

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA PERTURBAÇÃO DISMÓRFICA CORPORAL: MODELOS PROPOSTOS E EFICÁCIA

Sara Dehanov[□], Catarina Oliveira¹, Sara Castro¹, Tiago Ferreira¹, & José Ramos¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE, Serviço de Psiquiatria, Amadora, Portugal, sara.dehanov@gmail.com, catarinafpo@gmail.com, saralimacastro@gmail.com, tiagofilipeferreira17@hotmail.com, jmlramos@gmail.com

RESUMO: A perturbação dismórfica corporal (PDC) é uma doença incapacitante de elevada prevalência, que se manifesta através de uma preocupação excessiva com um ou mais defeitos corporais percebidos. A investigação até à data aponta a terapia cognitivo-comportamental (TCC) como um tratamento eficaz nesta patologia. O objetivo deste trabalho consistiu em fornecer uma revisão estruturada sobre o papel da TCC na PDC, abordando os modelos cognitivo-comportamentais e a sua eficácia. Assim, foi levada a cabo uma revisão não sistematizada da literatura através de uma pesquisa bibliográfica no PubMed. Aferiu-se que vários estudos têm escrutinado os fatores influentes na etiologia e manutenção da PDC, permitindo desenvolver modelos cognitivo-comportamentais explicativos do padrão de sintomas da doença. Tais modelos sugerem que estes doentes focam seletivamente a atenção nos defeitos percebidos e apresentam esquemas cognitivos disfuncionais sobre si e sobre os outros. Estes esquemas resultam em avaliações incorretas de estímulos sociais ambíguos, que são encarados como negativos, despoletando emoções negativas. Para reduzir estas emoções, os doentes recorrem a comportamentos de segurança e/ou evitamento que, funcionando como reforço negativo, perpetuam as crenças disfuncionais. As principais componentes da TCC para a PDC são a psicoeducação, a intervenção motivacional, a reestruturação cognitiva, a exposição com prevenção de resposta, o *perceptual mirror retraining* e a prevenção de recaída. Até à data, os estudos realizados evidenciam bons resultados da TCC na PDC. Contudo, verifica-se um elevado número de doentes que mantém sintomatologia significativa. Assim, apesar da TCC parecer eficaz no tratamento da PDC, continua a ser necessário realizar investigação adicional.

Palavras-chave: perturbação dismórfica corporal, terapia cognitivo-comportamental, modelo cognitivo-comportamental, eficácia.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER: PROPOSED MODELS AND EFFICACY

ABSTRACT: Body dysmorphic disorder (BDD) is an incapacitating disease of high prevalence, which manifests itself through excessive concerns with one or more physical perceived defects. Up to date research has found cognitive-behavioral therapy

[□] Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE, IC19, Serviço de Psiquiatria, 2720-276, Amadora, Portugal, email: sara.dehanov@gmail.com, telefone: 917029007

(CBT) as an effective treatment for this disease. The objective of this work was to provide a structured review of the role of CBT in BDD, addressing cognitive-behavioral models and their effectiveness. Thus, a non-systematized review of the literature was carried out through a bibliographic research at PubMed. Results show that several studies have examined the factors influencing the aetiology and maintenance of BDD, allowing the development of cognitive-behavioral explanatory models about the disease's symptoms. These models suggest that these patients selectively focus their attention on the perceived flaws and present dysfunctional cognitive schema about themselves and others. These schema result in incorrect evaluations of ambiguous social stimuli, which are interpreted as negative, leading to negative emotions. In order to reduce these emotions, they go through safety and/or avoidance behaviors that, working as negative reinforcements, perpetuate dysfunctional beliefs. The main components of CBT for BDD are psychoeducation, motivational enhancement strategies, cognitive restructuring, exposure with response prevention, perceptual mirror retraining and relapse prevention. The studies carried until now show good results of CBT for BDD. However, there is a high number of patients who still maintain significant symptomatology. Thus, despite CBT seeming effective in the treatment of BDD, it is still necessary to carry out additional research.

Keywords: body dysmorphic disorder, cognitive-behavioral therapy, cognitive-behavioral models, efficacy.

Recebido em 02 de Novembro de 2018 / Aceite em 30 de Maio de 2019

A perturbação dismórfica corporal (PDC) manifesta-se como uma preocupação excessiva com um ou mais defeitos percebidos na aparência física que não são observáveis ou que parecem ligeiros para os outros (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Assim, estes doentes acreditam possuir alguma deformidade que os torna pouco atrativos ou que é demasiado perceptível, apesar de apresentarem uma aparência normal (Bjornsson, Didie, & Phillips, 2010). O defeito percebido pode ser relativo a qualquer aspeto corporal, sendo as preocupações com a face as mais comuns (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Por vezes, a preocupação pode ser com várias partes do corpo simultaneamente, e estas podem mudar ao longo do tempo (Phillips & Diaz, 1997). Estas crenças levam ao surgimento de comportamentos repetitivos (e.g. verificar-se ao espelho, pentear-se em excesso, maquilhar-se em excesso, *skin picking*, entre outros), ou atos mentais (e.g. comparar o seu aspeto com o de outros), como resposta às preocupações com a aparência (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Estes comportamentos são rituais consumidores de tempo que pretendem corrigir, atenuar, ou esconder as partes do corpo consideradas defeituosas (Fang & Wilhelm, 2015).

