

JOSY DE SOUZA MORIYAMA

**TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL SOB A
PERSPECTIVA DA ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO**

PUC-CAMPINAS

2003

JOSY DE SOUZA MORIYAMA

**TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL SOB A
PERSPECTIVA DA ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral

PUC-CAMPINAS

2003

t616.858 Moriyama, Josy de Souza
M827t Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da análise do comportamento / Josy de Souza Moriyama. Campinas : PUC-Campinas, 2003. xvi, 153p.

Orientadora: Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral.
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida – Faculdade de Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Transtornos da personalidade. 2. Comportamento (Psicologia) 3. Corpo – Aspectos psicológicos. 4. Aparência pessoal. I. Amaral, Vera Lúcia Adami Raposo do. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Faculdade de Psicologia. III. Título.

20.ed.CDD – t616.858

Ficha Catalográfica elaborada pela PUC-Campinas-SBI-Processos Técnicos.

Aos meus amados pais que souberam e incentivar, estando ao meu lado incondicionalmente, fornecendo-me condições não apenas materiais, mas, principalmente, emocionais de chegar até aqui. Obrigada por terem me dado uma vida pautada no amor, bondade, respeito e dignidade. Tudo o que sou hoje e tudo que ainda serei devo a vocês.

Vera,

O amor com que faz seu trabalho, reluz em seus olhos, contagiando-nos de uma tal forma que é impossível não nos apaixonarmos por aquilo que nos ensina. Não me lembro de um só dia em que não senti seu entusiasmo enquanto orientava minhas tarefas, tratando a tudo com tanta atenção e carinho. O seu dinamismo, criatividade e versatilidade, por um lado, e sua compaixão, humanidade e sensibilidade, por outro, a fazem uma pessoa maravilhosa, de quem nunca mais queremos nos separar. Muito obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que iluminou o meu caminho e me deu forças para que eu pudesse alcançar mais uma etapa tão importante em minha vida. Sempre digo que tenho sorte, mas, na verdade, sei que tenho Sua benção.

À minha professora Maria Luiza Marinho (Malú), por me fazer acreditar que o sonho de realizar essa etapa era possível e que eu seria capaz. Minha admiração e respeito por sua garra e doçura.

À minha professora Cynthia Borges de Moura, que com sua extrema competência e dedicação me mostrou, pela primeira vez, a beleza da teoria comportamental e viu em mim uma analista do comportamento, desde o início.

Ao meu amado irmão José Luis de Souza Júnior. Sei que, mesmo de longe, estive o tempo todo orgulhoso de meu esforço e torcendo pelo meu sucesso.

À família Pereira Lima, que me acolheu com tanto carinho como parte dela nos momentos iniciais desta empreitada.

À minha mais nova “irmãzinha”, Ana Lúcia Ivatiuk (Aninha), que esteve presente nas etapas finais e mais difíceis deste trabalho, com toda sua bondade e serenidade me incentivando a confiar em mim mesma e me alertando de que o mundo vai muito além do que, às vezes, vivenciamos.

À minha grande amiga Ariane Britta, por estar ao meu lado, na mesma proporção e intensidade, nos momentos mais divertidos e mais difíceis de minha vida. Obrigada pela especial ajuda com este trabalho.

Às queridas amigas Moema Galindo, Ana Paula Nicolau e Michelle Gomes, pelas boas risadas e incentivo para que tudo desse certo.

Aos colegas de turma Denise Campanelli, Oswaldo Longo Júnior e Kelly Rizzo, pelos momentos de descontração em meio à turbulência.

Às secretárias da PUC-Campinas Eliane, Maria Amélia e Dareide, pela atenção e cuidado constantes.

Ao CNPq, pelo auxílio através da bolsa de estudos, que tornou concreta a realização desta pesquisa.

Aos participantes da pesquisa e seus familiares, que se mostraram tão dispostos a colaborar, confiando a mim um pedaço de suas histórias, que se transformou em informações valiosas para a realização deste trabalho.

A todos os cirurgiões plásticos que participaram desta pesquisa e foram tão prestativos.

Ao meu terapeuta Hélio Guilhardi que soube me ouvir e acolher nos momentos sofridos, com a empatia e brilhantismo que só ele possui.

Para Refletir

Um doutor em estética do corpo, ao visitar o museu do Prado, em Madri, achou que as Três Graças, na tela de Rubens, sofriam de celulite, mais acentuada na Graça do centro.

Procurou o diretor do museu e sugeriu-lhe que o quadro fosse submetido a tratamento especial, de modo a ajustar os nus femininos aos cânones de beleza e higiene que hoje cultuamos.

O diretor ouviu-o polidamente e respondeu que nada havia a fazer, pois as obras-primas do passado são intocáveis, salvo quando acidente ou atentado tornam imperativa a restauração. Além do mais, pode ser que no século XVII o que hoje chamamos de celulite fosse uma graça suplementar.

À noite, o esteta inconformado tentou penetrar no museu, foi impedido e preso. Interrogado, explicou que queria raptar o quadro e confiá-lo a famoso especialista em cirurgia plástica, pois o caso não era de restauração nem de regime alimentar. Seria a primeira vez em que uma obra de arte receberia tratamento médico especializado, feito o qual tornaria o museu.

O homem foi mandado embora, com advertência de que sua presença não seria mais tolerada em museus espanhóis. E aconselhado a freqüentar assiduamente as praias, para se habituar às imperfeições do corpo humano, que formam a perfeição relativa.

Carlos Drummond de Andrade

“As Três Graças” (Contos plausíveis, 1985)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E QUADROS	x
LISTA DE ANEXOS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
APRESENTAÇÃO	xiv
INTRODUÇÃO	1
Transtorno Dismórfico Corporal: Diagnóstico, Incidência e Características Principais	1
Transtorno Dismórfico Corporal: Classificação	9
Das Classificações Psiquiátricas à Avaliação Comportamental	16
Esquiva Experiencial: Uma Alternativa Comportamental para a Descrição e Compreensão do TDC	25
MÉTODO	31
Participantes	31
Material	32
Procedimento	34
RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
Resumo da História dos Participantes	37
Resultados da Ficha de Identificação	43
Análise Descritiva das Classes de Resposta	45
<i>Comportamentos Típicos do TDC</i>	45
<i>Comportamentos Comuns a outros Transtornos</i>	51
<i>Comportamentos Característicos de Traços de Personalidade (Padrões de Comportamento)</i>	60
Análise Conceitual	64
<i>Processos Comportamentais Antigos</i>	64
<i>Processos Comportamentais Atuais</i>	84
Características Particulares dos Participantes: Contextos Específicos	111
CONCLUSÕES	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS	128
ANEXOS	138

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Caracterização dos participantes	32
Tabela 2: Número de entrevistas realizadas com cada participante e seus familiares	36
Tabela 3: Respostas dos participantes para as questões sobre TDC da Ficha de Identificação	44
Quadro 1: Comportamentos típicos do TDC em cada participante	50
Quadro 2: Comportamentos comuns a outros transtornos em cada participante	52
Quadro 3: Comportamentos característicos de “traços de personalidade” (padrões de comportamento) de cada participante	61
Quadro 4: Dados da infância de cada participante	65
Quadro 5: Influências culturais na vida de cada participante	79
Quadro 6: Situações de preocupação de cada participante	88
Quadro 7: Funcionamento atual de cada participante	99

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Roteiro para conversar com os cirurgiões plásticos	138
Anexo 2: Roteiro para os cirurgiões plásticos conversarem com os pacientes	139
Anexo 3: Consentimento livre e esclarecido para o cirurgião plástico	140
Anexo 4: Consentimento livre e esclarecido para o membro da família do participante	141
Anexo 5: Consentimento livre e esclarecido para o participante	142
Anexo 6: Ficha de identificação dos participantes	143
Anexo 7: Roteiro de entrevista semi-estruturada para os participantes	146
Anexo 8: Roteiro de entrevista semi-estruturada para o membro da família dos participantes	151

MORIYAMA, J. S. (2003). *Transtorno Dismórfico Corporal sob a Perspectiva da Análise do Comportamento*. Dissertação de Mestrado. PUC-Campinas. xvii. + 153p.

RESUMO

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é diagnosticado quando há uma preocupação tão exagerada com algum defeito mínimo ou imaginado na aparência, que traz prejuízos significativos à vida da pessoa. Buscou-se investigar o desenvolvimento e manutenção de comportamentos do TDC através de análises funcionais e do conceito de esquiva experiencial proposto por Hayes, Wilson, Gifford e Follette (1996). Participaram do estudo sete pessoas com comportamentos característicos do TDC, seus familiares e quatro cirurgiões plásticos. Foram utilizados como instrumentos: roteiros para orientar cirurgiões sobre comportamentos do TDC, possibilitando-os identificar e convidar pacientes seus para participarem da pesquisa; uma ficha de identificação dos participantes, para selecionar a amostra; roteiros de entrevistas semi-estruturadas para os participantes e seus familiares, com questões relativas à história de vida dos participantes, relações familiares, início das preocupações com a aparência, comportamentos do TDC e contingências atuais que os mantinham. Dez pacientes responderam à ficha de identificação e sete foram selecionados. Entrevistas individuais foram feitas com cada participante e com seus familiares, de acordo com a necessidade de se coletar dados complementares. A partir da gravação e transcrição das entrevistas foi feito um estudo sistemático clínico em que os comportamentos foram descritos e analisados de acordo com prováveis processos de origem e funcionamento atual. Além de comportamentos relacionados às preocupações com a aparência, foram encontrados comportamentos típicos de outros transtornos (como: Transtorno Obsessivo Compulsivo, Depressão, Fobia Social, Hipocondria) e padrões de comportamento conhecidos como traços de personalidade (como: vaidade, perfeccionismo, agressividade). Os resultados apontaram processos funcionais semelhantes, entre todos os participantes. Entre os processos de origem estavam: a educação coercitiva e com poucos reforços positivos na infância; acontecimentos passados como acidentes, comparações e comentários relativos à parte do corpo com que se preocupavam. Estas contingências, provavelmente, influenciaram a forte ênfase em estímulos discriminativos relacionados à aparência. Entre os processos atuais foram identificados: reforçamento negativo, falta de reforços positivos, ganhos secundários e fortes influências culturais de valorização da aparência. Como variáveis particulares a cada caso encontrou-se: baixo desenvolvimento de comportamentos socialmente habilidosos, modelos na infância, mãe extremamente crítica quanto à aparência, entre outros. Concluiu-se que o funcionamento atual do TDC é marcado por esquiva experiencial em que os indivíduos passam a se esquivar dos estímulos aversivos privados, como a ansiedade, pensamentos sobre sua aparência e sobre a reação das pessoas à sua aparência. Esta esquiva os previne de se expor a situações sociais, gerando conseqüências como o isolamento social e comportamentos depressivos. Semelhanças funcionais foram demonstradas para todos os sete casos estudados, embora alguns comportamentos fossem topograficamente diferentes, indicando a necessidade em se considerar a funcionalidade dos comportamentos e não apenas a arbitrariedade da classificação psiquiátrica baseada em sintomas.

Palavras-chave: Transtorno Dismórfico Corporal; Esquiva Experiencial; Análise Funcional; Equivalência de Estímulos.

MORIYAMA, J. S. (2003). *Body Dysmorphic Disorder under the Perspective of the Behavior Analysis*. Master Thesis. PUC-Campinas. xvip. + 153p.

ABSTRACT

The Body Dysmorphic Disorder (BDD) is diagnosed when there is an exaggerated preoccupation with some minimal or imagined defect in the appearance, which brings significative impairments to the person's life. It has been sought to investigate the development and maintenance of the BDD behaviors through the functional analysis and the concept of experiential avoidance proposed by Hayes, Wilson, Gifford and Follette (1996). Seven people with characteristic behaviors of the BDD, their families and four plastic surgeons participated in this study. It has been used as instruments: instructions to orient surgeons about behaviors of the BDD, enabling them to identify and invite patients to participate in the research; an identification questionnaire with the purpose to select the sample; semi-structured interviews for the participant and their families, containing questions relating to the history of the participants' life, families relationship, the beginning of the concern with the appearance, behaviors of the BDD and actual contingencies which maintains them. Ten patients responded to the identification questionnaire and seven of them were selected. Individual interviews were made with each of the participants and their families, according to the necessity of collecting complementary data. From the recording and transcription of the interviews, it has been made a clinic systematical study, in which, the behaviors were described and analyzed according to probable origin and actual functioning processes. Beyond the behaviors related to the preoccupations with the appearance, typical behaviors of other disorders were found (such as: Obsessive Compulsive Disorder, Depression, Social Phobia, Hypochondria) and standards of behavior known as personality features (such as: vanity, perfectionism, aggressiveness). The results pointed similar functional processes, among all the participants. Among the origin processes there were: the cohesitive education with few positive reinforcements in the childhood, past occurrence like accidents, comparisons and comments relating to the part of the body which they worried about. These contingencies, probably, influenced the strong emphasis on discriminative stimuli related to the appearance. Among the actual processes there have been identified: negative reinforcement, lack of positive reinforcements, secondary gains and strong cultural influences of the valorization of the appearance. As particular variables to each case there have been found: low development of skilful socially behaviors, models in the childhood, extremely critical mother concerning to the appearance, among others. It has been concluded that the actual functioning of the BDD is marked by experiential avoidance where the individuals start avoiding the private aversive stimuli, like the anxiety, thoughts about their appearance and about the reaction of the people against their appearance. This avoidance prevents them from exposing themselves to the social situations, resulting in consequences such as social isolation and depressive behaviors. Functional resemblances were demonstrated for all seven cases studied although some topographic behaviors were different, indicating the necessity in considering the functionality of the behaviors and not only the arbitrariness of the psychiatric classification based on symptoms.

Key Words: Body Dysmorphic Disorder; Experiential Avoidance; Functional Analysis; Stimuli Equivalence.

APRESENTAÇÃO

A preocupação com a beleza sempre esteve presente nas mais diversas culturas. O que é considerado belo ou o padrão de beleza varia em diferentes populações e ao longo do tempo. “O conceito do belo nunca foi estático” (Castilho, 2001, p.13).

Assim, uma dada cultura é que determina para seus membros a qual ideal de beleza almejar. Muitas vezes, alcançar este ideal significa sacrificar a própria natureza do corpo. Um exemplo é o que se passava com as mulheres chinesas consideradas belas, de acordo com o tamanho de seus pés, que deveriam ser amarrados, desde a infância, para forçosamente tomarem uma forma (reduzidos a um terço de seu tamanho normal) que impedia os movimentos naturais, tornando-as dependentes dos maridos para se locomoverem. A amarração dos pés foi considerada um padrão de beleza e sexualidade, na China, por quase mil anos, até a passagem para a sociedade *Mandarim* no século 20 (Castilho, 2001).

Sacrifícios para se atingir um padrão de beleza estão presentes na sociedade atual. Pessoas fazem dietas, ginástica, tratamentos cosméticos, cirurgias plásticas, num frenesi assustador. A cada dia proliferam os tratamentos estéticos, as revistas e os produtos que vendem a falsa idéia de que é possível atingir o “corpo perfeito”. A mídia investe na aparência numa proporção exagerada, suscitando comparações e insatisfações.

Nos últimos anos, o número de cirurgias plásticas realizadas no Brasil cresceu 250%, tornando o país um campeão mundial na categoria (Buchalla & Pastore, 2002). Com a facilitação dos custos, que tornou a plástica acessível a um maior número de pessoas e a sofisticação dos procedimentos, que estão mais rápidos e seguros, a procura por um ideal estético tomou proporções jamais vistas. Para Rosen (1997) as pessoas de hoje em dia se preocupam mais com sua aparência do que nas últimas décadas.

Uma vez que a cultura influencia os comportamentos individuais, todo esse contexto tem gerado problemas comportamentais. Em busca da perfeição inatingível as pessoas se tornam “escravas” de sua aparência e, numa tentativa constante de melhorá-la, chegam a perder a noção de seu próprio corpo.

A maioria das pessoas não se encontra satisfeita com algum aspecto de sua aparência, sendo comum um certo grau de preocupação. Porém, de acordo com Allen e Hollander (2000), devido à grande ênfase colocada na importância da beleza na cultura atual, não é de se surpreender que as insatisfações com o corpo se tornem um forte fator de risco para o desenvolvimento de uma psicopatologia.

Este trabalho é o estudo de um transtorno relacionado à preocupação com a aparência, ainda pouco conhecido, o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC). O TDC é diagnosticado quando há uma preocupação exagerada com algum defeito mínimo ou imaginado na aparência e esta preocupação toma proporções tão grandes que começa a debilitar a vida diária da pessoa.

Quando não tratado, o TDC evolui para um distúrbio crônico, tendo significativa morbidade e alta associação com outros transtornos psiquiátricos, principalmente transtornos do humor e ansiedade (Figueira, Nardi, Marques & Versiani, 1999). Pessoas com TDC apresentam prejuízos em várias funções sociais, como no trabalho, na escola e casamento, representando gastos para a sociedade. É comum que se isolem de todos, permanecendo em suas casas por anos, não sendo raro tentativas de suicídio.

Assim como a preocupação com a aparência sempre esteve presente, provavelmente, o TDC também existe desde há muito tempo. No entanto, diante do contexto atual é que tal problema vem vindo à tona. Estudos mais recentes têm demonstrado que a população com TDC é bem maior do que se imagina.

Diante do grande sofrimento individual, dos prejuízos causados à sociedade, da falta de divulgação e informação sobre o TDC, em um contexto em que a valorização da beleza se torna cada vez mais acentuada, estudos que se proponham a compreender melhor o transtorno podem ter grande relevância social.

Apesar da gravidade do TDC, estudos científicos nesta área têm se mostrado bastante limitados. Não há um consenso entre os autores, quanto a questões de classificação, etiologia, prevalência e tratamento. Alguns chegam a considerar a literatura e a terminologia do TDC como “caóticas” (Figueira, Mendlowicz, Nardi, Marques, Saboya, Andrade & Versiani, 1993). Além disso, a grande maioria dos estudos se concentra na área da Psiquiatria, sendo raras as contribuições da Psicologia para seu entendimento. Os estudos psiquiátricos limitam-se a descrever os sintomas característicos e epidemiologia, sem a preocupação em tentar compreender o desenvolvimento do transtorno.

Sob o prisma da Análise do Comportamento, que considera que todos os comportamentos são desenvolvidos a partir da história de contingências, isto é, através das interações dos indivíduos com seu ambiente, a autora pretendeu, neste trabalho, realizar análises comportamentais a fim de compreender o desenvolvimento e manutenção dos comportamentos característicos do TDC.

Desde antes de iniciar sua vida acadêmica, a autora se interessava em compreender as variáveis responsáveis pelo desenvolvimento de comportamentos tão prejudiciais, como

os que ocorrem nos transtornos psiquiátricos. Este interesse se tornou ainda maior, durante a graduação, ao realizar estágios em clínicas de recuperação onde teve contato com pacientes psiquiátricos. Nestas práticas passou a questionar a rotulação e estigmatização de pessoas, assim como, intervenções limitadas à medicação. Em disciplinas de abordagem comportamental sobre psicopatologias, viu uma possibilidade de compreender os transtornos psiquiátricos sob outra perspectiva. Diante de uma nova proposta de classificação de transtornos, denominada esquiwa experiencial, com a qual teve contato, durante o curso de mestrado, viu uma possibilidade concreta de dar início à sua empreitada. O TDC, ainda pouco estudado e que suscitou grande interesse, seria um bom começo.

Com este estudo procurou apresentar uma alternativa de avaliação comportamental ao diagnóstico psiquiátrico do TDC, que poderia trazer contribuições a terapeutas comportamentais que se deparam com os chamados transtornos. Com isto, também tentou aproximar a pesquisa da prática clínica, por achar que a escolha da área clínica no mestrado deveria levá-la a esforços neste sentido.

Acreditando que uma vez descritos, os comportamentos do TDC podem ser explicados e modificados, a pretensão da autora é de que entendendo os processos de desenvolvimento se possa intervir de modo mais adequado nas variáveis que mantêm os comportamentos prejudiciais, assim como prevenir que outros venham a desenvolver esses problemas.

INTRODUÇÃO

Transtorno Dismórfico Corporal: Diagnóstico, Incidência e Características Principais.

O TDC foi comentado pela primeira vez em 1886, por Morselli que o chamou de Dismorfofobia e o caracterizou como “um sentimento subjetivo de feiúra ou de defeito físico que os pacientes sentiam ser notado pelos outros, embora suas aparências estivessem dentro dos limites normais” (Morselli, 1886 apud Figueira et al., 1993, p. 303). Apenas foi considerado como um transtorno particular pela literatura psiquiátrica americana em 1987, quando foi classificado pelo DSM-III-R como um Transtorno Somatoforme.

Atualmente, os critérios considerados pelo DSM-IV (1995) para o TDC são: preocupação com um defeito imaginado na aparência, mesmo que haja uma mínima anomalia, a preocupação é extremamente acentuada; a preocupação deve causar um sofrimento significativo e/ou prejuízo no funcionamento da vida do indivíduo, na área social, profissional e/ou pessoal; a preocupação não pode ser melhor explicada por outro transtorno, como Anorexia e Bulimia, por exemplo.

Enquanto nestes transtornos a preocupação se dá em relação ao tamanho ou forma do corpo como um todo, no TDC os indivíduos se preocupam com uma ou mais partes do corpo. As preocupações com defeitos imaginados podem se dar em relação às mais diversas partes do corpo, como nariz, boca, olhos, queixo, seios, pênis, cabeça, cabelo, pés, pernas, quadris, etc. As queixas mais comuns envolvem a pele, a face e o nariz (Sarwer, Wadden, Pertschuk & Whitaker, 1998). Alguns pacientes apresentam queixas vagas, de que são feios, deformados, não sabendo especificar onde há defeito, enquanto outros são bastante precisos ao especificar exatamente o problema imaginado como nariz grande, boca esticada, olhos caídos, pênis pequeno, testa com rugas, etc. (Rosen, 1997).

Alguns autores também consideram preocupações sobre estar emitindo um odor corporal desagradável como uma queixa relativa ao TDC (Marks & Mishan, 1988; Rosen, 1997). A queixa em relação a uma determinada parte do corpo pode permanecer a mesma ou pode ser alterada ao longo do curso do transtorno. Inclusive, alguns pacientes alteram suas queixas com partes específicas do corpo para preocupações com o tamanho ou forma do corpo no geral, características dos Transtornos Alimentares, sendo comum a comorbidade destes transtornos com o TDC (Phillips, 1991; Phillips & Diaz, 1997).

As preocupações são mais freqüentes em situações sociais, pois o indivíduo imagina que os outros irão achá-lo feio, defeituoso ou repugnante, por causa de seu suposto defeito. Portanto, a característica principal do TDC é a severa apreensão que antecipa o que os outros vão achar ou pensar sobre o defeito imaginado (Castelló, Barros & Chinchilla, 1998). Indivíduos com TDC acreditam que os outros irão perceber o defeito imaginado da mesma forma como eles próprios percebem e por isso irão rejeitá-lo (Veale, Gournay, Dryden, Boocock, Shah, Wilson & Walburn, 1996).

Diante das preocupações, os pacientes desenvolvem uma série de comportamentos característicos para aliviarem a ansiedade sentida. Entre esses comportamentos estão: esquiva de situações sociais, tentativas de camuflar o defeito (com maquiagem, roupas específicas, certos gestos), olhar fixamente no espelho ou outras superfícies refletoras para examinar o defeito, passar a mão sobre o defeito, picar a pele (*skin picking*), comparar-se com outras pessoas, pedir palavras tranquilizadoras para outras pessoas. Alguns pacientes evitam olhar-se no espelho. Muitos desses comportamentos podem durar horas e se tornarem verdadeiros rituais. Por serem recorrentes, persistentes e intrusivas, as preocupações são caracterizadas como obsessões, enquanto os comportamentos, que têm a função de eliminar a ansiedade e neutralizar as obsessões, são comparados às compulsões. Isto fez com que alguns autores, como por exemplo Petribú e Oliveira (1999), atentassem para a semelhança do TDC com o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).

As preocupações e pensamentos sobre o defeito imaginado podem variar, tanto de pessoa para pessoa, como em um mesmo indivíduo, de obsessões, para idéias supervalorizadas, podendo chegar ao franco delírio (Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson, 1993). As idéias supervalorizadas seriam aquelas que ficam entre o pensamento delirante e o pensamento não delirante ou racional (Kozak & Foa, 1994 apud Neziroglu, Stevens, McKay & Yaryura-Tobias, 2001). O franco delírio pode ser entendido como a convicção que não tem correspondência com a realidade, independente de evidências nitidamente contrárias (Paim, 1993). É difícil definir as diferenças entre um delírio e uma idéia supervalorizada, pois vai depender do grau de convicção com o qual as crenças são mantidas (Castilho, 2001).

Um paciente com TDC pode reconhecer suas obsessões e admitir que suas preocupações são excessivas, mesmo que não esteja convencido que sua aparência é normal. Outros até reconhecem que não possuem defeito algum (Rosen, 1997).

Como as preocupações e comportamentos ocupam grande parte do tempo, acabam impedindo a execução de atividades diárias. Há prejuízos nas áreas social, ocupacional e

pessoal. A maioria dos indivíduos com TDC é desempregada e acaba se divorciando (Veale, agosto, 2002). Muitos chegam ao extremo isolamento social.

O TDC geralmente começa na adolescência (Andreasen & Bardach, 1977; Haranaka & Citti, 1993; Figueira, et al., 1999). Segundo Phillips e Diaz (1997) a idade média para o início do transtorno é 16 anos, sendo que em 70% dos casos se dá antes dos 18 anos. Nesse período de vida, devido a tantas mudanças físicas e psicológicas, é comum as pessoas ficarem mais sensíveis à sua aparência. Os adolescentes que prestam uma atenção excessiva em sua aparência podem desenvolver uma percepção cada vez mais acurada sobre imperfeições e anormalidades mínimas ou inexistentes, vindo a apresentar os sintomas do TDC (Veale, agosto, 2002).

Phillips (1999) apontou que não é raro que o TDC tenha início durante a infância. Albertini e Phillips (1999) avaliaram 33 crianças e adolescentes com TDC. Os resultados demonstraram que há grandes similaridades do transtorno entre adultos, crianças e adolescentes. As similaridades incluíram: mesmas áreas de preocupação, comportamentos associados, comorbidades, grau de preocupação, interferência no funcionamento (18% dos participantes haviam abandonado a escola) e alta percentagem de delírio.

Segundo o DSM-IV (1995) o início do TDC pode ser gradual ou súbito, tendo um curso razoavelmente contínuo, embora a intensidade dos sintomas possa diminuir e aumentar no decorrer do tempo. Sem tratamento, o TDC persiste por anos e, algumas vezes, por toda a vida, sendo caracterizado como um transtorno crônico (Phillips et al., 1993; Figueira et al., 1999). Assim, o TDC é considerado um transtorno perigoso, envolvendo alto risco de suicídio (Dufresne, Phillips, Vittorio & Wilhelm, 2001). Segundo Zimmerman e Mattia (1998) o suicídio ocorreria em torno de 29% dos casos.

Não se sabe ao certo a prevalência do TDC na população geral (Haranaka & Citti, 1993; Figueira et al., 1993; Rosen & Reiter, 1996), mas vários autores têm defendido que parece ser mais comum do que se supunha (Figueira et al., 1993; DSM-IV, 1995; Savóia, 2000). Há indícios de que existiria a mesma proporção entre homens e mulheres (DSM-IV, 1995), embora alguns autores acreditem que seja mais comum entre mulheres, apesar da proporção de estudos clínicos relatados ser bastante semelhante entre os dois sexos (Phillips et al., 1993). Segundo Dufresne et al. (2001) a prevalência de TDC relatada na população geral varia de 0,7% a 2,2%, aumentando para cerca de 6% a 15% em clínicas de cirurgia plástica. Portanto, é comum encontrar pacientes com TDC em clínicas de cirurgia plástica.

Em um estudo em uma clínica de cirurgia plástica, Sarwer et al. (1998) avaliaram 100 mulheres, através de dois questionários que mediam a imagem corporal. Da amostra, 7% reuniu os critérios de TDC. Entre os resultados, constatou-se que aquelas pacientes com TDC não estavam mais insatisfeitas com sua aparência total do que a média da população nacional do E.U.A. As diferenças das pacientes com TDC eram apenas quanto a maiores preocupações com alguma parte específica do corpo, aquela em que iriam realizar a correção. Esses autores levantaram a questão polêmica sobre o que deveria ser considerado como um pequeno defeito e o que deveria ser considerado imaginação. Para eles a diferença entre um pequeno defeito e a ausência de defeito não é clara e pode variar de pessoa para pessoa. Assim, sugeriram a necessidade de que fossem realizados estudos que examinassem a relação entre o grau de deformidade e a preocupação e sofrimento psicológico.

Um outro estudo (Otto, Wilhelm, Cohen & Harlow, 2001) teve como objetivo levantar a prevalência do TDC entre mulheres em uma amostra composta por sete comunidades da área metropolitana de Boston. Através de uma entrevista clínica estruturada, 976 mulheres foram avaliadas com idades variando de 36 a 44 anos. Apenas oito delas reuniram os critérios para o TDC, compondo uma percentagem de 0,7%. Como afirmaram os próprios autores, a idade média da amostra selecionada foi bastante limitada, podendo não representar a população geral de mulheres com TDC, pois outros estudos indicam que entre mulheres jovens a prevalência do transtorno é bem maior.

Entre as dificuldades de se constatar o transtorno, está o fato de que, dificilmente pacientes com TDC procuram ajuda psicológica ou psiquiátrica, sendo mais comum procurarem clínicas dermatológicas, de cirurgia plástica, entre outros profissionais de estética (Sobanski & Schmidt, 2000). Geralmente, eles acreditam que seus problemas se devem unicamente aos seus defeitos imaginados, achando que a única maneira de melhorar seria eliminando o defeito. Outro problema, é que esses pacientes sentem vergonha de falar sobre suas preocupações, o que caracteriza o TDC como uma desordem secreta ou escondida (Figueira et al., 1993). Além disso, quando chegam a procurar os serviços psicológicos, já desenvolveram muitos problemas, característicos de outras classificações psiquiátricas, como Depressão, Fobia Social e TOC, podendo não ficar clara a presença do TDC (Veale, agosto, 2002).

Muitos autores (Rohrich, 2000; Dufresne et al., 2001) têm destacado o perigo de cirurgiões plásticos não saberem constatar o TDC e virem ser prejudicados por realizarem cirurgias desnecessárias. Há casos relatados em que após os resultados das cirurgias, por

estarem insatisfeitos, os pacientes processaram e até agrediram fisicamente seus médicos (Rohrich, 2000). Andreasen e Bardach (1977) já destacavam o quanto pacientes com Dismorfofobia têm expectativas irreais e mágicas sobre o que a cirurgia plástica poderá fazer por suas vidas. Eles acreditam que tudo poderá melhorar quando corrigirem seus defeitos, que poderão arranjar emprego, namorado, enfim, que alcançarão sucesso e felicidade. Diante de tamanhas expectativas, eles raramente ficam satisfeitos com a cirurgia, e, caso fiquem, acabam substituindo o defeito imaginado por outro. Alguns, após as cirurgias, voltam a ter a mesma queixa, realizando policirurgias no mesmo local, o que acaba resultando em um defeito real (Phillips, 1991).

Segundo Dufresne et al. (2001) os resultados com tratamentos estéticos acabam tendo complicações como: insatisfações, violência com o cirurgião, depressão e suicídio. Assim, a maioria dos autores concorda que as cirurgias e tratamentos estéticos não são efetivos (Rosen, 1997).

Embora o TDC tenha sido descrito pela primeira vez há mais de 100 anos atrás, ele ainda não é conhecido por muitos clínicos (Haranaka & Citti, 1993). Os estudos empíricos e sistemáticos estão apenas começando, de modo que pouco se sabe sobre o transtorno (Figueira et al., 1993).

Teorias biológicas, baseadas na melhora dos sintomas após o uso de medicamentos inibidores da recaptação da serotonina, sugerem como causa orgânica do TDC a desregulação do sistema serotoninérgico (Figueira et al., 1993; Figueira et al., 1999).

No entanto, conforme argumentaram Figueira et al. (1993), provavelmente o TDC possua diversas etiologias, tornando qualquer explicação unitária, altamente improvável. Ainda que se perceba como a aprendizagem é importante na manutenção dos sintomas, não se sabe ao certo quais são os antecedentes ao TDC. As teorias sobre as causas não são claras (Rosen, 1997).

Vários autores (Birtchenell, 1988; Rosen, 1997; Petribú & Oliveira, 1999; Figueira et al., 1999; Savóia, 2000) consideram a importância das influências da valorização cultural da beleza sobre o desenvolvimento do TDC.

De acordo com Berrios e Kan (1996) a crença de que “o que é bonito deve ser bom”, definida por Maisonneuve e Bruchon-Schweitzer em 1981 como uma das mais nocivas para a cultura ocidental, deu origem à idéia de que a feiúra reflete a depravação moral, que é extremamente difundida nesta cultura até os dias de hoje, vindo a influenciar as insatisfações com a aparência física.

Em estudos de caso, destacam-se aspectos da história de vida de indivíduos com TDC que parecem ser comuns, e assim, poderiam ter relevância para o desenvolvimento do transtorno. Entre esses aspectos estão: a educação rígida ou pais superprotetores (Andreasen & Bardach, 1977; Braddock, 1982; Thomas, 1984); poucos amigos durante a fase escolar e pouco relacionamento com pessoas do sexo oposto (Andreasen & Bardach, 1977; Braddock, 1982; Bloch & Glue, 1988); ótimo desempenho nos estudos (Haranaka & Citti, 1993; Sobanski & Schimidt, 2000); entre outros.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) lembraram, como possíveis fatores determinantes, que em algumas famílias, dá-se maior ênfase a conceitos estereotipados de beleza. Andreasen e Bardach (1977) apontaram que, algumas vezes, o distúrbio podia ser precipitado por algum apontamento dos outros em relação à aparência, mesmo que o comentário fosse inócuo ou neutro. Neste sentido, Rosen (1997) afirmou que alguns pacientes com TDC eram continuamente criticados sobre seus aspectos de aparência, geralmente por algum membro da família, enquanto outros atribuíam as origens da preocupação com a aparência a um único comentário. Este autor ainda levantou a hipótese de que certos acidentes traumáticos poderiam aumentar o risco de desenvolvimento do transtorno, mesmo que não deixassem seqüelas.

