

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**ESPELHO, ESPELHO MEU...:  
PERCEPÇÃO CORPORAL E CATEGORIZAÇÃO NOSOGRÁFICA NO  
TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL**

Trabalho apresentado como  
requisito parcial para a obtenção  
do grau de mestre em Saúde Pública

Andréa Câmara Monteiro  
Rio de Janeiro/Setembro 2003

**RESUMO**

---

O presente trabalho se ocupa da construção de uma categoria nosográfica da psiquiatria, o Transtorno Dismórfico Corporal, definido como uma preocupação excessiva com um defeito imaginário na aparência que causa sofrimento significativo para o indivíduo. A partir de um estudo bibliográfico, procuramos traçar como a concepção do transtorno se modificou ao longo do tempo. Essas mudanças são descritas em conexão com mudanças de fatores internos e externos à psiquiatria, a saber, as tecnologias diagnósticas e a própria concepção do corpo. Dessa forma, demonstramos o caráter histórico do transtorno, que surge como uma categoria construída, determinada espacial e temporalmente.

## **ABSTRACT**

---

This research studies the constitution of a psychiatric category, the Body Dysmorphic Disorder. This disorder is defined as an exaggerated preoccupation about an imaginary aesthetic flaw that causes a significant suffering for the individual. A bibliographical revision shows how the conception of the disorder has changed through the years. These changes are described as intimately linked with the changes of diagnostic technologies and of the conception of the body. Thus, it is demonstrated that this disorder can be understood as a socially constituted category that is spatially and temporally bound.

## **AGRADECIMENTOS**

---

Os caminhos sinuosos de uma pesquisa exigem, inevitavelmente, suporte em vários aspectos. Gostaria de agradecer primeiramente ao meu orientador, Luís David Castiel pelo respeito com que

acompanhou o meu trabalho – e meus troços. Suas orientações foram valiosas não só para esta produção, mas também para reflexões pessoais. Devo agradecer também à Maria Helena Cardoso por sua co-orientação extra-oficial e pelo carinho com que me recebeu para discutir as primeiras idéias para o meu projeto e o primeiro capítulo da dissertação. Algumas de suas críticas com relação àquelas idéias tiveram reflexos na minha própria conduta profissional.

Agradeço à FIOCRUZ pela bolsa parcial que me concedeu durante o mestrado e aos funcionários desta instituição, sempre solícitos e eficientes no encaminhamento de pedidos e questões burocráticas. Aos demais professores, agradeço pela forma com que me conduziram ao universo da saúde pública, possibilitando a formação de uma postura crítica diante deste.

Colegas e amigos também foram importantes na elaboração deste trabalho, seja pelas observações e sugestões nos seminários avançados, pela troca de idéias ou pelo apoio. Agradeço especialmente à: Christina Zackiewicz, Nelson Caldas, Roberta Costa, Mariana Rodrigues e Adriana de Araújo.

Finalmente, gostaria de agradecer pelo carinho e apoio excepcional dos meus pais, Galleno e Hélène, e do meu irmão, Alexandre. Também agradeço, pelas mesmas razões, à minha segunda família: Odilon, Orésia, Bruno, e ao meu marido, Paulo, que foi uma inspiração intelectual para este trabalho e é uma presença muito importante na minha vida.

## SUMÁRIO

---

Introdução.....	I
Capítulo I.....	1
Enrico Morselli e a Fobia da deformação: entre o herdado e o adquirido.....	5
Pierre Janet e a Obsessão da Vergonha do corpo: sobre o desenvolvimento de uma doença funcional.....	10
Emil Kraepelin e o Medo Obsessivo de Contato.....	15
O caso do Homem dos Lobos.....	19
História e Legitimidade: a longa tradição do TDC.....	22
Notas.....	30
Capítulo II.....	32
“Preparando o terreno”: a cirurgia plástica nos EUA nas décadas de 1940-60.....	32

“Retraduzindo” a Dismorfofobia: os primeiros trabalhos em língua inglesa.....	37
A Dismorfofobia na literatura inglesa: definições e indefinições.....	43
Da Dismorfofobia ao TDC.....	49
Notas.....	62
Capítulo III.....	66
O TDC na literatura americana: novas e velhas questões.....	66
“Atualizando” a categoria: o TDC na nosologia psiquiátrica da década de 1990.....	78
TDC e Corpo Hoje: o ponto de vista dos estudiosos.....	87
Notas.....	92
Conclusão.....	95
Referências Bibliográficas.....	97
Anexos.....	105

## INTRODUÇÃO

---

O jornal *O Estado de São Paulo* apresentou em 8 de abril de 2001 uma reportagem sobre modelos insatisfeitas com o próprio corpo, destacando que “[m]esmo as garotas das capas de revistas, estrelas das passarelas e protagonistas de comerciais duvidam da própria beleza, pelo menos de vez em quando”. Segundo a reportagem, a insatisfação com o corpo levava algumas modelos a desenvolver Depressão ou outras patologias, como no caso de M.:

Deprimida, ela havia abandonado uma promissora carreira [de modelo]. Em poucos meses, rejeitou convites para trabalhar na Europa, abandonou a faculdade e terminou o namoro. Raramente saía de casa. Tudo por causa do umbigo que, segundo a moça, era torto. De acordo com o psicólogo, M., ainda em tratamento, sofre do *transtorno do corpo dismórfico*, um distúrbio que atinge cerca de 2% da população, a maioria mulheres jovens e bonitas de centros urbanos (Leal, 2001 – grifo nosso).

A preocupação exagerada de M. com sua aparência física ilustra um fenômeno reconhecido atualmente como uma categoria diagnóstica da psiquiatria: o Transtorno Dismórfico Corporal<sup>1</sup> (TDC). De acordo com essa disciplina, uma categoria diagnóstica corresponde, em termos gerais, a descrição de um quadro clínico que permite ao psiquiatra realizar um diagnóstico. Ou, em outras palavras, é um instrumento através do qual determinado fenômeno é reconhecido como um “transtorno mental”.

O quadro clínico que caracteriza o TDC é uma preocupação exagerada com um defeito mínimo ou imaginário na aparência física que traz sofrimento significativo ou prejuízo em áreas importantes na vida do

indivíduo. Diferentemente da Anorexia Nervosa, onde o indivíduo se preocupa exclusivamente com a esbelteza, o TDC pode se referir a qualquer parte ou aspecto do corpo, como tamanho, textura ou cor.

De acordo com os pesquisadores, o TDC possui uma longa tradição histórica, tendo sido descrito pela primeira vez por um alienista italiano há mais de cem anos e, posteriormente, na literatura psiquiátrica inglesa, francesa, alemã e russa (dentre outras), sob os mais diversos nomes. Trata-se, desta perspectiva, de um mesmo fenômeno observado em diferentes períodos e locais, e portanto, de caráter atemporal e universal.

Mas o que definia no século XIX uma preocupação exagerada com a aparência? E o que pode defini-la hoje? Quais os limites entre a preocupação normal e “patológica” com a aparência física no século XIX e nos dias atuais? Como um transtorno, que parece claramente relacionado com apelos contemporâneos, teria sido descrito há mais de cem anos?

Estudos de sistemas médicos de diferentes culturas incentivaram antropólogos a distinguir a etiologia biológica de uma doença e suas manifestações sociais e psicológicas (McDade, 1996). Kleinman, um influente autor no campo da antropologia médica, reconheceu três aspectos da “doença”: anormalidades na estrutura/funcionamento de órgãos ou sistemas orgânicos – a arena do modelo biomédico, percepção e experiência pessoal de um estado socialmente desvalorizado como o adoecer e eventos relacionados com os dois primeiros- domínio dos antropólogos (Young, 1982). Esses aspectos foram referidos na língua inglesa por três palavras distintas que designam “doença”: *disease*, *illness* e *sickness*, respectivamente.

Young e Frankenburg reinterpretaram o esquema de Kleinman privilegiando as relações sociais que produzem as formas e distribuição da “doença” (*sickness*) na sociedade. De acordo com esses autores, a perspectiva de Kleinman tem como objeto o indivíduo e não auxilia no entendimento dos meios pelos quais as relações sociais dão forma e distribuem a “doença” (*sickness*). Os três aspectos da “doença” são entendidos por esses autores da seguinte maneira: *disease* – anormalidades orgânicas, *illness* – modo pelo qual *disease* e *sickness* são introduzidos na consciência do indivíduo e *sickness* – processo pelo qual determinados comportamentos e sinais biológicos adquirem significados reconhecidos socialmente, transformados em sintomas e conseqüências socialmente significativas (*idem, ibidem*).

Toda cultura possui regras para traduzir sinais em sintomas, para relacionar sintomatologias com etiologias e intervenções, e para usar a evidência fornecida pelas intervenções para confirmar traduções e legitimar as conseqüências. A trilha que uma pessoa percorre da tradução à conseqüência socialmente significativa constitui sua doença [*sickness*](*idem, ibidem:270*; tradução livre).

Nas sociedades ocidentais, afirma Young, “o direito de traduzir sinais em sintomas sociais importantes é dominado por um único tipo de praticante [no caso, o médico] e uma série mais ou menos unificada de etiologias” (*ibidem:270*; tradução livre). Entretanto, apesar da medicina ocidental ser percebida como independente da moralidade, sociedade e cultura, afirma McDade, o processo de “construção da doença” não é um processo neutro e necessariamente lógico, mas “um processo também definido pelas necessidades dos médicos, hospitais, instituições político-econômicas, e ideologias culturais” (1996:2; tradução livre).

Assim, o presente trabalho argumenta que o TDC não é atemporal ou universal. Ao contrário, O TDC, do mesmo modo que o Transtorno de Estresse Pós-traumático na concepção de Young (1997),

(...) está colado com as práticas, tecnologias e narrativas com as quais é diagnosticado, estudado, tratado e representado, e com os vários interesses, instituições, e argumentos morais que mobilizaram esses esforços e recursos (p.5; tradução livre).

A partir de uma perspectiva cronológica, veremos então como essa categoria se modificou ao longo do tempo e como suas diferentes definições estão relacionadas com as “condições sociais, cognitivas e tecnológicas nas quais os pesquisadores e clínicos vêm conhecer seus fatos e o significado da facticidade” (*idem, ibidem*:10; tradução livre). Nesta trajetória, o foco de atenção será a produção sobre o tema nos Estados Unidos. É esta produção que define atualmente o TDC tendo em vista que a nosologia oficial do país é tida como referência para a psiquiatria no Ocidente.

No primeiro capítulo, analisamos trabalhos originais dos principais autores tidos como “clássicos” na descrição do TDC – Morselli, Janet, Kraepelin e Freud, observando as diferenças entre o trabalho desses autores entre si. Desse modo, colocamos em questão a “tradição histórica” atribuída ao TDC pelos pesquisadores, discutimos o modo como ela é concebida e seu papel na legitimação do transtorno.

No capítulo seguinte, passamos a descrever a construção do TDC, tal como é definido atualmente. Foi no campo de estudos sobre as motivações e os “aspectos psiquiátricos” da cirurgia plástica que surgiram os primeiros trabalhos em língua inglesa sobre o transtorno, então denominado Dismorfofobia. O primeiro deles, publicado na Inglaterra em 1970, é seguido de uma produção nacional importante que será referência para os pesquisadores americanos posteriormente.

Nos Estados Unidos, o primeiro artigo sobre a Dismorfofobia surgiu apenas em 1977. Neste artigo, a Dismorfofobia foi caracterizada como uma síndrome ocasionalmente encontrada em pacientes de cirurgia plástica e foi relacionada com uma preocupação de caráter estético, marcando sua distinção das definições anteriores.

A Dismorfofobia é incluída em 1980 na nosologia psiquiátrica oficial do país, em decorrência de várias mudanças ocorridas neste campo. Mas essa categoria só adquire critérios diagnósticos em 1987, quando passa a ser denominada Transtorno Dismórfico Corporal. Só então o TDC começa a despertar maior interesse entre os psiquiatras americanos.

A produção sobre o TDC nos Estados Unidos a partir de 1987, analisada no terceiro capítulo determina então os contornos da definição atual da categoria e aponta sua relação com dois fatores fundamentais: a tecnologia diagnóstica americana e a percepção do corpo como foco natural de preocupação estética. O TDC se revela, finalmente, uma categoria construída, determinada espacial e temporalmente.

---

<sup>1</sup> Tradução oficial para o termo original *Body Dysmorphic Disorder*. Esta categoria será referida neste trabalho somente pela abreviação TDC.

Embora o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) tenha sido incluído nas principais classificações psiquiátricas há pouco mais de vinte anos, este transtorno é freqüentemente apontado como um fenômeno de rica tradição na literatura especializada. Estudiosos afirmam que o TDC representaria um novo nome para uma síndrome observada há mais de cem anos em diferentes lugares. Vejamos alguns exemplos.

Segundo Katharine Phillips (1991), a mais prolífica pesquisadora do campo, esse fenômeno teria sido descrito sob diversos nomes na Europa, Rússia e Japão, sendo o mais comum Dismorfofobia, termo que teria sido cunhado por Enrico Morselli no século XIX.

Phillips sugere que, embora o próprio termo Dismorfofobia tenha sido utilizado de formas diferentes, em geral, o fenômeno descrito seria o mesmo, qual seja, “um sentimento subjetivo de feiúra ou de um defeito físico que o paciente pensa que pode ser notado por outros, apesar de sua aparência normal” (1991:1139; tradução livre). Desta forma, Phillips (1996) atribui a Kraepelin e a Janet, dois proeminentes psiquiatras do início do século XX, descrições do TDC. Kraepelin, considerando a natureza persistente e ego-distônica, teria classificado o fenômeno, que denominou Dismorfofobia, como uma Neurose Compulsiva. Enquanto Janet o teria descrito como *Obsession de la Honte du Corps* (Obsessão da Vergonha do Corpo), categorizando-o junto com uma ampla classe de síndromes similares ao TDC (*idem*, 1991).

Na literatura psicanalítica, Phillips afirma que o caso do Homem dos Lobos representaria um caso clássico de Dismorfofobia. E, dentre os vários autores e nomes que estariam relacionados ao TDC, Phillips ainda inclui os conceitos de *Schönheitshypochondrie* (Hipocondria da Beleza) e *Hässlichkeitskümmerer* (alguém que teme ser feio), que teriam sido usados por Jahrreiss em 1930 e discutidos posteriormente por Ladee; *Dermatologic Hypochondriasis* (Hipocondria Dermatológica), termo utilizado por Zaidens em 1950; além da descrição de um “grupo peculiar de idéias compulsivas relacionadas ao corpo” por Stekel, em 1949 (*idem, ibidem*:1139; tradução livre).

Essas referências, segundo Phillips, “(...) testemunham a longa história do Transtorno Dismórfico Corporal e o fato de que pessoas de diferentes culturas sofreram deste transtorno” (1996:20).

Morselli e Janet são também referências para o trabalho de Hay, médico reconhecido como autor do primeiro artigo sobre Dismorfofobia em língua inglesa. Diferentemente de Phillips, no entanto, Hay considerou a Dismorfofobia como um sintoma – e não um transtorno – relacionado a um tipo de personalidade particular. Este autor afirma que Morselli teria descrito diversos casos de pessoas saudáveis, “talvez sensitivas e emocionais” (1970a:400), que repentinamente desenvolveriam uma queixa sobre sua aparência, sem razão aparente. Esta mesma queixa teria sido descrita por Janet que, por sua vez, teria compreendido a Dismorfofobia como um fenômeno relacionado à personalidade.

Segundo Hay, a opinião de Janet teria sido sustentada posteriormente por Dietrich, que teria observado uma relação entre o “temor de incomodar esteticamente” (*ibidem*:400; tradução livre) as pessoas e



um tipo de personalidade particular – ainda que este fenômeno estivesse presente em vários transtornos diferentes.

Na década de 1950, afirma Hay, Stekel teria mencionado dismorfofóbicos para ilustrar uma discussão sobre como obsessões podem se tornar delírios e Korkina teria descrito 41 casos de dismorfofóbicos e pessoas que acreditavam exalar odores, dentre os quais 35 teriam sido diagnosticados como esquizofrênicos.

Hay também se refere aos trabalhos de Bychowski, em 1943, sobre mudanças na imagem corporal que estariam associadas à fase inicial da psicose; de Fenichel, em 1945, sobre queixas corporais em esquizofrênicos “incipientes”; e de Anderson, em 1964, que teria considerado pacientes com “idéias sensitivas de referência sobre seus corpos ou suas funções corporais” como casos moderados de esquizofrenia (*ibidem*:399; tradução livre).

No que diz respeito ao pioneirismo da descrição da Dismorfofobia, o médico francês Schachter assinala que o termo teria sido erroneamente atribuído por diversos autores a Kraepelin, que o introduziu apenas na oitava edição de seu tratado de psiquiatria, em 1915. Schachter (*ibidem*), da mesma forma que Phillips e Hay, aponta Morselli como o primeiro a utilizar o termo Dismorfofobia, em 1886<sup>1</sup>.

Depois disto, afirma Schachter (*ibidem*), o termo Dismorfofobia teria sido retomado e criticado por Tanzi e Lugaro, em 1923; por Corbella e Rossi, em 1967; e, “ainda que não explicitamente”, nos trabalhos de Campanella e Zuccoli, em 1968 e Tomkiewicz e Finder, em 1967 (p.724).

A propósito da classificação diagnóstica da “problemática dismorfofóbica”, o autor também se refere aos trabalhos de Dietrich, 1962; Korkina, 1959; Vitello, 1970 e Hay, 1970 (citado anteriormente).

Diferentemente dos autores supracitados, o compêndio de psiquiatria de autoria de Kaplan, Sadock e Gregg, um dos mais importantes da atualidade, aponta Kraepelin e Janet como os primeiros a reconhecerem o TDC.

Nesse compêndio os autores afirmam que o transtorno teria sido descrito também por Freud no caso do Homem dos Lobos e que, embora fosse uma condição reconhecida e estudada na Europa, somente após a publicação da terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III)*<sup>2</sup>, publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) em 1980, passaria a ser mencionado nos critérios diagnósticos nos EUA. A partir do DSM-III-R, acrescentam, o transtorno passa a ser denominado TDC, em substituição ao termo Dismorfofobia, que os editores do DSM teriam considerado inadequado por acreditarem implicar erroneamente na “presença de um padrão comportamental de evitação fóbica” (1997:591)

Berrios e Kan (1996), por sua vez, traçam a história do transtorno a partir de uma distinção entre o termo e o conceito de Dismorfofobia, ambos tendo Morselli como ponto de partida. De acordo com os autores, Morselli teria classificado o transtorno de acordo com seu conteúdo – o que representava um dos modos de análise dos fenômenos clínicos na época – e estaria utilizando o termo Fobia no seu sentido mais amplo pré-1890, período em que Fobia e Obsessão ainda não seriam inteiramente distintas.

Posteriormente, afirmam os autores, o termo e o conceito de Morselli teriam sido tratados diferentemente. Na língua inglesa, o termo teria aparecido na tradução do livro de Tanzi, em 1909, enquanto na língua alemã, teria sido discutido por Kraepelin, ao lado do Rubor Patológico. Até a Primeira Guerra, outros termos teriam sido sugeridos para o mesmo fenômeno, dentre eles, Vergonha do Corpo, Psicose da Feiúra, e Hipocondria da Beleza.

No que diz respeito ao conceito clínico de Dismorfofobia, Berrios e Kan sugerem que ele tenha sido discutido por Kaan já no ano seguinte à publicação do artigo de Morselli, sob a denominação de Medo da Feiúra. Em seguida, Hartenberg teria estudado uma condição semelhante em associação com a timidez, e Janet teria considerado o sintoma, que denominou Vergonha do Corpo, como uma Psicastenia. Dupré e Camus, em 1907, teriam relacionado a condição com um conteúdo proprioceptivo, idéia que teria sido desenvolvida na Alemanha e França posteriormente.

Berrios e Kan observam uma calma na produção sobre o tema até pouco antes da Segunda Guerra, quando três importantes trabalhos, de perspectiva psicodinâmica, teriam sido escritos. Trata-se dos trabalhos de Fenichel, que teria discutido o Medo de Feiúra como uma defesa contra o exibicionismo; de Updegraff e Menninger, que teriam observado sentimentos de inferioridade e exibicionismo em pacientes com defeitos insignificantes que procuravam cirurgia plástica e de Baker e Smith, que teriam realizado *follow-up* de pacientes submetidos à cirurgia plástica.

Ainda segundo Berrios e Kan, segue-se um período de grande produção neste campo como os trabalhos de: Bychowski, em 1943, relacionando queixas sobre mudanças na imagem corporal com a Psicose; Barsky, em 1944, sobre aspectos psicodinâmicos da cirurgia plástica; Dosuszkova e Dosuzkov, que chamaram a atenção para o fenômeno de substituição de queixas do paciente após cirurgias plásticas em 1947; Linn e Goldman, em 1949, sobre a observação de bons resultados para a cirurgia mesmo em pacientes com “doenças psiquiátricas” (1996:3).

Na década de 50, Berrios e Kan fazem referência aos trabalhos de Hill e Silver sobre fatores motivacionais da cirurgia plástica; de Marmor, sobre os aspectos psicodinâmicos da rinoplastia; de Zaidens, sobre o que denomina hipocondria dermatológica; de Merloo, que teria descrito o caso de uma garota submetida a diversas cirurgias plásticas; e de Korkina, que teria compreendido a Dismorfofobia como uma síndrome multiforme, em grande parte de natureza alucinatória.

No que se refere à produção da década de 1960 Berrios e Kan afirmam que sua abordagem exigiria uma “extensa revisão do presente” (p.3 e 4), sugerindo que os estudos realizados desde então seriam semelhantes aos trabalhos mais contemporâneos do campo.

Note-se que o histórico traçado nos trabalhos supracitados incluem estudos de temáticas diversas, como a motivação para a cirurgia plástica e a relação entre queixas somáticas e a Esquizofrenia. Encontramos, além disso, discordâncias com relação aos autores considerados relevantes no campo e no que diz respeito à produção de cada um destes autores, como por exemplo: Phillips (1991 e 1996), Hay (1970a), Schachter (1971), Berrios e Kan (1996) atribuem a Morselli a primeira descrição da Dismorfofobia, ao passo que Kaplan, Sadock e Gregg (1997) não fazem qualquer referência a este autor. Ou ainda, enquanto Hay (*ibidem*) reconhece no trabalho de Morselli a relação entre determinados traços de personalidade e o sintoma da Dismorfofobia, Phillips (*ibidem*) considera este trabalho como a primeira descrição de um quadro clínico reconhecido como um transtorno.

Apesar desses pontos de incongruência observamos, no entanto, que os autores atribuem uma continuidade entre o modo como definem a Dismorfofobia ou o TDC e o trabalho de outros autores, em diferentes locais e períodos. Phillips (1996) sugere que ao traçarmos a história do TDC podemos inclusive

reconhecer que pessoas de diferentes culturas também sofreram deste transtorno. Assim, embora poucos estudos sejam dedicados à história do TDC, os pesquisadores parecem concordar com seu caráter universal e atemporal, perspectiva a partir da qual é construída uma história linear do transtorno desde Morselli até os dias atuais.

No presente capítulo buscamos apresentar, com base nos artigos citados, as principais referências tidas como pioneiras na descrição do TDC e analisar como cada uma delas reflete práticas, tecnologias e narrativas localizadas espacial e temporalmente. Desse modo pretendemos demonstrar que o caráter linear atribuído à história do TDC é equivocado.

### **Enrico Morselli e a Fobia da deformação: entre o herdado e o adquirido**

Em 1891<sup>3</sup>, Enrico Morselli, à época um renomado alienista italiano (vide anexo I), publicou o artigo intitulado *Sulla Dismorfofobia e sulla Tafefobia: due forme non per anco descritte di Pazzia con idee fisse*<sup>4</sup>. A publicação, segundo o psiquiatra americano Laurence Jerome, iria assegurar ao alienista “um lugar permanente na história de sua disciplina [a psiquiatria]” (2001:104), já que o estudo foi reconhecido pela maior parte dos pesquisadores do TDC como a primeira descrição do quadro, então denominado Dismorfofobia. É esse artigo que passamos a analisar a seguir.

Como o próprio título indica, Morselli apresenta aí “duas novas formas de Loucura com Idéias Fixas”: a Dismorfofobia e a Tafefobia. A Dismorfofobia, segundo o autor, é caracterizada pelo “aparecimento repentino e pela fixação da idéia de sua própria deformidade; o indivíduo teme que ele tenha se tornado ou que possa se tornar deformado (*dismorfo*), e experiencia neste pensamento um sentimento de uma inexprimível ansiedade (*ansieta*)” (2001:107, tradução livre). A segunda condição, a Tafefobia, consiste no temor de ser enterrado vivo, gerando grande angústia.

No que se refere à Dismorfofobia, o autor acrescenta que o paciente pode ser tomado repentinamente pelo medo de ter desenvolvido alguma deformidade em seu corpo:

Ele teme ter ou estar desenvolvendo uma compressão, achatamento na testa, um nariz ridículo, pernas tortas, etc., desta forma ele constantemente se examina no espelho, sente sua testa, mede o comprimento do seu nariz, examina minúsculos defeitos em sua pele, ou mede as proporções do seu tronco ou a retidão de seus membros, e somente depois de um certo período de tempo, tendo se convencido de que isso não aconteceu, é capaz de se livrar do estado de dor e angústia em que o ataque o coloca. Mas se não houver um espelho à mão, ou se ele for impedido de silenciar suas dúvidas de uma forma ou de outra por meio de algum mecanismo ou movimentos dos mais estranhos tipos, (...), o ataque não termina muito rápido, mas pode alcançar uma intensidade muito dolorosa, até mesmo ao ponto do pranto e desespero (*idem, ibidem*:108, tradução livre).

A Dismorfofobia é caracterizada então por um estado de ansiedade que surge como um ataque – o que por sua vez lhe dá o caráter fóbico. A idéia de deformidade torna-se medo, sofrimento, ansiedade e angústia, compelindo o indivíduo a modificar seu comportamento e a agir de forma pré-determinada e fixada.

Morselli afirma que a Dismorfofobia e a Tafefobia são comparáveis com formas similares de Insanidade com Idéias Fixas, tendo em vista que a característica essencial do distúrbio permanece constante. Ele propõe que a Dismorfofobia e a Tafefobia sejam então somadas às várias formas de “insanidade com idéias fixas, cuja fenomenologia subjacente é essencialmente fóbica” (*idem, ibidem*:109; tradução livre), ao lado da Agorafobia (medo de espaços abertos), Claustrofobia (medo de espaços fechados), Acrofobia (medo de altura), dentre outras.

Segundo o autor, podemos observar nessas duas novas formas de Insanidade com Idéias Fixas todos os sinais que os alienistas atribuíram à Paranóia Rudimentar, cuja descrição já teria sido feito Magnan, Kraepelin e Krafft-Ebing, dentre outros. Morselli apresenta então o esquema sintético dos sinais dessa Paranóia, propostos por Magnan, alienista francês que defendeu a Teoria da Degeneração<sup>5</sup> (Jerome, 2001):

- |    |   |  |   |                      |
|----|---|--|---|----------------------|
| a. | { | 1. obsessão<br>2. impulso  | } | 3. irresistibilidade |
| b. | { | 4. plena consciência do estado mórbido<br>5. angústia concomitante |   |                      |
| c. | { | 6. alívio subsequente  |   |                      |

No que se refere à etiologia, Morselli afirma que embora a Paranóia Rudimentar seja considerada uma Psicose Degenerativa (ou, mais especificamente, um exemplo das Psicoses Hereditárias de Morel - autor da Teoria da Degenerescência), em alguns casos “é impossível encontrar a mínima indicação de uma herança psicopática ou neuropática, mas apenas um estado de neurastenia, que pode algumas vezes ser transitório” (*ibidem*:111, tradução livre). Dessa forma, acrescenta, pode-se afirmar que a Paranóia Rudimentar desenvolve-se a partir de uma “base psicopática constitucional”, denominada Psicastenia, que pode ser tanto congênita quanto adquirida:

(...) assim como existem as psicastenias congênicas, enfermidade ou fraqueza do cérebro herdada, assim também existem psicastenias devido ao acidental, exaustão nervosa adquirida. E é por isto que algumas vezes vemos desenvolver – mesmo na ausência de qualquer hereditariedade nervosa ou psicopática – uma insanidade com idéias fixas, um medo patológico de contato, uma desordem compulsiva, de fato qualquer tipo de paranóia rudimentar, no período da puberdade ou da gestação, ou durante o puerpério ou lactação, ou na menopausa, ou mesmo seguido da excitação sexual, ou finalmente durante a convalescência de doenças seriamente agudas, especialmente de variedade infecciosa. Destas formas neurastênicas eu coletei vários exemplos, e eu posso dizer que quase todas elas podem ser subsumidas na então chamada ‘insanidade metafísica’ (*idem, ibidem*).

O autor sugere que a Paranóia Rudimentar pode portanto ser totalmente curada em alguns casos, enquanto em outros casos, “quando é devida a fraqueza ou a um desenvolvimento anômalo da personalidade, ela persistirá por toda a vida, manifestando-se nas mais variadas formas”(idem, *ibidem*:112; tradução livre).

O diagnóstico diferencial, por assim dizer, pode ser dado de acordo com Morselli pela constância e uniformidade do quadro. Nas formas neurastênicas da Paranóia Rudimentar, afirma o autor, permanece a mesma dúvida no curso de toda a doença, enquanto na forma degenerativa encontramos uma sucessão de dúvidas, que dominam a consciência por um período e em seguida dão lugar a outra. No degenerado, portanto, pode-se observar as mais variadas formas de Insanidade com Idéias Fixas de forma consecutiva.

Neste conceito clínico de Paranóia Rudimentar Morselli se refere claramente a uma tentativa de conciliar duas tendências nosológicas opostas: de Kraepelin, médico alemão que teria definido a Paranóia Rudimentar como uma Insanidade Neurastênica, considerando-a exclusivamente como uma alteração patológica das funções neuro-psíquicas, e de Magnan (citado anteriormente), que teria compreendido esta Paranóia como uma Psicose Degenerativa. De onde conclui:

Não pode haver nenhuma dúvida de que nesta área da nosografia psiquiátrica, também, a verdade está entre as duas extremidades, isto é, nós temos que admitir que a paranóia rudimentar pode ser causada de diferentes formas, tanto por um mecanismo quanto pelo outro (*idem, ibidem*:112, tradução livre).

A descrição e a classificação das formas de alienação foram objeto de diversos estudos de Morselli. Não poderia ser diferente: a nosografia, bem como o estudo dos sintomas, sua gênese e seus mecanismos, junto com a organização e modalidades de cuidado dos alienados, eram as maiores preocupações dos alienistas do século XIX (Morel et al, 2000).

Neste período de efervescência, as construções nosográficas, bem como as hipóteses patogênicas e as discussões acerca da natureza física ou moral da loucura foram terreno para controvérsias. Na busca de uma descrição o mais rigorosa possível da alienação, surgiram polêmicas sobre a paternidade de determinadas categorias e debates que tinham como palco principal as academias de medicina ou as sociedades científicas (*idem, ibidem*).

Como destacado alienista italiano, Morselli buscou o pioneirismo na descrição de novas categorias e parecia estar a par das publicações mais importantes da área à época: publicações francesas e alemãs, que contribuíram para a edificação da psiquiatria sobretudo no âmbito do estudo clínico, da nosografia e da elaboração teórica (*idem, ibidem*). Assim, embora na segunda metade do século XIX os médicos italianos já deslocassem seu interesse pela nosografia descritiva dos alienistas franceses Pinel e Esquirol para a orientação organicista da psiquiatria alemã (Barros, 1994), Morselli ainda busca conciliar a orientação organicista de Kraepelin com a Teoria da Degenerescência dos franceses Morel e Magnan, marcando a particularidade de seu modo de conceber a Dismorfofobia.

Na perspectiva de Morselli a Dismorfofobia representa então uma Insanidade com Idéias Fixas ou uma forma de Paranóia Rudimentar que pode ser causada tanto por uma alteração patológica das funções neuro-psíquicas ou por uma base degenerativa. Ou ainda, como citado anteriormente, a Paranóia Rudimentar

pode se desenvolver, a partir de uma base psicopática constitucional (*psicastenia*), que pode ser tanto congênita – “enfermidade ou fraqueza do cérebro herdada” – ou acidental – “exaustão nervosa adquirida”.

Note-se que as hipóteses etiológicas do autor são relacionadas a uma “base constitucional”, uma condição orgânica, herdada ou não – seja por uma alteração das funções neuro-psíquicas, exaustão nervosa adquirida, degeneração ou fraqueza do cérebro herdada.

Ao concluir seu artigo, no entanto, Morselli observa que a patogênese dessa condição deve ser “(...) situada no contexto das leis psicológicas de associação, ou melhor, no contexto da classificação de estados psíquicos” (*ibidem*:114; tradução livre). O autor se refere brevemente aos estudos sobre hipnotismo e às especulações de psicólogos como Ribot, Paulhan, Janet e James acerca da “idéia de que a personalidade pode ser um sistema sintético de idéias e impulsos” (*idem, ibidem*), de onde conclui:

[a] insanidade em todas as suas formas deve ser vista como uma organização anômala ou como uma desintegração dos elementos *psicológicos e fisiológicos* que formam a personalidade (...) (*idem, ibidem*: 114, tradução livre- grifo nosso).

E acrescenta:

Na verdade, é especialmente na insanidade com idéias fixas que nós observamos a dissociação mórbida destes elementos [psicológico e fisiológico]: o estado psíquico que caracteriza esta forma de insanidade – seja de ideação, ou de sentimento, ou de impulso – rompe do fundo do inconsciente e movendo-se com veemência e grande força para dentro do campo perceptivo, organiza-se para dominar a consciência e para inibir a entrada de qualquer outro estado psicológico que possa fazer oposição a ele (*idem, ibidem*, tradução livre).

