

# Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da análise do comportamento<sup>1</sup>

## Body dysmorphic disorder under the perspective of the behavior analysis

Josy de Souza Moriyama<sup>2</sup>  
Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral<sup>3</sup>  
(PUC-Campinas)

### Resumo

O objetivo do trabalho foi investigar comportamentos classificados como Transtorno Dismórfico Corporal e suas contingências de desenvolvimento e manutenção. Foi um estudo descritivo-exploratório por meio de entrevistas, com sete participantes e seus familiares, para levantar algumas hipóteses baseadas nos princípios teóricos do Behaviorismo Radical. Encontraram-se comportamentos depressivos, obsessivos, compulsivos e delirantes; de esquiva social; checagem no espelho e rituais de camuflagem. Nas histórias de vida, identificaram-se: educação coercitiva, grande valorização da beleza, reduzidas interações sociais, acidentes ocorridos, comentários sobre parte do corpo e cirurgias. Sob o controle de estímulos específicos, como o defeito alegado e o olhar dos outros, muitas classes de comportamentos tinham a função de fuga/esquiva. Os comportamentos eram reforçados negativamente, porque evitavam a exposição aos outros e críticas. Alguns comportamentos foram descritos por meio da esquiva experiencial, pois tinham a função de evitar o contato com experiências privadas aversivas, trazendo grandes prejuízos nas áreas social, ocupacional e familiar.

Palavras-chave: Transtorno Dismórfico Corporal; Esquiva Experiencial; Análise Funcional; Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Estudos de Casos.

### Abstract

The objective of this study was the investigation of behaviors classified as Body Dysmorphic Disorder and the contingencies of its development and maintenance. A descriptive exploratory study was done using the interviews with seven patients and their families to raise some hypothesis based on the theoretical principles of Radical Behaviorism. Checking the supposed defect in the mirror; camouflage rituals; social avoidance; depressive behaviors; obsessive-compulsive behaviors and delusions was found. Their life history indicated a coercive education, great emphasis on beauty, restrictive social interactions, accidents and commentary on parts of the body by others and many plastic surgeries. Under the specific stimulus control like his own alleged defect and the regard of others, many participants' classes of behavior had the function of escape/avoidance and was negatively reinforced, preventing participants from exposing themselves to others and being criticized. Some behaviors were described as experiential avoidance, as they had the function of avoiding their private aversive condition bringing some major consequences in social, personal and occupational areas.

Key-Words: Body Dysmorphic Disorder; Experiential Avoidance; Functional Analysis; Obsessive Compulsive Disorder; Cases Studies.

<sup>1</sup> Este trabalho foi financiado pelo CNPq, tendo surgido a partir da dissertação de mestrado da primeira autora: Moriyama, J.S. (2003). Transtorno Dismórfico Corporal sob a Perspectiva da Análise do Comportamento. Dissertação de mestrado, PUC-Campinas. Campinas-SP.

<sup>2</sup> Mestre em psicologia clínica e doutora pelo programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas. Bolsista CNPq-Brasil. E-mail: [josyama@hotmail.com](mailto:josyama@hotmail.com)

<sup>3</sup> Doutora em psicologia pela USP. Professora do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas; Psicóloga-Chefe do Setor de Psicologia do Instituto de Cirurgia Craniofacial SOBAPAR. E-mail: [vraposo@mpc.com.br](mailto:vraposo@mpc.com.br)

## Introdução

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é um transtorno relacionado a preocupações com a aparência. Os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-IV (APA, 1995) são: preocupação com um defeito imaginado na aparência, e mesmo que haja um mínimo defeito, a preocupação é extremamente acentuada; sofrimento significativo e/ou prejuízo no funcionamento da vida do indivíduo; não deve ser confundido com Anorexia e Bulimia. Enquanto nesses transtornos, a preocupação é com o tamanho ou forma do corpo como um todo, no TDC se refere a uma ou mais partes do corpo como: nariz, boca, queixo, seios, cabeça, cabelo, pernas, quadris, entre outras.

As preocupações são mais freqüentes em situações sociais, sendo comum esquiva social e tentativas de camuflagem (com maquiagem, roupas, gestos). Outros comportamentos característicos são: olhar fixamente no espelho, ou evitar espelhos, comparar-se com outras pessoas, pedir reafirmações sobre o defeito, realizar cirurgias plásticas e tratamentos estéticos. Alguns desses comportamentos podem se tornar rituais que prejudicam as atividades diárias. Sem tratamento médico e psicológico, o TDC persiste por anos, sendo caracterizado como um transtorno crônico e perigoso, com riscos de suicídio (Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson, 1993; Figueira, Nardi, Marques & Versiani, 1999).

Segundo o DSM-IV (APA, 1995), o TDC pode estar associado com o Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Delirante, Fobia Social e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). A maioria dos estudos discute se o TDC deveria ser considerado como um transtorno separado, que apresentaria comorbidades com esses outros transtornos citados, ou como um spectrum (ou subtipo) de alguns deles.

Teorias biológicas sugerem, como causa orgânica do TDC, a desregulação do

sistema serotoninérgico (Figueira et al., 1993; Figueira et al., 1999). Vários autores (Birtchenell, 1988; Rosen, 1997; Figueira et al., 1999) consideram a importância das influências culturais sobre seu desenvolvimento, diante da grande valorização da beleza e aparência física.

