próprio corpo. Essas crianças são confrontadas, permanentemente, com dois grandes modelos corporais: o anorético que não necessariamente está associado à doença anorexia nervosa (AN), mas a modelos corporais só possíveis de alcançar por meio de uma restrição impiedosa na dieta alimentar, ou de exercícios físicos ao extremo da exaustão, e o erótico-pornográfico que é o estereótipo da mulher e homem *sexy* (quando há a presença exaustiva do corpo no mercado da imagem). Esses modelos provocam necessariamente conflitos entre a mente e o corpo.

Não é por acaso que, na última versão do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*: DSM-5, o transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) descreve pessoas que restringem ou evitam

alimentos de uma maneira geral, o que leva a prejuízo significativo da saúde, mas que não satisfaz os critérios diagnósticos para AN. É, portanto, uma categoria ampla e inclusiva de sintomas alimentares disfuncionais que retrata comportamentos de insatisfação com a imagem corporal. O DSM-5 subdividiu, portanto, a população com transtornos alimentares em subgrupos coerentes e baseados em evidências clínicas.

A insatisfação corporal vivida atualmente como sensação constante leva muitas pessoas a fazer dieta, que parece carregar o sentido de restrição de um regime de vida, com práticas voltadas para o controle e a segurança, expressas em isolamento e desconfiança do outro e da vida.

Talvez por isso seja tão comum e assuma condição normativa na população de uma forma geral que, ao instalar o culto aos corpos no mesmo padrão de beleza, pode levar a distúrbios da imagem corporal ao revelar a relação com a natureza dos ideais inatingíveis. Todas as diferenças são, portanto, convertidas em desvios em relação à norma, que consiste no corpo magro e perfeito; um modelo a ser almejado e imitado.

E é nesse horizonte de "insatisfação normativa" que se mescla, cultiva e confunde a insatisfação levada ao seu mais extremo sofrimento emocional – a dismorfia corporal.

1.2 Como reconhecer o TDC?

Expectativas ideais – como se fossem filtros e dispositivos mentais –, que "apagam" defeitos e imperfeições no corpo por um lado, e obsessões com o resultado por outro, ao procurar incessantemente procedimentos estéticos e/ou cirúrgicos de intervenção corporal, podem sinalizar a presença do TDC.

A insatisfação corporal em indivíduos com o TDC é um produto mental que é deslocado para o corpo. Por isso, o defeito é percebido como um problema físico, ou seja, quem é portador dessa condição transforma o corpo em um problema físico que precisa ser urgentemente corrigido. Assim, essas pessoas são vítimas da própria aparência física e, por isso, procuram tratamentos estéticos e/ou cirúrgicos. O TDC é a condição neuropsiquiátrica mais relevante para o aumento de tratamentos médicos com a aparência física em um contexto sociocultural que valoriza a atratividade.

A insatisfação com a imagem corporal no TDC é vista pela pessoa – ainda que as falhas que a motivam sejam sutis e, muitas vezes, não observáveis pelos outros –, vivida e sentida no próprio corpo, por isso verdadeira para quem a vivencia; que dói e corrói a própria vida. Uma insatisfação que é sofrida e cega, porque sem limites e sem referências desse corpo de insatisfação. É a busca contínua pela correção da imagem, demarcada no corpo, e que, no caso do TDC, está geralmente associada a percepções e experiências do passado vividas (memórias), e ainda sentidas como atuais. Pode ser um *bullying* – que provoca danos físicos e psicológicos em uma pessoa indefesa, sentimentos de rejeição por não alcançar determinado padrão de perfeição que pode estar associado à aparência física ou a competências e habilidades – ou um comentário sentido como negativo, que marcou profundamente a imagem corporal daquela pessoa. Isso diferencia a insatisfação corporal entre pessoas com e sem o TDC.

O TDC é um distúrbio complexo da imagem corporal que envolve numerosos comportamentos e regiões do corpo, e se associa a elevados índices de comorbidades, de impacto no funcionamento cotidiano e de ideação e tentativas de suicídio.

Embora existam muitas similaridades na apresentação do TDC em ambos os sexos, existem também algumas diferenças. Os homens são significativamente mais velhos e mais frequentemente são solteiros

e vivem sozinhos. Eles tendem a se preocupar obsessivamente com genitais, massa muscular e queda de cabelo/calvície; a levantar peso excessivamente; e a apresentar transtorno de uso de substâncias. Em contrapartida, nas mulheres são mais comuns insatisfações patológicas com pele, abdome, peso, mamas/tórax, nádegas, coxas, pernas, quadris, dedos, excesso de pelos no corpo ou na face, e preocupações com mais áreas do corpo conjuntamente. Elas desenvolvem mais frequentemente comportamentos repetitivos de checagem e de reasseguramento e utilizam técnicas de camuflagens e escoriações na pele (com o intuito de melhorar a sua aparência física); além disso, em mulheres, o TDC está mais associado com transtorno alimentar.

O principal dilema e motivo de inquietação de uma pessoa com o TDC é que a família, os amigos e, muitas vezes, o próprio médico não conseguem enxergar o que ela vê, não a veem, não a reconhecem em seus traços e detalhes disformes. Os traços e as "feridas" daquele corpo não são de fato aparentemente visíveis, mas são profundamente mutiladores e, portanto, de um sofrimento avassalador.

