

TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: ESCALA PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Body dysmorphic disorder: scale for healthcare professionals

Kátia Perez RAMOS

Faculdade de Jaguariúna (Faj) e Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para Reabilitação Craniofacial (Sobrapar).

Vera Lucia Adami Raposo do AMARAL

Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para Reabilitação Craniofacial (Sobrapar).

1. INTRODUÇÃO

O transtorno dismórfico corporal é um novo nome para uma velha desordem. Segundo Warwick (1995) e Fontenelle (2004), tem sido descrito nas literaturas européia e japonesa por uma variedade de expressões, sendo a mais comum dismorfofobia, termo utilizado por Morselli pela primeira vez em 1886. Embora esse termo tenha sido 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 Herodutus, 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.

Tem-se a classificação de Kraepelin, em 1909, como uma neurose compulsiva; de Janet, em 1908, como obsessão com a vergonha do corpo, enfatizando a extrema vergonha dos indivíduos que se sentiam feios; de Jahrreiss, em 1930, como hipocondria da beleza, e de Stekel, 1950, como 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 significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo, segundo o DSM-IV, Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (1994).

De acordo com Fontenelle (2004) os sintomas que não são específicos do TDC podem ser encontrados em diversos transtornos psiquiátricos, como na depressão (Cotterhill, 1981; Hay, 1983; Hardy & Cotterhill, 1982), na psicose (Bychowski, 1943; Stekel, 1950 & Crisp, 1981), no TOC (Hollander, 1989; Neziroglu & Tobias, 1993; Wolf, 2003), em transtornos de personalidade (Braddock, 1982) e na anorexia nervosa (Thomas, 1984).

Segundo Buhlman, McNally, Wilhelm e Florin (2002), o TDC é uma síndrome que se caracteriza por sofrimento mental e físico sobre defeitos imaginados na aparência e que possui características associadas à fobia social (medo de avaliação negativa por partes de outras pessoas), e ao transtorno obsessivo-compulsivo (pensamentos intrusivos sobre a feiúra do defeito e comportamentos de checagem). Existem argumentos que tornam o TDC um transtorno relacionado ao transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), ou seja, o TDC não seria uma desordem separada, mas, uma forma de TOC (Vitello & Leon, 1990; Neziroglu & Tobias, 1993; Wolf, 2003).

Para Amaral (2002), no TOC as obsessões são caracterizadas por pensamentos repetitivos inaceitáveis e as compulsões por respostas repetitivas mal-adaptativas que tem como objetivo a esquiva ou fuga dos pensamentos e das respostas fisiológicas associadas a tais pensamentos, mesmo que por um curto período de tempo. Já no Transtorno do Corpo Dismórfico estes pensamentos são específicos, pois envolvem dúvidas sobre a aparência física e para que sejam evitados os pacientes desenvolvem rituais elaborados.

Assim, segundo Amaral (2001) o repertório comportamental apresentado no TDC não pode ser mais bem descrito em outra desordem, de acordo com os sistemas classificatórios de transtornos.

Em relação às queixas associadas ao TDC estas 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 (Watkins, 2005). 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 (Marks & Mishan, 1988).

Preocupações culturais acerca da aparência física e da importância da apresentação física adequada podem influenciar ou ampliar preocupações acerca da imaginada deformidade física (Moriyama, 2003). Evidências preliminares sugerem que o transtorno dismórfico corporal seja diagnosticado com freqüência aproximadamente igual em homens e mulheres (Warnick, 1995). O período da primeira manifestação é, em geral, do início da adolescência até a idade de 20 anos, aproximadamente.

Embora existam poucos estudos sobre a prevalência desse transtorno, a literatura indica que parece ser mais comum do que se supunha (Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson, 1993; Wolf, 2003).

TDC E TRATAMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS E ESTÉTICOS

Os indivíduos com Transtorno Dismórfico Corporal freqüentemente buscam e recebem tratamentos médicos gerais, dentários ou cirúrgicos com o objetivo de corrigir os seus defeitos imaginados. Entretanto o indivíduo continua

discriminando seu corpo ou parte dele. Desta maneira este tipo de tratamento médico pode piorar o transtorno, levando a uma intensificação ou a novas preocupações, que podem, por sua vez, levar a procedimentos mal-sucedidos adicionais, de modo que os indivíduos podem, por fim, possuir narizes, orelhas, seios e quadris "postigos", com os quais ainda sentem insatisfação. Essa população só é posteriormente encaminhada às clínicas e consultórios do especialista em comportamento pela solicitação da família ou por um médico mais atento ao transtorno (Amaral, 2001).

Entretanto, o que acontece é que o TDC é insuficientemente reconhecido em contextos nos quais são executados procedimentos cosméticos (Crisp, 1981; Fontenelle, 2004).

Na década de 70, segundo Andriase e Bardach (1977), aproximadamente 2% das pessoas que procuravam a cirurgia plástica eram portadores de TDC, e segundo eles, o tratamento correto seria o psicológico e não o cirúrgico. Atualmente, este número subiu para 10% segundo Wolf (2003) e a importância do tratamento psiquiátrico e psicológico continua sendo reforçada nestes casos.

Entretanto, Hay (1970) afirmou que a cirurgia pode beneficiar todos os pacientes independentemente do grau da deformidade ou da presença de um transtorno de personalidade e enfatizou que apesar de pacientes marcadamente sensíveis talvez não terem sua personalidade alterada pela operação, seu grau de ajuste em geral e seus relacionamentos interpessoais podem ser beneficiados com a remoção da idéia supervalorizada de sua aparência. Esta conclusão originou-se de um estudo realizado por Hay que investigou 45 pacientes que buscaram rinoplastia cosmética.

Em uma nova pesquisa, Hay e Heather (1973), estudaram mais um grupo de pacientes que foram submetidos a rinoplastia e reforçaram a conclusão do estudo anterior, concluindo que os pacientes se beneficiam da cirurgia plástica, sendo ou não portador de TDC.