Alguns estudos de caso destacam aspectos da história de vida de indivíduos com TDC que parecem ser comuns e poderiam ter relevância em seu desenvolvimento: a educação rígida ou pais superprotetores; poucos amigos durante a fase escolar; ganhos secundários; famílias em que se dá maior ênfase em conceitos estereotipados de beleza; comentários, ainda que inócuos ou neutros, em relação à aparência e acidentes traumáticos (Andreasen & Bardach, 1977; Bloch & Glue, 1988; Braddock, 1982; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Rosen, 1997; Thomas, 1984).

Até o momento, não há um consenso quanto a questões de classificação, etiologia, prevalência e tratamento. Como raramente indivíduos com TDC apresentam apenas comportamentos relacionados a preocupações com a aparência, mas também comuns a outros transtornos, a classificação psiquiátrica é difícil. Sob a perspectiva da Análise do Comportamento, esta classificação do manual DSM descreve os tipos de topografias das respostas que podem ocorrer, mas não explica seu desenvolvimento ou as variáveis que as mantêm. A avaliação comportamental deveria ir além do modelo topográfico, buscando variáveis ambientais relacionadas à instalação e manutenção das respostas, isto é, as relações funcionais entre as respostas e as variáveis ambientais. Para a Análise do Comportamento, um comportamento "diferente" não deve ser visto como "patológico", pois, se ele foi selecionado é porque, de alguma maneira, é funcional (Matos, 1999).

Neste trabalho, o TDC foi considerado como classes de respostas selecionadas e modeladas, ao longo da vida de um indivíduo, a partir de suas interações

com o ambiente. Considerou-se a proposta alternativa de classificação de Hayes, Wilson, Gifford e Follete (1996) sobre o desenvolvimento de dimensões diagnósticas funcionais.

Um exemplo desta classificação para os transtornos de ansiedade, dentre outros diagnósticos psiquiátricos, é a esQUIVA experiencial, que ocorreria quando o indivíduo se engaja em comportamentos para evitar, eliminar ou diminuir o contato com experiências privadas particulares como: sensações corporais, emoções, pensamentos, lembranças, passando a evitar estes eventos e as ocasiões ou contextos em que eles ocorrem (Friman, Hayes & Wilson, 1998). Por terem alcançado processos superiores do comportamento verbal e desenvolvido o pensamento e a linguagem, os seres humanos seriam capazes de formar classes de estímulos equivalentes entre eventos públicos e privados, formando equivalências entre crenças, sentimentos, emoções e eventos ambientais (Wilson & Hayes, 2000). Por meio da transferência de função entre estímulos equivalentes, a pessoa passa a se esquivar não apenas do evento que inicialmente lhe causava sensações aversivas, mas também das sensações aversivas em si mesmas, que ganharam características aversivas, porque passam a funcionar como estímulos discriminativos aversivos privados.

Na esQUIVA experiencial, o reforçamento negativo ocorre pela diminuição das sensações corporais aversivas, mesmo que momentaneamente. Não se expondo às novas contingências, não há chance de reforçamento diferencial de outros comportamentos que pudessem favorecer a extinção das sensações aversivas. Pelo contrário, aumentam as redes relacionais de equivalências aversivas e a quantidade de estímulos a serem evitados. As características comuns dos transtornos em que se observa esQUIVA experiencial são a não

aceitação e evitação de experiências privadas, e estratégias de evitação inefetivas (Hayes et al., 1996).

De acordo com Amaral (2001), certos pacientes com TDC têm suas atividades sociais e rotineiras prejudicadas, pois imaginar estar nestas situações produz grande ansiedade e faz com que eles a evitem. Supôs-se que casos de TDC pudessem ser compreendidos de acordo com a esQUIVA experiencial.

Numa tentativa de aproximar a pesquisa teórica da prática clínica, o presente trabalho procurou apresentar uma compreensão alternativa ao diagnóstico psiquiátrico do TDC, que pudesse trazer contribuições aos terapeutas comportamentais que se deparam com clientes que apresentam as classes de respostas características. Por meio de uma coleta sistemática de dados, levantaram-se hipóteses, baseadas em princípios teóricos do Behaviorismo Radical, para os casos abordados, semelhantes àquelas a que o terapeuta tem acesso na prática clínica.

O objetivo foi investigar a história de contingências e as contingências atualmente em operação, descritas por participantes com TDC e seus familiares, para compreender o transtorno a partir da perspectiva da Análise do Comportamento. Também foram comparadas variáveis descritas na história de vida de cada participante, a fim de identificar semelhanças funcionais entre eles.

### Método

#### Participantes

Participaram do estudo sete pessoas (P1, P2, P3, P4, P5, P6 e P7) que apresentavam classes de comportamentos classificadas como TDC no DSM-IV (APA, 1995). O diagnóstico foi obtido por meio de uma entrevista semi-estruturada com pacientes, indicados por cirurgiões plásti-

cos, que apresentavam queixas recorrentes de preocupações excessivas com a aparência. As idades dos participantes variavam de 23 a 48 anos, suas rendas financeiras de R\$600,00 a R\$20.000,00 e a escolaridade, desde o analfabetismo até o superior completo. O nível sócio-econômico diversificado ocorreu devido aos diferentes locais em que os participantes foram selecionados: duas clínicas particulares de cirurgia plástica e uma ONG (Organização não-governamental) em cirurgia plástica.

Quatro cirurgiões plásticos ajudaram a fazer contato e a convidar seus pacientes para participar da pesquisa. Também participaram do estudo alguns familiares dos participantes, como pai, mãe, irmã, esposa e marido.

