

PERTURBAÇÃO DISMÓRFICA CORPORAL - UM DESAFIO EM DERMATOLOGIA

Filipa Veríssimo¹, Pedro Andrade², Luís Correia³, Isabel Rocha⁴

¹Interna de Psiquiatria/Resident Psychiatry, Hospital de Magalhães Lemos EPE – Serviço Porto

²Interno de Dermatovenereologia/Resident, Dermatology and Venereology, Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospitais da Universidade de Coimbra EPE, Coimbra

³Interno de Psiquiatria/Resident Psychiatry, Hospital de Magalhães Lemos EPE – Serviço Matosinhos, Porto

⁴Especialista em Psiquiatria, Assistente Hospitalar de Psiquiatria/Consultant Psychiatry, Hospital de Magalhães Lemos EPE – Serviço Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Porto, Portugal

RESUMO – Na sociedade actual, em que a beleza e juventude são sinónimos de sucesso, são cada vez mais frequentes as queixas “estéticas” centradas nas imperfeições da pele e do corpo. Os Dermatologistas são muitas vezes procurados para avaliação e tratamento dessas queixas. A Perturbação Dismórfica Corporal (PDC), inicialmente denominada “dismorfofobia”, é uma patologia psiquiátrica frequente e incapacitante, caracterizada pela preocupação excessiva com um determinado defeito físico, real ou inexistente, causando angústia e disfunção nos planos social, afectivo e laboral. A ansiedade associada ao “defeito” estético compele os indivíduos com PDC a comportamentos do tipo compulsivo com o objectivo de o camuflar, evidenciando-se comportamentos como a compra compulsiva de lenços e chapéus, utilização de produtos de maquilhagem, manipulação da pele (*skin picking*), verificação ao espelho e procura de intervenções correctivas em consultas de Dermatologia, Cirurgia Plástica e Medicina Dentária (“*doctor shop*”). Os doentes com PDC, não reconhecendo o defeito como mínimo ou inexistente, procuram tratamentos estéticos para uma patologia de natureza psiquiátrica. A prevalência da PDC na população geral é de 1 a 2% e na população de doentes dermatológicos é de 2,9 a 29,4%. Considerando a alta prevalência de PDC naquela população, e tendo em conta que os tratamentos estéticos raramente melhoram os sintomas, a sensibilização e formação dos Dermatologistas para a investigação sistemática, diagnóstico e orientação para consulta de Psiquiatria torna-se fundamental.

PALAVRAS-CHAVE – Perturbação Dismórfica Corporal; Imagem Corporal; Cirurgia Plástica.

BODY DYSMORPHIC DISORDER - A RAISING CONCERN IN DERMATOLOGY

ABSTRACT – In modern societies, as beauty and youth are paired with success, patients driven by aesthetic concerns involving skin and body imperfections are raising concern in the daily practice of Dermatology. Body Dysmorphic Disorder (BDD), also known as dysmorphophobia, is a frequent psychiatric condition characterized by an excessive distress from minimal or nonexistent physical defects, resulting in severe emotional, social and professional disabilities and compulsive behaviors aimed to correct or hide these defects (excessive acquisition of hats or scarves, abusive and unsatisfactory application of makeup products, obsessive verification of the mirror image, skin picking, and consecutive requests of cosmetic surgical procedures). Being unaware of the true nature of their condition, BDD patients commonly seek for Dermatology, Plastic Surgery or Dentistry clinics. In fact, the prevalence of BDD within dermatological patients is estimated at 2,9-29,4%, being significantly higher than in general population (1-2%). Considering that cosmetic procedures are rarely beneficial in this setting, dermatologists should be aware of this frequent condition and be able to identify BDD patients, as referral to psychiatric care is of extreme importance.

KEY-WORDS – Body Dysmorphic Disorders; Body Image; Plastic Surgery.

Educação Médica Contínua

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

No conflicts of interest.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

No sponsorship or scholarship granted.

Por decisão do autor, este artigo não foi redigido de acordo com os termos do novo Acordo Ortográfico.

