

Diferenças e semelhanças entre Transtorno Dismórfico Corporal e Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Differences and similarities between Body Dysmorphic Disorder and Obsessive Compulsive Disorder

Hélio Henrique Medeiros Pires ¹, Juliana Costa Gomes ¹, Ana Carolina Pessoa Simões ¹,
Ana Paula Lottici Brito ¹, Amani Moura Hamidah ¹, Giulliane Carvalho Costa ¹,
Glenda Maria Gallerani Pacheco ¹, Alexandra Lordes Saliba ¹, Daniele Oliveira Ferreira Silva ²

Resumo

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e o transtorno dismórfico corporal (TDC), embora descritos em diferentes seções das classificações da psiquiatria, mostraram-se similares em diversos aspectos fenomenológicos. O TDC é encontrado em 8% a 12% dos pacientes ambulatoriais com Transtorno Obsessivo Compulsivo e as taxas de TOC são mais elevadas em pacientes com diagnóstico primário de TDC. Estudos sugerem que o TDC seria uma expressão fenotípica do TOC, sendo aceita dentro do espectro obsessivo-compulsivo. O transtorno dismórfico é descrito como um transtorno que envolve sintomas de preocupação excessiva em relação a um defeito mínimo ou imaginário na aparência e que traz prejuízos na vida social, ocupacional ou em outras áreas importantes para os indivíduos. Teorias biológicas sugerem como causa orgânica do TDC, a desregulação do sistema serotoninérgico. A principal preocupação do profissional no início do tratamento de um paciente com TDC, é que ele seja realizado de forma correta. Para uma adesão satisfatória ao tratamento proposto, é necessário que o paciente aceite sua condição, e sua necessidade de intervenção psiquiátrica.

Palavras chave: Transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno dismórfico corporal,

Abstract

The obsessive-compulsive disorder (OCD) and body dysmorphic disorder (BDD), although described in different sections of the classifications of psychiatry, were similar in several phenomenological aspects. The BDD is found in 8% to 12% of outpatients with Obsessive Compulsive Disorder OCD and the rates are higher in patients with primary diagnosis of BDD. Studies suggest that the BDD would be a phenotypic expression of OCD, being accepted into the obsessive-compulsive spectrum. The dysmorphic disorder is described as a disorder involving

94

1. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Médica psiquiatra, mestre, docente da Universidade Católica de Brasília

E-mail do primeiro autor: mphenrique@gmail.com

Recebido em 16/02/2014

Aceito, após revisão, em 25/03/2014

symptoms of excessive worry about a minimum or imagined defect in appearance which causes impairment in social, occupational or other important areas for individuals. Biological theories suggest, as an organic cause of the BDD, the dysregulation of the serotonergic system. The doctor's main worry in the beginning of the treatment of a patient with diagnosis of BDD is that it will be done correctly. For a satisfactory treatment adherence is necessary that the patient accepts his condition, and its need of psychiatric intervention.

Key words: Body Dysmorphic Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder

Introdução

O transtorno dismórfico corporal (TDC) é descrito pelo DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico versão 5) como um transtorno que envolve sintomas de preocupação excessiva em relação a um defeito mínimo ou imaginário na aparência e que traz prejuízos na vida social, ocupacional ou em outras áreas importantes para o indivíduo.¹

As preocupações são mais frequentes em situações sociais, sendo comuns a esquivas social e tentativas de camuflagem (com maquiagem, roupas, gestos). Outros comportamentos característicos são: olhar fixamente no espelho, ou evitar espelhos, comparar-se com outras pessoas, pedir reafirmações sobre o defeito, realizar cirurgias plásticas e tratamentos estéticos. Alguns desses comportamentos podem se tornar rituais que prejudicam as atividades diárias. Sem tratamento médico e psicológico, o TDC persiste por anos, sendo caracterizado como um transtorno crônico e perigoso, com riscos

de suicídio.^{2,3}

Na descrição original do TDC, a dismorfofobia (o termo originalmente utilizado para denominar o TDC) foi descrita como “a consciência da própria deformidade, o indivíduo teme ser ou tornar-se deformado”. É descrito atualmente como “uma preocupação persistente com uma suposta deformidade ou desfiguramento” ou como “uma preocupação com um defeito imaginário na aparência ou uma preocupação excessiva com um defeito físico discreto quando não melhor explicados por outro transtorno.”⁴