Da mesma maneira, Connolly e Gibson (1978) estudaram 187 pacientes 15 anos após a rinoplastia, demonstrando que dos 86 que foram operados por razões estéticas e que tinham uma deformidade mínima, 32 foram diagnosticados como neuróticos e seis como esquizofrênicos. Os autores

concluíram que o TDC constitui um sintoma alarmante mas não relataram se os pacientes ficaram mais satisfeitos com sua aparência após a cirurgia e nem se tinham sido diagnosticados como portadores de TDC.

Phillips, McElroy, Keck, Pope e Hudson (1993) relataram que 73% de seus pacientes portadores de TDC (N=30) buscaram tratamento não-psiquiátrico, mas à maioria foi recusado, já que não havia defeito a corrigir. Entretanto, oito em 30 pacientes se submeteram a 25 tentativas de cirurgia plástica ou procedimento odontológico. Os autores demonstraram que nestes casos os pacientes pioraram.

Como pôde ser observado, ainda existem poucos estudos sobre o TDC e procedimentos médicos, como a cirurgia plástica, sugerindo que esses campos estão abertos a pesquisa. (Neziroglu, Tobias & Moritz, 1995; Wolf, 2003).

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO TDC

No que se refere à construção de instrumentos de diagnóstico para o Transtorno Dismórfico Corporal, tem-se escasso material, sendo que a maioria dos testes foi criada com o objetivo de investigar o transtorno na área psiquiátrica e de psicologia, encontrando-se apenas um breve questionário desenvolvido para a utilização na prática dermatológica (Rosen & Reiter, 1996).

Um dos primeiros instrumentos que continha alguns itens relacionados ao TDC foi desenvolvido por Cooper, Taylor, Cooper e Fairburn (1987), e denominado *Body Shape Questionnaire* (BSQ). Este instrumento consta de 34 perguntas e objetiva avaliar o medo de ganhar peso, os sentimentos de auto-estima em relação à aparência, o desejo de perder peso e a insatisfação com o corpo em uma escala Likert de 6 pontos. O BSQ foi aplicado em 535 mulheres da população normal, tal como em 38 pacientes com diagnóstico de bulimia. Os resultados indicaram que o BSQ oferece dados importantes para a investigação sobre a insatisfação com o tamanho ou forma corporal no desenvolvimento, manutenção e tratamento da anorexia e bulimia. Entretanto essa escala não avalia diversos aspectos do transtorno dismórfico corporal,

como por exemplo, os comportamentos de checagem e camuflagem da parte do corpo a qual o pessoa se sente insatisfeita, seus pensamentos e obsessões, esquiva de eventos sociais, etc.

O MBSRQ, ou *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* foi desenvolvido por Brown, Cash e Mikulka (1990) e engloba 60 itens que avalia a atitude das pessoas em relação a sua imagem corporal ou aparência física. Esse teste possui 10 subescalas, sendo as mais importantes para a avaliação do TDC a subscala *Body Areas Satisfaction* (BAS), que mensura a insatisfação do paciente com áreas específicas de sua aparência; a subsacala *Appearance Evaluation* que analisa os sentimentos sobre atratividade física e, a *Appearance Orientation* que avalia a tendência da pessoa em prestar atenção ou desenvolver o comportamento de arrumar-se ou esconder determinada parte do corpo de uma forma exagerada. Por isso o MBSRQ é sensível em discriminar qualquer aspecto da aparência e não somente a insatisfação com forma e o peso do corpo. Foram realizados estudos psicométricos desta escala, entretanto sua utilização foi indicada para a avaliação geral da imagem corporal podendo ser utilizada como ferramenta para os diagnósticos de TDC, transtornos alimentares (anorexia e bulimia) e obesidade mórbida.

Gardner (1991) desenvolveu o BDS (*Body Dissatisfaction Scale*) o qual possui 9 itens que tem por objetivo avaliar a insatisfação com o tamanho ou forma de regiões particulares do corpo através de afirmativas como: “Eu me sinto satisfeito(a) com a forma/tamanho de meu corpo”; “Eu acho meus pés muito grandes”, etc, as quais o paciente tem que indicar se é verdadeira ou não para ele. O crivo soma de 0 a 27 pontos e indica respectivamente a ausência de insatisfação com a forma ou tamanho do corpo e insatisfação extrema. O BDS mostrou satisfatória consistência interna ($\alpha=0,92$).

Pelo fato de dar ênfase a análise da forma ou tamanho do corpo, o BDS, não é recomendado como auxílio no diagnóstico do TDC, mas o é em especial na avaliação da bulimia e anorexia.

Neziroglu e Yaryura-Tobias (1993) construíram a Escala de Ideação Supervalorizada a qual mensurava a força da crença do paciente em seu suposto defeito, denominando-a como medida do *insight*, na qual os pacientes com TDC obtinham um *score* elevado. Entretanto não foi realizado nenhum estudo psicométrico desta escala. Além disso, a escala é específica para mensuração do pensamento obsessivo sobre o defeito não englobando,

portanto outros comportamentos que fazem parte do diagnóstico do TDC tais como: checagem e camuflagem do defeito; esquiva de ambientes sociais, prejuízo na área pessoal e ocupacional, etc.

Finalmente em 1993, Phillips modificou a Escala de Obsessão-Compulsão de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*) para mensurar o TDC. Além de outras modificações, um quadro relativo aos “*pensamentos sobre o defeito do corpo*” foi inserido na escala, o que totalizou 12 questões. Este quadro engloba os pensamentos sobre o defeito e o esforço feito pelo indivíduo para controlá-los, mas se restringe a investigar a sintomatologia relacionada à obsessão e compulsão nos pacientes com TDC. Os pacientes com o transtorno que foram submetidos à psicoterapia tiveram sua pontuação diminuída na escala, entretanto nenhum estudo psicométrico do instrumento foi realizado.