Esta preocupação com a aparência é causadora de importante sofrimento e leva a défices no funcionamento social e profissional do indivíduo, assim como em outras áreas da vida do mesmo, o que se pode traduzir numa baixa qualidade de vida (Phillips et al., 2005). Adicionalmente, é uma patologia muitas vezes comórbida com perturbação depressiva *major*, perturbação obsessivo-compulsiva (POC), fobia social e perturbações de abuso de substâncias (Krebs, Cruz, & Mataix-Cols, 2017).

A PDC está associada a ideação suicida, ideias delirantes e *insight* pobre ou ausente para a doença (Phillips, 2004). A taxa de ideação suicida (80%) e de tentativas de suicídio (25%) ao longo da vida são particularmente elevadas, tal como o suicídio consumado (Phillips, 2007).

Nestes doentes o *insight* varia ao longo de um *continuum* (Phillips, 2004). Num extremo encontram-se aqueles doentes que compreendem que o seu aspeto é normal apesar da preocupação sentida, e noutro extremo estão aqueles que se encontram delirantes, apresentando uma convicção

absoluta e inabalável na realidade dos seus defeitos físicos e, por vezes, delírios autorreferenciais. No intermédio estão aqueles indivíduos que apresentam ideias sobrevalorizadas de fealdade, deformidade e/ou ideias autorreferenciais de que os outros estão a prestar atenção especificamente às suas deformidades (Fang & Wilhelm, 2015). Em consequência da pobreza de *insight*, muitos doentes procuram intervenções cosméticas na esperança de remover os defeitos percebidos. No entanto, este tipo de intervenções geralmente tem consequências negativas levando ao agravamento da sintomatologia o que, por sua vez, conduz à insatisfação e diminuição da autoestima (Phillips et al., 2001).

Esta patologia, inicialmente denominada de dismorfofobia, surgiu pela primeira vez no DSM-III como uma perturbação somatoforme atípica, sem critérios diagnósticos específicos (Bjornsson et al., 2010). Esta designação foi alterada no DSM-III-R para “perturbação dismórfica corporal”, nome que manteve ao longo das várias revisões até ao DSM-IV-TR (Fang & Wilhelm, 2015). Atualmente está classificada no DSM-5 na secção perturbação obsessivo-compulsiva e outras perturbações relacionadas (American Psychiatric Association, 2013). Apresenta algumas semelhanças com a perturbação obsessivo-compulsiva, nomeadamente uma tendência ao perfeccionismo, uma preferência pela simetria e compulsões repetitivas (Chosak et al., 2008). Assim, no DSM-5 foi introduzido um novo critério diagnóstico que especifica os comportamentos repetitivos ou atos mentais como uma característica central da doença. Foram ainda incluídos dois especificadores, um deles relativo ao *insight* e o outro denominado “dismorfia muscular”, que é relativo a um subtipo da doença (American Psychiatric Association, 2013).

Estima-se que a prevalência de PDC na população geral seja cerca de 1,7-2,4% (Buhlmann et al., 2010). No que toca ao género, os estudos têm mostrado evidências díspares, referindo alguns que a prevalência é superior no sexo feminino (Veale et al., 2016), e outros que indicam uma prevalência equivalente em ambos os sexos (Schneider et al., 2017).

O surgimento da doença ocorre tipicamente no período da adolescência (Bjornsson et al. 2013), tratando-se de um início geralmente gradual, com um curso crónico e ininterrupto (Phillips et al. 2013). É descrita como uma doença silenciosa pois, muitas vezes, os doentes referem ter vergonha na demonstração das suas preocupações com a aparência, optando pela realização de rituais em segredo (Fang & Wilhelm, 2015).

Acredita-se que a patogénese da doença envolva uma combinação de fatores sociais, psicológicos e biológicos. A evidência de uma componente genética fica patente no facto de 8% dos doentes com PDC apresentarem um familiar com uma perturbação similar (o que é quatro vezes superior à população geral) (Bjornsson et al., 2013).

