

INTERFACES ENTRE DISMORFIA MUSCULAR E PSICOLOGIA ESPORTIVA

Rodrigo Scialfa Falcão

Resumo

A Dismorfia Muscular é um termo médico que não foi catalogado no último DSM, pode ser compreendida como Transtorno Dismórfico Corporal. É mais prevalente nos homens do que nas mulheres, embora os números sejam difíceis de estimar. Abuso de Esteróides Anabolizantes e Dependência de Exercícios estão relacionados com a Dismorfia Muscular. Esse artigo fez uma revisão bibliográfica do tema nos últimos dez anos (1997 – 2007) e discorre sobre o papel do Psicólogo do Esporte. Trata-se de um tema pouco pesquisado, considera-se dessa maneira um amplo campo de investigação para as Ciências do Esporte.

Palavras-chave: Dismorfia Muscular, Psicologia do Esporte.

INTERFACES BETWEEN MUSCLE DYSMORPHIA AND SPORTS PSYCHOLOGY

Abstract

Muscle dysmorphia is a medical term which has not yet been added to the latest DSM register, but which can be described in the Dismorphic Body Disorders group. This pathology can affect anyone however it is known to be more common in men than in women, although exact numbers are difficult to estimate. Use of anabolic steroids and a dependence on physical exercise are all related to Muscle Dysmorphia. This article makes a bibliographical revision of the subject in last the ten years (1997 - 2007) and discourses on the paper of the Psychologist of the Sport. This is a subject which has received little attention. A broad investigation of the Sports Sciences.

Keywords: Muscle Dysmorphia, Sports Psychology.

INTERFACES ENTRE EL DISMORFIA MUSCULAR Y PSICOLOGÍA EL DESPORTE

Resumen

El Dismorfia muscular es un término médico, y no todavía fue catalogado en el DSM pasado, pero puede ser entendido como siendo los ajustes en Dismorfofobias. Es más frecuente en los hombres de cuáles en las mujeres, sin embargo los números son estima difícil. Relacionan el abuso de Esteróides Anabolizantes y a Dependencia de Ejercicios

con el Dismorfia muscular. Este artículo hace una revisión bibliográfica del tema en último los diez años (1997 - 2007) y los discursos en el papel del psicólogo del deporte. Éste es un tema que ha recibido poca atención. Una amplia investigación de las ciencias de los deportes.

Palabras-clave: Dismorfia muscular, Psicología él Deporte.

Introdução

O presente artigo surgiu a partir do trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de Especialista em Psicologia do Esporte pelo Instituto Sedes Sapientiae, e foi orientado pela Prof. Dra. Sâmia Hallage Figueiredo.

Esse texto tem como objetivo principal descrever sobre a Dismorfia Muscular e discorrer sobre o papel do Psicólogo do Esporte e Exercício e as suas possíveis intervenções.

Realizou-se uma revisão bibliográfica dos temas Dismorfia Muscular e Vigorexia, através de periódicos nacionais e internacionais. Inicialmente imaginava-se fazer um recorte histórico da literatura nos últimos cinco anos (2002 – 2007), porém não foi encontrado número relevante de publicações e ampliou-se a revisão bibliográfica para os últimos dez anos (1997 – 2007).

Essa patologia pode afetar qualquer indivíduo, mas é mais prevalente nos homens do que nas mulheres, embora os números sejam difíceis de estimar. São pessoas extremamente fortes e musculosas, mas se percebem como sendo fracas, sentem-se magras, franzinas e com pouca massa muscular, quando, na verdade, tem o desenvolvimento muscular muito acentuado e até exagerado. São pessoas com sérios comprometimentos de sua imagem corporal.

Afinal o que é dismorfia muscular?

A Dismorfia Muscular foi descrita e compreendida pela Equipe do Médico Psiquiatra Harrison Pope Jr. da Harvard Medical School, em 1993, com o nome de Anorexia Nervosa Reversa.

Em 1997 foi publicado o primeiro trabalho na Revista *Psychosomatic* com o título “*Muscle Dysmorphia*” (Pope Jr, Gruber, Choi, Olivardia e Philips citado por Arbinaga e Caracuel, 2003).

A partir de então, aboliu-se o nome Anorexia Nervosa Reversa, porque os homens portadores de Dismorfia Muscular não possuem um distúrbio alimentar, possuem alterações na percepção de seus corpos e/ou obsessões a respeito de sua musculatura, por isso o termo designado foi “Dismorfia”.

Ainda não há consenso quanto à terminologia. Alguns autores utilizam o termo Anorexia Reversa, *Bigorexia* (uma derivação do verbo em inglês, *Bigger*, que quer dizer Grande) e Vigorexia (termo com o mesmo significado de *Bigorexia*) conhecido em países Latinos. A etiologia da palavra Vigorexia quer dizer: vigor (força, robustez) + “rexia” (prefixo do grego “órexis” significa, apetite), ou seja, apetite de ficar forte (www.priberam.pt/dppo).

Síndrome ou Complexo de Adônis é outro termo encontrado na literatura, descrito por alguns autores para designar a Dismorfia Muscular.

Portanto, *Bigorexia*, Vigorexia, Anorexia Nervosa Reversa, Complexo ou Síndrome de Adônis são termos que foram utilizados para descrever a Dismorfia Muscular na literatura, no entanto não são sinônimos.