Rosen e Reiter (1996), avaliaram os instrumentos existentes sobre imagem corporal construídos até o ano de 1996, e concluíram que nenhum deles englobava todas as características necessárias para o diagnóstico do TDC, sendo que em sua maioria eram utilizados para a avaliação e diagnóstico de transtornos alimentares. A partir desse levantamento de instrumentos, esses autores realizaram um estudo que objetivou a criação de um instrumento específico para o diagnóstico do TDC, denominado BDDE (*Body Dysmorphic Disorder Examination*).

Para o desenvolvimento do instrumento BDDE foram realizados 3 estudos: a) Criação dos itens do questionário com base nos critérios do DSM IV e validade de construto, b) Estudo da consistência interna do instrumento e, c) Estudo da validade de critério do teste. O instrumento possui 34 questões relativas a preocupação com a aparência, auto-imagem negativa, consciência do transtorno, esquiva de atividades (na área social, ocupacional, etc), camuflagem e checagem do defeito e sintomas psicológicos. Este questionário possui consistência interna ($\alpha = 0,96$), é um instrumento que discrimina a população clínica da não clínica e corrobora com o diagnóstico de TDC realizado por psiquiatras através de entrevistas. Um aspecto importante do instrumento se relaciona ao fato deste diagnosticar o TDC excluindo as

preocupações que poderiam ser melhor explicadas por outros transtornos (como a anorexia, por exemplo).

Do estudo do BDDE originou-se também um instrumento auto-aplicável para a avaliação do transtorno dismórfico corporal (BDDE-SR – *Body Dysmorphic Disorder Examination – Self Report*). Este questionário possui três partes, sendo que a primeira versa sobre as partes do corpo que o indivíduo se queixa como insatisfeito e de como é exatamente esta insatisfação, a segunda parte engloba questões relacionadas a utilização de tratamentos estéticos e/ou cirurgias para a camuflagem ou correção do defeito e, a última são questões relacionadas aos pensamentos sobre o defeito, as compulsões, checagem, camuflagem, esquivas de eventos sociais, consciência do transtorno, etc.

O Módulo de Diagnóstico do Corpo Dismórfico foi desenvolvido por Phillips (1994), e compreende seis questões correspondentes aos critérios do DSM-IV para o TDC. Este módulo tem como objetivo auxiliar o entrevistador a realizar o diagnóstico de TDC, mas não disponibiliza uma mensuração quantitativa da severidade dos sintomas. Além disso, este instrumento não passou por um estudo psicométrico.

Dufresne, Phillips, Vittorio e Wilkel (2001) realizaram uma pesquisa com o objetivo de desenvolver e validar um breve questionário de diagnóstico do TDC para a prática dermatológica (*Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version*).

Para a construção deste questionário utilizaram como referência o *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ - Phillips, 1996)* desenvolvido originalmente para a área da psiquiatria e psicologia, com base nos critérios do DSM IV, o qual mostrou alta sensibilidade em identificar os pacientes com este transtorno na prática psiquiátrica. Entretanto suas propriedades psicométricas não eram estáveis na prática dermatológica. Vale lembrar que o BDDQ é somente uma ferramenta que auxilia o diagnóstico do TDC, mas não é um instrumento de diagnóstico.

O BDDQ foi modificado em suas escalas, inicialmente Likert de cinco pontos para respostas sim / não. Entretanto duas questões se mantiveram com Likert de cinco pontos, pois mediam a intensidade do sentimento de angústia em relação ao defeito imaginário e dos prejuízos na área social, ocupacional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

A aplicação do instrumento para a análise da validade discriminativa foi realizada em 46 ex-pacientes de um hospital universitário, que haviam passado por uma cirurgia cosmética. Foi aplicado o questionário nestes pacientes e posteriormente um grupo de cirurgiões fez a avaliação (com base nos critérios do DSM IV para o TDC) nos pacientes, sem o conhecimento prévio dos resultados da aplicação do questionário nesses participantes. Os resultados mostraram 100% de sensibilidade do instrumento em identificar os pacientes com TDC. Entretanto os autores apontaram algumas limitações do estudo: o pequeno número de participantes; e o fato desses pacientes terem se submetido a apenas uma cirurgia cosmética.

Finalmente os autores sugerem que pesquisas com um número maior de sujeitos e, em diversas áreas relacionadas a tratamentos cosméticos sejam realizadas para que as propriedades psicométricas deste instrumento sejam confirmadas.

Como foi apresentado, a qualidade e o número de instrumentos relativos a avaliação do TDC é escasso (Fontenelle, 2004), estando a área aberta a pesquisas. Desta forma o objetivo geral da presente pesquisa foi desenvolver e validar uma escala auxiliar de diagnóstico do transtorno dismórfico corporal para profissionais da área da saúde. Os objetivos específicos englobaram: a) Gerar os itens do instrumento por meio do estudo dos questionários de avaliação do TDC já existentes, contemplando os critérios diagnósticos do DSM-IV-R e de trabalhos científicos na área do TDC; b) Verificar a pertinência dos itens ao construto TDC por meio da análise de juízes; c) Submeter a escala a um estudo de validade de construto; d) Realizar um estudo de validade discriminativa do instrumento; e) Realizar um estudo de precisão teste – reteste; f) Avaliar a consistência interna da escala e; g) Propor uma primeira

versão do instrumento auxiliar de diagnóstico do TDC para a utilização por profissionais da área da saúde.