Mas a referência a elementos psicológicos e fisiológicos não sugere, como afirma Jerome (2001), que Morselli estaria apresentando uma perspectiva excepcionalmente contemporânea com relação à patogênese da doença mental. Afinal, a própria concepção de “psicologia” se encontrava em discussão neste período – período em que esta disciplina ainda tomava contornos.

Da mesma forma, a noção de Inconsciente utilizada por Morselli não pode ser confundida com idéias contemporâneas<sup>6</sup>. Neste sentido é interessante notar que o termo pode estar aqui relacionado ao trabalho sobre automatismos psicológicos de Janet, que era do conhecimento de Morselli<sup>7</sup>. Neste trabalho Janet discute a possibilidade de diferentes fluxos de consciência existirem simultaneamente no mesmo sistema nervoso e cita Hippolyte Taine, para quem estes dois pensamentos, duas vontades, seriam uma consciente e outra inconsciente. Janet formula esta divisão nos termos consciente e subconsciente e a considera patológica (Young, 1997).

Compreender o sentido atribuído por Morselli para cada um dos conceitos utilizados em seu artigo sobre a Dismorfofobia não é, em verdade, tarefa fácil. Este trabalho foi produzido num período em que os conceitos da psiquiatria eram ainda muito amplos e instáveis (Berrios e Kan, 1996 e Pessotti, 1999). Berrios e Kan (1996) chamam a atenção para a opacidade deste período lembrando que o conceito de idéia fixa, por exemplo, na perspectiva de Buccola, médico assistente de Morselli, incluía obsessões, fobias, alucinações e

impulsos. Da mesma forma, Berrios e Kan sugerem cuidado com o termo fobia, que segundo eles ainda não era inteiramente distinto de obsessão.

O artigo intitulado *Sulla Dismorfofobia e sulla Tafefobia* parece ter sido a única referência à Dismorfofobia na obra de Morselli<sup>8</sup>. O termo voltará a aparecer somente na oitava edição do *Tratado de Psiquiatria* de Kraepelin (1915), sem qualquer referência, no entanto, ao trabalho de Morselli.

Antes disso porém encontramos referência à Kaan, que teria citado Morselli e o Medo da Feiúra em seu trabalho sobre Neurastenia e Obsessão, publicado em alemão em 1892 (Berrios e Kan, 1996 e Álvarez e Pérez, 2000). Berrios e Kan (*ibidem*) acrescentam ainda o trabalho de Hartenberg sobre atitudes similares em associação com a timidez, publicado em 1901. Mas a grande maioria dos autores aponta somente o trabalho de Janet, de 1903, neste ínterim.

### **Pierre Janet e a Obsessão da Vergonha do corpo: sobre o desenvolvimento de uma doença funcional**

Pierre Janet, filósofo e médico francês, obteve grande notoriedade no início do século XIX com estudos dedicados sobretudo à psicopatologia e à psicoterapia (vide anexo II). Sua obra consiste num sistema original, reconhecido como uma “psicologia geral, dinâmica e sociogenética do comportamento” (Bühler e Heim, 2001:8; tradução livre), a Psicologia da Conduta, cujos conceitos centrais foram lançados no livro *Les obsessions e la psychasthénie* (As obsessões e a psicastenia), de 1903. Neste livro o autor descreveu sintomas, hipóteses patogênicas, evolução, diagnóstico e tratamento de diversas doenças psíquicas, dentre as quais a *Obsession de la honte du corps* (Obsessão da Vergonha do Corpo), quadro apontado como uma das primeiras descrições do TDC, que passamos a analisar a seguir.

Antes porém, para compreendermos a dinâmica psíquica na perspectiva de Janet, dois fatores são fundamentais: a Tensão Psicológica e a Força. A Tensão Psicológica, nas palavras do autor, “(...) consiste na capacidade de reagir aos estímulos por ações de um nível mais elevado” (Janet, 1924 in Bühler e Heim, 2001:9). Ou, dito de outra forma, é a atividade através da qual se organizam as Tendências necessárias para uma ação (Bühler e Heim, 2001).

O termo Tendência, de acordo com o psiquiatra Morel (1996), representa a infra-estrutura do sistema de Janet e é utilizado em substituição ao termo “Instinto”, designando as “disposições à ação”. As Tendências são ordenadas de acordo com uma hierarquia que compreende desde o ato reflexo, no primeiro nível, até os atos racionais, experimentais e progressivos, nos níveis mais elevados (Bühler e Heim, 2001).

O complemento quantitativo da Tensão Psicológica é a Força, compreendida como “a relação entre as exigências e os recursos disponíveis, quer dizer, como uma força motriz no início, durante e no fim do comportamento” (*idem, ibidem*:8; tradução livre).

Segundo Janet, nas doenças psíquicas (tais como a Neurose), ao contrário do que ocorre nas doenças orgânicas, as Tendências não possuem alterações em sua condição material, mas apenas na Tensão que lhes permite utilizar. Assim,

A visão de Janet das doenças psíquicas é (...) fundamentalmente ‘funcional’ (e não ‘orgânica’) e ‘genética’ no sentido da gênese de seu surgimento. As tendências inferiores fogem do controle das tendências superiores em razão de uma capacidade de síntese insuficiente do cérebro, o que significa que a tensão psíquica não é suficiente para integrá-las em atos sensatos. Janet denomina esta constelação “hipotonia”. Quando, neste caso, a força psíquica não diminui, os sintomas positivos, a saber os automatismos, podem aparecer sob a influência de tendências desintegradas (‘dissociadas’). O comportamento se torna então, do ponto de vista psicogenético, mais primitivo. E nós assistimos o desenvolvimento de uma histeria. Quando a força psíquica é diminuída ou flutuante, manifestam-se os sintomas ‘negativos’: o paciente se esforça para alcançar uma regulação da tensão, mas a força da qual ele dispõe não é suficiente para uma ação eficaz. Isto resulta então uma ‘astenia’ (*idem, ibidem:8*; tradução livre- grifo nosso).

A diminuição da Tensão e da Força, provocada por *status* social frágil, dívidas, fatores orgânicos, malformação congênita, problemas de crescimentos, doenças ou hereditariedade, pode dar origem, desse modo, a duas grandes Neuroses: a Histeria e a Psicastenia.

Sob a rubrica de Psicastenia, Janet descreveu as idéias obsessivas, que compreendem Obsessões da Vergonha, Obsessões de Crime e Idéias Hipocondríacas, dentre outras. A Obsessão da Vergonha do Corpo figura entre as primeiras, ao lado das Obsessões da Vergonha de Si e das Obsessões de Amor e é caracterizada por idéias de depreciação, descontentamento e vergonha dirigidas ao corpo.

Esse quadro, segundo o autor, é encontrado em um grande número de pessoas e pode se referir ao corpo todo ou apenas partes dele. No primeiro caso, a Obsessão geral se subdivide em uma loucura de pequenos delírios particulares, referentes à cada uma das partes; enquanto no segundo caso, a Obsessão se sistematiza sobre partes ou funções das quais o sujeito se envergonha.

As Obsessões da Vergonha do Corpo incluem vergonha de movimentos corporais, como dos braços e das pernas; vergonha de traços da face, caracterizada pelo temor de que a face possa se tornar feia ou ter convulsões, possuir muitos pêlos ou uma cicatriz, ou ainda, ruborizar facilmente; obsessão relativa às mãos e sobretudo à limpeza das mãos; e obsessão relacionada às diversas funções viscerais, como as funções digestivas, ou a função genital.

Do ponto de vista clínico, Janet destaca que a Obsessão da Vergonha do Corpo é uma das formas de Obsessão mais interessantes, desde que pode ser confundida com diversos quadros distintos, como a Anorexia, a Incontinência Urinária ou a Impotência Sexual. E conclui:

Sob este ponto de vista a doença do escrúpulo<sup>9</sup> pode se estender a todos os órgãos e a todas as funções, determinar problemas variados importantes de serem diagnosticados. Ela se torna uma grande neurose análoga em vários sentidos à histeria, mas que não deve ser no entanto jamais confundida com esta. A distinção é tão importante para o prognóstico quanto para o tratamento (Janet, 1908: 50; tradução livre).



Vejamos então a descrição de um caso que, segundo o autor, ilustra a Obsessão da Vergonha do Corpo: Nadia, à época com vinte e sete anos, foi encaminhada à Janet com o diagnóstico de Anorexia Nervosa. A moça acreditava engordar e se recusava a modificar a dieta que se impôs ao longo de anos, consistindo em duas sopas de caldo ralo por dia, uma gema de ovo, uma colher de vinagre por via oral e uma xícara de chá com o suco de um limão. Nadia possuía um longo histórico de queixas com relação ao seu corpo: aos quatro anos de idade tinha vergonha de seu tamanho; aos oito anos achava suas mãos muito longas; aos onze anos acreditava que todos olhavam suas pernas e depois tornou-se envergonhada por seus pés, seus quadris muito largos, seus braços musculosos, até que com a puberdade começou a recusar alimentos. Além disso, a paciente também exigia comer só e parecia associar o fato de comer a mais com uma “indecência”; acreditava que sua cara era inchada, vermelha e cheia de espinhas, e recusava-se a ser vista. Ao contrário do que se poderia imaginar, no entanto, Janet observou que, aos olhos da paciente, a robustez e todos esses comportamentos não estavam relacionados ao desejo de agradar aos outros, mas a algo tido como imoral. Não se tratava de uma idéia fixa isolada e inexplicável, como nos histéricos, mas de uma idéia obsessiva que se ligava a um sistema de pensamentos extremamente complexo, cuja idéia dominante era o pudor. Este fator, associado à própria natureza de suas queixas – o corpo – indicaram que o diagnóstico anterior estaria incorreto: Nadia, segundo Janet, possuía um quadro característico da Obsessão da Vergonha do Corpo.

As Obsessões, afirma o autor, têm origem endógena, nos fenômenos patológicos mais profundos: os sentimentos de incompletude e as insuficiências psicológicas. Estes fenômenos, considerados “stigmata psicastênicos”, influenciam diferentemente o conteúdo das obsessões. Os sentimentos de incompletude, por exemplo, podem se dirigir à vontade, ao intelecto e outros fatores, como a personalidade, dando origem a diversos tipos de Obsessão. Quando dirigidos à vontade, estes sentimentos inspiram idéias de vergonha e de má conduta, estando, portanto, mais intimamente relacionados com as Obsessões da Vergonha. As insuficiências psicológicas - insuficiências de sentimentos, apatia, emotividades - por outro lado, dão origem a outros tipos de obsessão. Janet acredita, desse modo, que as Obsessões se referem em realidade à interpretações mais ou menos complicadas sobre as insuficiências e sentimentos que as derivam. Mas acrescenta: eventualmente fatores externos podem também determinar a natureza das idéias obsessivas.

De um modo geral, as idéias obsessivas possuem para Janet conteúdos com características notáveis: pensamento crítico, apreciações ruins sobre atos e idéias e pensamentos extremos. O estudo desses conteúdos indica, segundo o autor, a confirmação de sua hipótese sobre a relação entre “estados psicastênicos” e problemas da vontade e da atenção.

No nosso ponto de vista, as obsessões e as fobias não são mais que o último termo de uma evolução patológica, tão longa que começa pelos problemas muito ligeiros da atividade mental. Estes problemas primordiais são para nós os fenômenos de entorpecimento que determinam o enfraquecimento das funções cerebrais mais elevadas, quer dizer das funções de adaptação nova à realidade, da atividade voluntária e da atenção. (...) Bem entendida esta palavra ‘entorpecimento’ não é mais que uma simples expressão imaginada, caracterizando a diminuição da atividade cerebral que constata a clínica. Resta,

bem entendido, por determinar a ou as circunstâncias anatomo-fisiológicas de onde deriva este entorpecimento (*idem*, 1911:3; tradução livre).

Assim, o paciente obsessivo permanece com a possibilidade de criticar suas idéias, mas a diminuição da Tensão Psicológica diminui também a ação e a percepção do real:

(...) o caráter essencial de toda a doença, é que ela suprime o último termo das operações psicológicas, torna impossível tudo o que depende da função do real. O doente, que de uma maneira geral é incapaz de agir e de crer, não chega mais a agir e a crer dentro da sua obsessão. (...) a doença é justamente uma loucura da dúvida que suprime totalmente as crenças (...) (*idem*, 1908:609; tradução livre).

As Obsessões – e portanto a Obsessão da Vergonha do Corpo –, conclui Janet, são a expressão de um estado patológico anterior cujo déficit de base se encontra na função do real. Na perspectiva deste autor, as Obsessões se relacionam então com a diminuição da atividade cerebral e conseqüente enfraquecimento das funções de adaptação à realidade, da atividade voluntária e da atenção que, em última instância, devem ser determinadas por circunstâncias anatomo-fisiológicas.

Com base nessa concepção, Janet propõe, além da profilaxia, dois tipos de tratamento para transtornos vinculados à diminuição da Tensão Psicológica: o tratamento físico e o moral. O primeiro tratamento é constituído de orientações para alimentação e higiene, medicamentos sedativos e estimulantes, e uso de agentes físicos; enquanto o segundo inclui sugestão, direção moral e reeducação da atenção, dentre outros.

Note-se que Janet constrói suas hipóteses e descreve o quadro da Obsessão da Vergonha do Corpo referindo-se exclusivamente à sua própria teoria, o que nos indica a originalidade desta descrição e a impossibilidade de compreendê-la fora deste contexto.

Após a descrição da Obsessão da Vergonha do Corpo por Janet, o termo Dismorfofobia volta a aparecer no Tratado de Psiquiatria de Kraepelin, como já foi dito, consistindo em uma importante referência na história do TDC, de acordo com seus estudiosos.

### **Emil Kraepelin e o Medo Obsessivo de Contato**

Espírito lógico e meticoloso, Kraepelin marcou profundamente a psiquiatria ocidental com seu Tratado de Psiquiatria. Ao longo de oito edições, redigidas entre 1883 e 1915, o médico alemão (vide anexo III) construiu um sistema classificatório original que repousa sobre as noções de evolução e estado terminal e opõe as Psicoses exógenas (adquiridas) às endógenas (Morel et al, 2000). Isso porque, enquanto a maior parte dos alienistas alemães do início do século XX estava voltada para a tentativa de correlacionar os sintomas dos transtornos mentais com achados neurológicos e cerebrais *postmortem*, Kraepelin se concentrou numa perspectiva longitudinal, baseada na “observação de cabeceira” dos pacientes (Shorter, 1997). Esta sistemática, denominada Princípio Nosológico-clínico, segundo Amarante (1996),

Opera um novo arranjo interno no conjunto de aspectos relativos a uma doença, no qual são combinadas diversas perspectivas, tais como a etiologia, as condições de aparecimento da doença, a tendência à predisposição, o curso da moléstia, a sintomatologia, a perspectiva

prognóstica, a idade, o sexo, os hábitos etc. Tal princípio permite pensar a doença como um conjunto combinado de aspectos, não fortuitos, não acidentais, mas próprios da natureza de cada uma das unidades nosológicas (1996:59 e 60).

Três idéias fundamentais orientaram então, segundo Young (1997), o trabalho de Kraepelin:

1. Os transtornos mentais são melhor entendidos por analogia com as doenças físicas. A psiquiatria para “progredir” deve seguir os primeiros passos da medicina, classificando as doenças.
2. A classificação dos transtornos mentais deve ser baseada em fenômenos observáveis (com registro, coleta e comparação sistemática de casos para identificar sintomas, curso e conseqüências), enquanto teorias etiológicas com pouca evidência empírica devem ser rejeitadas.
3. A pesquisa empírica deve mostrar no futuro que transtornos mentais graves têm origem orgânica ou bioquímica. A classificação constitui assim um passo necessário para a descoberta das etiologias.

Com base nessas idéias, Kraepelin dividiu os transtornos mentais em treze grandes grupos, a maioria deles familiar neste período, tais como a Neurose, a Psicose Febril e o Retardo Mental (Shorter, 1997).

A Dismorfofobia, considerada como uma das descrições pioneiras do TDC, foi introduzida na oitava edição do tratado sob a rubrica de Neurose Compulsiva que, por sua vez, figura dentre os Estados de Doença Originários. Os Estados Originários incluem, além da Neurose Compulsiva, a Neurose ou Neurastenia, a Loucura Impulsiva e as Loucuras Sexuais e não têm relação, segundo Kraepelin (1915)<sup>10</sup>, com os “verdadeiros processos de adoecimento de evolução determinada, mas com estados anormais duradouros”, o que sugeriu ao autor uma relação com “particularidades da personalidade psíquica” dos pacientes: “De fato trata-se principalmente de insuficiências duradouras ou temporárias da personalidade psíquica (...)” (*idem*, *ibidem*:1780; tradução livre).

É importante notar que a referência à “personalidade psíquica” aqui não implica em uma preocupação do autor com os aspectos psíquicos em si. Segundo Havens (1965), os fenômenos psicológicos eram entendidos por Kraepelin como uma chave para levar àquilo de denominava estados patológicos, seu verdadeiro foco de interesse. Neste sentido, não encontramos qualquer referência aos mecanismos que determinam as insuficiências da personalidade psíquica, mas apenas a descrição dos casos categorizados como estados de doença orgânica.

Kraepelin considera impossível definir com exatidão a etiologia dos Estados de Doença Originários no momento e opta por considerações descritivas e classificatórias:

Infelizmente a delimitação das causas dos casos clínicos ainda não se mostra possível, logo teremos que nos contentar com um agrupamento dos traços externos das doenças para amplas áreas (Kraepelin, 1915:1780; tradução livre).

A Neurose Compulsiva, desta forma, corresponde, segundo o autor, ao grupo de estados patológicos cujos traços particulares seriam “a sensação intensa de estar dominado por idéias, representações ou temores que se impõem sobre a pessoa”. (*id*, *ibid*:1823). Este quadro inclui ainda: a capacidade do doente compreender seu estado (exceto nos casos mais severos); a conservação da habilidade de resumir, da memória

e da capacidade de avaliação; dons psicológicos artísticos ou de discurso; necessidade intensa de falar sobre a doença e disponibilidade para que o médico investigue questões pessoais. Alguns pacientes, afirma Kraepelin, apresentam também queixas de esquecimento ou nebulosidade e falta de clareza do pensamento.

Dentro deste quadro, a Dismorfofobia corresponderia a uma das formas clínicas da série de medos obsessivos que surgem do contato com outras pessoas. Para caracterizar esses medos de contato, Kraepelin descreveu alguns casos de forma muito sucinta, dedicando não mais do que um parágrafo para cada um deles, com um termo que os identificasse entre parentêses. É desta forma que o termo Dismorfofobia aparece ao lado da timidez, medo de provas, Antropofobia, dentre outros, tal como podemos observar no esquema a seguir:

✓ Estados de Doença Originários
A - Neurose
B - Neurose Compulsiva
- Representações compulsivas: hábitos de pensamento compulsivos para medidas
- Fobias: medo de trovoada, de animais e homens, acidentes, facas e alfinetes, sujeira e infecção, fobia de situações, receios supersticiosos, temor de doença
- Medo de responsabilidade: dúvida exagerada, temor de omissão (falta), compulsão de atenção e de recordação (onomatomania), medo da profissão, medo de ser o culpado, medo de suicídio, medo de furto, medo de documentos, escrúpulo religioso
- Medo de contato: timidez, medo de provas, antropofobia, <i>dismorfofobia</i> , medo de roupas, ereutofobia, compulsão para urinar e defecar, transpiração compulsiva
- Transtornos da disposição
- Influência dos desejos: encolhimento do desejo, segurança, pedantismo, compulsão de repetição (ruminação), temor do contato, compulsão por lavar, proteção
C - A loucura impulsiva: piromania, pulsão de matar, escrever cartas anônimas, cleptomania, gostar de brigar e machucar os outros
D - As loucuras sexuais: onanismo (masturbação), exibicionismo, fetichismo, sadismo, masoquismo, homossexualidade

(Kraepelin, 1915; tradução livre - grifo nosso)

No que se refere aos medos de contato, Kraepelin escreveu:

Nessa série interminável de medos obsessivos agora temos que pensar naqueles que surgem do contato com outros seres humanos. Em certo sentido, isso vale obviamente também para as fobias de responsabilidade. Mas aqui o enfermo não se sente inseguro no seu comportamento moral senão que sente o seu prestígio e a sua honra pessoal ameaçada pela sensação de humilhação. (...) (*idem, ibidem*:1859; tradução livre)

E, mais adiante, Kraepelin descreve a Dismorfofobia:

Alguns doentes não podem deixar a idéia de que têm alguma coisa ridícula ou acentuada, estranha em si, como por exemplo um nariz estranhamente formado, pernas tortas, um cheiro repugnante, [que] despertam a atenção e o escárnio das pessoas que se encontram com eles ou [que] são desagradáveis para seu entorno (Dismorfofobia). Um médico se sentiu profundamente molestado em seu exame pela suposição de que os doentes não gostariam que ele os olhasse. Com um dos meus doentes ocorreu a idéia de que possivelmente alguém o tinha observado da casa em frente quando ele estava se masturbando e só quando estava em outros cantos ele perdia o temor de que alguém o olhasse por isso, que fizesse observações sobre ele, mesmo estando consciente de que esta idéia era totalmente absurda. Alguns até já acharam que o ato de defecar era um ato tão vergonhoso que produziam impedimentos ao fazê-lo; eles procuravam então evitá-lo e limitaram suas necessidades alimentares (*idem, ibidem*:1761; tradução livre).

Kraepelin não voltará a fazer referência à Dismorfofobia em seu tratado, o que nos indica que este estado patológico não representou interesse em si, mas apenas como uma forma clínica do que categoriza como Neurose Compulsiva. A Dismorfofobia nessa perspectiva partilharia sintomas, etiologia, curso e prognóstico com todos os outros estados sob essa mesma rubrica, tais como as fobias, a dúvida exagerada, a timidez e o pedantismo.

A categoria Neurose Compulsiva na oitava edição do tratado inclui ainda itens referentes à evolução, prognóstico, causa, diagnóstico diferencial e tratamento. Dentre estes aspectos, Kraepelin discute hereditariedade, gênero, vida sexual, repressão sexual, repressão dos afetos, infantilismo do caráter, e outros como fatores relacionados com a causa.

No que se refere aos tratamentos, é interessante notar as intervenções de ordem psíquica e educacional propostas: pedagogia, desvio/distração, mudanças de pensamento, psico-análise, psico-catarse, psico-síntese. Cada um destes fatores se refere a concepções específicas do início do século XX na Alemanha e exigiriam uma extensa pesquisa histórica para serem analisados corretamente. O que nos interessa neste ponto, no entanto, é apontar a diferença de termos como hereditariedade e psico-análise da forma como aparecem no tratado de Kraepelin e como concebemos atualmente – alguns dos termos utilizados pelo autor foram inclusive abandonados posteriormente pela psiquiatria.

É importante observar que embora Morselli cite o trabalho de Kraepelin, este último não faz qualquer referência a ele, classificando o que denomina Dismorfofobia de forma muito distinta do primeiro.

Passamos, finalmente, à análise da última referência importante dentre aquelas consideradas pioneiras na descrição do TDC: o caso do Homem dos Lobos.

### **O caso do Homem dos Lobos**

Conhecido pelo pseudônimo de Homem dos Lobos, o mais notável paciente de Sigmund Freud, fundador da Psicanálise (vide anexo IV), é apontado por estudiosos como um caso clássico do TDC devido a uma preocupação excessiva com o nariz e conseqüente comprometimento de suas atividades cotidianas (Phillips, 1991; Phillips et al, 1995 e Kaplan, Sadock e Grebb, 1997). Vejamos então a descrição original do caso.

O Homem dos Lobos, cujo nome era Sergei Pankejeff, iniciou sua análise em 1910. Quando se apresentou a Freud, este jovem aristocrata russo, rico e bem apessoado já havia passado por vários especialistas anteriormente, que haviam, no entanto, desistido de atendê-lo (Gay, 1989). Freud avaliou Pankejeff na ocasião como “totalmente incapacitado” devido a uma infecção gonorréica que o havia acometido seis anos antes.

Ao longo do tratamento Freud observou que, embora o Homem dos Lobos tivesse uma vida normal nos dez anos anteriores àquela doença,

(...) seus primeiros anos de vida haviam (...) sido dominados por um grave distúrbio neurótico, que começou imediatamente antes do seu quarto aniversário, uma *histeria de angústia* (na forma de uma *fobia animal*), que se transformou então numa *neurose obsessiva de conteúdo religioso* e perdurou, com as suas manifestações, até os dez anos [de idade] (Freud, 1996:19).

Ainda que levada a cabo quinze anos depois, Freud sugeriu que somente a análise desse distúrbio levaria à compreensão exata do que denominou Neurose adulta do paciente. A afecção gonorréica, segundo o autor, seria então responsável pelo adoecimento do Homem dos Lobos devido à reativação de um conflito infantil. Desse modo, Freud julgou apropriado publicar mais tarde apenas a análise da Neurose infantil do Homem dos Lobos, no texto intitulado “História de uma Neurose Infantil (o caso do Homem dos Lobos)”, redigido em 1914.

Este caso clínico pretendia ser, segundo Gay (1986), uma contribuição clínica e teórica e tinha também como objetivo enfrentar a discordância pública de antigos discípulos como Adler e Jung sobre a sexualidade infantil. Apesar de guardar algumas semelhanças com casos anteriores, a história do Homem dos Lobos ilustrava justamente as teorias sexuais infantis e o desenvolvimento da estrutura de caráter, interesses de Freud à época.

Pankejeff havia passado vários anos em sanatórios alemães, os quais diagnosticaram uma Loucura Maníaco-depressiva. Freud, por outro lado, considerando os dados obtidos através da análise e não tendo observado qualquer mudança de ânimo de grande intensidade no paciente ao longo do tratamento, diagnosticou o paciente como um neurótico obsessivo.

Segundo Laplanche e Pontalis, na forma mais típica da Neurose Obsessiva

(...) o conflito psíquico exprime-se por sintomas chamados compulsivos (idéias obsidiantes, compulsão a realizar actos indesejáveis, luta contra estes pensamentos e estas tendências, ritos esconjuratórios, etc.) e por um modo de pensar caracterizado nomeadamente pela ruminação mental, a dúvida, os escrúpulos, e que leva a inibições do pensamento e da acção (1986:196).

É importante observar que a descrição do caso por Freud não apresenta qualquer dos sintomas referidos pelos estudiosos do TDC, sintomas encontrados somente em um artigo da segunda analista do Homem dos Lobos, Ruth Mack Brunswick. Neste, a analista relata o período de cinco meses de análise com o paciente que, após o término da análise com Freud, voltou a recorrer a este último em função de certos sintomas que o incomodavam. Freud o encaminhou então a Brunswick.

O Homem dos Lobos se apresentou, segundo a analista, muito diferente daquele descrito por Freud: “À parte sua acuidade intelectual e percepção analítica, meu paciente tinha pouco em comum com o Homem dos Lobos original (...)” (1928:454).

Na perspectiva Brunswick, o paciente agora apresentava uma *idée fixe*<sup>11</sup> hipocondríaca: queixava-se de uma lesão no nariz causada por um tratamento para glândulas sebáceas obstruídas. De acordo com a analista, a queixa consistia variavelmente em uma cicatriz, um orifício ou um sulco na cicatriz. O paciente insistia que o perfil do seu nariz estaria arruinado, ainda que não houvesse nada visível e ele próprio parecesse reconhecer a natureza fictícia da queixa.

Ele estava em estado de desespero. Tendo sido dito que nada poderia ser feito por seu nariz porque não havia nada de errado com este, ele se sentiu incapaz de continuar vivendo no que considerava um estado de mutilação irreparável.(...) Ele negligenciava sua vida e trabalho cotidianos porque estava absorto, em detrimento de qualquer outra coisa, no estado do seu nariz. Na rua ele se olhava em todas as vitrines de loja; ele carregava um espelho de bolso que ele tirava e olhava a cada poucos minutos. Primeiro ele passaria pó em seu nariz; no momento seguinte ele o inspecionaria e removeria o pó. Ele então examinaria os poros, para ver se estavam crescendo, para perceber o orifício, no momento de seu crescimento e desenvolvimento. Então ele empoaria novamente seu nariz, colocaria de lado seu espelho, e no momento seguinte começaria o processo de novo. (Brunswick, 1928:439 e 440; tradução livre).

Esta análise, segundo Brunswick, não chegou a apresentar qualquer dado diferente daqueles que o próprio Freud já havia observado. Segundo a analista, a fonte da nova doença seria então um resíduo não resolvido da transferência<sup>12</sup> do Homem dos Lobos com Freud.

O paciente iniciou sua análise, no entanto, sem se referir à preocupação com o nariz. Tendo sido informado que Freud não acompanhava o caso através de supervisão da analista, o paciente passou a demonstrar mania de perseguição. Pankejeff passou a dizer que sempre havia sido maltratado pelos médicos que lhe atenderam, inclusive por Freud. E acreditava que o dermatologista responsável por tratar glândulas sebáceas em seu nariz poderia ter lhe deixado uma cicatriz propositalmente.

Através da análise de sonhos, Brunswick atribuiu o conteúdo central da idéia de perseguição de Pankejeff ao medo do pai castrador<sup>13</sup>, que por sua vez teria sido relacionado pelo paciente com Freud e o dermatologista que o tratou. Neste sentido, sua preocupação exagerada com o nariz - que segundo a analista simbolizaria o pênis - estaria baseada em seu desejo inconsciente de castração e a defesa contra este desejo.

Tendo compreendido isto, o paciente pareceu iniciar uma identificação<sup>14</sup> com seu pai e Brunswick pôde observar uma recuperação repentina e de forma trivial. Finalmente, a analista observa:

O quadro é típico destes casos conhecidos como o tipo hipocondríaco da paranóia. A hipocondria não é uma neurose; ela se aproxima mais da psicose. O termo neste sentido não é usado para se referir aqueles casos onde a ansiedade relativa à saúde em geral é o sintoma principal, como nas neuroses de ansiedade; nem coincide com a neurastenia. Ele apresenta um quadro característico, no qual existe uma preocupação exclusiva com um órgão (ou, algumas vezes, com vários órgãos), na crença de que este órgão está lesionado ou doente. (...) Ocasionalmente uma enfermidade leve proporciona a base para a idéia da doença, que, entretanto, está presente habitualmente sem qualquer fundamento na realidade. Esta idéia então pertence ao título de delírio (1928:467 e 468; tradução livre).

A Paranóia, acrescenta a autora, é tipicamente monossintomática e delirante, classificada de acordo com a natureza do delírio. Brunswick acredita, portanto, que o Homem dos Lobos apresentava, naquele momento, uma Paranóia: no caso, um quadro Psicótico, onde a idéia hipocondríaca, delirante teria servido para ocultar uma idéia persecutória. Esta última idéia é considerada pela analista como o conteúdo principal da Psicose do paciente.

A analista chama a atenção ainda para o fato de que a história do Homem dos Lobos possibilita a observação não usual de duas doenças na mesma pessoa: a Neurose Obsessiva, diagnosticada por Freud, e a Psicose. Ela levanta a hipótese de que a primeira análise possa ter trazido material suficiente para uma cura, mas manteve o núcleo que mais tarde produziria a Psicose. Tendo sido despojado, possivelmente, do que seriam seus modos habituais neuróticos de solução, o paciente teria então produzido essa Psicose. Ainda assim, a autora afirma que as duas enfermidades foram tratadas com sucesso pela psicanálise devido ao fato de que todo o material inconsciente teria se tornado consciente, e a motivação da doença teria se tornado clara.

Note-se que o caso do Homem dos Lobos é utilizado tanto por Freud quanto por Brunswick para ilustrar alguns aspectos da teoria Psicanalítica. Deste ponto de vista, pode-se afirmar que o Homem dos Lobos apresenta queixas relacionadas ao seu aspecto físico em determinado momento de sua vida exclusivamente em função de sua história pessoal e de seu “modo de funcionamento psíquico”.

### **História e Legitimidade: a longa tradição do TDC**

A construção da categoria clínica dismorfofobia (conhecida hoje como transtorno dismórfico corporal) foi resultado da convergência histórica de um neologismo (cunhado por Enrico Morselli), uma família de conceitos clínicos (já disponíveis no fim do século XIX), e de um comportamento específico (uma ‘atitude’ dirigida à parte do *self* e/ou do



corpo). A estabilidade desta convergência tem repousado sobre a capacidade epistemológica dos conceitos envolvidos e a duração social de tal atitude (Berrios e Kan, 1996:1; tradução livre).

Ao traçar o histórico do TDC em seu artigo “A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia” (Uma análise conceitual e quantitativa de 178 casos históricos de dismorfofobia), Berrios e Kan, citados acima, defendem a estabilidade dessa categoria clínica na medida em que reconhecem uma “capacidade epistemológica” nos conceitos relacionados ao transtorno, bem como uma continuidade na observação do fenômeno em si; afirmativa que é seguida da análise do artigo de Morselli, onde os autores identificam uma relação entre a construção da Dismorfofobia como um sintoma independente e a tecnologia diagnóstica vigente no período em que este trabalho foi elaborado, qual seja, o uso do conteúdo de um sintoma como base para sua classificação clínica e etiológica. Além disso, Berrios e Kan chamam a atenção, como vimos anteriormente, para a opacidade dos conceitos deste período.

A história do transtorno continua, segundo esses autores, com a ocorrência do termo Dismorfofobia em língua inglesa e alemã, e com a discussão do conceito clínico por diferentes autores, sob os mais diversos nomes. Como forma de mapear o uso do conceito Dismorfofobia, Berrios e Kan propõem uma análise estatística sobre uma base de dados históricos (mais de 150 artigos em sete línguas com relatos de casos ocorridos ao longo do século XX), observando que apesar da desvantagem desse material ter sido coletado por diferentes pessoas e de acordo com critérios variáveis, o historiador pode compensar isto da seguinte maneira: (a) capturando apenas variáveis significativas, utilizando definições operacionais, taxas independentes, dentre outros; (b) seguindo a direção da meta-análise e esquadrinhando publicações tão variadas quanto possível; (c) testando uma hipótese claramente formulada por técnicas estatísticas que não violem o tipo de variável incluída.