## Material

### Ficha de identificação dos participantes

Foi utilizada com a função de selecionar os participantes, para obter dados pessoais (idade, escolaridade, renda econômica); dados sobre características do TDC (se pensavam muito sobre o defeito imaginado, se tentavam esconder o defeito, se as preocupações interferiam em atividades diárias), e dados de exclusão (comportamentos de Bulimia e Anorexia).

### Roteiro de entrevista semi-estruturada para os participantes

Continha questões relativas à história de vida, ao início das preocupações com a aparência, às relações com a família, aos comportamentos característicos do TDC, às contingências atuais que mantinham esses comportamentos.

### Roteiro de entrevista semi-estruturada para membro da família dos participantes

Continha questões semelhantes àquelas do roteiro anterior, referentes às impressões dos familiares em relação aos comportamentos dos participantes.

## Procedimento

Os cirurgiões receberam informações sobre o TDC e convidaram pacientes para participar da pesquisa. Os pacientes receberam informações sobre a pesquisa, assinaram o consentimento livre e esclarecido e responderam à ficha de identificação. Cada um deles e seus familiares foram entrevistados, individualmente. Todas as entrevistas foram gravadas. O número de entrevistas e os familiares escolhidos pelos participantes variaram de acordo com a necessidade da coleta de dados complementares (geralmente de duas a três entrevistas com cada participante e uma com cada membro familiar).

A partir da gravação e transcrição das entrevistas, foi feita uma sistematização dos dados, em que os comportamentos apresentados pelos participantes foram descritos e analisados, de acordo com o modelo da Análise do Comportamento. Por meio de trechos dos relatos dos participantes, foram descritas relações entre os comportamentos e alguns eventos referentes à história de contingências passada e vigente, caracterizando o estudo como descritivo e exploratório.

## Resultados

### Resumo da História de Vida e da História de Contingências dos Participantes

P1:

Mulher de 32 anos morava com o marido, uma filha de um ano e seus pais. cursava graduação. A renda da família era de R\$700,00. Preocupava-se com o nariz.

Aos nove anos de idade, bateu o nariz em um poste e teve um desvio de septo. Aos 18, logo após realizar uma cirurgia para corrigir este desvio, olhou-se no espelho e começou a chorar porque não gostou do resultado. A partir de então, começou a se preocupar e realizou 13

cirurgias plásticas em seu nariz. Ele não parece torto, existem pequenas saliências quase imperceptíveis na região superior, que foram apontadas pelo cirurgião plástico que a indicou, como resultantes de tantas cirurgias que já realizou.

Durante a infância e adolescência, tinha contato com tios que se preocupavam com a aparência e faziam comparações entre a participante e uma prima, que diziam ser mais bonita, comunicativa e ter mais amigos. Antigamente, olhava-se muito no espelho para checar o nariz, depois passou a evitar, pois se sentia mal. Colocava a mão na frente do nariz, o que foi observado nas entrevistas. Seu repertório social era bastante limitado, falava baixo e pouco, não olhava nos olhos, não tinha amigos.

P2:

Homem de 37 anos, solteiro, morava sozinho, operário, com ensino médio completo e renda de R\$600,00.

As primeiras preocupações com a aparência foram surgindo gradualmente, durante a adolescência, quando se preocupava com espinhas e se achava muito baixo. Usava maquiagem para tentar esconder as espinhas e deixava de ir a vários lugares, por causa delas. Foi atropelado por uma moto, caindo com o rosto no chão, o que resultou em uma mancha no nariz. Suas preocupações se intensificaram após este acidente, vindo a procurar uma ONG em cirurgia plástica. Os médicos deram prioridade para retirar uma pinta ao lado da mancha, pelo risco de desenvolvimento de câncer. Este procedimento resultou numa pequena mancha, ao lado daquela que o incomodava. Desde então, ele retomava constantemente e dizia, aos médicos, que estava insatisfeito com os resultados e gostaria de retirar as duas manchas do nariz. Os médicos não aten-

deram à demanda, considerando as queixas exageradas.

Olhava muito no espelho, usava band-aid no nariz para esconder as manchas, perguntava aos outros sobre elas. Acreditava que quando olhavam para ele, viam as manchas e levavam a mão sobre o próprio rosto, dando risada e fazendo comentários. Verbalizava achar-se muito diferente, “chocando” e causando “impacto”. Durante as entrevistas, falava excessivamente. Dizia ter amigos e saía normalmente, mas, às vezes, trancava-se em casa durante dias. Evitava lugares onde havia muita gente, como shoppings, discotecas, etc.

P3:

Homem de 44 anos de idade, autônomo, com terceiro grau completo, renda de R\$20.000,00, solteiro, morava sozinho e visitava a família, nos finais de semana. Preocupava-se com uma cicatriz na região superior da bochecha, adquirida após uma cirurgia para retirar uma verruga. Ora via uma mancha roxa, ora um buraco em sua pele. Definia o rosto como “paralisado”, “sem expressão”, “deformado”, “antinatural”. Na região apontada, havia uma mancha minúscula, de tom mais claro que a pele.

Quando criança, as pessoas elogiavam sua aparência. A família costumava compará-lo com primos, que eram considerados mais bonitos que ele. Procurou várias cirurgias plásticas e dermatologistas para tentar tirar a cicatriz, entretanto, todos se recusaram, não havendo nada a ser feito. Frequentemente sentia uma “angústia profunda” por causa das suas preocupações, chorava e chegava a pensar em suicídio.