O Complexo de Adônis foi caracterizado pelo Dr. Harrison Pope Jr., que relata (Pope Jr.; Phillips; Olivardia, 2000).

Devemos observar que o “Complexo de Adônis” não é um termo médico oficial e não descreve qualquer problema de imagem corporal dos homens. Nós usamos para indicar um conjunto de preocupações com a imagem corporal geralmente secretas, mas surpreendentemente comuns entre rapazes e homens. Essas preocupações vão de pequenos desgostos até obsessões devastadoras e às vezes perigosas para a vida – de uma insatisfação possível de administrar até distúrbios psiquiátricos graves com a imagem corporal. De uma forma ou de outra, o Complexo de Adônis atinge milhões de rapazes e homens – e inevitavelmente as mulheres presentes em suas vidas (p. 23-24).

No Brasil, principalmente, e em alguns países da América Latina (Argentina, Chile, entre outros) muitos pesquisadores atribuem o termo Vigorexia aos indivíduos dependentes de exercícios. Não há consenso internacional com relação a essa nomenclatura que se utiliza das expressões “*Exercise Addiction*”, “*Exercise Dependence*” ou “*Exercise Abuse*”. A palavra Vigorexia é sinônimo de Dismorfia Muscular inclusive em países Europeus com idiomas de origem Latino como Espanha, Portugal e Itália, e nesse texto será utilizada como tal.

Independente da terminologia ou da nomenclatura utilizada trata-se de uma síndrome psicológica extremamente grave que causa desconforto aos seus portadores, e conseqüentemente aos seus familiares e pessoas próximas.

A Dismorfia Muscular é uma psicopatologia que acomete homens, em sua grande maioria, desde adolescentes até idosos e faz parte das obsessões masculinas pelo corpo perfeito.

Alonso (2006) afirma que as principais consequências psicológicas da Dismorfia Muscular são: depressão e/ou ansiedade, deteriorização das relações sociais, afetando principalmente o trabalho e os estudos, problemas nas relações interpessoais e isolamento. As consequências biológicas são: mudanças metabólicas que repercutem sobre o fígado e sistema cardiovascular, aumentando os níveis de colesterol, diminuição do centro respiratório, disfunção erétil, hipertrofia prostática, hipogonadismo e ginecomastia, amenorréia e ciclos menstruais irregulares nas mulheres.

Assunção (2002) completa as implicações: insônia, falta de apetite, irritabilidade, desinteresse sexual, fraqueza, cansaço constante, dificuldade de concentração, problemas físicos e estéticos, como por exemplo, a desproporção displásica, também entre o corpo e cabeça, problemas ósseos e articulares devido ao peso excessivo, falta de agilidade e encurtamento de músculos e tendões.

Ainda não existem nos manuais, médicos (CID-10) e de psiquiatria e saúde mental (DSM-IV), critérios diagnósticos para Dismorfia Muscular. Entretanto, Pope Jr. Phillips; Olivardia (2000) propuseram uma descrição diagnóstica baseada nos critérios do DSM-IV, são eles:

- a) Preocupação com a idéia de que o corpo não é suficientemente magro e musculoso. Condutas associadas a características incluem longas horas levantando peso e excessiva atenção para a dieta.
- b) A preocupação é manifesta pelo menos por dois dos seguintes quatro critérios:
 - 1) O indivíduo freqüentemente abandona importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas por causa de uma compulsiva necessidade de manter seu esquema de exercício e dieta.
 - 2) O indivíduo evita situações onde seu corpo é exposto a outros ou enfrenta tais situações, apenas com acentuado desconforto ou intensa ansiedade.
 - 3) A preocupação com a inadequação do tamanho ou da musculatura corporal causa desconforto clinicamente significativo ou prejuízo a áreas de atividade, social, ocupacional ou outras áreas importantes.

- 4) O indivíduo continua a exercitar-se, a fazer dieta ou utilizar substâncias ergogênicas (destinadas a melhorar o desempenho) apesar de saber as consequências adversas do ponto de vista físico ou patológico.
- c) O foco primário da preocupação e da conduta concentra-se em ser muito pequeno ou inadequadamente musculoso, distinguindo-se do medo de estar gordo como ocorre na anorexia nervosa, ou uma preocupação primária apenas com outros aspectos da aparência, tal como em outras formas de distúrbio dismórfico corporal (p.302).

A Dismorfia Muscular pode ser compreendida como sendo uma das Patologias que se enquadram nos Transtornos Dismórficos Corporais, conhecidas como as doenças da Imagem Corporal.

Outras patologias estão intimamente relacionadas à Dismorfia Muscular, principalmente a Dependência de Exercícios Físicos e o Abuso de Substâncias. Essas enfermidades podem ser associadas a sintomas ou até como consequências da mesma.

As obsessões masculinas com o corpo podem estar voltadas para apenas algumas partes como: uma cabeça calva, uma barriga grande, pêlos pelo corpo, um pênis pequeno, a musculatura ou alguma outra deficiência percebida pelo corpo que incomoda.

Para Ballone (2005) o problema se inicia na adolescência, período no qual, a pessoa tende a ser insatisfeita com o próprio corpo e se submete exageradamente aos ditames da cultura. Na adolescência existe uma pressão para as meninas se manterem magras e uma cobrança para que os meninos fiquem fortes e musculosos. A importância da identificação da Vigorexia precocemente tem como objetivo evitar que os adolescentes façam uso de drogas e se comportem inadequadamente para obter os resultados desejados (ou fantasiados).

