
ARTIGO ORIGINAL

Diagnóstico diferencial entre fobia social e transtorno dismórfico corporal

[Mariangela Gentil Savoia¹](#)

Resumo

Este artigo relata, a partir de uma perspectiva histórica, as características diagnósticas do transtorno dismórfico corporal que se sobrepõem em alguns aspectos à fobia social. Esses aspectos são comentados e apresentadas sugestões de diferenciação diagnóstica. A comparação se estende ao tratamento de ambos os transtornos, que também mantêm características comuns.

Unitermos: Transtorno dismórfico corporal; Diagnóstico diferencial; Tratamento; Fobia social.

Abstract

Differential diagnosis between social phobia and dismorphic disorder

This paper describes the diagnostic features of body dismorphic disorder from a historic perspective. Some aspects of these features overlap those of Social Phobia to a certain extend. Such aspects are discussed and suggestions for diagnostics differences are made. The treatment of both disorders has been compared, again taking into consideration similar aspects.

Keywords: Body dismorphic disorder; Treatment; Social phobia; Diagnostic.

Introdução

Dos transtornos psiquiátricos, o que mais se assemelha em critérios diagnósticos com a fobia social é o transtorno dismórfico corporal (TDC). Em ambos, os pacientes apresentam ansiedade social elevada, esquiva de situações sociais e medo de crítica e comentários adversos sobre sua aparência. Isolamento social e falta de habilidade social geralmente estão presentes nos dois casos.

Transtorno dismórfico corporal é um novo nome para uma velho transtorno. Segundo Warwick (1996), tem sido descrito nas literaturas européia e japonesa por uma variedade de nomes, sendo o mais comum dismorfofobia, termo utilizado por Morselli pela primeira vez há 100 anos (1886). Embora esse termo seja usado de diferentes maneiras, é definido como um sentimento

de feiúra ou defeito físico que o paciente percebe a despeito de sua aparência normal. O termo dismorfia é uma palavra grega que significa feiúra, especialmente na face. A primeira referência aparece na história de Herodotus, no mito da garota feia de Esparta, que era levada por sua enfermeira, todos os dias, ao templo para se livrar da sua falta de beleza e atrativos.

Temos a classificação de Kraepelin, em 1909, como uma neurose compulsiva; de Janet, em 1903, como obsessão com a vergonha do corpo, enfatizando a extrema vergonha dos indivíduos que se sentiam feios e ridículos; de Jahrreiss, em 1930, como hipocondria da beleza, e de Stekel, 1949, que escreveu sobre um grupo peculiar de idéias obsessivas que as pessoas apresentam a respeito de seu próprio corpo.

Embora sua presença seja clara na literatura européia, a dismorfofobia não apresenta na CID – Classificação Internacional de Doenças (1993) –, uma categoria nosológica, estando inclusa na categoria da hipocondria. Na classificação psiquiátrica americana, é encontrada primeiramente no DSM-III, Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders – Third Edition (1980), como um exemplo de transtorno somatoforme sem nenhum critério diagnóstico, vindo este apenas no DSM-III-R, Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders – Third Edition Revised (1987).

O transtorno dismórfico corporal é caracterizado pela preocupação com um imaginado defeito na aparência. Se uma ligeira anomalia física está presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, DSM-IV, Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (1994).

As queixas envolvem, em geral, falhas imaginárias ou leves na face ou na cabeça, como acne, cicatrizes, rugas, inchaço, assimetria ou pêlos faciais excessivos. Outras preocupações comuns incluem tamanho, forma ou algum outro aspecto do nariz, da boca, dos olhos, das pálpebras, das sobrancelhas, das orelhas, da boca, dos dentes, da mandíbula, do queixo, das bochechas ou da cabeça. Entretanto, qualquer outra parte do corpo pode ser o foco de preocupação – por exemplo, genitais, abdômen, nádegas, quadris, ombros. A preocupação pode se concentrar simultaneamente em diversas partes do corpo. Embora a queixa seja freqüentemente específica, pode ser, por vezes, vaga, e alguns indivíduos evitam descrever os seus defeitos em detalhes podendo se referir à sua "feiúra" em geral.