Quando começaram as preocupações, carregava um espelho consigo, perdendo cerca de meia hora cada vez que checava a cicatriz. Chegava a parar o carro para olhar pelo retrovisor. Depois, começou

a tentar evitar olhar, pois suas atividades estavam sendo prejudicadas com o tempo perdido. Para camuflar a cicatriz, usou um esparadrapo durante cinco meses após a cirurgia. Evitava posições enquanto estava conversando, ficando de lado, o que foi observado nas entrevistas. Achava que as pessoas se assustavam ao vê-lo, desviando o olhar e focando na cicatriz. Quando os outros lhe falavam que não percebiam nada, ele não acreditava. Evitava ir a restaurantes, bares, cinema. Só tinha um amigo distante, não namorava, era muito isolado, apresentava baixo repertório social e comportamentos de timidez.

P4:

Mulher de 48 anos, com terceiro grau completo, aposentada, morava com o marido e a mãe dela, com renda familiar de R\$1.500,00.

Desde a infância, preocupava-se com marcas que surgiam em seu rosto, como arranhões, machucados, ou manchas. Tinha uma vizinha muito vaidosa, que lhe dava colares e outros adereços femininos. Sua mãe ficava sem comer, fazia ginástica com um plástico amarrado na barriga e se pesava freqüentemente.

Dizia que sua pele não estava normal, que estava cheia de “bolinhas” e com a textura muito fina. Procurou o cirurgião que a indicou, porque estava vendo uma marca na região superior do lábio, que parecia um “bumbum”. A pequena marca a que se referia era vermelha, como se fosse o início de uma espinha, muito difícil de ser percebida. Não havia alterações em sua pele.

Fez várias cirurgias para retirar “verruguinhas” do rosto. Com algumas ficou satisfeita, com outras não, vindo a reclamar com os cirurgiões. Ia freqüentemente a dermatologistas. Perdia cerca de quatro horas na frente do espelho, limpando o rosto, de manhã e à noite.

Utilizava um espelho de aumento e uma lupa para ver as marcas. Para escondê-las, usava maquiagem ou esparadrapo. Perguntava freqüentemente sobre as marcas na pele, comportamento que emitiu durante as entrevistas. Não acreditava quando lhe diziam que não tinha nada. Reparava na pele de outras mulheres. Quase não saía de casa, isolava-se, chorava muito. Apesar de não ter amigos, falava com desenvoltura e parecia ter um bom repertório social. Apresentava rituais para fechar as janelas e tomar banho.

P5:

Mulher de 40 anos, casada, dona de casa, analfabeta, tinha uma filha de 13 anos e outra de 17, a renda familiar era de R\$1.500,00.

Depois de ouvir um comentário sobre sua pele, começou a perceber que estava com algumas marcas de expressão ao redor dos lábios e procurou uma dermatologista, que lhe disse que em sua idade era normal surgirem “ruguinhas”. Passou a se sentir extremamente mal com esse comentário, vindo a procurar um farmacêutico que lhe indicou uma pomada. Não satisfeita, comentou com uma conhecida sobre as marcas, e esta lhe indicou um creme, que começou a passar várias vezes por dia. Após o uso do creme, começou a enxergar muitas rugas ao redor dos olhos, com as quais passou a se preocupar exageradamente. Dizia ver uma “coisera” na pele, que a fazia parecer um “monstro”. Possuía rugas de expressão normais para uma pessoa de sua idade. Os cirurgiões plásticos a quem ela recorreu perceberam seu estado depressivo e optaram por não operar.

Olhava-se muito no espelho e perdia várias horas do dia. Começou a esfregar a pele com a unha e com um pano, na tentativa de tirar as rugas, vindo a se machucar várias vezes. Tentava evitar olhar

no espelho, para não se machucar. Ficava com a mão na frente da boca, perguntava e se queixava das rugas frequentemente (comportamentos também observados nas entrevistas). Reparava e se comparava com outras mulheres. Apresentava um baixo repertório social, era bastante quieta. Depois que começou a se preocupar, passou a evitar sair, praticamente se isolou socialmente, não se dedicava às tarefas domésticas como antes, ficava se lamentando, chorava, tinha insônia, falava em morrer. Antigamente apresentava comportamentos compulsivos de limpeza da casa.

P6:

Jovem de 23 anos, solteira, fazia graduação em período integral, morava com duas amigas, renda familiar de R\$20.000,00.

Desde criança, ouvia comentários de que seu bumbum era igual ao de sua mãe.

Preocupava-se com a região do bumbum e quadril, achando-a muito grande, com gordura localizada, celulite e culote. Fez uma lipoaspiração nestas regiões, com a qual não se sentiu satisfeita. Logo que viu o resultado da cirurgia, percebeu que estava “deformada”. Fez duas correções; no entanto, ainda não estava satisfeita e gostaria de fazer mais uma. A participante tem esta região grande, mas não fora do comum. Olhava o bumbum ao passar por superfícies refletoras; carregava um espelho na bolsa, para checar como a calça estava marcando. Usava meia-calça por baixo da roupa para não marcar o bumbum, às vezes, amarrava um moletom na cintura ou usava bolsas para escondê-lo. Perguntava frequentemente sobre o bumbum e não acreditava quando falavam que não tinha nada. Reparava e se comparava com outras mulheres. Dizia que onde quer que fosse, tinha a sensação de que todos estavam olhando para o seu

bumbum, deixando de sair muitas vezes. Evitava ir a determinados lugares como praias, clubes e piscinas. Tinha amigos, um bom repertório social, falava bastante. Tinha crises depressivas repentinas, desencadeadas pelas preocupações relacionadas ao tamanho do bumbum e apresentava comportamentos compulsivos de comer e comprar.

