

TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: A NECESSIDADE DE ENTENDIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS ESPECIALISTAS EM HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

Body Dysmorphic Disorder: The need for understanding by Dental Surgeons Specialists in Orofacial Harmonization

Trastorno Dismórfico Corporal: La necesidad de comprensión por parte de los Cirujanos Dentistas Especialistas en Armonización Orofacial

Daniella Pilon Muknicka¹, Roberto Suguihara², Caio Vinicius Gonçalves Roman-Torres³, Leticia Cristina Cidreira Boaro⁴, Angélica Castro Pimentel⁵.

RESUMO

Objetivo: Apresentar aos cirurgiões-dentistas, especialmente ao especialista em harmonização orofacial sobre a necessidade de entendimento do Transtorno Dismórfico Corporal. **Revisão Bibliográfica:** O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é um transtorno que acomete a percepção que um indivíduo tem com seu próprio corpo, provocando, a partir de uma percepção errada, uma preocupação exorbitante com determinada parte do seu corpo em que o paciente acredita ter um defeito. Diante disto, esses pacientes buscam tratamentos estéticos, o que reflete na incidência que variam de 16% a 53% de pacientes dermatológicos e de cirurgias plásticas de portadores de TDC em tratamento estético. Considerando a alta prevalência do TDC, em pacientes dermatológicos e clínicas de cirurgia plástica, e que os tratamentos cosméticos raramente melhoram seus sintomas, a revisão da incidência, prevalência, evolução e tratamento do TDC foi proposto. **Conclusão:** Os profissionais da área estética e médica devem adquirir a consciência de que os procedimentos estéticos não são capazes de diminuir os sintomas do TDC, bem como diminuição dos níveis de insatisfação desses pacientes, o que faz desses pacientes não elegíveis para o tratamento estético, sendo fundamental o encaminhamento para tratamento psicológico e/ou psiquiátrico e posterior acompanhamento.

Palavras-chave: dismorfofobia, transtorno dimórfico corporal, imagem corporal.

¹Doutoranda em Implantodontia Unisa, SP.

²Doutorando em Ciência da Saúde Unib,SP.

³Prof. Dr. da Pós Graduação em Implantodontia da Unisa,SP.

⁴Profa. Dra. da Pós Graduação em Implantodontia da Unisa, SP.

⁵Profa. Dra. da Pós Graduação em Implantodontia da Unisa, SP.

ABSTRACT

Objective: To present to dentists, especially specialists in orofacial harmonization, about the need to understand Body Dysmorphic Disorder. **Bibliographic Review:** Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a disorder that affects the perception that an individual has with his own body, causing, from a wrong perception, an exorbitant concern with a certain part of his body in which the patient believes he has a defect. In view of this, these patients seek aesthetic treatments, which is reflected in the incidence ranging from 16% to 53% of dermatological patients and plastic surgeries of patients with BDD undergoing aesthetic treatment. Considering the high prevalence of BDD in dermatological patients and plastic surgery clinics, and that cosmetic treatments rarely improve their symptoms, a review of the incidence, prevalence, evolution and treatment of BDD was proposed. **Conclusion:** Professionals in the aesthetic and medical areas must become aware that aesthetic procedures are not capable of reducing the symptoms of BDD, as well as reducing the levels of dissatisfaction of these patients, which makes these patients ineligible for aesthetic treatment, referral for psychological and/or psychiatric treatment and subsequent follow-up is essential.

Key words: dysmorphophobia, body dysmorphic disorder, body image.