Há estudos de caso que apontaram para ganhos secundários, que o paciente poderia estar obtendo com o transtorno, como por exemplo, maior atenção da família e esquivas de responsabilidades (Braddock, 1982; Sturmey & Slade, 1986). Uma característica interessante apontada em muitos relatos de caso é de que os pacientes com TDC eram considerados pelos pesquisadores como bastante belos (Andreasen & Bardach, 1977; Thomas, 1984; Bloch & Glue, 1988; Figueira et al., 1993; Phillips, 1999; Amâncio, Magalhães, Santos, Peluro, Pires & Pena- Dias, 2002).

Outros autores, de abordagem psiquiátrica ou psicanalítica (Andreasen & Bardach, 1977; Thomas, 1984; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997), destacaram as características e os traços de personalidade mais encontrados em pessoas com TDC: timidez, baixa auto-estima, perfeccionismo, insegurança, traços de personalidade narcisista, obsessivo-compulsiva, evitativa, esquizóide e outras. Phillips (1991) comentou que alguns autores têm sugerido que uma variedade de traços de personalidade pode predispor o TDC.

Phillips e McElroy (2000) avaliaram 148 participantes com TDC, com o objetivo de levantar as desordens e os traços de personalidade mais apresentados. Os resultados demonstraram que era bastante alta a percentagem de desordens de personalidade entre pacientes com TDC. A desordem de personalidade de evitação foi a mais comum (43%),

seguida pela dependente (15%), obsessivo-compulsiva (14%) e paranóide (14%). Os pacientes eram inseguros, tímidos ou reservados, e assim, inassertivos. Os resultados também demonstraram que certos traços de personalidade levantados na literatura, como de personalidade narcisista e obsessivo-compulsiva, não estavam presentes entre a maioria dos participantes. Na explicação desses autores, as características obsessivas deviam-se tipicamente aos sintomas do TDC, ao invés de haver realmente traços de personalidade obsessivo-compulsiva. Alguns autores, como Figueira et al. (1993) e Veale, (agosto, 2002), são contra a idéia de que indivíduos com TDC são narcisistas, defendendo que ocorreria exatamente o contrário, pois estes indivíduos acham-se sistematicamente feios, sofrem com isso, têm vergonha de suas preocupações e queriam apenas ser pessoas “normais”.

A partir das congruências entre os sintomas do TDC e as desordens e traços de personalidade, encontradas no estudo descrito acima, Phillips e McElroy (2000) levantaram questões, que deixaram em aberto, sobre o grau de relacionamento entre esses elementos, perguntando se as características da personalidade existem anteriormente ao TDC e o predispõem; se elas estão presentes antes do transtorno e são temporariamente modificadas e ampliadas pelo TDC; se essas características seriam seqüelas do TDC; ou ainda, se elas simplesmente coexistem com o transtorno sem uma relação causal.

A questão da efetividade dos tipos de tratamento também é controversa. Tem sido citado que o TDC é extremamente difícil de se tratar, 40% a 50% dos pacientes não respondem à medicação e 20% a 30% não melhoram com a terapia cognitivo comportamental (Saxena, Winograd, Dunkin, Maidment, Rosen, Vapnik, Tarlow & Bystritsky, 2001). Geralmente, durante o tratamento, utilizam-se uma série de técnicas psicológicas, farmacológicas e de treinamento de habilidades sociais, de maneira que, no final, não se sabe quais foram os elementos realmente responsáveis pela melhora do paciente (Cromarty & Marks, 1995). Para completar, os estudos sobre tratamento do TDC limitam-se a relatos de casos e pequenos ensaios clínicos não controlados, o que torna a literatura sobre a eficácia dos tratamentos difícil de interpretar (Figueira et al., 1993).

Quase todos os estudos sobre tratamento estão na área da Psiquiatria e exploram o uso da medicação, principalmente dos inibidores da recaptação da serotonina. Um estudo com 30 pacientes com TDC avaliou a alta efetividade do tratamento do TDC com os inibidores da recaptação da serotonina, em comparação com o uso de outras drogas clássicas como benzodiazepínicos, neurolépticos, anticonvulsivantes, entre outros antidepressivos, que produziram um mínimo ou nenhum resultado (Phillips et al., 1993).

Estudos recentes têm demonstrado que as dosagens das drogas inibidoras da recaptação de serotonina devem ser mais altas do que para outros transtornos, como TOC e Transtornos Alimentares, onde também são utilizadas (Phillips, 1999; Rohrich, 2000).

Veale et al. (1996) advertiram que apenas o tratamento farmacológico para o TDC teria um alto risco de recaídas, sugerindo a necessidade do tratamento psicológico. Para Penzel (agosto, 2002) os medicamentos podem reduzir os pensamentos sobre a deformidade, por um período, mas não os eliminam completamente, assim como, um pouco dos comportamentos de checagem e questionamento sobre a aparência podem continuar, mesmo quando os pensamentos são reduzidos. Este autor sugere o tratamento conjunto entre medicação e terapia comportamental como o mais efetivo.

Entre as técnicas psicológicas mais utilizadas para o tratamento do TDC estão as técnicas comportamentais de exposição e prevenção de respostas (Saxena et al., 2001; Veale et al., 1996). A primeira consiste na exposição ou enfrentamento das situações evitadas anteriormente por gerarem ansiedade. A segunda, seria evitar certos comportamentos emitidos anteriormente que tinham a função de diminuir a ansiedade. Ambas as técnicas têm como princípio a extinção da ansiedade, após seu enfrentamento. É comum a construção de uma hierarquia de dificuldades das situações a serem enfrentadas, que é construída juntamente com cada paciente (Caballo & Buelo-Casal, 1996).

A maioria dos estudos de caso utilizou estas técnicas na terapia comportamental cognitiva, juntamente com a reestruturação cognitiva, em que se buscava reestruturar as crenças *irracionais* ou pouco realistas do cliente, para crenças mais racionais, ou seja, mais correspondentes à realidade (Caballo & Buela-Casal, 1996). Entretanto, Marks e Mishan (1988) relataram o tratamento de cinco casos de TDC com exposição e prevenção de respostas, sem nenhum questionamento das crenças *irracionais*. Como todos os pacientes tiveram a diminuição não só dos comportamentos de evitação e da ansiedade, mas também das crenças *irracionais*, os autores concluíram que as crenças poderiam ser tratadas apenas com a terapia comportamental, sem a ajuda da terapia cognitiva. No entanto, somente dois dos pacientes foram tratados apenas com a terapia sem a medicação concorrente.

Em um relato de caso, uma adolescente de 16 anos diagnosticada com TDC foi tratada com exposição, prevenção de respostas e medicação. No final do tratamento pararam os rituais de checagem, todos os sintomas de depressão desapareceram e ela voltou a executar suas atividades diárias, no entanto, suas crenças de que tinha defeitos específicos permaneceram (Sobanski & Schmidt, 2000).

Em um outro estudo, uma adolescente que se queixava sobre ter rugas na testa, foi tratada com treino de assertividade, vindo a melhorar seus comportamentos sociais, mas suas crenças do defeito imaginado também permaneceram (Braddock, 1982).

Cromarty e Marks (1995) relataram o caso de um paciente com TDC que foi inicialmente tratado com exposição e reestruturação cognitiva tendo como resultado a melhora da ansiedade, das fobias, a volta ao trabalho e às atividades de lazer, mas o não desaparecimento das crenças *irracionais*. Quando se acrescentou ao tratamento um *role-play* racional, em que se questionava a racionalidade das crenças através de debates em que o paciente tinha que defender a posição contrária as suas crenças de que tinha um defeito, estas crenças sumiram. Estes autores discutiram que além de ser uma das últimas alternativas para a melhora das crenças, o *role-play* racional poderia ajudar os pacientes a aceitarem o tratamento.

Estes estudos trazem à tona a discussão de se é necessário um componente cognitivo no tratamento do TDC ou se o simples uso das técnicas de exposição e prevenção de respostas seria suficiente. É difícil comparar estas misturas de procedimentos comportamentais e cognitivos, já que em muitos estudos ainda há o acréscimo da medicação. Para Rosen (1997), provavelmente, os dois tipos de procedimentos (comportamental e cognitivo) atuam entre si para o melhor resultado.

Portanto, apesar dos dados de estudos sugerirem que os inibidores da recaptção da serotonina e a terapia cognitivo comportamental seriam os tratamentos mais eficazes para o TDC, a falta de estudos controlados limita quaisquer conclusões a esse respeito. Por isso, vários autores ressaltam a necessidade de que estudos controlados quanto à efetividade do tratamento sejam realizados (Phillips, 1999; Allen & Hollander, 2000).

Transtorno Dismórfico Corporal: Classificação.

Em um estudo sobre a história da classificação da Dismorfofobia, Berrios e Kan (1996) analisaram que a classificação de Morselli em 1886 foi feita de acordo com o conteúdo das queixas. Seguindo a tendência da época, em que o conteúdo dos sintomas era a base para classificações clínicas e etiológicas, Morselli concluiu que os sentimentos e crenças de deformação do corpo consistiam em uma queixa separada, que deveria ter, então, uma etiologia diferente. Para ele uma das características da Dismorfofobia era que deveria haver consciência da doença e, assim, ansiedade concomitante. Ele acreditava que a Dismorfofobia era uma forma de insanidade com uma idéia fixa, classificando-a como

uma forma de Paranóia Rudimentar. Nessa época, a fobia e a obsessão ainda não eram totalmente distinguidas (Berrios & Kan, 1996).

Korkina (1959 apud Berrios & Kan, 1996) relatou que em um estudo de 36 casos de Dismorfofobia, 33 pacientes acreditavam que só tinham um defeito físico, isto é, não tinham *insight* da doença. No caso do TDC, o *insight* se refere a reconhecer que o defeito é imaginado e não real, assim, quanto menor o *insight*, mais próximo das idéias delirantes. Diante disso, Korkina (1959) classificou a Dismorfofobia como uma Síndrome Multiforme, na maioria das vezes com delírio, em que os pacientes tinham problemas em seus relacionamentos interpessoais.

Durante muito tempo, a pesquisa sobre Dismorfofobia foi negligenciada pela psiquiatria americana, enquanto ia sendo bastante desenvolvida na Alemanha e França (Berrios & Kan, 1996). Ela foi descrita com uma grande variedade de nomes na literatura européia, russa e japonesa (Figueira et al., 1999).

Em 1980, o DSM-III classificou a Dismorfofobia como uma desordem Somatoforme Atípica. Foi apenas em 1987, que o DSM-III-R a considerou como um Transtorno Somatoforme particular, denominando-o de Transtorno Dismórfico Corporal. O termo Dismorfofobia foi considerado pelos autores do DSM como inadequado, porque o transtorno não envolvia uma evitação fóbica (Figueira et al., 1999).

A CID-10 (1993) não considera o TDC como uma entidade nosológica distinta, considerando-o como um Transtorno Hipocondríaco não delirante, devendo ser codificado como outros transtornos delirantes quando houver delírio.

O DSM-III-R dividiu o transtorno em Transtorno Delirante de Tipo Somático e Transtorno Dismórfico do Corpo, de acordo com a presença ou não de crença com natureza delirante, respectivamente. Essa visão tem permanecido no DSM-IV(1995), em que os indivíduos com TDC podem receber um diagnóstico adicional de Transtorno Delirante de Tipo Somático, caso sua preocupação com um imaginado defeito na aparência tiver uma intensidade delirante.

No DSM-IV(1995) é recomendado que os clínicos registrem tantos diagnósticos quantos forem necessários. O manual ensina que quando houver a presença de mais de um diagnóstico, deve-se dar predominância a um sobre os outros, especificando-o como o diagnóstico principal e aos demais, como diagnósticos secundários ou adicionais. Porém, o próprio DSM-IV reconhece que, em alguns casos, o limite entre os diagnósticos é particularmente difícil de se traçar.

De acordo com o DSM-IV(1995) o TDC pode estar associado com os seguintes transtornos: Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Delirante, Fobia Social e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).

As questões de classificação do TDC, como um transtorno separado que apresentaria comorbidades com outras síndromes, ou como um *spectrum* (ou subtipo) de outros transtornos, geram bastantes discordâncias na literatura da área (Phillips, Gunderson, Mallya, McElroy & Carter, 1998). A questão sobre como a presença de *insight* no TDC deveria influenciar a classificação, isto é, se o TDC e sua variante conhecida como Desordem Delirante de Tipo Somático são dois transtornos diferentes ou um único, está entre as maiores polêmicas discutidas.

Alguns autores discordam da posição do DSM-IV(1995), em que a presença ou ausência de delírio dividiria o TDC em duas síndromes distintas. Outros, como Berrios e Kan (1996) concordam com essa divisão. Em sua análise histórica sobre o TDC, esses autores chegaram à conclusão que essa divisão é justificada porque antes do DSM-III, já se via as diferenças entre grupos de pacientes com delírio e sem, o que sugeriria, segundo os autores, que esses dois grupos de pacientes não fariam parte de um contínuo de severidade.

Essa não foi a posição de Phillips et al. (1993) em um estudo clássico da literatura que avaliou em 30 pacientes com TDC as associações entre as psicopatologias, através de uma entrevista semi-estruturada, uma entrevista clínica estruturada e a obtenção das histórias de vida. Nesse estudo, todos os 30 pacientes tinham tido, pelo menos, um outro tipo de transtorno psiquiátrico, sendo mais comuns os transtornos de humor (93%), os transtornos de ansiedade (73%) e os transtornos psicóticos (33%). Entre os pacientes, 53% apresentaram idéias supervalorizadas, ou seja, idéias que ficam entre o pensamento delirante e o pensamento não delirante ou racional. Estes pacientes não eram totalmente convencidos de que seus defeitos não eram reais, mas às vezes, admitiam que suas idéias poderiam ser “loucas”. Dos pacientes, 40% tinham preocupações delirantes, isto é, estavam totalmente convencidos de que seus defeitos e preocupações eram reais. Apenas 7% dos pacientes tinham um bom *insight* de que o defeito era imaginado e não real. Diante desses resultados, Phillips et al. (1993) sugeriram que as duas variações do TDC, com delírio e sem delírio, deveriam ser consideradas como um só transtorno. Esses autores argumentaram que a crença de que realmente tinha um defeito variava em um mesmo paciente, sendo às vezes convencido de que não tinha o defeito e outras não, o que não poderia caracterizar dois transtornos distintos. Além disso, os pacientes com preocupações delirantes não eram diferentes dos pacientes sem delírio em termos de dados demográficos,

fenomenologia, características associadas, curso, associações psicopatológicas e resposta ao tratamento. Seguindo essa perspectiva, estudos têm demonstrado que pacientes com TDC tanto com preocupações delirantes, como sem preocupações delirantes, respondem igualmente aos medicamentos inibidores da recaptção da serotonina (Phillips, McElroy, Dwight, Eisen & Rasmussen, 2001; Phillips, Albertini & Rasmussen, 2002).

Alguns autores consideram que devido ao pobre *insight* (sobre reconhecer que o defeito não é real), o TDC deveria ser classificado como um tipo de Transtorno Psicótico. Entretanto, outros alegam que como o grau de *insight* varia ao longo do curso do transtorno, indo desde uma preocupação com a aparência, uma obsessão, uma idéia supervalorizada, podendo chegar ao franco delírio, o transtorno deveria ser considerado como independente (Birtchenell, 1988; Phillips et al., 1993).

Há aqueles que consideram que a presença ou ausência de *insight* não é produtiva para a classificação do TDC, pois essas variações também se dão em outros transtornos como o TOC, Depressão Maior e mesmo na Fobia Social (Figueira et al., 1993).

Outros relacionam a piora dos sintomas do TDC à diminuição do *insight*. Em um estudo Phillips (2000) avaliou 62 pacientes com TDC através da auto-aplicação de questionários de qualidade de vida. As propriedades de saúde mental foram todas piores para participantes com TDC em comparação com as normas da população geral e de pacientes com Depressão, diabetes e infarto no miocárdio. Os resultados também demonstraram que quanto maior era o grau de delírio, pior foi a avaliação da qualidade de vida. A partir desses dados, Phillips (2000) concluiu que pacientes com delírio, apresentariam sintomas mais severos de TDC, estando num estágio mais grave do transtorno.

Vários autores, assim como Phillips et al. (1993), avaliaram as relações do TDC com cada uma das comorbidades geralmente apresentadas pelos pacientes.

Figueira et al. (1993) concordaram com a posição defendida por Phillips (1991), de que o TDC não é uma variante da Esquizofrenia, pois, apesar de atingir intensidade delirante, os sintomas nucleares da Esquizofrenia estariam ausentes. Além disso, o TDC não responde bem às medicações antipsicóticas.

O TOC é considerado por muitos autores como o transtorno que mais teria relações com o TDC. As semelhanças entre os dois transtornos devem-se à presença no TDC das características mais marcantes do TOC: as obsessões e compulsões. Petribú e Oliveira (1999) supuseram que deveria haver um contínuo entre os dois transtornos e consideraram o TDC como um *spectrum* do TOC, devido a terem o mesmo curso clínico, as mesmas

comorbidades, histórias familiares semelhantes, as mesmas anormalidades biológicas, transitarem de uma síndrome a outra ao longo do tempo, responderem similarmente ao mesmo grupo farmacológico (os inibidores da recaptação da serotonina) e a abordagens terapêuticas semelhantes. Apesar dessas semelhanças, esses autores destacaram as seguintes diferenças entre os dois transtornos: a maioria dos pacientes com TDC não faz crítica adequada em relação aos seus sintomas, ao contrário da maior parte de pacientes com TOC que têm bom *insight* de suas idéias; o TDC parece ter pior evolução, pois os pacientes casam menos, têm mais transtornos de personalidade, mais Depressão e Fobia Social, maiores tentativas de suicídio e o funcionamento social e ocupacional é bastante prejudicado. Estas diferenças estão de acordo com os resultados encontrados em outros estudos como o de Albertini e Phillips (1999).

Saxena et al. (2001) estudaram 107 pacientes com TDC (11) ou TOC (96). Os pacientes foram tratados, por seis semanas, com terapia cognitiva, medicação e reabilitação psicossocial. Todos foram avaliados antes e após o tratamento, sendo comparadas as características clínicas, severidade de sintomas e resposta ao tratamento. Nos resultados apresentados, os pacientes com TDC e TOC tinham o mesmo nível de idade, sexo, duração de tratamento, prevalência de comorbidade com a Depressão Maior e responderam igualmente ao tratamento, melhorando significativamente. No entanto, nos pacientes com TDC havia maior severidade de sintomas depressivos e de ansiedade.

Também comparando o TDC e o TOC, Figueira et al. (1993) destacaram que, apesar das semelhanças dos sintomas, no TDC os pensamentos seriam mais idéias supervalorizadas do que obsessivas. Em um estudo para avaliar a validade preditiva de uma escala de idéias supervalorizadas, Neziroglu et al. (2001) compararam os níveis de idéias supervalorizadas de pacientes com TDC e TOC, assim como os resultados de tratamentos com terapia comportamental. Esses autores concluíram que a partir da severidade de idéias supervalorizadas pode-se prever a efetividade da terapia comportamental, pois quanto maior for esse nível em uma linha de base, menores ou mais demorados serão os resultados. A partir desses dados eles destacaram que a maior intensidade de idéias supervalorizadas, em pacientes com TDC, caracterizaria este transtorno com uma maior severidade de sintomas do que o TOC.

Apesar da maioria dos autores concordar que a maior característica que pode demonstrar a relação do TDC com o TOC é a resposta aos inibidores da recaptação da serotonina, Figueira et al. (1993) denunciaram que a hipótese serotoninérgica seria muito frágil. Segundo eles o sistema nervoso central é muito complexo, os neurotransmissores

interagem de modos muito diferentes e as medicações interagem com tão diversos receptores, que hipóteses desse tipo se tornam simplistas e precipitadas. Para esses autores alguns estudos que destacam a maior afinidade do TDC e o TOC, em comparação com outros transtornos psiquiátricos, defenderiam interesses econômicos relacionados à indústria farmacológica, que angaria fundos para pesquisas.

Dentro da linha de que o TDC seria um *spectrum* do TOC, Petribú e Oliveira (1999) apresentaram a Dismorfia Muscular como um subtipo do TDC, que se daria em pessoas predispostas a desenvolverem o TOC. A Dismorfia Muscular é caracterizada pela intensa preocupação de que os músculos do corpo não estão suficientemente definidos, o que leva os pacientes a desenvolverem atividades compulsivas com o intuito de tornarem seus músculos mais desenvolvidos: fazendo exercícios físicos durante muitas horas por dia, dando atenção especial à dieta, usando drogas esteróides e anabolizantes para melhorar o desempenho. A idéia de que o corpo não está suficientemente trabalhado é falsa, pois os pacientes com Dismorfia Muscular são invariavelmente mais musculosos do que pessoas da população normal e, até mesmo, mais do que fisioculturistas.

Outros autores destacam que além das relações entre o TOC e o TDC, deveria se dar atenção às relações deste transtorno com a Fobia Social. Savóia (2000) defendeu que dos transtornos psiquiátricos, aquele que mais se assemelharia em critérios diagnósticos com a Fobia Social seria o TDC. Entre as semelhanças destacadas entre esses dois transtornos estão: ambos são caracterizados por medo de avaliação negativa ou medo de crítica e comentários adversos sobre a aparência; isolamento social por causa da alta ansiedade; esquiva de situações sociais (Wilhelm, Otto, Zucker & Pollack, 1997; Savóia 2000). A falta de habilidades sociais também pode estar presente (Savóia, 2000).

Phillips e McElroy (2000), em seu estudo de levantamento de traços e desordens de personalidade em pacientes com TDC, também hipotetizaram que haveria uma relação entre o TDC e a Fobia Social, pois os resultados de traços de personalidade para o TDC foram mais similares àqueles encontrados na Fobia Social.

Além de destacar as semelhanças, Savóia (2000) comentou sobre os principais aspectos que diferenciam o TDC da Fobia Social. Segundo ela, os pacientes com TDC estão mais preocupados em como os outros irão perceber sua aparência e “feiúra”, enquanto os pacientes com Fobia Social se preocupam mais com a avaliação que os outros farão do seu desempenho ou em serem inadequados em situações sociais.

Com o objetivo de analisar a relação entre o TDC e os transtornos de ansiedade, Wilhem et al. (1997) analisaram 165 participantes, que foram avaliados através de uma

entrevista estrutural clínica. Esses pacientes receberam os seguintes diagnósticos primários: Desordem de Pânico (80), TOC (40), Fobia Social (25) e Desordem de Ansiedade Generalizada (20). Do total de participantes 6,7% reuniu os critérios de TDC. A percentagem de pacientes com TDC foi mais alta para aqueles diagnosticados com Fobia Social (12%). Em todos os casos o início da Fobia Social precedeu o início do TDC. Além disso, pacientes com o diagnóstico de Fobia Social e comorbidade com o TDC tinham uma idade de início da Fobia Social anterior do que em pacientes sem o TDC. Diante desses dados, os autores sugeriram um curso etiológico do TDC, dizendo que quando a tendência à Fobia Social se desenvolve cedo e persiste, pode prover um terreno fértil para a emergência da auto-avaliação e, assim, para o TDC.

O estudo de Phillips et al. (1993) também encontrou que a Fobia Social precedeu o TDC em aproximadamente todos os pacientes (12 de 15), ocorrendo no mesmo ano apenas em três deles.

No estudo em que Albertini e Phillips (1999) avaliaram 33 crianças e adolescentes com TDC, a comorbidade mais encontrada foi a Depressão Maior, seguida de TOC e Fobia Social. Na maioria dos casos o início da Fobia Social precedeu o TDC, por no mínimo um ano (80%), enquanto que o TOC precedeu o início do TDC em 40% dos casos. Já a Depressão Maior precedeu o início do TDC em apenas 17% dos casos. Estes resultados estão de acordo com aqueles encontrados no estudo de Phillips et al. (1993) nos 30 casos de TDC avaliados. Neste estudo, muitos pacientes atribuíram suas depressões e tentativas de suicídio ao TDC e muitos notaram que os sintomas depressivos acompanhavam a melhora e a piora dos sintomas do TDC. A partir dos dados coletados quanto à história de vida dos 30 pacientes, viu-se que grande parte dos transtornos apareceu depois do início do TDC e eram atribuídos pelos pacientes às suas preocupações com a aparência. Diante desses dados e dos resultados do tratamento, a que os pacientes respondiam independente dos transtornos comórbidos, Phillips et al. (1993) defenderam uma classificação separada ao TDC, que teria suas características próprias e se daria com flutuações acompanhadas por outros transtornos. Figueira et al. (1993) expressaram seu acordo com essa visão.

Em um artigo bastante detalhado, Phillips (1999) buscou discutir as relações entre o TDC e a Depressão. Segundo a autora, estudos mais recentes e amplos têm demonstrado que há mais altas porcentagens de Depressão em pacientes com TDC do que os estudos anteriores relataram. Além disso, tem sido mostrado que o TDC pode ser relativamente comum entre pacientes com Depressão Maior. Ela também destacou que dados de estudos sugerem que o TDC pode estar associado com um início precoce da Depressão crônica,

pois pacientes com TDC têm o início de Depressão Maior mais cedo do que pacientes sem TDC. A partir dessas relações, esta autora levantou duas questões. A primeira foi se o TDC seria um sintoma da Depressão. Ela respondeu que não, pois há sintomas característicos daquele distúrbio, como preocupações obsessivas e comportamentos compulsivos, que não são observados na Depressão. Outro fator que descartaria essa hipótese é que pacientes com TDC apenas respondem aos inibidores da recaptação da serotonina e mais a nenhum antidepressivo. Além disso, na maioria dos casos, o TDC precede a Depressão. A outra questão levantada foi se a Depressão seria um sintoma do TDC. A autora afirmou que embora em muitos casos, os pacientes atribuam a Depressão aos sintomas do TDC, como se eles causassem a Depressão, por outro lado, há casos em que a Depressão precede o TDC. Portanto, apesar de alguns estudos sugerirem que a Depressão seria secundária ao TDC, isso nem sempre acontece. Diante desse impasse, Phillips (1999) defendeu que deve haver uma relação mais complexa entre o TDC e a Depressão, que considere essa relação heterogênea e vá além dessas questões. Ela sugeriu que uma visão a ser considerada é de que o TDC pode ser um *spectrum* dos Transtornos Afetivos. Ela explicou que de acordo com esse modelo, uma linha de anormalidade comum causa (ou no mínimo predispõe) tanto o TDC, como a Depressão. Assim, defendeu que embora os estudos hipotetizem que o TDC estaria mais relacionado com o TOC e a Fobia Social do que com a Depressão, na verdade, o TDC estaria relacionado com todos os três transtornos.

Como se vê, as pesquisas em relação ao diagnóstico diferencial do TDC com relação a outros transtornos ainda encontra pontos de sobreposição e está apenas no início. A maioria dos estudos feitos até então, não foram controlados, nem sistemáticos. Um exemplo é o estudo de Phillips et al. (1993), realizado com 30 casos de TDC. Este estudo apresentou limitações, por não ter tido um grupo controle e a amostra ter sido retirada de uma população psiquiátrica, podendo ter dado margem à constatação de tantos transtornos comórbidos. Por isso, vários autores sugerem a necessidade de se fazer estudos empíricos que esclareçam melhor as relações do TDC com outros transtornos (Savóia, 2000; Phillips, 1999), para melhor classificá-lo.

Das Classificações Psiquiátricas à Avaliação Comportamental

A classificação dos transtornos psiquiátricos sofreu grandes mudanças ao longo do tempo. Em um estudo histórico, sobre as mudanças nas classificações dos transtornos mentais, Pessotti (1999) concluiu que o conceito básico de loucura variou pouco desde a

Antigüidade até os dias de hoje, mas que o número de espécies ou subespécies atribuídas à loucura, ou os transtornos mentais, variou e continua variando muito de um período a outro.

Até o início do século XX, os estudiosos acreditavam que a origem de todos os transtornos mentais estava na patologia orgânica do cérebro (Martinelli, 1997). Os esforços para a classificação se concentravam na etiologia dos transtornos. No entanto, apesar de todos os avanços da medicina e os bons resultados na aplicação de psicofármacos no tratamento psiquiátrico, muitas perguntas ainda estavam sem respostas. Por exemplo, muitos dos pacientes com os mesmos sintomas de um transtorno mental não demonstravam as mesmas alterações fisiológicas (Coleman, 1974 apud Martinelli, 1997). Assim, começou surgir a necessidade de se buscar novas variáveis (Martinelli, 1997).

Com uma proposta que enfatizava a importância da reação total do indivíduo, englobando as visões biológica, psicológica e social para a interpretação dos distúrbios mentais, Adolf Meyer influenciou grandemente a classificação do DSM-I, publicado em 1952. Nessa época, propôs-se que as desordens não fossem consideradas como doenças existentes, mas como “reações psicobiológicas” para a tensão ambiental (Martinelli, 1997).

O termo doença, que implica em um diagnóstico etiológico, foi substituído pelo termo transtorno, cujo diagnóstico é sindrômico. Esse tipo de diagnóstico se compromete apenas com o quadro clínico presente, isto é, com os sintomas ou com conjuntos deles (síndromes). Para Pessotti (1999) a classificação baseada na sintomatologia seria, na verdade, uma sutil esquivada da questão das causas dos transtornos.

Amaral (1996) também criticou a classificação baseada em sintomas, lembrando que trouxe a possibilidade de diagnósticos múltiplos, que era anteriormente dificultada pela classificação etiológica.

Já no DSM-II o termo “reação”, proposto por Adolf Meyer, foi abandonado, devido à preocupação em não se adotar nenhum posicionamento teórico, o que vem sendo buscado nas três últimas revisões do DSM. A necessidade de se adotar um sistema atóxico para a classificação dos transtornos mentais, especialmente quanto à etiologia, deve-se à ausência de um consenso sobre qual abordagem teórica explicaria os fenômenos comportamentais em sua totalidade. Um sistema atóxico teria a vantagem de ser usado por todos os profissionais. Isto é o que tem sido visto com o uso cada vez maior dos manuais entre os profissionais da saúde mental e áreas afins (Nathan, 1994).

Tanto na CID-10 (1993), quanto no DSM-IV(1995), busca-se que o diagnóstico dos transtornos não contenha implicações teóricas quanto às causas ou prejuízos associados. As

classificações seriam apenas um conjunto de sintomas descritos, formulados a partir de um grande número de concordâncias de conselheiros de diversos países e culturas, para se definir os limites das categorias dos transtornos (CID-10, 1993).

Ambos os manuais de classificação, concordam que um transtorno é um conjunto de sintomas, ou comportamentos, clinicamente reconhecível, associado a sofrimento e interferência nas funções pessoais. Além disso, havendo a presença de sintomas como uma resposta previsível e culturalmente aceita, devido a um determinado evento, como por exemplo depressão frente à morte de um ente querido, não deverá ser considerado um transtorno (DSM-IV, 1995).

Essa condição dá margem à discussão da diferenciação dos modelos categorial e dimensional. No primeiro, a normalidade se diferencia dos transtornos mentais, que se diferenciam entre si devido a sua natureza intrínseca, sendo qualitativamente diferentes. Já no modelo dimensional, considera-se que exista um contínuo tanto entre a normalidade e um transtorno, quanto entre os transtornos em si, podendo um se transformar no outro (Amaral, 1996). O DSM-IV (1995) chega a comentar a proposta de uma classificação dimensional citando que, apesar de suas vantagens, ainda não existe um consenso sobre que dimensões perfeitamente adequadas poderiam ser usadas para fins de classificação, mas que, provavelmente, no futuro, com o avanço das pesquisas, poderá haver maior aceitação dos sistemas dimensionais. Amaral (1996) criticou que o DSM-III e suas versões posteriores e a CID-10 definem-se categoriais, mas que não deixam muito clara essa opção.

Apesar de serem pautados em evidências empíricas e em um enfoque descritivo que tenta ser neutro em relação às teorias etiológicas (DSM-IV, 1995), os manuais dos transtornos mentais são criticados quanto à tentativa de se alcançar o ateoricismo. A própria tentativa de se arranjar informações em um sistema classificatório, não pode ser neutra desde o princípio (Amaral, 1996; Martinelli, 1997).

Atualmente, chama-se o esquema de avaliação dos transtornos mentais de multiaxial, que integraria as síndromes clínicas, os estressores psicossociais e o nível de funcionamento psicológico, ocupacional e social do paciente, caracterizando uma visão global do homem e a busca por uma melhor qualidade de vida (Amaral, 1996). Em um relatório sobre a saúde no mundo, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (2001), exemplificaram essa visão:

Sabemos hoje, que a maioria das doenças, mentais e físicas, é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nossa

compreensão do relacionamento entre saúde mental e física vem crescendo rapidamente. Sabemos que os transtornos mentais resultam de muitos fatores e têm a sua base física no cérebro (p.14).

O que parece, é que na tentativa de abranger todas as concepções teóricas, a classificação psiquiátrica usou várias das explicações vigentes, sem se aprofundar em cada uma delas, o que resultou em uma classificação superficial dos transtornos mentais, baseada em aspectos observáveis, isto é, em sintomas, que poderiam ser causados por múltiplos fatores, cuja forma de atuação não é definida. Para Pessotti (1999):

E, sem o conhecimento da natureza das formas de loucura (e da própria loucura, genericamente entendida); sem poder especificar os fatores etiológicos das diferentes manifestações da alienação, restam os critérios sintomáticos, e as divisões formais, ou “artificiais” (p.216).