Qualquer adolescente seja homem ou mulher, em determinado momento já se sentiu incomodado com alguma parte de seu corpo. Isso é normal e até esperado, já que a adolescência é uma fase de transição e de muitas mudanças, tanto físicas e psicológicas quanto sociais. O que não é esperado são as obsessões por parte de corpo, fato esse que pode desencadear o início de inúmeros transtornos emocionais.

A Dismorfia Muscular, assim como outras patologias que acometem os homens, são enfermidades silenciosas e encobertas. Culturalmente o homem tem dificuldade de expressar seus sentimentos, angústias e indecisões, seja para seus amigos, familiares ou parceiros e até para si mesmos. Esses aspectos dificultam a prevenção e o diagnóstico.

Geralmente os homens que procuram auxílio médico e/ou psicológico já se encontram em estados avançados de suas patologias, dificultando ainda mais o tratamento.

Muitas crenças machistas e tabus da sociedade associam homens que se “cuidam demais” a homossexuais e isso compromete ainda mais qualquer tipo de exposição dessas pessoas ao julgamento alheio e até a procura de auxílio especializado.

Desde a infância os meninos geralmente são reforçados socialmente a evitar qualquer tipo de comportamento que ocasione a expressão de sentimentos. Frases como, “meninos não choram”, “você é homem ou um saco de batatas?”, “homem não pode demonstrar franquezas”, “sentimentos são coisas para mulheres” e até “isso não é coisa para homem”, são exaustivamente pronunciadas em todos os ambientes que as crianças freqüentam. Portanto, não é surpresa que a maioria dos homens não expresse seus sentimentos, pois desde muito cedo foram aprendendo a se esquivar e até fugir de se comportar dessa forma, de demonstrar afetividade e sensibilidade.

Mesmo diante do aumento do mercado masculino em relação à estética, a indústria da moda e à criação de revistas especializadas na vaidade masculina, esses assuntos ainda são tratados como tabus pela maioria dos homens. Os homens também sofrem com relação a sua aparência física, isso não é exclusivo das mulheres.

Segundo Pope Jr., Phillips e Olivardia (2000), os homens não têm o direito de se incomodar com preocupações sobre sua aparência, só às mulheres é permitido incomodar-se com tais assuntos. Falar da ansiedade sobre seus corpos ou sua aparência física, para a maioria dos homens, é violar o tabu. Muitos homens preferem disfarçar suas preocupações – assim internalizando sua autocrítica – do que arriscar-se à “desmoralização” que adviria por revelá-las.

Vários autores (Assunção, 2002; Ballone, 2005; Choi, Pope Jr, Olivardia, 2006; Pope Jr, Phillips, Olivardia, 2000; Mirella, 2006, entre outros) afirmam que transtornos psiquiátricos como a Dismorfia Muscular, vêm aumentando freqüentemente devido ao choque de padrões culturais, entre homens e mulheres, ocorridos nas últimas décadas, principalmente em sociedades ocidentais. O papel masculino e feminino vem sendo modificado. O homem deixou de ser o provedor e chefe da família, as mulheres estão conquistando e se destacando em espaços antes exclusivos dos homens, como por exemplo, na polícia, na política, nos esportes, nos cargos executivos em empresas, entre outras áreas. Ao mesmo tempo o papel de educador dos filhos deixou de ser exclusivo das mulheres, como a algumas décadas atrás, ou seja, no que diz respeito a questões

profissionais os papéis de homens e mulheres são praticamente os mesmos e muitos homens têm dificuldade em se adaptar a essa nova realidade da sociedade atual.

Segundo Antunes e Palmeira (2005), os homens com dismorfia muscular referem também à existência de um esteriótipo que enfatiza a ligação entre “muscularidade” e “masculinidade”, idéia associada com a melhor aceitação das mulheres a homens musculosos.

Além disso, a mídia vem contribuindo e influenciando na imagem corporal dos homens ocidentais, pois os anúncios publicitários dão maior ênfase ao corpo perfeito e ao biótipo ideal do homem moderno, musculoso, atlético, sem gordura, da mesma maneira que influenciam e impõem padrões as mulheres há décadas. É um modelo imposto e, muitas vezes, impossível de ser alcançado pela maioria dos homens. Associando esses modelos impostos pela mídia ao declínio acentuado do machismo e patriacarlismo da sociedade ocidental, muitas patologias antes quase exclusivas das mulheres vêm sendo cada vez mais diagnosticados em homens.

Yang, Gray e Pope Jr. (2005), reforçam a idéia de que transtornos psiquiátricos como a dismorfia muscular são fenômenos exclusivos da cultura ocidental. Em uma pesquisa realizada por eles foi constatado que os homens taiwaneses têm menos desconforto com a imagem corporal do que os homens ocidentais, provavelmente porque os anúncios publicitários naquele país dão menos ênfase ao corpo masculino. As propagandas no Oriente valorizam virtudes do homem oriental (a coragem e a bravura dos heróis) e não as formas do corpo masculino como no Ocidente.