RESUMEN

Objetivo: Presentar a los odontólogos, especialmente especialistas en armonización orofacial, sobre la necesidad de comprender el Trastorno Dismórfico Corporal. **Reseña bibliográfica:** El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es un trastorno que afecta la percepción que un individuo tiene de su propio cuerpo, provocando, a partir de una percepción errónea, una preocupación desorbitada por cierta parte de su cuerpo en la que el paciente cree tener una defecto. Ante esto, estos pacientes buscan tratamientos estéticos, lo que se refleja en una incidencia que va del 16% al 53% de pacientes dermatológicos y cirugías plásticas de pacientes con TDC en tratamiento estético. Considerando la alta prevalencia de TDC en pacientes dermatológicos y clínicas de cirugía plástica, y que los tratamientos estéticos raramente mejoran sus síntomas, se propuso una revisión de la incidencia, prevalencia, evolución y tratamiento de los TDC. **Conclusión:** Los profesionales del área médica y estética deben tomar conciencia de que los procedimientos estéticos no son capaces de disminuir los síntomas del TDC, así como de reducir los niveles de insatisfacción de estos pacientes, lo que hace que estos pacientes no sean elegibles para tratamiento estético, derivación para atención psicológica y /o tratamiento psiquiátrico y seguimiento posterior es fundamental.

Palabrasclave: dismorfofobia, trastorno dismórfico corporal, imagen corporal.

INTRODUÇÃO

A insatisfação corporal vem sendo consequência da sociedade contemporânea que hipervaloriza a beleza, a juventude e a saúde¹. Dessa maneira, não estar satisfeito com algum aspecto do corpo ou rosto e ter cuidados estéticos, são comportamentos corriqueiros, sendo até reforçados pelo contexto socioeconômico-cultural. No entanto, pode-se notar uma deturpação entre o que deveria ser considerado saudável e condutas que prejudicam a saúde das pessoas as quais se tornam escravas das exigências estéticas. A inspeção que essas pessoas fazem de si mesmo são extremamente detalhadas as quais passam a se queixar de detalhes que não podem ser vistos por outras pessoas. Há um crescente número de transtornos psiquiátricos, cujo tema tem envolvido as preocupações com a aparência física ou distorções da imagem corporal, como anorexia, bulimia e Transtorno Dismórfico Corporal (TDC)².

O TDC é um transtorno que acomete a percepção que um indivíduo tem do seu próprio corpo. E, a partir de uma percepção errada, o indivíduo passa a ter uma preocupação exorbitante com determinada parte corporal onde ele acredita ter um defeito. O TDC é conhecido também como dismorfofobia e é uma doença relativamente comum que pode causar algum sofrimento, prejudicando a qualidade de vida e bem-estar emocional³.

Os critérios de diagnósticos do TDC estabelecidos pelo DSM-IV⁴, são: preocupação com um defeito insignificante da aparência, mesmo que seja mínimo, a preocupação é extremamente elevada; o 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, o TDC é referente a uma ou mais partes, como: nariz, boca, queixo, seios, cabeça, cabelo entre outras⁵.

Acrescenta-se, que, aproximadamente 2,4% da população geral sejam afetadas pelo TDC, alguns estudos variam de 16% a 53% de pacientes dermatológicos e de cirurgias plásticas, porém esta prevalência não é bem estabelecida, pois apesar da importância no aspecto social, ainda foi pouco estudado⁶.

Em virtude da falta de estudo sobre esse transtorno, muitos profissionais da área médica não o reconhecem e não dão a devida atenção a alguns sinais que os pacientes com TDC exibem, auxiliando sem saber com a evolução da dismorfofobia. Considerando a porcentagem elevada de pessoas com TDC que procuram melhorias na aparência, o conhecimento por partes dos profissionais da área médica e estética é de extrema importância, para que estes saibam conduzir os pacientes a psicólogos e psiquiatras, acompanhando e auxiliando no tratamento dos mesmos⁷.

Para tanto, o objetivo desse trabalho é apresentar aos cirurgiões-dentistas, especialmente ao especialista em harmonização orofacial sobre a necessidade de entendimento do TDC.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A vaidade está por trás da definição de padrões estéticos e de como a beleza corporal é culturalmente construída. Procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos são realizados no intuito de atender aos padrões estéticos⁸. Estudos mostram que a vaidade também está por trás da autoestima corporal, que reflete a positividade do autoconceito de uma pessoa⁹. Indivíduos vaidosos tendem a se enquadrar em um padrão estético de autovalorização, bem-estar e alta autoestima¹⁰. Em contrapartida, o modelo ideal de beleza cria armadilhas para os indivíduos menos vaidosos, deixando-os insatisfeitos e deprimidos, desconfortáveis com o próprio corpo e com a autoestima baixa².