Correspondência:

Dr. Pedro Andrade

Serviço de Dermatologia

Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE

Praceta Mota Pinto

3000-075 Coimbra

Tel: +351 239400420

Fax: +351 239400490

E-mail: pedro.andrade@portugalmail.com

INTRODUÇÃO

A preocupação com a aparência física foi sempre uma característica transversal a todas as sociedades, independentemente da cronologia e geografia, moldando-se de acordo com os diferentes perfis contextuais e culturais¹. A partir do início do século XX, e de forma mais pronunciada nas últimas três décadas, os conceitos de beleza, elegância e juventude têm sido cada vez mais associados ao bem-estar, saúde e sucesso pessoal. Modelos de referência idealizados e padronizados são criados e potenciados pelos *media*, servindo de base a um culto de massas e justificando a procura incessante de métodos de optimização da imagem pelo cidadão comum. Acompanhando esta tendência, assistiu-se, nas últimas décadas, a uma verdadeira revolução nas áreas da Dermatologia Cosmética e Cirurgia Estética, com a diversificação dos procedimentos destinados à correcção de pequenas irregularidades físicas da pele, ocultação das evidências de envelhecimento fisiológico cutâneo e realce de características consideradas esteticamente mais apelativas² – desde as diferentes opções de maquilhagem, depilação e coloração capilar, passando pelos solários e técnicas cirúrgicas pouco invasivas como *peelings* químicos, *fillers*, injeções de toxina botulínica, tratamentos de laser, e outras mais invasivas como ritidectomias, *liftings*, blefaroplastias, otoplastias, rinoplastias e lipoaspirações. Paralelamente, assistiu-se a uma proliferação de ginásios e academias de desporto, centros de nutrição e massoterapia, acompanhando as exigências de uma sociedade cada vez mais perfeccionista e empenhada em atingir a beleza ideal.

Sendo a aparência física um factor determinante no estabelecimento de relações interpessoais nas sociedades modernas, considera-se normal a existência de uma preocupação constante com a imagem. Assim, é crescente o recurso a consultas de Dermatologia, Cirurgia Plástica ou Medicina Dentária, nas quais são solicitadas intervenções dirigidas a pequenas irregularidades da pele (rugas, cicatrizes, discromias, assimetrias) e dos dentes, muitas vezes pouco perceptíveis, mas que condicionam desconforto por divergirem do padrão convencional de beleza³. Neste conjunto diversificado de doentes, são frequentes os casos em que se relatam irregularidades imperceptíveis, ou mesmo inexistentes, em relação às quais se tem uma aversão excessiva, expectativas impróprias em relação aos procedimentos solicitados e, invariavelmente, insatisfação com os resultados obtidos⁴, levando muitas vezes à instituição de processos médico-legais⁵ e procura recorrente de diferentes profissionais⁶. A existência de uma patologia psiquiátrica de base, em particular a Perturbação Dismórfica Corporal (PDC), deverá ser sempre ponderada nestas situações⁷. O seu reconhecimento precoce implica um elevado nível de suspeição mas poderá evitar a realização de procedimentos ineficazes e permite a instituição de um plano de tratamento dirigido à doença primária.

A PDC foi descrita pela primeira vez por Enrico Morelli em 1886⁸. Janet, em 1903, descreveu a “*obsession de honte du corps*” (obsessão com vergonha do corpo)⁹ e Kraepelin, em 1909, denominou-a “*dysmorphophobic syndrome*”. Antes da introdução desta perturbação no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria¹⁰

Educação Médica Contínua

– Tabela 1 – há descrições de doentes com sintomas congruentes com PDC em periódicos de Dermatologia e Cirurgia Estética dos anos 60. Nestes, eram descritos doentes “insaciáveis”¹¹ em relação à realização de cirurgias plásticas e intervenções cosméticas destinadas à correcção de deformações mínimas. Na literatura dermatológica é possível encontrar descrições de casos clínicos com os diagnósticos de “dismorfofobia”, “*dermatological nondisease*”, “síndrome dismórfica” e “hipocondria dermatológica”¹². Estes doentes demonstravam geralmente insatisfação com os diversos tratamentos proporcionados, contestando sistematicamente os seus resultados, ou focavam posteriormente a sua preocupação noutra área do corpo.