P7:

Homem de 44 anos, ensino fundamental completo, operário, morava com a esposa, uma filha de 19 anos, um filho de 21 e sua nora, renda familiar de R\$900,00. Preocupava-se com a ponta do nariz, que achava muito grande e fina. Quando se olhava no espelho, via um “monstro todo deformado”. A ponta do seu nariz era um pouco grande, mas não atípica.

Quando criança, via que seus tios tinham narizes grandes e se preocupava se um dia também teria. Tinha primos da mesma idade que, por terem melhores condições financeiras, estavam sempre bem vestidos, ao contrário dele e de seus irmãos. Sentia-se inferior aos primos. Descreveu uma situação considerada como um “marcador” para que suas preocupações com o nariz se agravassem: um colega de trabalho disse que ele parecia um personagem de TV, que tinha o nariz grande, e todos os outros começaram a rir. Primeiramente, olhava muito no espelho, mas como se sentia mal, passou a evitar. Evitava ficar de perfil quando estava conversando, o que foi percebido durante as entrevistas. Reparava no nariz de outras pessoas e se comparava. Percebia olhares, comentários e risos. Evitava lugares que tivessem muita gente, como shoppings, mercados, etc. Apenas saía para trabalhar. Teve crises depressivas, por causa das preocupações com o nariz, chegando a pensar em suicídio. Porque os médicos se recusavam a fazer a cirurgia, chegou a

pensar em cortar a ponta do nariz. Quase não tinha amigos. Apresentava um bom repertório social, falava de modo articulado.

#### Análise do TDC de Acordo com as Classes de Resposta

Apesar das preocupações excessivas com alguma parte do corpo, os participantes tinham alterações mínimas em sua aparência, difíceis de serem percebidas. Cinco deles já haviam feito algum tipo de correção estética, e nenhum havia ficado satisfeito com os resultados. Os outros dois estavam buscando cirurgias plásticas. Durante as entrevistas, no relato verbal dos participantes, era possível identificar as constantes insatisfações:

- Eu queria operar de qualquer jeito pra ficar boa, operava, não esperava nem dois meses e já operava de novo. Naquela época eu não gostava de mim, eu queria operar o mais rápido possível pra mudar o meu nariz, pra poder arrumar...(P1).

Foram relatados comportamentos de olhar fixamente no espelho e evitar olhar; tentativas de camuflar os defeitos; perguntar aos outros sobre o defeito e se comparar com outras pessoas. Além dos comportamentos relacionados à aparência, os participantes apresentaram comportamentos característicos de outros transtornos. Todos eles apresentavam comportamentos depressivos e três (P3, P5, P7) relataram ter pensamentos suicidas, exemplo:

- Eu acredito que a minha saúde foi a quase zero, porque eu fui perdendo até a esperança assim de querer viver, sabe; eu não sentia prazer em viver, em andar no meio, em ir, por exemplo, daqui até o terminal, por ficar preocupado com as pessoas que vão me olhar de perfil, então já muda muito a vida né. (P7).

A maioria relatou ter comportamentos que poderiam ser caracterizados como obsessivos e compulsivos, relacionados às preocupações com a aparência:

- Ah, eu penso direto, penso toda hora, a hora que saio. (...) Mas o duro é que eu não consigo evitar olhar, parece que alguma coisa me leva ao espelho, é aquilo que eu falei de energia negativa, eu não consigo evitar (P3). (...) e eu nunca saio sem virar de costas para olhar o bumbum. Hoje mesmo eu fiquei assim no espelho: “não vou virar, não vou virar, não vou virar”. Não agüentei e virei. Sempre (P6).

Alguns participantes apresentaram comportamentos típicos do TOC, como P4 que apresentava rituais na época das entrevistas, e P5 que relatou compulsão por limpeza antes das preocupações com a aparência. Outros comportamentos foram gastar e comer compulsivamente, apresentados por P6.

Foram identificados comportamentos verbais e não verbais que poderiam ser interpretados como delirantes, sendo comum o uso de palavras como: “deformado”, “monstro” e idéias de que “chocavam”, “assustavam” e “causavam impacto”. Alguns acreditavam que as pessoas riam, comentavam o defeito e, para indicá-lo, colocavam a mão sobre a parte do próprio corpo, para ilustrar segue relato do P7:

- Na hora que eu me ponho no meio do grupo, no meio de uma festa, ou shopping, então eu estou seguindo cada pessoa que me vê, que me vê diferente de qualquer outros defeitos que surgirem na multidão, então eu me sinto, eu, como se diz assim, todo deformado, que ninguém vai conseguir passar sem me ver, então eu me sinto sozinho na multidão e todo mundo tá me vendo. (...) As pessoas, eu vejo que quando a gente tá conversando e tal, eles me procuram; quando eu estou de perfil, eu vejo que ele tá dando um arzinho de riso, mesmo que ele disfarça, eu vejo (P7).

Outra classe de comportamentos evidenciada entre os participantes foi de esquiva social. Alguns se esquivavam de sair apenas para alguns lugares específicos, como shoppings, bares, cinemas, clubes,

supermercados, enquanto outros, como P4 e P5, beiravam o isolamento social.

Apenas uma participante (P1) negou ter prejuízos em sua vida social, por causa das preocupações com o defeito. Três (P4, P5 e P7) afirmaram ter prejuízos na área ocupacional. Cinco (P3, P4, P5, P6 e P7) afirmaram evitar alguns lugares por causa das preocupações, e apenas um deles afirmou não ter problemas familiares (P2) relacionados às preocupações. Portanto, as preocupações excessivas em relação aos defeitos lhes causavam prejuízo em áreas de funcionamento social, ocupacional e familiar.