É deste modo que os autores analisam 139 relatos de casos anteriores à terceira edição do DSM (DSM III), quando a Dismorfofobia foi incluída como Transtorno Somatoforme Atípico sem qualquer critério diagnóstico, em comparação com 29 relatos de casos posteriores. Berrios e Kan obtiveram os seguintes resultados:

A amostra pré DSM III incluiu mais sujeitos masculinos e mais transtornos sexuais, recebeu menos tratamento farmacológico, teve respostas piores ao tratamento, e incluiu mais queixas sobre órgãos que eram “psicodinamicamente significativos”, como nariz e genitais (p.4; tradução livre).

De onde concluíram:

Nossa principal descoberta foi que, em geral, pacientes pré DSM III constituem uma amostra mais heterogênea, e sujeitos pós DSM III têm uma melhor resposta ao tratamento (p.5 e 6; tradução livre).

É interessante notar que a comparação entre os relatos de casos pré e pós DSM III sugere aos autores, finalmente, uma forma de avaliar os pacientes ao longo do tempo. Berrios e Kan afirmam que apesar da amostra pré e pós DSM III serem significativamente diferentes, quando comparadas demonstram que os pacientes da segunda amostra possuem melhores resultados no tratamento do que os primeiros<sup>15</sup>. Dessa forma,

os autores consideram que os relatos, independente dos critérios utilizados por cada um para diagnóstico e tratamento, por exemplo, contêm dados sobre um único transtorno e, portanto, permitem uma comparação longitudinal dos pacientes.

O trabalho de Berrios e Kan é importante na medida em que ilustra uma forma particular de conceber os fenômenos reconhecidos como transtornos mentais. Esta perspectiva, encontrada no histórico de outros transtornos<sup>16</sup>, se refere à crença de que esses fenômenos, sendo científicos, são atemporais e universais. Isto permite, no caso de Berrios e Kan, conceber técnicas para a comparação de relatos de casos ocorridos em diferentes países, ao longo de um século, e concluir, através da comparação dos relatos, dados sobre o fenômeno em si; ou ainda, reconhecer no TDC uma história estável e contínua, embora eles mesmos tenham observado, por exemplo, particularidades na concepção de Dismorfofobia de Morselli.

Fleck, citado por Young (1997), aponta que o fenômeno do cientista é sempre produto de sua tecnologia, práticas, e formas de ver pré-condicionadas, o que ele denomina tecno fenômeno (*techno-phenomenon*). Na ciência psiquiátrica, argumenta este último autor, os tecno fenômenos são possíveis

(...) porque são precedidos por testes e padrões que podem informar ao pesquisador se as coisas que ele está examinando são comparáveis (p.ex. casos) e se é possível manter e circular seus resultados (p.ex., porque eles ultrapassaram ou não um limiar de significância estatística). (...) Testes científicos, padrões, sistemas de medida, e métodos de calibração são eficazes (fornecendo critério de verdade e base para a crença) porque eles são tidos como neutros e objetivos. *E eles adquirem esta eficácia característica como parte de um estilo de pensamento científico autônomo e auto justificado* (Young, 1997:10; tradução livre – grifos nossos).

Assim, o modo de operar da ciência psiquiátrica permite que autores como Berrios e Kan possam conceber o TDC como um fenômeno científico. Mas o que estes estudiosos desconsideram é que o próprio modo de operar dessa ciência sofreu alterações ao longo do tempo, produzindo diferentes formas de entender os transtornos mentais. Considerar o TDC como um tecno-fenômeno nos permite então compreender em que medida a concepção de cada um dos autores apresentados até aqui pode diferir entre si, revelando o equívoco da história linear atribuída ao transtorno.

De fato, a análise dos trabalhos considerados pioneiros no TDC nos indica que os quadros clínicos descritos refletem formas particulares – e distintas – de conceber o transtorno. Estes trabalhos – à exceção daquele de Brunswick, que utiliza um referencial teórico já tido como legítimo para discutir um caso - ilustram o momento do surgimento da psiquiatria enquanto disciplina médica. Neste período de grande efervescência, os autores buscavam compreender, cada um a seu modo, o fenômeno da loucura, dando origem a diferentes tecnologias diagnósticas.

O material aqui apresentado demonstra que mesmo o fenômeno observado por cada autor a partir de sua própria tecnologia difere dos demais no que diz respeito à questão central da chamada patologia: a relação com o corpo. Esta relação, como vimos, é qualificada de formas distintas: para Morselli o dismorfofóbico teme se tornar deformado, Janet observa idéias de depreciação, descontentamento e vergonha com relação ao corpo ou parte deles; Kraepelin acredita que na Dismorfofobia o medo obsessivo surge do contato com as

pessoas, por uma sensação de humilhação; e Brunswick considera que no caso observado existe uma preocupação exagerada com uma possível lesão (ou mutilação, nas palavras do paciente).

Além disso, podemos constatar diferenças na caracterização do quadro clínico do fenômeno. Por exemplo, enquanto para Morselli a Dismorfofobia possui um caráter agudo por surgir como um ataque, para Janet a Obsessão da Vergonha do Corpo é um quadro crônico, por assim dizer, fruto de uma longa evolução patológica. Ou ainda, enquanto Morselli observa que a Dismorfofobia pode surgir em qualquer momento do dia, no meio de qualquer atividade, Kraepelin acredita que ela surge somente no contato com outras pessoas. Morselli, Janet, Kraepelin e Brunswick, desse modo, não representam personagens de uma história linear.

Mas as diferenças entre esses trabalhos não são observadas pelos estudiosos do TDC. A referência mais comum, ao contrário, é de um fenômeno concebido sempre do mesmo modo, tal como apontam Berrios e Kan (1996), citados acima, ou Phillips, no trecho a seguir:

O transtorno dismórfico corporal é um nome novo para uma velha síndrome. Ele tem sido descrito há muito na literatura européia, russa e japonesa sob uma variedade de nomes, mais habitualmente “dismorfofobia”, um termo cunhado por Morselli 100 anos atrás. Embora o termo “dismorfofobia” tenha sido utilizado de modos diferentes, *ele tem sido em geral definido como um sentimento subjetivo de feiúra ou defeito físico que o paciente pensa que pode ser notado por outros, apesar de sua aparência normal* (Phillips, 1991:1139; tradução livre – grifo nosso).

O fenômeno, na perspectiva dos psiquiatras contemporâneos, é desse modo compreendido como o mesmo desde Morselli até os dias atuais.

Mas como é construída a história do TDC? Um exemplo fundamental deste processo está no importante artigo de revisão de Phillips. Publicado em 1991, o trabalho intitulado *Body Dysmorphic Disorder: The Distress of Imagined Ugliness* (Transtorno Dismórfico Corporal: o sofrimento da feiúra imaginária), de Phillips, propôs uma revisão da história, características clínicas e possíveis relações desta condição com outros transtornos mentais. A partir de dados do indexador eletrônico MEDLINE e referências relevantes de publicações obtidas nesta pesquisa, a autora selecionou 100 artigos “com base no quão próximo eles se conformavam com o conceito de transtorno dismórfico corporal como definido no DSM-III-R e no quanto eles contribuíram para um entendimento da história, características clínicas, ou status nosológico do transtorno” (*idem, ibidem*:1138; tradução livre – grifos nossos). Phillips incluiu, desse modo, artigos de diferentes períodos e países – como os trabalhos de Morselli (Itália, 1891), Janet (França, 1903) ou Kraepelin (Alemanha, 1915) –, que descreviam síndromes designadas como Dismorfofobia, Hipocondria da Beleza ou Hipocondria Dermatológica, dentre outras.

Dividido em três itens – história, características clínicas e discussão – o artigo apresenta então um quadro uniforme do que seria a “essência” do TDC a partir de recortes do material consultado, com referências diversas colocadas lado a lado, sem qualquer distinção. A fenomenologia do transtorno, por exemplo, é descrita aí da seguinte maneira:

(...) Comumente, as queixas envolvem defeitos faciais (Fukuda, 1977), tais como rugas (Hay, 1970; Braddock, 1982; Korkina, 1965), manchas (Schachter, 1971; Cotterill,

1981), cicatrizes (Janet, 1903), marcas vasculares (Hollander et al, 1989), acne (Zaidens, 1950; Stekel, 1949; Corbella e Rossi, 1967; Hünecke e Bosse, 1985), palidez (Hollander et al, 1989; Zaidens, 1950; Schachter, 1971) ou rubor (Marks e Mishan, 1988; Munjack, 1978; Yamada et al, 1978) da compleição, ondulações (Yamada et al, 1978; Jenike, 1984; Campanella e Zuccoli, 1968), assimetria ou desproporção facial (Zaidens, 1950; Fukuda, 1977; Yamada et al, 1978; Campanella e Zuccoli, 1986; Klages e Hartwich, 1982), excesso de pêlos na face (Solyom et al, 1985; Janet, 1903; Zaidens, 1950; Cotterill, 1981; Marks e Mishan, 1988; Hardy, 1982) ou anormalidades capilares tais como fragilidade (Zaidens, 1950; Stekel, 1949; Hardy, 1982) acompanhada do medo de calvície iminente (Ladee, 1966; Stekel, 1949; Cotterill, 1981; s/ autor, 1981) (*idem, ibidem*:1140; tradução livre) (...)

Note-se que as referências citadas incluem além de americanos, como Stekel, autores de tantos outros países, como Holanda (Ladee), Japão (Fukuda) e Bélgica (Corbella e Rossi).

O que orienta a apropriação de Phillips de todo esse material, como observa a própria autora, é seu referencial (no caso, o DSM-III-R), que funciona como uma forma de ver pré-condicionada. Aquilo que Phillips concebe como TDC serve aí como uma “lente” através da qual ela olha para o trabalho dos demais autores.

Exemplo disso pode ser observado em um trabalho posterior dessa mesma autora, onde comenta o caso Nadia, de Janet. Phillips (1996) descreve a paciente como uma pessoa preocupada com vários aspectos de sua aparência e com o fato de que ninguém pudesse amá-la, já que temia ser “feia e ridícula”. A autora coloca então a feiúra em destaque, ao contrário do texto original de Janet, onde o caráter moral das queixas era o foco. Janet escreve sobre Nadia: “Ela repete sempre: ‘Eu não quero ser bonita, mas eu teria muita *vergonha* se me tornasse balofa (...)’”. Ou ainda, sob o ponto de vista da paciente: “De qualquer forma, elas [as espinhas] tornam [Nadia] uma figura abominavelmente feia e, apesar de ela não ter nenhuma vaidade, uma pessoa que se respeita não pode deixar que os outros vejam uma tal figura” (Janet, 1908:38 e 39; tradução livre – grifo do autor). Então, embora a queixa de ser feia esteja presente, para Janet ela não define o quadro:

Qual é, no fundo, a idéia dominante que determina estas apreciações singulares [as queixas de Nadia]? O  *pudor possui certamente um papel considerável* e este sentimento é no seu caso desenvolvido ao extremo completo. (...) Mas nele se mistura um monte de coisas: *um vago sentimento de culpabilidade*, uma *censura* relativa a gulodice e a todos os tipos de vícios possíveis. (...) É visível que [o] *desejo de permanecer criança teve um papel considerável* (...). A razão deste desejo bizarro se resume em uma palavra que muitos doentes irão nos repetir: ‘Porque eu tinha medo de não ser mais amada’. *No fundo é esta idéia que ela tem, quando ela acredita ser feia, ser ridícula* (*idem, ibidem*:40; tradução livre – grifos nossos)<sup>17</sup>.

No trabalho de Thomas (1984), temos outro exemplo de como funciona essa “lente”: de acordo com o autor, Morselli teria cunhado o termo Dismorfofobia, descrevendo-o como “*um sentimento subjetivo de feiúra* ou defeito físico que o paciente sente que pode ser notado por outros, apesar de sua aparência estar

dentro dos limites normais” (*idem, ibidem*: 513; tradução livre – grifos nossos). A palavra feiúra é então *introduzida* na concepção original de Morselli, que faz referência exclusivamente ao temor de desenvolver uma deformidade física.

É, portanto, a partir das suas próprias lentes que Phillips (1996) e Thomas (1984) se apropriam da produção de autores de outros períodos ou locais, desconsiderando suas diferenças no modo como concebem o fenômeno. Trata-se, como havíamos apontado, de um tecno-fenômeno, cuja “tecnologia” utilizada pelos autores possibilita a construção de uma história linear e universal do TDC – uma história que se repete em grande parte dos artigos especializados neste tema.

É importante notar, neste sentido, as freqüentes referências à longa tradição do transtorno nesses artigos. A história, ainda que não seja objeto de estudos mais detalhados, tal como já foi dito, ocupa um lugar importante nesses trabalhos: o de legitimação do transtorno. É na tradição histórica que os autores encontram suporte para a realidade do transtorno enquanto patologia universal e atemporal.

Exemplo disso está no trabalho em que Wakefield (2001) defende as categorias nosográficas incluídas a partir do DSM III.

Segundo Wakefield, alguns autores têm argumentado que o crescimento do número de categorias diagnósticas do DSM se deve à invenção de novos transtornos que não apresentam continuidade com antigas concepções de transtorno e não foram diagnosticados previamente. Dentre os vários transtornos discutidos pelo autor, está o TDC, para o qual sua defesa é simples: “(...), eu simplesmente cito uma passagem fascinante do livro de Katharine Phillips (1996) sobre o transtorno dismórfico corporal” (p.20). Wakefield utiliza assim uma síntese histórica elaborada por Phillips como forma de comprovar a tradição do transtorno e, desse modo, legitimar sua existência.

Mas não só a longa história do TDC tem papel em sua legitimação, como também o *status* dos personagens desta história. Assim, podemos observar que os autores mais citados, depois de Morselli, nos brevíssimos históricos apresentados por estudiosos do transtorno são Kraepelin e Janet, dois alienistas de reconhecida importância na história da psiquiatria. O exemplo mais interessante está, no entanto, na forma como o caso do Homem dos Lobos é apresentado pelos psiquiatras.

Como vimos, o quadro associado ao TDC foi observado naquele paciente por Brunswick, uma adepta da psicanálise. Mas dificilmente observamos seu nome na história do transtorno. Ao contrário, encontramos apenas referências a “um importante caso da literatura psiquiátrica”, ao caso do “Homem dos Lobos” ou do “famoso paciente de Freud”. No compêndio de Kaplan, Sadock e Grebb (1997), encontramos ainda referência ao próprio Freud<sup>18</sup>.

Ao lado de personagens importantes como Kraepelin e Janet, a figura de Brunswick não traz qualquer legitimidade ao transtorno. Os psiquiatras então recorrem a outras formas de se referir ao seu trabalho, com fontes de reconhecido peso, como a literatura psiquiátrica ou mesmo Freud. Desta forma, a descrição de Brunswick ganha *status* e se incorpora à história do transtorno como uma importante referência.

As referências históricas a partir do caso do Homem dos Lobos tornam-se ainda mais controversas. Como vimos na primeira parte deste capítulo, uma gama enorme de quadros clínicos, descritos por autores de diversos países e sob os mais diversos nomes são incluídos na história do TDC como um único fenômeno.

Observadas, no entanto, as diferenças entre o trabalho dos autores tidos como pioneiros na descrição do TDC e tendo demonstrado o caráter equivocado da construção linear de sua história, podemos nos colocar a seguinte questão: como e quando surgem então as primeiras descrições do que é definido como TDC? O que implica na questão: como é definido o TDC hoje?

No campo da classificação psiquiátrica, a nosologia oficial americana (o DSM) se estabeleceu nos últimos anos como uma referência para a Psiquiatria Ocidental. É esta nosologia que orienta a grande maioria dos psiquiatras na elaboração de seus diagnósticos e cuja definição do TDC se impôs.

Nosso estudo passa agora a acompanhar a construção desta definição tendo como foco a produção americana sobre o tema desde as primeiras publicações até sua inclusão e posteriores atualizações no DSM.

## Notas

<sup>1</sup> O artigo referente à descrição da Dismorfofobia, de Enrico Morselli, aparece na literatura consultada com variações referentes ao ano e ao título do periódico no qual teria sido publicado: *Bolletino della R. accademia di Genova*, 1891 (Phillips, 1991); *Boll. Accad. Med. (Genova)*, 1886 (Hay, 1970 e Schachter, 1971); *Bolletino Accademia delle Scienze Mediche di Genova*, 1886 (Thomas, 1984).

<sup>2</sup> Este manual será referido a partir de agora apenas pela abreviação DSM, seguida do algarismo romano correspondente à sua edição: por exemplo DSM-III, para sua terceira edição.

<sup>3</sup> A data de publicação aqui apresentada tem como referência o catálogo do *Servizio Bibliotecario Nazionale* (Serviço Bibliotecário Nacional)– Itália [[www.sbnonline.sbn.it](http://www.sbnonline.sbn.it)], onde o artigo original foi localizado e sua tradução americana, publicada em 2001, onde consta esta mesma data.

<sup>4</sup> “Sobre a Dismorfofobia e sobre a Tafefobia: duas formas ainda não descritas da Loucura com idéia fixa” (tradução livre).

<sup>5</sup> A teoria da degenerescência, desenvolvida primeiramente por Morel, “se refere às causas hereditárias, responsáveis pela mais leve excentricidade dos atos ou da ‘sensibilidade moral’, até os estados mais graves que são a imbecilidade ou o cretinismo” (Morel, Bourgeron e Roudinesco, 2000: 54-55). Morel acreditava que, além das causas hereditárias, a natureza do clima e do solo, a falta de higiene e o alcoolismo também pudessem produzir estados orgânicos especiais, que passariam a ser transmissíveis hereditariamente. A teoria de Morel se inscrevia, neste sentido, dentro das preocupações da medicina social. A relação anormal estabelecida entre a inteligência e o corpo se traduziria, segundo Morel, por *stigmatas*, como a assimetria da cabeça e a deformidade das orelhas, dentre outros. Magnan, por outro lado, acreditava que os degenerados-hereditários constituíam uma grande família, na qual se colocavam lado a lado o idiota e o degenerado superior, e onde o homem inteligente seria apenas uma variedade (*idem, ibidem*).

<sup>6</sup> Vale lembrar que Freud neste período apenas começava a obter reconhecimento com seu trabalho sobre a histeria.

<sup>7</sup> Ao se referir aos estudos sobre hipnotismo de Janet (tal como citado anteriormente), Morselli certamente se refere a este trabalho, intitulado *L’automatisme psychologique:essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l’activité humaine* (O automatismo psicológico: ensaio de psicologia experimental sobre as formas inferiores da atividade humana), o mais importante estudo de Janet sobre o tema publicado antes de 1981 – ano de publicação do artigo de Morselli sobre a Dismorfofobia.

<sup>8</sup> Em pesquisa realizada através do site do Serviço Nacional de Bibliotecas da Itália [[www.sbnonline.sbn.it](http://www.sbnonline.sbn.it)] encontramos apenas uma obra na qual Morselli poderia ter feito nova referência à Dismorfofobia: o seu famoso compêndio *Manuale di semeiotica delle malattie mentali*, que teve outras publicações após 1891. O único exemplar deste manual encontrado através de pesquisa eletrônica no site do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) [[www.ibict.br](http://www.ibict.br)] encontra-se extraviado há dois anos.

<sup>9</sup> O termo “doença de escrúpulo” (*maladie du scrupule*) é utilizado neste ponto como equivalente às “obsessões da vergonha do corpo” (*les obsessions de honte relativement au corps*).

---

<sup>10</sup> Agradeço a Paulo Renato Guérios e Jens Schneider pela tradução do item referente a Dismorfofobia nos originais de Kraepelin.

<sup>11</sup> O termo, utilizado no texto original em francês, não apresenta qualquer referência ou definição.

<sup>12</sup> A transferência se refere, segundo Laplanche e Pontalis, a “uma repetição de protótipos infantis vivida com uma sensação de atualidade”.

<sup>13</sup> Segundo Laplanche e Pontalis, a diferença anatômica dos sexos é atribuída pelas crianças ao corte do pênis da criança do sexo feminino. A fantasia da castração é a base do complexo de castração. De acordo com a teoria sexual infantil de Freud, afirmam estes autores, a estrutura e os efeitos deste complexo são diferentes para o menino e a menina: “O rapaz teme a castração como realização de uma ameaça paterna em resposta às suas actividades sexuais, do que lhe advém uma intensa angústia de castração. Na menina, a ausência do pênis é sentida como um dano sofrido que ela procura negar, compensar ou reparar”(1986:111).

<sup>14</sup> “Processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações” (Laplanche e Pontalis, 1986:295).

<sup>15</sup> Se considerarmos esta afirmação do ponto de vista dos próprios autores, podemos levantar ainda as seguintes questões: se a amostra pré DSM se refere a uma gama de pacientes mais heterogêneos que a amostra pós DSM, como atribuir uma “melhora” nos resultados? Ou ainda, porque atribuir uma “melhora” no resultado do tratamento dos pacientes e não ao diagnóstico efetuado pelos psiquiatras após o DSM, por exemplo?

<sup>16</sup> Ver Young (1997) – sobre o “Transtorno de estresse pós-traumático”.

<sup>17</sup> De fato, segundo Janet (1908), Nadia achava que era feia e ridícula porque temia não ser amada, e não o contrário, como descreve Phillips (1996). Vale lembrar que o caso de Nadia foi apresentado no primeiro capítulo deste trabalho.

<sup>18</sup> “Freud escreveu sobre a condição [o TDC] em sua descrição do Homem dos Lobos, que se preocupava excessivamente com seu nariz” (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997:591).



Após a Segunda Guerra Mundial o número crescente de cirurgias plásticas começou a chamar a atenção de psiquiatras e cirurgiões que passaram a investigar as motivações dos pacientes para estas cirurgias. É no âmbito destes estudos que surgiram os primeiros trabalhos sobre a Dismorfofobia em língua inglesa – Inglaterra e EUA – fornecendo os primeiros contornos para a atual definição de TDC.

Neste capítulo discutiremos o panorama do surgimento dessa definição e suas influências. Veremos como surge o campo de estudos relacionados aos aspectos psiquiátricos da cirurgia plástica e os primeiros trabalhos sobre a Dismorfofobia em língua inglesa. Em seguida, analisaremos a produção inglesa sobre o tema, importante referência para os trabalhos americanos posteriores e, finalmente, buscamos traçar como a Dismorfofobia entra na nomenclatura psiquiátrica americana e passa a ser nomeada Transtorno Dismórfico Corporal.

### **“Preparando o terreno”: a cirurgia plástica nos EUA nas décadas de 1940-1960**

Em 1977, o psiquiatra Andreasen e o otorrinolaringologista Bardach publicaram em um importante periódico na área de psiquiatria um artigo intitulado *Dysmorphophobia: symptom or disease?* (Dismorfofobia: sintoma ou doença?). Este artigo representa, segundo os próprios autores, o primeiro trabalho na América<sup>1</sup> sobre a Dismorfofobia, então definida como uma “importante síndrome que é ocasionalmente encontrada entre pacientes que buscam cirurgia cosmética”, embora “desconhecida para a maior parte dos psiquiatras americanos” (1977:673). A Dismorfofobia, desse modo, aparece no cenário americano somente na década de 1970, relacionada aos pacientes de cirurgias cosméticas ou “plásticas”<sup>2</sup>. Mas o que representa a cirurgia plástica neste período?

Segundo Gilman (1999), a cirurgia plástica parece ser um rótulo para aqueles procedimentos que as sociedades de qualquer tempo vêem como desnecessários, não médicos ou como um sinal de vaidade. A cirurgia plástica se opõe assim à cirurgia reconstrutiva, que é entendida como restauradora de funções.

Foi no fim do Renascimento que os cirurgiões falaram pela primeira vez em cirurgia estética ou da beleza, defendendo a criação de uma face ou corpo bonito como um objetivo médico legítimo.

Mais tarde, a cirurgia plástica voltou a ser defendida pelos cirurgiões do final do século XIX, quando “a ciência racial [usava] a aparência [principalmente o nariz] como forma de determinar quem era ajustado e quem era doente, quem poderia reproduzir e ‘melhorar’ a raça e quem deveria ser excluído e condenado” (*idem, ibidem*:16). Oferecendo meios de modificar o corpo, com cirurgias da orelha, nariz e seios, os cirurgiões buscavam então corrigir não apenas a “feiúra resultante de doenças como a sífilis, como também (...) a ‘feiúra’ de raças não brancas” (*idem, ibidem*:16), tornando os pacientes fisicamente aceitáveis.

Até o início do século XX, no entanto, a cirurgia plástica possuía pouco *status*. Embora os procedimentos fossem semelhantes àqueles utilizados pelo *establishment* médico, os cirurgiões plásticos eram tidos como charlatões: não pelo fato de serem “doutores da beleza”, mas por permitirem aos outros se “disfarçarem” através da modificação de marcas raciais.

Durante a Primeira Guerra Mundial, a questão racial pareceu suprimida e o foco se transferiu da cirurgia plástica para a reconstrutiva. Foram criadas unidades de cirurgia reconstrutiva em hospitais públicos e militares, o que representou uma oportunidade dos cirurgiões, a partir da reconstrução dos rostos dos soldados<sup>3</sup>, principalmente, mostrarem ao mundo a importância desta especialidade médica. Mas alguns feridos, mesmo após a cirurgia reconstrutiva, ficaram tão marcados que suas fotografias começaram a ser usadas por pacifistas europeus como propaganda anti-guerra. As faces reconstruídas, observa Gilman (*ibidem*), eram tidas como grotescas e foram entendidas como um espelho do impacto da guerra sobre as pessoas.

Assim, nos Estados Unidos, na década de 1920, faces reconstruídas passaram a ser usadas para reivindicar maior tolerância com a cirurgia plástica, que chegou a ser defendida como algo que vinha libertar a sociedade pós-guerra (*idem, ibidem*).

“Com a restauração da função e o retorno da face a uma forma ‘um tanto humana’, a ‘felicidade’ do paciente se torna central” (*idem, ibidem*:168). O objetivo do cirurgião plástico se torna a saúde psíquica dos pacientes. Era o modelo de tratamento da psique através do corpo, defendido por alguns cirurgiões já no século XIX, e ilustrado pelas palavras do médico francês Boivin:

Uma mudança na aparência física freqüentemente conduz a uma metamorfose da personalidade e do caráter... A cirurgia estética é também a cirurgia dos complexos. A faca não apenas liberta você de uma deformidade física mas de uma obsessão ao mesmo tempo (Boivin, 1958 *in* Gilman, 1999; tradução livre).

Segundo Gilman (*ibidem*), ao remediar os sinais de diferença a cirurgia plástica representava trazer o paciente de volta ao mundo das pessoas “invisíveis” ou “como todas as outras”. Na Alemanha, por exemplo, a “visibilidade” dos feridos de guerra era entendida socialmente como paralela à “visibilidade racial”. Em ambos os casos, a aparência física resultava dificuldades econômicas – pela impossibilidade de colocação profissional – e psicológicas – como falta de auto-confiança.

Por essa razão, não só feridos de guerra e pessoal racialmente estigmatizadas, como também parte da população “normal” (que não possuía “visibilidade racial” ou era ferido de guerra), colocada à parte da sociedade por causa de sua aparência – começou a demandar cirurgias plásticas.

Em 1933, um jornal alemão sugeria então que a cirurgia plástica era normal e legítima na medida em que estaria relacionada com o moderno e com as cidades associadas à emergência do moderno: Nova York e Viena. A cirurgia plástica estaria, desse modo, ligada ao alto *status* da medicina vienense e, de acordo com o jornal, seria “moderna” por ser amplamente praticada nos Estados Unidos (*idem, ibidem*).

No que diz respeito à legitimação do campo, a relação entre a cirurgia plástica e a modernidade representava, no entanto, uma faca de dois gumes, já que o moderno também estava associado à infelicidade. Segundo Gilman (*ibidem*), o ritmo da vida moderna era visto como algo que afetava o corpo, como por

exemplo, na aparência ou no erotismo. A cirurgia plástica passou assim a ser defendida como o único meio para preservar ou restaurar a saúde mental dos pacientes modernos.

Já na Alemanha Nazista, a cirurgia plástica desempenhava papéis diversos. Por um lado, a lei do serviço militar obrigatório autorizava o Estado a reconstruir o corpo dos soldados – tanto para obter maior desempenho físico, quanto para habilitar os soldados “muito feios” a se tornarem “verdadeiros soldados”. Por outro lado, os judeus também utilizavam a cirurgia plástica para modificar traços que os identificassem como tais e assim permanecer “invisíveis” sob a dominação do III Reich. Além disso, a cirurgia plástica era tida como instrumento válido para assegurar o ideal de beleza feminino.

Nos Estados Unidos, o mais notável aumento no número de rinoplastias ocorreu na década de 1940, o que, segundo Gilman (*ibidem*), estava relacionado ao fato de que a consciência do perigo de ser visto como judeu estava no auge: “A cirurgia do nariz (como em Berlim) veio significar a eliminação da diferença visível e a alteração permanente da percepção da diferença, da doença e do ‘mau’ caráter” (*idem, ibidem*:189). Mas, depois da guerra, o desejo de permanecer “invisível”, de “ser como os outros”, acrescenta o autor, continuou a dar forma ao desejo dos judeus alterarem seus corpos: nas décadas de 1940 e 1950, a rinoplastia era freqüentemente oferecida às adolescentes como um presente de aniversário dos pais. E na década de 1960 mais da metade dos pacientes que buscavam rinoplastia eram da primeira ou segunda geração de judeus americanos.

Apesar do sucesso do procedimento, psiquiatras começavam a apontar, já na década de 1950, uma preocupação com o “ajustamento”, “estrutura de caráter” ou motivações do paciente de cirurgia plástica. De acordo com Hill e Silver (1950), os resultados da cirurgia dependiam desses fatores, de tal modo que caberia ao psiquiatra projetar o tratamento do paciente como um todo. A cirurgia plástica poderia ser concebida como um tratamento adjunto da psicoterapia apenas para casos selecionados, ou simplesmente contra-indicada em outros casos. Mas de um modo geral a busca desta cirurgia por outras razões que não fossem um trauma físico era entendida por estes autores como um sintoma explícito de Neurose. O modelo de tratamento da psique pelo corpo ou o papel da cirurgia plástica como um tratamento para a psique, defendido até então pelos cirurgiões, era colocado em questão.

No período em que os psiquiatras entram na arena da cirurgia plástica nos Estados Unidos, o movimento psicanalítico era o referencial teórico hegemônico<sup>4</sup>. A linguagem desta “psiquiatria psicodinâmica”, tal como denomina Young (1997:96), havia sido desenvolvida para descrever e diagnosticar conflitos inconscientes e defesas. Deste ponto de vista, os sintomas eram entendidos como expressão de processos ocorridos abaixo da superfície, de tal modo que a cirurgia plástica representaria tratar apenas um sintoma superficial, ignorando a raiz do problema. Assim, a maioria dos autores, como Hill e Silver, foi inicialmente crítica com relação ao valor da cirurgia plástica, sugerindo que este seria um procedimento de risco que teria como resultado a substituição do sintoma (Hay, 1970b).

No final da década de 1960, aponta Hay (*ibidem*), os aspectos psiquiátricos da cirurgia plástica constituíam um campo com extensa literatura, a maior parte dela produzida nos Estados Unidos e, portanto, de orientação psicanalítica. O panorama desta produção, segundo o autor, pode ser ilustrado por três formas distintas de interpretar o sintoma apresentado pelo paciente. A primeira tem como referência o trabalho de Schilder (1935), que chamou a atenção para o conceito de “imagem corporal psicológica” e o modo como ela

pode ser construída ou alterada em função da experiência ou da atitude dos outros. Schilder se refere ao mecanismo de identificação<sup>5</sup>, a partir do qual uma pessoa pode “incorporar” parte da imagem corporal de outro, e também aponta que uma parte do corpo pode simbolizar outra, como por exemplo o nariz significando o falo. Os conceitos de identificação e simbolismo, afirma Hay, serviram de base para a maior parte dos trabalhos americanos posteriores.

A segunda perspectiva se refere aos trabalhos nos quais a busca por cirurgia plástica era tida como o deslocamento<sup>6</sup> de conflitos subjacentes. Stekel (1950), por exemplo, teria utilizado os conceitos de deslocamento e simbolismo para se referir aos pacientes que, segundo ele, apresentavam um “sentimento de inferioridade psíquica” que era transferido para a esfera física. A queixa do paciente, desse modo, simbolizava seu conflito interno.

O terceiro ponto de vista, finalmente, diz respeito aos trabalhos que atribuem grande peso à identificação com os pais na motivação inconsciente para a rinoplastia. Estes autores argumentam que as mulheres que buscam cirurgia plástica teriam modelos de identificação maternos pobres, dando origem à identificação com os pais. O problema da identificação seria então representado simbolicamente no sentido de uma deformidade facial, uma solução sintomática para o conflito.

Ainda dentro deste panorama, os casos nos quais a cirurgia plástica foi tida como contra-indicada são ilustrados por Hay (*ibid*) com os trabalhos de Updegraff e Menninger (1934), Hill e Silver (1950) e MacGregor e Schaffner (1950), que criticaram esse procedimento para pacientes cuja motivação poderia estar relacionada com sentimentos de inferioridade, mecanismos de defesa ou a negação inconsciente de distúrbios psicológicos profundos, respectivamente. O ponto extremo desta crítica está, segundo Hay (*ibidem*), em Merloo (1956), que concebe a queixa sempre como sintoma de uma neurose subjacente, de tal modo que a cirurgia plástica é sempre contra-indicada.