Tabela 1 - Critérios de diagnóstico de Perturbação Dismórfica Corporal, segundo a classificação da Associação Americana de Psiquiatria (In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994)

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO - PERTURBAÇÃO DISMÓRFICA CORPORAL (os três critérios são necessários para o diagnóstico)	
1	Existência de preocupação com defeito imaginário da aparência. Se uma pequena anomalia física for aparente, a preocupação é claramente excessiva.
2	Ansiedade significativa ou disfunção social, profissional ou outra, perante o defeito considerado.
3	A preocupação existente não é enquadrável em outra patologia psiquiátrica (por exemplo anorexia nervosa).

A designação “*escoriações neuróticas*” faz ainda parte da terminologia utilizada na prática clínica dermatológica para descrever o conjunto heterogéneo de lesões cutâneas que resultam do acto repetitivo e incontrolável de manipular ou arranhar a pele, de forma consciente e ritualizada, frequentemente em torno de pequenas irregularidades da superfície cutânea¹³.

A imagem corporal, modelada por processos perceptivos, emocionais e cognitivo-comportamentais, é a representação mental que cada indivíduo faz do seu corpo. Ela compreende o “corpo real”, o “corpo percebido”, o “corpo ideal” e o “corpo socialmente aceite”¹⁴. Quando estes componentes estão em conflito, é provável o desenvolvimento de sentimentos de frustração, de baixa autoestima e, em casos mais graves, de delírio. De facto, na PDC, o corpo percebido

pode não corresponder ao corpo real, nem ao ideal nem ao socialmente aceite. O indivíduo olha para o seu corpo como se reflectido num espelho deformador e a incapacidade de distinguir a imagem real da percebida gera um sentimento global negativo que invade a psique independentemente do tipo de defeito na aparência. Nessa medida, admite-se que os doentes com PDC apresentam uma distorção delirante da imagem corporal, grave, e que os perturba, tanto na esfera individual como na relacional.

O início dos sintomas ocorre geralmente na adolescência e a frequência parece ser semelhante em ambos os sexos¹⁵ embora haja estudos que indicam uma prevalência ligeiramente superior no sexo feminino¹⁶. A prevalência da PDC na população geral é de cerca 1 a 2%^{17,18}. Estima-se que na população de doentes que recorrem a consultas de Dermatologia e Cirurgia Estética seja de 2,9 a 29,4%^{6,18-23}. Num estudo de prevalência numa amostra clínica dermatológica, 14,4% dos doentes reuniam critérios para o diagnóstico de PDC sendo que a maioria destes procurou tratamento para acne²⁴.

À PDC associam-se as taxas mais elevadas de suicídio entre as várias patologias psiquiátricas. De facto, 80% dos doentes refere história de ideação suicida e 24 a 28% de tentativa de suicídio o qual é consumado em cerca de 0,3% dos casos²⁵.

ETIOPATOGENIA

Factores genéticos parecem desempenhar um papel importante na etiologia da PDC. De facto, é possível identificar antecedentes familiares de PDC em 8% dos doentes com este diagnóstico, traduzindo um risco 4 a 8 vezes superior em relação à população geral²⁶.

Os mecanismos etiopatogénicos não são ainda totalmente conhecidos, no entanto, alterações funcionais de vários neurotransmissores, entre os quais a serotonina e a dopamina, parecem estar envolvidas. A boa resposta clínica destes doentes à terapêutica com acção nos referidos neurotransmissores é um argumento a favor desta hipótese¹⁵. Por outro lado, várias patologias com interferência sobre as vias serotoninérgicas têm vindo a ser descritas em associação a PDC, nomeadamente doenças inflamatórias, infecções estreptocócicas²⁷ ou patologia orgânica do lobo frontotemporal²⁸. Doentes com PDC sujeitos a estudos de neuroimagem com activação cerebral apresentam evidências de padrões de percepção visual e processamento emocional anómalos. *Feusner* propõe um modelo para a compreensão

Educação Médica Contínua

das vias neuroanatômicas possivelmente envolvidas nos sintomas de PDC, que combina disfunções na via fronto-estriada, alterações no processamento interhemisférico e sobreactivação da amígdala e da ínsula⁶.

CLÍNICA

A principal característica da PDC é a preocupação excessiva com um determinado defeito físico. Esse defeito pode ser inexistente ou, sendo real, é pouco perceptível, no entanto, a preocupação que suscita é manifestamente excessiva causando angústia e disfunção nos planos social, afectivo e laboral¹⁰. Os sintomas manifestam-se geralmente no início da adolescência e a sua evolução é crónica, na ausência de tratamento apropriado.