Na Ásia, os valores culturais são muito patriarcais e machistas. Nos países ocidentais observa-se há algumas décadas um declínio nos papéis masculinos tradicionais e conservadores, e os autores acreditam que esse aspecto pode ser uma das causas da Dismorfia Muscular.

Yang; Gray e Pope Jr. (2005) analisam que no oriente o uso de esteróides anabolizantes é raro e foi registrado apenas um caso de Dismorfia Muscular em toda a Ásia. Porém, com o aumento da influência ocidental na cultura asiática, os autores acreditam que podem ocorrer cada vez mais casos de Transtorno Dismórfico Corporal, Dismorfia Muscular, Transtornos Alimentares entre outros, pois são doenças que tem uma grande influência da mídia.

Para Assunção (2002), em relação à etiologia, os aspectos socioculturais parecem desempenhar um papel fundamental na gênese da Dismorfia Muscular. A importância

que a sociedade demonstra em relação à aparência física é notória. Isso pode ser demonstrado, em parte, pelas matérias relacionadas à saúde, alimentação e exercício físico em qualquer veículo de comunicação. Os fatores ambientais têm influência na gênese dos transtornos alimentares e o mesmo parece ocorrer com a Dismorfia Muscular.

De acordo com Leone, Sedoroty e Gray (2005), atribuir um fator único à causa da Dismorfia Muscular é difícil. Alguns estudos atribuem esta desordem aos efeitos dos meios de comunicação e cultura popular, visto que outras investigações se inclinam para predisposição a fatores psicológicos individuais. Os estudos de casos clínicos sugerem que a Dismorfia Muscular está sendo encontrada com mais frequência nas pessoas que estão descontentes com seus corpos e envolvidas seriamente em atividades como levantamento de peso e fisiculturismo.

A alta prevalência de co-morbidade entre os indivíduos com Dismorfia Muscular sugere que este quadro possa fazer parte de um grupo de sintomas com características em comum, como os Transtornos Obsessivos-Compulsivos e os Transtornos Dismórficos Corporais.

A Dismorfia Muscular é um “híbrido” de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno Dismórfico Corporal. Em alguns casos observam-se maiores comprometimentos em relação às alterações na percepção, e por isso, estão mais relacionados aos Transtornos Dismórfico Corporal. Em outros casos as obsessões pela musculatura fazem com que ocorram compulsões para aliviar os sintomas dessas obsessões e, por isso estão mais relacionados com os Transtornos Obsessivos-Compulsivos. Em muitos casos ocorrem tanto alterações na percepção quanto obsessões por músculos maiores.

Para Choi, Pope Jr. e Olivardia (2006), a dismorfia muscular é considerada pela maioria dos autores como uma sub-categoria do transtorno dismórfico corporal. Para os autores os aspectos históricos e clínicos dessa síndrome são mais consistentes se classificados como um tipo de transtorno obsessivo-compulsivo.

Segundo Torres, Ferrão e Miguel (2002), o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é conceituado com um transtorno de espectro obsessivo-compulsivo a partir de evidências oriundas de estudos psicopatológicos, genéticos e terapêuticos que apontam diversas semelhanças com o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Por exemplo, ambos se caracterizam por pensamentos desagradáveis e indesejados que conduzem a comportamentos compulsivos e repetitivos, tomando tempo e causando sofrimento, vergonha, baixa auto-estima e, em casos mais graves, isolamento social e total incapacidade funcional. As vivências de incompletude que precedem certos comportamentos repetitivos no TOC ocorrem de forma semelhante no TDC, no sentido de gerar uma sensação incômoda constante de que algo não está “em ordem” ou “como deveria estar”. Ambos parecem priorizar impressões internas, ignorando percepções reais ou a opinião alheia (pacientes com TDC desconsideram o que estão vendo no espelho da mesma forma que pacientes com TOC desconsideram que a porta já está chaveada e voltam a verificar várias vezes).

Assim como os Transtornos Alimentares ou outras psicopatologias, o maior desafio em relação à pacientes com Dismorfia Muscular é persuadí-los a procurar tratamento especializado. A ilusão de que “corpo perfeito” faz bem a saúde dificulta ainda mais a procura por tratamento, pois o indivíduo com esse distúrbio vai ao médico quando está lesionado ou quando consome anabolizantes e deseja acabar com efeitos colaterais. É extremamente difícil admitir que tenha uma patologia ligada à percepção da imagem corporal ou compulsão em exercícios físicos, principalmente se estes forem do sexo masculino.

Assunção (2002) afirma que, indivíduos com Dismorfia Muscular dificilmente procuram tratamento, e quando o fazem, sua adesão poderá ser pequena uma vez que os métodos propostos geralmente acarretarão perda de massa muscular.

Segundo Arbinaga e Caracuel (2003), ainda não existem estudos epidemiológicos que identifiquem dados conclusivos sobre a prevalência do transtorno. As informações que dispomos se limitam a grupos relativamente pequenos e com processos de seleção que dificultam a possibilidade de fazer uma generalização com relação à população geral, e podem nos fornecer uma primeira visão dessa problemática.

Outros transtornos associados à dismorfia muscular

Além das conseqüências negativas das pessoas que sofrem de Dismorfia Muscular, outros problemas graves estão associados à mesma, como o Abuso de Esteróides Anabolizantes e a Dependência de Exercícios Físicos.