2. MÉTODOS

2.1. Participantes

A presente pesquisa contou com três grupos de amostras de participantes:

- a. Grupo 1 (G1) – Caso (N=15): selecionados a partir dos critérios do DSM-IV-R para o TDC.
- b. Grupo 2 (G2) – Não Caso (N=15): que em princípio não foram enquadrados no diagnóstico de TDC pelos cirurgiões, servindo, então, como grupo controle. Estes participantes foram pareados com os participantes do G1 em relação a faixa etária, sexo, nível sócio-econômico, escolaridade e estado civil (com companheiro(a) ou sem companheiro(a)) e queixa (vide Tabela 1).

Incluídos nos grupos 1 e 2 encontram-se os cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras que tiveram como função contatar e indicar os pacientes que provavelmente apresentavam o transtorno dismórfico corporal.

Tabela 1. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Controle) em relação ao sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil, renda familiar e queixa apresentada pelos participantes.

	Variável	G 1 – Caso		G 2 - Controle	
		F	%	F	%
Sexo	Feminino	13	87	13	87
	Masculino	2	13	2	13
	Total	15	100	15	100
Idade	18 a 30 anos	7	47	7	47
	31 a 40 anos	3	20	3	20
	41 a 50 anos	5	33	4	26
	Acima de 50 anos	---	---	1	7
	Total	15	100	15	100

Escolaridade	Ensino fundamental	1	7	1	7
	Ensino médio	8	53	8	53
	Ensino superior	5	33	5	33
	Pós-graduação	1	7	1	7
	Total	15	100	15	100
Estado civil	Com companheiro(a)	8	53	8	53
	Sem companheiro (a)	7	47	7	47
	Total	15	100	15	100
Renda familiar	De R\$ 200,00 a R\$ 500,00	1	7	---	---
	De R\$ 501,00 a R\$ 800,00	2	13	2	14
	De R\$ 801,00 a R\$ 1.100,00	5	33	5	33
	De R\$ 1.100,00 a R\$ 2.000,00	7	47	5	33
	Acima de R\$ 2.001,00	---	---	3	20
	Total	15	100	15	100
Queixa / cirurgia plástica estética	Parte exposta	10	67	7	47
	Parte encoberta	5	33	8	53
	Total	15	100	15	100

Os Critérios de Inclusão de participantes da Amostra do Grupo 1 (G1) e do Grupo 2 (G2) incluiu: a) Os alfabetizados, pois os instrumentos de pesquisa necessitavam ser lidos; b) De ambos os sexos por se constatar na literatura que a prevalência do transtorno é equivalente em homens e mulheres (como já exposto na introdução); c) Com idade a partir de 18 anos, pelo fato de ser indicado na literatura a maior incidência do transtorno de 18 a 25 anos (como já exposto na introdução); e d) Que não fossem portadores de outras doenças relacionadas a distúrbios alimentares como anorexia ou bulimia, ou portadores de qualquer deficiência física (por exemplo: paralisia, indivíduo com um membro do corpo amputado, etc).

c. Grupo 3 (G3): composto por cinco profissionais, sendo três da área de Psicologia Clínica (com 4, 16 e 20 anos de experiência) e dois de Psiquiatria (com 10 e 15 anos de experiência) que foram os Juízes que avaliaram o instrumento prévio em relação aos critérios de diagnóstico e as questões apresentadas no mesmo, antes da aplicação nos Grupos 1 e 2.

3. MATERIAIS

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Roteiro para conversar com os cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras (orientação para esses profissionais sobre os comportamentos característicos do TDC, com o objetivo de localizarem pacientes seus que, provavelmente, apresentassem estes comportamentos e os pacientes que provavelmente não possuíam o transtorno).
- Roteiro para os cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras contatarem os pacientes (roteiro usado para convidarem seus pacientes (antigos ou atuais) para participarem da pesquisa).
- *Roteiro para caracterização e entrevista dos participantes: Instrumento desenvolvido pela autora da presente pesquisa que teve como objetivo levantar informações pessoais e sociais (idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, profissão/ocupação), e informações referentes a dados clínicos, no qual constou também os indicadores de TDC de acordo com o DSM IV-R.*
- Questionários de diagnóstico do TDC que foram utilizados como referência para a construção do instrumento da presente pesquisa: a) Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS) - Phillips, K.A. (1993); b) Body Dysmorphic Disorder Examination – Dufresne, R.G., Phillips, K.A., Vittorio, C.C. e Wilkel, C.S. (1994); c) Body Dysmorphic Disorder Examination - Self Report (BDDE-SR) – Rosen, J.C e Reiter, J. (1996) e, d) Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version (BDDQ-DV) – Dufresne, R.G., Phillips, K.A., Vittorio, C.C. e Wilkel, C.S (2001).
- Ficha de análise dos juízes, com base no conceito do TDC (DSM-IV-R) (com o objetivo de realizar a análise teórica de construto dos itens e apresentar possíveis contribuições para o instrumento auxiliar de diagnóstico do TDC).

É importante ressaltar que todos os participantes deste estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, com informações sobre os objetivos da pesquisa e sua participação.

4. PROCEDIMENTO

Inicialmente realizou-se a revisão da literatura nacional e internacional sobre transtorno dismórfico corporal e a seleção de uma definição de conteúdo desse construto que fundamentasse a criação de itens para o instrumento, a partir do qual foi construída uma matriz de conteúdo (Tabela 2), onde os critérios do DSM-IV-R foram incluídos como fatores de respostas do TDC e cada fator foi descrito operacionalmente em termos comportamentais.

Tabela 2. Matriz de Conteúdo dos Critérios Diagnósticos do TDC.