Em pessoas com o TDC está sempre presente um conflito, ou o desencontro entre o corpo e a própria imagem, que se expressa na discrepância entre a própria percepção da atratividade (no caso feiura, ou deformidade, associada muitas vezes a um evento que foi percebido como traumático por essas pessoas) e a busca da percepção da aparência ideal (que frequentemente não têm). É como se existisse uma lacuna para essa avaliação e é essa falta de referência, ou parâmetro, que tanto angustia, inibe e isola essas pessoas do contato com o outro e com a vida. Essa falta de referência, ou desencontro entre imagem e corpo, transforma-se em uma percepção de autorreferência: "os outros estão vendo o que eu vejo, o horror do defeito e, pior, o que eu não vejo também".

Elas buscam a percepção de uma imagem que gostariam de ser e de ter, semelhante ao apego a um ideal, como ser forte, bonito,

magro, rico, ser visto e ser normal, como frequentemente referem. Preferem não ser olhadas, ainda que gostassem de ser vistas dentro de um padrão de beleza, porque não sabem como estão apresentadas para o outro; não têm referências da própria imagem e isso acontece porque não reconhecem o corpo. Nesse sentido, o olhar é por si só ameaçador e sentido como desempenhando duas funções: o de observador (1ª pessoa) e de observado (3ª pessoa) em seu defeito. Ou seja, o indivíduo com o TDC é observado (como se fosse de fora) e se observa, com sensações de exaustão e aniquilamento.

Pessoas com o TDC preocupam-se intensamente com um ou mais defeitos, ou falhas percebidas na aparência física, mas que podem não ser observáveis para os outros, ou ser considerados imperceptíveis, como algo muito feio, desinteressante, anormal ou deformado. As preocupações podem variar desde a falta de atratividade, física e de personalidade, ou de características que não são perfeitas, corretas e simétricas, ou harmoniosas, ao limite da monstruosidade e repugnância. Às vezes, a preocupação nem é tanto com o que outro pode ver, mas com o nojo, aversão e vergonha que sentem em relação ao próprio corpo ou a partes dele. Esses sentimentos podem levar alguns deles a se ferir (arranhar, bater, furar até sangrar), o que pode caracterizar um comportamento de automutilação. Por isso, algumas pessoas podem inspecionar repetidamente o defeito percebido, ou evitar olhar e até mesmo tocar o corpo. Outras tentam ser outra pessoa, que apreciam ou idealizam, por meio de múltiplas e radicais cirurgias. Essas preocupações podem estar focadas em uma região específica, ou estender-se a mais áreas do corpo, ou ainda apresentar-se de forma vaga, como uma sensação generalizada e subjetiva de feiura. Geralmente, as preocupações são consideradas naturais e lógicas, e pessoas com o TDC sentem muito medo de piorar se não prestarem atenção e cuidarem do defeito percebido, porque acreditam que podem redu-

zi-lo. Perder essa esperança, essa possibilidade de suavizar e principalmente melhorar o defeito percebido, pode ser muito dramático, e familiares e amigos devem ficar atentos à mudança do estado de humor desse paciente. No entanto, essa sensação de perda de tempo e de busca incessante por tratamentos estéticos e/ou cirúrgicos revela também a gravidade dos sintomas do TDC.

Alguns comportamentos são repetitivos, sempre em resposta às preocupações com a aparência física, por exemplo a comparação com os outros, a observação no espelho (várias vezes ao dia ou, em um único momento, durante várias horas), ou a sua evitação; as estratégias de camuflagem (p. ex., maquiagem e bronzeamento para disfarçar imperfeições percebidas sobretudo na face, mudanças de roupa ao longo do dia pelo desconforto e dúvidas quanto à própria imagem, ausência de óculos com graduação, uso de óculos escuros, *piercing* – para ofuscar o tamanho e forma do nariz –, penteados para disfarçar o defeito e o uso de gorro, ou boné para esconder o que percebem como deformidade na cabeça e região facial); busca de reasseguramento do defeito percebido (em razão das angustiantes dúvidas de percepção por causa da falta de referências da própria imagem). Por exemplo, após um procedimento de cirurgia plástica/dermatologia podem ficar satisfeitos com o resultado, mas não ter certeza do quanto algo mais deveria ter sido feito para melhorar a aparência física. Algumas pessoas com o TDC sentem-se atraentes, mas não o suficiente. Por isso, após uma intervenção estética, apesar de perceberem melhora e se sentirem satisfeitas, não conseguem identificar se haveria algo mais a fazer para estar dentro de um padrão aceitável. Ficam com essa dúvida persistente.

Muitas vezes, é essa dúvida que gera insatisfação e a busca por refazer operações, ou por realizar novos procedimentos em cirurgia plástica, dermatologia ou odontologia; exercícios físicos excessivos ou compras compulsivas de roupas, acessórios, ou produtos estéticos e

de beleza. Essa busca pode ser potencializada com as novas tecnologias que disponibilizam recursos, como filtros que "apagam" defeitos e imperfeições.