Esses comportamentos patológicos podem ser caracterizados como sintomas ou como conseqüências desse transtorno.

Os homens com essa patologia não poupam esforços, tempo ou dinheiro para construir o corpo desejado e encontram, na utilização de estóides anabolizantes, a solução para seus desejos. A maior parcela dos homens com dismorfia muscular já utilizou, em algum momento, esteróides anabolizantes (Pope Jr., Phillips, Olivardia, 2000).

Olivardia; Pope Jr. e Hudson (2000) compararam homens praticantes de musculação, com dismorfia muscular e homens “normais”. Verificaram que 46% desses homens com dismorfia muscular relataram utilizar esteróides anabolizantes, em comparação com apenas 7% do outro grupo, uma diferença significativa.

Peluso, Assunção, Araújo e Andrade (2000), explicam que os androgênios são hormônios que têm como função a diferenciação, o crescimento e o desenvolvimento do trato reprodutivo masculino, assim como o desenvolvimento e a manutenção das características sexuais secundárias. Também apresentam efeitos anabolizantes, estimulando o crescimento corporal e o aumento de massa muscular. Estruturalmente, fazem parte da família dos hormônios esteróides, que são derivados do colesterol e se compõe por um esqueleto básico de quatro anéis de carbono. Além dos androgênios,

fazem parte desse grupo a progesterona, o estradiol, o cortisol, a aldosterona, entre outros (Rubinow e Schimidt citado por Peluso, Assunção, Araújo e Andrade, 2000).

A utilização dessas drogas é devido aos efeitos potenciais das mesmas, portanto, os esteróides anabolizantes retardam a fadiga, aumentam a motivação, estimulam a agressividade e diminuem o tempo de recuperação entre as sessões de treinamento, o que lhes permite treinar com maior intensidade (Peluso; Assunção, Araújo e Andrade, 2000; Pope Jr.; Phillips; Olivardia, 2000). A associação entre maior intensidade de treinamento e efeitos anabolizantes, enfim, levaria-os ao encontro de seus objetivos: ganho de força muscular e aumento de massa corporal “magra”, ou seja, aumento de volume muscular (Brower apud Peluso, Assunção, Araújo e Andrade, 2000).

Kanayama, Barry, Hudson e Pope Jr. (2006) comentam que muitos usuários de esteróides anabolizantes desenvolveram dismorfia muscular após o uso dessas drogas. Esses aspectos sugerem que ao usar os esteróides e aumentar a massa muscular não resolveram necessariamente as inseguranças desses homens com relação ao seu tamanho.

Smith e Hale (2006) descobriram que as características comportamentais dos indivíduos com dismorfia muscular têm como um componente crítico a dependência de exercícios.

As pessoas com esse distúrbio têm obsessão pela musculatura de seus corpos e a única maneira para “melhorar” a aparência é se exercitando, por isso são dependentes em exercícios, nunca estarão satisfeitos com o que vêem no espelho.

Aidan (2004) comenta que similar aos viciados em substâncias, que desenvolvem tolerância para seus hábitos de drogas, os viciados em exercícios requerem mais tempo em suas atividades, ou seja, precisam de mais esforço e maior frequência de exercícios físicos para experimentar o mesmo nível de satisfação anterior.

Sachs (citado por Aidan, 2004) definiu, baseado nos critérios do DSM-IV, adicção ao exercício quando ocorre: dependência psicológica e fisiológica após 24 ou 36 horas sem exercícios físicos. Os sintomas incluem: ansiedade, irritabilidade, culpa, tensão, desconforto físico, apatia, falta de apetite, sonolência e dores de cabeça, entre outros sintomas.

Segundo Arbinaga e Caracuel (2003), falar de Dismorfia Muscular é inevitavelmente referir-se ao fisiculturismo e àqueles esportes que utilizam o treinamento com pesos. Na atualidade o desempenho nas atividades físicas está baseado na utilização da musculação

como forma de melhorar a força, a potência e a velocidade. O desenvolvimento muscular harmonioso dos atletas tem sido fundamental para a proliferação das academias de ginástica.

A maioria das pesquisas foram realizadas com atletas Fisiculturistas, atletas Levantadores de Peso e praticantes de musculação em academias de ginástica, porém não se pode generalizar e atribuir somente a esses grupos essa enfermidade. É sabido, como dito anteriormente, que esportes como o Rúgbi, Ginástica Artística, Futebol Americano, algumas lutas e até modalidades do Atletismo, podem compor um dos fatores de risco para desencadear inúmeros distúrbios psiquiátricos e, entre eles, a dismorfia muscular, já que esses esportes têm como aspecto primordial o desenvolvimento muscular para melhor performance atlética.

Segundo Choi, Pope Jr. e Olivardia (2006) a prevalência de Dismorfia Muscular é maior na população de atletas do que na população não atleta, ou seja, os atletas são mais vulneráveis a esse distúrbio. Os mesmos autores comentam que os atletas são particularmente mais suscetíveis a essas desordens da imagem corporal, devido a pressões que cercam o desempenho nos esportes e as tendências sociais que promovem a musculatura e o corpo magro.

Para Leone, Sedoryt e Gray (2005), a conscientização nem sempre é bem definida no mundo dos atletas. Frequentemente os distúrbios são “mascarados” pelas demandas do esporte, por exemplo, se um atleta tiver predisposição à dismorfia muscular, o ambiente esportivo pode desencadear esses fatores.