Embora os critérios psiquiátricos tenham sido utilizados para a seleção dos participantes, neste trabalho, as classificações limitaram-se à descrição de respostas conhecidas sob o rótulo de TDC. Os participantes apresentaram não apenas a maioria dos comportamentos típicos do TDC, mas também característicos de transtornos como Depressão, Fobia Social, TOC e Transtorno Delirante, justamente aqueles apontados pelo DSM-IV (APA, 1995) como comórbidos ao TDC.

Entretanto, além da descrição das respostas, foi feita uma análise comportamental dos dados que será apresentada a seguir, dando ênfase nas classes de comportamentos, relacionando-as a condições ambientais. Buscou-se entender as contingências de reforçamento em operação na história de vida dos participantes e no presente.

#### Análise Comportamental da História de Vida e da História de Contingências

A maioria dos participantes teve poucos amigos (P1, P2, P3, P4 e P5) durante a infância e adolescência, devido à falta de contato com pessoas e lugares diversificados. Provavelmente, alguns deles não tiveram oportunidade de desenvolver comportamentos socialmente habilidosos,

conforme aponta a literatura (Andreasen & Bardach, 1977; Braddock, 1982; Bloch & Glue, 1988). Essa falta de comportamentos socialmente habilidosos pode ter sido condição importante para o surgimento de comportamentos depressivos, de esquiva social, assim como, o baixo repertório social na fase adulta, para alguns dos participantes (P1, P3 e P5), conforme os relatos abaixo:

- Tive dificuldades de ter amigos, às vezes, no recreio eu ficava sozinha. Não era muito fácil de me entrosar não (P1). Ficava isolado, às vezes um ou outro colega, mas enquanto eles eram colegas, porque eles gostavam de brincar, eu já não brincava mais, então eu ficava sozinho (P2).

Todos apresentaram uma história pessoal de práticas educativas coercitivas. Seus genitores eram exigentes, críticos e rígidos, enfim, usavam punição em alta frequência para grande parte do repertório dos participantes:

- (...) eu só me lembro assim, que quando eu era mais nova o meu pai já ia falando com o tapa, ele não escolhia lugar pra bater, era na cabeça mesmo, onde pegasse. O meu pai não era muito de conversar: "é assim, é assim e assim", ele ia dando os murros dele, eu falo pra você que ele era bravo (P5). Eu não sirvo pra ficar ouvindo só críticas, de críticas eu estou por aqui, minha vida foi só de crítica. Da minha mãe, das minhas irmãs(...) a minha mãe nunca foi muito carinhosa, ela é meio neurótica (P2).

Estes dados estão de acordo com relatos de casos na literatura que chamaram a atenção para o fato de que pessoas com TDC tiveram uma educação rígida ou pais superprotetores (Andreasen & Bardach, 1977; Braddock, 1982; Thomas, 1984).

Entre os efeitos colaterais de uma educação coercitiva, Sidman (1995) destacou a generalização de comportamentos de fuga e esquiva para outros estímulos além daqueles apresentados no controle coercitivo. Vários comportamentos observa-

dos entre os participantes tinham a função de fuga/esquiva e, provavelmente, foram selecionados a partir de uma história de contingências aversivas/coercitivas mantida pelo uso freqüente de reforçamento negativo ou punição. Entre eles, destacam-se esquiva social, comportamentos obsessivos e compulsivos, ilustrados nestes relatos:

- É eu tenho vergonha de sair, a minha menina me chama pra sair e eu não saio.(...) Quando as amigas dela vêm em casa, eu fico escondida no quarto, porque eu tenho vergonha, vergonha das marcas no rosto (P5). Mas eu pergunto pra ele, pergunto: “ta aparecendo, ta afundado, ta alto?” Aí ele fala: “não tá”, mas eu tenho necessidade de perguntar(.) (P4). Eu não consigo, eu chego no espelho, aí eu falo “ai meu Deus!”, e começo a passar o pano, pego a toalha e fico passando. (...) Sinto alívio, porque desaparece, aí eu falo: “agora ficou agora ficou bonito! Ficou bonito porque agora sumiu do rosto”, mas fica vermelho, aí eu me sinto mais mal ainda. É porque daí eu falo :”ai meu Deus, olha onde eu fui parar, estragar o meu rosto!”(P5).

Considerando-se o processo de desenvolvimento e a funcionalidade, a falta de aprendizagem de comportamentos socialmente habilidosos e a educação pautada no controle coercitivo podem ter originado comportamentos com função de fuga/esquiva comuns ao TDC e a outros transtornos como Depressão, Fobia Social e TOC. Então, por que comportamentos relacionados a preocupações com partes específicas do corpo surgiram e estavam sendo mantidos? Foram levantadas algumas variáveis que, provavelmente, contribuíram para o desenvolvimento destes comportamentos.