A investigação conduzida para examinar o papel de certos fatores cognitivos e socio-ambientais na etiologia da doença tem sido extensa (Buhlmann & Wilhelm, 2004). Os modelos de aprendizagem social defendem que certas experiências precoces durante a infância reforçam crenças disfuncionais sobre a aparência (Neziroglu, Khemlani-Patel, & Veale, 2008). A evidência demonstra ainda que na maioria dos casos de PDC existe uma história de abuso na infância ou adolescência, nomeadamente abuso físico ou sexual (Buhlmann, Marques, & Wilhelm, 2012). Igualmente, muitos destes doentes reportam uma história de *bullying* relacionado com a aparência ou competências pessoais (Weingarden et al., 2017).

Têm sido identificados possíveis fatores de risco para o desenvolvimento da doença como é o caso do funcionamento mais tímido, ansioso e perfeccionista; adversidades na infância como *bullying*, isolamento social ou abuso sexual; história de doenças dermatológicas ou físicas na adolescência; homossexualidade; ou maior sensibilidade estética (Veale, 2004).

Apesar da parca investigação existente para o tratamento da PDC, as *guidelines* internacionais estipulam que este deve ser realizado com recurso a fármacos e terapia cognitivo-comportamental (TCC), seja individualmente ou em conjunto (Ipser, Sander, & Stein, 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

Este trabalho tem como objetivo fornecer uma revisão não sistemática sobre o papel da psicoterapia cognitivo-comportamental na perturbação dismórfica corporal. Especificamente, pretende-se explorar os modelos cognitivo-comportamentais e técnicas de intervenção para a PDC, assim como a sua eficácia.

MÉTODO

A metodologia envolveu uma pesquisa bibliográfica no *PubMed* usando as palavras chave “*body dysmorphic disorder*”, “*cognitive-behavioral therapy*”, “*cognitive-behavioral model*”. Foram consultados no total 75 *abstracts* de artigos relativos ao tema, publicados entre Janeiro 1995 e Março de 2018. Destes, foram selecionados 39 trabalhos (25 artigos originais, 13 artigos de revisão e 1 *case report*) considerados pertinentes para a obtenção dos objetivos propostos, visto abordarem os tópicos que se pretende estudar de forma clara e organizada. Foram excluídos os artigos cujos *abstracts* não forneciam informação relevante sobre a temática que se pretende abordar.

RESULTADOS

Vários estudos têm escrutinado os diversos fatores que parecem ter um papel relevante na etiologia e manutenção da PDC. Com base nos resultados desses estudos, foram desenvolvidos vários modelos cognitivo-comportamentais para explicar o padrão de sintomas único da PDC. Estes modelos propõem que os fatores que contribuem para o surgimento e manutenção da doença são vieses na percepção, interpretação e memória, de estímulos associados à aparência (Buhlmann & Wilhelm, 2004).

Cognição

Observações clínicas sugerem que os doentes com PDC focam seletivamente a atenção nos defeitos percebidos na sua aparência, ignorando o resto do corpo. Existe, portanto, uma falha no processamento holístico, estando provado que estes doentes tendem a focar pequenos detalhes, contrariamente à globalidade do seu corpo (Fang & Wilhelm, 2015).

Dentro da área de processamento seletivo da atenção destaca-se, a atenção autofocada, que consiste numa tendência em focar a atenção em pensamentos, sentimentos e percepções internas (Veale, 2004). Mediante esta, os doentes com PDC estão conscientes de informação auto-referente gerada internamente (Kollei et al., 2017). Este tipo de atenção é desencadeada por eventos externos como olhar-se ao espelho, ou por pensamentos intrusivos, vendo-se os próprios como objetos estéticos (Veale, 2004). Esta forma de processamento pode impedir os doentes de avaliar com exactidão os detalhes visuais, aparecendo estes como maiores ou distorcidos (Veale, 2004).

Adicionalmente, apresentam crenças disfuncionais sobre a sua aparência, que contribuem para a manutenção dos seus sintomas. Nomeadamente, estas crenças traduzem-se tendencialmente na sobrevalorização do significado e da importância da atratividade física, podendo mesmo ser confundida com felicidade (Fang & Wilhelm, 2015; Feusner et al., 2010). Por conseguinte, estes indivíduos podem defender crenças de que a aparência é equivalente ao valor pessoal, e que é, portanto, uma característica definitiva do *self*, avaliando-se os próprios como pouco atraentes e de forma negativa (Feusner et al., 2010; Veale, 2004). Igualmente, apresentam uma maior crença implícita da associação entre atratividade e competência, pelo que ao se considerarem pouco

atraentes, também se podem considerar incompetentes (Buhlmann et al., 2009). Assim, as crenças nucleares que são ativadas baseiam-se em: a) ser um falhanço ou desadequado, b) ser inútil (não ter valor), c) ser feio, repulsivo ou anormal, d) não ser aceite ou amado, e) ser rejeitado pelos outros e ficar sozinho para o resto da vida (Veale, 2004).