É incorreto alegar que a Dismorfia Muscular é exclusiva do mundo dos atletas, como dito anteriormente esses podem ser mais vulneráveis, porém, a maioria absoluta dos casos está na população das práticas de tempo livre, portanto, nesse caso os indivíduos praticantes de musculação.

Assunção (2002) comenta que não há qualquer descrição sistemática do tratamento da Dismorfia Muscular. Uma combinação dos métodos geralmente utilizados no tratamento do Transtorno Dismórfico Corporal e dos Transtornos Alimentares pode servir como diretriz para o tratamento da Dismorfia Muscular.

Olivardia, Pope Jr., e Hudson (2000) relatam que a Dismorfia Muscular, como outros distúrbios da imagem corporal, fazem parte do “spectrum” obsessivo-compulsivo. É provável que responda aos tratamentos eficazes para as outras desordens dessa família, tais como medicação antidepressiva e terapia comportamental-cognitiva.

Kanayama, Barry, Hudson e Pope Jr. (2006) afirmam que, se os transtornos de imagem corporal são potencialmente tratáveis com terapias comportamental-cognitivas e farmacologia, estas intervenções podem ajudar também na prevenção e tratamento para dependentes de esteróides anabolizantes.

Vários autores (Assunção, 2002; Pope Jr.; Phillips, Olivardia, 2000; Rosemberg, 2004; Tubio e Ibazábal, 2006) destacam que a terapia cognitivo-comportamental parece ser útil no tratamento da Dismorfia Muscular. Suas estratégias incluem a identificação de padrões distorcidos de percepção da imagem corporal, identificação de aspectos positivos da aparência física e confrontação entre padrões corporais atingíveis e inatingíveis.

Amâncio, Magalhães, Santos, Peluso, Pires, Dias (2000) citam que dados oriundos de estudos abertos sugerem que os inibidores da recaptação da serotonina são geralmente e, talvez, preferencialmente, efetivos no tratamento dos Transtornos Dismórficos Corporais.

Para Choi, Pope Jr., Olivardia (2006) as causas da Dismorfia Muscular não são bem compreendidas, o que reforça a necessidade para uma investigação continuada.

Esses autores sugerem uma intervenção com atletas com tendências e comportamentos associados a Dismorfia Muscular em outro setting, ou seja, fora do local de treino e competições. Esse trabalho pode ser feito por um psicólogo do esporte clínico em seu consultório.

Tubio e Ibazábal (2006) propõem um tratamento interdisciplinar com diferentes profissionais. No âmbito psicológico, são três intervenções principais: 1) nos fatores prévios do transtorno que influem na sua aparição, 2) nos fatores que mantêm o problema, uma vez desencadeado, e 3) nas estratégias para prevenção. Essa última deve abordar e incluir no tratamento, os contextos familiares, educativos e individuais. Descuidar de algum desses elementos pode acarretar em fracasso.

E o psicólogo do esporte?

Segundo a APA – Associação Americana de Psicologia (citado por Markunas, 2000): “os psicólogos do esporte preocupam-se, entre outras coisas, em: a) estudar e esclarecer como a participação em atividades físicas e esportivas pode alterar e contribuir para o desenvolvimento psicológico, o bem-estar e a saúde de atletas e não atletas e b) ajudar atletas a fazerem uso dos conhecimentos da psicologia a fim de alcançar um nível ótimo de saúde mental e otimizar sua performance.” (p.150).

O chamado esporte de alto rendimento busca a otimização da performance numa estrutura formal e institucionalizada. Nessa estrutura o psicólogo atua analisando e transformando os determinantes psíquicos que interferem no rendimento do atleta e/ou grupo esportivo (Barreto; Martin; Valle; citado por Rubio, 2007).

É comum associar a Psicologia do Esporte a um tipo de prática esportiva que tem a vitória como objetivo e a televisão como veículo de divulgação de resultados. Nesta dinâmica o psicólogo é visto como aquele profissional que tem como obrigação fazer com que o protagonista do espetáculo, no caso o atleta, renda o máximo. Essa perspectiva tem sido alvo de críticas, visto que, nem o esporte de alto rendimento é o único nicho do psicólogo do esporte, nem a busca do primeiro lugar é seu único objetivo (Comissão de Esporte do CRP-SP; Luccas citado por Rubio, 2007).

Um dos papéis do psicólogo do esporte nos esportes de rendimento é propiciar o suporte emocional necessário para os atletas que sofrem com as exigências do esporte, quaisquer que sejam essas: da modalidade esportiva, dos aspectos relacionados ao esforço físico, da pressão dos dirigentes, da mídia, da comissão técnica, da família, de si próprio, entre outros. Por isso, torna-se imprescindível, em qualquer âmbito esportivo de rendimento, a presença do psicólogo do esporte.

Vale destacar que a presença do psicólogo do esporte não deve ser atribuída somente aos esportes de rendimento. É necessário também que esse profissional atue em ambientes esportivos em espaços de recreação, lazer, de reabilitação, como as academias de ginástica, clubes esportivos, clínicas de reabilitação, hospitais, projetos sociais entre outros.

A principal intervenção do psicólogo do esporte entre a população com Dismorfia Muscular ou pré-disposição a mesma, é com relação à prevenção e promoção da saúde, e deverá ser orientada principalmente nos espaços das práticas de tempo livre.