Pessotti (1999), ao analisar as várias classificações dos transtornos mentais e suas fragilidades, disse entender porque depois de tantas tentativas fundadas em pressupostos teóricos a psicopatologia tenha chegado, na segunda metade do século XX, a uma classificação eminentemente “administrativa”, como a do Manual Diagnóstico e Estatístico: Distúrbios Mentais (DSM). Como o próprio nome o define e como explica sua origem, a necessidade de coletar informações estatísticas dos transtornos mentais, o DSM constitui-se num manual puramente estatístico.

Não se pode negar que tal classificação estatística tem suas utilidades. A comunicação entre diferentes profissionais da área da saúde mental, as divulgações de pesquisas, a estatística de seguros de saúde, a catalogação hospitalar, entre outros fatores, necessitam de uma linguagem comum. Talvez esses fatores expliquem a acentuada preocupação com a classificação dos transtornos mentais e suas constantes mudanças, em busca de um aprimoramento, ao longo do tempo.

Vários autores ressaltaram as influências do momento histórico e da cultura vigente em relação às classificações psiquiátricas (Amaral, 1996; Martinelli, 1997; Pessotti, 1999). Para Pessotti (1999) as mudanças sócio-culturais alterariam: as incidências de um ou outro padrão de alienação; os conteúdos afetivos do delírio e do sofrimento do paciente; a incidência maior ou menor de certos fatores causais; a preponderância de algum fator causal sobre outros. Nathan (1994) evidenciou que fica sob a responsabilidade dos autores dos manuais decidir sobre uma ou outra questão levantada pela política popular. Um exemplo atribuído às mudanças culturais é a retirada do homossexualismo do rol dos transtornos descritos no DSM-IV (1995). O próprio DSM-IV (1995) e a CID-10 (1993) comentam o caráter constantemente mutável das classificações dos transtornos.

A preocupação com a classificação psiquiátrica vigente não se dá em relação às utilidades descritas anteriormente, mas ao fato de que muitos profissionais têm feito o uso indiscriminado dos manuais classificatórios, limitando o entendimento e tratamento dos transtornos. Segundo Amaral (1996):

A apresentação de uma descrição sistemática, de um glossário, com a incorporação de critérios diagnósticos, acabou levando à falsa ideia da elaboração de um arremedo de um tratado de psiquiatria. Causou, ainda, a falsa impressão de que a experiência clínica pode ser substituída pela memorização de listas de sintomas (p.459).

Outro fator, bastante preocupante e, por isso, criticado é o efeito da utilização de rótulos diagnósticos para os pacientes. Discute-se o quanto o uso acentuado e irrestrito dos rótulos resulta na estigmatização e todos os problemas adjacentes a ela (Martinelli, 1997). Segundo Sidman (1995) "... o rótulo 'doença', mais provavelmente causará sofrimento, do que curará sofrimento" (p. 195).

O DSM-IV (1995), numa tentativa de tratar essa questão dos rótulos, alerta que a classificação dos transtornos mentais deve classificar os transtornos que as pessoas apresentam e não elas em si. Entretanto, sabe-se que isso não acontece assim, de maneira tão simples.

Em um estudo de levantamento Martinelli (1997) concluiu que o uso dos manuais estatísticos (DSM e CID) tem aumentado entre os terapeutas comportamentais e cognitivo comportamentais, que os utilizam para múltiplas funções como uma alternativa para a avaliação comportamental. Entre os motivos que caracterizariam o crescimento do uso dos manuais entre esses profissionais estaria a falta de uma alternativa comportamental, menos dispendiosa, que lide com um conjunto de psicopatologias que atualmente passaram a fazer parte dos atendimentos clínicos. O autor expressa a preocupação de que com a consolidação da abordagem sindrômica (baseada em sintomas), entre os terapeutas comportamentais, se torne impossível uma alternativa de avaliação comportamental. Assim, sugere investimentos em pesquisas básicas e aplicadas que tragam novas contribuições à discussão sobre psicopatologia na Análise do Comportamento.

Vários analistas do comportamento (Kanfer & Saslow, 1973; Amaral, 2001a; Meyer, 2001; Torós, 2001) discutem as diferenças entre as classificações psiquiátricas e a avaliação comportamental. Consideram o diagnóstico psiquiátrico baseado apenas na forma (topografia) da resposta (sintomas) e os critérios construídos a partir da comparação com a média da população. Sendo apenas baseada na descrição das respostas, ou em sua

frequência, essa seria uma classificação limitada pois não explicaria o desenvolvimento das respostas ou as variáveis que as determinam e mantêm.

O terapeuta comportamental, ao contrário de outras abordagens teóricas, não considera um problema de comportamento como uma doença, e assim, não considera que existam sintomas e causas subjacentes a eles. Ele simplesmente modifica um determinado padrão de comportamento sob um certo conjunto de condições ambientais (Whaley & Malott, 1980).

A avaliação comportamental seria uma oposição ao modelo topográfico, porque buscaria variáveis ambientais relacionadas à instalação e manutenção do comportamento, o que possibilitaria descobrir quais caminhos de intervenção terapêutica deveriam ser usados. Nesse sentido, Meyer (2001) argumenta que “O DSM e o CID fornecem dicas importantes sobre que aspectos podem ser investigados, mas não são instrumentos para predição e controle do comportamento.” (p.33).

Para a Análise do Comportamento todos os comportamentos são multideterminados. Não existe uma única causa ou um agente iniciador que explique a emissão de um comportamento. Segundo Matos (1999) o que há são muitas e diferentes variáveis atuando em conjunto, de modo que não se deveria falar em causas, nem em causação múltipla, pois tudo o que existe são relações entre eventos ou entre variáveis.

A relação de dependência entre eventos ambientais ou entre variáveis comportamentais e ambientais pode ser chamada de contingência (Skinner, 1953/2000).

Desse modo, para se estudar um comportamento deve-se investigar estas relações entre eventos, também denominadas de relações funcionais, uma vez que explicam quais são as funções de um determinado comportamento para o indivíduo. É a análise funcional que deveria explicar e prever o tipo de interações que um indivíduo tem estabelecido e mantido com seu ambiente (Gálvez, Prieto & Nieto, 1991).

Portanto, a análise funcional seria uma análise das contingências responsáveis pelos comportamentos (Mallot, Whaley & Mallot, 1997).

Para um funcionalista, comportamentos evoluem (isto é, se modificam) porque têm uma função de utilidade na luta pela sobrevivência do indivíduo; evoluem porque de alguma maneira representam um mecanismo de lidar com ambientes complexos. Assim por exemplo, um comportamento estranho jamais é dito “patológico”, pelo analista comportamental; se ele ocorre é porque de alguma maneira ele é funcional, tem um valor de sobrevivência (Matos, 1999, p.11).

Assim, o analista do comportamento não irá se preocupar apenas com a topografia do comportamento, mas, principalmente, com sua função, para o indivíduo, num determinado ambiente. Seguindo essa perspectiva o TDC poderia ser entendido como classes de respostas selecionadas e desenvolvidas, ao longo da vida do indivíduo, a partir de suas interações com o meio.

Não se descarta a utilidade do diagnóstico ou dos manuais psiquiátricos, uma vez que eles permitem prever algumas respostas (sintomas), mas se considera limitada sua capacidade para prever e controlar o comportamento ou as variáveis de que é função, e assim, alterá-los. (Kanfer & Saslow, 1973; Skinner, 1953/2000; Meyer, 2001).

Os métodos de coleta de dados para uma análise funcional aqui descritos diferem dos enfoques psiquiátricos tradicionais somente pelo fato de exigirem a inclusão do ambiente físico e social em que o paciente realmente opera. Somente uma avaliação completa das condições de vida e de trabalho do paciente e de seu estilo de vida poderá permitir uma descrição dos problemas reais que o paciente enfrenta e a especificação das medidas a serem tomadas para alterar a situação problemática (Kanfer & Saslow, 1973, p. 225).

Essa análise implica na consideração de cada caso como único, ao contrário das classificações psiquiátricas que buscam médias estatísticas.

De Rose (1982) define Skinner como um dos mais ferrenhos adversários dos métodos estatísticos no estudo do comportamento, pois considerava que a utilização de dados médios da população vinha a obscurecer as diferenças individuais, que geraria o perigo de se fazer generalizações que não fossem verdadeiras para cada indivíduo concreto.

Segundo Martinelli (1997), a maior contribuição de Ferster em 1972 foi demonstrar que o simples uso de um rótulo diagnóstico e da descrição topográfica para um transtorno, encobriria as características da manifestação idiossincrática de cada indivíduo, principalmente quanto a sua origem e manutenção.

Essa é a posição que ainda se mantém entre os analistas do comportamento, como defende Andery (1999) ao dizer que “...cada indivíduo de uma espécie, descontados os limites filogenéticos, passa a ser um indivíduo no sentido de possuir um repertório de comportamentos que é sempre necessariamente diferente dos outros membros de sua espécie” (p. 203).

De acordo com Meyer (2001) a história de vida de um indivíduo é essencial para a compreensão de seu comportamento atual. Somente considerando a história e as variáveis mantenedoras do comportamento de cada indivíduo é que se conseguirá descobrir qual é a

função dos comportamentos problemáticos e assim alterá-la. Para Gálvez, Prieto e Nieto, (1991) a análise funcional de cada indivíduo chegaria à incidência (em medidas e combinações distintas) de uma série de variáveis habitualmente relevantes na explicação do comportamento.

Outra limitação de diagnósticos centralizados em sintomas, é que geralmente se focaliza a atenção sobre um conjunto de comportamentos que é irrelevante com respeito ao quadro total da vida do paciente, uma vez que os sintomas podem constituir simples conseqüências de outros aspectos importantes (Kanfer & Saslow, 1973). “A Avaliação na terapia comportamental é contínua, interativa e autocorretiva, não tendo como produto final o estabelecimento de um rótulo ou diagnóstico para tratamento, sendo que a avaliação não é orientada para uma patologia” (Martinelli, 1997, p.57).

Vários analistas do comportamento definiram o diagnóstico comportamental como um processo contínuo totalmente integrado ao tratamento. (Kanfer & Saslow, 1973; Martinelli, 1997; Amaral, 2001a; Torós, 2001).

Alguns autores comentam a semelhança do trabalho do analista do comportamento em um caso único com o trabalho do cientista. Essa semelhança estaria na formulação contínua de hipóteses a partir de dados obtidos, que serão constantemente testadas e influenciarão na determinação das variáveis de controle, na seleção de uma intervenção e, ainda, na avaliação dessa intervenção (Gálvez, Prieto & Nieto, 1991; Martinelli, 1997).

Segundo Amaral (2001a) poder-se-ia dizer que “O estudo de caso resulta em uma seqüência e adota uma metodologia semelhante à da pesquisa, mas, em geral, difere dela em níveis tais como mensuração, registro, controle e comunicação dos resultados” (p.118).

Para Gálvez, Prieto e Nieto (1991) a análise de cada caso deve ser guiada pela fidelidade dos dados, que devem ser recolhidos de maneira objetiva, seja por entrevistas, auto-registros, observação direta, entre outros. Elas partem do pressuposto de que os dados são suficientes para a compreensão da análise funcional. Segundo estas autoras o modelo de análise funcional não levaria a apenas uma hipótese, mas ajudaria a detectar aspectos, que com suas distintas combinações e pesos, resultariam em uma variedade de hipóteses possíveis. Então, apenas quando essas hipóteses fossem colocadas à prova, é que se poderia determinar a exatidão ou a refutação de cada hipótese, na predição de como uma determinada interação se produz. Uma maneira de colocar as hipóteses à prova seria avaliar o resultado das intervenções selecionadas.

A análise funcional poderia ser considerada como um método de pesquisa, tão válido como outros métodos, uma vez que se baseia na observação e descrição dos

comportamentos. Para Amaral (2001a) a análise funcional “tem uma função descritiva, mas tem, também, principalmente, uma função explicativa” (p.118).

Portanto, as vantagens de se estudar um caso único e de se entender os problemas de comportamento, ou transtornos, a partir de uma análise funcional, são inúmeras. No entanto, uma avaliação comportamental é bastante complexa, trazendo dificuldades entre aqueles que se propõem a fazê-la.

Meyer (2001) lembra que uma das dificuldades em se conduzir a análise funcional completa, no ambiente terapêutico, é a impossibilidade de se ter acesso e controle de todas as variáveis. No entanto, recordando Skinner (1953/2000), ela alerta que a complexidade não deve desanimar os terapeutas comportamentais nesse caminho.

Hayes, Wilson, Gifford e Follette (1996) também fazem especulações sobre as dificuldades de se estabelecer uma alternativa comportamental às classificações psiquiátricas. Para estes autores a análise funcional clássica é, às vezes, vaga, difícil de replicar e de ser testada empiricamente. Acreditam que estas seriam algumas das razões para que a análise funcional não tenha progredido em seu começo promissor. Diante disto, eles propõem, como solução possível, o desenvolvimento de dimensões diagnósticas funcionais que viriam substituir o modelo sindrômico.

Para os autores, o modelo sindrômico, que fundamenta o sistema de classificação do DSM e CID, foge aos propósitos da psicologia porque ignora o desenvolvimento, o funcionamento e o contexto em que ocorre o comportamento, em favor de um modelo médico. Uma vez que a classificação sindrômica buscava identificar coleções de sintomas, com a finalidade de conhecer a etiologia, o curso e resposta ao tratamento, ela estaria se referindo a doenças. Como o modelo sindrômico propõe uma classificação atórica quanto à etiologia, o número de síndromes descritas, baseadas em distinções topográficas refinadas, tem crescido enormemente, pois não há um controle e identificação de processos etiológicos comuns. Na visão dos autores, estas síndromes são arbitrarias quanto à funcionalidade. Assim, tal modelo tem problemas, pois diferentes causas podem ter topografias iguais, assim como, diferentes topografias podem ter causas comuns, além do que, quando não se dá atenção à etiologia, a classificação tem pouca utilidade para o tratamento psicológico.

O modelo, definido como funcional dimensional, proposto por Hayes et al. (1996), buscava trabalhar no sentido oposto do modelo sindrômico, pois ao invés de apenas identificar coleções de sinais e sintomas, primeiramente, identificaria os processos funcionais, para só depois, retornar e identificar as topografias de respostas (sintomas)

resultantes desses processos. Nesse enfoque, a topografia da resposta não é a base para a classificação, mas os comportamentos e classes de comportamento que são organizadas em processos que as teriam produzido e mantido.

A classificação funcional dimensional envolve organizar diagnósticos de acordo com processos comportamentais (portanto funcionais) e estes processos como sendo um contínuo (portanto dimensionais) ao invés de categóricos (Friman, Hayes & Wilson, 1998).

Essa alternativa está fundamentada na análise funcional clássica, pois considera os processos de etiologia e manutenção dos comportamentos, mas vai além dela, buscando aglutinar várias performances (ou topografias de resposta) de uma ou várias pessoas em uma grande categoria com métodos de avaliação definidos e recomendações de tratamento.

Em resumo, a proposta desses autores, seria considerar processos dimensionais com muitas formas de topografias, que teriam um único processo funcional e que estariam diretamente relacionados ao tratamento. Um exemplo de diagnóstico funcional dimensional é a esquiva experiencial, proposta pelos mesmos autores como uma alternativa de classificação para os transtornos de ansiedade, dentre outros diagnósticos descritos no DSM. Esta alternativa será descrita em detalhes a seguir.

Esquiva Experiencial: Uma Alternativa Comportamental para a Descrição e Compreensão do TDC

A esquiva experiencial é o procedimento que ocorre quando o indivíduo se engaja em comportamentos para evitar, eliminar ou diminuir o contato com experiências privadas particulares como: sensações corporais, emoções, pensamentos, lembranças. A pessoa tenta alterar a forma ou frequência desses eventos e as ocasiões ou contextos em que eles ocorrem (Friman, Hayes & Wilson, 1998).

A visão dimensional da esquiva experiencial está baseada no fato de que até um determinado grau, é comum que as pessoas se engajem em comportamentos para evitar (ou se esquivar de) estimulação aversiva. A esquiva foi selecionada como um comportamento adaptativo para a sobrevivência das espécies (Sidman, 1995).

Segundo Hayes e Wilson (1995) a esquiva de situações que podem causar danos é logicamente adaptativa, de modo que a esquiva por si própria não é o problema. Entretanto, a esquiva de algumas situações pode ser bastante prejudicial. Um exemplo, dado por estes autores, é a tentativa de não se lembrar de um evento aversivo. As lembranças de um evento não são comportamentos que podem ser controlados, pois não

são comportamentos simplesmente voluntários. Apesar disso, um indivíduo pode tentar evitar estas lembranças esquivando-se de todas as situações que poderiam produzi-las. Este tipo de estratégia, característico da esquiva experiencial, apenas traria mais problemas ao indivíduo.

Nesse sentido, a esquiva experiencial seria uma cadeia de comportamentos normais que estaria em excesso, tornando-se um problema quando é feita a qualquer custo, é inútil (não efetiva) e prejudica a vida do indivíduo (Hayes et al., 1996). Para Blackledge e Hayes (2001) a esquiva experiencial, em geral, é considerada contraprodutiva, uma vez que as estratégias de evitação dos eventos privados trazem danos ao indivíduo.

Muitos fatores contribuiriam para o desenvolvimento da esquiva experiencial nos seres humanos: a arbitrariedade da linguagem humana, generalizações inapropriadas de controle de regras, suporte cultural de que emoções e pensamentos são causas do comportamento, encorajamento social, entre outros (Hayes et al., 1996).

A equivalência de estímulos dá fundamentação à teoria da esquiva experiencial. A equivalência de estímulos é uma das descobertas mais importantes nos estudos do comportamento verbal. Através de pesquisas experimentais atuais tem-se demonstrado que a aprendizagem em seres humanos pode se dar não apenas através do contato direto com contingências, mas também de forma indireta (Sidman, 1986; De Rose, 1993; Wilson & Hayes, 1996).

A equivalência de estímulos é um procedimento em que estímulos arbitrários são agrupados em uma mesma classe e se tornam equivalentes uns aos outros por relações emergentes. Portanto, para se dizer que um indivíduo fez uma relação de equivalência, é necessário que certas relações entre estímulos tenham surgido sem que houvessem sido diretamente ensinadas. Estas relações emergentes são constituídas pelas operações matemáticas de reflexividade, simetria e transitividade. Inicialmente é necessário que duas relações entre estímulos sejam diretamente aprendidas, por exemplo: A-B e B-C. A relação de reflexividade surgiria quando apresentado um estímulo A, a pessoa escolhesse um estímulo igual a ele entre outros estímulos de escolha. A simetria ficaria evidente quando apresentado o estímulo modelo B, da relação A-B, a pessoa escolhesse o estímulo de escolha A, e quando apresentado o estímulo modelo C, da relação B-C, escolhesse o estímulo de escolha B. A transitividade seria vista quando apresentado o estímulo modelo A, a pessoa escolhesse entre os estímulos de comparação o C. Uma vez verificadas essas operações, pode-se dizer que houve a formação de classes de estímulos equivalentes (De Rose, 1993). Como essas relações não se dão por semelhanças físicas, presume-se que as

semelhanças sejam conceituais. Ainda se discute se o comportamento verbal, presente apenas em seres humanos, é condição essencial para se formar classes de equivalência, ou se os animais também teriam essa capacidade (Friman, Hayes & Wilson, 1998).

A partir dos resultados dessas novas pesquisas sobre o comportamento verbal, a visão da Análise do Comportamento vem sendo modificada. Estudos sobre equivalência de estímulos têm ensejado analistas do comportamento a demonstrar como os eventos privados participam de classes de relações com eventos públicos, como essas classes são formadas, em sua maioria, por relações indiretas, que emergem de relações diretas e que as funções de estímulos podem ser transferidas e modificadas, inclusive pelo processo de generalização. Segundo Friman, Hayes e Wilson (1998) isso pode explicar a aparente confusão e incoerência de certas respostas emocionais e transtornos comportamentais.

Por terem alcançado processos superiores do comportamento verbal e desenvolvido o pensamento e linguagem, os seres humanos seriam capazes de formar classes de estímulos equivalentes entre eventos públicos e privados, formando equivalências arbitrárias entre crenças, sentimentos, emoções e eventos ambientais (Wilson & Hayes, 2000).

Os humanos, devido a suas habilidades de linguagem, podem sustentar um sofrimento emocional por muitos anos, sem que haja a presença física de eventos aversivos, porque a linguagem pode apresentar estes eventos indiretamente e a esquiva experiencial pode amplificar este sofrimento (Blackledge & Hayes, 2001, pp. 254-255).

Os transtornos de ansiedade parecem irracionais porque eles primariamente envolvem alto grau de evitação ou esquiva de eventos que não têm relações diretamente detectáveis de punição (Sidman, 1995; Friman, Hayes & Wilson, 1998). No entanto, o que ocorre é que através 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. A partir do pressuposto culturalmente aceito de que pensamentos e sentimentos causam comportamentos, por extensão, as pessoas acreditam que emoções e pensamentos que “causam” maus comportamentos deveriam ser evitados. Relatar algum evento aversivo, freqüentemente instiga sentimentos e respostas de evitação que foram ocasionados pelo evento por si próprio. O simples pensar sobre o evento pode produzir efeitos similares (Friman, Hayes & Wilson, 1998). Esse é o característico “medo do medo”, tão comum entre aos transtornos de ansiedade, em que a pessoa pode se tornar ansiosa por medo de ficar ansiosa. Para Friman, Hayes e Wilson (1998) “... a ansiedade é o

que a ansiedade faz, e o que ela faz inclui aquilo que a pessoa ansiosa diz que ela faz” (p. 145).

O próprio Skinner (1953/2000) discutiu o aspecto emocional da ansiedade de maneira bastante próxima da proposta da esQUIVA EXPERENCIAL:

Embora o aspecto emocional da ansiedade possa ser distinto do efeito aversivo condicionado responsável pelo comportamento de evitação, é possível que a emoção também seja aversiva. As respostas de evitação podem ser interpretadas em parte, como uma fuga dos componentes emocionais da ansiedade (p. 197).

O comportamento que tem a função de evitar um estado emocional negativo, verbalmente construído por um indivíduo, é negativamente reforçado, pois diminui momentaneamente as sensações aversivas. Dessa forma, como todo comportamento, a esQUIVA EXPERENCIAL é resultado da aprendizagem.

No entanto, apesar de parecer funcionar, a esQUIVA EXPERENCIAL não funciona (Hayes et al., 1996). Além de diminuir as sensações aversivas apenas por um curto período, como não se expõe às contingências, a pessoa não tem a chance de extinguir as sensações aversivas e ao ser reforçada negativamente, aumentam as redes relacionais (através de transferência de funções) e assim, a quantidade de estímulos a que a pessoa passa a se esquivar também aumenta. Com o aumento da quantidade de estímulos evitados, a pessoa também acaba não desenvolvendo comportamentos que poderiam ser reforçados positivamente. Isto demonstra o caráter inefetivo, debilitante e prejudicial da esQUIVA EXPERENCIAL em nível considerado patológico.

De acordo com Hayes et al., (1996) muitas formas de psicopatologia podem ser vistas como métodos não saudáveis de esQUIVA EXPERENCIAL, pois a maioria das classificações psiquiátricas inclui a presença de problemas com experiências privadas. As diferenças entre os transtornos específicos seriam variações apenas quanto à forma de esQUIVA (por exemplo: alguns evitam a ansiedade bebendo, outros através de rituais de checagem); à experiência evitada (por exemplo: alguns evitam a sensação de ansiedade, outros os pensamentos obsessivos) e à fonte de evitação (por exemplo: alguns passam por um acontecimento traumático, enquanto outros não).

Portanto, muitos transtornos topograficamente definidos poderiam constituir subgrupos significativos em que a esQUIVA EXPERENCIAL seria um fator comum quanto à etiologia e manutenção desses modelos (Hayes et al., 1996). É nesse sentido que alguns autores têm se esforçado para explicar uma série de transtornos psiquiátricos através da esQUIVA EXPERENCIAL como, por exemplo: o abuso de substâncias (Hayes et al., 1996), o

TOC (Hayes et al., 1996; Friman, Hayes & Wilson, 1998), o Pânico com Agorafobia (Hayes et al., 1996; Friman, Hayes & Wilson, 1998), o Transtorno de Personalidade Borderline (Hayes et al., 1996), o Estresse Pós-traumático (Friman, Hayes & Wilson, 1998) e a Depressão (Zetle, 1984 apud Hayes et al., 1996). A maioria das síndromes descritas está entre os transtornos de ansiedade, mas este não é um fator primordial. Segundo Hayes et al. (1996) as características comuns dos transtornos em que se observa a esquiva experiencial são a não aceitação e evitação de experiências privadas e estratégias de evitação inefetivas.

Na tentativa de identificar estas características entre pessoas com TDC, o presente trabalho procurou entender este transtorno a partir do referencial da esquiva experiencial.

A maioria dos autores descreve comportamentos de esquiva em pacientes com TDC, como Veale et al. (1996) que apontaram para o aumento da ansiedade e das alterações fisiológicas em situações sociais, em que existam pessoas que podem perceber o defeito imaginado. Nas descrições dos comportamentos pode-se vislumbrar também o processo de esquiva experiencial. Um exemplo pode ser identificado na descrição de Petribú e Oliveira (1999) sobre pacientes com Dismorfia Muscular (caracterizado como um subtipo do TDC) que relatam que sessões exaustivas de exercícios reduzem a ansiedade e os pensamentos intrusivos acerca do corpo.

Veale e Riley (2001) definiram os comportamentos do TDC como uma série de idiossincrasias de comportamentos de segurança que são designados para prever resultados temidos que podem ser: aversão interna e desgosto sobre algo na aparência, ansiedade social e crenças sobre rejeição. Rosen (1997) fala de fortes emoções de ansiedade e de comportamentos de evitação que as acompanham.

Portanto, hipotetizou-se que assim como ocorre na esquiva experiencial, os indivíduos com TDC se esquivariam não apenas das situações sociais em que sentem ansiedade, mas de sentir ansiedade. Como definiu Amaral (2001b) certos pacientes com TDC têm suas atividades sociais e rotineiras prejudicadas, pois o simples pensar em estar nestas situações produz grande ansiedade. Outra hipótese era de que, como ocorre na esquiva experiencial, apesar de serem reforçados negativamente, os comportamentos de evitação do TDC não seriam eficientes. Nesse sentido, Rosen (1997) afirmou que “A evitação serve unicamente para perpetuar o transtorno, porque o paciente nunca tem a oportunidade para extinguir as respostas de ansiedade frente aos estímulos desencadeantes” (p.427).

Como ainda não existiam descrições na literatura que buscassem entender e classificar o TDC a partir da alternativa de esQUIVA EXPERENCIAL, e as tentativas de explicação dentro da Análise do Comportamento eram mínimas e incipientes, o objetivo geral deste trabalho foi:

Investigar como os comportamentos dos participantes, característicos do TDC, desenvolveram-se e foram mantidos, a partir da perspectiva da Análise do Comportamento e do conceito de esQUIVA EXPERENCIAL.

Os objetivos específicos foram:

- Descrever os comportamentos característicos do TDC em cada participante.
- Obter, junto a familiares, informações sobre comportamentos característicos do TDC em cada participante.
- Identificar através da metodologia da análise funcional de casos, quais foram as variáveis responsáveis pelo desenvolvimento dos comportamentos do TDC ao longo da vida de cada participante, assim como, quais eram as variáveis atuais que os mantinham.
- Comparar as variáveis descritas na história de vida de cada participante para identificar processos funcionais comuns entre eles.

MÉTODO

Participantes

Inicialmente, participaram do estudo dez pessoas, entre as quais sete foram selecionadas por apresentarem comportamentos característicos do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC).

As idades dos participantes variaram de 23 a 48 anos e suas rendas financeiras de R\$ 600,00 a R\$ 20.000,00. O nível sócio-econômico dos participantes variou bastante, devido aos diferentes locais em que foram selecionados: duas clínicas de cirurgia plástica particulares e uma ONG (Organização não-governamental) em cirurgia plástica. Outros dados pessoais estão descritos na Tabela 1.

Para ajudarem a compor a amostra também participaram do estudo quatro cirurgiões plásticos, sendo dois deles vinculados à ONG e os outros dois à clínica particular.

O estudo contou com a participação destes profissionais, devido às dificuldades em se identificar indivíduos com TDC, sendo ainda um transtorno pouco conhecido, com maior probabilidade das pessoas que o apresentam dirigirem-se a clínicas de cirurgia plástica, dermatológicas e estéticas.

De acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV (1995), apesar das preocupações excessivas com alguma parte do corpo, os participantes tinham apenas mínimos *defeitos*¹ em sua aparência, difíceis de serem identificados. Outro critério do DSM-IV (1995) considerado foi que a preocupação com a aparência não poderia ser melhor explicada pela Anorexia e Bulimia, em que a insatisfação se dá com a forma e tamanho do corpo.

Como critério de exclusão da amostra selecionada, os participantes não poderiam ser portadores de deficiência mental. Estes critérios foram respaldados na literatura analisada.

Também participaram do estudo alguns membros da família dos participantes, como pai, mãe, irmã, esposa e marido (Tabela 2).

¹ A palavra *defeito* foi utilizada pelos próprios participantes. Cirurgiões plásticos afirmam que ninguém possui uma simetria estética perfeita, sendo assim, todas as pessoas teriam algum mínimo *defeito* em sua aparência.

Tabela 1: Caracterização dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação Atual	Família Atual	Renda Familiar
P1	F	32	3º grau completo	Cursa o 2º curso de graduação em período integral.	Mora com os pais, o marido e a filha de 1 ano.	700,00
P2	M	37	2º completo	Ajudante de telefonia	Solteiro, mora sozinho.	600,00
P3	M	44	3º grau completo (2 cursos superiores)	Fazendeiro	Solteiro, mora sozinho e visita a mãe aos finais de semana, em outra cidade.	20.000,00
P4	F	48	3º grau completo	Aposentada como professora.	Mora com o marido e com a mãe dela.	1.500,00
P5	F	40	Analfabeta, só iniciou os estudos e parou.	Dona de casa.	Mora com o marido, 1 filha de 13 anos e 1 filha de 17 anos.	1.500,00
P6	F	23	Está terminando o 3º grau.	Cursa o último ano de um curso de graduação em período integral.	Mora com duas amigas, que estudam com ela, em uma cidade distante da cidade de seus pais.	20.000,00
P7	M	44	Primário (até a 6ª série).	Pedreiro e ajudante de manutenções gerais.	Mora com a esposa, 1 filha de 19 anos, 1 filho de 21 anos e a nora.	900,00

Material

Gravador e fitas k7

Estes materiais foram utilizados, durante as entrevistas com os participantes e com os membros de suas famílias, para registrar as informações coletadas.

Para a coleta de dados foram utilizados os instrumentos descritos a seguir:

Roteiro para conversar com os cirurgiões plásticos (Anexo 1)

Este roteiro foi utilizado pela pesquisadora para orientar os cirurgiões plásticos sobre os comportamentos característicos do TDC, com o objetivo de que localizassem pacientes seus que, provavelmente, apresentassem estes comportamentos.

Roteiro para os cirurgiões plásticos contatarem os pacientes (Anexo 2)

Este roteiro foi usado pelos cirurgiões plásticos para convidarem seus pacientes (antigos ou atuais), que provavelmente apresentassem os comportamentos típicos do TDC, para participarem da pesquisa.

Consentimento livre e esclarecido para o cirurgião plástico (Anexo 3)

Neste instrumento, estavam as informações relativas à participação dos cirurgiões plásticos na pesquisa, assim como, a garantia de sigilo sobre suas identificações.

Consentimento livre e esclarecido para o membro da família do participante (Anexo 4)

Neste consentimento, os membros da família eram informados sobre a sua participação na pesquisa, o uso de um gravador para registro e a garantia de sigilo de seus dados. Também estava assegurado que suas informações sobre os participantes não seriam reveladas a eles. Outros critérios éticos, registrados no instrumento, eram a possibilidade de conhecimento dos resultados, assim como, de abandonarem a pesquisa a qualquer momento, caso sentissem necessidade.

Consentimento livre e esclarecido para o participante (Anexo 5)

Neste instrumento, estavam as informações relativas à pesquisa a serem dadas aos participantes e as definições de sua participação. Nele também estavam assegurados os seguintes princípios éticos de pesquisa com seres humanos:

- conhecimento de que as entrevistas eram gravadas;
- sigilo da pessoa;
- conhecimento dos resultados;
- possibilidade de abandonar a pesquisa a qualquer momento;
- possibilidade de obter tratamento posterior ao estudo, caso desejassem.

Ficha de identificação dos participantes (Anexo 6)

Este instrumento, desenvolvido pela pesquisadora, foi utilizado para obter dados pessoais dos participantes como: idade, escolaridade, renda econômica; dados sobre características do TDC como: se a pessoa pensava muito sobre o defeito imaginado, se tentava esconder o defeito, se suas preocupações interferiam em atividades diárias e dados que poderiam vir a excluir participantes como: características de Bulimia e Anorexia. Portanto, uma das funções desse instrumento foi selecionar a amostra pretendida.

Roteiro de entrevista semi-estruturada para os participantes (Anexo 7)

Este roteiro foi elaborado a partir das propostas de Paterson (1968) sobre como estruturar uma entrevista clínica e do modelo explicativo de análise funcional de Gálvez, Prieto e Nieto (1991). Teve como função abordar, em entrevistas individuais com os participantes, questões relativas a sua 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 os comportamentos inadequados, entre outras.

Roteiro de entrevista semi-estruturada para membro da família dos participantes (Anexo 8)

Este roteiro, também elaborado a partir das propostas de Paterson (1968) e do modelo explicativo de análise funcional de Gálvez, Prieto e Nieto (1991), era bastante parecido com o roteiro anterior, no entanto, sua aplicação foi feita em uma única entrevista individual com membros da família dos participantes.

Procedimento

1ª Etapa

Quatro cirurgiões plásticos foram contatados. Seguindo o roteiro para conversar com cirurgiões plásticos (Anexo 1), a pesquisadora procurou informá-los, individualmente, sobre os comportamentos do TDC. Então, pediu que se lembrassem de pacientes seus (atuais ou antigos) que provavelmente tivessem os comportamentos do transtorno. Depois de assinarem o Consentimento livre e esclarecido (Anexo 3) para participarem da pesquisa, estes cirurgiões foram orientados sobre como entrar em contato e convidar pacientes a participarem.