Ao analisar a formação da imagem corporal, a literatura diz que a forma de se considerar o corpo está profundamente ligada à organização sociocultural em que o indivíduo está localizado, e que tais exigências culturais refletem na formação de imagens do corpo na psique. Mas, em muitos casos a busca de intervenção cirúrgica cosmética, está relacionada a uma insatisfação com a imagem corporal, e com uma condição psiquiátrica denominada transtorno dismórfico corporal (TDC)¹¹.

De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (2013)⁴, a característica essencial do transtorno dismórfico corporal (historicamente conhecido como dismorfofobia) é uma preocupação com uma aparência defeituosa. O defeito ou é imaginário ou, quando presente, a preocupação do indivíduo é excessiva, causando sofrimento significativo ou prejuízo nas atividades cotidianas. Parece ser um transtorno crônico e de alta associação com outros transtornos psiquiátricos, principalmente transtornos de humor, de ansiedade e de personalidade. As queixas geralmente envolvem falhas imaginadas ou leves na face ou cabeça, como rugas, cicatrizes, assimetria e excesso de pelos, entre outros. O paciente também pode se queixar do tamanho, forma ou outro aspecto do nariz, olhos, pálpebras, sobrancelhas, orelha, boca, lábios, dentes, mandíbula, queixo, bochecha ou cabeça. Contudo, outras partes do corpo podem ser o foco de preocupação, como, por exemplo, mamas, nádegas, pernas, quadris ou mesmo o tamanho geral do corpo¹².

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) já consta na Classificação Internacional das Doenças Edição 10 (CID10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e pode ser definido como uma preocupação pessoal com um

defeito corporal imaginário ou uma distorção exagerada de um defeito mínimo ou sem importância. A preocupação causa ao paciente um significativo sofrimento emocional ou prejuízo acentuado em sua capacidade para funcionar em áreas importantes, tais como trabalho e escola¹³.

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 ideia de deformidade se transforma em outros sentimentos como, medo, sofrimento, ansiedade e angústia, compelindo o indivíduo a modificar seu comportamento e a agir de forma pré-determinada e fixada⁶.

As preocupações são mais frequentes nas situações sociais, sendo comum a esquivas social e as tentativas de camuflagem (com maquiagem, roupas, gestos, com o tapar a região afetada com as mãos). Outras atitudes características são: olhar fixamente no espelho, ou evitar espelhos, se comparar com outras pessoas, pedir reafirmações sobre o defeito, realizar cirurgias plásticas e tratamentos estéticos. Alguns desses comportamentos se tornam rotinas que prejudicam as atividades diárias. Sem tratamento médico e psicológico, o TDC persiste por anos, sendo caracterizado como um transtorno crônico e perigoso, com possível risco de suicídio³.

De acordo com a pesquisa conduzida pela *International Society of Aesthetic Plastic Surgery*¹⁴, o Brasil encontra-se em primeiro lugar no *ranking* mundial de realizações de cirurgias plásticas estéticas. De acordo com o levantamento, 12,9% das cirurgias plásticas foram realizadas por brasileiros, sendo que 87,2% do público é essencialmente constituído por mulheres¹⁴. Aproximadamente 2,4% da população geral sejam afetadas pelo TDC, sendo que 16% a 53% são pacientes dermatológicos e de cirurgias plásticas, porém esta prevalência não é bem estabelecida, pois apesar da importância no aspecto social, ainda é pouco estudado^{6,12,15}.

Alguns estudos ressaltam aspectos da história de vida de indivíduos com TDC, como: 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 inofensivos ou neutros, em relação à aparência e acidentes traumáticos¹⁶⁻¹⁸.

A prevalência na população é cerca de 0,7% com elevada prevalência de casos leves em adolescentes e adultos jovens e igualmente comum entre mulheres e homens. Os pacientes afetados tendem a ser solteiros ou separados e desempregados. Embora a idade média de início dos sintomas seja aos 17 anos, tais pacientes serão diagnosticados por profissional de saúde mental cerca de 10-15 anos após início do quadro. Assim, TDC é um transtorno crônico e subdiagnosticado, caracterizado por frequentes tratamentos dermatológicos e cirurgias estéticas¹⁹⁻²².