No contexto em que viveram alguns participantes (P1, P3, P4, P6, P7), durante a infância, havia pessoas que davam muita importância à beleza, principalmente membros da família, que faziam compar-

ações e ressaltavam qualidades em outros parentes e não nos participantes. Alguns (P3, P4) eram elogiados quando crianças, quanto à aparência:

- A minha mãe sempre vivia comparando ela (P1) com a outra neta, que a outra neta era esperta, sabia conversar, sabia isso, sabia aquilo e a P1 não. Que ela era bobinha, fazia estas comparações na cara dela (mãe de P1). Muitos elogios, acho que fui uma criança muito bonita, eu me lembro disso. (P4)

O que se destaca, nestes dados, é a grande valorização da beleza, da aparência e do status social, seja por meio de críticas ou elogios, que pode ser considerada uma influência cultural de peso, em concordância com autores da área (Birtchenell, 1988; Rosen, 1997; Figueira et al., 1999). Regras a respeito da importância da beleza podem ter adquirido a função de operação estabelecadora na vida dos participantes, no sentido de que alterava o valor reforçador de comentários e elogios sobre a aparência, assim como aumentava a freqüência de comportamentos de olhar no espelho, de perguntar sobre o defeito, entre outros. O alto valor reforçador da aparência física bela pode ser vislumbrado a seguir:

- Nossa, muito importante, eu acho que uma pessoa bonita, eu acho que ele entra em qualquer lugar e em qualquer lugar ele é aceito, tanto que hoje, a maioria dos lugares que estão procurando trabalho, que é mexer com o público né, que é uma recepção, exige uma pessoa de boa aparência. (P7)

Ao longo da vida dos participantes, ocorreram certos eventos relacionados às partes específicas do corpo com que se preocupavam: comentários (P5, P6, P7), cirurgias (P1 e P3) e acidentes (P1 e P2). Presume-se que estes eventos tenham sido importantes para que estas partes do corpo adquirissem função aversiva. Esses dados vão ao encontro das afirmações de Andreasen e Bardach (1977) e de Rosen (1997) sobre críticas, comentários e

acidentes, com a parte do corpo de preocupação, como fatores precipitantes.

#### Análise e Descrição das Contingências Atuais

Devido a histórias de vida e histórias de contingências, citadas anteriormente, partes do corpo específicas podem ter-se tornado estímulos discriminativos, que ocasionavam comportamentos de pensar e se preocupar com a aparência, olhar fixamente no espelho, tentar camuflar, procurar cirurgias para correções, entre outros, conforme relato:

- Surgem a partir da hora que eu estou me olhando, eu já me deparo com as preocupações, eu posso estar esquecido, olhei no espelho, já vem a preocupação (P7).

Pensamentos repetitivos sobre o defeito, sentimentos de rejeição e reações corporais características da ansiedade, como taquicardia e sudorese, eram discriminados como aversivos. Por isso, os participantes procuravam fugir e/ou se esquivar de estímulos discriminativos que sinalizavam estes comportamentos privados, assim como deles próprios, que adquiriram o caráter aversivo, ilustrados nestes exemplos:

- (...) é uma angústia profunda, quando estou com os outros eu fico meio tenso, fico pensando que os outros estão olhando, se vão perguntar alguma coisa (P3). - É uma coisa doída aqui por dentro sabe, doída por dentro (P4). Quando olho no espelho sinto aquele gelo assim por dentro, que vem assim e gela o corpo (...) (P5).

De acordo com o modelo de esquiva experiencial descrito por Friman et al. (1998), os participantes procuravam se esquivar de eventos, ocasiões e contextos em que suas preocupações e sentimentos aversivos sobre a aparência poderiam ocorrer.

No começo era direto, agora não. - Me fazia mal né, então agora eu nem olho mais, porque sei que vai me fazer mal, deixar eu ficar

quieto (P3). - Cheguei a cancelar compromisso de não ir na última hora por causa disso. (...) Ficava agoniado assim, preocupado de não me sentir bem, de não me sentir à vontade por causa disso (P2).

- Olha, quando eu vou sair, eu só posso dizer o seguinte, se eu, por exemplo, estou muito preocupado com a minha aparência, geralmente eu nem saio. Geralmente eu não saio, procuro ver um jeito (P7). (...) porque sempre é a mesma história, eu até estou com vontade de sair, de fazer alguma coisa, aí na hora que eu vou me trocar, porque daí já mistura tudo, né, porque eu estou bem, aí eu vou me trocar, eu já me estresso, fico nervosa, daí choro e não vou. E é sempre assim (P6).

Supõe-se que essas sensações aversivas foram sendo relacionadas a outros estímulos do ambiente dos participantes, que também foram adquirindo o caráter aversivo, provavelmente por meio da transferência de função entre estímulos equivalentes (Wilson & Hayes, 2000), conforme os relatos que se seguem:

Não, ninguém nunca falou nada. Assim como eu já tinha falado dos pêlos do queixo, eu percebo que os outros vêem que eu tenho né, porque quando eu estou conversando com alguém, ficam colocando a mão no queixo, mas nenhum comentário com palavras (P1). - Não, ninguém nunca falou nada. Mas eu percebo que quando falam comigo, desviam o olhar, rebatem o olho e focam na cicatriz (P3).

Conforme se observou entre os participantes, com a extensão cada vez maior das classes de estímulos, vão restando poucas situações que não adquirem o caráter aversivo. Isto poderia explicar a tendência ao isolamento social observado em alguns deles. Todos esses exemplos de comportamentos de esquiva estavam sendo mantidos por reforçamento negativo. A médio e longo prazo, os comportamentos de esquiva estavam trazendo prejuízos, pois ao serem reforçados negativamente, prevenindo-os de se

exporem às situações sociais, de serem criticados e de se sentirem ansiosos, impediam-nos de emitir comportamentos que poderiam ser positivamente reforçados. Portanto, como ocorre na esQUIVA experiencial (Friman et al., 1998), o comportamento de esQUIVA torna-se incompatível com as respostas operantes do tipo sair de casa, passear, ir ao trabalho, etc.