Critérios	Itens relacionados
1. Preocupação com um imaginado defeito na aparência.	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfação com a aparência física. • Preocupação com alguma parte do corpo. • Não existência de defeito nesta parte do corpo.
2. Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de um defeito mínimo na aparência. • Proporção entre o grau de preocupação (alta) e o defeito (quase imperceptível) • Pensamentos obsessivos sobre a parte do corpo. • Nível de conhecimento sobre a preocupação exagerada com a aparência (tem percepção de que sua preocupação é despropositada ou não a tem?). • Auto-avaliação negativa devido ao defeito na aparência.
3. A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo.	<ul style="list-style-type: none"> • Camuflagem do defeito através de roupas e maquiagem. • Checagem freqüente do defeito em diversas superfícies refletoras (espelhos, vitrines, etc) e/ou sem a necessidade dessas superfícies refletoras olhando diretamente no defeito. • Esquiva de ambientes sociais / Prejuízos na vida social. • Esquiva de contatos físicos. • Esquiva de atividades físicas. • Prejuízos nas funções diárias (trabalho e/ou estudo e/ou família). • Realização de tratamentos cosméticos e/ou cirurgias plásticas para a correção do defeito.
4. Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia.	<ul style="list-style-type: none"> • A preocupação é restrita à aparência física. • As queixas não estão relacionadas com a forma e/ou tamanho do corpo (como na anorexia). • As queixas não estão relacionadas especificamente com a insatisfação

	<p>com o gênero (Transtorno de identidade do gênero).</p> <ul style="list-style-type: none">• As obsessões e compulsões devem estar relacionadas ao defeito na aparência (checagem e camuflagem do defeito), e não a qualquer outro comportamento.
--	--

Efetuiu-se, então, uma pesquisa e o levantamento dos instrumentos pré-existentes de diagnóstico do TDC, dos quais quatro foram selecionados e serviram como referência para a construção do instrumento da presente pesquisa. As escalas e instrumentos levantados na literatura estavam todos originalmente no idioma inglês, por isso este material foi traduzido para a língua portuguesa. A tradução de cada instrumento foi realizada por um profissional especializado e após esta tradução os questionários foram passados para outro profissional que voltou a traduzi-los para o inglês.

Foi elaborada, a partir dos instrumentos selecionados e da matriz de conteúdo, a primeira escala que continha 50 itens, os quais foram revisados segundo os critérios de objetividade, clareza, redação e pertinência, sendo 10 itens descartados. Foi realizada a organização dos itens em escala tipo Likert de quatro pontos (concordo plenamente / concordo / discordo / discordo plenamente). Este número foi especificado para amenizar futuros problemas de uma predisposição em assinalar a resposta central.

A escala com 40 itens passou pela análise dos juízes que objetivou verificar a adequação dos itens propostos para a escala, ao construto transtorno dismórfico corporal. Nesta análise cinco itens foram descartados, pois não obtiveram mais de 80% de concordância.

Nesta etapa os cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras foram contatados e informados, individualmente, sobre a pesquisa, e aqueles que concordaram participar eram informados sobre os comportamentos do TDC e deveriam indicar pacientes seus (atuais ou antigos) que provavelmente apresentassem os comportamentos do transtorno e aqueles que não apresentavam, marcava o primeiro encontro com aqueles que aceitavam participar.

No encontro com a pesquisadora, cada participante foi informado sobre os objetivos da pesquisa e a descrição do procedimento de aplicação dos instrumentos. Então o participante assinava o termo de consentimento livre e

esclarecido que foi lido e explicado pela pesquisadora, autorizando sua participação na pesquisa. A coleta de dados foi realizada individualmente e teve como objetivo inicial selecionar, da amostra indicada pelos profissionais, aqueles que apresentavam o diagnóstico de TDC segundo os critérios do DSM-IV-R para o Grupo 1 – Caso e aqueles que não apresentavam o diagnóstico de TDC pelo DSM IV para compor o Grupo 2 – Não Caso, através da entrevista de caracterização dos participantes. Alguns dados da entrevista de seleção das amostras encontram-se na Tabela 3 (Preocupação com alguma parte do corpo; Angústia como consequência dos pensamentos sobre a parte do corpo da qual não gosta; Frequência dos pensamentos sobre a parte do corpo da qual não gosta; Interferência no funcionamento social, ocupacional, familiar ou em outras funções diárias; Número de cirurgias plásticas estéticas realizadas e; Satisfação com os resultados da cirurgia plástica estética).

Posteriormente era aplicada a versão de 35 itens da escala auxiliar de diagnóstico do TDC para ambos os grupos, sendo reaplicada após 20 dias.

Tabela 3. Algumas das questões relativas à entrevista de seleção das amostras.

Questão		G 1 – Caso		G 2 - Controle	
		F	%	F	%
Você se preocupa muito com alguma parte de seu corpo (se sente insatisfeito(a) e/ou acha feio(a))?	Sim	15	100	7	46,66
	Não	---	---	8	53,34
	Total	15	100	15	100
Se você respondeu que sim, você pensa muito sobre essa(s) parte(s) de seu corpo de que não gosta a ponto desses pensamentos o atormentarem?	Sim	15	100	---	---
	Não	---	---	15	100
	Total	15	100	15	100
Quantas vezes por dia você pensa na parte do corpo da qual não gosta?	Até 5 vezes	---	---		
	De 5 à 15 vezes	2	13,32		
	De 16 à 25 vezes	4	26,67		
	De 26 à 35 vezes	4	26,67		
	De 36 à 45 vezes	1	6,67		
	Mais de 45 vezes	4	26,67		

	Total	15	100		
Essa sua preocupação com a aparência tem interferido negativamente na escola, faculdade, trabalho ou em outras funções diárias?	Sim	14	93,34	---	---
	Não	1	6,66	15	100
	Total	15	100	15	100
Quantas cirurgias plásticas você já realizou?	Nenhuma	8	53,33	---	---
	De 1 a 5	6	40	15	100
	De 6 a 10	---	---	---	---
	De 11 a 15	1	6,67	---	---
	Total	15	100	15	100
Você se sentiu satisfeito(a) com o resultado da(s) cirurgia(s) ou tratamento(s) estético(s)?	Não fiz cirurgia	8	53,33	---	---
	Sim	1	6,67	13	86,67
	Não	6	40	2	13,33
	Total	15	100	15	100