Dentre as principais causas do TDC estão os fatores genéticos. Onde 8% dos indivíduos com TDC têm algum membro da família com esse diagnóstico durante a vida, o que representa de 4 a 8 vezes a prevalência na população geral. O TDC compartilha a hereditariedade com o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), como demonstrou um estudo familiar realizado por Feusner et al, (2007),²³ no qual 7% dos pacientes com TDC tinham algum familiar de primeiro grau com TOC^{24,25}.

Quando uma pessoa se torna muito ansiosa e/ou prejudicada por seus defeitos imaginários ou por uma pequena anomalia física, um diagnóstico de TDC pode ser considerado. De acordo com o DSM-5, o TDC é diagnosticável por quatro critérios necessariamente presentes: (I) o indivíduo preocupa-se com um defeito na aparência física (que não são observáveis ou aparentam ser mínimos para os outros) e se uma mínima anomalia está presente, tem preocupação excessiva com essa; (II) durante o curso da doença, o indivíduo realiza comportamentos repetitivos (por exemplo, verificações no espelho e pedir opinião de amigos e familiares sobre o defeito) ou atos mentais (por exemplo, comparando a sua aparência com a dos outros) em resposta para os problemas de aparência; (III) a preocupação deve causar estresse significativo ou prejuízo na vida social, ocupacional ou outras áreas do funcionamento; (IV) essas queixas não podem ser caracterizadas como outro transtorno mental, tais como a anorexia nervosa^{4,12}.

Um estudo realizado por Fang et al., (2014)²⁶ a respeito da prevalência de TDC nos Estados Unidos da América revelou que existe uma incidência ligeiramente maior de TDC em mulheres (2,5%) comparado a homens (2,2%). Em outro estudo, realizado por Harris & Carr, (2001)²⁷ nos EUA, a prevalência de preocupação com a

imagem corporal em mulheres foi maior na faixa etária entre 18 – 30 anos (69%), e manteve-se elevada até os 60 anos (63%). Entre os homens, a prevalência dessas preocupações foi maior na faixa etária de 18 a 21 anos (56%), e foi caindo progressivamente com o aumento da idade²⁸. Ainda, é possível notar que cada sexo apresenta diferenças em relação à parte do corpo que lhes causa preocupação. Homens tendem a se preocuparem mais com órgãos genitais e queda de cabelo, já mulheres com pele, face, seios, peso, coxas, quadris, pernas e nádegas²⁶.

O paciente típico com transtorno dismórfico corporal não costumam procurar psicoterapeuta ou um psiquiatra, mas um cirurgião plástico, propriamente pela crença patológica de que o defeito físico é seu real problema. O grupo de pacientes “convencionais” para cirurgias estéticas podem apresentar transtornos da personalidade, mas há que ser feita a distinção entre aqueles cujas queixas não estão relacionadas às desordens de personalidade e se baseiam na realidade daquelas cujas queixas estão localizadas no distúrbio de personalidade, como no caso dos pacientes com TDC²⁹.

Aproximadamente 80% de pessoas que têm TDC, já tiveram ou têm pensamento suicida, e 0,3% ao ano completaram o suicídio³⁰. Os resultados de uma pesquisa realizada pela Sociedade Americana de membros da Estética e Cirurgia Plástica, cita que indivíduos com TDC podem se tornar violentos, e 12% dos cirurgiões plásticos entrevistados afirmaram já terem sofrido ameaças por essas pessoas. Dos participantes, 48,9% também eram usuários de drogas e álcool, destas, 42,6% consumiam álcool e 30,1% consumiam outras drogas.