Tendo em conta o referido, estes doentes tendem a focar a sua atenção, e em recordar e interpretar, de forma mais imediata, informação que é consistente com as suas crenças sobre a importância da atividade (Buhlmann et al., 2009). Como resultado, quando confrontados com situações ambíguas, são mais perentórios a fazer interpretações negativas sobre a sua aparência (Buhlmann et al., 2002). Deste modo, estes indivíduos tendem a apresentar distorções cognitivas que interferem com a racionalização das situações, tais como a inferência arbitrária, ou que dificultam a interpretação de informação ambígua, conduzindo a interpretações negativas sobre a aparência que confirmam as crenças disfuncionais acerca da própria imagem corporal (Buhlmann et al., 2002; Fang & Wilhelm, 2015).

Em adição ao exposto, estudos demonstram que estes doentes tendem a interpretar erroneamente expressões faciais como sendo desdenhosas em situações autorreferenciais, sobretudo se ambíguas, o que pode condicionar o surgimento de ideias autorreferenciais e delirantes (Buhlmann, Etkoff, & Wilhelm, 2006).

Emoção

As emoções que surgem nestes doentes são complexas e dependem da avaliação de cada situação. Podem ser de: a) vergonha interna, quando o indivíduo se compara a outros e se classifica num nível inferior, b) vergonha externa e ansiedade social antecipatória baseada no julgamento de que os outros irão humilhá-lo ou rejeitá-lo, c) depressão e desesperança, por não alcançar a aparência desejada, d) raiva e frustração, por estragar a sua aparência (e.g. cirurgias, *skin picking*), e) culpa (sobretudo após cirurgias cosméticas) (Neziroglu et al. 2008; Veale, 2004). Quanto mais extremas forem estas emoções, maior a frequência e gravidade da avaliação negativa da imagem corporal e maior a atenção autofocada (Veale, 2004).

Comportamento

A comparação é um dos comportamentos mais comuns da PDC (Anson, Veale, & Miles, 2015; Wilhelm et al., 2011). Os indivíduos tendem a julgar-se negativamente nestas comparações, o que torna este comportamento um dos mais problemáticos para a manutenção de sintomas e para o reforço da atenção seletiva dos defeitos percebidos, assim como da atenção autofocada numa imagem interna distorcida (Neziroglu et al., 2008; Veale, 2004). Este comportamento pode ser explicado através da teoria da comparação social. Segundo esta teoria, os indivíduos tendem a autoavaliar os seus traços e a examinar os outros em contextos que são relevantes para si, fazendo comparações que fornecem informação relevante para a sua própria autoavaliação. A tendência à comparação será maior quanto mais relevante for para o indivíduo o domínio em comparação (Wilhelm et al., 2011).

O evitamento e os comportamentos de segurança são igualmente outro fator perpetuador da doença (Veale, 2004). Os comportamentos de segurança são ações desenhadas para prevenir desastres temidos perante determinadas situações. Podem ser: a) evitar ou fugir perante a exacerbação emocional; b) comportamentos mais subtis como camuflar-se para reduzir o escrutínio alheio; c) comportamentos compulsivos que são repetidos até a pessoa se sentir confortável. Estes comportamentos são idiossincráticos e têm um significado pessoal para o indivíduo. São iniciados com vários objetivos: evitar pensar sobre uma parte do corpo; alterar a aparência; camuflar; distrair

a atenção da parte do corpo; reduzir a incerteza ou angústia; evitar situações ou atividades que levem ao aumento da autoconsciência (Veale, 2004).

Modelos cognitivo-comportamentais

As várias teorias cognitivo-comportamentais propostas ao longo dos anos para explicar o desenvolvimento e manutenção da PDC partilham a premissa de que a forma como o indivíduo interpreta as suas experiências condiciona as suas emoções e comportamentos. Assim, a modificação das crenças e esquemas mal-adaptativos levará à melhoria dos sintomas (Neziroglu et al., 2008; Veale, 2004).