Teorias biológicas sugerem, como causa orgânica do TDC, a desregulação do sistema serotoninérgico.^{3,5} Vários autores consideram a importância das influências culturais sobre seu desenvolvimento, diante da grande valorização da beleza e aparência física.⁵⁻⁷

Alguns estudos de caso destacam aspectos da história de vida de indivíduos com TDC que parecem ser comuns e poderiam ter relevância em seu

desenvolvimento: a educação rígida ou pais superprotetores; poucos amigos durante a fase escolar; ganhos secundários; famílias em que se dá maior ênfase em conceitos estereotipados de beleza; comentários, ainda que inócuos ou neutros, em relação à aparência e acidentes traumáticos.^{6,8-11}

O paciente portador do TOC possui duas características clínicas predominantes: as obsessões e as compulsões. Esses sintomas são fortes o suficiente para gerar sofrimento ao paciente e alterar de forma significativa sua dinâmica e qualidade de vida. A obsessão é entendida como pensamento, sentimento, ideia ou sensação recorrente e intrusiva. A compulsão seria o comportamento consciente, padronizado e recorrente. O portador do TOC pode ser só obsessivo, só compulsivo ou ambos. Possui uma prevalência na população geral de 2 a 3%, e é o quarto diagnóstico psiquiátrico mais comum perdendo apenas para as fobias, para os transtornos relacionados a substâncias e para o transtorno depressivo maior.^{6,8-11}

Semelhanças e diferenças entre TOC e TDC

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e o transtorno dismórfico corporal (TDC), embora descritos em diferentes seções das classificações da psiquiatria, mostraram-se similares em diversos aspectos fenomenológicos.

O TDC é caracterizado por preocupações irracionais com defeitos físicos mínimos ou não existentes, o que acaba por interferir na vida diária do indivíduo. Os pacientes normalmente checam o espelho com frequência e apresentam comportamentos que buscam confiança e esquivam-se, assemelhando-se ao TOC, sendo ambos de instalação precoce e curso crônico e flutuante.

O TDC é encontrado em 8% a 12% dos pacientes ambulatoriais com Transtorno Obsessivo Compulsivo e as taxas de TOC são mais elevadas em pacientes com diagnóstico primário de TDC. A literatura também já levanta a teoria de que TDC seja uma expressão fenotípica do TOC, sendo aceita dentro do espectro obsessivo-compulsivo.¹² Os seguintes estudos apontam algumas semelhanças e diferenças entre o TDC e o TOC:

- Saxena & cols. (2001) → Uma revisão de prontuários identificou semelhanças entre TDC e TOC na razão entre sexo, idade, duração do tratamento, prevalência de depressão maior, gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, comprometimento funcional e resposta semelhante ao uso de Inibidores da Recaptação de Serotonina e Antipsicóticos. Entretanto, os sintomas

depressivos e ansiosos eram mais severos em portadores de TDC.

- Eisen & cols. (2004) → concluíram que pacientes com TDC possuem menor *insight* global, maior convicção da realidade das suas crenças, menor aceitação da possibilidade dessas crenças serem falsas, maior tendência em acreditar que outras pessoas realmente concordam que eles possuem imperfeições físicas, maior propensão em não confiar quando outras pessoas não os acham deformados, tentativas menores em refutar suas crenças, menor disposição em concordarem que suas perturbações possuem uma causa psiquiátrico-psicológica e a gravidade da propensão ao delírio se correlacionou, apenas no grupo do TDC, com sintomas mais graves.