O TDC é uma das condições psiquiátricas mais comuns encontradas em pacientes que procuram tratamentos estéticos³¹. Apesar de ser um transtorno mental de alta incidência, a predominância do TDC em diferentes populações revela que, seus sintomas são ainda de difícil reconhecimento na prática médica. Com o crescimento do número de indivíduos que buscam a cirurgia estética, a identificação do TDC será feita, em sua maioria, por cirurgiões plásticos e não por psiquiatras. Por essa razão, torna-se importante desenvolver mecanismos para identificar esta doença entre os pacientes e verificar se a Cirurgia Plástica seria ou não contraindicada para essa população. Além disso, a Cirurgia Plástica constitui um ponto de observação privilegiado para o estudo da imagem corporal, uma vez que, a insatisfação com a imagem corporal é uma das características essenciais do TDC³².

A maioria dos autores concorda que as cirurgias e outros tratamentos estéticos, ou seja, tratamentos não-psicológicos ou não-psiquiátricos não são efetivos³³. Alguns pacientes após a correção voltam a se preocupar com o mesmo defeito, enquanto outros acabam substituindo o defeito imaginado por outro. Inúmeras cirurgias na mesma região podem acabar resultando num defeito real¹⁵.

Há relatos de casos sobre pacientes que após a cirurgia continuaram insatisfeitos, processaram e até agrediram seus médicos³⁴.

Pouco se sabe sobre o tratamento para o TDC, pois não há muitos estudos e pesquisas sobre ele. Porém dentre os fármacos, os mais indicados são os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISR's) e os antidepressivos tricíclicos. Atualmente, o tratamento mais efetivo é a terapia cognitivo comportamental (TCC), que envolve o automonitoramento dos pensamentos e comportamentos relacionados à aparência³⁵.

A psicoterapia interpessoal (TIP) pode oferecer uma alternativa promissora, auxiliando na diminuição da angústia, depressão do humor e baixa da auto-estima³⁰.

DISCUSSÃO

A valorização cultural da beleza tem assumido grandes proporções na sociedade atual. Saturado de estímulos visuais que divulgam enfática e exaustivamente o ideal de corpo perfeito onde inúmeras opções de tratamentos estéticos se configuram disponíveis e acessíveis, observa-se uma distorção dos valores considerados como responsáveis pela felicidade e realização pessoal e uma busca ilimitada pela transformação. Tais exigências relacionadas neste conceito refletem não somente na autoestima de um indivíduo, mas também são fatores de extremo risco para a saúde física e mental³⁶.

A imagem corporal é a maneira de como o corpo se apresenta para nós e como ela é formada em nossa mente, ou seja, é a percepção do próprio corpo^{24,37}. Ainda pouco conhecido e explorado, o TDC caracteriza-se por uma preocupação obsessiva com alguma imperfeição sutil ou imaginada na aparência e pela alta frequência de comportamentos compulsivos, desenvolvidos para aliviar a vergonha ou ansiedade, que causam sofrimento significativo, prejuízo no funcionamento social, redução da qualidade de vida e até o suicídio³⁶.

Embora tenha sido identificado há muito tempo, o TDC foi reconhecido pela Associação Americana de Psiquiatria somente em 1980, quando foi caracterizado como um transtorno somatoforme, e deslocado para a categoria do espectro Obsessivo-Compulsivo em 2013. Contudo, sua etiologia ainda é obscura³⁶.

Não há consenso entre os autores quanto à definição do TDC ou dismorfofobia. Ela foi definida pela primeira vez por Morselli (1886)³⁸, que a descreveu como “um sentimento subjetivo de feiura ou defeito físico no qual os pacientes sentem que são observados por terceiros, embora sua aparência esteja dentro dos limites da normalidade”. Esses sintomas são geralmente vistos como distúrbios da imagem corporal. Podem ser induzidos por estados orgânicos, por drogas e, notadamente, por graves patologias cerebrais. O distúrbio da imagem corporal pode progredir para um delírio primário, uma ideia delirante ou supervalorizada (Thomas, 1984). Hay (1970)³⁹ recomendou que o tema dismorfofóbico expressa ideias supervalorizadas. Desde então alguns autores têm qualificado a natureza da convicção desses pacientes. Quando a convicção é um simples e solitário delírio, e, portanto, a personalidade está intacta, presumivelmente o diagnóstico deve ser de uma psicose monossintomática⁴⁰.