Os doentes com PDC referem apresentar irregularidades em um ou mais aspectos da sua aparência física, que descrevem utilizando termos como “feio”, “anormal” ou “disforme”. Estes defeitos podem localizar-se em qualquer área corporal, mas são identificados sobretudo na face e no couro cabeludo. São particularmente comuns os defeitos envolvendo a pele (acne, cicatrizes, rugas, alterações da pilosidade, alterações da pigmentação ou assimetrias), o cabelo (fragilidade e rarefacção capilar) e a conformação do nariz e da boca²⁹⁻³¹. Nos homens são também comuns os defeitos referidos aos genitais, ao peso e à constituição muscular. Da mesma forma, perturbações relacionadas com o peso e a conformação das ancas, pernas e mamas são frequentemente referidas pelas mulheres³². Embora a clínica da PDC seja globalmente homogénea do ponto de vista cultural, há aspectos particulares típicos de algumas raças, culturas e etnias (como a conformação das pálpebras, frequentemente referida pelos japoneses, mas raramente pelos ocidentais)³³.

Durante a evolução da doença são apontados, em média, defeitos em 5 a 7 regiões corporais³⁴. A preocupação que suscitam é de carácter obsessivo e ocupa entre 3 a 8 horas diárias^{6,35}. É característico o padrão compulsivo de verificação, ocultação ou correcção dos defeitos. Os mais comuns são a manipulação constante e a sua verificação em espelhos (ou outras superfícies reflectoras como vidros de montras), a camuflagem utilizando o cabelo, maquilhagem, lenços ou chapéus, a remoção repetitiva de pêlos com pinça e a utilização abusiva de agentes despigmentantes, *peelings* e solários⁶. São também comuns a adopção de regimes dietéticos altamente restritivos para perda ponderal, o reforço da massa muscular pela prática excessiva de exercício físico e consumo de suplementos proteicos e esteróides

anabolizantes³⁶, a compra compulsiva de roupa (tal como a mudança frequente do vestuário ao longo do dia) e de livros sobre a aparência física, a comparação obsessiva do corpo com o de terceiros (habitualmente figuras públicas) e o controlo constante da posição do corpo de modo a que o defeito não seja observado⁶.

Na sequência deste padrão de comportamento, repetitivo e desgastante, o doente com PDC vê-se prejudicado em múltiplas esferas do seu quotidiano. No plano social, a ansiedade gerada pela presença do defeito, e pela constante tentativa de ocultá-lo, impede-o frequentemente de manter relações sociais e afectivas. Essa ansiedade aumenta em situações de maior exposição devido ao receio permanente de ser observado e criticado³⁷. Nos casos mais graves, de forma a evitar os contactos sociais, o doente com PDC pode permanecer isolado em casa durante largos períodos³⁰. Este isolamento reflecte-se negativamente no exercício de uma actividade laboral ou académica produtivas³⁰. Os atrasos diários no emprego, na sequência dos comportamentos compulsivos “matinais” de dissimulação do defeito, despoletam conflitos frequentes com a entidade patronal e com colegas de profissão. De facto, estudos realizados demonstram que doentes com PDC, apresentam taxas mais elevadas de desemprego e absentismo laboral quando comparados com a população geral³⁸.

No plano afectivo, o receio constante de não ser aceite pelo outro e a dificuldade notória em lidar com a proximidade corporal e envolvimento físicos, tornam difícil o estabelecimento de relações estáveis. Na verdade, estudos revelam que 75% dos doentes com PDC são solteiros e destes, 25% residem com os pais³.

As comorbilidades são bastante comuns na PDC e estão associadas a maior prejuízo funcional³⁹. As perturbações do humor são as mais frequentes e ocorrem em cerca de 75% dos doentes que referem pelo menos um episódio depressivo major ao longo da evolução da doença¹⁵. Ainda assim, são recorrentes os sentimentos de tristeza, menos valia, vergonha e humilhação, bem como a labilidade emocional e o isolamento, mesmo na ausência de critérios para depressão major³⁵. Neste contexto, os doentes com PDC estão mais propensos à ideação e tentativa de suicídio^{31,35}. Tal como já foi referido, as taxas de ideação suicida (80%) e de tentativa suicida (24 a 28%) estão entre as maiores de toda a patologia psiquiátrica e o suicídio é consumado em 0,3% dos casos²⁵.