As principais semelhanças entre os dois transtornos são:

- Caracterizam-se por pensamentos indesejados que levam a comportamentos compulsivos e repetitivos, que tomam tempo e causam sofrimento, vergonha, baixa autoestima e em casos mais

graves isolamento social e total incapacidade funcional.

- Vivências de incompletude que precedem certos comportamentos repetitivos; sensação incômoda constante de que algo não está "em ordem" ou "como deveria estar".
- 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).
- Curso crônico e flutuante; frequentes comorbidades como depressão e transtornos ansiosos e distribuição igual entre os sexos.
- Do ponto de vista genético, existe uma maior agregação familiar de indivíduos com TDC em parentes de pacientes com TOC.
- Ambos os transtornos são tratados de forma semelhante, com abordagens psicoterapêuticas (terapias cognitivo-comportamentais) e farmacológicas (inibidores de recaptção da serotonina, que podem ser potencializados com

neurolépticos, nos casos mais graves).

As principais diferenças entre os dois transtornos são:

- Apesar de alguns pacientes com TOC possuírem crítica prejudicada em relação a suas obsessões, isto é bem menos comum do que no TDC, que se caracteriza por apresentar ideias supervalorizadas ou prevalentes, de natureza egossintônica.
- Enquanto pacientes com TOC tendem a ter obsessões de diferentes conteúdos (agressivo, sexual, religioso, simetria, contaminação, somático), portadores de TDC se atêm a questões corporais, envolvendo uma ou mais preocupações, simultânea ou sucessivamente.
- Pacientes com TOC e obsessões somáticas tendem a ter um juízo crítico pior em relação a estas. É possível que alguns portadores de TDC tenham sintomas obsessivo-compulsivos que não revelam, por considerá-los ridículos ou irrealis, diferentemente de suas preocupações estéticas.

Tratamento do transtorno dismórfico corporal

Adesão ao tratamento

O mais importante ao se iniciar o tratamento do TDC é fazer com que o paciente tenha adesão ao tratamento. Para garantir que o paciente se trate de maneira adequada, inicialmente é preciso que ele aceite que sua condição exige um tratamento psiquiátrico, pois, muitos destes pacientes acabam achando que a solução para o seu problema está no tratamento estético da condição que o incomoda, dessa forma, muitos pacientes acabam procurando dermatologistas, cirurgiões plásticos ou dentistas o que torna o tratamento muito complicado. O papel inicial do médico é tentar diminuir a angústia e preocupação do paciente em relação à sua condição física tentando melhorar sua qualidade de vida e motivá-lo ainda mais a se tratar. A entrevista motivacional modificada para TDC mostrou evidências clínicas de ser eficiente para motivar pacientes relutantes a aderirem ao tratamento. É importante ainda ressaltar que o médico deve ter empatia pelo sofrimento do paciente e nunca considerar seus problemas com a aparência como sendo triviais, porém sem concordar que há algo errado com sua aparência.^{11,13}

Tratamento

As bases para o tratamento do TDC são a farmacoterapia com Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) e a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC).

→ Terapia Farmacológica

ISRS tem se mostrado mais eficazes para o tratamento de TDC do que os antidepressivos não-ISRS ou outros tipos de medicações psicotrópicas, sendo, portanto, recomendados como a medicação de primeira linha para TDC. Doses relativamente elevadas parecem ser, muitas vezes, necessárias e as recomendações atuais são de que o ISRS devem ser tomados por pelo menos 12 semanas antes de se determinar a eficácia. Caso não se obtenha a resposta terapêutica adequada, deve-se associá-lo a outra medicação ou substituí-lo por um ISRS diferente.¹⁴