Todos esses comportamentos, pelo tempo, frequência e intensidade que consomem, provocam muito sofrimento psicológico e, frequentemente, geram prejuízos nas relações afetivas, sociais e laborais, afetando o funcionamento global de seus portadores. O TDC pode levar à evitação de trabalho, lazer, escola e faculdade, ou de outras situações públicas e sociais, em razão das preocupações com a aparência física ou, em casos mais graves, a comportamentos de risco de vida, como sujeitar-se a múltiplos e recorrentes procedimentos estéticos e cirúrgicos ou, ainda, no extremo do sofrimento emocional, ao próprio suicídio.

É importante observar alguns sinais de alerta em pessoas com o TDC, por exemplo, explicar detalhada e exaustivamente o defeito percebido, manifestando extremo sofrimento emocional; apresentar comportamento habitual de comparação com os outros; reagir de forma intensa (ansiedade) ao ver fotos ou filmes com pessoas "ideais"; revelar uma autoavaliação extremamente negativa tanto da aparência física como da personalidade; mostrar extrema dificuldade em expor o corpo ou partes dele, para si mesmo ou para o outro; apresentar isolamento social e afetivo de maneira geral; ocupar grande parte da sua vida e tempo com preocupações e ruminações com a aparência (vida muito restrita) e, muito particularmente, buscar artifícios (ideais) e não exatamente melhorar o corpo em si (p. ex., ser parecido com alguém; querer que suas feições revelem a sua identidade de gênero ou personalidade; ter a face ou outras partes do corpo com aspecto de cirurgia plástica; "ter silicone" e não a mama; fazer a cirurgia ou o tratamento estético para postar *selfies* – tentativa de exposição ao outro, sempre com filtros – e não necessariamente para apreciar o próprio corpo). Esse aspecto de buscar ideais, ou artifícios, sem olhar exatamente o

corpo, acontece porque existe dificuldade em reconhecer e aceitar o próprio corpo, exatamente pela discrepância entre imagem e corpo.

Entretanto, o TDC guarda em si um estigma, quando comparado a outros transtornos mentais, e é facilmente banalizado e subestimado, por confundir-se com vaidade e aparente futilidade, ou quando os seus sintomas estão associados a outros transtornos mentais, e são confundidos com depressão, ansiedade social, transtornos alimentares e até com esquizofrenia. Por isso, a maioria das pessoas com o TDC sente vergonha e prefere não falar sobre os próprios sintomas, ou fica muito aflita e sofre durante muitos anos, transformando a própria vida num "desastre", como referem. Nessa solidão, muitas vezes, fazem parte de redes socias cuja identidade de grupo pode alimentar ainda mais a doença.

A insatisfação com a aparência física, geralmente, começa na infância ou na adolescência[1], mas há relatos de extremos de faixas etárias: identificou-se o TDC em crianças muito jovens (5 anos) e também em pessoas bastante idosas (80 anos). Uma revisão conduzida por um grupo italiano (Pavan et al., 2008) evidenciou um segundo pico de incidência da doença após ocorrência da menopausa. Um estudo brasileiro (De Brito et al., 2016) referiu resultado semelhante. Todavia, muitos demoram cerca de 15 anos até conseguirem tratamento adequado, porque nem sempre a família, os amigos e os profissionais da área da saúde identificam que esse desconforto físico gera intenso sofrimento psíquico. Frequentemente, percebem o problema quando a inabilidade ou incapacidade afetiva e social tomou conta da pessoa e inibiu-a frente à vida, ou seja, quando essa pessoa, por causa do sofrimento com a aparência física, deixou de conviver, de estudar, de trabalhar, de namorar e se relacionar com os outros.

---

1 O TDC é também chamado de distúrbio da infância porque em 70% dos casos manifesta-se antes dos 18 anos de idade.

Talvez por esse desconhecimento, apesar de ser uma população muito prevalente em ambientes estéticos, cerca de 80% dos cirurgiões plásticos identificam o TDC apenas após a cirurgia. Muitos desses pacientes são funcionais e têm um discurso adaptado e adequado à realidade que buscam modificar e, portanto, a insatisfação com o corpo pode parecer natural.

O belo pode ter sentidos diferentes para o cirurgião plástico e para a pessoa com o TDC. Para o cirurgião, que está preso à técnica, o belo pode ter um sentido real, enquanto para o portador do TDC o sentido é sempre imaginário (ideal). Ele busca a normalidade, quer pertencer a um padrão, ainda que a sua demanda seja imaginária (preocupação com o que não é e poderia ser); e o médico tem a obrigação ética de conhecer e oferecer o "normal". Ou seja, nesse descompasso, existe um limite para ambos – nem sempre é possível melhorar de forma ideal.

1.3 Como abordar alguém com TDC?

Geralmente, pessoas com o TDC desconhecem ou não aceitam o próprio corpo, ou partes dele, por ser percebido como disforme e provocar intensa insatisfação e sofrimento emocional. Nesse desencontro entre imagem e corpo, ou entre mente e corpo, o corpo se apresenta como uma coisa, um estranho que não pode, ou deveria estar ali. Em alguns momentos conseguem ignorá-lo, o que não significa aceitar o defeito; mas, de repente, sem que saibam explicar, o defeito volta ao pensamento e os aniquila profundamente.