Os participantes apresentavam baixa variabilidade comportamental e baixa frequência de classes de respostas positivamente reforçadoras, entre todas as atividades que desempenhavam, como pode ser vislumbrado:

- Ah, comigo acho que está regular. Não tem nada assim que eu esteja feliz, por causa que eu queria estar melhor. Assim, tá tudo regular, no campo profissional, não é aquilo que eu queria, eu até largaria. Quanto ao casal também está regular, porque a gente não tem nossa casa, é tudo mais difícil (...)É isso que eu digo, bom não tá né (P1).

Desse modo, a contingência atual predominante em operação era reforçamento negativo concomitante à extinção por meio da baixa taxa de reforçamento positivo. Este tipo de contingência favorece a baixa variabilidade comportamental, o isolamento social e comportamentos depressivos.

## Conclusão

Os dados colhidos basearam-se no relato retrospectivo dos participantes e de seus familiares, com o objetivo de compreensão das possíveis variáveis relevantes para o desenvolvimento e a manutenção dos comportamentos característicos do TDC.

Hipotetizou-se que algumas experiências comuns na infância dos participantes, como a educação pautada na coerção e a falta de interação social, influen-

ciaram grande parte dos comportamentos apresentados e que a ênfase em estímulos discriminativos, sinalizadores de reforço negativo e a falta de reforçamento positivo estavam contribuindo para a manutenção dos comportamentos.

Histórias de contingências semelhantes deram origem a comportamentos topograficamente diferentes. Além dos comportamentos de preocupação com a aparência, característicos do TDC, foram identificados comportamentos depressivos, obsessivos, compulsivos, delirantes, todos com função de fuga/esQUIVA. Essas análises encontram fundamento no modelo dimensional funcional em que comportamentos devem ser organizados em processos relacionados a contingências de reforçamento coercitivo que os teriam produzido e mantido, independentemente de suas diferentes topografias (Hayes et al., 1996).

Vários dos comportamentos foram descritos como esQUIVA experiencial, pois os participantes buscavam se esQUIVAR da ansiedade, de pensamentos sobre sua aparência, e sobre a reação das pessoas à sua aparência. Os comportamentos de esQUIVA eram reforçados negativamente, pois os prevenia de se expor às situações sociais, resultando em conseqüências prejudiciais, como isolamento social e comportamentos depressivos.

Apesar de não ser possível levantar todas as variáveis importantes, nem afirmar com segurança a real contribuição e o grau em que as variáveis levantadas influenciaram os comportamentos, que é uma realidade do contexto clínico, esta foi uma tentativa de demonstrar como a história de vida de cada indivíduo deve ser considerada para entender seus comportamentos atuais.

Referências

- Amaral, V.L.A.R. (2001). Transtorno Dismórfico: O corpo em delírio [Resumo]. In: Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (Org.), Campinas-SP: X Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Resumo, (p.9-10).
- Andreasen, N.C. e Bardach, J. (1977). Dymorphophobia: Symptom or Disease? *American Journal of Psychiatry*, 134(6), 673-675.
- Associação Psiquiátrica Americana. (1995). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). D. Batista (trad.) 4ªed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Birtchenell, S.A. (1988). Dymorphophobia: A centenary discussion. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 41-43.
- Bloch, S. e Glue, P. (1988). Psychotherapy and Dymorphophobia: A case report. *British Journal of Psychiatry*, 152(1), 271-274.
- Braddock, L. (1982). Dymorphophobia in Adolescence: A case report. *British Journal of Psychiatry*, 140(1),199-201.
- Figueira, I.; Mendlowicz, M.; Nardi, A.E.; Marques, C.; Saboya, E.; Andrade, Y. e Versiani, M. (1993). Programa de Ansiedade e Depressão- UFRJ- Série Psicofarmacologia- 16: O sofrimento da feiúra imaginária – transtorno dismórfico do corpo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42(6),303-312.
- Figueira, I.; Nardi, A.E.; Marques, C. e Versiani, M. (1999). Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos Somatomorfos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(1), 35-42.
- Friman, P.C.; Hayes, S.C. e Wilson, K.G. (1998). Why Behavior Analysts Should Study Emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(1),137-156.
- Hayes, S.C.; Wilson, K.G.; Gifford, E.V. e Follette, V.M. (1996). Experiential Avoidance and Behavior Disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Kaplan, H.; Sadock, B.J. e Grebb, J.A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ªed. D.Batista (trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Matos, M. A. (1999). Análise Funcional do Comportamento. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 8-18.
- Phillips, K.A.; McElroy, S.L; Keck, P.E.; Pope, H.G. e Hudson, J.I. (1993). Body Dymorphic Disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150(2), 302-308.
- Rosen, J.C. (1997). Tratamiento Cognitivo-Conductual Para el Transtorno Dismórfico Corporal. In: V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Transtornos Psicológicos: Transtornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. (pp. 406-437). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. M.A.Andery; T.M.Sério (trad.). Campinas: Editorial Psy.
- Thomas, C.S. (1984). Dymorphophobia: A question of definition. *British Journal of Psychiatry*,144(1),513-516.
- Wilson, K., e Hayes, S.C. (2000). Why It Is Crucial to Understand Thinking and Feeling: An analysis and Application to Drug Abuse. *The Behavior Analyst*, 23(01), 25-43.

Recebido em: 25/01/2007

Primeira decisão editorial em: 30/04/2007

Versão final em: 29/10/2007

Aceito para publicação em: 08/10/2007