Pacientes que responderam ao uso de ISRS gastaram menos tempo obcecados com sua aparência e tiveram melhor controle sobre suas preocupações e comportamentos repetitivos, além disso, os sintomas de angústia, depressão, ansiedade, raiva, hostilidade e tendências suicidas melhoraram significativamente.¹¹ Em pacientes resistentes ao tratamento

com ISRS o uso de Inibidores da Monoamina Oxidase mostra evidências de eficácia. Estudos demonstraram que a associação dos ISRS com Bupiriona, Clomipramida, algum antipsicótico atípico, Bupropiona ou Venlafaxina pode ser útil.¹¹

→ Terapia cognitivo comportamental

Estratégias cognitivas e comportamentais a fim de reduzir o isolamento social e comportamentos ritualísticos (como se olhar no espelho de forma repetitiva) possuem bons resultados. A TCC apresentou sucesso em vários estudos com melhora significativa dos sintomas.^{13, 15, 16}

Conclusão

Ficou clara a relação entre TDC e TOC. As principais semelhanças que merecem destaque entre esses dois distúrbios são os pensamentos indesejáveis, obsessivos e compulsivos. As principais diferenças entre esses distúrbios são que no TDC os pacientes acreditam fielmente em suas crenças enquanto que no TOC eles têm consciência da natureza obsessiva de seus pensamentos, além disso, os pacientes com TDC são mais depressivos e mais ansiosos. Essas diferenças e semelhanças nos levam a dúvida se o TDC é

um tipo de TOC ou outra categoria de distúrbio psiquiátrico.

A importância de o clínico saber identificar esses transtornos fica clara já que eles têm prevalência considerável na população e são de difícil diagnóstico. Torna-se ainda mais essencial o conhecimento desses aspectos para profissionais nas especialidades relacionadas a estética, pois, por muitas vezes esses pacientes procurarão tratamento para imperfeições idealizadas por eles, mas que não são reais. Cabe aos profissionais saberem identificar e conduzir os pacientes que apresentam esses distúrbios, estabelecendo uma relação médico-paciente sólida, capaz de convencê-los a procurar um tratamento psiquiátrico adequado.

Referências

1. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 9^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
2. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson, JI. Body Dysmorphic Disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150(2):302-8.
3. Figueira I, Mendlowicz M, Nardi AE, Marques C, Saboya E, Andrade Y, et al. Programa de Ansiedade e Depressão- UFRJ- Série Psicofarmacologia- 16: O sofrimento da feiúra imaginária – transtorno dismórfico do corpo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1993; 42(6):303-12.
4. Nascimento AL, Moreira MM, Luna JV, Fontenel LF. Comorbidade entre transtorno dismórfico corporal e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010; 59(1):65-9.
5. Figueira I, Nardi AE, Marques C, Versiani M. Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos Somatomorfos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1999; 48(1):35-42.
6. Caballo VE, Andrés V, Bas F. Fobia Social. In: Caballo VE, dir. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los transtornos psicológicos*. Vol. 1. Transtornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madri: Siglo Veintiuno de España, 1997, 406-37.
7. Birtchenell SA. Dysmorphophobia: A centenary discussion. *British Journal of Psychiatry*. 1988; 153(2):41-3.
8. Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: Symptom or Disease? *American Journal of Psychiatry*. 1977; 134(6):673-5.
9. Bloch S, Glue P. Psychotherapy and Dysmorphophobia: A case report. *British Journal of Psychiatry*. 1988; 152(1):271-4.
10. Braddock L. Dysmorphophobia in Adolescence: A case report. *British Journal of Psychiatry*. 1982; 140(1):199-201.

11. Kaplan H, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
12. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry*. 2000; 48(4):287-93.
13. Prazeres AM, Nascimento AL, Fontenelle LF. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a review of its efficacy. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013; 9:307-16.
14. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010; 12(2):221-32.
15. Geremia GM, Neziroglu F. Cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2001; 8(4):243-51.
16. Rabiei M, Mulkens S, Kalantari M, Molavi H, Bahrami F. Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: acceptability and proof of concept. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012; 43(2):724-9.