Quando percebem que o corpo está ali, podem entrar em desespero, com graus elevados de ansiedade, ou ficar muito tristes e desanimados. É nessa hora que alguns pacientes mais graves pensam em suicídio, ou em fazer a cirurgia em si próprios.

Por exemplo, em momentos de crise, alguns pacientes não conseguem tomar banho, e não se deixam tocar, porque não podem sentir o corpo, pelo horror e desespero que desperta. Por isso, muitas vezes escolhem tomar banho de luz apagada e só à noite, ou, em alguns casos mais graves, precisam de alguém que lhes dê banho. Muitas vezes, também têm dificuldade em trocar de roupa, ou não gostam de experimentar novas roupas porque não querem sentir o contato com o corpo. Em uma crise, está presente um sentimento de solidão e de desespero muito grande. Alguém que se evita ver ou que não se cuida, ou se dá as costas, alguém que é sozinho, é alguém que não se reconhece em si e nos outros. E essa é a dinâmica de funcionamento e de sofrimento de uma pessoa com o TDC.

Por isso, ficam desesperados e podem ter uma crise de ansiedade muito grande, quando alguém diz que o defeito não é observável, real. É como se o sofrimento fosse desvalorizado. Para esses pacientes o que veem e sentem é tão real que dizer o contrário é duvidar de sua sanidade mental. Isso os assusta muito, e eles se perguntam: "Como o outro não vê o que eu estou vendo, se é verdadeiro!?", "Eu sei por que estou sofrendo muito!". É natural, portanto, que não aceitem que estão "errados" ou doentes, ou que é a "mente deles que está enxergando" o defeito no corpo. Essa incompreensão e dúvida de percepção, que na realidade origina-se em sofrimento real, provoca uma revolta muito grande.

Portanto, conhecer e compreender a condição é muito importante para acompanhar alguém com o TDC. Familiares e amigos podem adotar a conduta de, inicialmente, aceitar que o defeito é real para esse paciente, ainda que não observável aos outros, sobretudo em uma crise, sem entrar em discordância ou conflito. Ao mesmo tempo, não podem ser complacentes, porque isso desencadeará a mesma revolta no paciente. A conduta mais adequada é, portanto, a de acom-

panhar e acolher, sem duvidar do sofrimento com a imagem que não tem referências no corpo desse paciente, sabendo que não cabem aqui explicações racionais para beleza e feiura e deformidade.

Por muito paradoxal que possa parecer, é importante falar do corpo com esses pacientes quando não estão em crise. Incluir o corpo e seus "defeitos" em suas vidas, de acordo com o estilo de vida de cada paciente, pode ser muito criativo e produtivo. Aos poucos, é fundamental tentar levar o paciente a relativizar alguns conceitos para que, devagar, ele consiga relativizar a imagem e o defeito percebido no próprio corpo.

No entanto, o uso de palavras relacionadas ao corpo deve ser muito cuidadoso. Referir mínimos e naturais detalhes da aparência física tem uma dimensão diferente e pode ser devastador para alguém com o TDC. Por exemplo, um leve cravo na face pode ser percebido como uma cratera, uma leve alteração de cor na pele pode virar uma mancha aterradora, ou a percepção da flacidez do contorno facial e/ou corporal pode parecer uma gelatina que pode a qualquer momento desabar e perder o contorno.

O grau de sofrimento emocional que leva à exaustão é a motivação para a procura do tratamento em saúde mental, que é imprescindível e necessário para esses pacientes. Ser portador de TDC, dentro de um espectro leve a moderado, não é critério de exclusão para um procedimento estético e/ou cirúrgico, que pode ser um tratamento coadjuvante, mas a família e amigos devem insistir e acompanhar a procura por atendimento em saúde mental (psicológico e intervenção psiquiátrica com medicação específica). Essa deve ser a primeira porta de entrada para uma boa evolução dos sintomas de extrema insatisfação corporal e sofrimento emocional com a aparência física, que só depois pode ter a possibilidade de um tratamento estético e/

ou cirúrgico, se houver indicação do cirurgião plástico. O tratamento do TDC transita necessariamente por uma equipe multiprofissional.

Alguns pacientes, que apresentam ideias fixas e grau de certeza quanto ao defeito percebido, e não reconhecem a dismorfia corporal, associam o tratamento em saúde mental a uma distração e investimento que não podem ter. Sobretudo porque não têm tempo. O objetivo, e a esperança, é a alteração da aparência física por meio de um procedimento estético e/ou cirúrgico. Mas, exatamente por ser a derradeira esperança, alguns pacientes, muitas vezes, adiam essa possibilidade. Ficam em uma busca incessante por médicos, fazem tomografias que podem mensurar a face e a cabeça e comprovar o defeito percebido, e consomem postagens e endereços de cirurgia plástica na internet, às vezes em outros países. E, entretanto, podem cometer o suicídio. Por isso, é muito importante a atenção de familiares e amigos para o estado de humor e isolamento do paciente.