Um dos modelos cognitivo-comportamentais mais recentemente proposto (Wilhelm et al., 2011) sugere que o foco nos detalhes ao invés de uma visão global, leva a que estes indivíduos tenham maior propensão a atender seletivamente a determinados aspetos da sua aparência e a fazer interpretações disfuncionais da mesma, tendendo a exagerar o significado e importância destas imperfeições físicas *minor* ou inexistentes. Estas interpretações disfuncionais podem incluir pensamentos tais como “nunca serei feliz por ser assim” ou “toda a gente acha que o meu nariz é horrível”. Estudos mostram que vários fatores podem estar envolvidos na gênese destas interpretações, tais como a sobrestimação da importância da aparência e a elevada exigência dos padrões de beleza e de perfeição (Buhlmann et al., 2009), assim como um viés interpretativo das situações sociais (Buhlmann et al., 2002) e das expressões faciais dos outros (Buhlmann et al., 2006). Segundo o modelo, estas interpretações disfuncionais resultam num desencadear de estados emocionais como ansiedade, vergonha, desgosto e depressão (Wilhelm et al., 2011). Portanto, numa tentativa de regular as emoções negativas, o indivíduo manifesta comportamentos desajustados, tais como verificar, corrigir ou esconder os defeitos percebidos (e.g. olhar-se ao espelho repetidamente ou maquilhar-se em excesso), assim como evitar situações sociais, pessoas ou sítios que possam desencadear estas emoções. Acredita-se que estes comportamentos mantenham as crenças disfuncionais através de reforço negativo, pois tendem a reduzir as emoções negativas a curto prazo. Este modelo tem ainda em conta fatores etiopatogénicos que poderão ter um papel no processo cognitivo e nas respostas emocionais aos defeitos percebidos. Estes fatores incluem a sensibilidade à rejeição, o medo da avaliação negativa, o perfeccionismo, as experiências na infância, e os valores familiares e culturais (Fang & Wilhelm, 2015; Wilhelm et al., 2011).

Outro modelo (Neziroglu et al., 2008) enfatiza o papel dos condicionamentos clássico e operante, e o papel da aprendizagem social. O modelo postula que vivências precoces que serviram de reforço positivo para o indivíduo pela sua aparência têm um papel importante no desenvolvimento da doença, uma vez que reforçam a ideia de que a aparência é mais importante que o comportamento. Também as vivências precoces aversivas (e.g. abuso, *bullying*) podem condicionar o indivíduo a um afeto negativo que posteriormente experiencia ao observar determinadas partes do corpo, sobretudo se estas foram alvo da referida vivência. Do mesmo modo, usa a teoria da aprendizagem social para afirmar que um indivíduo pode aprender através dos media, da cultura popular ou do ambiente envolvente e familiar, que a atratividade física está associada à recompensa. O condicionamento clássico tem um papel nesta doença quando se considera que eventos traumáticos precoces que envolveram a aparência do indivíduo servem como estímulo não condicionado (ENC) ao provocarem uma resposta emocional não condicionada (RNC) como ansiedade, depressão ou vergonha. O ENC pode levar a uma reação aversiva e quando emparelhado com um estímulo neutro leva à mesma reação (Feusner et al., 2010; Neziroglu et al., 2008). Assim, por exemplo, o abuso ou *bullying* sofrido (ENC) fica associado a uma palavra ou parte do corpo (estímulo neutro) que posteriormente é avaliada negativamente. Assim, tanto o ENC como o estímulo neutro passam a causar emoções como ansiedade, angústia, depressão, entre

outras. Finalmente o reforço negativo gerado pelos comportamentos de segurança e de evitamento levam à manutenção dos sintomas e crenças disfuncionais.

Tratamento

Em linha com a evidência existente, as *guidelines* atuais recomendam como principais medidas terapêuticas para a PDC uma abordagem terapêutica individual ou combinada com psicofármacos, nomeadamente os inibidores da recaptção da serotonina (SSRIs), e terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Ipser et al., 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

A TCC para PDC envolve tipicamente vários componentes tais como: psicoeducação, intervenção motivacional, reestruturação cognitiva, exposição com prevenção de resposta (EPR), *perceptual mirror retraining* e prevenção de recaída. Algumas TCC dirigidas ao tratamento da PDC podem envolver módulos opcionais como é o caso do tratamento desenvolvido por Wilhelm *et al* (2011). Neste caso, os módulos são utilizados consoante os sintomas específicos do doente.

No que toca às técnicas/intervenções aplicadas:

A psicoeducação permite ao terapeuta explicar a doença e o modelo cognitivo-comportamental ao doente. Com base na história clínica obtida durante a entrevista inicial, o terapeuta e o doente desenvolvem conjuntamente um modelo cognitivo-comportamental individualizado para os sintomas do mesmo. Este modelo deverá incluir os prováveis mecanismos ou fatores identificados que tenham contribuído para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas e da doença (Fang, Matheny, & Wilhelm, 2014; Weingarden et al., 2011).

A intervenção motivacional consiste numa série de técnicas que pretendem melhorar a adesão terapêutica dos doentes que se apresentam ambivalentes quanto ao tratamento. Assim, é uma intervenção que assume especial relevância para a melhoria da adesão e para a redução do abandono terapêutico nos casos em que a crença sobre a aparência se apresenta como uma ideia sobrevalorizada (Fang & Wilhelm, 2015).

