

Transtorno dismórfico corporal: uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo?

Body dysmorphic disorder: an alternative expression of obsessive-compulsive disorder?

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é um transtorno mental que se caracteriza por afetar a percepção que o paciente tem da própria imagem corporal, levando-o a ter preocupações irracionais sobre defeitos em alguma parte de seu corpo (por exemplo: nariz torto, olhos desalinhados, imperfeições na pele etc).¹ Essa percepção distorcida pode ser totalmente falsa (imaginária) ou estar baseada em alterações sutis da aparência, resultando numa reação exagerada a respeito, com importantes prejuízos no funcionamento pessoal, familiar, social e profissional. Acomete mais freqüentemente o sexo feminino e inicia-se em geral na adolescência.¹

O TDC é conceituado como um transtorno do espectro obsessivo-compulsivo a partir de evidências oriundas de estudos psicopatológicos, genéticos e terapêuticos²⁻⁵ que apontam diversas semelhanças com o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Por exemplo, ambos se caracterizam por pensamentos desagradáveis 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).

Outras semelhanças incluem o curso crônico e flutuante, as freqüentes comorbidades com depressão e transtornos ansiosos e a distribuição igual entre os sexos.²⁻⁴ Do ponto de vista genético, existe uma maior agregação familiar de indivíduos com TDC em parentes de pacientes com TOC. Por último, ambos os transtornos são tratados de forma semelhante com abordagens psicoterapêuticas (terapias cognitivo-comportamentais) e farmacológicas (inibidores de recaptação da serotonina, que podem ser potencializados com neurolépticos nos casos mais graves).³⁻⁵

As diferenças, entretanto, existem. 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 idéias supervalorizadas ou prevalentes, de natureza egossintônica. Enquanto pacientes com TOC tendem a ter obsessões de diferentes conteúdos (agressivo, sexual, religioso, simetria, contaminação, somático, etc), portadores de TDC se atêm a questões corporais, envolvendo uma ou mais preocupações, simultânea ou sucessivamente. A anorexia nervosa e a mais recentemente descrita "anorexia inversa" (dismorfia muscular ou vigorexia) são igualmente caracterizadas por distorções da auto-imagem e idéias prevalentes sobre excesso de peso e musculatura pouco desenvolvida, respectivamente, numa aproximação fenomenológica evidente com o TDC. Curiosamente, 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 irrealistas, diferentemente de suas preocupações estéticas. De todo modo, a crítica sobre idéias prevalentes no TDC tende a melhorar com tratamento adequado, da mesma forma que as preocupações obsessivas.

Além das alterações de pensamento, uma parcela dos portadores de TDC apresenta alterações sensoriais - como sensações táteis, por exemplo - que podem colaborar para a egossintonicidade dos sintomas. Na verdade, outros quadros classificados atualmente como transtornos "delirantes" somáticos¹ são essencialmente indistinguíveis do TDC, como os que envolvem idéias sobre infestação parasitária ou mau-cheiro corporal. Assim como ocorre na síndrome de Tourette (também do espectro obsessivo-compulsivo), alguns pacientes com TDC se autodescrevem como altamente sensíveis a estímulos externos. Por exemplo, um rapaz que sente constantemente um cheiro ruim vindo de sua boca, também consegue perceber quaisquer odores antes de outras pessoas ao seu redor e possui uma excepcional memória olfativa, reconhecendo pessoas, coisas e lugares pelo cheiro. Outros pacientes podem apresentar isso em relação a sua pele ou fâneros, levando à dermatotilexomania (*skin picking*) ou à tricotilomania. De forma semelhante, obsessivos preocupados com sangue contaminado, por exemplo, ficam excessivamente atentos a todos os estímulos afins. Da mesma forma que na Síndrome de Tourette, no TDC encontramos evidências de anormalidades neurobiológicas em circuitos neuroanatômicos envolvendo os gânglios da base (ex.: estriado, em especial caudado e putamen), a exemplo do que ocorre no TOC.⁵

Atitudes culturais modernas que enfatizam a importância da beleza, a necessidade de atributos estéticos, a comparação com os outros ou com padrões idealizados e a aceitação pelo grupo social têm sido sugeridas como aspectos relevantes no desenvolvimento e manutenção dos sintomas do TDC. Assim, o paciente com maior vulnerabilidade genética para a expressão de sintomas obsessivo-compulsivos e sob um importante impacto ambiental e cultural, nesse sentido, pode ter a expressão fenotípica do TDC favorecida.

Apesar de bem descrito há mais de uma centena de anos e de causar muito sofrimento, o TDC ainda recebe pouca atenção na rede assistencial e na literatura. Como o TOC, pode ser uma "doença oculta", pois os portadores tendem a procurar dermatologistas ou cirurgiões plásticos, estimando-se que apenas cerca de 10% recebam atendimento apropriado.²

Muitas questões ainda permanecem quanto à etiologia e tratamento deste transtorno pouco conhecido e diagnosticado, mas que possui interfaces evidentes com o TOC. A classificação de alguns transtornos sob a mesma rubrica deveria nos ajudar na descoberta de genes importantes na sua etiologia e de abordagens terapêuticas mais adequadas. O "espectro obsessivo-compulsivo", como atualmente descrito,⁴ engloba inúmeros transtornos, alguns mais e outros menos embasados do ponto de vista científico. Neste editorial, apresentamos algumas evidências para a inclusão do TDC neste espectro como uma possível expressão fenotípica alternativa de uma suscetibilidade genética comum modulada por fatores ambientais específicos. Assim, está aberto um grande campo de investigações futuras, visando compreender e situar melhor o TDC para, em última instância, minimizar o enorme sofrimento desses pacientes e de seus familiares.

Albina R Torres

Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Ygor A Ferrão

Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Hospital Psiquiátrico São Pedro e Centro Universitário Metodista Porto Alegre

Eurípedes C Miguel

Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Referências

1. Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A, Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(9):721-7.
2. Phillips KA, McElroy SL, Hudson JI, Pope HG Jr. Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? *J Clin Psychiatry*. 1995;56(Suppl 4):41-51; discussion 52.
3. Brady KT, Austin L, Lydiard RB. Body dysmorphic disorder: the relationship to obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1990;178(8):538-40.
4. McElroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr. Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(Suppl 10):33-51; discussion 52-3.
5. Rauch SL, Phillips KA, Segal E, Makris N, Shin LM, Whalen PJ, et al. A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res*. 2003;122(1):13-9.