É importante salientar que, segundo resultados de imagem do cérebro, a percepção visual desses pacientes está afetada, como se estivesse distorcida. Esses pacientes sentem de fato um enorme desconforto com o corpo e com a imagem que têm dele, e veem uma deformidade da qual se envergonham e que os faz sofrer. Essa imagem geralmente está associada a um ideal que, por sua vez, tem como base um acontecimento vivido como traumático, e é deslocada para o corpo. Exatamente por isso, não adianta insistir em dizer o contrário e é aconselhável que, familiares e amigos, insistam na avaliação criteriosa de um profissional em saúde mental.

Muitas vezes, pessoas com o TDC podem ser manipuladoras, sobretudo se apresentarem características de personalidade histriônica, ou se tiverem o transtorno de personalidade *borderline*, e podem usar o sofrimento como moeda de troca para se submeter a tratamentos estéticos e/ou cirúrgicos, excluindo ou adiando o tratamento psicológico e psiquiátrico. Fazer isso, pode piorar o prognóstico e prejudicar a evolução do quadro desse paciente.

1.4 O quadro clínico

O TDC é uma condição mental complexa que envolve o corpo, o afeto e a identidade, e que gera sofrimento emocional intenso. O TDC não é vaidade; é uma doença séria e incapacitante, que não é aceita de imediato pelo paciente, e que tem tratamento.

As queixas relacionadas a defeitos percebidos na aparência física podem envolver também outros órgãos e funções, como a preocupação com o cheiro corporal que exalam, mau hálito, odor nos pés etc.

O TDC tem um caráter crônico que se expressa de forma flutuante em localização e intensidade. Isso significa que só surge uma nova preocupação com outra parte do corpo se essa já existia e, frequentemente, existe a preocupação principal e a secundária com a aparência física, mas nem sempre essa diferença é identificada pelo paciente em um primeiro momento. Talvez, esse detalhe muito sutil, seja o aspecto mais importante que pode interferir na satisfação do resultado após uma cirurgia plástica, ou outro procedimento estético.

Portanto é importante ressaltar que o TDC pode piorar os sintomas de insatisfação e preocupação, quando o paciente depois de alterar uma parte do corpo, por exemplo, após um procedimento estético e/ou cirúrgico, começa a preocupar-se com outra parte do corpo que antes não parecia ser foco de queixa e preocupação.

A preocupação é considerada excessiva quando o tempo gasto com a aparência é superior a três horas diárias. Algumas pessoas relatam ainda que ficam em frente ao espelho por mais de três horas seguidas. Preocupadas com sua imagem, ora evitam olhá-la, ora sempre se examinam longa e frequentemente diante de superfícies refletoras, sempre esperando que algo possa mudar, revelando assim a percepção angustiante da possível instabilidade da própria imagem.

As preocupações podem estar focadas em uma região específica do corpo, ou estender-se a mais áreas de insatisfação corporal, ou

ainda apresentar-se de forma vaga, como uma sensação generalizada de feiura. Qualquer região do corpo pode ser alvo de insatisfação e preocupação, como olhos, dentes, peso, altura, estômago, abdome, mamas, pernas, coxas e braços, rosto, lábios, queixo, sobrancelhas e genitais, dentre outras, mas a maioria dos estudos relata a pele (percepção de acne, cicatrizes, linhas de expressão, rugas, palidez, por exemplo), cabelo (queda de cabelo ou pelos excessivos na face ou corpo), ou nariz (seu tamanho e forma).

Geralmente, pessoas com TDC respondem à extrema preocupação e angústia em relação à aparência física com comportamentos de checagem e de esquiva (evitação). Comportamentos de esquiva são observados na utilização do espelho (olhar no espelho pode ser muito assustador ao tomar consciência do corpo "estranho" que não reconhecem; por isso, evitam olhar-se) e nas estratégias de camuflagem, ou mudanças de postura, para esconder ou desviar a atenção do defeito percebido, em situações públicas e sociais, no contato físico, ou em atividades ao ar livre. As estratégias de camuflagem envolvem vários comportamentos de evitação, como já mencionados. A cabeça sempre baixa, o uso da mão, a extrema preocupação com o melhor ângulo de perfil, bem como a inibição, ou até mesmo evitação do sorriso são alterações de postura, para disfarçar o defeito percebido, em pacientes que desejam alterar a face. Geralmente, não aceitam tirar fotos, podendo revelar a rejeição/desconhecimento da própria imagem. Esses comportamentos, pelo tempo consumido, resultam em sofrimento significativo, ou comprometimento nas relações afetivas, sociais e ocupacionais, afetando o funcionamento global da pessoa com o TDC.

Os comportamentos não podem ser explicados por preocupações normais com a aparência física, como peso ou forma do corpo – que fazem parte da insatisfação corporal normal –, ou por questões relacionadas à gordura corporal, ou peso, ou tamanho do corpo – como acontece a quem tem transtornos alimentares –, e podem estar associados a dismorfia muscular, ocorrendo em diferentes níveis de

percepção, ou graus de certeza do defeito, em virtude de prejuízos cognitivos que estão presentes nesses pacientes.

O TDC é diagnosticado quando os critérios na Tabela 1 forem atendidos.

Tabela 1. Critérios diagnósticos para o TDC, de acordo com o DSM-5.