No que diz respeito aos pacientes com deformidades mínimas, Hay (*ibidem*) chama a atenção para o fato de que os primeiros autores a enfatizar a possibilidade destas deformidades gerarem “desenvolvimentos psicogênicos anormais” foram cirurgiões: Straith e de Kleine, em 1938. Esses autores defendiam a correção precoce dessas deformidades com o objetivo de prevenir mudanças de personalidade. Outro autor, Barsky, classificou seus pacientes, em 1944, em dois grupos: os chamados Neuróticos básicos, nos quais a deformidade parecia ser reflexo de algum desajuste mais básico; e os Neuróticos situacionais, pessoas que não possuíam personalidades neuróticas reais, cujo estado psicológico estava estritamente relacionado com o defeito físico. Desde então, afirma Hay (*ibidem*), a literatura inclinou-se a enfatizar estes dois grupos, sugerindo que pacientes com deformidades mínimas pertencem, mais freqüentemente, ao primeiro grupo e são “basicamente perturbados psicologicamente”. Nesta perspectiva, MacGregor, em 1953, defendeu que os pacientes com deformidades mínimas são mais perturbados psicologicamente do que outros pacientes que buscam cirurgia plástica (Hay, *ibidem*). Este autor afirmou que a deformidade era utilizada como uma defesa contra distúrbios emocionais escondidos.

Note-se que depois do reconhecimento da cirurgia plástica como uma especialidade médica legítima, o número crescente de pessoas submetidas ao procedimento deslocou o interesse dos médicos da técnica para o paciente, abrindo caminho para os psiquiatras começarem a investigar possíveis relações entre problemas psíquicos e a cirurgia plástica. Foi no âmbito dessas investigações que o termo Dismorfofobia surgiu em

língua inglesa: primeiro, em um artigo de referência do psiquiatra inglês G. Hay, e, no final da década de 1970, como já foi dito, no artigo americano de Andreasen e Bardach. Vejamos então como o termo foi definido nestes artigos.

### **“Retraduzindo” a Dismorfofobia: os primeiros trabalhos em língua inglesa**

Em contraste com os trabalhos americanos de orientação psicanalítica, afirma Hay (1970b), a literatura inglesa e continental sobre os aspectos psiquiátricos da cirurgia plástica estava mais preocupada com os pacientes que apresentavam deformidades mínimas, analisando as queixas de um ponto de vista fenomenológico<sup>7</sup>.

Pacientes com deformidades em busca de cirurgia plástica haviam sido objeto de estudos tanto na literatura americana, como vimos, quanto na continental, ambas distinguindo dois grupos: pacientes com deformidades mínimas, tidos como neuróticos que utilizavam as queixas como desculpas para dificuldades emocionais mais profundas, ou psicóticos iniciais; e pacientes com marcadas deformidades físicas, considerados fundamentalmente como personalidades bem ajustadas (*idem, ibidem*). No que diz respeito à literatura continental, Hay (1970b) observou ainda:

Em particular, referências têm sido feitas à uma condição chamada *dismorfofobia*, significando aqueles pacientes cuja queixa primária é de algum defeito físico externo que eles pensam que pode ser notado por outra pessoa, enquanto objetivamente eles não têm motivo para queixa, sua aparência estando apropriada dentro dos limites normais (*idem, ibidem*:86; tradução livre – grifo nosso).

O autor chama a atenção para o fato de que preocupações obsessivas com o corpo - incluindo temores com relação à aparência, estavam sendo consideradas como indícios importantes de distúrbios psicológicos graves.

Como estudioso de pacientes com queixas sobre sua aparência, objeto de pesquisa de sua tese de doutorado<sup>8</sup>, Hay escreve um artigo dedicado à Dismorfofobia (1970a), considerado o primeiro sobre o tema em língua inglesa<sup>9</sup>. Neste artigo, o autor afirma que essa condição é de particular interesse para a psiquiatria na medida em que é freqüentemente tida como um sintoma relacionado com os primeiros estágios da Esquizofrenia.

Assim, Hay (1970a) busca demonstrar que a Dismorfofobia é um sintoma maligno a partir de autores como Bichowski, Fenichel, Stekel e Korkina. Segundo o autor, Bichowski teria descrito, em 1943, casos de pacientes nos quais mudanças da imagem corporal haviam surgido como a fase inicial da Psicose; Fenichel teria mencionado queixas corporais na Esquizofrenia incipiente, em 1945; Stekel, em 1950, teria ilustrado uma discussão sobre como as obsessões podem se tornar delírios com a descrição de dismorfofóbicos; e Korkina, em 1959, teria estudado sobre a incidência da Esquizofrenia em dismorfofóbicos.

Note-se que Bichowski e Fenichel preocuparam-se apenas com queixas corporais que foram relacionadas com estágios iniciais de transtornos mentais graves, enquanto Stekel e Korkina estudaram

nomeadamente a Dismorfofobia. Hay (*ibidem*), no entanto, não faz qualquer distinção entre esses autores, considerando-os igualmente como evidência de que a Dismorfofobia é um sintoma maligno<sup>10</sup> - “no sentido de que *pode ser delirante*, e mesmo que pareça ser uma preocupação obsessiva o caso pode continuar sendo uma *esquizofrenia pseudo-neurótica*” (*idem, ibidem*: 399; tradução livre). Desse modo, Bichowski e Fenichel são incorporados posteriormente à história do TDC<sup>11</sup>.

Autores clássicos, acrescenta Hay (*ibidem*), já indicavam que certas personalidades desviantes ou sensitivas poderiam ter queixas similares e estar preocupados com sua aparência sem qualquer motivo aparente. Dentre eles estariam Morselli, que teria descrito pessoas sensitivas ou emocionais que desenvolvem subitamente queixas com relação ao corpo; e Janet, que teria considerado a personalidade como raiz da insatisfação com a aparência física<sup>12</sup>.

Diante dessa literatura diversa, considerada por Hay (*ibidem*) como diferentes visões sobre a Dismorfofobia, este autor propõe um estudo comparativo entre dismorfofóbicos e um grupo controle a partir de entrevista psiquiátrica padronizada e testes psicológicos, com vistas a discutir o conceito de Dismorfofobia e seu *status* nosológico. Seus resultados apontaram que os dismorfofóbicos correspondem a um grupo severamente perturbado, diferente do grupo controle. Os primeiros também se mostraram mais obsessivos, introvertidos e mais autopunitivos que os segundos e foram diagnosticados com Transtornos de Personalidade, Esquizofrenia e Depressão. Desse modo, Hay (*ibidem*) conclui: a Dismorfofobia parece um sintoma relacionado com um tipo de personalidade particular, mas não específico, podendo ser encontrado em diferentes síndromes psiquiátricas.

No que se refere à etiologia, Hay (1970a) acrescenta ainda que o aparecimento da Dismorfofobia não está relacionado com transtornos do esquema ou imagem corporais, tal como observado nos transtornos neurológicos ou de obnubilação da consciência. “Na dismorfofobia não há evidência de uma disfunção cerebral grosseira, e o transtorno se refere à imagem corporal ‘psicológica’”<sup>13</sup> (*idem, ibidem*:399; tradução livre).

O primeiro artigo em língua inglesa sobre Dismorfofobia torna-se uma importante referência no campo, tendo sido discutido posteriormente tanto na literatura continental – o que pode ser observado nos trabalhos de Schachter, publicado no periódico francês *Annales médico-psychologiques*, em 1971, e dos psiquiatras italianos Bezoari e Falcinelli, publicado na *Rassegna di Studi Psichiatrici*, em 1977<sup>14</sup> - como na literatura americana. O artigo de Hay marca também o início de uma grande produção sobre o tema na Inglaterra, que também será referência para autores americanos na década de 1990, tal como veremos mais adiante.

Sete anos depois da publicação do artigo de Hay (*ibidem*), surge nos Estados Unidos o primeiro artigo sobre a Dismorfofobia, de Andreasen e Bardach. Diferentemente do primeiro autor, cujo artigo ainda é ignorado pelos últimos<sup>15</sup>, a condição é definida como “um conjunto de sintomas que aparece ocasionalmente em pacientes que requerem cirurgia plástica” (p. 673; tradução livre).

Andreasen e Bardach (*ibidem*) apontam que embora o termo Dismorfofobia fosse utilizado na Europa Ocidental e na psiquiatria russa, ele ainda não era familiar para a maior parte dos psiquiatras americanos. E observam:

Ele [o termo] não aparece nem na oitava edição da Classificação Internacional das Doenças ou na segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico e Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, os dois sistemas nosológicos nos quais a maior parte dos diagnósticos psiquiátricos é baseado (*idem, ibidem:673*; tradução livre).

Os autores reconhecem ainda que a Dismorfofobia não satisfaz os critérios utilizados normalmente para delinear transtornos psiquiátricos específicos, como etiologia, história familiar, curso e prognóstico característicos. Ainda assim, Andreasen e Bardach (*ibidem*) argumentam que esse conjunto de sintomas pode ser descrito na literatura psiquiátrica americana para ser estudado com mais cuidado e ter seu *status* diagnóstico determinado com mais precisão.

O sintoma primário da Dismorfofobia, de acordo com Andreasen e Bardach (*ibidem*), é a crença de que ele não é atraente:

No pior caso este sintoma resulta na crença de que a pessoa é *completamente feia*; no melhor caso ele resulta na crença de que a pessoa *não é muito atraente* mas poderia ser caso alguma mudança fosse efetuada cirurgicamente. O paciente típico é, na verdade, completamente normal em sua aparência, e o clínico examinador pode não estar apto a prever a natureza da ‘deformidade’ experienciada subjetivamente (*idem, ibidem:673* – tradução livre; grifo nosso).

Desse modo, os autores recomendam, ainda que essa síndrome mereça maiores estudos, os seguintes critérios diagnósticos:

1. Uma *preocupação excessiva* com algum “defeito” imaginário na aparência em um indivíduo de aparência normal. Embora alguma anomalia física leve (como *sobrancelhas espessas*) possa estar presente, a preocupação do pacientes é desproporcional ao grau da anomalia.
2. Uma das característica associadas está presente: a) cirurgia cosmética é procurada, com o objetivo primário de melhorar a aparência ou alcançar uma beleza mais ideal, em vez do objetivo primário de melhorar relações com outra pessoa ou oportunidades de trabalho. b) Características variadas sugestivas de transtorno de personalidade estão presentes, particularmente traços esquizóide, compulsivo, ou narcisista, mas nenhum deles domina claramente o quadro clínico.
3. Embora o paciente descreva idéias de referência relacionadas com a “deformidade”, delírios de referência estão ausentes, assim como alucinações e sintomas de transtorno depressivo maior (*idem, ibidem:675*; tradução livre – grifo nosso).

Desse modo os autores ilustram a condição a partir dos seguintes casos:

Caso 1. Senhorita A notou pela primeira vez que ela possuía ‘*queixo duplo*’ e ‘*bochechas de esquilo*’ quando tinha em torno de 18 anos. Sua autopercepção sobre seu queixo pode ter sido induzida por sua mãe comentando com ela certo dia que ela se parecia com seu pai, embora a paciente negasse que a observação tenha precipitado seus problemas.

Ela começou a sentir que as pessoas estavam olhando fixamente para ela e constantemente colocando suas mãos em suas bochechas ou em seus queixos em um esforço subconsciente para lhe dizer que precisava de um tratamento corretivo.(...)

Caso 2. Senhor B começou a pensar em sua face como um problema quando ele era veterano no segundo grau . Ele notou que quando sua face estava em repouso suas sobrancelhas se curvavam sobre os olhos e lhe dava um ‘*olhar inescrupuloso*’. Ele também observou que seu *maxilar* parecia *delicado e recuado*. (...) (*idem, ibidem*: 674 e 675; tradução livre – grifos nossos).

No que se refere à caracterização geral do quadro, os autores acreditam que essa condição surge na adolescência e corresponde provavelmente a uma resposta patológica para as várias mudanças deste período<sup>16</sup>. Seu desenvolvimento seria gradual e o paciente poderia levar anos até decidir consultar um médico.

Andreasen e Bardach (*ibidem*) acrescentam que a personalidade pré-mórbida típica é uma mistura de características obsessivas e esquizóides e também auto-centrada e narcisista. Nenhum desses traços de personalidade, no entanto, é predominante, de tal forma que raramente pode ser dado um diagnóstico de transtorno de personalidade específico. Idéias de referência estão presentes, mas não há delírios ou alucinações; o afeto é apropriado ao conteúdo da fala; não há transtorno de pensamento formal claro; a inteligência é normal, mas há pouca percepção sobre a natureza do seu problema. A incidência da Dismorfofobia, de acordo com os autores, corresponde a cerca de 2% dos pacientes que solicitam cirurgia plástica. O tratamento mais apropriado, no entanto, seria psiquiátrico ao invés de cirúrgico, na medida em que o “defeito” real desses pacientes é emocional e não físico.

O quadro descrito acima, vale ressaltar, é traçado com base na experiência dos autores, que encontraram apenas seis casos da Dismorfofobia em um período de dois anos. A pouca representatividade numérica das amostras utilizadas nos estudos sobre a Dismorfofobia e o TDC, mais especificamente, será apontada posteriormente como um problema relevante no campo.

Note-se que os artigos de Hay (1970a) e de Andreasen e Bardach (1977) apresentam grandes diferenças no que diz respeito à caracterização geral do quadro em contraposição aos trabalhos discutidos no primeiro capítulo. Esta diferença fica ainda mais marcante no artigo americano, onde observamos que a relação com o corpo que caracteriza a Dismorfofobia é qualificada pela questão estética: o paciente se preocupa exageradamente por acreditar que não é bonito ou atraente.

Assim, a noção de “deformidade” descrita por Andreasen e Bardach (*ibidem*) não diz respeito propriamente a um defeito físico, como por exemplo a desproporção entre os membros, mas principalmente a percepção subjetiva de um dano estético, como “bochechas de esquilo” ou “maxilar delicado”. Esta perspectiva não se refere somente à forma como os autores descrevem as queixas dos pacientes, mas também ao modo como eles próprios concebem o que é uma “deformidade”, tal como podemos observar em um dos critérios diagnósticos propostos para a Dismorfofobia. Neste, os autores consideram que sobrancelhas espessas são exemplo de uma anomalia física leve real que pode ser encontrada eventualmente em dismorfofóbicos<sup>17</sup>.



Ainda na década de 1970 outro trabalho em língua inglesa<sup>18</sup>, baseado no artigo de Andreasen e Bardach (*ibidem*), dentre outros autores, ilustra o referencial estético na definição da Dismorfofobia. De acordo com Philippopoulos (1979), a palavra dismorfia seria de origem grega e teria aparecido pela primeira vez em um texto de Herodotus, referindo-se ao mito da garota mais feia de Esparta<sup>19</sup>. Desse modo, afirma o autor, “[a] *palavra significa literalmente feiúra, relacionada especificamente à aparência facial*”<sup>20</sup> (*idem, ibidem*: 397; tradução livre – grifo nosso). Philippopoulos atribui assim legitimidade ao referencial estético e se torna referência freqüente nos artigos especializados.

É importante observar que a definição da Dismorfofobia baseada em um referencial estético surge a partir da entrada dos psiquiatras no campo da cirurgia plástica – ao menos nos Estados Unidos. O que representa um fator comum dentre os pacientes que buscam cirurgia plástica, a preocupação estética, determina então a forma como a “patologia” observada por Andreasen e Bardach (*ibidem*) é definida.

As duas principais referências sobre a Dismorfofobia em língua inglesa na década de 1970 marcam assim diferenças fundamentais com aqueles autores tidos como clássicos com a introdução de um fator fundamental na definição atual do TDC: o referencial estético. Além disso, esses trabalhos ilustram algumas das lacunas e controvérsias do campo. No próximo item discutiremos os artigos publicados na Inglaterra na década de 1980 e teremos oportunidade de observar como algumas dessas questões são então discutidas.

### **A Dismorfofobia na literatura inglesa: definições e indefinições**

Após a publicação do artigo de Hay (1970a), pioneiro na descrição da Dismorfofobia em língua inglesa, poucos trabalhos são encontrados sobre o tema neste idioma. É somente na década de 1980 que surge uma produção mais significativa, publicada em grande parte na Inglaterra. Nos Estados Unidos, por outro lado, o tema só será objeto de maior interesse no início dos anos 90, tendo como principal referência os trabalhos ingleses da década anterior.

A produção inglesa<sup>21</sup> desse período não representa um corpo de conhecimento uniforme, mas um conjunto de questões com respostas distintas, que incluem desde a definição da Dismorfofobia até seu tratamento. Em razão disto, estes trabalhos serão utilizados posteriormente por psiquiatras americanos tanto para corroborar quanto contrapor os mais diversos dados, acrescentando pouco no sentido de um consenso sobre a condição, como veremos no próximo capítulo.

No que diz respeito à definição da Dismorfofobia, os trabalhos ingleses apontam que não há acordo sobre seu *status* enquanto sintoma ou síndrome psiquiátrica e sobre sua distinção com a Psicose Hipocondríaca Monossintomática, onde a crença de deformidade teria intensidade delirante.

Assim, Birtchenell (1988) afirma que o termo Dismorfofobia não é utilizado para distúrbios da imagem corporal primários ou secundários à doenças orgânicas cerebrais, mas para descrever um sintoma não específico que ocorre em vários transtornos psiquiátricos e pode estar relacionado com o início da

esquizofrenia, tal como já apontava Hay (1970a). Em alguns pacientes, acrescenta, a Dismorfofobia pode ocorrer independente de outros transtornos.

Thomas (1984), ao contrário, afirma que os sintomas da Dismorfofobia são geralmente relacionados com distúrbios da imagem corporal que poderiam ser induzidos por estados orgânicos, drogas, patologias cerebrais graves ou ainda mecanismos psicológicos. Mas o autor prefere restringir o termo aos distúrbios da imagem corporal resultantes exclusivamente destes últimos e sugere que este seja utilizado para designar uma “síndrome discreta” que ocorre em pacientes sem qualquer outro transtorno psiquiátrico, enquanto os termos “(...) [Dismorfofobia] secundária ou dismorfofobia sintomática deveria[m] ser usad[os] quando outra doença mental é responsável [pelas queixas]”(idem, *ibidem*:514; tradução livre).

Embora o termo Dismorfofobia seja referido constantemente como uma preocupação com aspectos visíveis do corpo, Marks e Mishan (1988) defendem que “ele pode logicamente se referir também a defeitos imaginados em outras modalidades sensoriais como o olfato” (p.674; tradução livre). A Dismorfofobia incluiria assim, de acordo com estes autores, pacientes com delírio de que exalam mau cheiro.

Segundo Birtchnell (1988), sua experiência aponta que os dismorfofóbicos se distinguem não só por sua preocupação exagerada com uma deformidade mínima, mas também por suas queixas vagas e pedidos imprecisos para que “algo seja feito”, o que pode levar o paciente a sucessivas cirurgias (*surgeon shopping*). Além de “importunar cirurgias plásticas para ter ajuda”, Marks e Mishan (1988) afirmam que os pacientes dismorfofóbicos podem ser muito incapacitados por sua evitação social. Nos casos onde a evitação não é possível, acrescentam os autores, surge grande ansiedade: um elemento fóbico que é compartilhado com os Transtornos Fóbico e Obsessivo-compulsivo.

Sturmev (1986) também descreve elementos fóbicos na Dismorfofobia, como grande ansiedade em situações sociais, evitação dessas situações, medo de críticas e de comentários adversos sobre a aparência física que, segundo o autor, caracterizam-na como uma Fobia Social.

Birtchnell (1988), no entanto, discorda dessa classificação: a Dismorfofobia não representa uma fobia, argumenta o autor, e não há medo de uma deformidade física *per se*, tendo em vista que a feiúra de outras pessoas é tolerada. Como um sintoma, afirma o autor, esta condição pode ser expressa como uma preocupação com a aparência, uma obsessão, uma idéia sobrevalorizada ou franco delírio e o esclarecimento do fenômeno teria sido confundido justamente pela falha dos autores em especificar claramente o grau da crença do paciente.

Ainda com relação à classificação, Thomas (1984) acredita que a anorexia, “uma condição dos adolescentes caracterizada por um distúrbio da imagem corporal” (p.516; tradução livre), não deveria ter *status* diagnóstico distinto da Dismorfofobia, enquanto Marks e Mishan (*op cit*)<sup>22</sup> afirmam:

Condições não relacionadas incluindo queixas da imagem corporal são anorexia, onde há convicção de ser muito gordo, transsexualismo, onde o corpo todo é sentido como sendo o oposto da identidade de gênero, e hipocondria, na qual a preocupação com a doença é expressa. Nenhuma destas são características da dismorfofobia (p. 674; tradução livre).

Uma importante característica da Dismorfofobia é, segundo Thomas (1984), sua alta morbidade psiquiátrica: o grande espectro de doenças no qual ela aparece levanta questões sobre sua natureza enquanto idéia sobrevalorizada ou delírio. Neste sentido, diversos artigos apontam a seguinte distinção: o termo

Dismorfofobia deveria designar apenas casos onde a crença de ser deformado é uma idéia sobrevalorizada, enquanto o termo Psicose Hipocondríaca Monossintomática, proposto por Munro, em 1980<sup>23</sup>, deveria ser utilizado para os casos nos quais esta crença é isolada e de intensidade delirante. O que vai definir o estabelecimento de uma idéia sobrevalorizada ou de um delírio, segundo Jerome (1987), depende em parte da evidência da anormalidade física e de experiências adversas ambientais, como zombarias na infância.

A distinção entre Dismorfofobia e Psicose Hipocondríaca Monossintomática, segundo Birtchnell (1988) e Thomas (1984), é importante teoricamente e por suas implicações no tratamento, já que este último responde a determinado tratamento que o primeiro não. Braddock (1982) comenta que essa distinção pode ser particularmente difícil na adolescência, período de desenvolvimento da personalidade e Thomas (1984) sugere que um teste com medicamentos<sup>24</sup> pode ser útil para o diagnóstico diferencial no *setting* clínico. Brotman e Jenike (1985) observam ainda que nos casos por eles acompanhados a Dismorfofobia parecia parte da síndrome da Psicose Hipocondríaca Monossintomática e que a síndrome de referência olfatória (pacientes que acreditavam exalar mau odor), embora parecesse um delírio isolado, poderia ser explicado no contexto da vida e da personalidade do paciente.

Diferentemente, Hay (1983) defende que a Dismorfofobia é um sintoma e como tal o termo não deveria ser restringido aos pacientes cujos sintomas estão baseados na personalidade, já que isto implicaria utilizá-lo como um diagnóstico. E acrescenta:

[O termo] psicose hipocondríaca monossintomática pode ser usada para descrever aqueles pacientes cuja queixa é delirante e existem certamente vantagens neste rótulo de certo modo incômodo no fato de que ele evita o uso da palavra esquizofrenia (p. 309; tradução livre).

Outra característica relacionada com a Dismorfofobia é observada por Hardy e Cotterill (1982) que desenvolveram um estudo sobre o grau de depressão e de obsessão de pacientes dismorfofóbicos a partir de inventários. Segundo os autores, estes pacientes se mostraram mais obsessivos que o grupo controle, mas alcançaram *scores* semelhantes aos pacientes com Depressão Neurótica e Obsessão Neurótica, o que não suportaria a hipótese de que a Dismorfofobia é sintoma de um estado obsessivo. Do mesmo modo, os dismorfofóbicos foram avaliados como mais depressivos que o grupo controle, o que sugere aos autores que parte deles pudesse sofrer realmente de Depressão, tendo em vista que esta última pode provocar distorções da imagem corporal. O estudo confirmaria assim a hipótese de Hay (1970a), afirmam Hardy e Cotterill (1982), de que a Dismorfofobia é um sintoma não específico e pode ocorrer em diferentes síndromes psiquiátricas.

Birtchnell (1988) faz observações sobre as dificuldades diagnósticas da Dismorfofobia no que diz respeito ao julgamento clínico subjetivo que deve ser feito pelo médico sobre o que constitui uma aparência normal ou uma deformidade mínima e até que ponto uma anomalia física real pode justificar a queixa do paciente. O autor observa que “normal” não é sinônimo de “beleza” ou “atratividade” e que a preocupação com a aparência não é considerada “anormal” culturalmente. Ao contrário,

Um considerável corpo de pesquisa detalhou as consequências sociais e interpessoais da aparência física com a esmagadora conclusão que a atratividade tem um efeito de prestígio na percepção – “o que é belo é bom”(…) e inversamente um estereótipo

muito negativo prevalece para o que não é fisicamente atraente (*idem, ibidem*:41; tradução livre).

Estes fatores culturais são importantes, acrescenta o autor, principalmente para pacientes mulheres. Nos homens, a preocupação com a aparência é tida como menos “normal” culturalmente e eles podem ser julgados como “perturbados”. De fato, Birtchnell (*ibidem*) aponta um estudo sobre pacientes com deformidades mínimas que demandavam rinoplastia onde todos os homens foram diagnosticados com transtornos psiquiátricos.

O que pode ser definido como uma deformidade mínima, alerta o autor, depende de seu significado para o grupo social do paciente: uma mulher de Porto Rico, por exemplo, teria ficado muito preocupada com uma pequena cicatriz no rosto resultante de um acidente porque em seu grupo mulheres adúlteras tinham seus rostos marcados por uma cicatriz semelhante. Estas observações serão eventualmente lembradas em trabalhos americanos posteriores, enquanto outros irão levantar questões sobre a influência de fatores culturais na etiologia da própria Dismorfofobia (ou TDC).

Birtchnell (*ibidem*) também afirma que conflitos intrapsíquicos foram observados em pacientes com deformidades mínimas, mas que não existe relação proporcional entre a deformidade e o sofrimento psíquico: características “engraçadas”, como “orelhas de abano” podem ser mais significativas socioculturalmente do que deformidades notáveis. Além disso, o autor acredita que uma anomalia física pode ser usada como desculpas para comportamentos que de fato têm outra origem e queixas sobre determinadas partes do corpo podem estar relacionadas com conflitos psicológicos.

Jerome (1987) sugere que medidas de imagem corporal poderiam ajudar no diagnóstico da Dismorfofobia. De acordo com este autor, pacientes dismorfofóbicos demandando rinoplastia se mostraram mais precisos para estimar o tamanho do seu nariz do que o grupo controle e passavam também mais tempo diante do espelho analisando esta característica.

O início da Dismorfofobia é geralmente aceito como sendo entre 20 e 30 anos, com alguns pacientes apresentando sintomas já no início da adolescência, afirma Thomas (1984). Embora os sentimentos de feiúra sejam comuns na adolescência – principalmente entre 12 e 14 anos, segundo o autor, a Dismorfofobia se distingue pelo grau de sofrimento, severidade e longevidade dos sintomas. Braddock (1982) acrescenta:

Como uma manifestação da transição que ocorre durante a adolescência (...), sintomas não verbais e frequentemente físicos de distúrbio emocional para sintomas mais do “tipo adulto”, expressos verbalmente, o adolescente que desenvolve uma preocupação com uma anormalidade física imaginada pode encontrar por acaso um caminho mais sofisticado para os benefícios do papel de doente. Uma preocupação que na maior parte dos casos seria transitória pode então se tornar um sintoma dismorfofóbico estabelecido mantido pelas respostas da família, pela atenção e intervenção médica, e pela evitação posterior de experiências carregadas de ansiedade cujo desenvolvimento adolescente está cheio. As consequências para o desenvolvimento posterior da personalidade caso este processo não seja revertido podem ser severas (p. 200; tradução livre).

Braddock (*ibidem*) sugere assim que a Dismorfofobia seja um sintoma transitório que pode se estabelecer a partir das respostas do ambiente, que podem alimentar os benefícios do papel de doente (que podem ser também chamados “ganhos secundários”).

No estudo de Thomas (1984), a história familiar de Esquizofrenia observada em alguns pacientes, somada aos achados de outro estudo<sup>25</sup>, sugerem ao autor que a Dismorfofobia pode ser considerada como um risco para a Esquizofrenia.

O quadro típico, para Thomas (*ibidem*), é de um indivíduo jovem com um ou mais dos seguintes traços de personalidade: esquizóide, narcisista ou obsessivo:

Ele (ou ela) acredita que é feio e que sua feiúra é notável para os outros, apesar de sua aparência estar dentro dos limites normais. Sua crença é uma idéia sobrevalorizada e ele está livre de uma síndrome psiquiátrica maior (...) (*idem, ibidem*:516; tradução livre)<sup>26</sup>.

No tratamento de pacientes com queixas sobre sua aparência com cirurgia plástica, afirma Birtchell, “é importante manter uma distinção (e muitos estudos não o fizeram) entre pacientes com deformidades mínimas (o ‘normal’ mas menos que o atraente) que podem ser consideravelmente beneficiados pela operação e aqueles com dismorfofobia (...), para quem a intervenção psiquiátrica pode ser mais apropriada”(1988: 42; tradução livre).

Marks e Mishan (1982) defendem que o elemento fóbico observado por eles no paciente Dismorfofóbico é um fator que aumenta a possibilidade desta condição ser tratada pelo método comportamental de exposição e relatam a melhora de pacientes com queixas de intensidade delirante, inclusive. Segundo os autores, seu estudo piloto apresenta, desse modo, resultados encorajadores para a terapia de exposição no tratamento da Dismorfofobia. Resultados semelhantes foram encontrados por Jerome (1987), cujos achados clínicos suportariam a hipótese de que um tratamento com a perspectiva cognitivo-comportamental poderia trazer melhoras para pacientes dismorfofóbicos. Braddock (1982) acrescenta: as técnicas comportamentais podem ser apropriadas, mas é preciso que a intervenção seja precoce para reduzir os ganhos secundários da doença, fator importante na gênese da Dismorfofobia segundo o autor.

O tratamento psicofarmacológico para a Dismorfofobia também é indicado por Jenike (1985), que afirma ter observado uma resposta positiva com o uso de medicamentos antidepressivos.

Birtchnell afirma: “Infelizmente, é difícil convencer esses pacientes a receber tratamento psiquiátrico e ainda não está claro qual tratamento pode beneficiá-los”, em parte porque os registros dos tratamentos não fizeram distinções claras entre a dismorfofobia, a psicose hipocondríaca monossintomática e pacientes com deformidades mínimas (1988:43; tradução livre).

Para que o fenômeno da Dismorfofobia seja melhor elucidado, esse autor defende que uma definição cuidadosa do termo deve ser elaborada, especificando a intensidade da crença e o grau de deformidade relacionados, e talvez uma avaliação do grau de sofrimento de uma perspectiva cultural e considerando a psicodinâmica. Somente deste modo Birtchnell (*ididem*) acreditava ser possível esclarecer fatores como demografia, etiologia, prognóstico e tratamento da Dismorfofobia.

Note-se que a Dismorfofobia constituía assim uma condição cuja designação poderia estar relacionada a estados orgânicos ou mecanismos psicológicos, representar uma “síndrome discreta” ou um

sintoma não específico, preocupações com aspectos visíveis ou de outras modalidades sensoriais do corpo, compreendida como uma Fobia ou não, com idéias de natureza sobrevalorizada ou delirante e com propostas de diferentes tratamentos na literatura inglesa da década de 1980. Ainda assim, esses estudos (e suas lacunas, principalmente) serão a principal referência para os trabalhos americanos produzidos sobre o tema na década de 1990. Ainda na década de 1980, no entanto, mudanças no campo psiquiátrico nos Estados Unidos determinarão a inclusão da Dismorfofobia na nomenclatura americana, como veremos a seguir.

### **Da Dismorfofobia ao TDC**

Quando Andreasen e Bardach (1977) escreveram o primeiro artigo sobre a Dismorfofobia nos Estados Unidos, observaram:

Psiquiatras que examinam esses pacientes encaminhados por um cirurgião plástico descobrem que estão impossibilitados de fazer qualquer diagnóstico psiquiátrico [da dismorfofobia] seguindo qualquer dos sistemas nosológicos disponíveis correntemente, como o DSM-II, os critérios de Feighner e autores associados, ou o Critério Diagnóstico para Pesquisa. Quando muito eles podem fazer um diagnóstico forçado de Transtorno de Personalidade e ser deixado com um sentimento desconfortável de ver uma pessoa muito perturbada para quem ele está impossibilitado de dar um diagnóstico apropriado de acordo com a nomenclatura usual (Andreasen e Bardach, 1977:674; tradução livre).

Nesse período, o campo da nosografia psiquiátrica nos Estados Unidos contava com diferentes sistemas classificatórios. Não havia o que Young denomina uma nosologia psiquiátrica padronizada: “um sistema de classificação baseado em listas de características padrão e princípios Aristotélicos de inclusão e exclusão”(1997:94; tradução livre). Diferentes orientações na psiquiatria não compartilhavam então de uma linguagem nosológica comum.

A primeira nosologia padronizada na psiquiatria americana foi a terceira edição do DSM (DSM-III), publicada em 1980. O DSM III foi adotado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), por pesquisadores e clínicos e exerceu considerável influência no campo psiquiátrico internacional<sup>27</sup>. O DSM, hoje em sua quarta edição revisada (DSM-IV-TR), e o capítulo referente aos transtornos mentais da *Classificação Internacional das Doenças* (CID) – 10ª edição, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), são considerados os principais sistemas de classificação da psiquiatria ocidental atualmente.

Ao contrário da CID, que é uma classificação estatística que visa abranger todas as doenças (incluindo os transtornos mentais), o DSM constitui, segundo Venâncio (1998), uma nomenclatura de doenças. A distinção entre essas duas formas de classificar os transtornos mentais é definida pela própria APA:

Uma *nomenclatura* é uma listagem ou catálogo de termos aprovados para descrever e registrar observações clínicas e patológicas devendo ser, para tanto, suficientemente extensa a fim de que *qualquer condição patológica possa ser apropriadamente registrada*.

Com os avanços da ciência médica, uma *nomenclatura deve se expandir para incluir os novos termos necessários ao registro de novas observações*. Em contraste, uma *classificação estatística indica a relação entre categorias diagnósticas e deve se restringir a um número limitado de categorias* que abranja a faixa total de doenças e condições mórbidas (APA, 1989 *in* Venâncio, 1998; grifos nossos).

Desse modo, afirma Venâncio (*ibidem*), enquanto a CID tem como objetivo abranger a “faixa total das doenças” em um número limitado de categorias, o DSM visa ser o mais extenso possível, a fim de conseguir registrar qualquer condição patológica.