A reestruturação cognitiva (RC) tem por objetivo identificar e alterar os erros de processamento que mantêm as crenças e os esquemas mal-adaptativos. As distorções cognitivas relacionadas com a PDC incluem habitualmente perfeccionismo, pensamentos absolutistas e dicotómicos, inferências arbitrarias, catastrofização e distorção do reconhecimento emocional/leitura mental relacionada com ideias ou delírios de referência (Wilhelm et al., 2010). Na RC podem ser aplicadas estratégias como a flecha descendente, estratégia cognitiva que pretende identificar as crenças mais enraizadas (e.g. “apenas posso ser feliz se for mais bonito”, “vou acabar sozinho por ser feio”, “só as pessoas bonitas podem ser felizes”) (Fang & Wilhelm, 2015). Após a identificação destas crenças, os doentes aprendem estratégias (e.g. *self-esteem pie*) para melhorar a sua autoestima de forma a valorizar outras qualidades para além da aparência, como possíveis talentos, inteligência, valores morais, entre outros. São igualmente utilizadas técnicas como o diálogo socrático e técnicas de reatribuição de forma a explorar o conteúdo e significado da experiência do doente, e modificar os seus pensamentos e comportamentos. Deste modo, a RC tem como alvo os vieses interpretativos negativos do doente, oferecendo explicações alternativas para as suas observações (Wilhelm et al., 2011).

Como previamente referido, estes doentes exibem défices no processamento holístico, atendendo seletivamente a defeitos percebidos na sua aparência, desta forma, focam-se nas partes do corpo que consideram defeituosas ignorando as restantes. O *perceptual mirror retraining*, combinado com técnicas de *Mindfulness*, é uma técnica que permite aos doentes expandir o foco e ter uma visão mais global do corpo, dando atenção a outros aspetos do mesmo para além dos defeitos. Nesta técnica, os doentes são instruídos a olhar-se ao espelho e descrever todas as partes corporais de

forma objetiva, sem realização de julgamentos, sendo igualmente pedido que evitem comportamentos de correção da imagem durante o exercício (comportamentos de segurança). Assim, o doente aprende a observar e descrever a sua aparência de um modo *mindful*, holístico, sem tendência ao julgamento (Fang et al., 2014; Wilhelm et al., 2011).

A exposição com prevenção de resposta (EPR) é uma técnica comportamental mediante a qual o doente é sujeito à confrontação gradual com situações geradoras de ansiedade ou medo (e.g. espelhos, luzes mais claras, situações sociais), enquanto se abstém de realizar comportamentos de segurança ou rituais (e.g. camuflar, aplicar maquilhagem excessiva), de forma a neutralizar a angústia e alcançando a habituação à ansiedade (Krebs et al., 2017; Wilhelm et al., 2011). Esta técnica estabelece metas comportamentais específicas e visa consequências temidas pelo doente perante determinada situação. Deste modo, o doente pode aprender que estas consequências negativas não ocorreram, ou caso tenham ocorrido, que ultrapassou a situação. De referir que um estudo por Khemlani-Patel *et al.* (2011) concluiu que a EPR era igualmente eficaz sozinha ou acompanhada de terapia cognitiva, sugerindo que se trata de um elemento nuclear do tratamento.

No final do tratamento, o enfoque é a prevenção de recaídas, na qual o doente é ajudado a focar-se na consolidação das técnicas aprendidas e na manutenção dos ganhos obtidos durante o acompanhamento (Fang & Wilhelm, 2015).

Eficácia da terapia cognitivo-comportamental na perturbação dismórfica corporal

Até à data, e no que toca à população adulta, seis ensaios clínicos aleatorizados (ECA) mostraram a eficácia da TCC na redução da gravidade da PDC comparativamente a grupos de controlo sem tratamento ou em lista de espera (Rabiei et al., 2012; Rosen, Reiter, & Orosan, 1995; Veale et al., 1996; Rabiei et al., 2012; Wilhelm et al., 2014), terapia de suporte (Enander et al., 2016) e técnicas de gestão de ansiedade (Veale et al., 2014). Igualmente, uma meta-análise recente (Harrison et al., 2016) de sete ECAs (um dos quais sobre TCC para PDC em adolescentes) concluiu que a TCC é um tratamento eficaz para os sintomas de PDC (*effect size* = 1,22) assim como para outros fatores associados, como depressão (*effect size* = 0,49) e *insight* (*effect size* = 0,56), sendo provável que os ganhos se mantenham pelo menos a curto prazo (2-4 meses após o tratamento, o que compreende 12-22 sessões semanais, dependendo dos ensaios clínicos). Apesar dos aparentes bons resultados, apenas 40-54% dos participantes nestes ensaios são classificados como respondedores ao tratamento, valor que é substancialmente inferior às taxas de resposta tipicamente obtidas nos ensaios de TCC para perturbação obsessivo-compulsiva, as quais se encontram entre os 60-80%. Estima-se que os resultados possam ser ainda menos favoráveis na prática clínica rotineira, onde os doentes não são selecionados com base em critérios e onde os terapeutas podem ser menos experientes neste tipo de tratamento (Harrison et al. 2016). Apesar da TCC ser um tratamento eficaz para a PDC, muitos doentes continuam a experienciar sintomas significativos, existindo necessidade de melhoria dos atuais programas terapêuticos.