Critério A	Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física que não são observáveis ou aparecem leves para os outros.
Critério B	Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo já apresentou comportamentos repetitivos (p. ex., verificação no espelho, preparação excessiva, *skin picking*, busca de reasseguramento) ou atos mentais (p. ex., comparação da sua aparência com a de outros) em resposta às preocupações com aparência.
Critério C	A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.
Critério D	A preocupação com a aparência não é mais bem explicada por preocupações com gordura ou peso corporal em um indivíduo cujos sintomas satisfazem os critérios de diagnóstico para um transtorno alimentar. *Especificar se:* Com dismorfia muscular: o indivíduo está preocupado com a ideia de que a sua constituição física é muito pequena ou apresenta insuficiência muscular. Este especificador é usado, mesmo se o indivíduo está preocupado com outras áreas do corpo, o que é frequentemente o caso. *Especificar se:* Indique grau de percepção sobre crenças relacionadas ao TDC (p. ex., "Eu pareço feio" ou "Eu pareço deformado"). Com crítica do estado mórbido (*insight*): o indivíduo reconhece que as crenças relacionadas ao TDC são definitivamente ou provavelmente falsas, ou que elas podem ou não ser verdade. Com pouca crítica do estado mórbido (pobre *insight*): o indivíduo pensa que as crenças relacionadas ao TDC são provavelmente verdadeiras. Ausência de crítica do estado mórbido (sem *insight*) / presença de ideias fixas – crenças delirantes: o indivíduo está completamente convencido de que as crenças relacionadas ao TDC são verdadeiras.

Fonte: De Brito, Neto, Cordás e Ferreira (2018).

As razões de subdiagnóstico e do pouco reconhecimento do TDC podem estar associadas ao fato de as pessoas evitarem falar de seus sintomas por um lado e, por outro, ao desconhecimento de profissionais da área da saúde na identificação e diagnóstico do TDC, seja pela falta de perguntas específicas e direcionadas aos sintomas, seja pela própria condição heterogênea do transtorno mental (mesclam-se a outros transtornos mentais).

Além disso, a presença de sintomas subclínicos, ou seja, sintomas que não preenchem todos os critérios para TDC, pois não necessariamente causam prejuízo significativo ao funcionamento global do paciente, ou seja, mesmo sofrendo com a aparência física ele consegue fazer, embora precariamente, suas atividades do dia a dia, torna a identificação e o diagnóstico da doença ainda mais difícil. Contudo, a identificação e o diagnóstico do TDC têm um impacto positivo, tanto na evolução do tratamento quanto no vínculo estabelecido com os pacientes.

Pessoas com o TDC identificam e supervalorizam mais facilmente os detalhes do que o todo. Resultados de imagem mostraram uma disfunção no processamento da informação visual que provoca um desequilíbrio no processamento global (percepção das características individuais ou elementos) e local (percepção da forma global e a relação entre as características), que são dois componentes da percepção que auxiliam na identificação e no reconhecimento dos estímulos. Esse desequilíbrio interfere na percepção e pode estar relacionado ao fato de esses pacientes não conseguirem entender se estão bem, em relação à aparência, se ainda precisam corrigir mais um pouco, ou como estão apresentados para o outro. Essa pode ser a causa da expressão da persistente insatisfação após uma correção na aparência física.

Observa-se nessas pessoas uma necessidade de perfeição e as construções do pensamento e comportamento são baseadas no perfeccio-

nismo. Também apresentam sensibilidade estética. Isso explica o foco e o sofrimento excessivo, com imperfeições percebidas na própria aparência, e pode afetar o pensamento e a percepção de uma forma geral, interferindo no grau de certeza quanto ao defeito percebido. A atenção focada no defeito percebido e a autoavaliação negativa sempre associada à aparência física, e muitas vezes a interpretação distorcida das expressões faciais e emocionais, podem levar à percepção de que "os outros falam sobre mim e me evitam por causa da minha aparência e do jeito horroroso que tenho". Essa dinâmica de funcionamento pode resultar em sentimentos de isolamento e agressividade.

1.4.1 Níveis de gravidade

Os indivíduos apresentam funcionalidades diferentes, ou jeitos diferentes de sofrer com o corpo, que podem ser abordados de forma diferente e individual. Os sintomas do TDC, de acordo com o seu nível gravidade, podem ser classificados em leves a moderados e graves.

Essa diferença é observada quando a preocupação com a aparência física é expressa no comportamento. Ou seja, se o sofrimento emocional com a aparência física é muito intenso, ele se manifesta no comportamento. Observa-se então o isolamento daquela pessoa em relação a tudo e uma vida muito restrita em termos afetivos e sociais.

Essas pessoas não conseguem sair de casa, às vezes do próprio quarto, e não têm vida afetiva e social. Abandonam os estudos, o trabalho e se isolam dos amigos e dos familiares. Não têm qualquer projeto e a vida se perde, pois perdem todo o interesse nela.

Crenças e certezas absolutas, quanto ao defeito percebido na aparência física, podem não ser observáveis, ou o grau de sofrimento provocado não parece justificar a falha percebida no corpo, e essas pessoas podem parecer delirantes aos amigos e familiares, aumentando o sofrimento de todos.