Nas pesquisas realizadas em 2001, 2004 e 2010, Phillips, em 2001⁴¹, e em novas pesquisas em 2004⁴² e 2000⁴³ afirma que o TDC tem como características, além da obsessão pelo defeito, a comparação com outras pessoas, cuidados excessivos com a aparência, condutas repetitivas e tentativas de camuflagem com roupas e/ou acessórios. Em sua tese, Monteiro, em 2003⁶, afirma que o TDC pode se referir à qualquer parte ou aspecto do corpo, como tamanho, textura ou cor^{41,42}.

De acordo com Barros, os resultados obtidos a partir de algumas pesquisas realizadas com o intuito de elucidar essa questão sugerem que fatores genéticos e neuroquímicos, anormalidades no processamento visual e alterações na estrutura cerebral possam estar subjacentes aos sintomas do TDC. Fatores ambientais, tais como negligência, abuso infantil e *bullying*, assim como características de personalidade e fatores sociais, são também considerados relevantes no desenvolvimento do transtorno. Tais resultados, entretanto, constituem apenas hipóteses e pesquisas adicionais são necessárias³⁶.

Nos últimos anos, o TDC deixou de ser um transtorno psiquiátrico negligenciado e está sendo mais bem reconhecido e compreendido: Trata-se de um transtorno grave, relativamente comum que, frequentemente se apresenta aos profissionais de saúde mental e a médicos não psiquiatras. Muitos pacientes sentem vergonha dos seus sintomas e não os relatam, mesmo que desejem que seu médico saiba de suas queixas com a aparência. Em média, o paciente procura tratamento específico após onze anos do aparecimento dos primeiros sintomas⁴⁴.

Limitações também estão presentes no que diz respeito à incidência. Constatou-se um alto índice do transtorno na população em geral, em indivíduos que apresentam outros transtornos psiquiátricos como TOC, Fobia Social, Depressão Maior Atípica e Tricotilomania, em adolescentes, assim como alta incidência do transtorno em clínicas de estética. Essas estimativas, entretanto, podem não ser fidedignas devido à relutância dos indivíduos em comunicar os seus sintomas e também pela escassez de conhecimento por parte dos profissionais³⁶.

De acordo com o DSM – IV (Manual de diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais), indivíduos com TDC procuram tratamentos estéticos, cirurgias e dermatologistas, porém quando realizados esses tratamentos não psiquiátricos, o transtorno pode ser agravado, pois o paciente passa a ter novas preocupações, podendo levá-lo ao suicídio por não conseguir corrigir sua imperfeição⁴⁵. Uma pesquisa realizada em 2020 demonstrou, ainda, que, a taxa de ocorrência de rastreios positivos para TDC foi de 49,3%. A sensibilidade à rejeição relacionada a gays e a ocultação da orientação sexual foram exclusivamente associadas a maiores sintomas de TDC, e a ocultação da orientação sexual foi exclusivamente associada a maiores chances de testes positivos de TDC⁴⁶.

A ideia suicida é encontrada em 55% a 71% dos pacientes, e eles se tornam suicidas nos casos de gravidade extrema. A taxa de suicídio entre os pacientes com TDC é a taxa mais alta entre as desordens mentais, cerca de 24% a 28% dos pacientes portadores de TDC já tentaram o suicídio²⁴.

No que diz respeito ao tratamento, a administração de inibidores de recaptção de serotonina e a Terapia Cognitivo-Comportamental tem se destacado por sua eficácia na redução dos sintomas e até mesmo por promover uma completa recuperação³⁶.

A beleza dentro dos consultórios deveria ser tratada inicialmente pela mente, onde todos os profissionais aptos a fazerem procedimentos estéticos deveriam encaminhar primeiramente o paciente para um psicólogo, uma vez diagnosticado o TDC, porém, tal habilidade requer percepção aguçada do profissional e preparo do mesmo uma vez que o paciente pode se sentir ofendido com tal encaminhamento. Trata-se de um transtorno muito comum, em especial no Brasil onde o culto a beleza é conhecido mundialmente.