As perturbações de ansiedade são também frequentes, sendo diagnosticadas em cerca de 60% dos doentes. A fobia social, altamente incapacitante, é caracterizada por ansiedade marcada em contexto social associada

Educação Médica Contínua

a comportamentos de evitamento e tem uma prevalência de 38% na PDC⁴⁰. Grant e Phillips, num estudo envolvendo uma população de 86 indivíduos com PDC, relataram abuso de substâncias em 48,9% dos casos e dependência em 35,8% (esta última relacionada com o álcool em 29% dos casos)⁴¹.

PDC EM DERMATOLOGIA

Após o aparecimento dos primeiros sintomas, os doentes com PDC demoram, em média, cerca de 11 anos a procurar tratamento. No entanto, ao invés de consulta de Psiquiatria, estes doentes solicitam correcções estéticas em consultas de Dermatologia, Cirurgia Plástica e Medicina Dentária (“doctor shop”)^{6,17,42}.

As escoriações neuróticas, lesões cutâneas polimorfas habitualmente localizadas nas faces extensoras dos membros superiores, face, couro cabeludo, dorso e nádegas, estão presentes cerca de 27% dos doentes com PDC⁴³. Em muitos casos, podem agravar dermatoses

ligeiras pré-existentes, que, muitas vezes, estão na sua origem (acne escoriado – Fig. 1). Em casos extremos, lesões de diferentes conformações (lineares ou bizarras) e graus variáveis de inflamação e ulceração podem ser originadas pela manipulação vigorosa da pele, por vezes com auxílio de agulhas, pinças, lâminas ou outros objectos, e poderão desencadear ou mimetizar outras dermatoses (prurigo nodular – Fig. 2 –, alopecias



Fig. 1 - Lesões típicas de acne escoriado na face de uma mulher jovem.



Fig. 2 - Múltiplas escoriações e áreas de hiperpigmentação facial, associadas a lesões papulosas e nodulares escoriadas prurigo-like da metade superior do corpo, envolvendo exclusivamente a face extensora dos membros, regiões mamárias e abdómen, traduzindo quadro severo de escoriações neuróticas numa doente do sexo feminino. São ainda visíveis múltiplas lesões cicatríciais de aspecto recente, algumas delas com conformação linear, e áreas hiperpigmentadas residuais de natureza pós-inflamatória.

Educação Médica Contínua

cicatriciais, líquen simples crónico) ou, por outro lado, justificar investigações diagnósticas adicionais por não serem enquadráveis num quadro clínico objectivável¹³. Em Dermatologia, na presença deste tipo de lesões, é fundamental averiguar qual a intenção do doente na manipulação repetitiva da pele. Se ficar claro que a principal motivação é uma queixa relacionada com o aspecto ou irregularidade da superfície cutânea, o diagnóstico mais provável será o de PDC.

O reconhecimento dos quadros de PDC e a sua diferenciação dos demais doentes com preocupações estéticas é manifestamente difícil, e deve ser baseada na avaliação do contexto particular das queixas, do respectivo enquadramento vivencial e antecedentes clínicos. No entanto, a identificação destes doentes deverá ser prioritária na prática clínica dermatológica uma vez que, caracteristicamente, solicitam de forma reiterada a realização de tratamentos para os quais não têm uma indicação formal. Quando realizados, estes tratamentos dificilmente terão resultados satisfatórios^{7,20,22,30}, serão ponto de partida para novas intervenções ou processos medicolegais²², e não serão contributivos para o tratamento da patologia de base³⁰. É importante referir que o elevado grau de insatisfação e ansiedade associado a estas intervenções terá motivado, nalguns casos, actos de violência física dirigida aos médicos responsáveis, incluindo homicídio⁵.