Outros, apesar do sofrimento emocional e da dificuldade, conseguem sair de casa para fazer algumas poucas atividades do dia a dia. No entanto, têm a vida também comprometida em razão do tempo que gastam com preocupações com a aparência física, por exemplo, na procura por médicos e tratamentos que solucionem seu desespero e tristeza com o desencontro que veem entre corpo e imagem.

1.5 As comorbidades que afetam a evolução do TDC

O TDC muito frequentemente coexiste com outros transtornos psiquiátricos, sendo a depressão a comorbidade mais comumente encontrada, e que afeta o prognóstico do tratamento.

Sentimentos positivos, como alegria, desejo, energia, interesse, satisfação e relaxamento, inexistem ou ficam em segundo plano na depressão. E assim os sentimentos negativos, desagradáveis e dolorosos, como o desânimo, a tristeza, o medo, a amargura, o sentimento de solidão, a impotência e a desesperança, determinam a vida e se mesclam aos sintomas do TDC. A exaustão e o abatimento, bem como, em alguns momentos, a sensação de esvaziamento, deixam os pacientes isolados e psiquicamente enclausurados. A vida em si parece uma sucessão de fracassos e derrotas e o futuro é incerto e cheio de ameaças. A motivação, a capacidade de se entusiasmar e se envolver, assim como o interesse e a empatia também sofrem alterações. Não há prazer em viver e conviver.

A depressão também influencia o desempenho, o pensamento, a memória e o discernimento e por isso aparecem queixas de falta de concentração, lapsos de memória e problemas para registrar acontecimentos. Geralmente o ritmo do sono está alterado. Um décimo dos pacientes depressivos dorme muito, sobretudo durante o dia. É muito fácil aban-

donar os estudos, ou o trabalho, com esse estado de ânimo que potencializa o desconforto com a aparência física e a vida psíquica.

A depressão maior (82%), ansiedade social (37%-40%), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (30%), abuso de álcool e outras drogas (36%) são referidos como os mais prevalentes durante a vida do paciente com TDC. O abuso de álcool e outras drogas, como o uso de *cannabis* (maconha) ou estimulantes, pode aumentar a paranoia e o humor deprimido, diminuindo a motivação desses pacientes, cujo processamento cognitivo e emocional já se encontra em prejuízo.

O TDC também costuma associar-se a transtornos ansiosos (principalmente ansiedade social) e ao TOC, que estimulam tanto comportamentos de evitação e comportamentos repetitivos como pensamentos obsessivos com a aparência física.

A ansiedade social parece ter início antes do desenvolvimento do TDC, enquanto a ansiedade generalizada, a depressão e o abuso de substâncias desenvolvem-se, normalmente, após o início da doença. Pesquisas (De Brito et al., 2018, pp. 39-40) mostraram que uma porcentagem idêntica de pacientes desenvolveu anorexia nervosa (AN) (50%) e tricotilomania (50%) (impulso de arrancar o próprio cabelo, ou pelos do corpo), um ano antes ou logo após o desenvolvimento do TDC, e 87,5% dos pacientes desenvolveram bulimia nervosa (BN) após o TDC. Outro estudo (De Brito et al., 2018, pp. 39-40) assinalou que 63,1% dos pacientes com transtornos alimentares desenvolveram o TDC antes – 55,5% desenvolveram TDC antes da AN, 84,6% antes da BN e 62,5% antes do transtorno alimentar não especificado (TANE). Todavia, 16,9% dos pacientes desenvolveram TDC e transtorno alimentar no mesmo ano. Apenas 20% desenvolveram TDC após o início do transtorno alimentar.

Os resultados apontam para o aparecimento do TDC antes do transtorno alimentar. A preocupação com o peso tem surgido como queixa importante de insatisfação corporal em pacientes com o TDC,

ainda que não apresentem diagnóstico para transtorno alimentar. Um estudo brasileiro (De Brito et al., 2016) assinalou que preocupações com o peso, sem transtorno alimentar associado ao longo da vida, contribuíram para a gravidade do TDC. É muito importante fazer o diagnóstico diferencial entre os dois transtornos. Em ambos estão presentes a insatisfação com o corpo e a percepção distorcida da imagem corporal, sobretudo na AN, mas há diferenças na avaliação da percepção e das regiões de insatisfação entre o TDC e transtornos alimentares.

A comorbidade entre TDC e transtornos de personalidade também é frequente, sendo mais comuns os subtipos paranoide (38%), evitativo (38%) e anancástico (28%), que é caracterizado por constante sentimento de dúvida, perfeccionismo, rigidez.

Transtornos de personalidade afetam tanto o grau de expectativas como o comportamento dos pacientes, em termos de vínculos terapêuticos a serem estabelecidos com a equipe da área da saúde, ou da percepção de resultados de satisfação. O transtorno de personalidade narcisista, caracterizado por padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia, foi observado em 25% das pessoas que procuraram cirurgias plásticas, e o de personalidade dependente, que é caracterizado por um padrão de comportamento invasivo e de necessidade de atenção, em 12%. Pessoas com transtorno de personalidade narcisista tendem a acreditar que a atratividade está associada à juventude e tentam recriar essa imagem. O transtorno de personalidade histriônica manifesta-se como um padrão de emocionalidade excessiva e comportamento de busca de atenção. Esses pacientes apresentam expectativas irrealistas e podem não ficar satisfeitos com os resultados do tratamento estético. O transtorno de personalidade histriônica foi observado em 9,7% das pessoas que procuraram cirurgias plásticas, seguido pelo transtorno de personalidade *borderline* (9%), TOC (4%), esquizoide (1,5%) e paranoide (0,75%).