2ª Etapa

Os cirurgiões plásticos entraram em contato com aqueles pacientes que, segundo eles, possivelmente tinham os comportamentos do TDC para a certificação de que ainda possuíam as insatisfações com aspectos da aparência. Seguindo o roteiro previamente dado e explicado pela pesquisadora (Anexo 2), eles convidaram aqueles que confirmaram a manutenção dos problemas para participarem de uma pesquisa que investigaria o desenvolvimento das preocupações e insatisfações com a aparência física. Os cirurgiões foram orientados a não falar aos pacientes sobre a terminologia do TDC, para evitar que se sentissem estigmatizados e viessem a sofrer as conseqüências de um rótulo. Então, os cirurgiões marcaram, com aqueles que aceitaram participar, o primeiro encontro com a pesquisadora.

3ª Etapa

No primeiro encontro com a pesquisadora, os participantes foram informados, individualmente, sobre a pesquisa e puderam tirar suas dúvidas. Então, assinaram o Consentimento livre e esclarecido (Anexo 5), que era lido e explicado pela pesquisadora, autorizando a participação na pesquisa. Depois, os participantes respondiam à ficha de identificação, que também era lida em voz alta pela pesquisadora que ia registrando suas respostas. Participaram desta etapa dez participantes.

4ª Etapa

A partir dos dados obtidos com a Ficha de identificação (Anexo 6), foram selecionados sete participantes, pois os demais não apresentavam os comportamentos típicos do TDC. Os participantes selecionados foram avisados da continuação das próximas etapas da pesquisa.

5ª Etapa

Cada participante foi entrevistado, individualmente, seguindo o roteiro de entrevista semi-estruturada para os participantes (Anexo 7), através do qual foram coletados dados relacionados ao desenvolvimento e manutenção dos comportamentos característicos do TDC. Mais de uma entrevista individual foi feita com cada participante, de acordo com a necessidade, em cada caso, de se coletar dados complementares.

6ª Etapa

Participaram desta etapa um (ou dois) dos membros da família do participante, dependendo das possibilidades, escolhido(s) por ele, com o objetivo de se obter mais informações sobre os comportamentos característicos do TDC em cada participante. Após assinarem o Consentimento livre e esclarecido para o membro da família do participante (Anexo 4), foram realizadas entrevistas individuais, seguindo o roteiro de entrevista semi-estruturada para membro da família dos participantes (Anexo 8).

Todas as etapas do projeto de pesquisa, assim como os instrumentos utilizados, foram previamente aprovados pela Comissão Ética de Pesquisa da PUC- Campinas.

O número de entrevistas realizadas com cada participante, assim como, qual (is) membro (s) de sua família participou (m) da pesquisa está descrito na tabela 2.

Tabela 2: Número de entrevistas realizadas com cada participante e seus familiares.

Participante	Nº de entrevistas com o participante	Entrevistas com familiar do participante
P1	3	1 c/ mãe e 1 c/ pai
P2	4	1 c/ irmã mais nova
P3	2	1 c/ mãe
P4	3	1 c/ marido
P5	4	1 c/ marido e 1 c/ mãe
P6	3	1 c/ mãe e 1 c/ pai
P7	2	1 c/ esposa

Após os registros dos relatos em fitas K-7, todas as entrevistas foram transcritas. Então, foi feita uma sistematização dos dados, a partir da qual, puderam ser identificados e descritos alguns processos comportamentais básicos entre os participantes. Como com a metodologia empregada, não foi possível se fazer a predição e controle das variáveis, já que não consistiu num método experimental, mas puramente descritivo, a análise limitou-se a hipóteses explicativas. Dessa maneira, foi feito um estudo sistemático clínico e descritivo dos relatos dos participantes, que pode ser considerado como um estudo descritivo exploratório inicial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e discussão dos resultados seguirão um percurso em que, inicialmente, serão apresentadas, resumidamente, as histórias de vida dos participantes, em que serão destacadas as preocupações com a aparência e alguns eventos considerados críticos para o início destas preocupações. Então, serão descritos os resultados das questões referentes aos comportamentos característicos do TDC da ficha de identificação dos participantes. Depois será feita uma análise descritiva das classes de resposta encontradas entre os participantes e, em seguida, uma análise conceitual dos comportamentos. Finalmente, serão apresentadas algumas características particulares de cada participante.

Resumo da História dos Participantes

- P1:

A participante 1 é uma mulher, de 32 anos de idade, casada e tem uma filha de um ano. Mora com o marido, a filha e seus pais. Cursa o segundo curso de graduação, em período integral, na cidade onde mora. A renda da família é de aproximadamente R\$ 700,00.

As partes do corpo com que se preocupa exageradamente são o nariz e os pêlos do queixo. Ela é bastante específica em relação a seus *defeitos*, dizendo que o nariz é torto e possui calos na região superior. Disse que, antes, achava seu queixo mais bonitinho e viradinho (*SIC*), que agora está com defeito, que têm muitos pêlos e uma cicatriz parecendo de desastre (*SIC*). Também acha que, às vezes, fala fanhoso (*SIC*).

Impressões da pesquisadora sobre os *defeitos*: O nariz da participante não parece ser torto, apenas dá para perceber alguns “calinhos” na cartilagem superior, que foram apontados pelo cirurgião plástico que a indicou, como provavelmente resultantes de tantas cirurgias que já realizou. Estes “calinhos” só podem ser vistos se prestar bastante atenção. Não se nota nenhum defeito na estrutura do queixo. Há alguns pêlos na parte de baixo do queixo, mas que só podem ser vistos se ela erguer a cabeça. Há uma cicatriz na linha do queixo, relativamente pequena, que também só pode ser vista se ela inclinar a cabeça para trás. Não se percebe sua voz como fanhosa.

Aos 9 anos, P1 estava correndo com suas amigas na escola, quando bateu o rosto em um poste e machucou o nariz. Houve um desvio de septo, que fez com que passasse a falar fanhoso. Quando completou 18 anos de idade, ela se submeteu a uma cirurgia para

corrigir o desvio de septo. Logo após esta cirurgia, ao se olhar no espelho, P1 começou a chorar porque não gostou de como seu nariz havia ficado. Disse que foi assim que surgiram suas preocupações com o aspecto do nariz, de repente, ao se ver no espelho, após esta primeira cirurgia. A partir de então, ela começou a realizar uma série de cirurgias para corrigir a estética do nariz, uma em seguida da outra, pois não se sentia satisfeita com nenhum dos resultados. Ela acha que as cirurgias foram uma sequência de erros médicos.

Um dos médicos, por qual passou, lhe disse que nunca tinha visto um nariz tão complicado por dentro.

No total realizou 13 cirurgias plásticas no nariz. A última cirurgia foi há três anos atrás. Foi logo após esta última cirurgia que conheceu seu marido e se casou, vindo a ter uma filha há um ano.

Apesar de achar que o nariz melhorou bastante e de suas preocupações com a aparência terem diminuído, durante o período após a última cirurgia, ela ainda não se sente satisfeita, dizendo que gostaria de fazer ainda mais uma cirurgia no nariz. Disse que as preocupações vieram a aumentar novamente, há aproximadamente três meses atrás, devido a um comentário do marido, que brincou que o nariz dela era torto.

Além das cirurgias no nariz, P1 fez uma cirurgia no queixo para tirar os pêlos pela raiz. Ela não gostou do resultado, dizendo que ficou com uma cicatriz enorme, parecendo de desastre. Ela fez vários tratamentos com dermatologistas para tirar os pêlos, fazia depilação a cada dois dias e, atualmente, estava fazendo um tratamento a *laser*.

- P2:

O participante 2 é um homem, de 37 anos de idade, solteiro, que mora sozinho em uma cidade próxima da cidade de seus pais e irmãs. Tem o segundo grau completo e trabalha em uma empresa como ajudante de telefonia. Sua renda é de aproximadamente R\$600,00.

As primeiras preocupações com a aparência foram surgindo, gradualmente, durante a adolescência, com cerca de 18 anos de idade, quando começou a se preocupar com espinhas e marcas que ficavam quando as tirava. Disse que também se achava muito baixo, vindo a se preocupar com isso.

P2 procurou a ONG em cirurgia plástica porque não se sentia satisfeito com uma mancha no nariz, que adquiriu em um acidente, em que foi atropelado por uma moto e caiu de frente, há sete anos atrás. Suas preocupações com a aparência se intensificaram após este acidente. Porém, ao lado da mancha que o incomodava, ele tinha uma pinta, que os

médicos deram prioridade para tirar, pelo perigo de desenvolver algum tipo de câncer. A cirurgia para retirar a pinta foi feita há um mês atrás, deixando como seqüela, uma outra mancha, ao lado daquela que já o incomodava. Ele é específico ao falar de seu *defeito*, dizendo que gostaria de tirar ambas as marcas do nariz, porque são percebidas pelos outros, mesmo a grandes distâncias. Disse também, que algumas pessoas perguntam o que ele fez no nariz.

Impressão da pesquisadora sobre o *defeito*: há duas manchas em seu nariz, mas que não podem ser vistas de longe. De perto são manchas pequenas de tom mais escuro que a pele.

- P3:

O participante 3 é um homem de 44 anos de idade, com terceiro grau completo, fazendeiro, solteiro, que mora sozinho em sua fazenda e visita sua mãe em outra cidade, aos finais de semana. Sua renda atual é de aproximadamente R\$20.000,00.

P3 se preocupa com uma cicatriz na região superior da bochecha, próxima aos olhos. É vago ao falar de suas preocupações, dizendo que ora vê uma mancha roxa, ora vê um buraco em sua pele, uma elevação, que seu rosto ficou meio paralisado, sem expressão, deformado, meio antinatural, fora do normal (*SIC*).

Impressão da pesquisadora sobre o *defeito*: na região apontada pelo participante há uma mancha minúscula, de tom mais claro que a pele, como um risquinho, que só pode ser vista quando se chega muito perto. O espaço ocupado por essa pequena marca, é bem menor do que a área que ele mostra quando aponta o que vê. Ele é um homem bastante bonito.

A pequena cicatriz foi adquirida após uma cirurgia para tirar uma verruga, feita há um ano atrás. Disse que nunca tinha se preocupado com nenhum aspecto de sua aparência, nem com sua verruga que possuía desde a adolescência. No entanto, uma vez deu carona a uma prima que sugeriu que tirasse a verruga. Então, pediu à sua mãe para que marcasse uma cirurgia para retirar a verruga.

Ele acredita que todos os seus problemas se devem à realização desta cirurgia, que por isso se arrepende muito de ter feito. Disse que logo que viu o resultado da cirurgia não se preocupou muito, pois achava que a marca iria desaparecer com o tempo. Conforme o tempo foi passando e ele foi vendo que a marca continuava igual, suas preocupações foram se intensificando, gradualmente. Ele disse que ninguém nunca fez nenhum comentário, diretamente para ele, sobre sua cicatriz.

Procurou vários cirurgiões plásticos e dermatologistas para tentar tirar a cicatriz que enxerga. Entretanto, todos eles se recusaram a fazer uma cirurgia, explicando que não havia nada o que retirar e que caso tentassem é que iria ficar pior. O cirurgião que o indicou também não aceitou retirar a marca.

- P4:

A participante 4 é uma mulher de 48 anos de idade, com o terceiro grau completo, professora aposentada. É casada e mora com seu marido e sua mãe em uma chácara. A renda do casal é de aproximadamente R\$ 1.500,00.

Ela se lembra que, desde a infância, preocupava-se com qualquer marca que surgisse em seu rosto, como arranhões, machucados, ou manchas de catapora e sarampo. Conta que quando via essas marcas, ficava perguntando à sua mãe quando iriam desaparecer. Já se preocupou com o cabelo, que achava muito fino. As preocupações com a pele foram se acentuando gradualmente e ficaram piores há aproximadamente 10 anos. Atualmente, preocupa-se com marcas que aparecem em seu rosto, como vasinhos que estouram, por exemplo. É específica para falar das marcas que vê, dizendo que sua pele não está normal, que está cheia de bolinhas (*SIC*), com uma textura muito fina. Ela procurou o cirurgião, que a indicou, porque estava vendo uma pequena marca na região superior do lábio, que parecia um bumbum (*SIC*). Disse que nunca ninguém comentou nada sobre as marcas com que se preocupa, pois ninguém as via da mesma forma que ela.

Impressão da pesquisadora sobre o *defeito*: não se percebe diferença em sua pele, mesmo tocando. A pequena marca a que ela se refere, é vermelha, como se fosse o início de uma espinha minúscula, muito difícil de ser percebida. É uma mulher muito bonita.

Chegou a fazer uma cirurgia plástica no nariz, após tê-lo batido em uma porta e quebrado. Disse que inicialmente não gostou do resultado, mas que depois que se acostumou acabou gostando. Já fez várias cirurgias para retirar verruguinhas do rosto. Com algumas ficou satisfeita, com outras não, vindo a reclamar com os cirurgiões. Vai freqüentemente a dermatologistas por causa das marcas na pele. O cirurgião que a indicou lhe disse que não iria tirar a marca que ela estava vendo no lábio porque iria piorar muito.

- P5:

A participante 5 é uma mulher de 40 anos, casada, dona de casa, com uma filha de 13 anos e outra de 17 anos. Ela é analfabeta. A renda da família é de aproximadamente R\$ 1.500,00.

As preocupações com a aparência tiveram início na infância, quando não gostava do cabelo, achava-se gorda e não gostava de como as roupas ficavam em seu corpo. Por causa disso recusava-se a ir à escola. Depois que se mudou para a cidade, seus pais tentaram novamente colocá-la na escola, mas ela não ia porque tinha vergonha que os outros a achassem muito grandona (*SIC*), por estar atrasada nos estudos.

Disse que depois disso não se lembra de preocupar-se com a aparência. Então, um dia, uma mulher lhe falou que ela deveria começar a passar um oleozinho na pele, para que não aumentassem suas rugas. Depois desse comentário, ela começou a perceber que estava com algumas marcas de expressão ao redor dos lábios. Então, procurou uma dermatologista que lhe disse que na sua idade era normal surgirem ruguinhas. Ela disse se sentir extremamente incomodada com esse comentário, o que fez com que procurasse um farmacêutico que lhe receitou uma pomada para tirar as marcas. Não satisfeita, comentou com uma conhecida sobre as marcas de expressão, que lhe indicou um creme. Ela começou a passar o creme várias vezes por dia. Foi após o uso do creme (há uns dois, três anos atrás) que, de repente, ela começou a enxergar muitas rugas ao redor dos olhos com as quais veio a se preocupar exageradamente, piorando cada vez mais. Ela acredita que o creme é que causou as rugas e por isso se arrepende muito de tê-lo passado.

Nem sempre ela especifica que vê rugas de expressão ao redor dos olhos, às vezes, é vaga dizendo que vê uma coisera (*SIC*) na pele, que dependendo do dia, ela se vê diferente. Também diz que parece um monstro (*SIC*).

Impressão da pesquisadora sobre o *defeito*: há rugas de expressão em sua pele, não muito evidentes, normais para pessoas de sua idade.

Ela procurou a ONG para fazer uma plástica para tirar as rugas, mas os médicos perceberam seu estado depressivo e acharam que era melhor ela não operar.

- P6:

A participante 6 é uma jovem, de 23 anos, solteira, que está terminando o último ano de um curso de graduação, em período integral, em uma cidade distante da cidade onde moram seus pais. Mora com duas amigas com as quais estuda. A renda de sua família é de aproximadamente R\$ 20.000,00.

Suas preocupações com a aparência tiveram início durante a adolescência, com cerca de 14, 15 anos, quando começou a sair à noite, ir a festinhas. Nesta época se preocupava com manchas na pele, nas costas e nas pernas. Também se preocupava com o cabelo e com o nariz. Procurou cirurgões plásticos para conversar sobre o nariz, mas

nunca teve coragem de fazer a cirurgia. Fez tratamentos com dermatologistas para amenizar as manchas na pele.

Contou que quando era criança, uma prima sua, que tem o nariz bonito, sempre falava que seu nariz era feio. O pai dessa prima, fez um comentário na festa de 15 anos da participante, na frente dela, de que ela era linda, mas que faria uma plástica em seu nariz. Segundo P6, esse comentário a marcou profundamente. Desde criança ela ouvia comentários de que seu glúteo era igual ao de sua mãe. Disse que as pessoas sempre falam de seu glúteo, ou que diminuiu, quando emagrece, ou que querem ver como ficou quando ela experimenta uma roupa.

Disse que as preocupações com a aparência foram se desenvolvendo gradualmente e tiveram uma piora há uns dois anos. Atualmente tem se preocupado com a região do glúteo e quadril, assim como com a barriga, com menor intensidade. Também se acha gorda, mas especifica que o problema com a gordura está totalmente relacionado com o glúteo, pois acha que se emagrecer ele diminui. No entanto, mesmo quando emagrece não se sente satisfeita com essa parte do corpo.

Ela é bastante específica para falar de suas preocupações, dizendo que acha a região do glúteo e quadril muito grande, com gordura localizada e celulite, assim como, que tem muito culote.

Impressão da pesquisadora sobre o *defeito*: tem a região do glúteo e quadril grande, mas não fora do comum, ou parecido com de pessoas obesas, pelo contrário, é uma região bonita para o padrão de beleza em que vive. É uma jovem muito bonita.

Ela fez uma lipoaspiração na região do glúteo, com a qual não se sentiu satisfeita. Disse que logo que viu o resultado da cirurgia, percebeu que estava deformada (*SIC*), pois um lado havia ficado diferente do outro. Então, quis fazer uma correção. Depois, fez uma outra correção, para tirar o excesso de gordura que achou que voltou. Ainda não está satisfeita, gostaria de fazer mais uma lipoaspiração para retirar a gordura que acha que voltou novamente.

- P7:

O participante 7 é um homem de 44 anos de idade, casado. Mora com sua mulher, uma filha de 19 anos, um filho de 21 anos e sua nora. Estudou até o primário, é ajudante de pedreiro e a renda da família é de aproximadamente R\$ 900,00.

Preocupa-se exageradamente com a ponta de seu nariz e com o glúteo, em menor intensidade. Ele especifica que a ponta do nariz é muito grande e fina. Nem sempre é

específico, dizendo que não consegue definir em palavras o que vê quando se olha no espelho, pois vê um monstro todo deformado (*SIC*).

Impressão da pesquisadora sobre o *defeito*: a ponta do seu nariz é um pouco grande, mas não atípica. Inclusive, combina com seu rosto. É um homem bem apresentável.

Quando era criança, P7 via que seus tios tinham narizes grandes. Ele lembra que se preocupava se um dia também teria o nariz daquele jeito. Há aproximadamente 5 anos, houve uma situação específica, a qual considera um marcador para que suas preocupações com o nariz se agravassem. Um colega seu de trabalho, disse-lhe que ele parecia com um personagem da TV, que tinha um nariz grande e ficou chamando-o pelo nome desse personagem. P7 se lembra que todos seus colegas começaram a rir e que ele ficou tão incomodado que foi chorar no banheiro. Disse que depois desse dia, nunca mais teve sossego, pois os comentários dos outros foram aumentando, juntamente com suas preocupações que foram se intensificando gradualmente. Ele ouve frequentemente seus colegas de trabalho tirarem sarro, colocarem apelido, brincarem sobre seu nariz.

Procurou vários cirurgiões plásticos que não concordaram em operá-lo, porque ele não tinha condições financeiras. Um deles fez um comentário de que seu nariz tinha uma estética totalmente diferente. O médico da ONG, que o indicou, concordou em operá-lo, diante de tantas insatisfações, para diminuir um pouco a ponta do nariz.

Resultados da Ficha de Identificação

A ficha de identificação, composta por 15 questões fechadas, com possíveis respostas de sim e não, exceto para a questão 2, foi analisada contando as respostas de cada participante, somando-as e obtendo a percentagem.

As respostas de cada participante para as questões sobre comportamentos característicos do TDC estão descritas na tabela 3.

As questões 13, 14 e 15 que se referiam a comportamentos característicos de Anorexia e Bulimia, não foram inseridas na tabela 3, porque foram respondidas negativamente por todos eles.

Tabela 3: Respostas dos participantes para as questões sobre TDC da Ficha de Identificação.

Q R P	1		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
P1	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
P2	x		x		x		x		x		x	x		x		x		x		x		x
P3	x		x		x		x		x		x		x		x	x		x		x		x
P4	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
P5	x			x			x		x			x		x		x		x		x		x
P6	x		x		x		x		x		x		x		x	x		x		x		x
P7	x			x			x		x			x		x		x		x		x		x
T	7	0	5	2	1	4	7	0	7	0	3	4	6	1	3	4	5	2	6	1	2	5
%	100	0	71	29	14	57	100	0	100	0	43	57	86	14	43	57	71	29	86	14	29	71

A questão 1: “Você se preocupa muito com alguma parte do seu rosto ou de seu corpo que você considera feia?” foi respondida positivamente por 100% dos participantes.

A questão 2 era uma questão aberta sobre as partes do corpo com que os participantes se preocupavam. Seis dos participantes estavam preocupados com aspectos da face. Dois deles se preocupavam com o nariz (P1 e P7) e quatro deles com a pele (P2, P3, P4 e P5), com cicatrizes, manchas ou rugas, sendo que um destes quatro (P2) se preocupava com manchas também no nariz. Apenas P6 se preocupava mais intensamente com um aspecto do corpo (região do glúteo e o quadril) em geral, embora tenha relatado que, no passado, já havia se preocupado tanto com o nariz, como com manchas nas pernas.

A questão 3, que questionava se os participantes já tinham feito algum tipo de cirurgia plástica ou correção estética, foi respondida positivamente por 71% da amostra. Apenas uma participante respondeu afirmativamente à questão 4, sobre ter ficado satisfeita com a correção estética.

A questão 5, que questionava se os participantes pensavam muito sobre as partes do corpo ou rosto com que se preocupavam a ponto desses pensamentos os atormentarem, foi respondida afirmativamente por 100% deles, assim como a questão 6, que questionava se eles faziam alguma coisa para esconder estas partes.

A questão 7, sobre ficar muito tempo se olhando no espelho, foi respondida afirmativamente por 43% da amostra e negativamente por 57%. A questão 8, sobre os prejuízos na vida social, foi respondida negativamente apenas por uma participante.

A questão 9, sobre prejuízos nas funções diárias, como faculdade e trabalho, foi respondida afirmativamente por 43% e negativamente por 57% dos participantes. A questão 10, que questionava se os participantes deixavam de ir a algum lugar por causa das preocupações com a aparência, foi respondida afirmativamente por 71% deles e negativamente por 29%.

A questão 11, sobre as preocupações interferirem na vida familiar, foi respondida afirmativamente por todos os participantes, exceto por um deles. A questão 12, que perguntava se os participantes se achavam “gordos”, foi respondida afirmativamente por 29% da amostra e negativamente por 71%.

Análise Descritiva das Classes de Resposta

Comportamentos Típicos do TDC

Os principais relatos dos participantes tinham a ver com algum *defeito*, minimamente perceptível em sua aparência, nenhum deles era totalmente imaginado. Embora seja difícil definir o que pode ser caracterizado como um defeito mínimo, como discutem Sarwer et al. (1998), já que isto implica numa visão particular de cada indivíduo, a pesquisadora considerou sua própria avaliação em relação aos *defeitos* apontados pelos participantes, assim como, a opinião dos cirurgiões que os indicaram. Os participantes que apresentaram os *defeitos* um pouco mais perceptíveis, ainda assim dentro dos padrões normais, foram P1, P2 e P7. Nos demais, os *defeitos* eram ainda menos evidentes.

No entanto, o que se destacou foi a proporção entre o grau de preocupação e o *defeito*. Este também foi o critério considerado no estudo de Rosen, Reiter e Orosan (1995) para o diagnóstico do TDC, diante de sujeitos que se queixavam de defeitos que não eram completamente imaginados. Os participantes apresentaram uma preocupação excessiva em relação aos seus *defeitos*, que lhes causava um sofrimento significativo ou prejuízo em alguma área de funcionamento social ou ocupacional, o que está de acordo com os critérios do DSM-IV (1995) para o diagnóstico do TDC. Também de acordo com o DSM-IV (1995) a maioria dos participantes disse experimentar suas preocupações como intensas e dolorosas:

Ah, eu penso direto, penso toda hora, a hora que saio.(P3)

Ai meu Deus do céu, não é fácil não né? Eu não desejo isso pra ninguém porque quando pega uma idade, a gente quer sossego né, a pessoa quer sossego e tem coisa na cabeça. Sei lá, de manhã não tenho nem vontade de levantar, eu penso em levantar da cama, você acredita?(P5)

Apenas P1 não definiu sua preocupação atual como exagerada, quando comparada ao que sentia no passado. Além do mais, essa participante demonstrou um bom funcionamento atual em várias atividades rotineiras, diferentemente dos outros participantes. Apesar de apresentar melhoras, quando se consideram comportamentos apresentados no passado, afinal já realizou 13 cirurgias plásticas no nariz, ela ainda acreditava que tinha o defeito e gostaria de realizar mais uma cirurgia. Este caso particular parece ser semelhante ao relato de Sobanski e Schimidt (2000) sobre uma adolescente de 16 anos com TDC, que ao ser tratada com exposição, prevenção de respostas e medicação, parou com os rituais de checagem, com os comportamentos de depressão e voltou a executar suas atividades diárias, mas continuou com suas crenças de que tinha os defeitos específicos. A permanência das crenças *irracionais*, apesar das volta às atividades e do desaparecimento de outros comportamentos problemáticos, também foi relatada em outros estudos (Braddock, 1982; Cromarty & Marks, 1995). Nestes casos, apesar das melhoras, pode ser que os comportamentos do TDC ainda voltem a se intensificar, conforme aconteceu com P1 após uma brincadeira do marido, de que seu nariz era torto:

É, eu não pensava muito daí eu comecei pensar. Ele pediu desculpas, tudo, mas sempre magoa, né, na brincadeira.(P1)

Esta volta das preocupações está de acordo com o DSM-IV (1995), de que o TDC tem um curso razoavelmente contínuo, embora a intensidade dos comportamentos (chamados de sintomas no DSM-IV) possa diminuir e aumentar no decorrer do tempo. Nos demais participantes, os comportamentos do TDC aumentaram em frequência e intensidade desde o início de seu aparecimento, variando de um (P3) a dez anos (P4), entre eles. Isto caracteriza a cronicidade do transtorno apontada na literatura (Phillips et al.,1993; Figueira et al.,1999). Também de acordo com o DSM-IV (1995), alguns relataram o início das preocupações exageradas subitamente (P1 e P5), enquanto outros disseram que foram se desenvolvendo gradualmente (P2, P3, P4, P6 e P7).

Três dos participantes relataram que as preocupações mais severas com a aparência se iniciaram durante a adolescência (P1, P2 e P6), o que está de acordo às afirmações de que, geralmente, o TDC se inicia durante esta fase da vida (Andreasen & Bardach, 1977;

Haranaka & Citti, 1993; Figueira et al., 1999). Outros participantes (P4, P5 e P7) contaram que, desde criança, tinham preocupações, menos intensas, em relação à aparência:

Se eu me machucasse eu já me preocupava, igual sarampo, a catapora, um arranhãozinho, ninguém falava nada, eu que percebi que tava com catapora...(P4)

O estudo de Phillips (1999) já havia apontado que não é raro que o TDC tenha início durante a infância.

As partes específicas do corpo, com que os participantes se preocupavam estão de acordo com o estudo de Sarwer et al. (1998) que demonstrou como queixas mais comuns em indivíduos com TDC a pele, a face e o nariz. Apesar de alguns participantes (P1, P3 e P7) terem permanecido com as mesmas queixas ao longo do desenvolvimento do transtorno, outros (os demais) foram mudando no decorrer do tempo. Da mesma maneira, alguns participantes demonstraram preocupação apenas com um *defeito* específico, enquanto outros se preocupavam com mais de uma parte do corpo ao mesmo tempo, por exemplo, P1 que se preocupava com o nariz e com o queixo. Estas variações, acerca das preocupações, também são apontadas no DSM-IV (1995). Quatro dos participantes (P1, P2, P4 e P6) conseguiam especificar bem seus *defeitos*. Outros dois (P5 e P7) ora eram específicos ao apontar como percebiam seus *defeitos*, ora eram vagos, não conseguindo definir o que viam exatamente:

Sempre eu acho que tem, mas na hora que eu olho e vejo, mas tem hora que eu olho e não tem muita coisa.(P5)

Igual eu passei pra você, eu vejo um, ao invés de detalhar meu rosto, eu vejo um monstro ali perfeito...(P7)

Estas variações foram indicadas por Rosen (1997) ao afirmar que alguns pacientes apresentam queixas vagas de que são feios, deformados e não sabem especificar onde há defeito, enquanto outros são bem precisos. P3 permaneceu com uma queixa bastante vaga, durante todas as entrevistas:

Ah, eu não sei o que é, eu não gostei do resultado. É estranho, ficou meio antinatural, eu preferia antes, ficou fora do normal.(P3)

A dificuldade de P3 para definir seu *defeito* poderia estar relacionada ao fator apontado no DSM-IV (1995) de que alguns indivíduos com TDC evitam descrever seus defeitos em detalhes, em vista de seu embaraço com as preocupações.

Assim como descreve a literatura (Castelló, Barros & Chinchilla, 1998), quatro dos participantes (P2, P5, P6 e P7) demonstraram severa apreensão em relação ao que os outros iriam pensar ou falar sobre o defeito imaginado:

Você viu que eu não penso em mim, eu penso nos outros que vão olhar pra mim, como que eu vou fazer?(P5)

Assim, acho que na verdade, o que me incomoda assim, me incomoda mais, óbvio, me incomoda muito, mas me incomoda, que os outros, sabe, que as outras pessoas, mais do que eu mesma, assim, incomoda muito, por exemplo.(P6)

Embora os demais participantes verbalizassem que não se preocupavam com os outros, mas com eles próprios, pois: *o que importa é o que eu sinto, eu me sentir bem comigo mesmo* (P3), eles acabavam se contradizendo, quando contavam que tentavam camuflar o defeito para que os outros não reparassem, ou dizendo:

Eu não me sinto bem, falta confiança. Eu fico achando que os outros vão olhar. Bate no astral, sabe?(P3)

Alguns participantes chegaram a demonstrar exatamente as preocupações descritas por Veale et al. (1996), de que achavam que os outros iriam perceber o defeito imaginado da mesma forma como eles próprios percebiam:

Assim, me incomoda, e como me incomoda muito, eu acho que todo mundo vai ficar me olhando, que os mesmos defeitos que eu estou vendo...(P6)

Todos os participantes estavam (já estiveram, ou ambas as coisas) à procura de cirurgia plástica. Nenhum deles buscou ajuda psicológica ou psiquiátrica com o objetivo de tentar resolver seus problemas com a aparência, o que denuncia a questão discutida por Sobanski e Schimidt (2000) de que é muito mais comum que pacientes com TDC procurem clínicas de cirurgia plástica e outros profissionais de estética. Cinco dos participantes (P1, P3, P4, P5 e P6) também já procuraram dermatologistas.

Aqueles que já realizaram algum tipo de correção não se sentiram satisfeitos com os resultados. Isto vem comprovar a visão da maioria dos autores da área (Rosen, 1997) de que as cirurgias e os tratamentos estéticos não são efetivos. P1 é um caso extremo de seqüentes insatisfações e policirurgias no mesmo local, chegando a ponto de criar um pequeno defeito real, o que foi citado por Phillips (1991) como comum entre pacientes com TDC. Outro caso de seqüentes insatisfações é o de P6, que já fez duas correções de uma lipoaspiração no glúteo, mas que ainda não se sentia satisfeita, dizendo:

Acho que, assim, eu acho que eu até chego, que com certeza eu me sentiria melhor com algumas mudanças, mas talvez não satisfeita.(P6)

Outro participante, também demonstrou a preocupação de poder vir a procurar por outros defeitos após realizar a cirurgia que tanto queria:

Só eu vou tentar me arrumar, se limpo, mas é uma coisa que não tem parece conserto, o que sai da minha cabeça parece que não tem conserto né, tanto que agora eu vou fazer a plástica né, mas já tenho uma preocupação: qual vai ser a próxima?(P7)

Esse tipo de discriminação é contrária às expectativas irreais e mágicas que pacientes com TDC possuem em relação ao que as cirurgias plásticas poderão fazer por suas vidas, apontadas por Andreasen e Bardach (1977), que também foram vistas em alguns participantes:

Ela fala que o sonho dela, o que ela quer é uma cirurgia plástica, que se ela fizesse aí a vida dela era outra.(marido de P5)

Além de preocupar-se exageradamente com partes do corpo e procurar por cirurgias plásticas, os participantes apresentaram outros comportamentos típicos do TDC, que serão apresentados no quadro 1, entre eles estavam: olhar fixamente no espelho (P2, P4, P6) e evitar olhar (P1, P3, P5, P7). É importante relatar que todos os participantes que evitavam olhar-se no espelho, na época das entrevistas, já passaram por episódios anteriores de olhar-se muito, o que, segundo eles, intensificava suas preocupações e impediam-nos de desenvolver muitas de suas atividades (ver quadro 1, coluna 1):

No começo era direto, agora não. Me fazia mal né, então agora eu nem olho mais, porque sei que vai me fazer mal, deixa eu ficar quieto.(P3)

Não, não fico mais, porque agora eu tenho medo do espelho.(P5)

Todos os participantes demonstraram tentativas de camuflar os *defeitos* das mais diversas formas (ver quadro 1, coluna 2). Suas justificativas foram de que não se sentiam bem quando os outros olhavam os *defeitos*:

Quando eles estão grandes eu tenho o costume de colocar a mão para escondê-los (fecha a mão e coloca na frente do queixo). Eu sinto que as pessoas olham para mim e ficam reparando nos pêlos do meu queixo. Eu sinto que os outros enxergam os pêlos, então tento esconder.(P1)

A maioria dos participantes apresentou o comportamento, descrito no DSM-IV (1995), de perguntar para as outras pessoas sobre o *defeito* (ver quadro 1, coluna 3), ou seja, pedir palavras que tranquilizassem a ansiedade sentida diante de suas preocupações. Alguns perguntavam exageradamente a todo o momento, como P4, P5 e P6.