Disso decorre, segundo a autora, uma marca fundamental do tipo de conhecimento produzido por essas duas classificações: seu caráter “universalizante”. No DSM, especificamente, este aspecto estaria na produção de um conhecimento “especializado” que pretende abranger todos os tipos de transtornos mentais; e também nas suas constantes revisões, com a substituição total das versões mais antigas do manual em prol da “atualização” e do “desenvolvimento” científico<sup>28</sup>. Para Venâncio (*ibidem*), encontramos nessas revisões uma característica própria do pensamento médico, e mesmo do “pensamento científico moderno”, qual seja: a tensão entre continuidade/descontinuidade histórica.

Ao que nos parece o ‘pensamento científico moderno’ tem sido marcado exatamente pela necessidade que mantém em enfatizar as ‘permanências’ e ‘rupturas’ entre as doutrinas ou teorias que o constituem. Na maioria das vezes, inclusive, a apresentação dessa continuidade/descontinuidade histórica não atenta para os caminhos complexos através dos quais as ‘permanências’ e ‘rupturas’ entre as idéias foram forjadas. Revela-se, então, uma extrema ‘opacidade’ histórica, como se a historicidade não precisasse ser explicitada e fosse intrínseca aos próprios ‘desenvolvimentos’ de um ou outro movimento de idéias. Estes são caracterizados como ‘autônomos’, ‘independentes’ em relação a seus predecessores e se tornam ‘consagrados’, porque ‘reveladores’ de algum aspecto da realidade que, até o momento, a própria ‘ciência’ não teria condições de esclarecer (*idem, ibidem*:123).

Assim, o DSM tem sua história “sombreada” tanto pela substituição completa das edições anteriores à edição corrente<sup>29</sup>, quanto pelas brevíssimas referências à sua própria história. Mas sua “opacidade” histórica também pode ser observada no próprio conteúdo dessa classificação: Venâncio aponta que “muito raramente [o conteúdo] faz referência às relações das categorias vigentes com sua existência e sentido mais remotos, e não necessariamente unívocos” (*ibidem*:123).

A construção da categoria nosográfica denominada Transtorno Dismórfico Corporal está intrinsecamente ligada à história e estrutura do DSM. O que veremos a seguir é um breve histórico desta nomenclatura psiquiátrica e do lugar ocupado pelo transtorno no DSM-III e DSM-III-R. As edições mais

recentes do manual, o DSM-IV e DSM-IV-TR, bem como suas “atualizações” com relação ao TDC, serão discutidas no próximo capítulo, tendo em vista a estreita relação entre suas modificações e as pesquisas desenvolvidas já na década de 1990.

### *O DSM e a transformação da tecnologia diagnóstica na psiquiatria americana*

A primeira edição do DSM (DSM-I) foi publicada em 1952. De acordo com a APA (1989), esse foi o primeiro manual oficial a conter um glossário de descrições de categorias diagnósticas. Seu sistema de classificação foi influenciado pelo editor, o psicobiologista Adolf Meyer, que compreendia os transtornos mentais como reações da personalidade aos fatores psicológicos, sociais e biológicos. Um grande número de psiquiatras americanos e instituições recusou-se a adotar sua classificação e os autores de artigos nos maiores jornais de psiquiatria não foram solicitados a utilizar seus termos. (Young, 1997).

O DSM-II, publicado em 1968, afastou-se da primeira edição em vários aspectos, já que pretendia ser compatível com a seção de transtornos mentais da edição vigente da CID (CID-8). O termo reação, presente na primeira edição, foi então retirado por estar ligado à teoria psicobiológica de Meyer. Com efeito, o DSM-II utilizou termos diagnósticos que “não implicavam numa estrutura teórica específica para entender os distúrbios mentais não orgânicos” – à exceção do termo Neurose (APA, 1989:XVIII). Segundo Young (1997), no entanto, as categorias diagnósticas do DSM-II falharam por não fornecer critérios formais para determinar os limites de seus diagnósticos. Desse modo, os médicos precisavam se basear em descrições geralmente ligadas a pressupostos etiológicos (e, portanto, ligados à teorias específicas) para traçar seus diagnósticos.

Em 1974 iniciaram-se os trabalhos para a futura publicação do DSM-III. Produto de quatorze comitês consultivos compostos por *experts*, esta edição teve seu conteúdo amplamente discutido, enquanto sua estrutura foi definida previamente por um pequeno grupo de médicos que se identificava com a perspectiva nosológica de Emil Kraepelin (*idem, ibidem*).

Como vimos no primeiro capítulo, a classificação psiquiátrica na perspectiva de Kraepelin era baseada em três idéias fundamentais: os transtornos mentais são melhor compreendidos por uma analogia com as doenças físicas; a classificação dos transtornos mentais demanda observação cuidadosa dos fenômenos visíveis; e a pesquisa empírica deverá mostrar que transtornos mentais sérios possuem origens orgânicas e bioquímicas. Popular no início do século XX, esta perspectiva se torna marginal nas décadas de 1950/60 nos Estados Unidos com a influência da psiquiatria psicodinâmica.

A redescoberta de Kraepelin na década de 1970, observa Young (*ibidem*), foi precedida por uma série de desenvolvimentos tecnológicos relacionados à prática clínica. O impacto das drogas psicoativas, em especial, teve implicações importantes reconhecidas por grandes segmentos da psiquiatria – inclusive da perspectiva psicodinâmica<sup>30</sup>. Utilizadas rotineiramente já na década de 1960, essas drogas evidenciaram diferenças entre os transtornos e tiveram suas respostas padrão associadas com as classificações propostas por Kraepelin. Os medicamentos, afirma Wilson (1993 *in* Young, 1997), ajudaram a criar a necessidade de uma



psiquiatria mais experimental. A psiquiatria americana carecia então de uma nosologia consistente com sua nova orientação (*idem, ibidem*).

Assim, de acordo com seu editor, Robert Spitzer, a nova edição do DSM deveria ser baseada em dois princípios: “teorias de patogênese deveriam ser confirmadas por ‘princípios de testabilidade e verificação’, e cada transtorno deveria ser identificado por um critério acessível à observação empírica e mensuração” (*idem, ibidem*:99; tradução livre). Com um sistema baseado em critérios definidos como ateóricos<sup>31</sup> e operacionais, o manual possibilitaria a comunicação entre pessoas de diferentes perspectivas teóricas, pesquisadores e clínicos (*idem, ibidem*).

No DSM-III, cerca de duzentos transtornos mentais são nomeados e classificados. De acordo com sua introdução, cada transtorno representa “um comportamento clinicamente significativo ou síndrome psicológica ou modelo que é tipicamente associada tanto com um sintoma doloroso (sofrimento) ou prejuízo em uma ou mais áreas importantes de funcionamento (incapacidade)” (APA, 1980 *in idem, ibidem*:94; tradução livre).

Os transtornos são agrupados em categorias, baseadas em características compartilhadas: transtorno de humor, transtorno de ansiedade, transtornos sexuais, transtornos por uso de substâncias químicas, esquizofrenia, e assim por diante. Cada doença é definida por uma lista de características que são individualmente necessárias e coletivamente suficientes para o diagnóstico [os critérios diagnósticos]. Um texto anexo identifica características associadas (não criterial) do transtorno, sua história natural, os prejuízos e complicações que pode produzir, sua prevalência e fatores predisponentes, e outros transtornos mentais com os quais pode ser confundido (*idem, ibidem*:94; tradução livre).

Uma das características fundamentais do DSM-III, observa Venâncio (1998), é a substituição do termo doença por transtorno<sup>32</sup>, tendo em vista que o primeiro foi considerado como um diagnóstico etiológico relacionado com uma teoria explicativa e um prognóstico. O termo transtorno, por outro lado, estaria centrado no diagnóstico “sindrômico”, restrito ao quadro clínico presente e, portanto, seria mais confiável. De acordo com a autora, disso decorre o incentivo aos “diagnóstico múltiplos” ou “co-morbidade”, já que no diagnóstico “sindrômico” diferentes sintomas podem coexistir no mesmo indivíduo.

No que diz respeito ao diagnóstico, o DSM-III apresenta ainda uma outra novidade: o “sistema multiaxial de avaliação”. Orientado para o planejamento do tratamento e previsão do prognóstico, segundo a APA, este sistema possui cinco eixos. “Os Eixos I e II compreendem os distúrbios mentais; o Eixo III, as condições e os distúrbios físicos; e os Eixos IV e V, respectivamente, a gravidade dos estressores psicossociais e a avaliação global do funcionamento”(1989:XXVI).

O DSM-III difere assim das edições anteriores por ter sido um texto autorizado e sancionado por instituições chaves e por sua estrutura marcar uma transformação revolucionária na psiquiatria americana. No início dos anos 80 autores de artigos, pesquisadores, clínicos foram solicitados a adotar sua linguagem. O sucesso do DSM-III, no entanto, não se deveu exclusivamente aos fatores sociais (Young, 1997):

As classificações e listas de sintomas também adquiriram uma certa faticidade, uma qualidade baseada em padrões, emprestadas da epidemiologia, da ‘fidedignidade’ e da ‘validade’. Uma tecnologia diagnóstica é descrita como fidedigna se ela induz o diagnosticador a classificar (corretamente) um transtorno quando o observa em um dado paciente em diferentes ocasiões (*fidedignidade teste-reteste*), e ela induz múltiplos diagnosticadores a dar o mesmo diagnóstico ao mesmo paciente em uma dada ocasião (*fidedignidade inter-classe*). (...) Fidedignidade é, por convenção, uma pré-condição para agregar casos semelhantes para propósitos de pesquisa. A agregação de grandes números de casos é, por outro lado, uma pré-condição para empregar tecnologias estatísticas e para generalizar descobertas para além de situações únicas de pesquisa. São estas mesmas tecnologias, junto com suas garantias de fidedignidade, que permitem aos pesquisadores liberar os casos de seus contextos e decompor distintivamente vidas desalinhas em elementos constitutivos uniformes e universais (*idem, ibidem*:102 e 103; tradução livre – grifos do autor).

O autor acrescenta ainda:

O acesso à tecnologias diagnósticas fidedignas é necessário para estabelecer a ‘validade’ de uma classificação. O termo ‘validade’ se repete na literatura psiquiátrica, onde indica que uma dada classificação possui unidade intrínseca: ela não é nem um fenômeno casual nem um artefato das técnicas pelas quais é detectado, tratado, experienciado, e estudado. (...) Fidedignidade e validade estão estreitamente ligados. Quando a fidedignidade de critérios diagnósticos e tecnologias é baixa, a validade dos transtornos que eles identificam é controversa (*idem, ibidem*:104 e 105; tradução livre).

Isto implica dizer, segundo Young, que a faticidade de um transtorno depende do acesso à tecnologias fidedignas (e com validade estabelecida) para operacionalizar as classificações. Medidas para aumentar a fidedignidade, no entanto, podem limitar a validade e vice-versa. Uma solução para este problema, em teoria, é o estabelecimento da validade independente (descobertas de pesquisa que possam estabelecer uma causa ou processo subjacente do transtorno) associada a um “significado altamente fidedigno”, como marcadores biológicos ou dispositivos psicométricos (*idem, ibidem*). Esses são fatores importantes que passam a orientar a grande maioria das pesquisas sobre o TDC na década de 1990.

O DSM ganha uma nova revisão em 1987, o DSM-III-R (revisado), que mantém as inovações estruturais e reafirma os princípios de sua edição anterior. No DSM-III-R, as classes diagnósticas são também organizadas, como no DSM-III, hierarquicamente:

(...) sob a hipótese de que um distúrbio mais abrangente, ocupando um lugar elevado na hierarquia (por exemplo, Distúrbios de Afetivos), deve se apresentar com sintomas encontrados nos distúrbios menos abrangentes e, que ocupam um lugar mais baixo

na hierarquia (por exemplo, Distúrbio de Ansiedade), mas não o inverso. (...) No DSM-III-R, as hierarquias diagnósticas são governadas por dois princípios:

1. Quando um Distúrbio Mental Orgânico pode responder pelos sintomas, ele precede o diagnóstico de qualquer outro distúrbio que possa produzir os mesmos sintomas (por exemplo, Distúrbio Orgânicos de Ansiedade precede o Distúrbio de Pânico).

2. Quando um distúrbio mais abrangente como a Esquizofrenia, tem comumente sintomas associados que são sintomas definidores de um distúrbio menos abrangente como a Distímia, somente o distúrbio mais abrangente será diagnosticado no caso de seus sintomas tanto definidores quanto associados, estarem presentes. Por exemplo, a Esquizofrenia (não a Esquizofrenia e a Distímia) só deveria ser diagnosticada quando os sintomas definidores estivessem presentes junto com a depressão crônica leve (que é um sintoma comumente associado à Esquizofrenia) (APA, 1989:XXV).

Venâncio (1998) observa que essa organização traduz, definitivamente, o maior valor atribuído aos aspectos físicos frente aos aspectos “psíquicos” ou, mais especificamente, ao orgânico em relação ao não-orgânico - “(...) os diagnósticos passavam a ser organizados de modo decrescente: do mais comprovadamente orgânico para o menos orgânico”(p.134).

Apenas uma pequena diferença é introduzida no “sistema multiaxial de avaliação” do DSM-III-R, que passa a incluir na “avaliação global de funcionamento” parâmetros para apreciação do “funcionamento psicológico”, além do “funcionamento social e ocupacional”, já incluídos no DSM-III.

Outro fator interessante nessa nova edição diz respeito a advertência incluída sobre o uso do manual em “diferentes culturas”. De acordo com sua introdução, algumas precauções devem ser tomadas na aplicação dos critérios diagnósticos do DSM-III-R para pessoas de grupos étnicos ou culturais diferentes daqueles do clínico a fim de assegurar que seu uso seja “culturalmente válido”:

É importante que o clínico não o empregue de maneira mecânica, com insensibilidade para as diferenças de linguagem, valores, normas de comportamento e expressões idiomáticas de aflição. (...) O clínico que trabalha em tais situações deve aplicar o DSM-III-R com disposição de abertura para a presença de padrões culturais distintos e de sensibilidade, para a possibilidade de falseamento não intencional (Bias involuntário) por causa destas diferenças.

Quando uma experiência ou um comportamento é inteiramente normativo para uma cultura particular, ela não deve ser vista como patológica. Por exemplo, a experiência de alucinação da voz do falecido nas primeiras semanas de luto em vários grupos de índios norte-americanos; ou estados de transe de possessão, que ocorrem em rituais culturalmente aprovados em muitos contextos do mundo não Ocidental. Os sintomas culturais, específicos de aflição, tais como sintomas somáticos particulares, associados à aflição em membros de diferentes grupos étnicos e culturais, podem criar dificuldades no uso do DSM-III-R, porque a psicopatologia é única para aquela cultura ou porque as categorias do DSM-III-R

não são baseadas em pesquisas extensivas às populações não Ocidentais (APA, 1989: XXVII e XXVIII).

A preocupação com a aplicação do DSM em “populações culturalmente diversas” será objeto de “esforços especiais” na preparação do DSM-IV (APA, 1995) e terá reflexos importantes na concepção do TDC, tal como veremos no próximo capítulo.

#### *A Dismorfofobia entra no DSM*

A Dismorfofobia foi introduzida na nomenclatura psiquiátrica americana com o DSM-III<sup>33</sup>. Nesta edição, no entanto, afirmam Munro e Stewart (1991), esta condição é apenas mencionada como um Transtorno Somatoforme Atípico<sup>34</sup> para “indivíduos que estão preocupados com algum defeito imaginado na aparência física que está fora de proporção para qualquer anormalidade física real que possa existir” (APA, 1980 *in* Munro e Stewart: 93; tradução livre).

Assim, apesar do trabalho de Andreasen e Bardach, em 1977, já sugerir critérios diagnósticos para a Dismorfofobia, o DSM-III não a reconhece como um transtorno específico, incluindo-a como exemplo de uma categoria residual, o Transtorno Somatoforme Atípico, sem qualquer critério diagnóstico. Suas “versões” não delirante e delirante não foram então diferenciadas, de tal forma que esta última podia ser também diagnosticada, segundo Phillips (1991:1140) como Psicose atípica ou Transtorno Paranóide típico.

A Dismorfofobia ganha *status* de diagnóstico específico somente no DSM-III-R, que passa a denominar a condição como Transtorno Dismórfico Corporal. O termo Dismorfofobia é então referido como o nome pelo qual o transtorno era chamado no *passado*:

mas uma vez que o *distúrbio não envolve evitamento fóbico*, aquele *termo* era *inapropriado*. O termo Dismorfofobia também foi usado para incluir casos nos quais a crença num defeito na aparência é de intensidade delirante. Não está claro, contudo se os dois distúrbios diferentes podem ser distinguidos pelo fato da crença ser um delírio ou não (como no DSM-III-R), ou se são simplesmente duas variantes do mesmo distúrbio. Neste manual, a crença de um defeito na aparência que é de intensidade delirante é classificada como Distúrbio Delirante, Sub-Tipo Somático”(APA, 1989:272; grifo nosso).

A substituição do termo está de acordo com uma das metas de desenvolvimento tanto do DSM-III quanto do DSM-III-R, qual seja: “evitação de nova terminologia e conceitos que quebrem com a tradição, *exceto quando claramente necessários*” (APA, 1989:XX; grifos nossos). Estas metas são seguidas de outras três que, segundo Young (1997), explicam porque uma quebra conceitual com as edições anteriores pode ser necessária:

- ✓ tentativa de atingir um consenso no significado de termos diagnósticos que tenham uso inconsistente e impedimento de termos sem utilidade;
- ✓ consistência com os dados dos estudos de pesquisa que suportem a validade das categorias diagnósticas;

✓ conveniência na descrição dos objetos de pesquisa (APA, 1989:XX).

Encontramos aí a expressão daquilo que Venâncio (1998) definiu como o caráter “universalizante” do DSM que, a partir de suas constantes revisões, “atualiza” seu conteúdo em prol do “desenvolvimento” científico. A “referência histórica” à Dismorfofobia, desse modo, além de “atualizar” o clínico, afirma o “progresso” da categoria diagnóstica, que agora recebe um nome mais “apropriado” e limites bem delineados (definidos pelos critérios diagnósticos). A história representa aqui um papel diferente daquele que desempenha nos artigos especializados, onde ela é utilizada como fator de legitimação para o transtorno.

O novo nome atribuído à Dismorfofobia é justificado ainda por Munro e Stewart (*op cit*). Segundo os autores, uma limitada revisão da literatura sobre o tema teria apontado seis formas distintas para o uso do termo Dismorfofobia – e que podem ser também ilustradas pelo panorama da literatura inglesa sobre o tema, discutido no item anterior. Os diferentes usos para o termo encontrados por Munro e Stewart (*ibidem*) são:

1. De forma muito genérica descrevendo uma preocupação patológica com a aparência que pode ser delirante ou não, pode representar um transtorno primário, ou pode ser secundário a um número de diagnósticos do Eixo I ou Eixo II [do DSM].

2. O mesmo mas excluindo condições delirantes.

3. Um transtorno distinto, não delirante e análogo ao transtorno dismórfico corporal do DSM-III-R.

4. Um termo utilizado para o transtorno dismórfico corporal e transtorno delirante, tipo somático, indiscriminadamente.

5. Preocupação patológica com a aparência, sintomática de condições não delirantes como transtorno obsessivo-compulsivo, outros transtornos somatoformes ou transtorno de personalidade, mas excluindo o transtorno dismórfico corporal.

6. Similar ao 5 (acima) mas sintomático de condições delirantes como esquizofrenia, transtorno maior de humor e transtorno orgânico cerebral (*idem, ibidem:93; tradução livre*).

Assim, o DSM-III-R, afirmam Munro e Stewart, teria julgado insatisfatória a descrição conflitiva da “dismorfofobia” e cunhado um termo alternativo para descrever exclusivamente “uma condição não delirante na qual há preocupação patológica com a aparência física” (*idem, ibidem:93; tradução livre*).

Disso decorre que não só o termo Dismorfofobia é “superado” com a nova designação como também a própria concepção original do fenômeno. O termo cunhado por Morselli para descrever então uma condição de caráter fóbico é reapropriado de diferentes formas ao longo do tempo (como ilustram Munro e Stewart, acima) e, finalmente, considerado impróprio pelo DSM “uma vez que o distúrbio não envolve evitamento fóbico” (APA, 1989:272). A introdução do termo Transtorno Dismórfico Corporal, desse modo, marca a distinção entre o próprio fenômeno estudado por Morselli e aquele descrito pelo DSM na década de 1980.

O Transtorno Dismórfico Corporal<sup>35</sup> é descrito no DSM-III-R como um Transtorno Somatoforme:

As características essenciais deste grupo de distúrbios<sup>36</sup> são sintomas físicos que sugerem distúrbios físicos (por isso, Somatiformes) para os quais não há achados orgânicos demonstráveis

ou mecanismos fisiológicos conhecidos, e para os quais há evidência positiva, ou forte hipótese, de que os sintomas estão ligados a fatores psicológicos ou conflitos. (...) Embora os sintomas dos Distúrbios Somatiformes sejam 'físicos', os processos psicopatológicos específicos envolvidos não são demonstráveis ou compreensíveis pelos procedimentos laboratoriais existentes e são mais claramente conceitualizados por meio de constructos psicológicos (p. 271).

Dentro desta categoria, a condição é definida a partir dos seguintes critérios diagnósticos:

CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA O TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL NO DSM-III-R (APA, 1989:272)

---

- A. Preocupação com algum defeito imaginado na aparência numa pessoa de aparência normal. Se uma anomalia física superficial estiver presente, a preocupação da pessoa é nitidamente excessiva.
  - B. A crença no defeito não tem intensidade delirante, como no Distúrbio Delirante, Tipo Somático (isto é, a pessoa pode admitir a possibilidade de que ela esteja exagerando a extensão do defeito ou que possa não ter qualquer defeito).
  - C. Ocorrência não exclusivamente durante a evolução da Anorexia Nervosa ou Transsexualismo.
- 

Assim, encontramos nesta edição diversos fatores que coincidem com o trabalho de Andreasen e Bardach (1977). O primeiro critério diagnóstico, por exemplo, é idêntico ao que foi proposto por estes autores, excluindo-se o exemplo de anomalia física que pode estar presente nos pacientes. Outros fatores coincidentes com este trabalho – e com alguns artigos ingleses - são a idade, curso e características associadas ao transtorno: o DSM-III-R também aponta traços compulsivos de personalidade, início na adolescência e persistência por vários anos, com eventuais visitas a cirurgias plásticas.

De acordo com o DSM-III-R as queixas mais comuns do TDC “abrangem imperfeições da face tais como rugas, manchas na pele, pilosidade facial excessiva, forma do nariz, boca, mandíbula ou sobrancelhas, e demaciamento da face. A queixa envolve mais raramente a aparência dos pés, mãos, bustos, costas, ou alguma outra parte do corpo” (APA, 1989:271).

Ainda segundo o manual, o transtorno tem como complicações procedimentos cirúrgicos desnecessários e comprometimento do funcionamento social e ocupacional do paciente. A prevalência, alerta, “pode ser mais comum do que se pensa[va] previamente” (*idem, ibidem*), mas o transtorno deve ser diferenciado de apreensões acerca da aparência na adolescência normal, na Depressão maior, no Distúrbio Evitante de Personalidade e na Fobia Social. Na Anorexia Nervosa e no Transsexualismo, “as crenças respectivas infundadas acerca do peso corporal e das características físicas relacionadas ao gênero não autorizam o diagnóstico” (*idem, ibidem*:272).

Fatores predisponentes e padrão familiar continuam, tal como já apontavam Andreasen e Bardach (*ibidem*), sem informações. Estes dados, no entanto, também não estão disponíveis para a maior parte das categorias do DSM, como adverte a introdução do DSM-III-R:

(...) deve-se entender que para a maioria das categorias, *os critérios diagnósticos são baseados em julgamentos clínicos e ainda não foram totalmente validados por dados correlativos importantes tais como curso clínico, resultados, história familiar e resposta ao tratamento*. Indubitavelmente, com mais estudo os critérios serão mais refinados (APA, 1989:XXV; grifos nossos).

A descrição e a classificação do TDC (como de várias outras categorias) no DSM não representa, portanto, o esclarecimento de todos os seus aspectos, mas orienta pesquisas futuras na medida em que: a) determina o que pode ou não ser denominado TDC; b) aponta quais os instrumentos tidos como fidedignos

para a obtenção de dados; c) indica quais os fatores que devem ser objeto de estudo, considerando que permanecem sem informações no manual (como prevalência, fatores predisponentes, padrão familiar). Orientadas a partir destes três fatores, as pesquisas sobre o transtorno devem então fornecer dados que possam “atualizar” a categoria a cada nova edição, sempre no sentido de torná-la mais válida e fidedigna. A tecnologia diagnóstica do DSM determina então uma forma de ver o fenômeno, que irá se refletir na definição atual do TDC.

\*\*\*

Como vimos, a Dismorfofobia é introduzida na literatura psiquiátrica americana a partir de dois fatores fundamentais: o desenvolvimento do campo da cirurgia plástica, que desperta o interesse dos psiquiatras para aqueles pacientes que poderiam não obter bons resultados com o procedimento, e a transformação radical da tecnologia diagnóstica operada a partir do DSM-III. Estes dois fatores, bem como a produção inglesa sobre o tema desde Hay (1970a), terão reflexo na concepção atual do transtorno, que será discutida no próximo capítulo.



## Notas

---

<sup>1</sup> Andreasen e Bardach afirmam ter realizado uma busca por referências sobre o termo Dismorfofobia em língua inglesa que apontou apenas uma citação: uma definição no dicionário de psiquiatria de Hinsie e Shatsky, de 1953. Os autores sugerem portanto que seu trabalho seja o primeiro artigo nessa língua. Esta informação será contestada por Nakdimen, em carta enviada ao editor do *American Journal of Psychiatry* (NAKDIMEN, K., 1977. A neglected reference. *American Journal of Psychiatry*. 134) onde aponta o artigo de Hay (1970), publicado no *British Journal of Psychiatry*, como o primeiro em língua inglesa. Andreasen e Bardach respondem que não foi possível encontrar o referido artigo devido ao fato dos índices de busca o indexarem junto às Fobias. Ainda assim, afirmam os autores, seu trabalho seria pioneiro na América.

<sup>2</sup> No presente estudo a cirurgia por razões estéticas será referida somente como “cirurgia plástica”, termo corrente para designar este procedimento.

<sup>3</sup> Gilman chama a atenção para o fato de que os ferimentos nos rostos eram os piores. O rosto era a única parte do corpo dos soldados que ficava exposta nas trincheiras. Além disso, o ferido de guerra “nobre” estava associado àquele soldado sem os membros, um “sinal de valor”; enquanto os soldados “sem face” eram entendidos apenas como uma “perda de humanidade”.

<sup>4</sup> Segundo Morel et al (2000), duas “correntes” vão marcar a história do movimento psicanalítico nos Estados Unidos: a primeira, após a Primeira Guerra Mundial, quando um grande número de americanos foi estudar psicanálise na Europa; a segunda, com a emigração de analistas judeus diante da ameaça do nazismo. Se, no entanto, logo depois da Primeira Guerra a Psicanálise havia sido utilizada por cirurgiões para articular o significado da cirurgia plástica no tratamento da psique (Gilman, *ibidem*), por volta de 1950, nos Estados Unidos, a psicanálise se tornou a referência para a psiquiatria.

<sup>5</sup> A este respeito, vide nota 14 do capítulo I

<sup>6</sup> “Facto de acentuação, o interesse, a intensidade de uma representação ser susceptível de se soltar dela para passar a outras representações originariamente pouco intensas, ligadas à primeira por uma cadeia associativa” (Laplanche e Pontalis, 1986:162).

<sup>7</sup> Segundo Abbagnano (2000), a fenomenologia pode ser definida como a “[d]escrição daquilo que aparece ou ciência que tem como objetivo ou projeto essa descrição” (ABBAGNANO, N., 2000. *Dicionário de Filosofia*. Tradução de Alfredo Bosi. São Paulo: Martins Fontes. p.437 – grifo nosso).

Hay utiliza aqui o termo “fenomenológico” no sentido de uma “análise descritiva” das queixas, em contraposição à análise interpretativa da “psiquiatria psicodinâmica”, sugerindo que a abordagem descritiva de Kraepelin, popular no âmbito da psiquiatria acadêmica européia na década de 1950 (Young, 1996), ainda exercia importante influência neste meio.

<sup>8</sup> HAY, G. G., 1967. *A Psychiatric study of patients who complain about their appearance*. MD Thesis. Manchester:University of Manchester.

<sup>9</sup> Antes disso, encontramos referência ao termo Dismorfofobia nesse idioma apenas em dicionários de psiquiatria. Um deles, publicado nos Estados Unidos e na Inglaterra, define a Dismorfofobia como um “medo insano de se tornar deformado” já em 1937 (DORLAND, W. A. Newman., 1937. *The American Illustrated Medical Dictionary*. 7th edition. Philadelphia and London: W.B. Saunders Company).

---

<sup>10</sup> Connoly e Gipson (1978), autores de um artigo citado frequentemente, se referem, de modo semelhante, à pacientes com queixas sobre a aparência e dismorfofóbicos sem qualquer distinção. Tendo em vista um estudo longitudinal sobre a Dismorfofobia, esses autores examinaram pacientes submetidos à rinoplastia quinze anos antes e observaram que aqueles cuja motivação para a cirurgia era de caráter estético apresentavam maior incidência de transtornos mentais do que aqueles cuja motivação estava relacionada com uma doença ou ferimento recente. Connoly e Gipson consideram que este resultado confirma que a Dismorfofobia é um sintoma maligno. Os autores, portanto, partem do pressuposto de que todos os pacientes submetidos à rinoplastia por motivos estéticos eram dismorfofóbicos, ainda que, segundo eles mesmos, não fosse possível dizer qual o estado mental dos pacientes à época da cirurgia.

<sup>11</sup> A este respeito vide, por exemplo, Phillips (1991) e Berrios e Kan (1996).

<sup>12</sup> No que diz respeito ao trabalho de Morselli (1891), não encontramos qualquer menção à “pessoas sensitivas ou emocionais”.

<sup>13</sup> O conceito de “imagem corporal psicológica” está relacionado aqui àquele de Schilder, discutido no item anterior deste capítulo.

<sup>14</sup> SCHACHTER, M., 1971. Nevroses Dymorphiques (complexes de laideur) et delire ou conviction delirante de dysmorphie. *Annales médico-psychologiques*. Paris, 129(5), pp. 732-746.; e BEZOARI, M. e FALCINELLI, D., 1977. Imagine del corpo e relazioni oggettuali: note sulla dismorfofobia. *Rassegna di Studi Psichiatrici*. Italia, LXVI(3), pp. 491-511.

<sup>15</sup> Vide nota 1

<sup>16</sup> Do ponto de vista da própria psiquiatria a afirmação de que o início de determinado transtorno se dá na adolescência constitui uma questão controversa. A este respeito, o psiquiatra francês Schachter (1971), discutindo a Dismorfofobia, menciona a existência de numerosos casos de adolescentes que “descobrem” que alguma parte de seu corpo é desgraciosa. Estes casos, segundo o autor, ligados às fases de desenvolvimento somático e sexual, são passageiros e não devem, como Tomkiewicz e Finder teriam sugerido, ser rotulados como Dismorfofobia fisiológica. Schachter acrescenta que um estudo clínico e psicológico aprofundado sobre os problemas relacionados com a experiência de “viver” a feiúra na adolescência é difícil. Em geral os adolescentes vêm acompanhados de seus pais, que também sofrem com as queixas dos filhos, e desejam um tratamento rápido. Phillips et al (1995), por outro lado, afirmam que os adolescentes podem ser vistos como “particularmente vulneráveis” ao desenvolvimento do TDC. Este transtorno, sugerem os autores, ocorre de modo semelhante em adolescentes e adultos.

<sup>17</sup> Este referencial estético também é encontrado na literatura continental. Segundo Schachter (1971) (vide nota 14) o termo Dismorfofobia é definido aí a partir das noções de deformidade e feiúra. É interessante notar que as referências deste autor são artigos do final da década de 50 e da década de 1960, o que implica dizer que essas definições são contemporâneas, da mesma forma que nos Estados Unidos, ao desenvolvimento da cirurgia plástica. Infelizmente, não foi possível ter acesso a estas referências.

<sup>18</sup> Publicado no Canadá

<sup>19</sup> Em um artigo espanhol uma interpretação errônea dessa afirmativa é introduzida na história da Dismorfofobia, atribuindo-lhe, desse modo, uma “tradição histórica” ainda mais longa que aquela descrita por

---

autores americanos sobre o tema. Segundo os autores do artigo: “O termo *dismorfofobia* aparece pela primeira vez nas histórias de Herodotus para se referir ao mito da jovem mais feia de Esparta e procede, segundo Philippopoulos, de ‘dismorfia’ palavra grega que alude à feiúra específica do rosto” (ÁLVAREZ, M. e PÉREZ, A., 2000. Temor de fealdad: la dismorfofobia como um sintoma. *Psiquiatria Publica*, 12 (2). Tradução livre – grifo nosso).

<sup>20</sup> De acordo com o *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa* de Antônio Geraldo da Cunha: *dis* – “deriv. do gr. *dys-*, que exprime as idéias de ‘mau estado, anomalia’, ‘mau funcionamento, disfunção’, e que se documenta em vocs. eruditos introduzidos na linguagem científica internacional, particularmente a partir do séc. XIX: *disfagia*, *dislalia*, *dislexia*, etc”; e *morf(o)* – “elem. comp., do gr. *morpho-*, de *morphé* ‘forma’, que se documenta em alguns compostos formados no próprio grego (como *morfose*) e em alguns outros introduzidos, a partir do séc. XIX, na linguagem científica internacional” (CUNHA, A. G., 1991. *Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; p. 268 e 533).

<sup>21</sup> Entendemos por produção inglesa trabalhos publicados em periódicos ingleses ou reconhecidamente produzidos na Inglaterra (como teses).

<sup>22</sup> Embora não haja qualquer referência ao DSM neste artigo, é preciso lembrar que à época o DSM-III-R, que faz esta mesma distinção, já havia sido publicado, tal como veremos no próximo item.