A anamnese se faz extremamente importante uma vez que o TDC tem íntima ligação com quadros depressivos que podem ser recorrentes e ligados a genética. Faz-se então necessário um estudo multidisciplinar enfatizando a disciplina de psicologia em todos os cursos de pós-graduação na área estética, bem como aulas de fotografia para que sejam minimizados os processos na área da saúde que vem crescendo em larga escala diante da expectativa almejada do paciente e não alcançada aos olhos dele.

CONCLUSÃO

É de fundamental importância que o cirurgião-dentista especialista em harmonização orofacial tenha conhecimento e seja treinado para identificar os pacientes que tenham queixas que sinalizem a presença do TDC, pois estão em uma posição estratégica para reconhecer os sintomas dos pacientes e conduzi-los ao tratamento apropriado. O encaminhamento desses pacientes para o psiquiatra é delicado, visto que, pacientes com TDC possuem o senso crítico prejudicado, e não reconhecem que sua visão pode estar distorcida e que as queixas com a aparência podem estar relacionadas com um transtorno psiquiátrico. Diante do exposto, fica clara a necessidade de maiores pesquisas em relação ao diagnóstico clínico do TDC e ao treinamento para o diagnóstico e encaminhamento desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Silva MLA, Taquette SR & Aboudib JHC. Transtorno dismórfico corporal: contribuições para o cirurgião plástico. **Rev Bras de Cir Plas.** 2013; 28(3):499-506.
2. Hardardottir H, Hauksdottir A & Bjornsson AS. Body dysmorphic disorder: Symptoms, prevalence, assessment and treatment. **Laeknabladid.** 2019; 105(3):125-131.
3. Nicewicz HR, Boutrouille JF. (2002). Body Dysmorphic Disorder. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
4. American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th: DMS-5. Washington: *American Psychiatric Association*.
5. Moriyama JS. (2007). Processo terapêutico analítico-comportamental em dois casos de transtorno dismórfico corporal [tese]. Campinas: PUC.
6. Monteiro AC. (2003). Espelho, espelho meu...: percepção corporal e nosográfica no transtorno dismórfico corporal [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
7. Oliveira JM, Souza AW & Prestes ICP (2017). A importância do conhecimento do transtorno dismórfico corporal por profissionais da área estética [online].
8. Queiroz, R. S., & Otta, E. (1999). A beleza em foco: condicionantes culturais e psicobiológicos na definição da estética corporal. In: Queiroz RS (Org.). O corpo do brasileiro: estudos de estética e beleza. São Paulo: Senac. p. 13-16.