...quando sai um vasinho, ela insiste em ficar, assim, por exemplo, se o dia durasse 48 horas, ela ia ficar 48 horas falando com você o mesmo assunto, perguntando o mesmo assunto.(marido de P4)

Quadro 1: Comportamentos típicos do TDC em cada participante.

Col.	1 Olhar-se no espelho ou evitar olhar	2 Camuflar o defeito	3 Perguntar aos outros sobre o defeito	4 Reparar e se comparar com outras pessoas
P				
P1	Antigamente olhava muito. Atualmente evita olhar o nariz. Olha o queixo em primeiro lugar.	Corta os pêlos do queixo. Coloca a mão na frente do nariz e na frente do queixo, o que fez, várias vezes, durante a entrevista.	Normalmente não pergunta para ninguém, mas teve uma amiga que também se preocupava com o nariz com quem conversava muito sobre isso e perguntava.	Não se compara com os outros, pois acha que o importante é sentir-se bem consigo mesma.
P2	Olha-se bastante no espelho. Olha o cabelo em primeiro lugar. Carrega um espelho consigo.	Fazia maquiagem para esconder as marcas de espinha. Usa band-aid para esconder a mancha do nariz. Corta o cabelo de um jeito que diz esconder o formato do rosto.	Ele diz que não pergunta, mas, durante as entrevistas, deixa escapar, várias vezes, que pede a opinião dos outros. A irmã diz que ele pergunta.	
P3	Antes olhava muito (Carregava um espelho em que olhava o tempo todo, por cerca de meia hora. Quando acordava. No retrovisor enquanto dirigia. Quando ia sair do carro. Em vitrines e outras superfícies refletoras. No sol, na sombra, em diferentes ângulos para ver se mudava). Depois começou a tentar evitar olhar para não prejudicar mais suas atividades. Às vezes não consegue evitar olhar. Quando olha, a primeira coisa que vê e continua vendo é a cicatriz.	Usou um esparadrapo durante 5 meses depois da cirurgia com o único objetivo de esconder. Evita posições enquanto está conversando, ficando meio de lado. Frequentemente vira o rosto para esconder a cicatriz. Demonstrou esses comportamentos durante a entrevista.	Ele disse que não pergunta para ninguém, mas sua mãe contou que ele se queixa com ela de que não pode sair porque os outros vão ficar olhando sua cicatriz.	
P4	Fica cerca de 3 a 4 horas no espelho, de manhã, na hora que levanta, e à noite, antes de dormir. A primeira coisa que enxerga são as marquinhas. Tem um espelho de aumento e uma lupa para olhar melhor as marquinhas.	Maquiava-se para esconder as marcas na pele. Colocava esparadrapo nas marquinhas. Usava peruca, boné e lenço para esconder o cabelo.	Pergunta sem parar para o marido se as marquinhas estão aparecendo, se a pele está afundada ou alta. Fica mostrando o rosto durante as entrevistas e perguntando para a pesquisadora se ela enxerga as marquinhas.	Repara bastante na aparência das outras pessoas, principalmente em sardas, pintas, marcas na pele, chegando a apontar para a pesquisadora que as pintas dela eram horríveis, dizendo que se fosse ela, já as teria tirado.
P5	Primeiro olhava muito e perdia grande tempo com isso. Agora, tenta evitar olhar, porque tem medo de não se controlar e picar a pele. Às vezes não consegue evitar olhar. Para limpar o banheiro tem que abrir o espelho para não olhar. A única coisa que vê quando se olha são as marquinhas, não consegue se olhar por inteiro.	Passou sal na boca. Colocava algodão dentro da boca para esticar os lábios. Tenta tirar as rugas que vêm com as unhas e com um pano que esfrega até sangrar. Coloca gelo na pele. Fica com a mão na frente do rosto, o que fez a todo momento durante a entrevista.	Pergunta e se queixa para todos, exceto para seu pai, se vêem algo em sua pele, se o creme que usou pode ter causado as rugas, padrão que repete várias vezes para a pesquisadora nas entrevistas. Se estiver com uma pessoa, pergunta + ou – umas 10 vezes, no mesmo momento.	Fica reparando e se comparando com outras mulheres na rua. Ficou preocupada porque lhe disseram que sua cunhada estava jovem para a idade. Fala da aparência jovial do pai, perto da mãe. Diz ter medo que lhe aconteça o mesmo em relação ao marido.
P6	Olha bastante. Carrega um espelho na bolsa para olhar o glúteo, caso queira comprar alguma roupa. Olha em vidros de carro, vitrines e outras superfícies refletoras. A primeira coisa que olha é o cabelo, pois está de frente, mas sempre dá uma viradinha de costas para olhar o glúteo. Diz que não consegue evitar olhar.	Na adolescência, não usava shorts e blusa decotada para esconder as marcas na pele. Só usava o cabelo preso. Usa diariamente meia-calça ou “shortinho” tipo meia-calça por baixo da roupa para não marcar o glúteo. Não usa biquíni sem shorts ou alguma canga por cima. Quando vai caminhar ou na ginástica, amarra um moletom na cintura. Usa bolsas em cima do glúteo para escondê-lo. Quando vai se trocar na frente de alguém, não se vira de costas.	Pergunta toda hora, para quem estiver com ela, exceto para o pai, se o glúteo está marcando, se está caído, se tem celulite ou excesso de gordura.	Compara-se com amigas que reclamam que não estão com o corpo bom e ela acha que estão. Sempre repara e compara seu glúteo com o de outras mulheres
P7	Antes olhava bastante. Começou a olhar para ver porque as pessoas tiravam tanto sarro do seu nariz. Como começou a ver seu nariz da forma como era chamado, começou a se sentir muito mal de olhar no espelho e passou a evitar. Hoje, raramente se olha, tendo que pentear o cabelo e perguntar para a esposa se ficou bom. Quando olha, diz que a primeira coisa que vê é o nariz e que não consegue ver mais nada em seu rosto.	Evita ficar de perfil quando está conversando com alguém. O que foi percebido durante a entrevista pela pesquisadora. Quando está de pé, em uma festa, por exemplo, fica se movimentando o tempo todo para que ninguém se fixe em seu nariz. Dentro do ônibus, procura se esconder atrás de outras pessoas, ou coloca o braço na frente do rosto.	Nunca pede a opinião a ninguém, pois acha que os outros vão criticá-lo ao invés de ajudá-lo. Não pede a opinião da esposa, pois tem medo que assim ela passe a prestar atenção e perceber seu defeito e também que acabe lhe dizendo que acha que ele realmente tem um defeito e deve fazer a cirurgia.	Repara no nariz das pessoas. Compara-se com pessoas que também têm defeitos na aparência.

Sempre, pra todo mundo. Sempre mesmo, eu acho que todas as vezes eu peço opinião, só quando estou sozinha que não. Sempre tenho que perguntar: “tá bom, tá marcando?”(P6)

Apesar de P2 e P3 dizerem que não perguntavam, os membros de suas famílias contaram que eles se lamentavam ou se queixavam sobre os *defeitos*. Mesmo não pedindo a opinião de ninguém, na época das entrevistas, P1 contou de uma amiga que também tinha preocupações exageradas com o nariz, com a qual conversava e pedia muitas opiniões sobre seus *defeitos*, de quem dizia sentir muita saudade porque podia conversar sobre isso.

P7 explicou que não pedia opiniões a ninguém, porque tinha medo de receber crítica. Segue-se o exemplo de suas explicações sobre porque não perguntar para a esposa:

Não, não pergunto, eu nem tenho coragem. Eu não tenho coragem de perguntar para ela porque eu tenho medo dela agir ao contrário do meu pensamento (...) Assim, por exemplo, se eu for tentar falar assim: “Bem, eu estou bem assim, eu acho que eu nem vou precisar fazer (a cirurgia plástica) né?” Então eu tenho medo dela falar: “Nada Bem, você precisa fazer sim”.(P7)

Outro comportamento citado no DSM-IV (1995) e encontrado entre os participantes foi o de se comparar com outras pessoas, relatado por P4, P5, P6 e P7. Estes participantes reparavam nos outros as partes do corpo que consideravam *feias* em si mesmos e comparavam-se (ver quadro 1, coluna 4):

Sei lá, alguém tá super magra, o bumbum super assim e começa a falar: “ai, olha o tamanho da minha bunda!” Aí se eu acho que não tem problema, começo a me comparar, e essas pessoas são as que mais fujo assim.(P6)

Comportamentos Comuns a outros Transtornos

Além de todos os comportamentos relacionados com a aparência, descritos anteriormente, os participantes apresentaram comportamentos que também são característicos de outros transtornos, que serão descritos no quadro 2.

Todos os participantes relataram apresentar comportamentos depressivos (ver quadro 2, coluna 1). Alguns já passaram por crises (P1 e P7), outros tinham crises esporádicas (P2 e P6), enquanto o restante (P3, P4 e P5) apresentava comportamentos de Depressão freqüentes, inclusive, na época das entrevistas.

Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Phillips de que a Depressão é o transtorno mais comumente associado ao TDC (1991) e de que trabalhos mais recentes têm demonstrado que há mais altas porcentagens de Depressão em pacientes com TDC do que estudos anteriores relataram (1999). Seguindo a idéia desta autora, os resultados quanto à relação entre Depressão e TDC foram diversificados, indicando uma possível relação entre

Quadro 2: Comportamentos comuns a outros transtornos em cada participante.

Col. P	1 Comptos. depressivos e pensamentos suicidas	2 Comptos. típicos de TOC e outros de obsessão e compulsão	3 Comptos. de skin picking e Comptos. estereotipados	4 Comptos. de baixo insight e delirantes	5 Comptos. sociais	6 Comptos. de outros transtornos
P1	Chorava muito ao se olhar no espelho e perdia a vontade de fazer tudo na época em que as preocupações estavam mais acentuadas.		Passa a mão no queixo. Passa o dedo sobre o nariz. Demonstra esses comportamentos várias vezes durante as entrevistas.	Acredita a todo momento que tem o defeito. Acha que os outros vêem em 1º lugar o queixo e por isso colocam a mão sobre o próprio queixo.	Baixo repertório social. Comportamentos de timidez, como falar baixo e não olhar nos olhos. É bastante quieta até entre a família. Não tem amigos a não ser uma amiga de infância que mora distante. Está estudando. Atualmente sai com a família para passear, indo a shoppings, parques, praças, mas quando era solteira, raramente saía.	
P2	As vezes se tranca em casa durante dias, por motivos diversos.	Corta o próprio cabelo toda semana, seguindo uma espécie de ritual, em que seca bem com a toalha, penteia tipo “escovinha” e usa dois espelhos para ver as laterais.	Quando tinha espinhas arrancava as casquinhas, não conseguindo esperar secar. Passa a mão no cabelo, o que faz várias vezes nas entrevistas.	Acredita a todo momento que tem o defeito. Acha que os outros vêem em 1º lugar as manchas, mesmo a grandes distâncias, que levam a mão sobre o rosto, dão risada e fazem comentários. Acha-se muito diferente, que choca e causa impacto nas pessoas.	Diz ter um bom repertório social. Mostra-se bastante extrovertido, falando excessivamente. Tem bastante amigos e faz amizades facilmente. As vezes, quando acontece algo de ruim se tranca em casa durante dias. Mas normalmente sai. A irmã diz que ele não vai a lugares onde tem muita gente preocupada com aparência, como shoppings ou boates. Trabalha.	
P3	Freqüentemente sente uma “angústia profunda” por causa das preocupações com a aparência. Chorou e se desesperou muitas vezes. Chegou a falar em suicídio. Diz que a depressão só começou depois que as preocupações iniciaram.	Pensa a todo momento no defeito (obsessão). Não conseguia deixar de olhar no espelho (compulsão).	Apresenta um tique em que estica os lábios, aperta os olhos, mostra os dentes e estica as bochechas. Passa os dedos embaixo dos olhos. Pratica, ambos os comportamentos a todo momento durante as entrevistas.	Não acredita nos outros quando dizem que não tem nada. Vê uma mancha roxa enorme e um buraco, sente um relevo quando passa a mão. Acha que os outros desviam o olhar e focam na cicatriz. Acha que as pessoas se assustam ao vê-lo.	Baixo repertório social. Comportamentos de timidez, como não olhar nos olhos. Só tem um amigo que mora distante e vê pouco. Faz muito tempo que não namora. Quase não sai, evitando ir a restaurantes, cinemas, barzinhos. Mora sozinho. Come sozinho, no quarto, até quando está na casa da mãe. Trabalha.	
P4	Freqüentemente isola-se, chora muito, não tem vontade de fazer nada. Diz que sempre se sentiu infeliz.	Fica pensando o tempo todo nas marcas, até enquanto ainda estava trabalhando (obsessão); lava muito as mãos, quando pega em objetos; pratica longos rituais para fechar as janelas, tampar pomadas e banhar-se (compulsões).	Uma vez, em que caiu tinta de cabelo em sua testa, ela ficou friccionando a pele até sangrar.	Não acredita no que os outros dizem. Mas sabe que as marcas com que implica são pequenas e se pergunta por que ela se preocupa tanto com coisas tão minúsculas, enquanto pessoas que têm muito mais imperfeições, como grandes verrugas nem ligam pra isso. Sabe que ninguém vai ver o que ela vê, mas diz que se preocupa com ela mesma.	Tem um bom repertório social, fala com desenvoltura, é engraçada e prende a atenção pelo jeito de se expressar. Não tem amigos. Quase não sai mais de casa, nem de dia, nem à noite. Sua vida praticamente parou, vive em função das preocupações com a saúde e aparência. Já não se dedica às tarefas domésticas.	Apresenta comptos. de Hipocondria, dizendo que tem um câncer, uma doença raríssima de pele, um problema de visão, osteoporose, artrite, retocolite e muitos outros.

Quadro 2: Comportamentos comuns a outros transtornos em cada participante (Continuação)

Col. P	1 Comptos. depressivos e pensamentos suicidas	2 Comptos. típicos de TOC e outros de obsessão e compulsão	3 Comptos. de skin picking e Comptos. estereotipados	4 Comptos. de baixo insight e delirantes	5 Comptos. sociais	6 Comptos. de outros transtornos
P5	Freqüentemente não tem vontade de fazer nada, só fica se lamentando, chora, tem insônia, por causa das preocupações com a aparência. Pensa e fala em morrer. Diz que a depressão só veio depois que as preocupações começaram. A mãe diz que antes era alegre, ia na casa dos parentes, saía, era madrinha em casamentos.	Fica falando sobre as marcas e o creme o tempo todo sem parar, esfrega um pano no rosto, não consegue se controlar (compulsão). Antes das preocupações tinha compulsão por limpeza. Pensa e se preocupa o tempo todo com os defeitos (obsessão).	Tenta tirar as rugas com a unha ou esfregando um pano, até tirar sangue. Diz que não consegue se controlar para não fazer, que imediatamente se sente aliviada, pois não enxerga mais as rugas e só um vermelhão no lugar, mas que depois, quando forma casquinha, é que se arrepende.	Diz que tem hora que olha e não vê muita coisa. Tem hora que vê um “monstro”. Às vezes fica em dúvida se tem tantos defeitos. Quando os outros falam que não, por alguns instantes, acredita, mas logo volta a se preocupar. Comenta que acha que os outros podem nem estar pensando o que ela pensa que estão. Acha que os outros só vêem as marcas, o tempo todo.	Baixo repertório social. Comportamentos de timidez, falando pouco, parecendo nervosa enquanto fala. É bastante quieta até mesmo entre a família e pessoas conhecidas. Não sai mais, nem para ir na casa dos cunhados, indo raramente à casa da mãe. Praticamente se isolou socialmente. Não se dedica mais às tarefas domésticas como antes.	
P6	Tem crises de altos e baixos, de estar bem e de repente ficar mal e chorar. Acha que as preocupações com a aparência foram, algumas vezes, desencadeantes para ela se sentir depressiva.	Lembra das preocupações com o glúteo a quase todo momento (obsessão). Nunca consegue chegar frente a um espelho e deixar de virar de costas para olhar o glúteo, mesmo que faça força para não virar (compulsão). Gasta compulsivamente. Às vezes, come compulsivamente.	Passa a mão no glúteo. Passa a mão no cabelo, especialmente quando está nervosa ou com vergonha, por estar conversando com alguém sobre si. Apresentou ambos o comportamentos durante as entrevistas.	Onde quer que vá, tem a sensação que está todo mundo olhando para o seu glúteo. Acha que todo mundo vê 1º o glúteo e vai enxergar os mesmos defeitos que ela vê. Ao mesmo tempo, sabe que exagera, que não deveria ser assim tão preocupada. Fica se comparando a meninas gordas que lidam bem com isso e não se conforma de ser tão preocupada com tão menos problemas. Não acredita nos outros, acha que estão mentindo.	Tem um bom repertório social, fala bastante, mantém a atenção, é brincalhona. Tem bastante amigos, apesar de achar que onde mora, são poucos os verdadeiros. Acha-se extrovertida, embora no fundo, se considere tímida. Acha-se tímida para falar de si mesma, dizendo que, nessas ocasiões, não consegue nem olhar nos olhos das pessoas. Evita ir a lugares como praias, clubes, piscinas. Estuda normalmente.	
P7	Teve crises de depressão, em que chegou a pensar em deixar de viver por causa das preocupações com a aparência. Quando os médicos recusavam-se a fazer a cirurgia, porque ele não tinha condições econômicas, chegava a pensar em cortar a ponta do nariz, pois assim os médicos não poderiam se recusar a consertá-lo.	Chega a perder o sono de tanto ficar pensando sobre o defeito (obsessão). Fica o tempo todo procurando coisas para arrumar em sua casa, não consegue ficar parado, quer tudo perfeito, arrumado (compulsão). Foi ele quem construiu a própria casa, com a ajuda da esposa, que disse que se ele pudesse, terminaria tudo no mesmo dia e não pararia nem para comer.		Não tem dúvida de que tem o defeito. Acha que o nariz é o grande complicador da sua vida, que é um perdedor por causa dele, que ninguém nunca vai aceitá-lo por causa do nariz. Diz que se acha um “monstro”, um “deformado”, capaz de chamar a atenção de uma multidão somente para si. Acha que a primeira coisa que todos vão olhar é o seu nariz, percebe olhares, comentários e risos.	Tem um bom repertório social, fala de modo articulado, prende a atenção, gesticula, brinca. Diz quase não ter amigos. Evita ir a lugares com muitas pessoas, como shoppings, mercados, etc. Apenas sai para trabalhar.	Antes das preocupações começou a ter um surto psicótico, em que ficou 17 dias internado em um hospital psiquiátrico e 8 meses sem se comunicar com ninguém, dependendo de cuidados de higiene e sobrevivência

os dois transtornos, que, entretanto, parece bastante complexa. Como em alguns casos apontados por Phillips (1999), os comportamentos depressivos iniciaram antes do TDC em alguns participantes (P2, P4). P3, P5, P6 e P7 atribuíram as constantes crises depressivas às preocupações com a aparência, o que também apareceu nos estudos de Phillips et al. (1993). P3 e P5 afirmaram que os comportamentos depressivos só apareceram depois que as preocupações com a aparência começaram:

Eu nunca tive nada. Nunca tive depressão, tristeza, esses problemas, até achava um absurdo as pessoas entrarem em depressão, eu achava que não existiam problemas para chegar a isso. Hoje estou em uma angústia profunda. Me arrependi de ter feito a correção, se soubesse que o resultado seria esse não teria feito.(P3)

E uma menina tão disposta que era, depois que ela teve esse problema, não tá mais como era, nunca vi, não tinha nada pra ela que não tinha coragem de fazer, agora só fala que não tem coragem.(mãe de P5)

A Depressão secundária ao TDC foi bastante citada na literatura (Phillips, 1991; Phillips & Diaz, 1997; Phillips, 1999).

Três dos participantes (P3, P5 e P7) relataram que chegaram a ter pensamentos suicidas, o que confirma o risco apontado por Dufresne et al. (2001) de que pacientes com TDC venham a cometer o suicídio:

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

A grande maioria dos participantes relatou ter comportamentos vistos no TOC, caracterizados como obsessão e compulsão (ver quadro 2, coluna 2). Em quase todos eles, esses comportamentos estavam relacionados às preocupações com a aparência, ou seja, com os próprios comportamentos do TDC. P3, P4, P5, P6 e P7 relataram que pensavam e se preocupavam o tempo todo com o *defeito*, caracterizando o comportamento obsessivo:

É quase a todo o momento, eu fico lembrando disso, quase todo momento mesmo.(P6)

Isso eu acho que é a todo instante. A todo instante, a partir, eu acho, eu acredito assim, que eu estando acordado, eu me deparo com um problema constante assim, constante. Não tem nenhum momento assim que eu pudesse assim eu esquecer...(P7)

Entre os comportamentos compulsivos relacionados com as preocupações com a aparência também estavam: não conseguir deixar de perguntar aos outros (P4, P5 e P6), pentear o cabelo (P2), que também é um comportamento citado no DSM-IV como comum em pessoas com TDC, não conseguir deixar de olhar no espelho (P3, P5 e P6):

...mas eu pergunto pra ele, pergunto: “tá aparecendo, tá afundado, tá alto?”(...) Aí ele fala: “não tá!”, mas eu tenho necessidade de perguntar, e não confio nele também, em relação a essas coisas, não confio.(P4)

Mas o duro é que não consigo evitar de olhar, parece que alguma coisa me leva ao espelho, é aquilo que eu falei de energia negativa, eu não consigo evitar, olho e fico mal.(P3)

... e eu nunca saio sem virar de costas pra 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)

Portanto, apesar de procurarem evitar o espelho, P3 e P5, às vezes, não conseguiam, o que é descrito por Veale et al. (1996) como comum em pessoas com TDC.

Apenas P1 dizia não apresentar esses comportamentos, na época das entrevistas, no entanto, eles estavam presentes alguns anos antes, durante a época em que fez as várias cirurgias.

Alguns participantes também demonstraram comportamentos típicos do TOC, como lavar muito as mãos, praticar rituais para fechar janelas e para tomar banho, como é o caso de P4 que apresentava estes comportamentos, na época das entrevistas, e de P5 que relatou ter tido compulsão por limpeza, antes de se iniciarem as preocupações com a aparência. Isto vai ao encontro do estudo de Albertini e Phillips (1999) em que o TOC precedeu o TDC em cerca de 40% dos casos.

Mas a obsessão é muito grande, tipo, você vai fechar uma, nós temos uma porta, que tem uma persiana que você fecha, depois um tipo de blackout, então ela fica, de tanto puxar já rasgou, a cortina já estourou, dela puxar com tanta força, eu já cheguei a estar deitado e ficar observando, tinha que ter uma filmadora, pra você ver a reação.(marido de P4)

Ah, bem não fazia né, porque eu era assim, se eu limpava aqui (ergue um objeto da mesa), pra mim já tava na hora de limpar de novo, encafifava sabe? (...) Na cabeça, nossa! Limpei ali parece que já tá cheio de poeira de novo, ia de novo, passava o pano de novo. (P5)

Outros participantes apresentavam comportamentos que também poderiam ser considerados como compulsões, como P6 que gastava e comia compulsivamente e P7 que ficava na maior parte do tempo procurando objetos para arrumar. Phillips (1991) citou o comer compulsivo como comum ao TDC.

Alguns comportamentos semelhantes a compulsões, que na literatura são conhecidos como: *skin picking* e estereotipados (ver quadro 2, coluna 3), também compunham o repertório de alguns participantes. Estes comportamentos são citados como

comuns em pacientes com TDC (Wilhelm, Otto, Lohr & DEXKERSBACH, 1999; Amâncio et al., 2002).

O comportamento de *skin picking*, que poderia ser considerado uma compulsão para picar a pele, foi relatado por P5, como lhe causando muito sofrimento. Ela tentava arrancar suas rugas com as unhas ou com um pano que esfregava, até acabar machucando realmente seu rosto. A participante relatava que não conseguia se controlar para não passar o pano no rosto, o que lhe causava um alívio imediato, mas muito arrependimento depois:

Sinto (alívio), porque desaparece, aí eu falo, agora ficou bonito! Ficou bonito porque agora sumiu do rosto, mas fica vermelho (...) Eu me sinto mais mal ainda. É porque daí eu falo ai meu Deus, olha onde eu fui parar, estragar o meu rosto!(P5)

P2 também relatou que durante a adolescência, na época em que tinha preocupações com espinhas na pele, não conseguia esperar as feridas secarem, tirando todas as casquinhas (*SIC*) que se formavam. P4 também tinha uma história em que deixou cair tinta de cabelo na testa e não conseguiu esperar sair, esfregando até sangrar.

Os comportamentos estereotipados foram não apenas relatados por alguns participantes, como também puderam ser observados durante as entrevistas. Alguns deles consistiam em passar a mão sobre o *defeito* (P1, P3 e P6), enquanto outros eram dirigidos a outras partes do corpo, como o cabelo por exemplo (P2 e P6). Além de demonstrar comportamentos estereotipados, P3 apresentou um tipo de tique.

Outro tipo de comportamento encontrado entre os participantes, foram os comportamentos que indicam baixo *insight* ou delirantes (ver quadro 2, coluna 4). Era comum entre os discursos dos participantes o uso de palavras fortes em relação à aparência como: deformado, monstro (*SIC*), assim como idéias de que chocavam, assustavam ou causavam impacto (*SIC*) nas pessoas (P2, P3 e P7):

Eu penso, isso é profundo, porque eu na hora que eu me ponho no meio do grupo, no meio de uma festa ou de um 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.(P7)

Alguns participantes tinham idéias delirantes de que as pessoas riam ou comentavam algo sobre seu *defeito* ao verem-nos (P2 e P7), de que colocavam a mão sobre a parte do próprio corpo em que o participante acreditava ter o *defeito* (P1 e P2) ou de que desviavam o olhar para o *defeito* (P3 e P7), indicando que haviam reparado:

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)

...então, eu distingo certinho onde as pessoas estão me olhando. (...) Eu não acho, eu vejo, que as pessoas estão me olhando.(P7)

...mas as pessoas eu vejo que quando a gente está conversando e tal, e 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)

Assim como apontam estudos (Birtchenell, 1988; Phillips et al., 1993), as preocupações dos participantes variaram de obsessões (P4), idéias supervalorizadas (P2 e P6) e chegaram ao franco delírio (P1, P3, P5 e P7). A maioria dos participantes não acreditava nos outros quando lhe falavam que não tinham o *defeito* e achavam, a todo o momento, que o tinham. Porém, P5 relatou que, às vezes, acreditava que não tinha tantos *defeitos*, chegando até mesmo a se ver diferente no espelho, o que vai ao encontro dos argumentos apontados na literatura (Phillips et al., 1993) de que o TDC com ou sem delírio fariam parte do mesmo transtorno já que as crenças de ter um defeito podem variar em um mesmo indivíduo:

É. Tem dia que eu levanto e até me aceito de manhã, sabe, mas tem dia que Nossa Senhora... eu não sei, não dá para entender.(P5).

As participantes P4 e P6, diziam saber que suas preocupações eram pequenas perto de defeitos tão graves em outras pessoas, no entanto, não conseguiam parar de pensar nelas e ainda acreditavam que tinham o defeito:

Por que eu sou assim, se o outro tem uma verruga desse tamanho (mostra com a mão um tamanho) vive rindo, por que eu sou assim, por que desde pequenininha eu sou assim?(P4)

Estas participantes parecem se assemelhar àqueles pacientes com TDC, descritos por Rosen (1997), que podem reconhecer suas obsessões e admitir que suas preocupações são excessivas, mesmo que não estejam convencidos de que têm uma aparência normal. Phillips (1991) citou um caso semelhante de um homem de 28 anos que embora tivesse consciência de sua preocupação excessiva, não conseguia pará-la.

Dois casos chamaram a atenção pela discussão existente na área, sobre o fato de que o TDC poderia ser considerado um tipo de Esquizofrenia. Um foi P7 que passou por uma espécie de surto durante oito meses, ficando internado por 17 dias em um hospital

psiquiátrico. O outro foi o P2 que foi internado duas vezes em um hospital psiquiátrico, pela mãe, durante a adolescência. Em ambos os casos, as preocupações com a aparência ainda não haviam se agravado, durante a época das internações.

Outra classe de comportamentos evidenciados entre os participantes foi de esquivar-se de sair e isolar-se socialmente (ver quadro 2, coluna 5), que são comuns à Fobia Social (Savóia, 2000). Alguns participantes se esquivavam de sair apenas para alguns lugares específicos (P2, P3, P6 e P7), como shoppings, bares, cinemas, clubes, piscinas, supermercados:

Eu evito ir a certos lugares, como restaurantes, cinema. Eu nunca fui muito de sair, mas agora não tenho conseguido ir a mais nenhum lugar, só vou de casa pra o trabalho, do trabalho para casa.(P3)

É, eu vou pro trabalho, eu prefiro, eu nem curto muito, por exemplo, praia, lugares onde houver bastante pessoas, né, a sociedade, eu vou, prefiro mais lugares isolados. Eu prefiro por exemplo, igual eu fiz, clube de campo sabe, eu gosto mais de lugar recatado, pescaria, eu fico mais à parte, sozinho. Então, isso também tem interferido.(P7)

Apesar de darem continuidade a suas ocupações diárias, estes participantes demonstraram um prejuízo significativo em seu funcionamento social. A maioria dos participantes não tinha amigos atuais (P1, P3, P4, P5 e P7) e alguns deles demonstraram um baixo repertório social (P1, P3, P5), características também apontadas (Phillips & McElroy, 2000; Savóia, 2000) como comuns ao TDC:

É difícil fazer amizade, às vezes, eu fico isolada.(P1)

Os participantes, geralmente, justificavam seus comportamentos de esquivar social, pelo medo de avaliações negativas ou de críticas e comentários diversos sobre sua aparência ou *defeito*, o que indica semelhanças com a Fobia Social:

É eu tenho vergonha de sair, que nem, a minha menina me chama para sair e eu não saio, às vezes eu deixo de sair com ela, às vezes eu preciso sair com ela e não saio, fico escondida, quando as amigas dela vêm em casa eu peço e fico escondida no quarto...Porque eu tenho vergonha, vergonha das marcas no rosto. Nem mais na casa do meu cunhado eu vou, não vou mais.(P5)

Dois participantes (P4 e P5) demonstraram comportamentos que beiravam o isolamento social, já que se esquivavam de ir a praticamente todos os lugares. Essas participantes demonstraram prejuízo em todas as áreas de funcionamento de suas vidas, vivendo em função de suas preocupações:

Não, ela só vive em função daquilo. Tipo assim, ela vai dormir 3, 4 horas da manhã...(marido de P4)

A área pessoal também pareceu prejudicada em alguns participantes. Dois deles, do sexo masculino e com mais de trinta anos, eram solteiros (P2 e P3). Os outros participantes, (exceto P6, de 23 anos de idade) eram casados, porém, dois deles (P4 e P5) estavam com problemas conjugais devido às preocupações com a aparência, o que relembra o apontamento de Veale (agosto, 2002) de que a maioria dos indivíduos com TDC acaba se divorciando:

Eu falo: “o eu não sou seu parente não, o meu pavio, eu já tive muita calma, eu já fui muito paciente, só que o meu limite está por um fio. Tanto é que eu já falei pra você, eu largo tudo...”(marido de P4)

Alguma vez já, já porque a gente começa a falar, começa a falar, quer tirar aquilo, a gente sente, a gente quer tirar, a gente não quer ver a pessoa sofrer, aí a gente vai estressando, vai irritando, ela percebe, as coisas pra mim também não estão boas né, por isso.(marido de P5)

Vale citar o caso de P4 que apresentou ainda comportamentos típicos da Hipocondria (ver quadro 2, coluna 6), que também é apontada na literatura como podendo ser comórbida ao TDC (Tung, 2001; Ballone, Neto & Ortolani, 2002). No DSM-IV (1995) tanto a Hipocondria, como o TDC estão classificados como Transtornos Somatoformes. Aliás, na classificação da CID-10 (1993) o TDC é considerado como um Transtorno Hipocondríaco.

Duas participantes responderam que se achavam muito gordas (*SIC*) no entanto, estas respostas não vão contra o fator de exclusão do DSM-IV (1995) em relação aos Transtornos Alimentares. P6 justificou o fato de se achar muito gorda (*SIC*) como sendo bastante relacionado às partes do corpo com que se preocupava (glúteo e quadril), pois achava que por mais que emagrecesse, estas partes sempre continuariam em excesso. P5 não considerava suas preocupações com a gordura tão exageradas. Phillips e Diaz (1997) apontaram que é comum que mulheres com TDC tenham comorbidades com Transtornos Alimentares.

Os comportamentos comuns a outros transtornos, levantados entre os participantes, vão ao total encontro dos transtornos apontados pelo DSM-IV (1995) como comórbidos ao TDC: Delirante, Depressivo Maior, Fobia Social e TOC. Os resultados também se assemelham aos dados de Phillips et al. (1993), em que o transtorno mais comum em comorbidade com o TDC foi a Depressão, seguida pelos Transtornos de Ansiedade e depois pelo Transtorno Delirante.

Comportamentos Característicos de Traços de Personalidade (Padrões de Comportamento)

Apesar da literatura na área (Phillips & McElroy, 2000) se referir a certos padrões de comportamento, encontrados em indivíduos com TDC, como traços de personalidade, o presente estudo considera que apesar de útil, esta terminologia é insuficiente e pouco esclarecedora. É útil na medida em que torna possível a comunicação e facilita a busca das características comuns ao TDC, mas não explica a real condição de tais características.