<sup>23</sup> Infelizmente não foi possível ter acesso a este artigo. Em uma publicação posterior, no entanto, Munro faz menção a três delírios fundamentais que caracterizariam a Psicose Hipocondríaca Mosossintomática: delírio de infestação (insetos, vermes ou corpos estranhos sob a pele), de emitir mau odor (incluindo halitose), e de ser feio ou deformado de algum modo (*id*, 1982).

<sup>24</sup> Os testes com medicamentos serão também utilizados na discussão sobre a classificação do transtorno na década de 1990.

<sup>25</sup> Connoly e Gipson, 1978 – vide nota 10.

<sup>26</sup> No próximo item veremos como é feita a distinção no DSM-III-R.

<sup>27</sup> De acordo com a APA (1989), o DSM-III foi traduzido em 13 línguas e teve muitos dos seus aspectos básicos adotados na décima edição da *Classificação Internacional de Doença* (CID), publicada pela Organização Mundial de Saúde.

<sup>28</sup> Desde 1952 o DSM teve seis edições publicadas (incluindo as edições revisadas). Sua última publicação, em 2000, é denominada DSM-IV-TR (quarta edição com texto revisado).

<sup>29</sup> Venâncio (1998) aponta aqui a dificuldade de acesso às edições anteriores do DSM e da CID. No presente trabalho, conseguimos consultar apenas edições posteriores ao DSM-III-R.

<sup>30</sup> É interessante lembrar que, segundo Swain (1987), a introdução dos psicofármacos na prática psiquiátrica representa um paradoxo na medida em que coincide com a hegemonia da orientação psicanalítica (por volta de 1955). Na verdade, afirma a autora, a grande repercussão da psicanálise no meio psiquiátrico só foi possível em função da. “acessibilidade terapêutica” aberta pelos medicamentos para os pacientes (SWAIN, G., 1987. *Chimie, cerveau, esprit et société: paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale in* SWAIN, G. *Dialogue avec l’insensé: essais d’histoire de la psychiatrie*. Paris: Gallimard, 1987).

---

<sup>31</sup> A linguagem diagnóstica ateórica defendida pelo DSM-III foi alvo de diversas críticas que não serão abordadas no presente trabalho, tendo em vista que nosso foco de interesse está na forma como os psiquiatras conceberam o manual e suas implicações na construção do TDC. Sobre as críticas ao caráter ateórico do DSM-III vide YOUNG (1997) e FAUST, D. e MINER, R., 1986. The empiricist and his new clothes: DSM-III in perspective. *American Journal of Psychiatry*. 143, pp. 962-967.

<sup>32</sup> O termo *disorder*, utilizado no DSM, será referido neste trabalho como transtorno, a exemplo da tradução mais recente desse manual para a língua portuguesa.

<sup>33</sup> Curiosamente, no momento em que Kraepelin é resgatado como uma referência importante para a psiquiatria americana, o termo Dismorfofobia, utilizado pelo autor, é introduzido na nomenclatura psiquiátrica.

<sup>34</sup> Do original *atypical somatoform disorder*. Diante da impossibilidade de consultar o DSM-III e da dificuldade para definir a categoria correspondente na publicação brasileira do DSM-III-R (Distúrbio Somatiforme indiferenciado ou Distúrbio Somatiforme sem outra especificação), preferimos utilizar aqui a tradução literal do termo apresentado por Munro e Stewart (1991).

<sup>35</sup> O termo utilizado na tradução brasileira do DSM-III-R é Distúrbio Dismórfico do Corpo. Neste trabalho, no entanto, iremos nos referir exclusivamente a tradução mais recente para fins de melhor compreensão.

<sup>36</sup> As primeiras edições do DSM em língua portuguesa utilizaram o termo *distúrbio* como tradução da locução inglesa original *disorder*. Este termo foi substituído nas edições mais recentes por transtorno. Leia-se, portanto, transtorno para distúrbio e Transtorno Somatiforme para Distúrbios Somatiformes.

Passamos, finalmente, à discussão da definição atual do TDC a partir da análise da produção americana sobre o tema na década de 1990 – produção esta que, como vimos, se impõe como referência a partir da repercussão do DSM na psiquiatria ocidental.

Com a publicação da terceira edição revisada do DSM (DSM-III-R), o TDC começa a despertar maior interesse nos Estados Unidos. Neste período, um importante artigo de revisão, elaborado por Phillips, determina os contornos da definição atual do TDC e marca o início de uma extensa literatura sobre o tema, em grande parte de sua própria autoria.

A produção da década de 1990 reflete então dois fatores fundamentais: uma forma contemporânea de perceber o corpo, e os princípios do DSM. O primeiro será ilustrado sobretudo nos trabalhos dirigidos aos profissionais e ao público leigo que começa a surgir em meados da década de 1990, enquanto o segundo orienta claramente as investigações dos aspectos clínicos do DSM. São estes fatores que determinarão o caráter singular do TDC e que serão responsáveis pelas “atualizações” posteriores da categoria no DSM.

O TDC emerge assim como uma categoria contemporânea, fruto de um contexto sociocultural localizado espacial e temporalmente.

### **O TDC na literatura americana<sup>1</sup>: novas e velhas questões**

Quatro anos após a publicação do DSM-III-R com os critérios diagnósticos do TDC, muito pouco havia sido produzido sobre o tema nos Estados Unidos, até que Katherine Phillips dá impulso ao campo com a publicação de um artigo de revisão bibliográfica. “Agora que o transtorno dismórfico corporal tem um lugar na nosologia psiquiátrica”, argumenta a autora, “parece válido revisar o que é sabido sobre este transtorno” (1991:1139; tradução livre).

De acordo com Phillips (*ibidem*) o campo então apresentava algumas controvérsias importantes<sup>2</sup>, como a definição do transtorno como sintoma ou síndrome, a falta de evidências empíricas para sua classificação como Transtorno Somatoforme, sua relação com outras síndromes psiquiátricas e, em especial, com o Transtorno Delirante, sub-tipo somático. Mas, além das questões levantadas pelos autores em discussão, Phillips se preocupa em como traçar a linha entre a preocupação normal e anormal com a aparência. Segundo a autora, enquanto alguns pesquisadores sugerem que os conceitos de TDC e o Transtorno Delirante, sub-tipo somático possam ser colocados ao longo de um espectro de “severidade, intensidade ou crença”,

Sempre surgem questões sobre o outro lado deste suposto espectro de severidade – em particular, *como o transtorno dismórfico corporal difere de preocupações normais com a aparência física?* Problemas de limitação similares existem para outros transtornos

psiquiátricos, como a diferenciação entre a depressão e o sofrimento normal. Entretanto, os limites do transtorno dismórfico corporal com a normalidade podem ser particularmente confuso porque *a preocupação com a aparência física é quase universal e pode mesmo ser considerada uma marca registrada da adolescência normal*. Apesar da existência quase certa de uma área nebulosa de sobreposição entre a preocupação normal e anormal, entretanto, existe claramente um grupo de pessoas que está *excessivamente preocupado, severamente angustiado e com frequência substancialmente prejudicado por sua preocupação* sobre uma deformidade mínima ou inexistente, sugerindo que a preocupação corporal nesta forma extrema pode e deve ser distinguida da preocupação normal (*idem, ibidem*:1147; tradução livre – grifos nossos).

Phillips (*ibidem*) utiliza assim o referencial estético na definição do TDC, já sugerido por Andreasen e Bardach (1977)<sup>3</sup>, Birtchnell (1988) e pelo próprio DSM-III-R<sup>4</sup>. O que define então o transtorno é o grau da preocupação estética apresentada pelo paciente, tendo em vista que “a preocupação com a aparência física é quase universal”<sup>5</sup>. Esta concepção está relacionada com uma forma igualmente particular de perceber o corpo como foco natural de atenção e preocupação estética: o “patológico” é determinado então pelo exagero desta preocupação.

Segundo Gilman (1999), na metade do século XIX, quando algumas técnicas cirúrgicas estavam sendo desenvolvidas, alguns médicos americanos colocaram em questão a legitimidade de interferir em algo que Deus havia determinado: “Defeitos do corpo, como os defeitos de caráter, eram o trabalho de Deus e não deveriam ser alterados por um mero médico” (*idem, ibidem*:45; tradução livre). Desse ponto de vista,

*As preocupações com o corpo eram expressas em termos de moral em vez de transformação física – seguindo os preceitos da fisionomia que via sinais físicos ‘permanentes’ (ao invés de adquiridos) como formas exteriores imutáveis da eterna natureza da alma humana. O controle moral, no entanto, presumia ou esperava que a alma fosse realmente modificável de modo que ela poderia ser reformada* (*idem, ibidem*:45 – tradução livre – grifos nossos).

Enquanto a possibilidade de modificar o corpo permanecia uma fantasia no século XIX, preocupar-se com ele poderia então representar um “defeito de caráter”. Gilman (*ibidem*) ilustra bem esta questão com a personagem de um romance americano de 1868: uma menina infeliz por causa de seu nariz. Segundo o autor, a experiência de inadequação dessa personagem com relação ao seu nariz é reflexo do período em que o texto foi produzido. Nesta época, as características corporais – e em especial o nariz, como vimos – eram tidas como sinais de caráter. Desse modo, a vaidade<sup>6</sup> com o nariz é utilizada pela autora do romance como forma de apresentar a psique de sua personagem. A vaidade representa assim um “defeito moral” que essa personagem deveria superar para se tornar adulta, aceitando seu nariz como uma condição constitucional.

Na medida em que o corpo, no entanto, passa a ser concebido como passível de alterações através de tecnologias médicas diagnósticas, curativas ou estéticas, como a cirurgia plástica, surgem novas formas de perceber e operar sobre ele:

Apenas depois (...) [da] possibilidade de corrigir a ‘feiúra’ da doença e da raça outras formas de cirurgia da ‘beleza’ começam a se tornar possíveis conceitualmente. *Uma vez que você pode mudar o que a sociedade entende como não modificável, como marcas raciais, então é possível imaginar alterar outros aspectos do corpo que parecem permanentes, como os sinais da idade (idem, ibidem:p.16; tradução livre; grifos nossos).*

O corpo se torna então objeto de um controle cada vez maior. As autoridades médicas, afirma Balsamo (1995), nos encorajam a monitorar o consumo de açúcar, cafeína e sal, por exemplo, através de uso de dispositivos como balanças eletrônicas, teste caseiro de gravidez, teste de diabetes, dentre outros, que funcionam como técnicas de visualização que fragmentam o corpo em órgãos, fluidos e “estados corporais”, promovendo uma obsessão pelo conhecimento do corpo. Esta obsessão, de acordo com a autora, se manifesta de diferentes maneiras na cultura americana: “na observação ‘religiosa’ de práticas de higiene pessoal, medos da morte por contaminação e doenças de imagem corporal” (*ibidem:216; tradução livre*).

O corpo ideal contemporâneo, acrescenta Lupton (1995), torna-se o corpo civilizado, sujeito a um alto controle consciente e racional.

(...) as pressões sobre os indivíduos para que se conformem aos imperativos contemporâneos que dizem respeito a aparência externa ideal do corpo foram traduzidas em atividades como dietas, vigilância do peso e exercícios (*idem, ibidem:70; tradução livre*).

Perceber o corpo como foco natural de preocupação estética só se torna possível, desse modo, recentemente. Assim, definir o TDC a partir do grau de preocupação com a aparência reflete uma forma contemporânea de perceber o corpo, que determina o próprio caráter social e histórico daquela definição.

A relação entre o transtorno e a forma como percebemos o corpo hoje será reproduzida a partir de então, mas constituirá objeto de estudo em poucas ocasiões, como em trabalhos dirigidos aos profissionais e ao público leigo, que serão discutidos no último item deste capítulo.

Outro fator importante a ser observado no trabalho de revisão de Phillips (1991), é o quadro clínico traçado pela autora do TDC, tendo como referência, como já foi dito, “estudos e casos que parecem satisfazer o critério do DSM-III-R”(p.1140; tradução livre). Este quadro será uma referência importante para trabalhos posteriores, mesmo no âmbito internacional.

De acordo com Phillips (*ibidem*), pacientes com o transtorno são intensamente preocupados com algum defeito imaginado ou exagerado em sua aparência, que vêem como repugnante ou vergonhoso. Eles podem se sentir torturados com esta preocupação e não conseguir pensar sobre outras coisas. As queixas podem ser específicas ou vagas e estar relacionadas com qualquer parte do corpo, como defeitos na face, genitais, seios ou quadris. O foco da preocupação pode ser diferentes partes do corpo em diferentes momentos, ou várias partes simultaneamente. Em função do segredo que os pacientes costumam fazer sobre suas queixas, afirma a autora, o TDC parece ser menos diagnosticado do que deveria. A prevalência, desse modo, é desconhecida, mas o transtorno parece não ser raro. A razão entre mulheres e homens parece ser de aproximadamente 1:1.3. Os pacientes costumam não ser casados e a idade de início é indicada como sendo do início da adolescência até 20 anos de idade.

Não há um perfil pré-mórbido claro, alerta Phillips (*ibidem*), embora alguns autores tenham relatado traços de personalidade obsessivo-compulsivo, esquizóide, narcisista, ou ainda perfeccionismo, auto-crítica, insegurança, sensibilidade, vergonha ou astenia.

As características associadas ao TDC, segundo a autora, incluem observar-se frequentemente ou evitar olhar no espelho, excessiva escovação ou remoção de cabelos, preocupação com o fato de que os outros podem estar olhando para ou falando sobre seu defeito, tentativas de camuflar este defeito e comparação da parte que considera “feia” em si com a de outras pessoas. Além disso, Phillips (*ibidem*) acredita que vários transtornos psiquiátricos estão associados aquele transtorno, embora não esteja claro se o predispõem ou são causados por ele. Os transtornos mais frequentes de acordo com a autora são: Depressão, Transtorno de Personalidade, Esquizofrenia, Transtorno Obsessivo compulsivo. A frequência da comorbidade também é considerada desconhecida.

O curso do transtorno, afirma Phillips (*ibidem*), é pouco conhecido: a queixa pode mudar ao longo do tempo, progredir para um delírio e persistir por vários anos. Poucos autores teriam relatado uma resolução para o transtorno. Dentre os comprometimentos e complicações, a autora descreve isolamento social, disfunção ocupacional, cirurgia cosmética desnecessária e suicídio.

Dados sobre a história familiar e resultados de um teste sugerem à autora uma associação entre o TDC e os Transtornos de Humor e Obsessivo-compulsivo ou a Esquizofrenia.

De acordo com a autora, as especulações sobre a etiologia do transtorno incluem conflitos psicológicos e familiares, além de fatores coincidentes com aqueles transtornos com os quais existem associações. Comentários sobre a parte do corpo que preocupa o paciente ou eventos estressantes podem ser precipitadores do transtorno, enquanto as mudanças físicas e fisiológicas da adolescência parecem desempenhar um papel no seu desenvolvimento.

No que se refere ao tratamento, Phillips (*ibidem*) observa uma grande diversidade que, segundo ela, reflete as incertezas sobre a etiologia do transtorno: medicamentos, psicoterapia, terapia comportamental e cirurgia cosmética. Dentre os medicamentos, bons resultados teriam sido relatados com antidepressivos e imipramina associada a outros psicofármacos. Tratamentos com psicoterapia e terapia comportamental, embora recomendados, afirma a autora, não possuem evidências de sua eficácia. A cirurgia plástica têm registro de resultados bons e ruins. O único consenso neste ponto é para Phillips (*ibidem*) o fato de que o tratamento deve ser, na maior parte dos casos, psiquiátrico ao invés de dermatológico ou cirúrgico.

Phillips (*ibidem*) conclui que, embora o TDC tenha uma “tradição histórica substancial”, muito pouco se sabe sobre ele, o trabalho empírico tendo se limitado a relatos e pequenas séries de casos. Talvez, por não pertencer ao sistema de diagnóstico oficial até recentemente, acrescenta a autora, e porque os pacientes não costumam falar sobre suas queixas ou procuram tratamento fora do sistema de saúde mental.

Certamente, a validade e utilidade do diagnóstico do transtorno dismórfico corporal será reforçado pelo estudo de mais pacientes, que podem estar disponíveis facilmente se o transtorno for procurado. Também seria útil a aplicação de critério diagnóstico operacionalizado para selecionar os pacientes e instrumentos padronizados para avaliar a comorbidade, avaliação sistemática da história familiar e resposta ao tratamento,



identificação cuidadosa da intensidade da crença e grau da deformidade atual, e avaliação prospectiva (*idem, ibidem*: 1145; tradução livre).

Note-se que ao traçar o quadro geral, Phillips possui uma clara orientação descritiva, que é ilustrada sobretudo em observações sobre a necessidade de “evidências”. Diante do restrito “trabalho empírico” sobre o transtorno a autora propõe então o uso de “critérios diagnósticos operacionalizados” e “instrumentos padronizados”, visando aumentar a validade e utilidade do diagnóstico. Phillips se orienta assim pelos princípios do DSM (a partir de sua terceira edição) – princípios que orientarão a produção americana da década de 1990 sobre o transtorno, como veremos a seguir.

#### *O panorama da produção americana da década de 1990*

Em seu artigo de revisão, Phillips (1991) apresenta algumas das controvérsias encontradas na produção sobre a Dismorfofobia e o TDC como por exemplo, a definição do transtorno como um sintoma ou uma síndrome, sua relação com outros transtornos psiquiátricos e sua distinção do Transtorno Delirante, sub-tipo somático. Como vimos, grande parte destas questões havia sido levantada por autores ingleses já na década de 1980 e, no entanto, permanecem em discussão ao longo de toda a década de 1990 nos Estados Unidos.

Neste período, encontramos uma extensa literatura sobre o TDC, com títulos relacionados principalmente com a descrição do quadro clínico (sintomas e características), sua associação com outros transtornos (especialmente com o Transtorno Obsessivo-compulsivo), e sobretudo pesquisas sobre seu tratamento (farmacológico e com terapia cognitivo-comportamental). A produção inglesa sobre o tema, por outro lado, não é significativa nesta década.

No que diz respeito à definição (a partir do grau de preocupação estética) e ao quadro clínico do transtorno, os artigos americanos parecem descrever o TDC normalmente de modo semelhante à de Phillips (1991)<sup>7</sup>, enquanto a discussão sobre a associação do TDC com o Transtorno Obsessivo-compulsivo é freqüentemente relacionada ao trabalho de Hollander, um dos autores mais prolíficos do campo.

Em um artigo de 1989, Hollander e colegas afirmam ter encontrado respostas positivas em cinco casos de TDC para a fluoxetina e a clomipramina:

O fato de que a clomipramina e a fluoxetina têm efeitos anti-obsessivos seletivos no transtorno obsessivo-compulsivo aumenta a possibilidade de *uma patogênese comum entre os transtornos dismórfico corporal e obsessivo-compulsivo* mas não exclui um possível efeito antidepressivo destes agentes ou uma relação entre doenças afetivas e o transtorno dismórfico corporal (*idem, ibidem*:769; tradução livre – grifos nossos).

Assim, afirmam que “sua resposta é consistente com uma possível desregulação serotoninérgica”, tal como no Transtorno Obsessivo-compulsivo<sup>8</sup> (p. 769; tradução livre). Além disso, os autores consideram que as obsessões, definidas como “idéias persistentes, pensamentos, impulsos, ou imagens que são experienciadas (...) como intrusivas e sem sentido” poderiam incluir o TDC, exceto pelo fato de que as

primeiras são caracterizadas como ego-distônicas, enquanto no último as crenças sobrevalorizadas aparecem como ego-sintônicas (p. 769; tradução livre). Hollander et al (*ibidem*) também relatam ter encontrado histórias familiares do Transtorno Obsessivo-compulsivo em dois de seus pacientes com TDC e de Transtorno Afetivo em outros dois. E concluem, no entanto, que “[u]ma possível sobreposição entre os transtornos dismórfico corporal e obsessivo-compulsivo permanece não resolvida e deve ser endereçada a estudos futuros” (*idem, ibidem:770*; tradução livre).

Esta conclusão se repete em outro estudo de Hollander et al, publicado em 1992. Os autores discutem então a relação entre o TDC e o Transtorno Obsessivo-compulsivo considerando: relatos de casos onde foram identificados traços de personalidade ou sintomas obsessivo-compulsivos no primeiro; a semelhança do curso, prevalência e idade de início entre ambos; alto índice de comorbidade de transtornos de personalidade, ansiedade e afetivos com ambos; e resultados positivos para tratamentos semelhantes. O TDC também é relacionado aí com a Anorexia Nervosa e a Fobia Social.

Esses dois artigos (Hollander et al 1989 e 1992) sugerem ainda que o TDC representa um “espectro patológico ao longo de um *continuum de insight*” (p. 770; tradução livre), onde pacientes com idéias de intensidade delirante, diagnosticados com Transtorno delirante - tipo somático ou Psicose Hipocondríaca Monossintomática – ocupariam o extremo fim deste *continuum*. Mas observam: enquanto este espectro pode existir fenomenologicamente, podem ocorrer mecanismos biológicos adicionais quando os pacientes alcançam o extremo fim e sua preocupação se torna idéia fixa (ou seja, delirante)<sup>9</sup>.

As hipóteses de Hollander et al (1989 e 1992) foram objeto de pesquisas posteriores, desenvolvidas principalmente por Phillips e colegas. Em 1993, Hollander e Phillips chegaram a publicar juntos um capítulo sobre Transtornos da Imagem Corporal, onde incluíram o TDC, no livro intitulado *Obsessive-compulsive related disorders* (Transtornos associados ao Transtorno Obsessivo-compulsivo)<sup>10</sup>. Neste trabalho, os autores teriam sugerido que o TDC fosse definido como um transtorno do espectro obsessivo-compulsivo, ou seja, “membro de um grupo de transtornos que possui similaridades com o transtorno obsessivo-compulsivo” (Phillips et al, 1998:568; tradução livre)<sup>11</sup>.

Como reflexo da hipótese sobre a relação entre esses dois transtornos, afirmam Phillips et al (*ibidem*), o TDC foi incluído em uma escala para avaliação de sintomas obsessivo-compulsivos – a *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) symptom checklist* –, sob a rubrica de Dismorfofobia, e sua transferência para a seção dos Transtorno de Ansiedade foi considerada durante o processo de formulação do DSM-IV. Os autores também relatam a criação de uma versão desta escala para o TDC, “um instrumento fidedigno e válido” para avaliar as “obsessões e compulsões em termos de tempo despendido, sofrimento, interferência, resistência e controle” (*idem, ibidem:570*; tradução livre).

No final da década de 1990, Phillips et al (*ibidem*) afirmam, no entanto, que semelhanças e diferenças entre os dois transtornos haviam recebido até então pouca investigação. Na pesquisa de campo para o DSM-IV para o Transtorno Obsessivo-compulsivo, acrescentam os autores, pacientes com ambos os transtornos (comorbidade) foram comparados com pacientes com aquele transtorno<sup>12</sup>, mas não havia estudos que comparassem de modo sistemático pacientes com TDC e Transtorno Obsessivo-compulsivo, sem comorbidade.

Phillips e seus colegas realizam este estudo e informam alguns resultados semelhantes àqueles encontrados nos trabalhos de Hollander et al (1989 e 1992): semelhança na razão entre os sexos nos pacientes com TDC e Transtorno Obsessivo-compulsivo; *status* do emprego, *status* educacional e situação de moradia semelhantes; características clínicas (inclusive obsessões e compulsões) semelhantes; idade de início do transtorno e curso semelhantes, história familiar de transtornos psiquiátricos semelhantes, além de 15% de comorbidade. Os autores também observaram diferenças entre os pacientes, quando comparados entre si, nos seguintes aspectos: pacientes com TDC relatam mais ideação suicida, estão mais sujeitos a desenvolver Transtornos de Humor, Depressão maior e Fobia Social ao longo da vida e possuem menos *insight* sobre sua condição, enquanto pacientes com Transtorno Obsessivo-compulsivo se ocupam mais de comportamentos ritualísticos<sup>13</sup>. Finalmente, Phillips et al (*ibidem*) concluem que existem mais semelhanças do que diferenças entre esses transtornos, mas sugerem novas pesquisas para confirmar seus resultados e esclarecer a associação entre eles.

Também encontramos um artigo sobre a associação do TDC com o espectro do Transtorno Afetivo. Phillips et al (1995) esclarecem que este último representa um grupo de transtornos com anormalidades patofisiológicas em comum. Este grupo seria identificado com base na resposta aos medicamentos (no caso, medicamentos antidepressivos), índice de comorbidade e histórias familiares. Embora os autores informem não existir até então estudos controlados sobre o tratamento do TDC, relatam dados consistentes de que este transtorno responde freqüentemente a uma classe de antidepressivos. Além disso, os autores teriam encontrado alto índice de comorbidade entre o TDC e a Depressão maior e sugerem que outros Transtornos Afetivos, em particular o Transtorno Obsessivo-compulsivo, a Fobia Social e o Transtorno do Pânico, podem ter também alto índice de comorbidade<sup>14</sup>. Todos esses fatores, concluem, tornam razoável considerar o TDC como uma condição que pode provar ser uma forma do espectro do Transtorno Afetivo<sup>15</sup>.

Em 1998, Phillips et al (1998) observaram altos índices de Depressão maior em pacientes com o TDC e maiores índices de ideação e tentativas de suicídio nestes últimos em relação aos pacientes com Transtorno Obsessivos-compulsivo. Este resultado sugeriu aos autores que o TDC pode estar mais associado à Depressão maior do que ao Transtorno Obsessivo-compulsivo. Esta associação, segundo eles, é compatível com observações clínicas e, em alguns casos, a Depressão pode ser secundária ao TDC. Além disso, Phillips et al (*ibidem*) relatam um experimento que sugere a mesma causa para a Depressão e o TDC.

Embora a associação com outros transtornos tenha levantado questões sobre o TDC representar um sintoma, ao invés de uma síndrome distinta, Phillips et al (1995) acreditam que as diferenças observadas entre eles – ao menos com relação ao Transtorno Obsessivo-compulsivo e com a Depressão maior – indicam que o primeiro deve continuar sendo classificado como um transtorno.

A descrição do TDC como um “espectro patológico ao longo de um *continuum* de *insight*”, já sugerida por Hollander et al (1989 e 1992), é igualmente objeto de estudo de Phillips e colegas (1995), que sugerem ter encontrado evidências preliminares que sustentariam esta hipótese (como resposta semelhante de pacientes com e sem delírios para o mesmo medicamento). Assim, Phillips et al (*ibidem*) afirmam que o TDC e o Transtorno Delirante, sub-tipo somático poderiam ser a mesma entidade diagnóstica, caracterizado por um *continuum* de *insight* que iria da ausência até um bom *insight*<sup>16</sup>.

Com relação ao tratamento, Phillips e colegas nos fornecem um resumo sobre os desenvolvimentos desse período no artigo intitulado *Treating Imagined Ugliness* (Tratando a feiúra imaginária), de 1999. Neste trabalho os autores comentam o resultado do que seria o primeiro estudo controlado sobre o tratamento do TDC, desenvolvido por Hollander e colegas naquele mesmo ano. Este estudo teria confirmado evidências acumuladas ao longo da década e que sugeriam uma resposta positiva para o mesmo medicamento em pacientes com ou sem delírios. Phillips et al (*ibidem*) elogiam o uso de escalas fidedignas e válidas para avaliar a severidade do transtorno, a cuidadosa avaliação do comprometimento funcional do paciente e a escolha dos medicamentos para efeitos de comparação.

Os resultados do estudo de Hollander, acrescentam os autores, sugerem que o processo patofisiológico do TDC é semelhante àquele do Transtorno Obsessivo-compulsivo e que o primeiro não é um simples sintoma da Depressão. Ao contrário, esta última parece ser secundária ao TDC. Phillips et al (1999) acrescentam que um resultado importante do estudo é que a clomipramina foi efetiva para pacientes com e sem delírio. Antes disso, pesquisas teriam sugerido que medicamentos antipsicóticos utilizados sozinhos não têm efeito em pacientes com TDC, mesmo delirante.

Ainda sobre o estudo de Hollander, os autores afirmam ser surpreendente a resposta ao medicamento em apenas oito semanas, quando investigações anteriores haviam obtido resultado com tratamentos mais longos. Phillips et al (*ibidem*) concluem que novos estudos controlados devem ser realizados, especialmente com placebo – “nosso critério padrão para demonstrar a eficácia” (p. 1042; tradução livre), e também com outros medicamentos e a terapia cognitivo-comportamental.

Vale observar que a prevalência do TDC entre pacientes que buscam cirurgia plástica é relatada nesse breve artigo como sendo de 7% a 15%, mas os resultados para este tratamento são tidos como pobres.

A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno foi objeto de estudo principalmente de Neziroglu e Rosen, associados a outros colegas. Neziroglu (1998) aponta que diferentes autores teriam observado a efetividade de um tipo de terapia conhecida como prevenção exposição-e-resposta, que consiste no paciente expor a parte do corpo que o preocupa e ao mesmo tempo prevenir que se engaje em suas compulsões (como p.ex., se olhar no espelho repetidas vezes). O aspecto cognitivo da terapia consistiria em modificar os “pensamento errôneos” do paciente:

Algumas distorções cognitivas comuns no TDC são as seguintes: eu preciso ser perfeito, eu preciso ser notado, o único modo de me sentir melhor é ter melhor aparência, *se eu não sou o mais belo em um grupo social eu não posso me divertir, se a parte de meu corpo que me preocupa não é bela, logo ela deve ser feia* (*idem, ibidem:3*; tradução livre – grifos nossos).

Os estudos americanos da década de 1990 não são, de modo algum, conclusivos: questões sobre a classificação, tratamento e outros elementos (como prevalência) permanecem sem resposta. Ao contrário da literatura inglesa da década anterior, no entanto, podemos traçar fatores comuns a todos os artigos aqui apresentados: a definição do TDC com base em um referencial estético e o reflexo da tecnologia diagnóstica introduzida com o DSM-III. Ambos terão influência nas “atualizações” da categoria no DSM.

No que diz respeito ao referencial estético, vimos no início deste capítulo como a definição do TDC a partir do grau de preocupação com a aparência está relacionada com uma forma contemporânea de perceber o corpo. De fato, esta definição não poderia ser formulada por autores de outros períodos.

Quanto aos princípios do DSM, vejamos como ele orientou essa produção. O DSM a partir de sua terceira edição, abriu caminho para uma nova “ciência psiquiátrica” baseada, segundo Young (1997), em “técnicas de pesquisa adotadas da medicina (experimentação), epidemiologia (bioestatística) e psicologia clínica (psicometria)” (p.7; tradução livre).

Assim, observamos nos artigos testes com medicamentos, cujos resultados pretendem fornecer padrões que orientam hipóteses não só com relação ao tratamento em si, mas também sobre a classificação do transtorno, sua associação com outras condições, sua etiologia ou mesmo sua definição. Além disso, os autores relatam a construção de escalas, instrumentos padronizados tidos como neutros e objetivos na avaliação do transtorno.

É importante lembrar que marcadores biológicos ou dispositivos psicométricos são considerados importantes para o aumento da fidedignidade e da validade de uma categoria na perspectiva do DSM (Young, 1997). Embora, por outro lado, não possamos deixar de observar, por exemplo, o papel das indústrias farmacêuticas no financiamento de pesquisas sobre os efeitos de determinados medicamentos<sup>17</sup>: fator externo ao campo que também influencia o perfil dos estudos sobre o transtorno neste período.

Os artigos mostram também um aumento significativo do número de pacientes envolvidos em cada pesquisa. As pequenas séries de casos observadas no artigo de revisão de Phillips, em 1991, dão lugar então a séries de casos de 50 a 400 pacientes, o que possibilita o uso de técnicas estatísticas que, por sua vez, permitem generalizar as descobertas.

Os estudos desenvolvidos na década de 1990 utilizam assim apenas instrumentos tidos como fidedignos de acordo com o DSM (testes medicamentosos e psicométricos, estatística), refletem temas que constituíam lacunas na definição do TDC no DSM-III-R (como vimos no segundo capítulo) e caminham no sentido do “desenvolvimento científico” do ponto de vista da nova “ciência psiquiátrica” americana<sup>18</sup>.

Outros temas observados entre os títulos da década de 1990 são: o TDC em crianças e adolescentes, diferenças de gênero no transtorno, prevalência em pacientes submetidos à cirurgia plástica, a relação do transtorno com a auto-estima e a auto-percepção, e Dismorfia Muscular - uma categoria proposta para designar uma preocupação excessiva com a musculatura, observada em fisiculturistas. Não encontramos referência nos artigos à perspectiva psicodinâmica, mas somente à terapia cognitivo-comportamental, cujos princípios estão de acordo com a orientação do DSM. Além dos artigos especializados, encontramos também trabalhos sobre o TDC apresentados em encontros da APA e livros dirigidos a profissionais e ao público leigo, tal como já foi dito.

O panorama da produção sobre o TDC nos indica, desse modo, o caráter social e histórico de sua definição, legitimado e disseminado a partir do DSM, objeto de nosso próximo item.

#### **“Atualizando” a categoria: o TDC na nosologia psiquiátrica da década de 1990**

*O DSM – continuação*

Em 1994, o DSM ganha uma nova revisão, o DSM-IV, que mantém os mesmos princípios do DSM-III e DSM-III-R. Nesta edição, no entanto, são incluídas ainda duas novidades importantes: o abandono da expressão Transtorno Mental Orgânico, que de acordo com a introdução, tinha como objetivo evitar a falsa assertiva de que os outros transtornos não possuem uma base biológica, e a inclusão de um apêndice denominado “Formulação Cultural e Glossário de Síndromes Ligadas à Cultura”.

O “plano de formulação cultural” tinha como objetivo “suplementar a avaliação diagnóstica multi-axial e abordar dificuldades que podem ser encontradas na aplicação dos critérios do DSM-IV em um contexto multicultural” (APA, 1995:793). Assim, além das observações já realizadas pelo DSM-III-R sobre a aplicação dos critérios diagnósticos do manual para pessoas de grupos étnicos ou culturais diferentes, essa edição introduziu um plano para orientar o clínico, dividido em cinco itens: identidade cultural do paciente, explicações culturais para a doença do paciente, fatores culturais relacionados ao ambiente psicossocial e níveis de funcionamento, elementos culturais do relacionamento entre o paciente e o clínico, e avaliação cultural geral para diagnóstico e cuidados.