Transtornos de personalidade narcisista, histriônica e *borderline* são comuns e agravam o quadro clínico do TDC, porque se sobrepõem ao TDC e tornam a evolução e o tratamento mais difíceis.

Há traços de personalidade que são também sintomas do TDC, como o perfeccionismo, ou características narcísicas e histriônicas, sem que configurem transtornos de personalidade, e que revelam a complexidade do TDC.

Em 2000, as psiquiatras norte-americanas Katherine Phillips e Suzan McElroy apontaram que os sintomas de TDC se mesclam e estão associados a certos traços de personalidade, que envolvem preocupação proeminente, autoconsciência, ansiedade social, baixa autoestima, antecipação de rejeição e sentimentos de deformidade, constrangimento e vergonha. No entanto, os sintomas do TDC normalmente causam ansiedade, autoconsciência, evitação social, que podem ser indistinguíveis de um temperamento neurótico e introvertido.

Em 2013, Chiara Pavan, psiquiatra italiana, e colaboradores referiram que traços de personalidade em seu nível extremo estão associados a transtornos mentais e podem influenciar o nível de percepção. No mesmo ano, Viren Swami, psicólogo inglês, e colaboradores acrescentaram que a personalidade afetava as experiências corporais. De fato, a personalidade afeta a vivência ou exacerbação do TDC e interfere no tratamento. Por isso, traços de personalidade podem influenciar o curso da doença. Por exemplo, o traço de personalidade neuroticismo está muito associado ao afeto negativo e à diminuição da apreciação do corpo, ou seja, à avaliação negativa da imagem corporal. Alguém com esse traço é emocionalmente instável, ansioso, preocupado, deprimido e autoconsciente dos seus defeitos. Tanto por Katherine Phillips e Suzan McElroy (2000) como por Katharina Shieber e colaboradores (2013), traços de perfeccionismo, sensibilidade estética e inibição comportamental foram associados aos sintomas do TDC, e

são também componentes dos traços de personalidade neuroticismo, introversão (alguém menos assertivo e aberto) e baixa abertura (alguém menos curioso e mais fechado e isolado a novas experiências).

No entanto, segundo Scharschmidt, psiquiatra alemão, e colaboradores, em 2018, traços de abertura (criativo e curioso), extroversão (gregário, carinhoso e ativo) e amabilidade (confiante, empático e complacente) são traços de personalidade de proteção.

1.6 Tentativas de suicídio: um risco a considerar

O suicídio ainda é um tabu; é um assunto que se evita falar abertamente por tocar e provocar aspectos emocionais. Mesmo na prática médica, é um tema delicado e, às vezes, desvirtuado pela própria dificuldade em abordá-lo. Isso faz com que se evite falar no assunto, não se identifiquem riscos nem se adotem medidas de encaminhamento adequado e aceitação de ajuda.

Experiências de perdas recentes e isolamento social são fatores de risco importantes para o suicídio em pacientes com TDC. Um estudo de 2005, de Katherine Phillips e colaboradores, mostrou que 78% de pacientes com TDC pensaram em se matar (ideação suicida) e 27,5% tentaram o suicídio, que esteve relacionado ao isolamento social provocado pela doença.

Outro estudo de Katherine Phillips, William Menard e colegas (2006), em pacientes com TDC, encontrou ideação suicida em 57,8% deles por ano (10 a 25 vezes maiores do que as taxas encontradas na população geral americana), uma média de 2,6% de tentativas de suicídio por ano (3 a 12 vezes maiores) e dois desses pacientes (0,3%) cometeram o suicídio no período estudado, resultando em uma taxa de suicídio 45 vezes maior do que a encontrada na população geral,

revelando uma taxa de mortalidade que superava a AN, depressão maior e transtorno bipolar.

Pacientes com o TDC são, portanto, uma população de alto risco e propensa a tipos de comportamentos autoagressivos (*skin picking*, que é cutucar a pele; tricotilomania que é arrancar cabelo e pelos do corpo; fazer cirurgias em si mesma, ou ferir-se propositalmente com a finalidade de ser submetida a uma cirurgia), apresentando taxas altas de ideação (pensar em se matar) (80%) e tentativa de suicídio (24%), que foram observadas em hospitais e não na população geral.

Em 2007, Katherine Phillips sugeriu que o risco de suicídio era específico para o quadro de TDC, revelando que é uma doença mental complexa, que pode tornar-se crônica e muito grave, mas que pode ser tratada.

Sabe-se que a desesperança é a condição psíquica decisiva para o gesto suicida. Pessoas com o TDC podem ser potenciais suicidas quando perdem a esperança de melhorar a aparência física, ou de relativizar a própria percepção da deformidade, e por absoluta falta de alternativas em seu lugar.