5. RESULTADOS

Seguindo o processo de validação da escala, após a coleta de dados com as duas amostras (G1-Caso e G2-Controle), os estudos foram direcionados ao refinamento empírico do instrumento. As provas estatísticas visam obter dados sobre a validade e fidedignidade para a elaboração de normas de interpretação quantitativa (Adánez, 1999). A validação da escala foi obtida por meio do método de validação de construto que, segundo Cunha (1994), tem como objetivo tornar o instrumento uma medida operacional do construto, ou seja, o transtorno dismórfico corporal. Sendo assim, o método da análise fatorial exploratória foi aplicado à escala. Essa é freqüentemente utilizada quando o objetivo primeiro do instrumento é medir adequadamente um construto psicológico (Adánez, 1999). O tamanho da amostra utilizado também se mostrou suficiente para refletir de modo adequado a estrutura de interdependência entre os dados. O valor KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin Measure*

of Sampling Adequacy - encontrado foi de 0,802 o que representou uma adequação boa dos dados à análise fatorial.

A análise fatorial revelou oito fatores com auto-valores acima de 1,00. Os resultados mostraram que 22 itens (1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32 e 34) predominaram no Fator 1; cinco itens (8, 13, 20, 26 e 35) predominaram no Fator 2; três itens (3, 22 e 33) predominaram no Fator 3; e três itens (2, 16 e 28) predominaram no Fator 4¹.

Verificou-se que no Fator 1 os itens agrupados referiram-se à dimensão “*Preocupação com um imaginado defeito na aparência*” e foram responsáveis por 34,21% variância total. No Fator 2 verificou-se a dimensão “*Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva*” e os itens desse fator foram responsáveis por 16,59% da variância total. Os itens do Fator 3 apresentaram a dimensão “*A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo*” e explicaram 11,17% da variância total. No Fator 4 observou-se a dimensão “*Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia*” e os itens explicaram 10,75% da variância total.

A validade discriminativa estudada pela comparação das respostas do Grupo 1 – Caso e Grupo 2 – Controle (tanto na primeira aplicação da escala como na segunda), por meio da prova *U de Mann-Whitney* indicou haver uma significativa diferença estatística entre as respostas dos dois grupos, demonstrando que no geral o instrumento discrimina a população clínica da não clínica. Entretanto, nove itens obtiveram um valor de $p > 0,05$ na análise da primeira aplicação; foram eles: Item 2 – “*Realizei diversos tratamentos cosméticos / estéticos com o objetivo de melhorar a minha aparência física*” ($p = 0,054$), Item 8 – “*Comparo a minha aparência física com a de outras pessoas em revistas e tv*” ($p = 0,093$), Item 12 – “*Eu acredito que a minha preocupação com determinada parte de meu corpo é exagerada*” ($p = 0,786$), Item 16 – “*Já realizei mais de duas cirurgias plásticas com objetivo de melhorar a minha aparência física*” ($p = 0,357$), Item 22 – “*Minha preocupação com a aparência física está relacionada à insatisfação com a minha sexualidade / opção sexual*”

¹ Para obter maiores informações sobre a escala entre em contato com a autora: katiapramos@hotmail.com.

($p = 0,150$), Item 26 – “*Comparo a minha aparência física com a de outras pessoas ao meu redor*” ($p = 0,317$), Item 28 – “*Realizei diversos tratamentos cosméticos / estéticos com o objetivo de corrigir o defeito em minha aparência física*” ($p = 0,326$) e Item 33 – “*Costumo repetir constantemente algumas atividades do meu dia a dia, como por exemplo limpar a casa, arrumar armários ou objetos, checar se as portas ficaram bem fechadas, etc*” ($p = 0,101$). Na segunda aplicação da escala nos grupos 1 e 2 tem-se também os itens 2 ($p = 0,054$), 8 ($p = 0,093$), 12 ($p = 0,786$), 16 ($p = 0,357$), 22 ($p = 0,150$), 26 ($p = 0,317$), 28 ($p = 0,326$) e 33 ($p = 0,052$) com um valor de $p >$ que 0,05. Entretanto estes itens não foram descartados pois são itens importantes para reforçar aqueles que discriminam os indivíduos que possuem o diagnóstico de transtorno dismórfico corporal daqueles que não o possuem. Além desses itens, nesta segunda aplicação o Item 29 – “*Eu mudo a minha postura ou movimentos corporais (como por exemplo: a forma como eu sento, onde coloco as mãos, que lado eu exponho para outras pessoas, como eu ando, etc.) para esconder o meu defeito na aparência*”, aparece com o valor de $p = 0,149$, mas também não foi descartado. Desta forma, como resultado da análise da Prova *U de Mann-Whitney* manteve-se os 35 itens da terceira escala.

No estudo de precisão teste-reteste por meio da correlação de *Pearson*, correlações entre as respostas da primeira e da segunda aplicação da escala foram significativas para o Grupo 1 – Caso, já que nenhum dos itens obteve $r <$ 0,61. Para o Grupo 2 – Não Caso os dados mostraram que os itens 25 – “*Evito contatos físicos próximos como abraços e beijos por causa da parte de meu corpo da qual não gosto*” e 27 - “*Sempre que penso no meu defeito na aparência física sinto muita angústia*”, obtiveram $r = 0,37$ e $r = 0,22$ respectivamente, ou seja, as correlações mais baixas. Entretanto estes itens não foram descartados, pois a Prova de *Mann-Whitney* mostrou que eles discriminam a amostra de pacientes com o diagnóstico de TDC (G1) dos participantes do grupo controle (G2).