A formulação cultural oferece uma revisão sistemática da bagagem cultural do indivíduo, do papel do contexto cultural na expressão e avaliação dos sintomas e do efeito que as diferenças culturais podem exercer sobre o relacionamento entre o indivíduo e o clínico. (...) Além disso, a formulação cultural (...) oferece uma oportunidade para descrever sistematicamente o grupo de referência cultural e social do indivíduo e os modos como o contexto cultural apresenta relevância para os cuidados clínicos (*idem, ibidem*:793).

Esse plano é acompanhado de um glossário de “síndromes ligadas à cultura”, definidas no DSM-IV da seguinte maneira: “[a] expressão (...) denota padrões de comportamento aberrante e experiência problemática recorrente e específicos da localidade, que *podem ou não estar ligados a uma determinada categoria diagnóstica do DSM-IV*”. De acordo com o manual, enquanto suas categorias diagnósticas *podem ser encontradas em qualquer parte do mundo*, com algumas variações (nos sintomas, por exemplo) por fatores da cultura local, as “síndromes ligadas à cultura” “geralmente se limitam a sociedades ou áreas culturais específicas” (*idem, ibidem*:794 – grifos nossos):

Raramente existe uma equivalência exata de qualquer síndrome ligada à cultura com uma entidade diagnóstica do DSM-IV. (...) Além disso, algumas condições e transtornos têm sido conceitualizados como síndromes ligadas à cultura, específicas de culturas industrializadas (por ex., Anorexia Nervosa, Transtorno Dissociativo de Identidade), devido à sua aparente escassez ou ausência em outras culturas (*idem, ibidem*).

A expressão “síndromes ligadas à cultura” representa, segundo Venâncio (*op cit*), o equivalente mais atual “da antiga relação entre as chamadas doenças mentais e ‘meio cultural’” (p.130). Encontramos aqui, mais uma vez, uma expressão do que esta autora denominou o caráter “universalizante” do DSM, como ela mesma observa:

Mais uma vez é o pressuposto ‘universalista’ que aparece com toda veemência e ao menos em dois sentidos. Em primeiro lugar, ao considerar a existência específica de ‘*culture-bound syndromes*’ [síndromes de fronteiras culturais delimitadas – ou síndromes ligadas à cultura], paradoxalmente, o DSM-IV (1994) corrobora a idéia de que as ‘outras’ categorias classificatórias (a grande maioria delas) seriam livres de determinações culturais e, portanto, essencialmente ‘universais’. Em segundo lugar, ao propor uma equivalência entre ‘*culture-bound syndromes*’ e os já correntes diagnósticos psiquiátricos, subordina as primeiras aos segundos, como se fosse possível uma equivalência entre eles. Desse modo, acaba omitindo não só as determinações culturais das ‘*culture-bound syndromes*’, mas também as da maioria das categorias classificatórias, e imprime a essas últimas um caráter ‘universal’ pretensamente indubitável (p. 135)

A revisão mais recente do DSM é designada DSM-IV-TR (quarta edição com texto revisado) e foi publicada em 2000. De acordo com sua introdução, com a decisão de ampliar o intervalo entre as edições para pelo menos 12 anos, os textos descritivos que acompanham os critérios diagnósticos corriam risco de se tornar muito desatualizados. Estes textos, considerados ferramentas importantes de ensino, haviam sido elaborados para o DSM-IV a partir de bibliografia datando até 1992. Assim, a APA decide revisar o texto do manual e realizar nova revisão bibliográfica, com publicações a partir desta data. As mudanças efetuadas então “restringem-se às seções do texto (p.ex., Características e Transtornos Associados, Prevalência), não sendo feitas quaisquer alterações substanciais nos conjuntos de critérios, nem contempladas quaisquer propostas de novos transtornos, novos subtipos ou mudanças de condição das categorias presentes nos apêndices do DSM-IV” (APA, 2002:26).

#### *O TDC no DSM-IV e DSM-IV-TR*

A descrição do TDC no DSM-IV apresenta várias modificações com relação àquela do DSM-III-R. De acordo com a nova edição, o que caracteriza então o transtorno é uma preocupação com um defeito imaginado (ou exagerado) na aparência, que causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional da vida do indivíduo.

As queixas principais, além daquelas que o DSM-III-R informa, incluem aí perda de cabelo, acne, cicatrizes, marcas vasculares, palidez ou rubor, inchaço, assimetria facial, tamanho ou forma das bochechas, cabeça, olhos, pálpebras, lábios, dentes, queixo, ou qualquer outra parte do corpo, como genitais, nádegas, abdômen, etc. Segundo o manual, a preocupação pode se concentrar simultaneamente em diversas partes do corpo e a queixa pode ser específica ou vaga, causando acentuado sofrimento e um prejuízo significativo em diversas áreas de funcionamento.

No que se refere às características associadas, o DSM-IV descreve freqüentes verificações no espelho, excessivo cuidado com a aparência, pedidos de garantia sobre o “defeito” para outras pessoas, comparação da parte “feia” de seu corpo com a de outros, idéias de referência (os pacientes pensam que os outros observam seu defeito ou estão falando deste defeito), tentativas de camuflar o defeito, esquiva de

atividades costumeiras e busca de tratamentos médicos gerais, dentários ou cirúrgicos. O quadro geral do DSM-IV é ilustrado por um caso clínico incluído em seu complemento didático (anexo V).

O Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Delirante, Fobia social e Transtorno Obsessivo-compulsivo são apresentados como transtornos que podem estar associados ao TDC. A prevalência ainda é informada do mesmo modo que no DSM-III-R (sem informações “confiáveis”) e o curso tem as seguintes observações acrescidas: início pode ser gradual ou súbito, geralmente na adolescência, com curso razoavelmente contínuo (embora intensidade dos sintomas possa variar), podendo não ser diagnosticado por anos em função da dificuldade do paciente revelar seus sentimentos.

No texto descritivo que acompanha os critérios diagnósticos o DSM-IV inclui ainda um novo item: características específicas à cultura e ao gênero. Neste item, o manual alerta: “*Preocupações culturais acerca da aparência física e da importância da apresentação física adequada podem influenciar ou ampliar preocupações acerca de uma imaginada deformidade física*” (APA, 1995:446 – grifos nossos). Além disso, o item informa haver evidências que sugerem que o transtorno é diagnosticado com frequência semelhante em mulheres e homens.

A “preocupação cultural com a aparência” também merece uma observação no item referente ao diagnóstico diferencial, que marca o grau de preocupação que define o transtorno. Segundo o DSM-IV, o TDC deve ser diferenciado das “preocupações normais acerca da aparência” pelo tempo excessivo que o primeiro consome, o sofrimento significativo e o prejuízo social ou ocupacional associados. “Entretanto, o Transtorno Dismórfico Corporal pode ser insuficientemente reconhecido em contextos nos quais são executados procedimentos cosméticos” (*idem, ibidem*:446).

O diagnóstico do transtorno também não deve ser feito de acordo com o DSM-IV quando a preocupação pode ser melhor explicada por outro transtorno mental, como a Anorexia Nervosa, que se restringe à preocupação com a “gordura”, o Transtorno da Identidade de Gênero, quando a preocupação se restringe a suas características sexuais, ou se as preocupações se limitam a “ruminações congruentes com o humor” (relacionadas ao episódio depressivo maior). Ainda segundo o manual, pacientes com Transtorno da Personalidade Esquiva ou Fobia Social podem preocupar-se com defeitos reais na aparência, mas esta preocupação não é proeminente. E, apesar do TDC ter comportamentos compulsivos, o diagnóstico separado de Transtorno Obsessivo-compulsivo só é dado quando as obsessões ou compulsões não estão restritas a preocupações com a aparência.

No DSM-IV foi excluído o critério diagnóstico do DSM-III-R de que a crença do paciente não deve ter intensidade delirante. Assim, pacientes com TDC passa a poder receber o diagnóstico adicional de Transtorno Delirante, tipo somático, se a preocupação tem intensidade delirante.

Assim, os critérios diagnósticos do DSM-IV para o TDC são:

Critérios Diagnósticos para o “Transtorno Dismórfico Corporal” no DSM-IV (APA, 1995:447)

---

A. Preocupação com um imaginado defeito na aparência. Se uma ligeira anomalia física está presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.

---



- 
- B. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. A preocupação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., insatisfação com a forma e o tamanho do corpo na Anorexia Nervosa).
- 

Finalmente, o DSM-IV introduz uma referência ao “Koro”, uma “síndrome ligada à cultura que (...) *pode estar relacionada com o Transtorno Dismórfico Corporal*” (*idem, ibidem:447* – grifos nossos). Esta síndrome é descrita no glossário do manual da seguinte maneira:

Um termo, provavelmente original da Malásia, que se refere a um episódio de ansiedade súbita e intensa de que o pênis (ou, em mulheres, a vulva e mamilos) irá retrair-se e penetrar no corpo, talvez causando a morte. A síndrome é relatada no sul e leste da Ásia, onde é conhecida por uma variedade de termos locais, como *shuk yang*, *shook young* e *sou yang* (China); *jinjinia bemar* (Assam) ou *rok-joo* (Tailândia). Ocasionalmente, o koro ocorre no ocidente. Em certas áreas da Ásia Oriental, o koro ocorre, ocasionalmente, de uma forma epidêmica localizada. Este diagnóstico é incluído na *Classificação Chinesa de Transtornos Mentais*, Segunda Edição (CCMD-2) (*idem, ibidem:796*).

O “Koro”, alerta o manual, difere do TDC por sua duração geralmente breve, características associadas diferentes (primariamente ansiedade aguda e medo da morte), resposta positiva a garantias verbais e ocasional ocorrência como epidemia” (*idem, ibidem:447*).

Note-se que as informações sobre o TDC contidas no DSM-IV tem estreita relação com vários aspectos apresentados por Phillips em seu artigo de revisão. Como vimos, o texto do DSM-IV foi baseado em bibliografia até 1992, o que sugere que esse trabalho, um dos poucos textos americanos sobre o tema até então, tenha sido uma referência importante para sua elaboração. Além disso, Katharine Phillips participou do grupo de trabalho específico para os Transtornos de Ajustamentos, Dissociativo, Fictício, do Controle de Impulsos e Somatoformes na formulação do DSM-IV.

A hipótese de Hollander et al (1989 e 1992) sobre o TDC representar um espectro também parece ter influenciado o abandono do critério diagnóstico que excluía a crença não delirante na definição do transtorno. Mas o novo arranjo do DSM-IV, que propõe um diagnóstico concomitante para os transtornos Delirante, tipo somático e Dismórfico Corporal no caso do paciente apresentar delírio, receberá crítica. Phillips (1996) afirma que esta não é uma solução ideal porque as pessoas de fato possuem um só transtorno (caracterizada por uma linha que vai da idéia sobrevalorizada ao delírio) e não dois.

Por outro lado, a relação entre a etiologia do transtorno e preocupações culturais com a aparência parece despertar interesse apenas após a publicação do DSM-IV, que sugere esta relação no item “características específicas à cultura”. A investigação dessa hipótese, no entanto, não será realizada de forma sistemática, mas apenas de forma superficial em dois livros que serão discutidos mais adiante. Raramente encontramos referência a esta hipótese nos artigos americanos.

A intrigante referência ao “Koro” no texto do DSM nos sugere ainda uma apropriação desse fenômeno a partir do ponto de vista da psiquiatria americana. Assim, além das pertinentes críticas de Venâncio (1998) com relação à própria concepção de “síndromes ligadas a cultura”, observamos aqui a psiquiatria americana contemporânea olhando um fenômeno oriental através de suas lentes – tal como discutimos na leitura dos “textos clássicos” por Phillips e Thomas.

Embora o “Koro” não seja citado com frequência nos trabalhos especializados, encontramos uma referência interessante no livro de Phillips (1996), que ilustra como pode ser confusa esta apropriação:

[Apesar das diferenças entre o Koro e o Transtorno Dismórfico Corporal], muitos *casos de koro do mundo Ocidental não possuem esses traços característicos e são mais similares ao TDC*. Nestes casos, os homens temem que seu pênis seja muito pequeno ou esteja encolhendo, mas geralmente não acreditam que vai realmente desaparecer dentro do abdômen, e poucos acreditam que o encolhimento do pênis irá matá-los. A crença às vezes é mais crônica (persistindo por várias décadas) e não ocorre em epidemias. *Alguns destes casos são tão similares ao TDC que o diagnóstico do TDC pode ser de fato mais acurado do que aquele de koro*. Enquanto a forma epidêmica de koro que ocorre no Sudeste da Ásia difere de vários modos do TDC, *não está claro se ele é realmente um transtorno diferente do TDC ou uma variante cultural do TDC*. Este é um dos muitos mistérios do TDC que permanece para ser resolvido (p. 228 e 229; tradução livre – grifos nossos).

De qualquer modo, O DSM-IV vem consagrar uma concepção particular do TDC, que reflete, como vimos, a tecnologia diagnóstica do DSM e uma forma atual de perceber o corpo como foco natural de atenção e preocupação estética – de tal forma que a preocupação “normal” deve ser diferenciada da “patológica”.

No DSM-IV-TR, poucas informações serão acrescentadas ao texto sobre o TDC. Nas características diagnósticas, é incluída uma referência à musculatura como possível foco de preocupação dos pacientes, enquanto nas características associadas são descritas, além daquelas do DSM-IV, exercícios excessivos (p.ex. musculação), dietas e trocas frequentes de roupas.

De acordo com o DSM-IV-TR, o *insight* dos pacientes com TDC é pobre e alguns indivíduos são delirantes. A prevalência é informada como desconhecida para a população geral e de 5 a 40% em pacientes com Transtornos Depressivos ou de Ansiedade. Em “contextos de dermatologia e cirurgia cosmética” as taxas relatadas são de 6 a 15%. No item referente ao curso, observa-se que o transtorno geralmente se inicia na adolescência, mas pode iniciar também durante a infância.

No diagnóstico diferencial, é incluída a seguinte frase: “A prática excessiva de exercícios (p. ex., musculação) que pode ocorrer neste transtorno para corrigir uma falha percebida na aparência deve ser diferenciada dos exercícios saudáveis e do excesso de exercícios que pode ocorrer como parte de Transtorno da Alimentação (APA, 2002:490 – grifos do autor).

O DSM-IV-TR, desse modo, não apresenta grandes diferenças com relação a sua edição anterior, publicada seis anos antes. É interessante notar, no entanto, a inclusão da preocupação com os músculos, que

foi objeto de estudo de Harrison Pope e colegas ao longo da década de 1990. Estes autores chegaram a propor que esta preocupação fosse denominada Dismorfia Muscular e fosse classificada como um subtipo do TDC. A Dismorfia Muscular foi objeto de um livro, junto com o TDC, Transtornos Alimentares e uso abusivo de esteróides, publicado por Pope, Phillips e Olivardia no mesmo ano de publicação do DSM-IV-TR (2000).

### *A CID e o TDC*

Atualmente a psiquiatria ocidental conta com dois sistemas classificatórios de referência: o DSM, que orienta a maior parte dos profissionais na elaboração dos diagnósticos, e o capítulo referente aos transtornos mentais da *Classificação Internacional das Doenças* (CID) – publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e utilizado sobretudo pelas instituições de saúde para identificar os diagnósticos com seus códigos.

Resultado da *Primeira Conferência de Revisão da Classificação Internacional de Causas de Óbito*, realizada em 1900 (Paris), a primeira edição da CID era uma classificação exclusivamente de causas de morte (Venâncio, 1998). Foi somente em sua quinta edição, em 1938, que esta classificação apresentou um capítulo referente às chamadas doenças mentais (Capítulo V). Desde então, este capítulo passou por várias modificações até sua edição mais atual (décima edição – CID-10), onde foi incluído, de acordo com Phillips (1991)<sup>19</sup>, o TDC

De um modo geral, afirma Venâncio (*ibidem*), o Capítulo V da CID-10 é pautado por algumas diretrizes do DSM-III e DSM-III-R, adotando critérios diagnósticos para as categorias e uma postura definida como “ateórica”. O Capítulo V também substitui o termo doença pelo termo transtorno e faz referência às *culture-bound syndromes* (síndromes de fronteiras culturais delimitadas).

Apesar de suas semelhanças, a CID e o DSM possuem, no entanto, diferenças importantes que irão se refletir no modo de conceber o TDC. Como vimos, enquanto o DSM constitui uma nomenclatura de doenças, a CID representa uma classificação estatística, que “indica a relação entre categorias diagnósticas e deve se restringir a um número limitado de categorias” (APA, 1989 *in* Venâncio, 1998).

Assim, a CID-10 não atribui critérios diagnósticos específicos para o TDC, mas apenas ao grupo ao qual ele pertence de acordo com esta classificação. O TDC é classificado na CID-10 como um Transtorno Somatoforme (do mesmo modo que o DSM), tipo Hipocondríaco. Os Transtorno Somatoformes são definido aí da seguinte maneira:

O aspecto principal dos transtornos somatoformes é a apresentação repetida de sintomas físicos juntamente com solicitações persistentes de investigações médicas, apesar de repetidos achados negativos e de reassuramentos pelos médicos de que os sintomas não têm base física. Se quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam a natureza e a extensão dos sintomas (OMS, 2000:158).

Dentro desta categoria, os Transtornos Hipocondríacos são descritos como uma “preocupação persistente com a possibilidade de ter um ou mais transtornos físicos sérios e progressivos” (*idem, ibidem* 161):

Os pacientes manifestam queixas somáticas persistentes ou preocupação persistente com a sua aparência física. Sensações e aparências normais ou banais são muitas vezes interpretadas por um pacientes como anormais e angustiantes e a atenção é usualmente focalizada em apenas um ou dois órgãos ou sistemas do corpo. O transtorno físico ou o desfiguramento temido pode ser especificado pelo paciente, mas mesmo assim o grau de convicção sobre sua presença e a ênfase sobre um transtorno em vez de outro em geral varia entre as consultas; o pacientes usualmente cogitará a possibilidade de que outros transtornos físicos possam existir em adição àquele ao qual é dado proeminência” (*id, ibid*:161 e 162).

Os Transtornos Hipocondríacos incluem o TDC, a Dismorfofobia (não delirante), a Neurose Hipocondríaca, a Hipocondria e a Nosofobia. Note-se que tanto o termo Dismorfofobia, quanto o termo Transtorno Dismórfico Corporal, cunhado pelo DSM-III-R em substituição ao primeiro, são introduzidos aí sem qualquer informação, sugerindo dois transtornos distintos.

No que diz respeito às características clínicas gerais dos Transtornos Hipocondríacos, a CID-10 descreve: Depressão e Ansiedade freqüentes, idade de início raramente após 50 anos, curso da doença crônico e flutuante, ausência de delírios, prevalência igual entre homens e mulheres, características familiares não específicas, incapacidade associada variável, e má aceitação de encaminhamento para o psiquiatra. Além disso, segundo a CID-10, os Transtornos Hipocondríacos devem ser diferenciados dos Transtornos de somatização, Transtornos Depressivos, Transtornos Delirantes e Transtornos de Ansiedade e de Pânico<sup>20</sup>.

As “Diretrizes diagnósticas” para os Transtornos Hipocondríacos na CID-10 são:

Para um diagnóstico definitivo ambos os critérios seguintes devem estar presentes:

- (a) *crença persistente na presença de pelo menos uma doença física séria* causando o sintoma ou sintomas apresentados, ainda que investigações e exames repetidos não tenham identificado qualquer explicação física adequada, ou uma preocupação persistente com uma suposta deformidade ou desfiguramento;
- (b) recusa persistente de aceitar a informação ou reasseguramento de vários médicos diferentes de que não há nenhuma doença ou anormalidade física causando os sintomas (OMS, 2000:162 – grifos nossos).

O TDC (e a Dismorfofobia) na perspectiva da CID-10 é, portanto, caracterizado fundamentalmente por uma queixa somática persistente. É este fator que permite seu agrupamento com outros Transtornos Hipocondríacos e que marca a distinção entre esta concepção e aquela do DSM, onde o TDC está relacionado com uma preocupação exagerada de caráter estético.

Segundo Phillips (1996), embora oTDC possua aspectos em comum com a Hipocondria, existe uma diferença fundamental entre esses transtornos: o foco do primeiro é na aparência, enquanto do segundo é na doença. Phillips (*ibidem*) sugere assim um equívoco na classificação (e no modo de conceber) o transtorno da CID-10.

À parte as possíveis críticas com relação à classificação do TDC na CID-10, é importante observar que esta classificação traça apenas um quadro genérico, que pretende incluir todas as categorias consideradas semelhantes. A descrição da CID-10, enquanto uma classificação estatística, permite apenas o diagnóstico de um grupo de transtornos. Assim, raramente encontramos referências à CID em artigos americanos ou mesmo de outros países na literatura dedicada ao TDC. É a concepção do DSM que se impõe como referência no que diz respeito a este tema.

### **TDC e Corpo Hoje: o ponto de vista dos estudiosos**

Quando histórias sobre o TDC passaram a circular em jornais e revistas americanos, em meados da década de 1990 (Phillips, 1996), começaram a surgir livros sobre o tema dirigidos tanto aos profissionais quanto ao público leigo<sup>21</sup>. Dois importantes trabalhos produzidos desde então ilustram de forma singular a contemporaneidade do TDC no que diz respeito a qualidade da relação com o corpo que o caracteriza.

Assim, embora essa produção possa ser analisada sob diversos aspectos, enfocaremos exclusivamente as relações aí estabelecidas entre o TDC e a forma como percebemos o corpo hoje. Os demais aspectos discutidos nos livros são reflexo sobretudo da tecnologia diagnóstica utilizada na definição atual do transtorno, tal como apresentamos anteriormente.

Publicado em 1996, o livro de Phillips sobre o TDC é uma importante referência no tema. Com base em dezenas de relatos de casos, a autora discute na obra sintomas, complicações, prevalência, etiologia, comorbidade e tratamento. Neste trabalho, a relação do TDC com as preocupações com a aparência na atualidade são levantadas em dois momentos diferentes: na etiologia do transtorno e na sua delimitação entre “normal” e “patológico”.

No que diz respeito à etiologia, Phillips (1996) apresenta diferentes hipóteses para o TDC: neurobiológicas, psicológicas e socioculturais. Considerando que as duas primeiras já foram discutidas neste trabalho, vejamos as últimas. “Seria possível que o foco incessante da sociedade na aparência e na beleza – e a comparação de nosso próprio corpo como o ideal sociocultural – contribuir com a ocorrência do TDC?”, pergunta a autora (*idem, ibidem*:183; tradução livre).

Na TV, filmes ou livrarias, afirma Phillips (*ibidem*), somos confrontados o tempo todo com imagens de mulheres bonitas que refletem a preocupação incessante com a aparência. Crescem os números de artigos sobre beleza nas revistas e gasta-se cada vez mais dinheiro com a aparência. Homens, mulheres e adolescentes se submetem a cirurgias plásticas e contribuem com o crescimento da indústria da beleza. Enquanto estes fatores, influenciariam preocupações normais com a aparência, no TDC, segundo a autora, eles parecem influenciar o aumento da preocupação. Além disso, a ênfase da mídia na atratividade poderia estar relacionada, de acordo com Phillips (*ibidem*), com a ocorrência do TDC, do mesmo modo que na Anorexia Nervosa: “[e]sses transtornos são em parte biologicamente baseados, mas seu risco parece ser aumentado pelo ideal cultural de esbelteza” (*idem, ibidem*: 184; tradução livre). Mas as pressões culturais não

representam para a autora a causa primária, considerando que o fenômeno teria sido descrito há mais de cem anos e responde aos medicamentos psiquiátricos.

Da perspectiva de Phillips (*ibidem*), fatores socioculturais poderiam influenciar também o conteúdo das preocupações no TDC, de tal forma que o foco de atenção do paciente poderia variar de uma sociedade para outra.

A preocupação incessante com a aparência observada pela autora coloca a questão sobre o limite entre o “normal” e o “patológico”, já levantada em seu artigo de revisão. Afinal, afirma Phillips (*ibidem*), “a aparência importa” (p.193; tradução livre): estudos confirmam que pessoas atraentes costumam ser vistas de um modo geral de modo mais positivo e tratadas melhor do que aquelas que não o são. A população não apenas se preocupa então com a aparência, acrescenta Phillips (*ibidem*), como também não está satisfeita com alguma aspecto do seu corpo ou possui ainda uma imagem corporal distorcida. A generalização da preocupação com o corpo corresponderia assim ao que Judith Rodin denominou descontentamento normativo, segundo a autora.

Mas o que define então o TDC? A diferença entre a preocupação normal e o TDC pode ser para Phillips (*ibidem*) uma questão de grau, tal como vimos anteriormente. A preocupação com a aparência representaria assim um espectro do médio até incapacitante, com o TDC neste último extremo. O limite entre a preocupação normal e o TDC neste espectro consistiria, no entanto, em uma “área cinza”, que confirma esta concepção:

(...) a distinção entre o TDC brando e a preocupação normal pode ser especialmente obscura, dado que a preocupação com a aparência é tão comum, se não for *quase universal*, especialmente durante a adolescência (*idem, ibidem*: 196; tradução livre).

As diferenças podem ser não somente de caráter quantitativo, como também qualitativo na concepção de Phillips (*ibidem*):

O TDC pode ser um *continuum* com as preocupações normais com a aparência – diferenciando-se quantitativamente, como uma versão mais severa da preocupação normal. Mas é provável que em algum ponto neste *continuum*, mecanismos psicológicos e biológicos qualitativamente diferentes (p.ex. envolvendo os produtos químicos cerebrais serotonina e dopamina) comecem a entrar em jogo. Este modelo é similar àquele da pressão sanguínea alta: a pressão sanguínea alta está em um *continuum* com a pressão sanguínea baixa, diferenciando-se quantitativamente, ou gradualmente. Mas no ponto mais alto deste *continuum*, mecanismos fisiológicos qualitativamente diferentes entram em jogo colocando a saúde do indivíduo em perigo (*idem, ibidem*: 198; tradução livre).

No entanto, os melhores critérios para definir as diferenças no momento, afirma Phillips (*ibidem*), estão no DSM-IV: preocupação, sofrimento e complicações.

Embora Phillips (*ibidem*) desconsidere o papel da preocupação com a aparência como causa principal do TDC, note-se que este fator é, no entanto, definidor do transtorno, o que determina seu caráter temporal e localizado. Isto porque definir o TDC a partir do grau de preocupação com a aparênciasó é

possível a partir do momento em que o corpo se torna foco natural de atenção e esta preocupação se torna um fator “normal” na população.

A relação entre a etiologia do transtorno e o modo como percebemos o corpo hoje também é levantada por outra referência importante sobre o TDC. Trata-se de um livro dedicado a diversos transtornos - dentre eles o TDC – que constituiriam o Complexo de Adônis, a obsessão masculina atual pela aparência. Pope, Phillips e Olivardia (2000) parecem atribuir aqui, diferentemente de Phillips (*ibidem*), um peso maior aos fatores socioculturais na determinação do transtorno, mas também reconhecem outros fatores etiológicos nessa condição.

Na investigação sobre Complexo de Adônis os autores consideram então o aumento significativo de homens e rapazes que se mostram insatisfeito com sua aparência, como algumas pesquisas teriam indicado. Os homens estariam superando as mulheres em termos de insatisfação com o corpo, revelando freqüentemente o desejo de serem bem construídos e musculosos. Os gastos para melhorar a aparência com academias, aparelhos de ginástica, cirurgia plástica e suplementos alimentares teriam crescido muito, acompanhados de uma explosão no mercado de revistas ligadas à boa forma.

Dois fatores são então relacionados com esta preocupação masculina: a história dos anabolizantes e a igualdade entre homens e mulheres. O primeiro, teria permitido a imagem do corpo “sarado” infiltrar-se na mídia, chegando a se refletir nos brinquedos infantis. O segundo, teria deixado apenas o corpo como uma forma dos homens definirem sua masculinidade, especialmente a musculatura, com a perda de suas identidades tradicionais de mantenedores, lutadores e protetores. Pope et al (*ibidem*) defendem assim que o corpo masculino importa mais hoje do que há uma geração atrás, o que seria comprovado pela expansão dos *strippers* masculinos e pelas propagandas comerciais, por exemplo. Estes fatores associados viriam contribuir com a preocupação masculina atual – ou o Complexo de Adônis.

Note-se que o reconhecimento de uma possível relação entre o TDC e a forma como percebemos o corpo hoje não implica, para os estudiosos, uma contradição com a longa história atribuída ao transtorno: Phillips (1996) observa, por exemplo, que fatores socioculturais influenciam provavelmente o surgimento do transtorno somente quando existe uma predisposição neurobiológica. Assim, o substrato biológico que permitiria afirmar o caráter universal e atemporal do transtorno permanece.

Esta perspectiva, como vimos, tem relação com os princípios do DSM e da orientação neoKraepeliniana da psiquiatria americana a partir da década de 1970, onde todos os transtornos mentais são vistos como possuindo um substrato biológico. Na ausência, porém, de evidências que indiquem qual a disfunção neurobiológica que determina o transtorno, o que o define então é a preocupação exagerada com a aparência física. E é neste ponto que a categoria reflete uma forma contemporânea de perceber o corpo e que a caracteriza, junto com a tecnologia diagnóstica do DSM, como um produto histórico.

Do ponto de vista interno à psiquiatria, a busca de causas relacionadas com aspectos socioculturais (e psicológicos) representa um esforço que vai ao encontro do “apelo” da antropologia médica no sentido de reconhecer o contexto significativo no qual a “doença” é produzida. Esta relação parece especialmente clara em um transtorno como o TDC, considerando que o corpo hoje é objeto de constante preocupação e controle

(principalmente no que se refere ao aspecto estético). No entanto, a etiologia do TDC só pode ser relacionada com esses aspectos em termos especulativos. Assim como só podemos supor, observa Hacking (1999:100), que a Anorexia Nervosa e outros transtornos representam “transtornos transitórios”, ou seja, transtornos que estão conectados com a cultura de determinado tempo e local.

Do ponto de vista externo à psiquiatria, por outro lado, a influência desses fatores na construção da doença pode ser demonstrada pelo papel que desempenha na construção da categoria TDC, ou seja, do próprio instrumento através do qual esse transtorno é reconhecido na população. Isto porque, como já foi dito, a definição do TDC reflete uma forma de perceber o corpo que é contemporânea e que será também referência para o diagnóstico. Afinal, não havendo critérios objetivos para determinar o que caracteriza o grau de preocupação exagerada com a aparência física (ou o que caracteriza um defeito mínimo), esta definição depende de um julgamento subjetivo do psiquiatra – sujeito, portanto, ao modo como este profissional percebe o corpo.



## Notas

---

<sup>1</sup> Da mesma forma que no capítulo anterior, entendemos aqui como produção americana aqueles trabalhos publicados em periódicos americanos ou reconhecidamente produzidos nos Estados Unidos.

<sup>2</sup> Grande parte destas controvérsias estavam presentes na literatura inglesa sobre o tema (discutida no capítulo anterior) e servirão de referência para o trabalho de Phillips (1991).

<sup>3</sup> Vide o primeiro critério diagnóstico sugerido por estes autores para a “dismorfofobia”.

<sup>4</sup> Philippopoulos (1979) também já havia sugerido que, como um sintoma, a Dismorfofobia podia ser vista em pessoas “quase normais” (*quasi-normal*) e, mais freqüentemente, em pessoas procurando cirurgia cosmética.

<sup>5</sup> Um trabalho citado freqüentemente (Fitts et al, 1989) (ao qual não tivemos acesso), é comentado no artigo de Hollander et al (1992) da seguinte maneira: “Em um amplo estudo com estudantes universitários, 70% estavam insatisfeitos com algum aspectos de seus corpos; 46% estava preocupado com este aspecto de sua aparência”; 48% exagerou sua imagem corporal percebida; e 28% apresentou as três queixas. Estes resultados envolviam mais freqüentemente mulheres. Tais achados colocaram em questão a utilidade do TDC como um diagnóstico distinto desde que é concebível que possa ser aplicado em uma grande porcentagem da população, especialmente as mulheres. Entretanto, enquanto a preocupação com a imagem corporal é generalizada, ela difere claramente em grau do sofrimento e comprometimento da população clínica com TDC apresentada para cirurgias plásticas ou psiquiatras” (p. 158; tradução livre – grifos nossos). Phillips (1991) sugere que este estudo superestima a prevalência do TDC por não excluir a anorexia nervosa e preocupação isolada com o peso. Além disso, o diagnóstico teria sido feito por um questionário auto-aplicado não validado e com um critério amplo. Apesar das eventuais críticas ao estudo, note-se que todos os autores concordam com a “generalizada” preocupação com o corpo.

<sup>6</sup> O termo “ vaidade ” é utilizado aqui no sentido de um “desejo vão de reconstruir o corpo esteticamente” (Gilman, 1999:44).

<sup>7</sup> Como veremos mais adiante, esse quadro é também muito semelhante ao quadro descrito no DSM-IV.

<sup>8</sup> Um único caso relatado na literatura coloca em questão a etiologia serotoninérgica, segundo os autores: uma mulher que teria desenvolvido o TDC após o abuso crônico de *cyproheptadine*, um *serotonin antagonist* (Hollander et al, 1989). Em uma carta comentando este trabalho, Thomas (1990) sugere, no entanto, cuidado na interpretação dos resultados positivos do uso de clomipramina e fluoxetina, tendo em vista que o grupo de pacientes ao qual se referem Hollander et al (1989) é muito heterogêneo, incluindo o que ele denomina pacientes com “dismorfofobia” primária e secundária (vide p. 56). Hollander et al (1990) respondem que esta distinção é arbitrária e que não há evidências de que a “dismorfofobia” primária seja diferente da secundária de maneira significativa.