Os indivíduos com esse transtorno freqüentemente pensam que os outros estão observando o seu "defeito", o que pode levar a uma esquiva das situações sociais que, levada ao extremo, chega até ao isolamento social. Esses pacientes com freqüência buscam e recebem tratamentos médicos gerais, dentários ou cirúrgicos para a correção de seus defeitos imaginários, em uma peregrinação por diversos profissionais, principalmente cirurgiões plásticos, sem, no entanto, corrigir os supostos defeitos.

Embora existam poucos estudos sobre a prevalência desse transtorno, a literatura indica que parece ser mais comum do que se supunha. Preocupações culturais acerca da aparência física e da importância da apresentação física adequada podem influenciar ou ampliar preocupações acerca da imaginada deformidade física. Evidências preliminares sugerem que o transtorno dismórfico corporal seja diagnosticado com freqüência aproximadamente igual em homens e mulheres (Warnick, 1996). O período da primeira manifestação é, em geral, do início da adolescência até a idade de 20 anos, aproximadamente.

A freqüência de comorbidade do transtorno dismórfico corporal com outros transtornos é desconhecida, embora possa estar associada com transtornos depressivo, delirante, fobia social e obsessivo-compulsivo. Alguns autores têm sugerido que certos transtornos de personalidade predisõem ao transtorno dismórfico corporal, como esquizóide, narcisista, obsessivo-compulsivo e evitador. Quanto à história familiar, não existem dados que estabeleçam um padrão familiar claro do transtorno dismórfico corporal com outros transtornos psiquiátricos.

Alguns comportamentos são comuns aos pacientes com esse transtorno: verificação, olhar-se no espelho ou outras superfícies refletoras para checar a aparência, o que pode consumir muitas horas por dia e ser extremamente difícil de resistir. Alguns pacientes esquivam-se de espelhos em uma tentativa não bem sucedida de diminuir o desconforto e a preocupação. Por terem a certeza de que os outros estão olhando, falando sobre os seus defeitos, comumente tentam camuflá-los com maquiagem, chapéu, luvas, roupas. Freqüentemente, comparam a sua parte feia do corpo com a dos outros. Isolamento social, introversão, baixa auto-estima podem também coexistir. Alguns relatos sugerem que sem tratamento o transtorno usualmente persiste por anos e algumas vezes por toda a vida.

A literatura consistentemente enfatiza o sofrimento que pode ser causado por esse transtorno. Dificuldades sociais e conjugais podem ocorrer como resultado do TDC, a ponto da vida do paciente ficar profundamente desestruturada. O prejuízo funcional pode ser resultado do tempo que alguns pacientes dispõem com suas preocupações, negligenciando outros aspectos da sua vida. O desconforto pode ser tão intenso que pode vir a causar ideação suicida. Uma complicação específica é a busca por cirurgia plástica e outros procedimentos médicos, raramente os pacientes ficam satisfeitos com o resultado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O clínico deverá, inicialmente, diferenciar o TDC das preocupações normais com a aparência. O TDC inclui insatisfação, preocupação e exagero do defeito percebido, uma deterioração significativa no desempenho ocupacional ou social e ansiedade acentuada.

Alguns autores sugerem ser o TDC uma manifestação de transtorno obsessivo-compulsivo, pois os pacientes estão constantemente obcecados com sua aparência física e se olham compulsivamente no espelho para verificar se o defeito ainda está presente. Já outros autores tem questionado se a anorexia não deveria ser incluída no TDC, já que os indivíduos supervalorizam o seu tamanho corporal, se angustiam com seu defeito percebido e evitam situações provocadoras dessa ansiedade.

Um transtorno ansioso que pode se sobrepor ao TDC é a fobia social, com relação à descrição do comportamento e dos procedimentos de tratamento. Embora exista essa sobreposição, podemos diferenciá-los, pois os pacientes de TDC estão mais preocupados com sua aparência e a possível feiúra que os outros possam estar percebendo, e os pacientes com fobia social com medo de avaliação de desempenho ou de serem inadequados em situações sociais.