9. Solomon, M.R. (2008). Comportamento do consumidor. 7a ed. Porto Alegre: Bookman.
10. Lyubomirsky S & Ross L. Hedonic consequences of social comparison: A contrast of happy and unhappy people. **Journal of Personality and Social Psychology**. 1997; 73(6): 1141-1157.
11. Hosseini SA & Padhy RK. Body Image Distortion. In: StatPearls [Internet]. *Treasure Island* (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 31536191.
12. Conrado LA. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. 2009; 84(6):569-581.
13. Organização Mundial da Saúde - OMS. (2008). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados a Saúde – CID-10. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) – CBCD. 10ª ed. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo FSP-USP.
14. International Society of Aesthetic Plastic Surgeons (ISAPS). International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2015. Nova York: ISAPS; 2015 [citado em 2019 out 10].
15. Moriyama, JS & Amaral VLAR. Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva de análise do comportamento. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.** 2007; 9(1):11-25.
16. Andreasen NC & Bardach J. (1977). Dymorphophobia: Symptom or Disease? **American Journ of Psychiatry**. 1977;134(6): 673-676.
17. Braddock L. Dymorphophobia in Adolescence: A case report. **British Journ of Psychiatry**. 1982;140(1):199-201.
18. Thomas CS. Dymorphophobia: A question of definition. **British Journ of Psychiatry**. 1984; 144(1):513-516.
19. Veale D. Cognitive behavioural therapy for body dymorphic disorder. **Advances in Psychiatric Treatment**. 2001; 7(2):125-132.
20. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiuzzi L, Drei C & Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community sample of women. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 1997; 32(1):24-9.
21. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M & Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. **Psychiatry Clin Neurosci**. 1998; 52(3): 283-7.
22. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS & Harlow BL (2001). Prevalence of body dymorphic disorder in a community sample of women. **Am J Psychiatry**. 2001; 158(12): 2061-3.
23. Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S. Visual information processing of faces in body dymorphic disorder. **Arch Gen Psychiatry**. 2007;64(12):1417-1425.
24. Silva AJB, Brunetto BC & Reichert FF. Imagem Corporal de praticantes de treinamento com pesos em academias de Londrina, PR. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. 2010; 15(3):170-175.
25. Bala M, Quinn R, Jassi A, Monzani B & Krebs G. (2021). Are body dymorphic symptoms dimensional or categorical in nature? A taxometric investigation in adolescents. **Psychiatry** 2021.114201. Epub 2021 Sep 4. PMID: 34536694.
26. Fang A, Matheny NL & Wilhelm S. Body dymorphic disorder. **Psychiatric Clinics of North America**. 2014; 37(3):287-300.
27. Harris DL & Carr AT. Prevalence of concern about physical appearance in the general population. **Br J Plast Surg**. 2001; 54(3):223-6.
28. Prazeres AM, Nascimento AL & Fontenelle LF. Cognitive-behavioral therapy for body dymorphic disorder: a review of its efficacy. **Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment**. 2013; 9:307-316.
29. Mühlbauer W, Holm C & Wood L. (2000). The Thersites Complex in plastic surgical patients. **Plastic Reconstructive Surgery Journal**. 2000;107 (2): 319-326.
30. Bojornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dymorphic disorder. **Dialogues in Clinical Neuroscience**. 2010; 12(2):221- 231.
31. Shridharani SM, Magarakis M, Manson PN, Rodriguez ED. Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review. **Plast Reconstr Surg**. 2010; 126(6):2243-51.
32. de Brito MJ, Nahas FX, Ferreira LM. (2012). Should plastic surgeons operate on patients diagnosed with body dymorphic disorder? **Plast Reconstr Surg**. 2012; 129(2):406e-7e.

33. Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. **Dermatological Surgery Journal**. 2001; 27(5): 457-462.
34. Rohrich RJ. The who, what when and why of cosmetic surgery: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? **Plastic and Reconstructive Surgery**. 2000; 106(7): 1605-1607.
35. Sucupira E, De Brito M, Leite AT, Aihara E, Neto MS, Ferreira LM. (2022). Body dysmorphic disorder and personality in breast augmentation: The big-five personality traits and BDD symptoms. **J Plast Reconstr Aesthet Surg**. 2022; 75(9):3101-3107.
36. Barros M. (2017). A contribuição do TCC no tratamento do transtorno dismórfico corporal [monografia]. São Paulo: CETCC.
37. Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. (2010). Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. 2010; 32(1):19- 23.
38. Morcelli E. (1886). Sulladismorfofobia e sullatafobia. *Bollet R Accad Genova*. 6:100-19.
39. Hay GG. Dymorphophobia. **British Journal of Psychiatry**. 1970; 116(533): 399-406.
40. Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. **Br J Hosp Med**. 1980; 24(1):34-8.
41. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. **Psychosomatics**.2001; 42(6): 504-510.
42. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. **World Psychiatry**. 2004; 3(1):12–17.
43. Phillips KA, Dufresne RG. Jr, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. **J Am Acad Dermatol**. 2000; 42(3):436-44.
44. Edgerton MT, Jacobson WE, Meyer E. (1960). Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety-eight consecutive patients with minimal deformity. **Br J Plastic Surgery**. 1960; 13:136-45.
45. Frances A, First MB, Francis AMD. (2000). Am I Okay?: A Layman's Guide to the Psychiatrist's Bible. Toronto: Simon and Schuster; p. 445 -447.
46. Oshana A, Klimek P, Blashill AJ. (2020). Minority stress and body dysmorphic disorder symptoms among sexual minority adolescents and adult men. **Body Image**. 2020; 34:167-174.