Assim, considerando a alta prevalência de PDC em doentes dermatológicos, as implicações directas da patologia e o facto de os tratamentos cosméticos raramente melhorarem os sintomas, torna-se fundamental a sensibilização dos Dermatologistas para a sua investigação sistemática e posterior orientação para consulta de Psiquiatria^{20,44}. Desta forma, e antes de qualquer intervenção cosmética, é fundamental averiguar a presença de história pessoal psiquiátrica⁴⁵. A existência de antecedentes de psicopatologia não constitui, por si só, uma contra-indicação à realização de intervenções estéticas, no entanto, em alguns casos podem identificar-se determinados sinais de alarme que deverão ser interpretados como critérios de orientação para consulta de Psiquiatria: são exemplos a existência de sintomatologia depressiva recorrente relacionada com a aparência física, isolamento social, comportamentos repetitivos de manipulação ou simulação de um defeito físico que é mínimo ou inexistente e história de tratamentos estéticos anteriores com resultados insatisfatórios ou expectativas irrealistas³. O uso de questionários específicos tem vindo a ser implementado em algumas unidades com vista à identificação dos indivíduos de risco^{18,46}. Neste contexto, a prática de qualquer intervenção correctiva

será desaconselhada³⁷, devendo ser realizada apenas na convicção de que o doente compreende os benefícios reais da sua prática e aceita os resultados e as limitações previsíveis. De forma obrigatória, estes procedimentos deverão ser documentados por registos fotográficos anteriores e posteriores ao tratamento, e aprovados por meio de assinatura de consentimento informado⁷.

A orientação para uma consulta de Psiquiatria pode constituir um verdadeiro desafio, atendendo ao facto de os doentes com PDC se considerarem portadores de um defeito estético e não de uma patologia psiquiátrica. No entanto, estes doentes assumem facilmente o sofrimento constante pela aparência física e a consequente deterioração da qualidade de vida, sendo estes habitualmente os pontos-chave para a aceitação de um plano de orientação para Psiquiatria⁴⁷. Nessa medida, é importante o estabelecimento de uma aliança terapêutica sólida e empática, em que as queixas com a aparência não deverão ser desvalorizadas. A psicoeducação sobre PDC e a utilização de entrevistas motivacionais, facilitam a orientação de doentes mais relutantes para consulta de Psiquiatria através da mobilização de mecanismos de coping no sentido da mudança³⁸.

TRATAMENTO

O tratamento farmacológico com inibidores seletivos da recaptção da serotonina (SSRI) e a terapia cognitivo-comportamental (TCC) são eficazes na maioria dos doentes e são considerados, em associação, os tratamentos de primeira linha na PDC^{30,37,48}. São necessárias geralmente 12 a 14 semanas de tratamento com SSRI até que se verifique melhoria clínica utilizando-se, por norma, doses mais altas que na depressão major⁴¹. A fluoxetina, utilizada habitualmente em dose diária de 80mg na PDC, é dos antidepressivos serotoninérgicos mais estudados nesta patologia e o que está associado a maiores taxas de remissão⁴⁹. Estão em curso estudos, ainda sem resultados conclusivos, sobre o efeito de antipsicóticos e estabilizadores do humor na PDC.

A TCC é considerada particularmente útil em associação com a psicofarmacoterapia. Nesta linha de orientação psicoterapêutica, pretende-se, por um lado, a re-significação das várias distorções cognitivas de forma a desenvolver crenças menos negativas sobre a aparência e determinados aspectos físicos. Por outro lado, as técnicas de exposição com prevenção de resposta permitem a redução dos comportamentos compulsivos (como a manipulação da pele e a verificação

Educação Médica Contínua

no espelho) e de evitamento (como em situações de exposição social)^{50,51}.

A psicoeducação constitui um aspecto essencial da abordagem psicoterapêutica da PDC. Contribui para uma melhor compreensão da doença e respectivas implicações, tanto nos planos pessoal como relacional.

A decisão sobre a cirurgia, ou outro procedimento estético, recai habitualmente sobre o dermatologista e o doente. No entanto, cabe ao psiquiatra avaliar o estado psiquiátrico do doente e averiguar se as suas expectativas em relação à intervenção são realistas. Do ponto de vista psicológico, é recomendado ao doente o compromisso de suspender o tratamento estético até que seja submetido a um processo psicoterapêutico. A criação e solidificação de mecanismos de articulação entre a Dermatologia e a Psiquiatria deverão ser incentivadas, de forma a garantir o reconhecimento precoce das psicopatologias comuns nos doentes dermatológicos e o estabelecimento atempado de um plano terapêutico conjunto.