Quanto ao tratamento, para ambos são indicados os procedimentos de dessensibilização sistemática, exposição ao vivo das situações sociais evitadas, prevenção de resposta, procurando garantir que o paciente não manifeste comportamentos de esquiva, e terapia cognitiva por meio da modificação dos pensamentos disfuncionais.

Embora os procedimentos sejam os mesmos, existem especificidades para o TDC. As incertezas sobre a etiologia são refletidas na diversidade de seu tratamento que inclui medicação, psicoterapia e cirurgia plástica. Pacientes com TDC procuram ajuda psicológica quando experimentam sintomas de depressão, auto-estima diminuída, isolamento social e, obsessões e compulsões. Neziroglu (1993) apresentou um programa de exposição, no qual a construção da hierarquia usualmente deve levar em conta as seguintes variáveis: familiaridade das pessoas em volta do paciente durante a exposição, número de pessoas em volta, dia ou noite, e distância da parte do corpo exposta aos outros. Ao mesmo tempo que o paciente está em um programa de exposição, deve-se incluir a prevenção de respostas, ou seja, garantir que o paciente não se manifeste em esquivas fóbicas, como maquiagem excessiva, por exemplo. A terapia comportamental tem inserido confrontação audiovisual como um dos procedimentos.

A terapia cognitiva deve incluir modificação de pensamentos negativos e distorcidos e de crenças irracionais sobre aparência física. Ao estudarem correção de imagem corporal utilizando terapia cognitiva, Rosen et al. (1989, 1990) propõem discussões sobre a imagem corporal, como ela se desenvolve e seu efeito sobre a auto-estima e outros aspectos sobre o funcionamento comportamental e psicológico.

Embora, como dissemos a princípio, esse transtorno denominado dismorfofobia por Morselli, em 1886, há mais de cem anos, ainda carece de estudos. Com relação à etiologia, não há informações sobre os desencadeantes biopsicossociais. O diagnóstico diferencial de TDC, principalmente com relação a TOC e fobia social, ainda encontra pontos de sobreposição que precisam ser esclarecidos. Até que ponto TDC é um subtipo de um ou de outro transtorno?

Essas são questões a serem respondidas em investigações futuras.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association – *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders*, 3 ed., Washington, 1980.

American Psychiatric Association – *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders*, 3 ed. Revised, Washington, 1987.

American Psychiatric Association – *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders*, 4 ed., Washington, 1994.

Hollander, E.; Wong, C.M. – Body Dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions – *J Clin Psychiatric* 56 (suppl 4): 7-13, 1995.

Organização Mundial de Saúde – *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID 10 – descrições clínicas e diagnósticas*. Tradução de Dorgival Caetano. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

Neziroglu, F.A.; Yaryura-Tobias, J.A. – Exposure, response prevention and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder – *Behavior therapy* 24: 431-8, 1993.

Phillips, K. – A body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness – *Am J Psychiatry* 148: 1138-49, 1991.

Phillips, K.; McElroy, S.; Hudson, J.; Pope, H. – Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? – *Journal Clinical Psychiatric* 56 (suppl 4): 41-50, 1995.

Rosen, J.C.; Saltzberg, E.; Srebnik, D. – Cognitive behavior therapy for negative body image – *Behavior Therapy* 20: 393-404, 1989.

Rosen, J.C.; Cado, S.; Srebnik, D.; Silberg, N.T.; Wendt, S. – Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance – *Behavior Therapy* 21: 481-98, 1990.

Warwick, H.M.C. – *Transtornos somatoformes y facticios*, In: Caballo, V.E.; Buella Casal, G.; Carrobes, C. (orgs.), *Manual de Psicopatologia y transtornos Psiquiátricos*. Siglo Ventiuno Editores de España, 1995.

1 Doutora em Psicologia pela USP – Pesquisadora e supervisora do AMBAN – Professora da Universidade São Marcos.

Ambulatório de Ansiedade (AMBAN) – Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Endereço para correspondência: Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, s/n – São Paulo, SP – CEP 05403-010 – Tel.: (0XX11) 3069-6988 – Fax: (0XX11) 853-5032

E-mail: mangy@nw.com.br

[voltar ao início](#)

Revista Psiquiatria
de Clínica

Índice