Conforme discute Skinner (1953/2000) uma análise pautada em traços de personalidade estaria limitada a previsões de efeito para efeito, isto é, de comportamento para comportamento. Buscar traços de personalidade como causas do TDC seria irrelevante, dentro de uma perspectiva comportamental, pois não passariam de padrões de comportamentos, apresentados pelos participantes, assim como todos aqueles citados anteriormente. Portanto, da mesma forma que os demais, os comportamentos característicos de traços de personalidade, encontrados entre os participantes, também podem ser descritos, como se segue no quadro 3.

A maioria dos participantes demonstrou ter cuidados com a aparência, que iam além dos cuidados com o *defeito* (ver quadro 3, coluna 1). Entre esses cuidados estava a preocupação em se vestir bem (P2, P5, P6 e P7), a prática de esportes para se manter em forma (P3 e P6) entre outros, como a maquiagem, o uso de cremes, etc. (P2, P4 e P5). O DSM-IV (1995) descreve que pode haver um excessivo comportamento de cuidados com a aparência e exemplifica, exatamente, com os mesmos comportamentos encontrados entre os participantes. Ao se referirem aos cuidados com a aparência, alguns dos participantes (ou seus familiares) se caracterizaram como vaidosos (P4, P6 e P7). P4 chegou a verbalizar que sempre se achou muito bonita. Estas autodefinições, vão contra os argumentos de Veale (agosto, 2002) de que indivíduos com TDC não poderiam ser considerados “narcisistas”, pois pelo contrário, se acham extremamente feios, têm vergonha de seus defeitos e apenas queriam ser pessoas “normais”. Conforme indicaram os resultados, tudo isso pode aparecer, inclusive ao mesmo tempo, entre indivíduos com TDC. Há estudos (Thomas, 1984; Andreasen & Bardack, 1997; Kaplan Sadock & Grebb, 1997), de abordagem psiquiátrica, que apontam o “narcisismo”, como um traço de personalidade, comum entre pessoas com TDC, entre outros traços (ou padrões de comportamento).

Quadro 3: Comportamentos característicos de “traços de personalidade” (padrões de comportamento) de cada participante.

Col.	1 Vaidade	2 Detalhismo e perfeccionismo	3 Bom desempenho escolar	4 Baixa auto-estima	5 Agressividade e irritabilidade
P					
P1			Foi bastante estudiosa durante toda a vida até o presente. É muito exigente quanto às notas, acha que a dedicação à filha atrapalha um pouco seu desempenho.	Acha que ninguém olha para ela, a não ser quando está com pêlos no queixo.	Briga muito com a mãe. Não pode ser contrariada.
P2	Passa um creme para clarear a mancha. Preocupa-se em combinar roupas e em vestir-se de acordo com seu tipo físico. Dorme de lado para não amassar o cabelo. Ele mesmo corta o cabelo e usa creme fixador. Lava bastante o rosto, pois tem pele oleosa.	Diz ser muito detalhista, no sentido de reparar na própria aparência e de outras pessoas.	Foi considerado o melhor aluno da sala várias vezes.	A irmã disse que ele sempre procura agradar as pessoas, preocupando-se se elas irão gostar dele.	Bastante nervoso com a mãe. Quando brigava com a mãe, gritava e quebrava coisas. A mãe o internou duas vezes (com 13 e com 17 anos, ambas durante 2 meses) em hospitais psiquiátricos, devido a suas crises de nervoso em que quebrou coisas.
P3	Pratica esportes para manter a forma.	A mãe conta que é perfeccionista, que tudo tem que ser do jeito que ele quer. Diz que é exigente consigo mesmo e com os outros, tanto em aparência como em atitudes. Ela conta que é assim exigente consigo mesmo, desde criança.	Ia razoavelmente bem, tirando a média, mas fez vários cursos: duas faculdades, especializações no exterior, informática, curso para piloto e serviu o exército durante 2 anos.	A mãe disse que ele acha que tudo o que fez, como cursos no exterior, trabalhos, faculdades, é pouco, não significa nada.	Bastante agressivo (em palavras) com a mãe. Tem crises de nervoso (que começaram depois das preocupações com a aparência) em que joga e quebra coisas, chuta e bate portas.
P4	Faz limpeza na pele, passa cremes, fica horas na frente do espelho lavando e cuidando da pele. Maquiava-se desde mocinha, adorava se pintar. Acha-se muito bonita e vaidosa.	Diz que desde que nasceu é muito detalhista, que tudo que faz tem que ser perfeito, “certinho”.	Era muito estudiosa, só tirava 10. Era muito organizada com os cadernos, com o material, com o lugar em que estudava.		Estoura e grita de repente com o marido.
P5	Procura se vestir bem. Gosta de andar com roupas bonitas. Usava um creme anti-rugas o tempo todo.	A mãe conta que ela sempre gostou das coisas muito arrumadas. Que tudo tinha que ser “certinho” da vontade dela. É muito caprichosa com o serviço de casa.	O pouco que estudou foi bem.	Não se acha útil para ninguém, nem para o marido e as filhas.	Desde que as preocupações começaram, ela fica irritada e nervosa, xinga e fala palavrões bem alto, o que acontece muito quando se olha no espelho. Chega a chorar e rolar no chão de nervoso.
P6	Não sai sem ter feito escova no cabelo. Não sai sem brinco ou bolsa combinando com o sapato. Faz massagem para o glúteo. Faz academia. Considera-se bastante vaidosa.	Acha-se exigente com ela mesma, em todos os sentidos. Gosta de tudo arrumado, suas roupas são organizadas por cores. Gosta das coisas do seu jeito. A mãe diz que desde pequenininha ela sempre foi perfeccionista.	Sempre foi muito boa aluna. Sempre procurou se destacar.		Define-se como pavio curto. A mãe diz que é irritadíssima. Não gosta de ser contrariada. Quando vai se trocar, fica nervosa com as outras pessoas que estão junto, pois acha que estão mentindo, sobre estar bonita. Quando se irrita, grita, chora, bate a porta, sai correndo com o carro. Faz essas coisas, principalmente, com a mãe, nunca com o pai.
P7	Gosta de roupas mais caras, procura se vestir bem. A esposa o acha bastante vaidoso.	Desde criança, quando começava uma coisa tinha que terminar, ou quando “enfia algo na cabeça” tinha que fazer, mesmo que apanhasse dos pais porque não ia fazer o que eles pediam na hora, pois se sentia aliviado por ter terminado o que começou. É muito exigente consigo mesmo, seja no trabalho, onde quer ser o melhor, seja na família, onde acha que nunca deu de si o suficiente.	Estudou muito pouco e não foi muito bem, pois preferia trabalhar.	Diz que não é útil a ninguém. Sempre procura agradar a todos. Quer ser reconhecido, ser importante, mas nunca acha que consegue, mesmo sendo elogiado por seu chefe, por exemplo.	É agressivo com palavras, quando se lembra de sua aparência e fica revoltado. Não grita, nem se altera demais, costuma sair do local e se isolar para se acalmar. A mulher diz que ele é maravilhoso com a família quando não está lembrando da aparência.

Um outro padrão de comportamento, também destacado nestes estudos como traço, que foi encontrado entre quase todos os participantes, pode ser entendido como composto por uma série de comportamentos de prestar atenção em detalhes e buscar perfeição (ver quadro 3, coluna 2). Os próprios participantes ou seus familiares usaram as mesmas palavras para se referir a estes comportamentos: detalhista e perfeccionista (*SIC*) (tanto em relação à aparência, como a outras coisas), exigente (*SIC*) (consigo mesmo ou com outras pessoas). Também foi comum, entre os participantes, que essas características estavam presentes desde a infância:

Bom, eu outro dia até tava falando, o P3, pra você ver como ele sempre foi perfeccionista, pequenininho, ele começou a falar, então por exemplo, a irmã ele não conseguia falar então falava Titi, quando ele começou a falar, ficou o apelido Titi e ele não sabia falar, mas na idade normal, um ano e pouco, ele falava aua, em vez de água, aí uma vez eu peguei ele atrás da geladeira, assim no cantinho, falando áua, áua, até sair água, quando saiu água ele saiu de lá contente, alegre. Ele não admitia erro, já aí, ele era pequenininho, aí depois também, a filha tinha uma amiga, a filha de 5 anos mais velha que ele, tinha uma amiga da mesma idade, que elas resolveram caçoar dele por que ele falava errado, estragou ele falava o t virou c, você conclui o que saiu aí, quando ele viu que saiu isso, escalgou, ele ficou doido, aí ele ficou treinando até falar certo, aí ele ficou, ele se preocupava com isso tudo, não era só aparência. Tudo, tudo.(mãe de P3)

Alguns dos participantes (P1, P2, P4 e P6) também apresentaram comportamentos de bom desempenho escolar (ver quadro 3, coluna 3), o que também aparece na literatura da área (Hanaraka & Citti, 1993; Sobanski & Schimidt, 2000). Em relação aos demais, dois deles (P5 e P7) tiveram poucas oportunidades de estudo, enquanto que o último (P3) manteve as notas na média, fez vários cursos no exterior e ainda serviu o exército. Estes comportamentos podem também indicar o mesmo padrão de comportamentos perfeccionistas:

A minha preocupação é que ela sempre foi perfeccionista, tudo tem que ser do jeito que ela quer, tudo tem que ser perfeito, quando ela não tirava nota boa ela achava que tinha que ser ainda mais, entendeu?(mãe de P6)

Um padrão de comportamento também destacado na literatura como um traço de personalidade (Phillips, 1991), que pôde ser observado entre os participantes foi o de baixa auto-estima (ver quadro 3, coluna 4), que pode se resumir a um conjunto de comportamentos em que o indivíduo demonstra não se sentir valorizado. Alguns participantes (P5, P7) disseram que não se sentiam úteis em relação a outras pessoas:

...como eu disse pra você não há muito tempo atrás, eu acho que eu, vamos supor assim, quase inválido, uma palavra assim, eu acho que não tenho muita, tanta utilidade com as pessoas sabe, eu não sou tão útil...(P7)

Um comentário que se destacou foi o de P1 ao dizer que as pessoas só olhavam para ela quando os pêlos de seu queixo estavam grandes, pois, caso contrário, ninguém olharia para ela. Outras indicações desse padrão de comportamento foram:

Sempre ele fica preocupado se as pessoas vão gostar dele, sabe, parece que o reconhecimento é importante para ele. (...) Em relação a tudo, ele sempre quer agradar, tem que buscar algum tipo de afeto assim, de achar que ele é muito legal.... (irmã de P2)

Eu acho, eu acho que na vida, até hoje eu sou incompleto, eu sempre estou faltando muita coisa, o meu modo de pensar, o meu modo de reagir, o meu modo de ser, a minha aparência, eu acho que sempre eu estou faltando, eu acho que nunca as pessoas acham em mim alguma coisa importante.(P7)

Mesmo não sendo anteriormente previstos, alguns comportamentos chamaram atenção por terem sido encontrados em todos os participantes: comportamentos de agressividade e irritabilidade (ver quadro 3, coluna 5). A maioria dos participantes se comportava de maneira agressiva com seus familiares, especialmente com suas mães (P1, P2, P3 e P6):

Porque de vez em quando, quando ela fica contrariada, ela fica meio fora de si, ela perde um pouco a noção, perde um pouco a realidade, as proporções. Ela fica meio agressiva.(pai de P1)

Castle e Morkell (2000) citaram ser comum no TDC a irritabilidade direcionada à família. Enquanto alguns se limitavam a utilizar palavras agressivas (P1 e P7), outros tinham crises de nervosismo em que choravam, gritavam, quebravam coisas, batiam portas, se jogavam no chão, saíam correndo com o carro, entre outros comportamentos. Na maioria dos participantes esse tipo de comportamento foi relacionado às preocupações com a aparência (P3, P5, P6 e P7):

...sabe, ele não tem paciência de suportar, eu acho que tudo isso acaba sendo dessa parte, sabe, que ele fica revoltado, então eu acho que é mais por esse lado, que ele acaba ficando assim, porque ele é uma pessoa maravilhosa enquanto ele não lembra do problema dele. Mas se, principalmente, se ele ver alguém olhando nele, pronto, daí acaba, pode estar às mil maravilhas.(esposa de P7)

Após uma revisão na literatura sobre TDC, Lucas (2002) sugeriu que a violência pode ser mais comum em pessoas com o transtorno do que previamente foi reconhecido. Este autor apontou um estudo em que 46% de 24 mulheres e 29% de 34 homens com TDC responderam afirmativamente às perguntas: “você costuma se enfurecer e perder o controle vindo a insultar, agredir ou violentar seus parentes e amigos?” e “nesses momentos você quebra algum objeto ou soca e chuta paredes e portas?”. Foram exatamente estes comportamentos indicados por alguns dos participantes (P2, P3 e P6).

Outros autores apontaram para a violência de pacientes com TDC em relação a si próprios, como foi o caso relatado por Castelló, Barros e Chinchilla (1998) em que uma mulher de 61 anos de idade procurou o cirurgião plástico porque queria que seu nariz fosse cortado e fosse colocada em seu lugar uma prótese. Isto vem ao encontro do discurso de P7:

...porque quando eu me deparava, que eu não ia conseguir mudar a minha fisionomia, então eu entrava em pânico dentro de mim, parece que eu entrava em pânico né, eu achava assim: “nossa, eu estou errado, eu estou desse jeito aleijado e eu preciso me consertar e não acho ajuda, não acho apoio, eu não tenho condição”, então eu acabava ficando nervoso, estressado e entrava em pânico comigo mesmo, aonde que eu pensava até mesmo em decepar(o nariz), em cortar, ir pra esse lado, eu pensava: “eu vou cortar isso aqui, eu acabo com isso aqui”, então eu ficava nervoso de não achar uma solução pra mim.(P7)

No próximo tópico, segue-se uma tentativa de análise de todos os comportamentos dos participantes, tanto típicos do TDC, comuns a outros transtornos, como os demais encontrados.

Análise Conceitual

Processos Comportamentais Antigos

A seguir serão analisados os processos comportamentais antigos, ou seja, os processos que ocorreram durante a infância e adolescência dos participantes que, provavelmente, foram responsáveis pela origem ou aquisição dos comportamentos descritos. Estes processos serão descritos no quadro 4.

- Falta de Aprendizagem de Comportamentos Socialmente Habilidadeosos:

A maioria dos participantes relatou ter tido poucos amigos durante a infância (P1, P2, P3, P4 e P5), assim como, poucos relacionamentos com pessoas do sexo oposto (P1, P3, P5 e P7) (ver quadro 4, coluna 1). Estas duas características da história de vida de pessoas com TDC, foram destacadas em estudos de caso descritos na literatura (Andreasen & Bardach, 1977; Braddock, 1982; Bloch & Glue, 1988).

Mas eu tive dificuldades de ter amigos sim, às vezes, no recreio, eu ficava sozinha. Não era muito fácil me entrosar não.(P1)

Quadro 4: Dados da infância de cada participante.

Col.	1 Repertório social na infância	2 Características da mãe	3 Características do pai	4 Elogios dos pais
P				
P1	Nunca foi de sair. Só tinha uma amiga na infância. Era tímida. Na adolescência saía com a irmã mais nova, pois não tinha suas próprias amigas. Teve seu primeiro namorado com 26 anos. Teve apenas 2 namorados. Tinha vergonha de ler ou falar na escola porque falava fanhoso.	Culpa-se pelas preocupações da filha. Era e ainda é brava, rígida e controladora. É muito crítica com a aparência da filha, falando em outros defeitos não citados por ela e usando termos fortes para falar sobre. O marido a define como superprotetora.	Quieto, equilibrado, fechado, não carinhoso. Mesmo não concordando com as cirurgias da filha, acabava aceitando por causa da insistência dela e da mãe.	Não se lembra de elogios. Os pais gostavam de sua obediência.
P2	Os pais não o deixavam sair. Era tímido. Tinha poucos amigos.	Muito crítica, rígida e controladora. Objetiva e “seca”. Não era carinhosa e não conversava com os filhos. Provia- os só com o necessário. Chamava-o de marginal, acusava-o de usar maconha, não o deixava sair, dizia que não queria ter tido um menino, culpando o marido por ter querido. Criticava sua rebeldia, seus amigos e sua incompetência em não arrumar emprego. Até hoje tranca a porta do quarto por ter medo que ele roube algo.	Fechado, calado, sem muito diálogo.	Não se lembra de elogios. Os pais gostavam de sua inteligência, de seu desempenho escolar, de sua educação, mas só elogiavam para outras pessoas.
P3	Nunca foi muito de sair. Era tímido. Teve poucos amigos e namoradas. Não saía com as namoradas, nem ia em suas casas, chegando a mandar flores em seus aniversários e não ir às festas. Fez vários esportes, mas sempre individuais, em que não fazia amigos.	Culpa-se pelas preocupações do filho. O filho a define como superprotetora, pois dava de tudo, carro, presentes, ajudava- o a estudar. Mas também exigia, pois sempre procurou criá-lo para estudar, cuidar da vida e se dar bem. Não era carinhosa. Sua função se resumia a dar a assistência necessária, levando aos melhores médicos, dentistas e escolas.	Exigente, rígido e cobrava muito que o filho fosse responsável e trabalhador. Foi pai aos 56 anos, sendo que a diferença de idade atrapalhava o diálogo. Era “durão”, não sabia expressar seus sentimentos, não era carinhoso. Para o filho, era um modelo de honestidade e caráter.	Nunca foram de elogiar. Gostavam de sua obediência e responsabilidade, pois ele cumpria tudo que era necessário.
P4	Teve poucos amigos, apenas uma amiga verdadeira. Nunca teve uma turma com que saía. Sempre foi extrovertida.	Era muito bonita e vaidosa. Ficava sem comer e fazia ginástica com um plástico amarrado na barriga, se pesava toda hora. Era exigente, áspera, explosiva, brava, batia na filha. Era organizada e muito limpa com a casa, com as panelas, com a comida. Brigava se a filha fizesse sujeira, como brincar no banheiro ou comer na frente da TV. Fazia-a lavar bem o ouvido e o pescoço, esfregando-o com álcool. Fazia-a comer com modos. Obrigava-a a comprar e vestir roupas que não gostava.	Dava-se muito bem com a filha, era carinhoso, brincalhão, um homem “bom”. Também era quieto e sensato. Usou a mesma cor de roupa: camisa, calça, sapatos e meias, durante toda a vida, em qualquer lugar que fosse.	Não se lembra de nenhum elogio diretamente para ela. Lembra-se que contavam para os outros que ela era estudiosa e organizada.
P5	O pai não gostava que saísse. As primas eram as únicas amigas. Era tímida quando saía. Não teve muitos namorados. A mãe conta que quando saíam ela só ficava do seu lado “grudada”.	Não era brava nem exigente. Gostava de tudo no lugar, arrumado, limpo, “certinho”.	Bravo, exigente, falava o que eram as coisas certas e tinham que obedecê-lo na hora, senão apanhavam. Não era carinhoso. Dividia as tarefas domésticas entre as filhas por dia da semana. É quieto.	Era elogiada por não ficar na rua, por não esconder nada, por ajudar os pais, por ser obediente, por não responder. A mãe elogiava quando ela ajudava no serviço, tecendo elogios de que era trabalhadeira e esperta com o serviço.

Quadro 4: Dados da infância de cada participante (Continuação)

Col. P	1 Repertório social na infância	2 Características da mãe	3 Características do pai	4 Elogios dos pais
P6	Sempre teve muitos amigos. Fez várias atividades extra-escolares. Sempre foi extrovertida, espontânea e líder de suas turmas.	Culpa-se pelos problemas da filha. Tem bastante quadril e bumbum. Gasta com roupas e calçados. Confessa ser preocupada com a aparência. Não é exigente com os filhos, exceto quanto a organização, pegando no pé da participante, para que seja mais organizada. É muito organizada com a casa, não consegue ficar um minuto parada, fica arrumando tudo, fica procurando armários, gavetas para arrumar quando chega do serviço. Diz gostar das coisas bem arrumadas e de receber bem as pessoas.	Dá-se muito bem com a participante, todos na família acham que os dois têm personalidades muito parecidas. É o líder da casa. É muito crítico, quando aprova diz que algo está faltando. Conversam bastante e o pai só muda sua opinião e concorda com a filha quando ela consegue convencê-lo com bons argumentos. Ele é muito competente profissionalmente, muito estudioso, sistemático, rígido com ele mesmo. Sempre esteve entre os melhores alunos. Acha-se “omisso” no sentido de não ter estado tão presente e de não ter cobrado mais da filha, como por exemplo, não ter insistido para que ficasse no inglês.	Os pais não se lembram de elogiá-la quando criança. Sempre gostaram de sua responsabilidade, na escola por exemplo, de sua personalidade forte, de ser geniosa, de sua malícia, independência, de seu caráter de liderança. Essas características foram comentadas tanto por ambos os pais, como pela participante, sendo que todos também enfocaram que são as mesmas características admiradas no pai.
P7	Quando criança, teve muitos amiguinhos, mas na adolescência, passou a se isolar em casa, pois achava que tinha o nariz feio. Teve poucas namoradas e achava que não conseguia namorar por causa do seu nariz. Como era Evangélico, era mais recatado quando jovem. Não era muito de sair, sempre foi mais caseiro. Quando os irmãos saíam, ele ficava em casa com a mãe.	Era “mansinha”, escondia do pai as coisas erradas que os filhos faziam. Caprichava nas “roupinhas” que ela mesma fazia para os filhos. Preocupava-se em deixar os filhos “arrumadinhos” e não constrangidos perante os primos com melhores condições financeiras.	Era muito trabalhador, honesto, correto, sério e quieto. As conversas com o pai sempre foram curtas, ele nunca pergunta como está a família ou demonstra interesse pelos filhos, já casados. Não brincava com os filhos e não tinha tempo de lhes dar carinho. Sua preocupação era em alimentá-los e que “pegassem o mesmo caminho que ele”. Era exigente e fazia os filhos trabalharem na roça desde cedo. Não batia forte, mas dava uns puxões de orelha e uma “disciplina”, que correspondia, segundo o participante, a lições de moral.	Não se lembra de nenhum elogio. Acha que a mãe dava carinho igual para todos os filhos. Acha que ela não via nada nele de especial.

P6 foi a única participante que relatou ter tido vários amigos e relacionamentos pessoais, durante toda a infância e adolescência. Apesar de ter tido amigos durante a infância, P7 começou a se isolar em casa durante a adolescência, por causa de seu nariz:

Adolescente, a minha mãe fala que eu comecei a me tornar muito caseiro né, um porém, era quando eu já comecei, é como eu falei pra você nessa idade eu já comecei a me preocupar com esse problema né, com uns 9 anos, então na adolescência eu já comecei a me preocupar, tipo que nossa, eu acho, falavam pra mim, eu não sou convencido, mas eu falava: “pô, eu converso bem, eu não falo conversas bestas e indiscretas pras moças e eu tenho certos problemas pra arrumar namorada, pô, mas será que é isso que tá me causando problema né, será que é o meu nariz que está me prejudicando, e tal”, então eu ficava mais caseiro, eu ficava mais caseiro, mas até então, eram poucas as críticas né, então aumentou aquilo né. Eu pensava assim que eu não conseguia arrumar namoradas assim, que era por esse problema, eu ficava mais em casa, entendeu, e assim por diante.(P7)

P1, P2, P3, P5 e P7 relataram que saíam de casa muito pouco durante a adolescência:

Eu nunca fui de sair mesmo, desde antes de eu operar, eu nunca fui de sair.(P1)

Eu nunca fui de sair muito.(P3)

Alguns deles explicaram que o motivo principal era que os pais não gostavam ou não deixavam que saíssem:

Dá pra falar que é uma das causas, é a repressão mesmo né, então eu ficava tão preso em casa, que eu não conseguia fazer uma amizade como se aproximar, ter uma convivência, né.(P2)

Devido à falta de contato com pessoas e lugares diferentes, provavelmente, esses participantes não tiveram oportunidades de desenvolver comportamentos socialmente habilidosos, isto é, comportamentos prováveis de serem positivamente reforçados. Apenas dois deles (P2 e P7), aparentemente, desenvolveram posteriormente um bom repertório social. P1, P3 e P5 demonstraram um repertório social bastante limitado, durante as entrevistas (ver quadro 2, coluna 5). P4 e P6 relataram sempre ter tido um bom repertório social.

Dougher e Hackbert (1994) comentaram que vários teóricos apontam a falta de reforçamento social como particularmente importante para o início e manutenção da depressão. A causa apontada por eles para a falta de reforços sociais foi a falta de habilidades sociais. Portanto, alguns autores (Lewinsohn, 1974; Libet & Lewinsohn, 1973 apud Dougher & Hackbert, 1994) atribuem a depressão à falta de habilidades sociais.

Por não terem aprendido certos comportamentos socialmente habilidosos, esses participantes, provavelmente, não eram capazes de obter e manter interações sociais efetivas, o que pode ter influenciado o desenvolvimento de comportamentos depressivos, encontrados entre eles, devido à falta de reforços sociais, que são, segundo Skinner (1953/2000) uma classe bastante importante de reforçamento.

Banaco (2001) destacou que o desenvolvimento de relações sociais mais reforçadoras produziria a melhora no funcionamento geral do indivíduo.

Estudos na área do TDC que podem contribuir para essa discussão, são aqueles que identificaram o início da Fobia Social como anterior ao desenvolvimento do TDC para a maioria dos pacientes que apresentavam ambos os transtornos (Phillips et al., 1993; Albertini & Phillips, 1999; Wilhem et al., 1997). Wilhem et al. (1997) chegaram a sugerir um curso etiológico ao TDC, no sentido de que o desenvolvimento cedo da Fobia Social proveria um terreno fértil para a emergência da auto-avaliação e assim para o TDC.

Portanto, a falta de oportunidades para o desenvolvimento de comportamentos socialmente habilidosos pode ter sido uma variável importante para o surgimento de comportamentos depressivos, assim como, de comportamentos de isolar-se socialmente e de esquivar-se de sair, comuns ao TDC e à Fobia Social. No entanto, como se pôde constatar, durante as entrevistas, alguns participantes demonstraram um repertório social bem desenvolvido e outros até disseram que tinham amigos atuais. Como se viu, os comportamentos de esquivar-se de sair e isolar-se socialmente não estavam necessariamente ligados à falta de comportamentos socialmente habilidosos para todos os participantes. Desse modo, esta variável pode ter influenciado apenas os comportamentos de alguns participantes como pode ser os casos de P1, P3 e P5.

- Coerção:

Segundo Sidman (1995) existem três maneiras de se controlar o comportamento: reforçamento positivo, reforçamento negativo e punição. Para se controlar o comportamento por reforçamento positivo é necessário que, após a emissão do comportamento desejável, haja a apresentação de um estímulo reforçador, ou seja, de um estímulo que fará com que o comportamento volte a ocorrer novamente. O comportamento voltará a ocorrer porque obteve conseqüências reforçadoras no passado. As duas outras maneiras de se controlar o comportamento são chamadas de coerção, pois ambas envolvem a estimulação aversiva, seja em forma de apresentação, retirada ou, ainda, ameaça. O

reforçamento negativo seria o término de uma condição aversiva após a emissão do comportamento desejado.

A punição está subdividida em dois tipos: a apresentação do estímulo aversivo, denominada de punição positiva ou I, e a retirada do estímulo positivo, conhecida como punição negativa ou II.

Todos os participantes do estudo apresentaram uma história pessoal repleta de práticas educativas coercitivas (ver quadro 4, colunas 2 e 3). Seus genitores eram altamente exigentes, críticos e rígidos. Enquanto em alguns estas características eram mais notáveis nas mães (P1, P2, P4), em outros podiam ser observadas nos pais (P3, P5, P6 e P7). Essas características podem ser entendidas como comportamentos utilizados pelos pais para educarem seus filhos, pautados no controle coercitivo.

Entre as práticas coercitivas, a punição positiva, através de surras, gritos e sermões dos pais, foi a mais evidente:

Ah, eu lembro assim, eu tenho uma imagem da minha mãe quando eu era criança de ser brava, eu lembro dela batendo em mim.(P1)

Eu não sirvo pra ficar ouvindo só críticas, de críticas eu estou por aqui, minha vida foi só crítica. Da minha mãe que eu falei, das minhas irmãs.(P2)

...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)

O reforçamento negativo, também pôde ser identificado no discurso dos participantes, através de ameaças feitas pelos pais, isto é, eles exigiam certos comportamentos para que não ocorressem conseqüências aversivas:

...então, ele (o pai) mandava eu ir buscar, às vezes, martelo, alicate, ele falava: “você vai no seu vô buscar”, a minha mãe diz que eu usava um vestidinho e que eu saía correndo, chegava lá: “vô, vô, me dá tal coisa” e às vezes eles ficavam conversando comigo: “vô anda logo, senão o meu pai me bate”, a minha mãe conta pra mim que meu pai era assim.(P5)

Mas não falo não, eu chego lá e falo assim: “olha leia isso, você tem que ler”, eu não, eu só digo assim: “sabe que esse ano é o ano decisivo, você senta a bunda na cadeira e estuda de manhã, de tarde e de noite porque... você lembra uma vez que eu disse pra você que era um ano só?” “Ah lembro pai, pois é, eu não estou em (cidade em que gostaria de ter passado no vestibular) porque eu não ouvi você”. “Então agora você escute o seu velho pai”, disse pra ela no avião, “você escute o seu velho pai, estude este ano, que daí depois você vai colher frutos”.(pai de P6)

Este tipo de conselho, dado pelo pai, parece não ter características coercitivas, no entanto, quando se analisa sua real função, de aumentar o comportamento da filha de estudar, através de ameaças de que conseqüências aversivas venham ocorrer, caso não o faça, pode-se identificar o uso do reforçamento negativo. Sidman (1995) mostra que o conselho, apesar das boas intenções, pode, muitas vezes, funcionar como uma ameaça.

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). P1 e P3 caracterizaram suas mães como superprotetoras.

Apesar do controle coercitivo ser o mais comumente usado nas práticas educativas em geral, Sidman (1995) alertou para o fato de que nem sempre ele traz apenas o comportamento desejado ou a redução do comportamento indesejável:

Sim, podemos levar pessoas a fazer o que queremos por meio da punição ou da ameaça de puní-las por fazer qualquer outra coisa, mas quando o fazemos, plantamos as sementes do desengajamento pessoal, do isolamento da sociedade, da neurose, da rigidez intelectual, da hostilidade e da rebelião (p.18).

Autores discutiram sobre os efeitos colaterais da coerção, mais especificamente, da punição (Skinner, 1953/2000; Sidman, 1995; Catania 1999) e até que ponto este tipo de procedimento seria realmente útil para a aprendizagem.

A longo prazo, a punição, ao contrário do reforço, funciona com desvantagem tanto para o organismo punido quanto para a agência punidora. Os estímulos aversivos necessários geram emoções, incluindo predisposições para fugir ou retrucar, e ansiedades perturbadoras (Skinner, 1953/2000, p.199).

Entre os efeitos colaterais da coerção, Sidman (1995) destacou a generalização de comportamentos de fuga e esquiva, para outros estímulos além daqueles apresentados no controle coercitivo. Segundo este autor, comportamentos de fuga e esquiva, que parecem não ter explicação plausível, podem ser explicados por meio do controle coercitivo ocorrido no passado de um indivíduo. Inclusive, muitos dos transtornos psiquiátricos, poderiam ser entendidos através de comportamentos de fuga e esquiva aparentemente desnecessários ou não adaptativos, selecionados a partir de uma história de coerção.

Assim, propõe-se que vários comportamentos, observados entre os participantes, tivessem a função de fuga/esquiva e tenham sido selecionados a partir de uma história de coerção. É o caso do comportamento de esquivar-se de sair e isolar-se socialmente. Os próprios comportamentos típicos do TDC parecem ter a função de fuga e/ou esquiva da

ansiedade sentida. Esta função é descrita tanto na literatura (DSM-IV, 1995; Veale et al., 1996) como pelos próprios participantes:

É mesmo que estiver sozinha, tem que falar (queixar-se sobre a aparência).(P5)
Se a Sra. não falar, o que acontece?(Pesquisadora)
Acontece que eu fico, sei lá, eu fico aguniada.(P5)

Os comportamentos característicos do TOC, assim como estereotipados e de *skin picking*, também podem ser entendidos como esquiva de sensações de ansiedade. No relato de P5 isto pode também ser vislumbrado:

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.(P5)

Skinner (1953/2000) já havia comentado sobre a função desses comportamentos que parecem não ter explicação, resultantes da punição: “Então, o efeito mais importante da punição é o estabelecimento de condições aversivas que são evitadas por qualquer comportamento de ‘fazer alguma outra coisa’” (p. 206).

Sidman (1995) também fala dos comportamentos compulsivos e obsessivos como resultado da coerção: “Rigidez repetitiva é tão freqüentemente uma forma de esquiva que uma busca por sua base coercitiva freqüentemente fornecerá um bom ponto de partida para se fazer alguma coisa a respeito” (p. 187).

Como os participantes apresentaram uma série de comportamentos repetitivos, típicos do TOC, relacionados ou não com a aparência, assim como, comportamentos estereotipados, sugere-se que as práticas coercitivas, presentes em suas histórias, sejam variáveis importantes na origem destes comportamentos.

Ferster (1973) discutiu que comportamentos característicos da depressão, entendidos por ele como a diminuição na freqüência de comportamentos adequados e o aumento de certos comportamentos inadequados, também poderiam ter a função de esquiva e a mesma origem coercitiva.

Dougher e Hackbert (1994) definiram pais críticos e que exigem demais de seus filhos como uma condição punitiva que poderá intervir no desenvolvimento de comportamentos depressivos, pois a repetida exposição à estimulação aversiva, resultaria na redução comportamental generalizada, isto é, na diminuição da freqüência de certos comportamentos.

Até mesmo o comportamento de pensar sobre suicídio, relatado por alguns participantes, pode ter essa função de fuga/esquiva, conforme explicou Amaral (2001b),

“Pensamentos suicidas e tentativas de suicídio podem ocorrer como uma expressão máxima de fuga da coerção exercida pelo corpo, discriminado como defeituoso” (p.10).

Outro efeito colateral da coerção destacado na literatura é a agressividade ou irritação (Ferster, 1973; Dougher & Hackbert, 1994; Sidman, 1995). Comportamentos de irritabilidade e agressividade compuseram o repertório de todos os participantes, assim como, histórias de controle coercitivo, o que pode indicar uma relação entre estas variáveis.