BIBLIOGRAFIA

1. Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image*. 2008;5(1):50-8.
2. Harth W, Hermes B. Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007;5(9):736-43.
3. Hunt TJ, Thienhaus O, Ellwood A. The mirror lies: body dysmorphic disorder. *Am Fam Physician*. 2008;78(2):217-22.
4. Veale D. Outcome of cosmetic surgery and 'DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr*. 2000; 24:218.
5. Cotterill JA. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin*. 1996; 14(3):457-63.
6. Conrado LA. Body dysmorphic disorder in dermatology; diagnosis, epidemiology and clinical aspects. *An Bras Dermatol*. 2009;84(6):569-81.
7. Situm M, Buljan M. How to protect medical professionals from unrealistic expectations of clients in corrective dermatology? *Acta Clin Croat*. 2010;49(4):509-13.
8. Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. *Facial Plast Surg*. 2003;19(1):7-18.
9. Pitman RK. Pierre Janet on obsessive-compulsive disorder (1903). Review and commentary. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(3):226-32.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th Ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
11. Edgerton MT, Jacobson WE, Meyer E. Surgical psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety-eight consecutive patients with minimal deformity. *Br J Plast Surg*. 1960;13:136-45.
12. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998;101(6):1644-9.
13. Koo J, Lee CS. Psychocutaneous Diseases. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*. 2nd ed. New York: Mosby Elsevier; 2008. 105-14.
14. Fiori P, Giannetti LM. Body dysmorphic disorder: a complex and polymorphic affection. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2009;5:477-81.
15. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(7):167e-80e.
16. Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2004;1(1):113-25.
17. Mackley CL. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Surg*. 2005;31(5):553-8.
18. Wilson JB, Arpey CJ. Body dysmorphic disorder: suggestions for detection and treatment in a surgical dermatology practice. *Dermatol Surg*. 2004;30(11):1391-9.
19. Bowe WP, Leyden JJ, Crerand CE, Sarwer DB, Margolis DJ. Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(2):222-30.
20. Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, Fossaluza V, Torres AR, Miguel EC, et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63(2):235-43.
21. Hsu C, Ali Juma H, Goh CL. Prevalence of body dysmorphic syndrome in patients undergoing cosmetic procedures at the National Skin Centre, Singapore. *Dermatology*. 2009;219(4):295-8.
22. Nachshoni T, Kotler M. Legal and medical aspects of body dysmorphic disorder. *Med Law*. 2007;26(4):721-35.
23. Vulink NC, Sigurdsson V, Kon M, Bbuijnzeel-Koomen CA, Westenberg HG, Denys D. Body dysmorphic disorder in 3-8% of patients in outpatient dermatology and plastic surgery clinics. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2006;150(2):97-100.

Educação Médica Contínua

24. Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42(3):436-41.
25. Phillips KA, Kelly MM. Suicidality in a placebo-controlled fluoxetine study of body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2009;24(1):26-8.
26. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry.* 2000;48(4):287-93.
27. Mathew SJ. PANDAS variant and body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatry.* 2001;158(6):963
28. Gabbay V, Asnis GM, Bello JA, Alonso CM, Serras SJ, O'Dowd MA. New onset of body dysmorphic disorder following frontotemporal lesion. *Neurology.* 2003;61(1):123-5.
29. Phillips KA, Mcelroy SL, Hudson JI, Pope HG Jr. Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? *J Clin Psychiatry.* 1995;56 Suppl 4:41-51.
30. Castle DJ, Phillips KA, Dufresne RG Jr. Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *J Cosmet Dermatol.* 2004;3(2):99-103.
31. Thomas I, Patterson WV, Szepietowski JC, Chodyncki MP, Janniger CK, Hendel PM, et al. Body dysmorphic disorder: more than meets the eye. *Acta Dermatovenereol Croat.* 2005;13(1):50-3.
32. Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2006;47(2): 77-87.
33. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry.* 2004;3(1):12-17.
34. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Non-psychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2005;46(6):549-55.
35. Robles DT, Romm S, Combs H, Olson J, Kirby P. Delusional disorders in dermatology: a brief review. *Dermatol Online J.* 2008;14(6):2.
36. Knoesen N, Thai Vo S, Castle D. To be Superman – the male looks obsession. *Aust Fam Physician.* 2009;38(3):131-3.
37. Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol.* 2000;1(4):235-43.
38. Phillips KA, Didie ER, Feusner J, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. 2008;165(9):1111-8.
39. Gunsyad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2003;44(4):270-6.
40. Bellino S, Zizza M, Paradiso E, Rivarossa A, Fulcheri M, Bogetto F. Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):73-8.
41. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry.* 2005;17(4):205-10.
42. Kaymak Y, Taner T, Simsek I. Body dysmorphic disorder in university students with skin diseases compared with healthy controls. *Acta Derm Venereol.* 2009;89(3):281-4.
43. Grant JE, Menard W, Phillips KA. Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(6):487-93.
44. Buescher LS, Buerscher KL. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin.* 2006;24(2):251-7.
45. Olley PC. Aspects of plastic surgery. Psychiatric aspects of referral. *Br Med J.* 1974;3(5925):248-9.
46. Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg.* 2001;27(5):457-62.
47. Melamed Y, Mester R. Minor surgical interventions and mental disorders. *Isr Med Assoc J.* 2009;11(1):60-2.
48. Neziroglu F, Khemlani-Ppatel S. A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectr.* 2002;7(6):464-71.
49. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(4):381-8.
50. Neziroglu F, Cash TF. Body dysmorphic disorder: causes, characteristics, and clinical treatments. *Body Image.* 2008;5(1):1-2.
51. Buhlmann U, Reese HE, Renaud S, Wilhelm S. Clinical considerations for the treatment of body dysmorphic disorder with cognitive-behavioral therapy. *Body Image.* 2008;5(1):39-49.