É função do psicólogo esportivo, que está inserido numa comissão técnica de um esporte de rendimento que tenha o desenvolvimento da musculatura como uma necessidade atlética, promover a educação desses atletas e comissão técnica. Cabe ao Psicólogo alertar e ensinar quanto aos comportamentos de risco (como o doping, o abuso de substâncias entre outros), prevenir condutas patológicas que possam acarretar em algum transtorno emocional ou físico (por exemplo, os transtornos alimentares e a dismorfia muscular). Ensinar as estratégias utilizadas pela Psicologia do Esporte para melhoria da performance atlética é, ao meu ver, apenas uma das funções do psicólogo do esporte.

Rubio (2007) complementa a idéia acima relatando: “Não é raro surgir demandas de atletas que não estejam ligadas diretamente ao contexto de treinos e competições, mas que interferem direta ou indiretamente em seu rendimento. Essas questões podem ser de ordem pessoal, familiar, existencial ou social e nesse momento o psicólogo do esporte se põe a pensar se ao trabalhar essas demandas ele não estará saindo de seu papel de ‘do esporte’ e adentrando a seara do ‘clínico’”. (p.14).

A mesma autora ainda destaca: “o atendimento clínico no esporte não se refere a um procedimento psicoterápico convencional, pautado em um setting que tem o atendimento dual do consultório como referência. O foco da intervenção clínica na Psicologia do Esporte, visa a resolução dos conflitos do sujeito-atleta para a busca do desenvolvimento de seu potencial esportivo.” (p. 14).

O trabalho deve ser buscando a interdisciplinaridade e troca de saberes entre os diferentes profissionais, por exemplo, propondo uma periodização de treinamento psicológico nos mesmos moldes realizada pela comissão técnica, reunindo-se com os mesmos para trocarem experiências e construir uma relação adequada para as exigências do esporte, e construir conjuntamente maneiras de intervenções com os atletas para que cada área possa, efetivamente, contribuir uma com a outra.

Independente do contexto onde esse profissional esteja inserido, seja no esporte de rendimento, seja nas práticas de tempo livre, ou em qualquer outro ambiente de trabalho, é fundamental destacar que o “olhar clínico”, ou o “olhar psicológico”, dever ser o norteador das intervenções, portanto, ser Psicólogo do Esporte é acima de tudo, ser Psicólogo.

Rubio (2007) acrescenta: “não é possível falar de uma Psicologia do Esporte recortando-a e distanciando-a de sua condição: ela é antes de tudo Psicologia. Se sua especificidade é ser do esporte ela não deixa de estar fincada em bases amplas que envolvem o conhecimento, e no caso de sua aplicação, a construção de uma prática. Nesse sentido ser um psicólogo do esporte pressupõe a aquisição de conhecimentos de várias áreas da Psicologia. É a partir desse momento que se chega à clínica” (p. 13).

É necessário destacar ainda, que a prática do psicólogo do esporte não deve estar focada apenas na aplicação, reprodução e desenvolvimento de meras técnicas de Psicologia Esportiva que visa apenas a melhoria da performance atlética. Sua prática tem de estar pautada no desenvolvimento humano, na promoção, na prevenção, na reabilitação da saúde, sem fragmentar o indivíduo inserido no contexto esportivo. Por isso, nesse

aspecto a atuação do psicólogo do esporte e o seu olhar para o fenômeno esportivo é distinto dos demais profissionais, sua formação lhe propicia isso.

Para Choi, Pope Jr e Olivardia (2006) a participação do psicólogo do esporte pode ser muito eficaz, já que o mesmo possui conhecimento especializado, tanto de aspectos relacionados ao esporte, quando aspectos relacionados ao tipo de intervenções psicológicas para esse público.

Devem ser funções do psicólogo do esporte: saber diagnosticar comportamentos de risco e condutas excessivas quanto à saúde, poder educar gerando melhoria na qualidade de vida, tentar promover prazer através de estratégias psicológicas, desenvolver potencialidades humanas que possam ser generalizadas para outros contextos da vida de nosso público alvo.

Considerações finais.

Temos diante de nós uma “nova” enfermidade, a Dismorfia Muscular, que cada vez mais acomete e causa sofrimento as pessoas. Diante disso surgem mais possibilidades de pesquisas, de tratamentos e de intervenções para diferentes profissionais da área da saúde, sejam estes envolvidos com esporte ou não.

Tendo em vista a “complexidade” dos transtornos psiquiátricos em geral, em todos os aspectos, do ponto de vista etiológico, do curso da patologia, no que diz respeito às formas e tratamentos, nas intervenções de diferentes profissionais de saúde, tal “complexidade” não poderia ser diferente com relação a Dismorfia Muscular. Ainda mais quando estamos diante de um fenômeno ainda “desconhecido” se comparado com o conhecimento que se tem de outros distúrbios emocionais e comportamentais. As primeiras pesquisas científicas datam de meados da década de 1990, entretanto, esses estudos, em sua grande maioria, têm como principal “viés” os aspectos psicopatológicos da Dismorfia Muscular com a visão médica centrada nessa problemática.