Um estudo por Neziroglu *et al.* (2001) demonstrou que, numa fase de pré-tratamento, elevados níveis de ideias sobrevalorizadas na PDC eram preditores de um pior resultado da terapia comportamental. Um ECA por Wilhelm *et al.* (2014) demonstrou que os doentes que abandonaram o tratamento com TCC apresentavam maior gravidade dos sintomas, maior sintomatologia depressiva, e pelo menos uma ou mais perturbações da personalidade, comparativamente àqueles que completaram o tratamento.

DISCUSSÃO

A PDC é uma doença relativamente comum e com marcado impacto na qualidade de vida, condicionando importantes défices no funcionamento global do indivíduo. Como agravante, trata-se de uma doença que suscita uma baixa procura de ajuda apesar do início precoce e do curso crónico e contínuo.

Ao longo dos últimos anos tem aumentado a investigação relativa a esta patologia, tanto a nível da sua complexa etiopatogenia biopsicossocial, como a nível do seu tratamento. Esta investigação tem permitido confirmar diversas teorias relativas ao desenvolvimento e manutenção da PDC, levando à criação de vários modelos cognitivo-comportamentais. Assim, a evidência confirmatória nestes doentes de falhas no processamento holístico, da existência de crenças disfuncionais sobre a aparência e da presença de vieses interpretativos sobre os outros e sobre o ambiente, permitiu compreender os estados emocionais e os comportamentos efetuados. Estes comportamentos, entre os quais se destacam a comparação, o evitamento e os comportamentos de segurança, constituem um dos principais fatores de manutenção da doença através de reforço negativo.

Os estudos da última década têm evidenciado a eficácia da TCC na PDC. Técnicas como a reestruturação cognitiva e a EPR têm mostrado benefícios tanto na redução da gravidade dos sintomas como na manutenção destas melhorias. A EPR é considerada uma das técnicas nucleares para o tratamento desta doença, tendo como alvo um dos maiores fatores de manutenção – os comportamentos de segurança e de evitamento.

Apesar dos ECAs apresentarem bons resultados quanto à aplicação da TCC na PDC, estes não são tão sólidos quanto esperado, existindo um elevado número de doentes que mantêm sintomatologia significativa e ausência de resposta terapêutica.

Face ao exposto, torna-se necessária investigação adicional no que toca à terapêutica e aos preditores de resposta. Igualmente, existe uma importante necessidade em aumentar a consciência dos vários técnicos de saúde para esta patologia, sobretudo os psicoterapeutas, de modo a melhor identificar, diagnosticar e tratar esta doença.

REFERÊNCIAS

- Anson, M., Veale, D., & Miles, S. (2015). Appearance comparison in individuals with body dysmorphic disorder and controls. *Body Image, 15*, 132-140. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.08.003
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., & Phillips, K. A. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12*(2), 221-232.
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., Grant, J. E., Menard, W., Stalker, E., & Phillips, K. A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 54*(7), 893-903. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.03.019
- Buhlmann, U., & Wilhelm, S. (2004). Cognitive factors in body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals, 34*(12), 922-926. doi: 10.3928/0048-5713-20041201-14
- Buhlmann, U., Etcoff, N. L., Wilhelm, S. (2006). Emotion recognition bias for contempt and anger in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research, 40*(2), 105-111. doi: 10.1016/j.jpsychires.2005.03.006
- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry Research, 178*(1), 171-175. doi: 10.1016/j.psychres.2009.05.002