Educação Médica Contínua

VERIFIQUE O QUE APRENDEU

1. **Qual dos comportamentos do tipo compulsivo não está presente, habitualmente, na PDC?**
 - a) Compra de lenços e produtos de maquilhagem
 - b) Verificação ao espelho
 - c) Manipulação da pele
 - d) Solicitação recorrente de consultas de Dermatologia, Cirurgia Plástica e/ou Medicina Dentária
 - e) Rituais de limpeza
2. **Qual a prevalência da PDC nas populações de doentes que recorrem a consultas de Dermatologia e Cirurgia estética?**
 - a) 1,3 – 15%
 - b) 2,9 – 29,4%
 - c) 5 – 20%
 - d) 0,5 – 10%
 - e) 15 – 30%
3. **Dê 3 exemplos de técnicas cirúrgicas pouco invasivas solicitadas frequentemente por doentes com PDC em consultas de Dermatologia.**
4. **As taxas de ideação suicida e tentativa de suicídio na PCD são, respectivamente:**
 - a) 30% e 5 – 10%
 - b) 50% e 12 – 20%
 - c) 85% e 20 – 25%
 - d) 80% e 24 – 28%
 - e) 70% e 20 – 30%
5. **Quais os psicofármacos mais frequentemente utilizados na PDC?**
 - a) Ansiolíticos
 - b) Antidepressivos tricíclicos
 - c) Estabilizadores do humor
 - d) Antipsicóticos
 - e) Antidepressivos serotoninérgicos
6. **Assinale a opção correcta:**
 - a) Antecedentes psiquiátricos na história pessoal contraindicam a realização de procedimentos estéticos
 - b) as escoriações neuróticas estão presentes em 57% dos doentes com PDC
 - c) Durante a evolução da doença são apontados, em média, defeitos em 3 a 5 regiões corporais
 - d) a existência de história de múltiplos tratamentos estéticos anteriores com resultados insatisfatórios constitui sinal de alarme e critério de referência para consulta de Psiquiatria
 - e) Um diagnóstico estabelecido de PDC não contraindica a realização de cirurgias cosméticas minimamente invasivas

Respostas: 1. e), 2. b), 3. peelings químicos, fillers, injeções de toxina botulínica, 4. d), 5. e), 6. d)

Educação Médica Contínua

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington: APA; 1994.
2. Conrado LA. Body dysmorphic disorder in dermatology; diagnosis, epidemiology and clinical aspects. *An Bras Dermatol*. 2009;84(6):569-81.
3. Hunt TJ, Thienhaus O, Ellwood A. The mirror lies: body dysmorphic disorder. *Am Fam Physician*. 2008;78(2):217-22.
4. Fiori P, Giannetti LM. Body dysmorphic disorder: a complex and polymorphic affection. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2009;5:477-81.
5. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2005;17(4):205-10.
6. Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol*. 2000;1(4):235-43.