Para Ciências do Esporte o campo para pesquisa e intervenção é novo e amplo, já que a compulsão, a obsessão, a prática patológica de exercícios físicos são o meio para propiciar o desenvolvimento desses comportamentos inadequados e dessa enfermidade.

Não dá para falarmos de saúde no esporte ou na atividade física, se o psicólogo não estiver inserido no ambiente esportivo. O psicólogo do esporte e exercício é tão fundamental, como o médico, como o fisioterapeuta, como o professor de educação física, como o treinador, o administrador de academias, como o dirigente esportivo, entre outros.

Em pleno século XXI é preciso “humanizar” o esporte, atletas não são máquinas, homens não são engrenagens, incluir o psicólogo do esporte e exercício é fundamental para esse processo.

Referências

- Aidan, E. V., Wollard, S. (2003). The influence of self-reported exercise addiction on acute emotional and physiological response to brief exercise deprivation. *Psychology of Sport and Exercise*, 4, 225-2236.
- Alonso, C. A. M. (2006). Vigorexia: enfermedad o adaptación. *Revista Digital Ef Deportes*. <http://www.efdeportes.com/revistadigital>, acessado em 09/10/2006.
- Amâncio, E. J. Magalhães, C.C.P. Santos, A.C. Peluso, C.M. Pires, M.F.C. Dias, A.P.P. (2002). Tratamento do transtorno dismórfico corporal com venlafaxina, relato de caso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 141-143.
- Antunes, R. J. O., Palmeira, A. (2005). *Dependência do Exercício em Atletas Federados de diferentes grupos de modalidades*. 47p. Monografia de Conclusão de Curso, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal - Lisboa.
- Arbinaga, F., Caracuel, J. C. (2003). Aproximación a la Dismorfia Muscular. *Cadernos de Medicina Psicosomatica y Psiquiatria de Enlace*, 65, 07-15.
- Assunção, S. M. (2002). Dismorfia Muscular. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 80-84.
- Ballone, G. J. (2002). Vigorexia – Síndrome de Adônis. *Portal Psiquiatria Geral*. <http://virtualpsy.locaweb.com.br/>.
- Choi, P. Y. L.; Pope Jr., H.G.; Olivaradia, R. (2002). Muscle Dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 36, 375-377.
- Dicionário da Língua Portuguesa on-line* (2006). www.priberam.pt/dppo, acessado em 28/08/2006.
- Kanayama, G., Barry, S., Hudson, J. I, Pope Jr., H. G. (2006). Body Images and Attitudes toward male roles in Anabolic-Androgenic Steroid users. *American Journal Psychiatry*, 163 (4), 697-703.
- Leone, J. E., Sedoryt, E. J., Gray, K. A. (2005). Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders. *Journal of Athletic Training*, 40 (4), 352-359.
- Markunas, M. (2000). Reabilitação Esportiva ou Esporte como reabilitação? In: K. Rubio, (org) *Psicologia do Esporte: Interfaces, Pesquisa e Intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mirella, A. P. (2006). Vigorexia e Instituto de Educación Física., Argentina. *Revista Digital Ef Deportes*. <http://www.efdeportes.com/revistadigital>, acessado em 19/10/2006.

- Olivardia, R., Pope Jr., H. G., Hudson, J. I. (2000). Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: a case-control study. *American Journal Psychiatry*, 36, 375-377.
- Pope Jr., H. G.; Phillips, K. A.; Olivardia, R. (2000). *O Complexo de Adônis, obsessão masculina pelo corpo*. Rio de Janeiro: Campus.
- Rosenberg, J. (2004). *Lindos de Morrer: Dismorfia Corporal e outros Transtornos para Ela e para Ele*. São Paulo: Celebris.
- Rubio, K. (2007). Da Psicologia do Esporte que temos à Psicologia do Esporte que queremos. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, 1(1), www.abrapesp.org.br/rbpe, acessado em 05/06/2007.
- Smith, D.; Hale, B. (2004). Validity and factor structure of the bodybuildign dependence scale. *British Journal of Sports Medicine*, 38, 177-181.
- Torres, A. R. Ferrão, Y. A. Miguel, E. C (2003). Transtorno Dismórfico Corporal: uma expressão do transtorno obsessivo-compulsivo? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 95-96.
- Tubio, J. C. C. Irbazábal, F. A (2006). Vigorexia: un nuevo problema para el S.XXI. *Revista Digital Ef Deportes*. <http://www.efdeportes.com/revistadigital>, acessado em 19/10/2006.
- Yang, C. J. Gray, P, Pope Jr., H. G. (2005). Male Body Image in Taiwan versus the west: Yanggang Zhiqi meets the Adonis Complex. *American Journal Psychiatry*, 162 (2), 263-269.

Sobre o autor

Psicólogo formado pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2005

Especialista em Psicologia do Esporte pelo Instituto Sedes Sapientiae, 2007

Especialista em Terapia Comportamental Cognitiva pela USP, 2006

Psicólogo clínico em consultório particular, psicólogo do esporte da Ação Social Rogby para Todos

Sobre o trabalho

Este trabalho surgiu a partir da monografia de conclusão de curso para obtenção do título de especialização em psicologia do esporte pelo Instituto Sedes Sapientiae.

Endereço para correspondência

Rua Antonio Ferreira Alves, 137 – Butantã

São Paulo – SP

CEP 05541-170

Endereço eletrônico: falcao.rs@gmail.com