Esta hipótese vai ao encontro de um estudo de caso controlado (Olivardia, Pope & Hudson, 2000) em que foram entrevistados 24 homens com Dismorfia Muscular e 30 homens que não possuíam o transtorno (mas também praticavam musculação como os primeiros), investigando-se o ambiente familiar e experiências infantis dos participantes. Aqueles que tinham o transtorno tinham um relacionamento menos favorável com suas mães, assim como, histórias de maior violência entre mãe-criança e pai-mãe, do que aqueles que compunham o grupo controle.

Enquanto alguns dos participantes dirigiam seus comportamentos agressivos em direção ao principal agente coercitivo (P1 e P2), outros se mostravam agressivos em relação a outros membros da família, em especial à mãe (P3 e P6) (ver quadro 3, coluna 5):

Agressiva, né, mais com a mãe dela mesmo, com o marido, às vezes um pouco comigo, é mais com a mãe e com o marido do que comigo, eu sou o que menos ela grita, mas com a mãe dela ela fica brava...(pai de P1)

Alguns participantes (P5 e P6) evitavam emitir comportamentos de irritabilidade ou de queixar-se dos defeitos na frente dos agentes coercitivos (ver quadro 3, coluna 5 e quadro 1, coluna 3):

Eu acho que ela é assim, tem medo de falar (queixar-se sobre a aparência) e o pai ficar bravo, nem sei, ela não fala pra ele...(mãe de P5)

... bater porta eu bato, bato porta, saio de perto, grito, e engraçado é que é sempre com a minha mãe dentro de casa, ou com o meu irmão assim, com o meu pai nunca.(P6)

Tinha medo. Eu ficava mais nos cantos. Até hoje a minha mãe fala e meu pai fala que eu sou a mais envergonhada até hoje com ele (o pai), eu não sou aquela filha que fica sabe, tem filhas que passam do limite com o pai né, e eu não.(P5)

Estas falas podem indicar que o agente coercitivo adquiriu funções aversivas, que foram generalizadas para sua pessoa, não se mantendo apenas aos atos ou situações em que os participantes foram punidos no passado por esse agente. O mesmo pode ter acontecido em relação àqueles que se comportavam de forma agressiva em direção ao agente

coercitivo, porém, neste caso, ao invés da esquiwa por medo, pode-se observar o contra controle, outro resultado da coerção (Sidman, 1995).

- Falta de Reforçamento Positivo:

A falta de reforçamento positivo durante a infância, geralmente, está relacionada ao excesso de práticas de controle coercitivo ministradas pelos pais. Conforme visto anteriormente, existem três maneiras de se controlar o comportamento, ou se educar uma criança. Duas delas se caracterizam como coerção e uma delas como reforçamento positivo. Como foi constatado, os pais dos participantes usavam predominantemente os procedimentos coercitivos. Algumas falas podem exemplificar a relação entre o controle coercitivo, em detrimento de pouco reforço positivo:

Não lembro de elogio. Eu lembro de não elogio.(P1)

Você percebe que foram muito poucos os elogios? Eles quase não me elogiavam. (P4).

Todos os participantes, exceto P5, não se lembravam de terem sido elogiados por seus pais durante a infância (ver quadro 4, coluna 4). Entretanto, a maioria sabia dizer do que seus pais gostavam neles quando crianças, pois tinham conhecimento de que os elogiavam para outras pessoas:

Para mim nunca falaram. Pra mim nunca falaram, meu pai, minha mãe nunca falaram pra mim: “olha P4” Eles falavam pros outros: “ah eu não me preocupo com a minha filha”. Por exemplo, tava as velhas conversando sentadas e você está ouvindo né, criança, “ah eu não me preocupo com a P4 porque a P4 é estudiosa, as coisas dela, eu não me preocupo com a minha filha!”(P4)

Embora os pais não elogiassem diretamente os participantes, estes sabiam quais dos seus comportamentos eram considerados como importantes para seus pais. Houve bastante concordância entre P1, P2, P3, P4, P5 e P6, em parte, sobre quais eram estes comportamentos: obediência, inteligência, responsabilidade, bom desempenho escolar (ou em tarefas domésticas), organização. Inclusive os próprios pais relataram gostar destes mesmos comportamentos:

Foi uma boa filha, sempre foi boazinha, uma boa filha...(mãe de P1)

Eles diziam que eu era um bom filho, obediente, estudioso, educado...(P2)

Assim, além de despenderem poucos reforços positivos para os participantes, seus pais parecem ter sido bastante exigentes, no sentido de não darem destaque à pessoa dos filhos, mas a comportamentos específicos, considerados importantes pelos próprios pais:

Aquele machismo também, a cobrança sabe, dele se portar como homem, de ter que arcar com as responsabilidades, então desde pequeno, sabe, eles (os pais) cobravam isso, achavam que ele tinha que ter uma nota muito alta.(irmã de P2)

Meu pai nunca foi de me elogiar muito. Mas acho que o que eles mais admiravam em mim era a minha responsabilidade. Sempre fui responsável. Acho que eles sentiam orgulho disso.(P3)

Segundo Guilhardi (2002), esse tipo de educação, em que se dá destaque aos comportamentos e não à pessoa, pode dar origem a sentimentos (ou comportamentos) de baixa auto-estima. Para este autor a auto-estima é produto de contingências de reforçamento positivo de origem social. Segundo ele, além de baixa auto-estima, tal educação pode desenvolver filhos ansiosos e, futuramente, perfeccionistas e exigentes consigo mesmos e com outros, que também foram padrões de comportamento encontrados entre os participantes:

É, ele pra julgar as pessoas, ele é muito rigoroso, mas também de uma forma que eu já falei pra ele, parcial, porque ele não vê, é muito subjetivo, porque ele não vê a pessoa como é mesmo, assim como ele não vê (aponta para o local onde o filho acha que tem o defeito), então ele é rigoroso pra julgar, não só com a aparência, no modo de agir, ele destrói, ele chama qualquer um, ali é um lixo pra ele, então, eu acho que por isso ele exige muito dele também, que ele é rigoroso pra julgar.(mãe de P3)

O reforçamento positivo apenas contingente a comportamentos adequados pode ser vislumbrado também no fato de que quase todos os pais dos participantes não foram carinhosos e limitaram-se a cuidar da saúde, alimentação e educação dos filhos:

Eu me lembro, eu se eu tiver que fazer um julgamento, eu não fui mãe carinhosa, não fui, nunca, nunca mesmo, eu falo meu Deus, se eu tivesse agora o P3 pequenininho, o que eu ia beijar, abraçar, porque eu não fui, então eu me analisando, eles podem se queixar de mim, porque eu fui uma mãe muito assim, de fazer o que tem que fazer, criar, se precisar ir vamos, dava, mas não fui carinhosa...(mãe de P3)

De acordo com Guilhardi (2002):

Se a gratificação for contingente, exclusivamente, aos comportamentos adequados da criança, ela pode ficar com a sensação de que a atenção, carinho, amor, etc. que recebeu de uma certa forma foram pagos pelo bom comportamento. Acaba surgindo uma relação em que a criança primeiramente gratifica os pais, oferecendo-lhes seu bom comportamento, e só então eles a gratificam. Tal relação pode não caracterizar uma relação de amor, mas de troca. Sob estas circunstâncias, o sentimento de auto-estima não aparece (p.73).

Ficou evidente, nos discursos dos participantes e de seus pais, o quanto os primeiros ofereciam aos segundos seus “bons” comportamentos:

... nem precisava falar, né, porque eu fazia tudo direito, porque ela ensinava a comer tudo, então não precisava falar...(P4)

Que nem mocinha assim: “senta e faz tal coisa”, eu não, eu fazia e se quisessem fazer eles (os filhos) faziam, nunca fui de mandar, e também não precisava mandar, eles faziam. (mãe de P5).

É, porque eles sabem exatamente quando eles não estão certos, quando eles fazem alguma coisa eles sabem, eles sabem.(mãe de P6)

Dedicar-se aos estudos, obedecer aos pais, não sair, contar tudo o que lhes acontecia, ajudar nas tarefas e no trabalho, eram todos comportamentos reforçados pelos pais, mesmo que o fossem indiretamente, como ocorria com a maioria, ou ainda, diretamente, como ocorria com P5 quando ajudava a mãe com os afazeres domésticos:

Falava: “ai que mocinha bonita, trabalhadeira, menina da mãe”, eu falava. É toda a vida ela gostou das coisas bem arrumadinhas.(mãe de P5)

Assim como em P5, os pais de alguns participantes (P4, P6) exigiam ordem, limpeza, organização, o que pode ter influenciado o desenvolvimento de comportamentos de organização excessiva, semelhantes aos encontrados no TOC:

...nós talvez tenhamos sido um pouco exigentes em relação a assim, tudo muito arrumado, muito perfeito, com muito cuidado: “você brinca, mas depois você guarda”, sabe com é? “Você não pode estragar o brinquedo, porque você vai ter para sempre...” (mãe de P6)

Portanto, a educação pautada no excesso de coerção e falta de reforços positivos pode ter dado origem a comportamentos de baixa auto-estima, entre outros, como os comportamentos depressivos e de esquivas, observados nos participantes. O desenvolvimento de comportamentos de baixa auto-estima, por sua vez, provavelmente, também influenciou outros comportamentos do TDC entre alguns participantes. Castilho (2001) acredita que as exigências culturais em relação à beleza atingem diferentemente as pessoas, de acordo com sua auto-estima. “A criança, o adolescente ou adulto que possuem um sentimento seguro em relação a si mesmo não têm seu valor físico atingido pelas imposições sociais da beleza” (p.30).

- Modelação (Imitação):

Os pais dos participantes também podem ter influenciado o desenvolvimento de certos comportamentos dos filhos servindo como modelos de imitação (ver quadro 4, colunas 2 e 3).

Para Whaley e Malott (1980) “O comportamento imitativo é topograficamente semelhante ao comportamento precedente executado por um modelo” (p.21).

Os pais são os primeiros modelos de imitação na vida dos filhos. Dessa maneira, muitos dos comportamentos, observados no repertório de adultos, podem ter sido aprendidos a partir da observação e imitação dos comportamentos dos pais.

Os pais de P4, P5 e P6 apresentavam comportamentos de organizar, arrumar, limpar e se preocupar exageradamente com a casa, que podem ter influenciado o desenvolvimento de comportamentos semelhantes nestas participantes, caracterizados como padrões de comportamentos perfeccionistas ou até mesmo típicos do TOC:

É que os filhos puxam pra mãe né, do jeito que eu fazia ela também fazia. (...) É toda vida eu fui, gostei das coisas bem limpinha né, porque o jeito da gente é aquele jeito e já começa né.(mãe de P5)

...minha mãe é super, não consegue ficar quieta, tipo assim, chega em casa, não consegue sentar na frente da televisão e assistir uma televisão, vive arrumando tudo, tá tudo arrumado ela abre o armário vai mudar tudo, vai arrumar, isso, ela é super organizada, ela e meu pai são assim. Meu pai é assim, o dele já é arrumado, a minha mãe fica procurando coisa pra fazer. Os dois são organizados na minha casa, são bem sistematicozinhos assim, com as coisas.(P6)

Alguns participantes (P3 e P7) citavam os pais como modelo de honestidade e caráter. Os pais de P3, P6 e P7 apresentavam comportamentos de exigir muito de si mesmos e cobravam que os filhos fossem como eles:

Ah porque eu sempre fui assim né, eu fui o guri que foi o primeiro no ginásio, o primeiro no primário, sabe, ah formou em primeiro lugar no primário, depois no ginásio, depois no científico, depois entrou na faculdade, depois foi o segundo aluno da turma, depois fez concurso e passou em primeiro lugar, depois fez outro concurso e passou em primeiro lugar, depois fez outro e passou, entendeu?(pai de P6)

Olha, o meu pai, ele deixou um bom exemplo, o que ele queria mais é que os filhos pegassem o caminho dele, que fosse filho, que fosse homem, que fosse mulher, ele, o meu pai, era honesto em tudo, o meu pai era honesto em tudo, meu pai, santo Deus, meu pai não dava uma coisinha para ninguém falar assim, nunca, o meu pai ele era cuidadoso nessa parte.(P7)

Cogita-se que os comportamentos de alguns pais chegassem a ser semelhantes àqueles encontrados no TOC, como pareceu ser o caso do pai de P4:

Ele era quieto, uma coisa que meu pai devia ter algum problema. Sabe que roupa que meu pai usou a vida inteira? Blusa branca, calça azul marinho, sapato preto e meia branca. (...) Eternamente, ia na praia, na beira da praia assim. Ele só gostava de camisa branca, só gostava de calça azul marinho, meia branca, sapato brilhando.(P4)

Vários autores (Marinho, 2000; Marinho & Silvaes, 2000; Conte, 2001) apontaram as relações que os pais estabelecem com seus filhos, como fundamentalmente importantes na determinação de comportamentos problemáticos futuros. Phillips (1991) evocou histórias de famílias desarmoniosas e experiências infantis desfavoráveis como fatores contribuintes ao TDC, por produzirem sentimentos de não ser amado, de insegurança e rejeição.

No entanto, os processos comportamentais analisados até aqui, a partir de dados da história de vida dos participantes, podem ter originado comportamentos comuns ao TDC e a outros transtornos, como Depressão, TOC e Fobia Social. Então, por que comportamentos específicos do TDC foram desenvolvidos? Poderia haver variáveis que contribuíssem para o desenvolvimento dos comportamentos típicos do TDC?

No próximo tópico segue-se a apresentação de variáveis que, possivelmente, tenham tido esse papel na história de vida dos participantes.

- Operações Estabelecedoras e o Desenvolvimento de Estímulos Discriminativos:

O efeito de um estímulo discriminativo seria evocar algum comportamento por causa de uma história relevante (Michael, 1983).

Portanto, para que um estímulo comum do ambiente, ou inicialmente neutro, adquira propriedades evocativas de comportamento, ou se torne um estímulo discriminativo, o indivíduo deverá ter passado por uma história em que este estímulo tenha sido relacionado a respostas e conseqüências específicas.

Segundo Michael (1983), uma operação estabelecadora é um evento ambiental, uma operação ou um estímulo condicional que afeta um organismo de duas maneiras: alterando a eficácia reforçadora ou punitiva de um outro evento, estímulo ou objeto; alterando a força da resposta do organismo que foi reforçada ou punida por este evento, estímulo ou objeto.

Segundo Dougher e Hackbert (1994) a operação estabelecadora tem também influência sobre a propriedade evocadora do estímulo discriminativo, pois “aumenta os efeitos evocativos do estímulo discriminativo associado com os reforços estabelecidos” (pp. 325-326). Quando certas operações estabelecadoras estão atuando, certos estímulos que antes eram neutros podem adquirir a função discriminativa, ou, pelo contrário, perderem sua característica evocadora.

Através do conhecimento de quais operações estabelecadoras atuam sobre o comportamento de um indivíduo, pode-se entender porque um determinado estímulo

adquiriu propriedades evocadoras, tornando-se um estímulo discriminativo. Esta é a hipótese utilizada para explicar porque os participantes deste estudo desenvolveram comportamentos de prestar atenção ou se preocupar exageradamente com algo em sua aparência, ou seja, porque determinados aspectos da aparência tornaram-se estímulos discriminativos ou adquiriram a função de evocar os comportamentos típicos do TDC.

Em um raciocínio semelhante, Dougher e Hackbert (1994) destacaram as funções de estímulos discriminativos e das operações estabeledoras sobre os comportamentos característicos da depressão.

Como se pode observar na coluna 1 do quadro 5, onde estão sumariadas as influências culturais na história de vida de cada participante, foi constatado que no contexto em que viveram os participantes, durante sua infância, havia pessoas que davam muita importância à beleza ou aparência. A maioria dessas pessoas fazia parte da família dos participantes, eram tios, tias e primos. Kaplan, Sadock e Grebb (1997) lembraram que em determinadas famílias de indivíduos com TDC dá-se maior ênfase a conceitos estereotipados de beleza.

Quatro dos participantes (P1, P3, P6 e P7) relataram histórias, bastante semelhantes, em que tinham contato freqüente com tios, tias e primos que davam grande importância a aparência, vestindo-se melhor do que os participantes e suas famílias (pai, mãe e irmãos). Os participantes ressaltavam em seu relato a diferença de como eles e seus parentes se apresentavam:

Olha isso é até a parte forte né, porque eu lembro que eu tinha uns primos por parte de mãe né, eles tinham, eles tinham um certo custo né, então eles compravam as coisinhas bonitas pra eles, roupa, sapatinho e tal, aquelas coisas bonitas e eu lembro que como a gente era bem pobre, da roça, então até eu me lembro que quando ia na casa deles eu me sentia envergonhado...(P7)

P4 também falou sobre essa diferença entre ela e as colegas ricas com quem estudou. Tanto P1, como P3 e P6 apresentaram histórias de comparações com primos, durante a infância. P1 e P3 eram comparados aos primos por seus parentes, que ressaltavam o quanto os primos eram melhores ou mais bonitos que eles.

É falavam que eu tinha que melhorar. Eu não gosto de comparação, mas meus pais me comparavam com a minha prima, a (nome da prima), acho que depois daquele dia que eles falaram que ela tinha letra bonita e eu não, daí que eu piorei a letra...(P1)

A minha mãe sempre vivia comparando ela 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 essas comparações na cara dela.(mãe de P1)

Quadro 5: Influências culturais na vida de cada participante.

Col. P	1 Influências Culturais Passadas	2 Influências Culturais Atuais
P1	<p>Tinha tios que se preocupavam muito com a aparência, com roupas, com a forma como a própria filha, a participante e suas irmãs se vestiam, fazendo comparações. O contato com esses tios era bastante freqüente. A família costumava comparar a participante com a filha desses tios, dizendo que a prima tinha mais amigos, saía, era mais comunicativa. Os pais comparavam a sua letra “feia” com a da prima “bonita”.</p> <p>Antes de machucar o nariz, quando criança, as pessoas comentavam que ela era muito bonita. Os pais falavam que ela tinha um nariz “perfeito”.</p>	
P2		<p>Possui uns amigos que trabalham em um salão de beleza, em que sempre vai e com os quais convive bastante e conversa muito sobre aparência.</p>
P3	<p>A família da mãe elogiava a beleza, as roupas e tratava melhor os primos do participante, cuja mãe, enfeitava-os e dava muita importância a aparência. A família costumava comparar o participante com esses primos. Todos elogiavam os primos, diziam que eram os mais bonitos, tratando-os melhor.</p> <p>A mãe diz ter reparado que o filho era bonito, somente a partir dos apontamentos de pessoas desconhecidas, pois procurava não valorizar a beleza, da forma como sua irmã fazia. Disse que as pessoas desconhecidas elogiavam muito o participante, que muitas meninas se interessavam por ele.</p>	
P4	<p>Tinha um tio bastante rico, em cuja casa, ela e sua família passavam o natal. Estudou em um colégio em que tinham meninas ricas, que tinham coisas que ela não podia ter. Teve uma vizinha muito vaidosa, que não saía da porta pra fora quando machucava o rosto, até que desaparecesse o sinal e lhe dava colares e outros adereços femininos.</p> <p>Era muito bonita e elogiada por pessoas desconhecidas, amigas e rapazes.</p>	<p>Trabalhou durante muitos anos em salões de beleza.</p>
P5		<p>Tem uma irmã que se preocupa muito com a aparência e fica falando para ela que ela tem que emagrecer, se arrumar.</p> <p>Ouve muitas conversas sobre envelhecimento entre amigas e familiares.</p> <p>Ouve sempre as pessoas comentando como seu pai parece ser mais novo (cerca de 20 anos).</p>
P6	<p>Tinha tios e primas que davam grande importância à aparência. Ela própria se comparava com uma prima que, segundo a participante, tinha o nariz todo “bonitinho”, “empinadinho”, “pequeninho”.</p> <p>Desde criança teve amigas que valorizavam muito a aparência, quase todas já fizeram algum tipo de correção estética. As mulheres da família também valorizavam, tendo duas tias que também fizeram lipoaspiração e cirurgias plásticas nos seios.</p> <p>Sempre foi muito elogiada em relação a sua beleza.</p>	<p>Estuda em uma cidade onde existem muitos universitários que dão grande valor a aparência. Mora com duas amigas “obcecadas” com o corpo, em cuidar da alimentação, em fazer exercícios.</p>
P7	<p>Tinha uns primos da mesma idade, com quem estava sempre em contato, que por terem condições financeiras estavam sempre vestindo roupas boas, ao contrário dele e dos irmãos. Ele se lembra de sentir vergonha e inferior aos primos.</p> <p>Ele próprio reparava no nariz dos tios e se comparava, pois tinha medo de ficar com o nariz igual ao deles. Suas irmãs, todas elas, sempre foram muito vaidosas. Os irmãos, na medida do possível, também gostavam de vestir-se bem.</p>	<p>Ouve colegas de trabalho comentarem que foram elogiados por mulheres e pensa que isso nunca lhe aconteceu.</p> <p>A esposa conta que a família dela é muito vaidosa e tem melhores condições financeiras do que ela e o participante, o que percebe que é importante para o marido.</p>

P6 comparava a si mesma com uma prima bastante bonita (segundo a própria participante), com quem não se dava muito bem:

É que quando eu era mais nova, a minha prima sempre falou do meu nariz, sempre encheu o saco por causa do meu nariz, porque ela tem o nariz todo bonitinho, pequenininho, empinadinho, ela sempre falou, sempre falou...(P6)

A importância destes dados pode ser suportada pelos comentários de Phillips (1991) de que alguns indivíduos com TDC se comparam a si mesmos com seus parentes mais atrativos, ou ouvem esse tipo de comparação de seus familiares.

Outra variável que pode ter tido relevância no desenvolvimento de comportamentos do TDC foram os elogios em relação à aparência recebidos pelos participantes (P1, P3, P4 e P6) quando eram crianças:

Muitos elogios e eu acho que fui uma criança muito bonita, eu lembro disso...(P4)

Inclusive, alguns participantes (P3, P4 e P6) foram avaliados como bastante belos pela pesquisadora, que é uma característica apontada pelos pesquisadores entre pessoas com TDC em muitos casos descritos na literatura (Andreasen & Bardach, 1977; Thomas, 1984; Bloch & Glue, 1988; Figueira et al., 1993; Phillips, 1999; Amâncio et al., 2002).

Alguns dos participantes também tinham tido contato, durante a infância, com pessoas que se preocupavam exageradamente com aspectos da própria aparência, que podem ter servido como modelo de imitação. Este pode ser o caso de P4 que teve uma vizinha com comportamentos semelhantes ao TDC, não saindo de casa quando estava com alguma marca de machucado em seu rosto por exemplo, e sua própria mãe, que se preocupava excessivamente com a aparência:

...a preocupação dela era com a gordura. Nunca emagreceu (dá risada), nunca, ela ficava sem comer o dia inteiro, e fazia ginástica, com um plástico, eu lembro, pra suar, se vestia inteira de plástico e ela ia na balança comigo, ficava olhando o ponteiro e não saía do lugar.(P4)

A mãe de P6 também relatou ter preocupações com a aparência:

...e também eu não me aceito, não me sinto satisfeita, mas isso eu nunca disse pra ela (P6), eu não me gosto gorda, porque eu não me sinto bem, não é por causa do ----- (nome do marido), sou eu, eu não me sinto bem, e quando eu estou mais cheinha, eu fico com a roupa, não vou na frente dele, eu evito, eu procuro fazer ginástica, procuro fazer massagem, eu não me sinto bem...(mãe de P6)

As mães de alguns participantes haviam dado ênfase a aspectos da aparência dos filhos, durante a infância, preocupando-se em vesti-los bem e em como iriam apresentá-los, por exemplo (P1, P4 e P7):

...daí ela era exigente quando “ah vamos em tal lugar, você vai botar aquela roupa”, eu não escolhia.(P4)

A mãe de P3 relatou, pelo contrário, nunca ter dado ênfase a aspectos da aparência do filho, dizendo, ainda, que apenas percebeu o quanto ele era bonito quando as outras pessoas começaram a lhe dizer. Entretanto, ela contou que procurava agir diferentemente de sua irmã, que dava muita importância à aparência de seus próprios filhos, pois condenava esta atitude:

...eu procurei sempre, bem, não valorizar nada nos meus filhos, nunca falei que eram bonitos, que não eram, nunca procurei vestir tudo cheio de coisa, e a minha irmã mais nova ela se sentia inferiorizada, não sei, porque o marido não ganhava bem, qualquer coisa, então ela usava isso, é, ela punha gravatinha borboleta, sapatinho branco, valorizou muito mais, enfeitava, e eu não, os meus era roupa comum, eu nunca.(mãe de P3)

Esta postura da mãe de P3 pode apontar uma atitude ambivalente em relação à importância da beleza física, aplicando esse critério de avaliação ao filho, mesmo negando que o fazia. Este tipo de atitude em mães de pacientes com TDC foi apontada por Phillips (1991) como um importante fator no desenvolvimento do transtorno.

O que se destaca nesses dados é a forte valorização da beleza e da aparência, que pode ser considerada uma influência cultural de peso para o desenvolvimento dos comportamentos do TDC nos participantes, em concordância com diversos autores da área (Birtchenell, 1988; Rosen, 1997; Petribú & Oliveira, 1999; Figueira et al., 1999; Savóia, 2000). Em outros termos, a beleza pode ter adquirido a função de operação estabelecadora na vida destes participantes, no sentido de que, provavelmente, alterava o valor reforçador de comentários e elogios sobre a aparência, assim como, aumentava a frequência e intensidade de comportamentos de prestar atenção à aparência, de se arrumar, de se olhar no espelho, de perguntar sobre o *defeito*, entre outros comportamentos do TDC. Um exemplo de como o valor reforçador de elogios estava intensificado, pode ser vislumbrado nos relatos:

...recebe mais elogios, aumenta a auto-estima. Eu vejo isso por mim. Quando você está mais arrumada, quando você emagrece, as pessoas com certeza falam mais: “como você está bonita, como você emagreceu”!(P6)

Já vem a preocupação: “nossa que bonita! Esse homem tem um corpo bonito ou essa mulher”, quer dizer, se ele tem um corpo bonito, tem um corpo que um homem gosta de ter, gostaria de ter, é lógico que vai chamar a atenção de uma mulher né, nossa isso é gostoso, isso é importante, esse homem deve ser muito feliz com o corpo dele, com a aparência, com o jeito dele.(P7)

Nestes relatos nota-se o quanto o valor reforçador da beleza estava aumentado, lembrando a idéia difundida na cultura ocidental, apontada por Berrios e Kan (1996), de que a feiúra reflete a depravação moral, que também pode ser entendida como uma operação estabelecadora, pois aumenta o valor reforçador da beleza. Também se pode notar o alto valor reforçador da beleza quando os participantes opinaram sobre a importância da aparência:

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)

Apenas P2 e P5 não relataram terem tido influências quanto à valorização da beleza durante a infância. No entanto, ambos os participantes tinham contato atual com pessoas que valorizavam a aparência e falavam constantemente sobre isso. As influências culturais atuais serão descritas mais adiante.

A atuação de operações estabelecadoras, alterando o valor reforçador da aparência, também pode explicar as altas expectativas sobre as cirurgias plásticas:

Eu acredito que tenha causado em mim, assim, com eu tava explicando agorinha há pouco, se já tinha aquela, uma esperança de conseguir tudo depois de uma plástica né, então eu achava assim que tudo poderia vir pra mim dessa forma, sempre um perdedor, né, que eu nunca seria um vencedor, sempre um perdedor, e se alguma coisa eu podia adquirir, tinha que se rastejar né, porque se o meu nariz tava sendo a complicação da minha vida, tem tantas coisas difíceis na vida e eu não ia conseguir passar, então.(P7)

Cogita-se que certos eventos ambientais (descritos no resumo da história das preocupações dos participantes), ocorridos na vida dos participantes, também poderiam ser considerados como operações estabelecadoras: comentários dos outros em relação aos defeitos, cirurgias e acidentes na parte do corpo em que se preocupavam.

Embora para alguns participantes, eventos específicos (como: comentários em relação ao defeito para P5 e P7, cirurgias para P1 e P3 e acidente para P2) fossem considerados como desencadeantes das preocupações exageradas com a aparência, mesmo que nem todos fossem momentâneos, diferentes eventos se misturavam em suas histórias, completando-se e intensificando-se mutuamente. P1, por exemplo, sofreu um acidente na infância em que machucou o nariz, mas relatou que começou a se preocupar com seu aspecto estético apenas depois que fez a primeira cirurgia para corrigir o aspecto funcional (desvio de septo nasal) aos 18 anos. Já P3, ouviu um comentário de que deveria tirar uma verruga, vindo a se preocupar apenas com a cicatriz, deixada por ela depois da cirurgia para tirá-la. Tanto P4 como P6 não se referiram a nenhum acontecimento desencadeante

para suas preocupações, dizendo que foram se desenvolvendo gradualmente, desde a infância e adolescência, respectivamente. Entretanto, P6 relatou ouvir comentários dos outros em relação a seus *defeitos*, desde criança. Os comentários em relação aos *defeitos* que mais preocupavam P6 eram as comparações com sua mãe:

...o que mais aparece nela é o bumbum, eu morro de medo de ficar assim igual minha mãe, aí eu acho que é por isso que eu vivo..., às vezes as pessoas falam: “ah, você tem o corpo que sua mãe tinha, quando”, a primeira coisa que eu falo: “não, o bumbum dela é diferente do meu”, é a primeira coisa que eu falo, porque eu não gosto...(P6)

Phillips (1991) apontou este tipo de comparações com aspectos de pessoas da família como fazendo parte de fatores precipitantes do TDC. P7 também se lembra dele próprio se comparar com tios que tinham narizes grandes, o que lhe chamava a atenção, pois tinha medo de ficar como eles:

Eu comecei a ficar preocupado porque eu tinha medo que eu ficasse igual aos meus tios né, foi por aí, eu não me preocupei, não enxerguei o meu nariz, nessa época eu não enxerguei o meu nariz né, eu me preocupava se eu ia.(P7)

Quase todos os participantes relataram já ter ouvido comentários sobre seus *defeitos*, tanto de médicos (P1, P5 e P7), como de pessoas desconhecidas (P2, P5, P6 e P7). Andreasen e Bardach (1977) apontaram que o TDC poderia ser precipitado por apontamentos dos outros, mesmo que fossem inócuos ou neutros. P6 e P7 disseram ouvir comentários freqüentes. Observou-se em seus relatos o alto valor punitivo dos comentários:

...teve um tio, uma vez, no aniversário de 15 anos da minha prima, dessa prima que me falava, ele disse pra minha mãe do meu lado: “ela é tão bonita, mas eu faria uma plástica no nariz dela”, eu queria morrer, morrer de tanto ódio, de vergonha.(P6)

É, eu lembro, eu lembro até que nós estávamos no almoço, na nossa hora do almoço, que era quinze pro meio-dia, na hora do almoço e ainda numa sexta-feira, nós estávamos fazendo o piso da sessão, e aquilo (o comentário sobre o nariz) foi marcando que eu entrei dentro de um banheiro para chorar e foi que marcou...(P7)

Todos esses dados vão ao encontro das citações de Rosen (1997) de que pacientes com TDC podem ser continuamente criticados sobre aspectos de sua aparência, terem tido apenas um único comentário como fator precipitante, ou ainda, terem passado por um acidente traumático, que, mesmo sem deixar seqüelas, poderia aumentar o risco de desenvolvimento do TDC.

Portanto, vários acontecimentos podem ter sido variáveis que contribuíram para o desenvolvimento de comportamentos típicos do TDC. Percebe-se que não há apenas um acontecimento relevante, mas uma somatória de diferentes situações, possivelmente,

importantes para o desenvolvimento destes comportamentos na vida de cada participante. Neste sentido, Kanfer e Saslow (1973) defenderam que “Nenhum ambiente familiar específico, nenhuma experiência traumática, nenhuma anormalidade constitucional conhecida pôde até agora ser apontada como resultando no mesmo padrão de comportamento desorganizado” (p.221).

Processos Comportamentais Atuais

Serão analisados a seguir os processos comportamentais atuais que, provavelmente, descrevem o funcionamento atual dos participantes, ou seja, que estavam em atuação no período das entrevistas.

- Ênfase em Estímulos Discriminativos:

Conforme foi descrito no tópico anterior, presume-se que certos aspectos da aparência dos participantes, ou seus *defeitos*, tornaram-se estímulos discriminativos que ocasionavam os comportamentos de preocupar-se com o *defeito*, olhar fixamente no espelho, tentar camuflar o *defeito*, procurar cirurgias para corrigi-los, entre outros:

A primeira coisa que eu fazia era arrumar a blusa, colocar a mão no bumbum, a sensação que eu tinha é que todo mundo estava olhando para o meu bumbum.(P6)

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

Veale e Riley (2001) realizaram uma pesquisa experimental para definir em que consistia um dos comportamentos característicos do TDC: olhar- se fixamente no espelho e qual sua função, ou seja, o que mantinha esse comportamento. O estudo consistiu na auto-aplicação de questionários para levantar crenças e comportamentos emitidos quando as pessoas se olhavam fixamente no espelho. As respostas de dois grupos, um de 55 controles e outro com 52 pacientes com TDC, foram comparadas. Os indivíduos com TDC focaram mais sua atenção em impressões internas ou sentimentos (ao invés de se focarem apenas em seu reflexo no espelho) e em partes específicas de seu corpo (ao invés de sua aparência como um todo). Eles tinham um número maior de crenças *irracionais* e comportamentos que emitiam em frente ao espelho, quando comparados com o grupo controle e gastavam mais horas em frente ao espelho durante períodos mais longos. Em períodos curtos, a média de tempo em frente ao espelho não teve diferenças significativas entre os grupos.