- Buhlmann, U., Marques, L. M., & Wilhelm, S. (2012). Traumatic experiences in individuals with body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(1), 95-98. doi: 10.1097/NMD.0b013e31823f6775
- Buhlmann, U., Teachman, B. A., Naumann, E., Fehlinger, T., & Rief, W. (2009). The meaning of beauty: Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 694-702. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.02.008
- Buhlmann, U., Wilhelm, S., McNally, R. J., Tuschen-Caffier, B., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Interpretive biases for ambiguous information in body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums*, 7, 435-443. doi: 10.1017/S1092852900017946
- Chosak, A., Marques, L., Greenberg, J. L., Jenike, E., Dougherty, D. D., & Wilhelm, S. (2008). Body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder: similarities, differences and the classification debate. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(8), 1209-1218. doi: 10.1586/14737175.8.8.1209
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders: DSM-5* (5th ed.). (2013). Arlington, VA: American Psychiatric Association. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- Enander, J., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Lichtenstein, L., Alström, K., Andersson, G., ... Rück, C. (2016). Therapist guided internet based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder: Single blind randomized controlled trial. *BMJ*, 352, i241. doi: 10.1136/bmj.i241
- Fang, A. & Wilhelm, S. (2015). Clinical Features, Cognitive Biases, and Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 187-212. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112849
- Fang, A., Matheny, N. L., & Wilhelm, S. (2014). Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 287-300. doi: 10.1016/j.psc.2014.05.003
- Feusner, J. D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Mancuso, L., & Bohlen, C. (2010). What causes BDD: Research findings and proposed model. *Psychiatric Annals*, 40, 349-355. doi: 10.3928/00485713-20100701-08
- Harrison, A., Cruz, L. F., Enander, J., Radua, J., & Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 48, 43-51. doi: 10.1016/j.cpr.2016.05.007
- Ipsen, J. C., Sander, C., & Stein, D. J. (2009). Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.CD005332.pub2
- Khemlani-Patel, S., Neziroglu, F., & Mancusi, L. M., (2011). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A comparative investigation. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 363-380. doi: 10.1521/ijct.2011.4.4.363
- Kollei, I., Hornsdasch, S., Erim, Y., & Martin, A. (2017). Visual selective attention in body dysmorphic disorder, bulimia nervosa and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 92, 26-33. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.11.008
- Krebs, G., Cruz, L. F., & Mataix-Cols, D. (2017). Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. *Evidence Based Mental Health*, 20(3), 71-75. doi: 10.1136/eb-2017-102702
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). Core interventions in the treatment of obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder (a guideline from the National Institute for Health and Clinical Excellence. London, England: British Psychiatric Society and Royal College of Psychiatrists.
- Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S., & Veale, D. (2008). Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 5(1), 28-38. doi: 10.1016/j.bodyim.2008.01.002

- Neziroglu, F., Stevens, K. P., McKay, D., & Yaryura-Tobias J. A. (2001). Predictive validity of the overvalued ideas scale: outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Behaviour Research and Therapy, 39*(6), 745-756. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00053-X
- Phillips, K. A. (2007). Suicidality in body dysmorphic disorder. *Primary psychiatry, 14*(12), 58-66.
- Phillips, K. A. (2004). Psychosis in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research, 38*(1), 63-72. doi: 10.1016/S0022-3956(03)00098-0
- Phillips, K. A. & Diaz, S. F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease, 185*(9), 570-577. doi: 10.1097/00005053-199709000-00006
- Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J., & Albertini, R. S. (2001). Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics, 42*(6), 504-510. doi: 10.1176/appi.psy.42.6.504
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Pagano, M. E. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 46*(4), 254-260. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.10.004
- Phillips, K. A., Menard, W., Quinn, E., Didie, E. R., Stout, R. L. (2013). A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine, 43*(5), 1109-1117. doi: 10.1017/S0033291712001730
- Rabiei, M., Mulkens, S., Kalantari, M., Molavi, H., & Bahrami, F. (2012). Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*(2), 724-729. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.09.013
- Rosen, J. C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(2), 263-269. doi: 10.1037/0022-006X.63.2.263
- Schneider, S. C., Turner, C. M., Mond, J., & Hudson, J. L. (2017). Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 51*(6), 595-603. doi: 10.1177/0004867416665483
- Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image, 1*(1), 113-125. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00009-3
- Veale, D., Anson, M., Miles, S., Pieta, M., Costa, A., & Ellison, N. (2014). Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83*(6), 341-353. doi: 10.1159/000360740
- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image, 18*, 168-186. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.07.003
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 34*(9), 717-729. doi: 10.1016/0005-7967(96)00025-3
- Weingarden, H., Curley, E. E., Renshaw, K. D., & Wilhelm, S. (2017). Patient-identified events implicated in the development of body dysmorphic disorder. *Body Image, 21*, 19-25. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.02.003
- Weingarden, H., Marques, L., Fang, A., Leblanc, N., Buhlmann, U., Phillips, K. A., & Wilhelm, S. (2011). Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: Case Examples. *International Journal of Cognitive Therapy, 4*(4), 381-396. doi: 10.1521/ijct.2011.4.4.381

- Wilhelm, S., Buhlmann, U., Hayward, L. C., Greenberg, J. L., & Dimaite, R. (2010). A Cognitive-Behavioral Treatment Approach for Body Dysmorphic Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(3), 241-247. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.02.001
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., Didie, E., Buhlmann, U., Greenberg, J. L., Fama, J. M., ... Steketee, G. (2014). Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy, 45*(3), 314-327. doi: 10.1016/j.beth.2013.12.007
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., Fama, J. M., Greenberg, J. L., & Steketee, G. (2011). Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Therapy, 42*(4), 624-633. doi: 10.1016/j.beth.2011.02.002