Em relação à precisão, a escala final, com 35 itens, obteve um coeficiente alpha de *Crombach* de 0,82. Portanto, a consistência interna demonstra que o universo dos impactos está sendo perfeitamente coberto, mas a precisão da escala poderá ser melhorada por meio de variáveis adicionais. Segundo Adánez (1999), seja qual for o formato do item, os valores iguais ou

inferiores a zero indicam uma consistência inadequada, pois a confiabilidade dos itens não contribui para a homogeneidade do teste, ou a diminui. Quanto maiores forem os desvios típicos dos itens e as correlações dos itens com o teste, maior será o coeficiente alpha de Crombach, e o valor desse coeficiente pode variar de zero a um.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

São encontradas limitadas metodologias de medição do TDC na literatura estrangeira, a maioria em forma de escala de auto-relato, em que o sujeito se expressa de acordo com a graduação das respostas, viabilizando a medida da presença e severidade de sintomas do TDC, considerando-se as dimensões clinicamente relevantes desse construto. É importante ressaltar que não foi encontrada nenhuma medida do TDC no Brasil.

De qualquer forma, nem todos os instrumentos encontrados na literatura tinham como preocupação garantir uma boa representação do construto que pretendem medir. Vale lembrar que uma boa validação e precisão dessas medidas são também imprescindíveis. Entretanto é sabido que todo e qualquer instrumento de medição do comportamento possui suas limitações e não deve ser utilizado de forma isolada quando o objetivo é a realização do diagnóstico completo.

Assim a construção da escala da presente pesquisa procurou garantir uma boa representação do construto TDC e estudos de validação e precisão. Entretanto, algumas possíveis limitações do presente estudo devem ser salientadas. Não é possível deixar de mencionar que uma das principais dificuldades deste estudo relacionou-se ao acesso aos pacientes com TDC e do número reduzido destes pacientes. O estudo poderia ter tido maior representatividade se o número de participantes fosse maior. No entanto, com a dificuldade na seleção da amostra do Grupo 1 – Caso, isto não foi possível. Além disso, a autora procurou participantes apenas por cirurgiões plásticos (3), psicólogos (4) e psiquiatras (2) e não entrou em contato com outros profissionais que possam atender pessoas com TDC, como dermatologistas, dentistas, e outros profissionais da área de estética. Por isso é importante

ênfatizar ainda a importância da realização de pesquisas com um número maior de participantes, incluindo outros estados do Brasil. Embora os resultados desta pesquisa sejam limitados pelo número de participantes que compuseram as amostras, acredita-se que ela tenha contribuído, de forma valiosa, para o instrumento que se pretende normatizar futuramente para o Brasil.

É importante salientar que um dos cirurgiões plásticos indicou pacientes que não puderam compor a amostra do G1 por não apresentarem comportamentos e queixas típicas do TDC. Esse fato confirma que, cirurgiões plásticos podem encontrar dificuldades em detectar o transtorno. Como indivíduos com TDC alimentam expectativas irreais sobre as correções estéticas e raramente ficam satisfeitos, podem vir responsabilizar e até agredir seus médicos por seus defeitos. Portanto, cirurgiões plásticos não informados sobre o TDC, podem vir a ter prejuízos pessoais, assim como reforçar a manutenção dos problemas, a medida que realizam as cirurgias continuamente, por isso a escala auxiliar de diagnóstico do transtorno dismórfico corporal se torna instrumento de utilidade para esses profissionais.

A Escala Auxiliar de Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal ficou composta de 35 itens medidos em escala Likert de quatro pontos (concordo plenamente / concordo / discordo / discordo plenamente) que avaliam a sintomatologia do transtorno dismórfico corporal em quatro dimensões (de acordo com os critérios do DSM-IV – 1994): 1. Preocupação com um imaginado defeito na aparência; 2. Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva; 3. A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo; e 4. Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia.

Pode-se dizer que a Escala Auxiliar de Diagnóstico do TDC mostrou ser uma medida válida e com precisão adequada. Entretanto novos estudos deverão ser realizados para que sua eficácia possa ser melhorada, por exemplo, na criação de novos itens que avaliem melhor a dimensão quatro do construto. É importante também que técnicas estatísticas mais elaboradas, tais como a análise fatorial confirmatória, sejam aplicadas para verificar se os

fatores estão realmente relacionados entre si, concluindo se a estrutura proposta é aceitável.

Deve-se considerar que a utilização da Escala Auxiliar de Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal tem como objetivo instrumentalizar os profissionais da área da saúde na detecção do TDC, entretanto o processo de avaliação e diagnóstico completo é complexo. É importante lembrar que escalas não fazem diagnósticos completos, apenas fazem um rastreamento, funcionam como triagem e fornecem ao profissional, dados objetivos do paciente. A proposta de continuação da avaliação diagnóstica completa do TDC fica como sugestão para futuras pesquisas. Outras sugestões incluem a utilização de um número maior de participantes e estudos para capacitar o instrumento a classificar os pacientes com o TDC do grau mais leve ao mais grave, através das respostas a escala Likert de quatro pontos.

No contexto brasileiro há uma lacuna de instrumentos psicométricos que meçam o transtorno dismórfico corporal. Esta escala é uma primeira tentativa de auxiliar o preenchimento desta lacuna, contribuindo para a literatura científica nacional e promovendo o conhecimento do TDC, ainda carente em nossa população.