<sup>9</sup> A este respeito, Hollander et al (1990) comentam que o editor do DSM-III, Robert Spitzer, teria sugerido, em uma comunicação pessoal, a inclusão dos seguintes critérios no DSM-IV: “para o transtorno dismórfico corporal, ‘Especifique se com convicção delirante’; para o transtorno delirante, ‘O delírio não é um sintoma do transtorno dismórfico corporal’”. De acordo com os autores, isto poderia aperfeiçoar a precisão e clareza do diagnóstico. O termo TDC incluiria, desse modo, crenças de natureza delirante e não delirante.

---

<sup>10</sup> HOLLANDER, E. e PHILLIPS, K. A. 1993. Body Image and experience disorders: body dysmorphic and depersonalization disorders. In: *Obsessive-compulsive disorders* (Hollander, E., ed.), Washington, DC: American Psychiatric Press.

<sup>11</sup> Dois anos mais tarde, no entanto, Phillips et al (1995) observam que o espectro do Transtorno Obsessivo-compulsivo não é definido operacionalmente, o que torna difícil determinar se um transtorno pertence ou não a esta categoria.

<sup>12</sup> Os autores se referem aqui ao estudo de Simeon et al (1995), que realizou uma pesquisa sobre a prevalência do TDC em pacientes com Transtorno Obsessivo-compulsivo que haviam participado da pesquisa para o DSM-IV. Eles encontraram comorbidade em 12% dos pacientes (51 de 442) e concluíram que os dois transtornos possuem associação e também diferenças que exigem maior investigação.

<sup>13</sup> Os autores observam, no entanto, que este resultado “provavelmente reflete o fato que de algumas compulsões relacionadas com o TDC (p.ex. comparação, escarafunchar a pele) ainda não tinha sido identificado como característico do TDC no momento em que este estudo começou” (Phillips et al, 1998; tradução livre).

<sup>14</sup> Phillips e colegas afirmam ter encontrado 83% de casos de “depressão maior” em pacientes com TDC ao longo da vida, além de história familiar de Depressão Maior (17%) e abuso de substâncias (17%) em parentes de primeiro grau destes pacientes (Phillips et al, 1995).

<sup>15</sup> Phillips et al (1995) sugerem que a hipótese do TDC pertencer ao espectro do Transtorno Obsessivo-compulsivo ou ao espectro do Transtorno afetivo não são contraditórias tendo em vista que o próprio Transtorno Obsessivo-compulsivo pertence a este último. Mas o TDC, segundo os autores, parece estar mais próximo do primeiro do que do segundo.

<sup>16</sup> Por tal razão, afirmam os autores, pacientes com TDC delirante podem receber ambos diagnósticos no DSM-IV: TDC e Transtorno delirante, sub-tipo somático.

<sup>17</sup> Encontramos freqüentemente agradecimentos ao financiamento das indústrias farmacêuticas às pesquisas sobre o tratamento do TDC nos artigos especializados.

<sup>18</sup> Não por acaso, as pesquisas desenvolvidas atualmente sobre o transtorno sob coordenação de Katherine Phillips se referem aos seguintes temas: fenomenologia e genética do transtorno, estudo de medicamentos e estudo longitudinal através de entrevistas (july, 2003 <[www.butler.org](http://www.butler.org)>).

<sup>19</sup> Encontramos duas referências contraditórias com relação a inclusão da Dismorfofobia na CID: Phillips (1991) afirma que esta condição foi descrita somente a partir da décima edição desta classificação, enquanto Thomas (1984) se refere à Dismorfofobia em sua nona edição, de 1975. Não foi possível, no entanto, consultar esta última.

<sup>20</sup> No anexo de “Transtornos especificamente culturais”, incluído no volume de “Critérios Diagnósticos para pesquisa”, o “Koro” é descrito como potencialmente relacionado com “transtornos” da Índia e Egito. Não há qualquer referência à Dismorfofobia ou ao TDC.

<sup>21</sup> Além dos trabalhos aqui discutidos, encontramos referência a três livros dirigidos igualmente aos profissionais e ao público leigo: CLAINBORN, J. e PEDRICK, C. *The BDD Workbook: overcoming body dysmorphic disorder and body image obsessions*; MATTHEWS, D. *Eating Disorders Sourcebook: basic*

---

*consumer health information about eating disorders, including information about anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, body dysmorphic e WALKER, P. Everything you need to know about body dysmorphic disorder: dealing with a distorted body image.*

A construção de uma categoria diagnóstica representa o percurso através do qual determinado fenômeno passa a ser compreendido como um transtorno mental e identificado na população. Trata-se de um processo, e não de uma descoberta, que envolve, como observou Young (1997), condições sociais, cognitivas e tecnológicas através das quais os pesquisadores são capazes de construir seus fatos.

Para compreender este processo, vimos como a longa história atribuída ao TDC representa um equívoco, determinado a partir de uma forma de ver pré-condicionada. Os pesquisadores contemporâneos, partindo de seu próprio ponto de vista, se reapropriam assim da produção de outros autores, traçando uma história linear que, ao mesmo tempo, legitima a categoria como uma “descoberta” centenária.

A definição atual do TDC, disseminada através do DSM, foi então investigada considerando o panorama do surgimento da produção americana, a influência de autores ingleses e as transformações da nosologia psiquiátrica nos Estados Unidos nas décadas de 1970 e 1980. Introduzida no campo da psiquiatria americana a partir dos estudos sobre motivação da cirurgia plástica, a categoria é definida então como um temor do paciente parecer feio.

A partir da década de 1990, a definição do TDC incorpora esse referencial estético, refletindo uma forma contemporânea de perceber o corpo como foco natural de preocupação e objeto de controle. Surgem questões sobre a diferença entre a preocupação normal com a aparência e o TDC, que passa a ser concebido a partir do grau de preocupação estética apresentado pelo paciente. Como observam Herlich e Pierret (1984):

Em qualquer lugar e em qualquer época, é o indivíduo que adoece, mas ele adoece aos olhos da sociedade, em função dela e segundo modalidades fixadas por ela. A linguagem do doente se elabora portanto dentro das relações do indivíduo no social (p.6; tradução livre)

Nesta mesma década, fatores como prevalência, tratamento e etiologia são investigados com base nos princípios do DSM. São estes princípios que atribuem fidedignidade à tecnologia utilizada nas pesquisas e que garantem, na ausência de uma lesão (como na medicina), a “faticidade” do transtorno.

O referencial estético e os princípios do DSM determinam assim uma forma específica de compreender o fenômeno, delimitá-lo e “traduzi-lo” (para usar o termo de Young, 1982) em uma categoria diagnóstica da psiquiatria.

A categoria TDC se revela, desse modo, um fenômeno construído socialmente, produto histórico de um contexto sociocultural determinado espacial e temporalmente, que segue se modificando. O que não implica dizer que o transtorno não seja real:

Ao contrário (...) [ele] é confirmado empiricamente pelo lugar na vida das pessoas, por suas experiências e convicções, e pelos investimentos pessoal e coletivo que tem sido feitos nele (Young, 1997)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Young se refere aqui ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático, objeto de estudo do autor por mais de dez anos.

Colocar em questão a universalidade e atemporalidade atribuídas ao TDC nos permite então compreendê-lo não como uma “lesão” (ou disfunção bioquímica) objetiva ou uma “doença” descoberta, mas como um produto humano, sujeito a fatores de ordem política, social e psicológica tanto para pacientes quanto para os profissionais que os ajudam.

O presente trabalho pretende assim contribuir com uma perspectiva crítica com relação ao aparato diagnóstico utilizado na psiquiatria e apontar algumas de suas implicações no reconhecimento de doenças/transtornos na população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- ÁLVAREZ, M. J. G. e PÉREZ, A. N., 2000. Temor de fealdad: la dismorfofobia como un sintoma. *Psiquiatria Pública*, v. 12(2). September 2001 <[http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf12\\_2/caso01.pdf](http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf12_2/caso01.pdf)>
- AMARANTES, P., 1996. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- ANDREASEN, N. C. e BARDACH, J., 1977. Dymorphophobia: Symptom or Disease? *American Journal of Psychiatry*, 134 (6): 673-676.
- \_\_\_\_\_, 1977. Reply to NAKDIMEN, K. A Neglected Reference (letter). *American Journal of Psychiatry*, 134 (11): 1313-1314.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 1989. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais*. 3ª ed. Revisada (DSM-III-R). Porto Alegre: Artes Médicas.
- \_\_\_\_\_, 1995. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais*. 4ª ed. (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas.
- \_\_\_\_\_, 2002. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais*. 4ª ed. Texto Revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed.
- BALSAMO, A., 1995. Forms of Technological Embodiment: reading the body in contemporary culture. *Body and Society*, 1 (3-4): 215-237.
- BARROS, D. D. , 1994. *Os Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos/EDUSP.
- BERRIOS, G. E. e KAN, C.-S., 1996. A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dymorphophobia. *Acta Psychiatric Scandinavica*, 94(1): 1-7.
- BIRTCHNELL, S. A., 1988. Dymorphophobia – A Centenary Discussion. *British Journal of Psychiatry*, 153 (suppl. 2): 41-43.

- BRADDOCK, L. E., 1982. Dismorphophobia in Adolescence: A Case Report. *British Journal of Psychiatry*, 140: 199-201.
- BROTMAN, A. W. e JENIKE, M. A., 1985. Reply to THOMAS, C. S., Dismorphophobia and Monosymptomatic Hypochondriasis (letter), *American Journal of Psychiatry*, 142 (9): 1121.
- BÜHLER, K. E. e HEIM, G., 2001. Introduction Générale à la Psychopathologie et à la Psychothérapie de Pierre Janet. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 159, Issue 4: 261-272. September 2002. < [www.sciencedirect.com/science](http://www.sciencedirect.com/science)>
- CONNOLLY, F. H. e GIPSON, M., 1978. Dismorphophobia – A Long-Term Study. *British Journal of Psychiatry*, 132: 568-570.
- CUNHA, A. G., 1982. *Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- FREUD, S. , 1996. História de uma Neurose Infantil. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.
- GAY, P. , 1989. *Freud: uma vida para o nosso tempo*. Tradução de Denise Bottman. São Paulo: Companhia das Letras.
- HACKING, I., 1999. Madness: biological or constructed? In *Social Construction of What?* London: Harvard University Press.
- HARDY, G. E. e COTTERILL, J. A., 1982. A Study of Depression and Obsessionality in Dismorphophobic and Psoriatic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 140: 19-22.
- HAVENS, L. L., 1965. Emil Krapelin. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 141(1): 16-28.
- HAY, G. G., 1970a. Dismorphophobia. *British Journal of Psychiatry*., v. 116: 399-406.
- \_\_\_\_\_, 1970b. Psychiatric Aspects of Cosmetic Nasal Operations. *British Journal of Psychiatry*, 116: 85-97.
- \_\_\_\_\_, 1983. Paranoia and Dismorphophobia (letter). *British Journal of Psychiatry*, 142: 309-310.
- HERLICH, C. e PIERRET, J., 1984. *Malades D'hier, Malades D'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot

- HILL, G. e SILVER, G., 1950. Psychodynamic and Esthetic Motivations for Plastic Surgery. *Psychosomatic Medicine*, XII (6): 345-355.
- HOLLANDER, E., DECARIA, C., LIEBOWITZ, M. R. e KLEIN, D. F., 1990. Reply to THOMAS, C. S., Body Dysmorphic Disorder (letter). *American Journal of Psychiatry*, 147 (6): 817.
- HOLLANDER, E., NEVILLE, D., FRENKEL, M. JOSEPHSON, S. E LIEBOWITZ, M.R., 1992. Body Dysmorphic Disorder. Diagnostic Issues and Related Disorders (Review Article). *Psychosomatics*, 33(2): 156-165.
- HOLLANDER, E. e WONG, C.M., 1995. Body Dysmorphic Disorder, Pathological Gambling and Sexual Compulsions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (suppl. 4): 7-13.
- JANET, P. , 1908. *Les obsessions et la psychasthénie*. v. I. Deuxième edition. Paris: Félix Alcan.
- \_\_\_\_\_, 1911. *Les obsessions et la psychasthénie*. v. II. Deuxième edition. Paris: Félix Alcan.
- JENIKE, M., 1985. Dysmorphophobia (letter). *British Journal of Psychiatry*, 146: 326.
- JEROME, L., 1987. Anorexia Nervosa or Dysmorphophobia? (letter). *British Journal of Psychiatry*, 150: 560-561.
- \_\_\_\_\_, 2001. *Introdução*. MORSELLI, E. Dysmorphophobia and taphephobia: two hitherto undescribed forms of Insanity with fixed ideas. *History of Psychiatry*, v. XII: 103-107.
- KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. e GREBB, J. A., 1997. *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- KRAEPELIN, E. , 1915. Die Originären Krankheitszustände. In: *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth.
- KUSNETZOFF, J. C. , 1982. *Introdução à Psicopatologia Psicanalítica*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.-B. , 1986. *Vocabulário da Psicanálise*. Tradução de Pedro Tamen. 9ª edição. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- LEAL, G. 2001. Modelos estão insatisfeitas com o próprio corpo. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 8 de abr., Caderno Cidades.



- LINN, L. e GOLDMAN, I. B., 1949. Psychiatric Observations Concerning Rhinoplasty. *Psychosomatic Medicine*, XI(5): 307-314.
- LUPTON, D., 1995. *The Imperative of Health: public health and the regulated body*. London: Sage.
- MARKS, I. e MISHAN, J., 1988. Dismorphophobic Avoidance with Disturbed Bodily Perception. A Pilot Study of Exposure Therapy. *British Journal of Psychiatry*, 152: 674-678.
- McDADE, T., 1996. Prostates and Profits: The Social Construction of Benign Prostatic Hyperplasia in American Men. *Medical Anthropology*, 17:1-22.
- MINISTERO DELL'UNIVERSITA E DELLA RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA, 2002. *Mille Anni di Scienza in Italia - Cronologia Scienze dell'uomo*. August 2002. <<http://galileo.imss.firenze.it/milleani/cronologia/cronsuo/ isuo1900.html>>.
- MOREL, P. , 1996. *Psychiatrie: dictionnaire biographique de la psychiatrie*. Collection Les empêcheurs de penser en rond. Paris: Synthélabo.
- MOREL, P.; BOURGERON, J.; ROUDINESCO, E. , 2000. *Au-Delà du Conscient: histoire illustré de la psychiatrie et de la psychanalyse*. Paris: Éditions Hazan.
- MORSELLI, E., 2001. Dismorphophobia and taphephobia: two hitherto undescribed forms of Insanity with fixed ideas. Tradução de Laurence Jerome. *History of Psychiatry*, v. XII:107-114.
- MUNRO, A. e CHMARA, J., 1982. Monosymptomatic Hypochondriacal Psychosis: A Diagnostic Checklist Based on 50 Cases of the Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27: 374-376.
- MUNRO, A. e STEWART, M., 1991. Body Dysmorphic Disorder and the DSM-IV: the demise of dysmorphophobia. *Canadian Journal of Psychiatry* , 36(2): 91-96.
- NAKDIMEN, K., 1977. A Neglected Reference (letter). *American Journal of Psychiatry*, 134 (11): 1313.
- NERIZOGLU, F., 1998. Body Dysmorphic Disorder: a Common But Underdiagnosed Clinical Entity. *Psychiatric Times*, January 1998, XV (1), September 2001. <[www.mhsource.com/pt/p980111.html](http://www.mhsource.com/pt/p980111.html)>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998. *Classificação Internacional de Doenças*. 10ª ed. (CID-10). Porto Alegre: Artes Médicas.
- PESSOTTI, I. , 1999. *Os Nomes da Loucura*. São Paulo: Editora 34.

- PHILIPPOPOULOS, G. S., 1979. The Analysis of a Case of Dysmorphophobia (Psychopathology and Psychodynamics). *Canadian Journal of Psychiatry*, 24: 397-401.
- PHILLIPS, K. A., 1991. Body Dysmorphic Disorder: the distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, [local], 148(9): 1138-1149.
- PHILLIPS, K. A., 1996. *The Broken Mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.
- PHILLIPS, K., ATALA, K. D. e ALBERTINI, R. S., 1995. Case Study: Body Dysmorphic Disorder in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (9): 1216-1220.
- PHILLIPS, K., McELROY, S. L., HUDSON, J. I., POPE Jr, H. G., 1995. Body Dysmorphic Disorder: An Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder, a Form of Affective Spectrum Disorder, or Both? *Journal of Clinical Psychiatry*, 1995 (56, suppl. 4): 41-52.
- PHILLIPS, K., GUNDERSON, C. G., MALLYA, K., McELROY, S. e CARTER, W., 1998. A Comparison of Body Dysmorphic Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (11): 568-575.
- PHILLIPS, K., RASSMUSSEN, S. e PRICE, L. H., 1999. Treating Imagined Ugliness. *Archive of General Psychiatry*, 56 (11): 1041-1042.
- POPE, H., PHILLIPS, K. e OLIVARDIA, R. 2000. *O Complexo de Adônis: a obsessão masculina pelo corpo*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- SARWER, D. B., WADDEN, T. A., PERTSCHUK, M. J. e WHITAKER, L. A., 1998. Body Image Dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder in 100 Cosmetic Surgery Patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101 (6): 1644-1649.
- SCHACHTER. M., 1971. Névroses dysmorphiques (complexes de laider) et délire ou conviction délirante de dysmorphie: a propos des soi-disant 'dysmorphophobies' de l'adolescent et du jeune adulte. *Annales médico-psychologiques*, t.1, 129<sup>ème</sup> année, n° 5: 732-746.
- SHORTER, E., 1997. *A History of Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons.

- SIMEON, D., HOLLANDER, E., STEIN, D. J., COHEN, L. e ARONOWITZ, B., 1995. Body Dysmorphic Disorder in the DSM-IV Field Trial for Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152 (8): 1207-1209.
- STURMEY, P., 1986. Anorexia Nervosa and Dysmorphophobia. A Case Study. *British Journal of Psychiatry*, 149: 780-782.
- THOMAS, C. S., 1984. Dysmorphophobia: A Question of Definition. *British Journal of Psychiatry*, 144: 513-516.
- \_\_\_\_\_, 1985. Dysmorphophobia and Monosymptomatic Hypochondriasis (letter), *American Journal of Psychiatry*, 142 (9): 1121.
- \_\_\_\_\_, 1990. Body Dysmorphic Disorder (letter). *American Journal of Psychiatry*, 147 (6): 816-817.
- THOMAS, C. S. e GOLDBERG, C. P., 1995. Appearance, body image and distress in facial dysmorphophobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92: 231-236.
- VENANCIO, A. T., 1998. *O Eu Dividido Moderno: uma análise antropológica da categoria Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: UFRJ/MN/PPGAS (Tese de Doutorado).
- YOUNG, A., 1982. The Anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*. 11:257-285.
- \_\_\_\_\_, 1997. *The Harmony of Illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. New Jersey: Princeton University Press.

## **Enrico Morselli**



*Enrico Morselli (1852-1929)*

[www.pharo.com](http://www.pharo.com)

Enrico Morselli nasceu em 17 de julho de 1852 em Modena, Itália. Terminou seus estudos em medicina em 1874 e se tornou assistente no Hospital de Florença, onde trabalhou com o renomado fisionomista Paolo Mantegazza (Berrios e Kan, 1996). Em 1877 assumiu a direção do asilo de Macerata e tornou-se diretor da clínica psiquiátrica Turim. Foi nomeado para a cadeira de patologia nervosa e mental em 1889 na Universidade de Gênova, cidade onde veio a falecer em 18 de fevereiro de 1929 (Morel, 1996).

Os trabalhos de Morselli são de interesse de diferentes domínios - neurologia, psiquiatria, psicologia experimental, antropologia, medicina legal, metapsicologia e filosofia (*idem, ibidem*) – e obtiveram notoriedade em sua época, tendo sido esquecidos posteriormente.

Morselli também foi particularmente ativo no campo da publicação de periódicos, participando da fundação de diversas revistas: *Rivista sperimentale di freniatria* (Revista experimental de freniatria), *Rivista di filosofia scientifica* (Revista de filosofia científica), *Rivista di patologia nervosa e mentale* (Revista de patologia nervosa e mental) (Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, 2002).

**Pierre Janet**

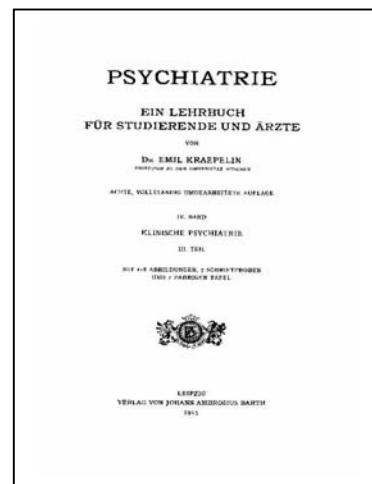
Nasceu em 30 de maio de 1859 em Paris e cresceu em Bourg-la-Reine. Frequentou a *École Normale Supérieure* e em seguida passou a lecionar filosofia no colégio de *Châterauroux* e *Havre*. Permaneceu neste último até 1889. Neste mesmo ano, defendeu sua tese intitulada *L'automatisme psychologique: essay sur les formes inférieures de l'activité humaine* (O automatismo psicológico: ensaio sobre as formas inferiores da atividade humana), fruto de pesquisa realizada num hospital. De volta a Paris, ele iniciou seus estudos em medicina, frequentando os serviços de Falret, Séglas e Charcot, importantes alienistas do período. Este último criou posteriormente um laboratório de psicologia experimental em *Salpêtrière* para Janet, que continuou a ensinar filosofia em colégios parisienses, paralelamente. Em 1897 assumiu a cadeira de psicologia experimental na *Sorbonne* e mais tarde a cadeira de Théodule Ribot no *Collège de France*. Aposentou-se em 1935 continuando, no entanto, com sua prática médica. Faleceu em 27 de fevereiro de 1947 (Morel, 1996).

A obra de Janet é dedicada principalmente à psicopatologia e à psicoterapia das Neuroses e constitui um sistema original e complexo. Seu trabalho obteve notoriedade principalmente na França e nos Estados Unidos, onde realizou diversas conferências, mas foi pouco a pouco apagado pela psicanálise, voltando a despertar interesse mais recentemente (Bühler e Heim, 2001).

## **Emil Kraepelin**

Kraepelin nasceu em Neustrelitz, em 15 de fevereiro de 1856. Estudou medicina na cidade de Würzburg e, em 1878, tornou-se assistente do neurobiólogo Bernhard von Gudden, em Munich. Quatro anos mais tarde, mudou-se para Leipzig, a fim de estudar com Wilhelm Wundt, considerado um dos fundadores da psicologia científica moderna. Em 1886 foi nomeado professor de psiquiatria na Universidade de Dorpat, cargo que deixou em 1890. Mudou-se para Heildelberg e em seguida para Munich, cidade onde assumiu a cadeira de psiquiatria e a direção da nova clínica universitária, em 1903. Sob seus auspícios, a clínica universitária adquiriu renome internacional e, em 1918, tornou-se o Instituto Alemão de Pesquisas em Psiquiatria. Kraepelin faleceu em 7 de outubro de 1926 (Morel, 1996).

Espírito lógico e metuculoso, Kraepelin “(...) realizou a indispensável síntese das análises semiológicas do século XIX e forneceu um sistema de referência nosográfica homogêneo, adotado rapidamente pelo conjunto de escolas de psiquiatria ocidentais e ainda utilizado largamente a despeito das novas classificações em voga”(Morel, 1996:143; tradução livre).



*Frontispício da 8ª ed. do tratado de Kraepelin*

### **Sigmund Freud**

Sigmund Freud, célebre fundador da Psicanálise, nasceu em 6 de maio de 1856. Filho mais velho do terceiro casamento de seu pai, recebeu, como seus irmãos, uma educação judia tradicional. Em 1859 a família mudou-se para Leipzig e no ano seguinte para Viena. Freud cursou medicina e em 1875 recebeu uma bolsa para trabalhar em Trieste, no instituto de zoologia de Carl Claus. Trabalhou em seguida no Instituto de fisiologia de Ernst von Brücke onde se uniu à Breuer. Diplomou-se em 1881 e um ano mais tarde ingressa no Hospital Geral de Viena. Foi nomeado *Privatdozent* (cargo docente) de neurologia em 1885 e, com apoio de Brücke e Meynert, conseguiu uma bolsa de estudos para ir à Paris, onde estudou com Charcot. Em 1886, abriu um consultório em Viena. Três anos depois, mudou-se para o famoso apartamento da Berggasse, 19, onde passou a realizar seus atendimentos. Começa a conhecer certa notoriedade em 1891, com seus estudos sobre a histeria. A partir de 1896, afasta-se da neurologia para se dedicar inteiramente às “doenças dos nervos”. Em 1902 tiveram início as reuniões da Sociedade Psicológica das Quartas-feiras, que em 1908 tornou-se a Sociedade Psicanalítica de Viena, referência para outras sociedades semelhantes em todo o mundo. No ano seguinte surgiu a primeira revista de psicanálise e Freud viajou para os EUA para receber o título de *Doctor of Laws, honoris causa*, na Universidade de Clark, Massachusetts. Depois de seu desentendimento com Breuer, seguiram-se rupturas com os primeiros adeptos do movimento psicanalítico: Adler, Stekel, Jung e Otto Rank. Por volta de 1937 Freud identificou um câncer no seu maxilar, o que lhe obrigou a usar uma prótese. Em 1938 com a invasão nazista da Áustria, Freud deixou Viena e se refugiou em Londres, cidade onde faleceu em setembro de 1939 (Morel, 1996).

**Homem Elefante**

Chris, de 31 anos, carpinteiro, tímido e de aparência ansiosa, foi hospitalizado após tentar o suicídio, enfiando a cabeça em um saco plástico. Ele pede que a psiquiatra o veja em uma sala escura. Está usando um boné de beisebol puxado sobre a testa, cobrindo-lhe parcialmente os olhos. Olhando para o chão, diz não ter amigos, que acabou de ser demitido do emprego e recentemente foi rejeitado pela namorada. Quando a psiquiatra lhe pede que fale mais, responde: “É realmente difícil falar sobre isto, doutora. Nem sei se consigo. É muito constrangedor. Bem, acho que deveria contar...afinal, estou em um hospital por causa disso. É meu nariz”. “Seu nariz?”, a psiquiatra pergunta. “Sim, essas bexigas enormes em meu nariz. Elas são grotescas! Eu pareço um monstro. Sou tão feio quanto o Homem Elefante! Não consigo pensar em outra coisa que não nessas marcas em meu nariz. Tenho pensado nelas nos últimos 15 anos, todos os dias. Chego a ter pesadelos com elas. Acho que todos podem vê-las e que riem de mim por causa delas. É por isso que uso este boné o tempo todo. E é por isso que não podia falar com você em uma sala iluminada...você veria o quanto sou feio”.

A psiquiatra não conseguiu ver as “bexigas enormes” a que Chris se referia, mesmo depois em uma sala bem iluminada. Trata-se, na verdade, de um homem de boa aparência, com poros faciais de aspecto normal. A psiquiatra diz: “Não vejo quaisquer bexigas. Seria possível que sua opinião sobre sua aparência esteja distorcida, que talvez essas marcas sejam apenas poros faciais de aspecto normal?”

“É difícil responder”, diz. “Mantive esta preocupação quase como um segredo, por ser tão constrangedora. Tenho medo de que me achem fútil. Mas já falei com algumas pessoas sobre isso, e elas tentaram convencer-me de que os poros realmente não são visíveis. Algumas vezes, eu meio que acredito no que me dizem. Acho que talvez eu esteja distorcendo, que as marcas não são tão feias. Então me olho no espelho e vejo que são grande e feias e me convenço de que as pessoas riem delas. Daí ninguém consegue me convencer do contrário. Quando alguém tenta, acho que apenas tem pena de mim e está tentando me consolar. Isto tem me afetados de várias maneiras, doutora”, acrescenta. Pode ser difícil de acreditar, mas este problema arruinou minha vida. Só consigo pensar em meu rosto. Passo horas, todo dia, olhando essas marcas no espelho. Simplesmente não consigo resistir. Comecei a faltar ao trabalho e deixei de sair com os amigos e minha namorada. Eu ficava tão ansiosos quando olhavam para mim, que comecei a ficar em casa a maior parte do tempo. Às vezes, quando saía, eu fazia de tudo para não sentar em um lugar iluminado onde as pessoas pudessem ficar olhando para mim. O boné ajudava um pouco, mas não cobria todas as marcas. Por algum tempo, tentei cobri-las com maquiagem, mas achei que as pessoas percebiam a maquiagem, de modo que isto não ajudou muito. A única vez em que me senti realmente à vontade foi quando usei a máscara de Batman de meu primo na festa de *Halloween*. Então ninguém podia ver as marcas. Faltei tanto ao trabalho que fui demitido. Minha namorada agüentou firme comigo por muito tempo, mas, por fim, não suportou mais. Uma coisa realmente difícil para ela foi quando comecei a perguntar umas 50 vezes por dia se eu estava bem e se ela conseguia ver as marcas. Acho que isso foi a gota d’água. Seu eu pudesse escolher, preferiria ter um câncer. Deve ser menos doloroso. É como uma seta me atravessando o coração”.



Chris prosseguiu discutindo o fato de ter consultado um dermatologista para pedir uma abrasão dermatológica, procedimento que o médico recusou-se a realizar, porque “ele disse que não havia nada de errado com meu rosto”. Ele finalmente convenceu outro dermatologista a realizar o procedimento, mas em seu entender foi inútil. Por fim, sentiu-se tão desesperado pelas supostas marcas que tentou duas vezes o suicídio. Sua tentativa mais recente ocorreu após olhar no espelho e horrorizar-se com o que viu. Disse à psiquiatra: “Eu vi o quanto eu era horrível e pensei ‘Acho que não vale a pena continuar vivendo se tenha de ter essa cara e só pensar nisso o tempo todo’”. Sua primeira tentativa de suicídio também levou a uma hospitalização, mas, devido à vergonha por sua preocupação e por achar que ela não seria levada a sério, manteve-a em segredo e disse à equipe que apenas estivera deprimido.

### **Discussão sobre o “Homem Elefante”**

Chris parece normal, mas preocupa-se com um suposto defeito em sua aparência. Esta preocupação tem causado um nítido sofrimento e interferido significativamente em seu funcionamento. Embora se trate de um caso relativamente severo de Transtorno Dismórfico Corporal (DSM-IV, p. 445), ele não é atípico; as áreas de funcionamento social, ocupacional e outras podem estar severamente prejudicadas, e tentativas de suicídio não são incomuns. Entretanto, o grau de sofrimento e disfunção associado a este transtorno percorre toda uma faixa de gravidade; algumas pessoas com o transtorno – embora aflitas e talvez não funcionando no máximo de sua capacidade – mesmo assim conseguem sair-se relativamente bem.

As queixas do Transtorno Dismórfico Corporal geralmente envolvem defeitos da face – freqüentemente supostos defeitos dos cabelos, nariz ou pele. Entretanto, qualquer parte do corpo pode ser afetada, e muitas pessoas com o transtorno preocupam-se com várias partes corporais simultaneamente. Em alguns casos, como o de Chris, nenhuma anomalia física está realmente presente. Em outros, uma ligeira anomalia física está presente, mas a preocupação é acentuadamente excessiva.

Certos comportamentos associados habitualmente estão presentes, embora não sejam necessários para fazer o diagnóstico. Eles incluem excessivas verificações frente ao espelho, atividades de arrumação pessoal, perguntar aos outros sobre o “defeito”, beliscar a pele, comparações com outros, camuflagem e idéias ou delírio de referência. Uma vez que as pessoas com Transtorno Dismórfico Corporal podem ter vergonha de sua preocupação, elas, com freqüência, guardam segredo, não o revelando a menos que especificamente indagadas.

Uma controvérsia envolvendo este transtorno é se o Transtorno Dismórfico Corporal e sua contraparte delirante, Transtorno Delirante, Tipo Somático, são dois transtornos diferentes ou o mesmo. No Transtorno Dismórfico Corporal, o *insight* quanto à natureza imaginária ou distorcida do “defeito” supostamente está presente, sendo, portanto, classificado separadamente de sua contraparte delirante, o Transtorno Delirante, Tipo Somático, no qual o *insight* está ausente (isto é, o indivíduo está convencido de que a anormalidade é real e de que sua visão quanto a ela não está distorcida). Entretanto, pode ser difícil diferenciar o pensamento delirante do Transtorno Delirante do pensamento não-delirante do Transtorno Dismórfico Corporal, uma vez que neste último os indivíduos, com freqüência, têm *insight* pobre para o fato de o “defeito” ser fruto de imaginação ou distorção. Além disso, aparentemente, o grau de *insight* pode ser concebido mais apropriadamente como cobrindo um espectro que vai desde um bom *insight* até um

pensamento delirante, ao longo do qual a crença da pessoa pode mover-se com o tempo. Na verdade, às vezes, o *insight* de Chris era razoável, o que indicaria um diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal, porém, ele frequentemente mostrava-se delirante, o que tecnicamente indicaria um diagnóstico de Transtorno Delirante, Tipo Somático. Chris tem um ou dois transtornos?

Essas dificuldade de classificação, bem como evidências preliminares sugerindo que os dois transtornos podem ser um só, vairando apenas em gravidade, têm levantado questões ainda não respondidas acerca de como devem ser classificados o Transtorno Dismórfico Corporal e sua variante delirante. A solução adotada pelo DSM-IV é a seguinte: as pessoas com Transtorno Dismórfico Corporal não-delirante receberão apenas este diagnóstico, mas aquelas com Transtorno Dismórfico delirante receberão dois diagnósticos – Transtorno Dismórfico Corporal e Transtorno Delirante, Tipo Somático (DSM-IV, p. 286). A codificação do que é provavelmente um único transtorno em dois diagnósticos salienta a necessidade de pesquisas adicionais, determinando se essas duas apresentações não passam de um único transtorno com manifestações variáveis.

SPITZER, R. L.; GIBBON, M.; SKODOL, A.; WILLIAMS, J. B. W.; FIRST, M. B. 1996. *DSM-IV – Casos clínicos: complemento didático para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição*. Porto Alegre: Artes Médicas.