Finalmente, acredita-se que os dados levantados neste trabalho serão fundamentais para a continuidade de uma linha de pesquisa que visa aperfeiçoar a escala auxiliar de diagnóstico do transtorno dismórfico corporal, até que ela possa ser colocada a disposição dos profissionais da saúde, principalmente da área de estética que lidam com a necessidade de detectar o TDC em seus pacientes. Assim, a escala poderá ser utilizada para o auxílio do diagnóstico do TDC e para fins de pesquisa na área da saúde, aumentando desta forma as possibilidades de instrumentos de avaliação disponíveis para os pesquisadores.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adánez, G.P. Procedimentos de construcción y análisis de tests psicometricos. In: S.M. Wechsler, & R.S.L. Guzzo (Orgs.), Avaliação psicológica: perspectiva internacional (pp. 57-100). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- Amaral, V. L. A. R. Transtorno dismórfico: o corpo em delírio. Em Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (Org.) Anais do XI Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Campinas: ABPMC, 2001.
- Amaral, V. L. A. R. "Espelho, espelho meu": a obsessão-compulsão no transtorno do corpo dismórfico. Em Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (Org.) Anais do XI Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Londrina: ABPMC, 2002.
- 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.
- Andreasen, N. C. e Bardach, J. Dymorphophobia: symptom or disease? American Journal of Psychiatry, 134, 673-675, 1977.
- Braddock, L. E. Dymorphophobia in adolescence: A case report. British Journal of Psychiatry. 140, 199-201, 1982.
- Buhlman U, McNally RJ, Wilhelm S, Florin I. Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. Journal of Anxiety Disord;16 (3): 289-98, 2002.
- Bychowski, G. Disorders of the body image in th clinical picture of the psychoses. Journal of Nervous and Mental Disease, 97, 310-334, 1943.
- Connolly, F. H. e Gibson, M. Dymorphophobia: a long term study. British Journal of Psychiatry, 132, 568-570, 1978.
- Cotterill, J. A. Dermatological non-desease: a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image. British Journal of Psychiatry, 132, 568-570, 1981.

- Crisp, A. H. Dismorphophobia and the search for cosmetic surgery. British Medical Journal: 282, 1099-1100, 1981.
- Cunha, S.E. A noção de validade de testes psicológicos. Rio de Janeiro: CEPA, 1994.
- Dufresne, F.G., Phillips, K.A., Vittorio, C.C., & Wilkel, C.S. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. Dermatological Surgery, 27(5): 457-462, 2001.
- Fontenelle, L.F. Actualizacion y Revision del Trastorno Dismorfico Corporal. Trabajos Distinguidos: Salud Mental, v.7(6), p.67-71, 2004.
- Hardy, G. E. e Cotterill, J. A. A study of depression and obsessionality in dysmorphophobia and psoriatic patients. British Journal of Psychiatry, 140, 19-22, 1982.
- Hay, G. G. Dismorphophobia. British Journal of Psychiatry, 116, 399-406, 1970.
- Hay, G. G. Paranoia and dysmorphophobia. British Journal of Psychiatry, 142, 309-310, 1983.
- Hay, G. G. e Heather, B. B. Changes in psychometric test results following cosmetic nasal operations. British Journal of Psychiatry, 122, 899-890, 1973.
- Hollander, E.; Liebowitz, M. R.; Winchel, R.; Klumer, A. e Klein, D. Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. American Journal of Psychiatry, 146, 768-770, 1989.
- Janet, P. Obsession de la honte du corps (Obsessão da vergonha do corpo). Les Obsessions et la psychasténie (Obsessão e psicastenia), 2ª ed. Paris, 1908.
- Kraepelin, E. Psychiatrie, 8th ed. Leipzig: JA Barth, 1909.
- Marks, I. e Mirshan, J. Dismorphophobic avoidance with disturbed bodily perception: a pilot study of exposure therapy. British Journal of Psychiatry. 152, 674-678, 1988.
- Moriyama, J. Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da análise do comportamento. Dissertação de Mestrado. Puc-Campinas, xvip. + 155p, 2003.
- Morselli, E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. (Sobre dismorfofobia e sobre fobias). Bolletino della Accademia di Genova, 6, 110-119, 1886.

- Neziroglu, F. A.; Tobias, J. A. Y. e Moritz, K. Transtorno do corpo dismórfico. Em: Rangé, B. Psicoterapia comportamental-cognitiva de transtornos psiquiátricos. Campinas: Editorial Psy, 1995.
- 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.
- Organização Mundial de Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID 10 – descrições clínicas e diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Phillips, K. A.; McElroy, S. L.; Keck, P. E. Jr.; Pope, H. G. Jr. e Hudson, J. I. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. American Journal of Psychiatry, 150: 2, 302-308, 1993.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L., Keck, P.E., Pope, H.G., Hudson, J.I. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. Psychopharmacological Bulletin, 30(2): 179-186, 1994.
- Rosen, J.C., & Reiter, J. Development of the body dysmorphic disorder examination. Behavioral Research Therapy, 34(9): 755-766, 1996.
- Stekel, W. Compulsion and doubt (vol 2). Londres: Peter Nevill, 1950.
- Thomas, C. S. Dymorphophobia: a question of definition. British Journal of Psychiatry, 150, 406-407, 1984.
- Vitiello, B. e Leon, J. Dymorphophobia misdiagnosed as obsessive-compulsive disorder. Psychosomatics: 31 (2) 220-222, 1990.
- Warwick, H.M.C. Transtornos somatoformes y facticios, In: Caballo, V.E.; Buella Casal, G.; Carrobes, C. (orgs.), Manual de Psicopatología y transtornos Psiquiátricos. Siglo Ventiuno Editores de España, 1995.
- Watkins, C.E. Body dysmorphic disorder. Em: www.ncpand.com/body_dysmorphic_disorder.html. Consultado em 02/04/2005.
- Wolf, J. Mirror Mirror Off the Wall: A Personal Experience of Intertwined Obsessive/compulsive Spectrum Disorders: Body Dysmorphic Disorder and Trichotillomania. New Harbinger Publications, 2003.

Kátia Perez Ramos

Doutoranda em Psicologia pela Puc-Campinas, atua nas áreas de Psicoterapia Comportamental e Pesquisa em Análise Experimental do Comportamento no Laboratório Animal da Sobrapar (Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência Para Reabilitação Craniofacial).

Vera Lucia Adami Raposo do Amaral

Doutora em Psicologia pela USP, é psicóloga e diretora geral da Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência Para Reabilitação Craniofacial (Sobrapar).