Estes resultados demonstraram o quanto pacientes com TDC focam sua atenção em estímulos discriminativos específicos, que são defeitos mínimos ou imagináveis, assim como, em seus comportamentos privados (sentimentos e pensamentos sobre os defeitos). Eles acabam ficando sob o controle de partes específicas do corpo e não tomam “consciência” do restante de sua aparência. Segundo De Rose (1982) a consciência pode ser a capacidade de relatar a própria ação ou sentimentos que a antecedem e, num nível bem mais elaborado e mais difícil de atingir, o dar-se conta das razões, ou seja, das funções de um determinado comportamento.

É comum que as pessoas só percebam (só tomem consciência) o que sentem, pois é imediatamente mais próximo dos comportamentos. Por isso, a maioria das pessoas não tem consciência da razão de sua conduta e acaba admitindo razões distorcidas (De Rose, 1982). No entanto, até mesmo o sentir é produto de contingências de reforçamento (Skinner, 1990), podendo assim ser explicado por elas.

Provavelmente, quanto mais ficam sob o controle de estímulos discriminativos específicos, menos “consciência” os pacientes com TDC tomam do restante de seu corpo e das demais contingências em operação. Algumas falas dos participantes demonstraram esta falta de atenção em relação ao restante do próprio corpo:

Só no rosto, não estou falando pra você que eu não vejo mais nada?(P5)

Não, eu não consigo olhar as orelhas, o meu olho, meu rosto ... A minha esposa fala assim pra mim: “eu não sei, você tem um olho assim fechado, você tem um olho de safado”, aquela coisa né, mas eu não vejo nada assim, eu vejo o meu nariz né, eu só me deparo com o meu nariz, eu olho assim.(P7)

Esta hipótese, provavelmente, aplica-se aos apontamentos de Phillips (1991) de que certos indivíduos com TDC enfatizam e se preocupam tanto com aspectos comuns, ou defeitos mínimos em sua aparência, que acabam ignorando imperfeições ou defeitos realmente perceptíveis em seu corpo.

Segundo Amaral (2001b) as cirurgias plásticas realizadas por um indivíduo com TDC têm contínuo insucesso porque “seu corpo continua sendo discriminado da mesma forma” (p.10). Uma fala que exemplifica esta idéia é a reação descrita por P6 após fazer sua primeira lipoaspiração:

Que eu vi? A primeira vez que eu tirei a cinta. A primeira vez eu já não gostei, chorei, me descabelei, porque não é normal o cirurgião te ver um dia depois, ele vai te visitar, ver se tá tudo bem, ele me viu duas vezes, em dois dias ele me viu duas vezes. Eu mostrei para o meu pai e minha mãe, chorei, fiz o maior escândalo, porque eu achei que tava torto, que tinha ficado, que eu tinha ficado deformada já, continuado com o problema e deformada.(P6)

Veale et al. (1996) discutiram que a atenção seletiva em aspectos da aparência, observada entre pacientes com TDC seria o que mantém o transtorno. Eles argumentaram contra a hipótese de que pessoas com TDC realmente tenham defeitos piores do que pessoas sem o transtorno, já que, na realidade, todas as pessoas apresentariam imperfeições. Levantaram a hipótese de que os indivíduos com TDC se tornam mais conscientes de suas características em si mesmos por causa da atenção seletiva e maior demanda de simetria e perfeição em suas atitudes.

Quando os indivíduos se olham, por exemplo, em superfícies refletoras diversas (como vitrines, vidros de carro, etc.) suas imagens e *defeitos* são refletidos de forma diferente, gerando dúvidas sobre seu verdadeiro aspecto, o que faz com que continuem procurando por suas imagens em outros tipos de espelho (Veale & Riley, 2001). P3 dá um exemplo desse tipo de comportamento:

Nessas superfícies (vitrines de loja, vidros de carro), às vezes eu olhava e não via, pois como é de longe, não dá para ver de perto e tão nítido como no espelho... Eu fico olhando no sol, na sombra pra ver se muda. Fico procurando um ângulo que não apareça. (P3).

Veale et al. (1996) ainda discutiram que o não olhar para o espelho também mantém o transtorno, pois os indivíduos acabam super valorizando o *defeito*.

Dessa forma, tanto o comportamento de olhar fixamente para o espelho, como o de evitar olhar se encontram sob o controle de aspectos da aparência, ou seja, estímulos discriminativos específicos.

Seguindo o raciocínio de De Rose (1982), provavelmente, à medida que enfocavam seus *defeitos* os participantes só conseguiam discriminar o que sentiam, isto é, pensamentos e sentimentos. Como estes pensamentos e sentimentos, relatados como preocupações com a aparência e as sensações de ansiedade, tinham um caráter aversivo, os indivíduos buscavam se esquivar dessas sensações. O que eles, provavelmente não conseguiam discriminar é que as sensações adquiriram o caráter aversivo porque foram relacionadas a situações aversivas, as mais diversas possíveis, em suas histórias pessoais, conforme foi visto no tópico anterior. Sobre isso Skinner (1989/1995) explica:

É fácil confundir o que sentimos com causa, porque nós o sentimos enquanto estamos nos comportando (ou mesmo antes de nos comportarmos), mas os eventos que são responsáveis pelo que fazemos (e portanto pelo que sentimos) permanecem num passado realmente distante (p. 15).

Supõe-se que, conforme essas sensações e percepções são relacionadas a outros estímulos do ambiente, estímulos anteriormente neutros tornam-se discriminativos para ocasionarem comportamentos de esquiva. No entanto, para adquirir funções aversivas estes estímulos não precisam entrar em contato direto com as situações aversivas, pois a aprendizagem em seres humanos pode se dar de forma indireta, através da transferência de função pelo processo de equivalência de estímulos (Sidman, 1986; De Rose, 1993; Wilson & Hayes, 1996).

Com o tempo, esses indivíduos vão ampliando a classe de estímulos antecedentes e os estímulos discriminativos, que inicialmente eram partes do corpo, estendem-se para muitos outros estímulos:

No começo ela começou assim, olhando no espelho, a se olhar, aí ela foi aumentando aquela angústia dela, foi indo, foi ficando casa vez pior. Cada vez pior. (marido de P5)

Hipotetiza-se que, através do processo de equivalência de estímulos, os indivíduos começam a formar classes de estímulos arbitrárias entre sentimentos, pensamentos e eventos ambientais. Possivelmente, isso explica porque muitos outros aspectos do ambiente dos participantes também se tornaram estímulos discriminativos e passaram a evocar as preocupações e os comportamentos para diminuí-las.

Segundo Ferster (1973) os controles seletivos, exercidos sobre o comportamento, por certos aspectos físicos e sociais do ambiente sinalizam as ocasiões em que podem ocorrer reforçamento. Em pessoas com o TDC, os estímulos discriminativos do ambiente sinalizariam conseqüências punitivas, ocasionando, então, comportamentos de esquiva que têm a função de aliviar a ansiedade, o que caracteriza o reforçamento negativo.

Foram identificados como estímulos discriminativos vários aspectos físicos e sociais do ambiente dos participantes (ver quadro 6, coluna 1). Entre os aspectos físicos estavam, por exemplo: a própria imagem refletida no espelho, lugares específicos como praias, clubes, shoppings, entre outros. Como exemplos de aspectos sociais estavam: o olhar de outras pessoas, pessoas conhecidas ou específicas, muitas pessoas reunidas, etc.

Era na presença desses estímulos discriminativos que os participantes relatavam que surgiam suas preocupações com os *defeitos*, ou seja, o comportamento de pensar sobre os *defeitos*:

Se eu ficar assim no meio de muita gente, eu fico vendo as pessoas, fico vendo, aí eu fico pensando, fico pensando, fico pensando na minha cabeça sobre o creme que eu estou passando, sobre o negócio que eu passei no rosto, eu começo a sair de perto e venho embora, dá crise de choro...(P5).

Quadro 6: Situações de preocupação de cada participante.

Col.	1 Situações em que ocorrem as preocupações	2 Situações em que não ocorrem as preocupações	3 O que faz quando se preocupa
P			
P1	Olhar-se no espelho. Passar a mão no nariz.	Quando vai passear, quando vai ao shopping, quando se distrai.	Ficava triste por causa do nariz e por isso não saía.
P2	Estar diante de pessoas desconhecidas. Quando as pessoas olham para ele.	Quando está em casa no meio familiar.	Cancelava compromisso por ficar preocupado em não se sentir bem. Pára de paquerar a pessoa, quando ela passa a mão no rosto, o que, para ele, indica que percebeu a mancha.
P3	Olhar-se no espelho. Sair ou ser chamado para sair. Lugares sociais onde há pessoas desconhecidas.	Com pessoas que conhece, do trabalho e da família.	Evita sair por causa das preocupações. Diz não se sentir bem, que falta confiança, pois fica achando que os outros vão olhar. Fica tenso, pensando se os outros estão olhando e se vão perguntar alguma coisa.
P4	Quando acontece algo com a pele como bater e ficar um sinal ou quando estoura um vasinho.	Uma vez em que a mãe esteve na U.T.I. ela nem se lembrou das preocupações.	Diz que às vezes evita sair porque fica triste, com depressão e angustiada, por causa das marquinhas.
P5	Quando se olha no espelho. Quando está no meio de muita gente. Quando alguém olha para ela, principalmente se forem pessoas conhecidas, como as vizinhas, por ex.	Quando fica em casa sozinha, é quando se sente mais calma.	Não sai de casa pois tem vergonha que os outros vejam como está seu rosto. Esconde-se quando a filha traz as amigas em casa. Evita ficar entre conversas que falem sobre envelhecimento e aparência, pois se sente mal.
P6	Quando tem muita gente em algum lugar, especialmente, quando são homens e pessoas conhecidas. Quando vai ao clube, praia, academia. Sempre que vai se trocar. Quando olha para o glúteo da mãe e de outras mulheres.	Quando está com a família (pai, mãe e irmão) e com aquelas amigas mais íntimas, que não ficam reclamando da própria aparência.	Tem vergonha de tirar a roupa na frente do namorado. Sente uma angústia quando pensa em se trocar e sair, pois sabe que não vai gostar e vai se irritar e não gostaria que isso acontecesse, então deixa de sair. Deixa de sair muitas vezes porque não fica satisfeita com a roupa que coloca.
P7	Sair na rua. Olhar-se no espelho. Pegar no nariz. Ir a lugares que tenham muitas pessoas, um shopping, por exemplo. Pessoas específicas, que já tiraram sarro do seu nariz. Ter que ficar parado conversando com alguém, ou ter que encarar alguém. Quando alguém olha para ele. Quando se depara com pessoas bonitas, “perfeitas” e principalmente com o nariz “perfeito”.	Andando de carro, em movimento. Quando fica andando pra lá e pra cá, quando não fica parado. Quando não conhece ninguém.	Esquiva-se de sair porque tem medo do que os outros vão falar sobre o seu nariz, tem medo que tirem sarro dele. Evita olhar para a esposa e não deixa que ela veja o seu rosto, durante o ato sexual, pois fica pensando que ela vai estar reparando no seu nariz.

Olha, tem surgido em festinhas entre família, que eu, principalmente quando está esse meu cunhado: “mas Fulano vai estar lá?” “é Fulano vai estar lá”, e tal, aí vamos lá, então aí já..., eu posso até ir, mas eu vou amarrado porque a minha vontade é de não ir porque o rapaz tá lá e é o que mais incomoda.(P7)

Pessoas com *defeitos* semelhantes também parecem ter se tornado estímulos discriminativos para que surgissem as preocupações:

Eu acho que a minha mãe, olhar a minha mãe eu acho. Porque a minha mãe era magrinha, eu acho que ela foi engordando, aumentando o bumbum, aí quando eu comecei a observar, pode ser um fator desencadeante olhar a minha mãe e achar que eu posso ficar assim, não só a minha mãe, a minha família que tem mais tendência.(P6).

Presume-se que modelos e artistas, que representam ideais de beleza, tornam-se estímulos discriminativos que sinalizam comparações com a própria imagem, e assim, se estendem para pessoas normais em geral. Quando indivíduos com TDC comparam pessoas normais consigo mesmos, fortalecem a auto-avaliação negativa de seu próprio corpo:

Se compara, às vezes ela sai na rua assim e ó, às vezes eu disfarço, eu saio com ela mas disfarço, mas já reparei que ela fica olhando as pessoas, fica olhando e fala: “nossa, você viu aquela mulher? Não tem nada no rosto!(P5).

Ah, quando ele vê assim, um homem que ele acha que é bonito, ele, acho que ele se compara sim, eu já presenciei: “eu queria ter o nariz desse jeito”, eu já vi ele pegar foto e ficar comparando, ele acaba se comparando sim.(esposa de P7)

O simples olhar de outra pessoa pode funcionar como um pré-estímulo discriminativo aversivo.

Ah, quando desvia o olhar, você fica meio, pô chamou a atenção...(P3)

Quando olham assim eu acho que tá olhando pras marcas...(P5)

É quando alguém olha para ele, é bem nesses momentos que a gente percebe que desperta nele aquela revolta, ele chega a estar revoltado com essa situação.(esposa de P7)

Os estímulos (ou situações) que não evocavam as preocupações (ver quadro 6, coluna 2), chamados de estímulos deltas, também foram relatados pelos participantes:

Quando eu estou em casa, assim que eu não vou sair, que só estou eu mesmo, eu paro um pouco.(P5)

Daí a Sra. não se preocupa?(Pesquisadora)

Daí eu não me preocupo.(P5)

Só se eu estiver assim, andando de carro, ou eu não parar em canto nenhum, entendeu? Ou se eu for aonde que ninguém me conhece, certo, eu não vou ficar assim parado, eu vou estar em movimento, eu estou de costas, estou de lado, estou virando, estou passando, estou conversando, estou olhando para cá e eu não vou estar encarando na

cara de ninguém, no rosto de ninguém né, então eu vou tranquilo, então não me surge a preocupação...(P7)

Porém, conforme se viu 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 de isolamento social, observada entre pessoas com TDC e alguns dos participantes (P4 e P5) deste estudo.

Vale ressaltar que inclusive os comportamentos de baixo *insight* ou delirantes, ou seja, as crenças *irracionais* de que realmente possuíam defeitos, de que as pessoas olhavam para eles e os ridicularizam, entre outros comportamentos, também podem ter sido desenvolvidos devido à ênfase em aspectos relevantes da aparência, ou seja, em estímulos discriminativos específicos. Portanto, a conclusão de Phillips (2000) e Neziroglu et al. (2001) de que pacientes com delírio apresentariam sintomas mais severos e estariam num estágio mais grave do transtorno, provavelmente, está envolvida com a maior amplitude de classes de estímulos equivalentes, que limita cada vez mais a atenção, ou tomada de “consciência” de outras contingências em operação, e, assim, o desenvolvimento de comportamentos possíveis de serem reforçados positivamente. A maior ou menor ênfase em estímulos discriminativos e a amplitude das classes de estímulos também poderiam explicar as variações encontradas entre os participantes quanto a terem obsessões, idéias supervalorizadas e delirantes a respeito dos *defeitos*. Neste sentido, este estudo concorda com autores (Figueira et al., 1993) que não consideram produtivo diferenciar o TDC, devido à presença ou ausência de *insight*.

O uso de palavras como deformado e monstro (*SIC*) poderia ser explicado pela tão forte ênfase em estímulos específicos e não tomada de consciência das contingências. Até mesmo atitudes contrárias em relação a aspectos da aparência, como é o caso de P4 que se achava bonita e vaidosa, também poderiam estar sob o controle de estímulos discriminativos específicos:

Agora outra coisa muito importante, eu comecei a me achar bonita e isso eu acho péssimo.(P4)

- Esquiva Experiencial:

Vários dos comportamentos encontrados entre os participantes, tanto aqueles típicos do TDC, aqueles comuns a outros transtornos, assim como, os demais descritos, poderiam ser entendidos como comportamentos de esquiva.

O comportamento de esquiva de situações sociais é um dos mais citados em indivíduos com TDC: “O indivíduo apresenta, também, uma alta frequência de comportamentos de esquiva às situações sociais, onde o olhar dos outros é discriminado como ‘focalizado em sua deformação’” (Amaral, 2001b, pp.9-10).

Este comportamento estava amplamente presente entre os participantes (ver quadro 6, coluna 3):

Não, eu não faço nada, o que eu faço é não sair de casa.(P5)

É alta a frequência, nas minhas férias, por exemplo, dá pra contar nos dedos quantas vezes que eu saí.(P6)

Entretanto, nota-se nos discursos dos participantes que a esquiva não se limitava às situações sociais, mas se estendia para os sentimentos e pensamentos destes indivíduos em relação às suas preocupações com a aparência. Aliás, a esquiva das situações sociais foi justificada, por eles, em função de suas preocupações e sentimentos sobre o *defeito*:

Ah porque eu tava triste por causa do meu nariz, eu tinha acabado de operar, não tava gostando do meu nariz, então eu ficava triste, era tristeza mesmo, a tristeza me impedia de sair.(P1)

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

Às vezes eu evito (ir a determinados lugares) de tristeza, fico deprimida, fico angustiada, de tristeza.(P4)

Eu evito ficar no meio desses rolinhos falando de rosto. (...) De ficar ouvindo essas coisas. Em vez de me ajudar, aí eu chego em casa pior. Por isso que eu fico mais em casa pra não ouvir conversa. Aí eu já gosto de ficar mais em casa, porque hoje parece que a vaidade está demais, um fala uma coisa, primeiro falavam de gordura...(P5)

...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 estou bem, aí eu vou me trocar, eu já me estresso, fico nervosa, daí choro e não vou. E é sempre assim.(P6)

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, eu procuro ver um jeito.(P7)

Através dessas falas nota-se como os participantes procuravam se esquivar de eventos, ocasiões e contextos em que suas preocupações e sentimentos aversivos sobre a aparência, geralmente, ocorriam. Os esforços dos participantes de se engajarem em comportamentos para evitar, eliminar ou diminuir o contato com experiências privadas

particulares, sentidas como aversivas, podem ser entendidos à luz do conceito de esquiva experiencial proposto por Friman, Hayes e Wilson (1998). Além disso, os comportamentos de esquiva dos participantes estavam se tornando um problema, pois as tentativas de diminuir as preocupações com a aparência eram feitas a qualquer custo, trazendo prejuízos a todos eles em várias áreas de funcionamento social e ocupacional.

Alguns autores (Phillips, 1991; Rosen, Reiter & Orosan, 1995; DSM- IV, 1995; Veale et al., 1996; Castelló, Barros & Chinchilla, 1998) chegaram a comentar que o objetivo dos indivíduos com TDC ao emitirem os comportamentos característicos do transtorno seria diminuir a ansiedade sentida em relação às preocupações com a aparência, e que este objetivo não é alcançado. No entanto, os estudos apenas dão alguns exemplos de comportamentos de esquiva e pouco explicam o porquê de sua ineficácia em diminuir a ansiedade.

Propõe-se que o conceito de esquiva experiencial possa contribuir para o entendimento da ineficácia dos comportamentos de esquiva observados entre os participantes em diminuir a ansiedade sentida.

Em primeiro lugar, é preciso entender porque a ansiedade é considerada como aversiva e porque as preocupações e pensamentos sobre o *defeito* acabam sendo relacionados com a ansiedade. Para Hayes et al. (1996):

“Ansiedade” não é apenas um conjunto confuso de estados corporais e predisposições comportamentais (como nos organismos não humanos); ela é uma categoria verbal avaliativa e descritiva que integra uma ampla variedade de experiências, incluindo memórias, pensamentos, avaliações, e comparações sociais, entre outras (p.1155).

Com isso, Hayes et al. (1996) entendem que, a partir do comportamento verbal, a ansiedade adquire um caráter de aversividade muito mais amplo, uma vez que os relatos e autodiscriminações das emoções, aprendidos, podem ter efeitos reativos e alterar as propriedades aversivas. Portanto, segundo estes autores, a ansiedade seria uma categoria potencialmente debilitante que inclui componentes verbais (como: memórias desagradáveis, auto-avaliações negativas, comparações sociais desfavoráveis) relacionados a estados corporais ou alterações fisiológicas (como: taquicardia, sudorese).

Conforme foi descrito no tópico anterior, através da equivalência de estímulos e da transferência de funções, estímulos arbitrários, como crenças, pensamentos, emoções, sentimentos e eventos ambientais, podem ser agrupados em uma mesma classe de equivalência (Wilson & Hayes, 2000). Isto implica que os estímulos equivalentes, pertencentes à mesma classe, terão as mesmas funções. No caso do TDC, os vários

estímulos equivalentes, como a parte do corpo considerada deformada, o olhar das outras pessoas, as preocupações com os defeitos, as crenças do impacto do *defeito* sobre outras pessoas, entre outros, têm função aversiva, uma vez que, de alguma forma, foram relacionados com situações ou eventos ambientais anteriores que causaram alterações fisiológicas sentidas como aversivas. É difícil determinar quais desses estímulos foram relacionados diretamente com as situações anteriores e com as sensações fisiológicas que elas provocaram, pois muitos deles podem ter sido relacionados apenas indiretamente com estas condições iniciais. As redes de equivalência são por demais complexas para serem desmembradas e a seqüência em que são formadas dificilmente pode ser descoberta, se não forem criadas em uma situação experimental de laboratório. Além disso, as extensões das classes de equivalência são bastante rápidas e difíceis de serem identificadas, pois se multiplicam constantemente.

No entanto, psicólogos e psiquiatras se deparam justamente com essas condições quando seus pacientes buscam ajuda para problemas emocionais. Dificilmente será possível desvendar a construção das redes de equivalência pois, conforme afirmam Friman, Hayes e Wilson (1998), quando foram estabelecidas por relações diretas, tais relações são muito remotas, acontecendo num passado relativamente distante e difícil de ser lembrado. Além disso, a maioria das relações é derivada, ou seja, emerge da aprendizagem indireta, via comportamento verbal.

Como este estudo se limitou a investigar as variáveis passadas que, provavelmente, influenciaram no desenvolvimento do TDC, não é possível descrever o processo de formação das classes de equivalência. No entanto, supõe-se que elas existam e que foram provavelmente iniciadas a partir daquelas situações apontadas na história de vida dos participantes, tanto por relações diretas como indiretas.

Um exemplo da transferência da função aversiva, que pode ser um indicador de que houve o processo de equivalência de estímulos, são as sensações fisiológicas experienciadas por pacientes com TDC ao serem expostos a situações sociais, como relataram Veale et al. (1996). As sensações fisiológicas experienciadas como aversivas foram descritas por alguns participantes:

Não, eu sou ansioso por natureza. Não é ansiedade, 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)

Aquele gelo assim por dentro assim, que vem assim (mostra trazendo a mão de baixo para cima do peito) e gela o corpo daí eu começo.(P5)

Segundo Friman, Hayes e Wilson (1998) os transtornos psiquiátricos parecem tão confusos justamente porque os comportamentos são fortemente influenciados por relações entre eventos públicos e privados, tanto diretas, como indiretas. Isto poderia explicar o fato dos comportamentos do TDC à primeira vista, parecerem tão sem propósito e, no entanto, possíveis de serem compreendidos a partir de uma análise das contingências passadas e atuais em operação.

Neste sentido Sidman (1995) alerta que para se entender o comportamento de esquiva é preciso analisar tanto as contingências passadas quanto as contingências atuais, que podem estar mantendo o comportamento. Muitas vezes torna-se difícil reconhecer um comportamento enquanto esquiva, pois as variáveis que o determinam não podem ser vistas. “Usualmente ficamos intrigados toda vez que uma pessoa se mantém fazendo algo que não tem uma vantagem óbvia. Isso sempre nos deveria fazer suspeitar de esquiva” (Sidman, 1995, p. 139).

Segue-se uma tentativa de explicar os comportamentos descritos entre os participantes de acordo com o conceito de esquiva experiencial.

O comportamento de procurar fazer cirurgias plásticas, por exemplo, poderia ser entendido como uma tentativa de esquivar-se das sensações e preocupações a respeito da aparência física. Alguns participantes buscaram esse tipo de solução para o término de suas preocupações mais de uma vez e ainda não se encontravam satisfeitos, isto é, suas preocupações permaneceram, o que indica a ineficácia desta estratégia de evitação:

Eu queria operar de qualquer jeito para ficar boa, operava um, não esperava nem dois meses e já operava de novo (...), naquela época que eu operava eu não gostava de mim, eu queria operar o mais rápido possível pra mudar o meu nariz, pra poder arrumar, eu me olhava no espelho eu não gostava, eu chorava, acho que era isso...(P1)

Observa-se neste discurso que o reflexo no espelho era um estímulo discriminativo que ocasionava as respostas aversivas, os sentimentos, emoções e preocupações com a aparência que a participante tentava eliminar com a realização de cirurgias plásticas.

O comportamento de olhar fixamente no espelho também poderia ser visto como esquiva experiencial, pois os participantes, pelo menos no começo, relatavam sentir a necessidade de fazê-lo, como uma forma de aliviar a ansiedade. Mas, conforme descreve o DSM-IV (1995):

Embora a verificação e o ato de se arrumar tenham por objetivo, para alguns indivíduos, diminuir a ansiedade relativa ao “defeito”, tais comportamentos

com freqüência intensificam a preocupação e a ansiedade associada. Conseqüentemente, alguns indivíduos evitam espelhos, às vezes cobrindo-os ou removendo-os de seu ambiente (p.445).

Esta mudança foi relatada por alguns dos participantes, que confirmaram em seus discursos, que, com o tempo, passaram a se sentir mais ansiosos e preocupados ao se olhar no espelho:

O que mais me deixa angustiado é mesmo a hora em que olho no espelho, quando não vejo não me preocupo muito pois o que os olhos não vêem o coração não sente.(P3)

Porém, assim como apontou Phillips (1991), a tentativa dos participantes de evitar os espelhos também apresentou o contínuo insucesso de diminuir suas preocupações e sofrimento. Isto poderia ser explicado pela hipótese de que tanto o comportamento de olhar, como de evitar olhar no espelho possuem a mesma função de esquiva experiencial, sendo assim, ineficazes.

O comportamento de camuflar o *defeito* também poderia ser visto como esquiva experiencial porque os participantes deixavam claro que tentavam evitar se preocupar com os comentários e pensamentos de outras pessoas:

... quando eu estou com a minha esposa, naqueles momentos íntimos, então, eu também evito que ela fique olhando no meu rosto (...) então eu evito né, eu viro, eu evito (...) Eu não esqueço porque quando ela fica olhando em mim já, já me tira, eu já fico perdido né, eu não sei se ela está me ligando em mim, ou se eu vejo que é certo que ela não está olhado nisso, mas ela está enxergando aquilo. Então eu mudo a posição do rosto e tal né, tem vez até que ela puxa o meu rosto.(P7)

...eu passei mais o tempo inteiro sentada, porque a sensação que eu tinha é que tava todo mundo olhando para o meu bumbum, e eu não tinha levado uma bolsa, eu senti falta de uma bolsa, eu sempre tinha que ficar na frente de alguém.(P6)

Segundo Amaral (2001b), estes comportamentos de esquiva e isolamento social, vistos no TDC, “se mantêm reforçados negativamente....(tendo) a função de reduzir a ansiedade por ser observado, criticado e avaliado pelos outros como feio, deformado e repugnante” (p.9).

Alguns dos participantes (P3 e P4), inclusive, relataram que nunca ouviram nenhum comentário sobre o *defeito*, mas, ainda assim, buscavam se esquivar dessa possibilidade. Veale et al. (1996) comentaram que indivíduos com TDC têm a tendência de assumir que os outros pensam da mesma forma que eles sobre os *defeitos*. Apenas o imaginar que isso poderia acontecer já era suficiente pra lhes causar sensações aversivas, que tentavam evitar, não expondo o defeito, e assim, não se expondo às situações:

É, o cara olha, eu falo, mas será possível. Porque, às vezes, o cara olha, quando é amigo que eu não via há muito tempo, dá uma olhada, deve pensar: “o que esse cara fez na cara? Não tinha isso aí”.(P3)

Fico pensando assim que a pessoa pode falar: “nossa como você mudou!”, agora eu tenho medo da pessoa falar assim pra mim se eu mudei pra melhor ou mudei pra pior né. Isso que eu tenho medo, vem tudo isso na minha cabeça.(P5)

Eu acho que antes da irritação até, vem aquela angústia, sabe, uma angústia eu acho, porque eu já sei, porque assim, na verdade eu quero fazer e não faço (...). Então eu acho que primeiro já vem aquela angústia, acho que é a primeira coisa que vem, e depois, uma que eu já sei, é aí que aumenta mais a minha angústia, porque antes deles me chamarem, eu já sei que eles vão me chamar e eu já sei o que eu vou responder, e antes de eu responder eu já me irritei, porque eu já sei como é que vai ser...(P6)

Esta condição de antecipação da consequência aversiva, ou de prevenção para que a consequência aversiva não suceda é uma característica comum ao comportamento de esquiva, como esclareceram Mallot, Whaley e Mallot (1997). Enquanto nos animais há necessidade de que em algum momento a consequência aversiva tenha sido apresentada para que posteriormente seja evitada, nos humanos isto não é uma condição essencial. Esta contingência foi descrita por Sidman (1995) como esquiva governada por regras: “Naturalmente, é possível aprender esquiva seguindo regras, mesmo sem jamais ter experienciado o evento temido” (p. 153). As regras são eventos verbais que descrevem contingências e que podem se tornar estímulos discriminativos (Baum, 1999).

Embora a esquiva aprendida por regras seja bastante útil, inclusive, para a sobrevivência do organismo, como é o caso de crianças que olham para os lados antes de atravessar a rua mesmo sem nunca ter presenciado um acidente, muitas vezes ela é prejudicial. Este é o caso das regras falsas, em que o indivíduo tem seu comportamento controlado por regras que descrevem falsas contingências.

Estudos no laboratório demonstram que para continuarem se esquivando, os animais, de tempos em tempos, têm que experienciar novamente o estímulo aversivo original, pois apenas a presença do estímulo condicionado (ao estímulo aversivo no passado) não bastará para manter o comportamento de esquiva que acaba se extinguindo (Sidman, 1995). Os seres humanos, diferentemente, podem, algumas vezes, ficar anos comportando-se por esquivas, que são controladas por regras, que deixaram de ser (ou nunca chegaram a ser) verdadeiras. Este tipo de controle por regras falsas pode ser vislumbrado nos discursos de alguns participantes:

Ninguém vai falar “corta isso aí”(a marca no rosto), por mais que a pessoa ache que está ruim, ninguém vai falar, né.(P3).

Eu acho que a pessoa vai falar assim: “Nossa, aquela mulher não tinha nada no rosto, agora está assim!” Eu ponho isso na cabeça. Às vezes as minhas vizinhas lá mesmo, eu vejo elas lá do outro lado da avenida assim e elas dão com a mão assim pra mim, e eu penso: “Nossa como é que elas vão me ver assim, elas viram eu de um jeito e agora vão ver de outro”. Me incomoda, eu fico me incomodando, mas ninguém falou nada, as vizinhas mesmo às vezes a gente está conversando, elas nunca chegaram em mim e falaram: “Nossa, como você envelheceu!” Elas nunca falaram nada. Sou eu que sinto.(P5)

Estas falas vão ao encontro das explicações de Blackledge e Hayes (2001) de que os seres humanos poderiam sustentar um sofrimento emocional, por muitos anos, sem que houvesse a apresentação de eventos aversivos, porque o comportamento verbal poderia apresentar esses eventos indiretamente e a esquiva experiencial poderia ampliar o sofrimento.

Portanto, nota-se nos relatos dos participantes um sofrimento emocional mantido em função de crenças, preocupações, sentimentos, que se tornaram aversivos em si mesmos:

...então como ontem estava muito calor eu comecei a sentir um incômodo no local, e mesmo sem olhar no espelho eu me lembrei e começou a me dar um mal-estar. Era uma angústia profunda. Eu fiquei pensando: “pô, agora até sem me olhar no espelho, esse negócio vai me encher o saco!”(P3)

Estes dados estão de acordo com a citação de Amaral (2001b) de que certos pacientes teriam suas atividades sociais e rotineiras prejudicadas, porque o simples pensar em estar nestas situações produziria grande ansiedade.

Os participantes pareciam acreditar que seu sofrimento era mantido por esses eventos privados. No entanto, como Skinner (1989/1995) já havia afirmado, sentimentos e pensamentos não causam comportamentos. Conforme apontou De Rose (1982), os participantes, provavelmente, descreviam seus sentimentos como causas de seus comportamentos, porque, em geral, eles antecediam ou eram concomitantes aos comportamentos. Devido às equivalências, cadeias de estímulos, com funções verbais, como rótulos para sensações corporais, denominados de sentimentos, passaram a ser discriminados diferencialmente e, assim, passaram a ser vistas como ocasião para que certos comportamentos de esquiva fossem emitidos.

Pedir palavras tranquilizadoras sobre o defeito também poderia ser entendido como uma estratégia de esquiva experiencial. O DSM-IV (1995) descreve que “Pode haver freqüentes pedidos de garantias sobre o *defeito* mas estas, quando muito, levam a um alívio apenas temporário” (p.445).

Enquanto alguns participantes perguntavam diretamente sobre os *defeitos* (P4, P5, P6), outros se queixavam indiretamente, dizendo que não iam sair ou reclamando dos *defeitos* na frente de outras pessoas (P2, P3, P7) (ver quadro 1, coluna 3). Independentemente de perguntas diretas ou não, os participantes recebiam, na maior parte das vezes, garantias de outras pessoas de que suas preocupações com a aparência não eram reais (ver quadro 7, coluna 3):

Todo mundo fala que é preocupação minha.(P2)

...tudo fala que ela tem rosto bonito: “olha ela tá bonita hoje e fica falando isso aí”, até minhas cunhadas, tudo, tudo fica falando assim: “meu Deus, ela não tem nada no rosto e fica falando uma coisa dessas!” Falam e ela ouve.(mãe de P5)

Entretanto, alguns dos participantes (P4 e P5) comentaram que, algumas vezes, as pessoas concordavam com suas preocupações sobre o defeito:

Mas antes de ontem ele olhou esta aqui (mostra a marquinha na boca) e disse: “é você tem razão”.(P4)

Quando questionados sobre o que sentiam após os comentários, alguns participantes disseram se sentir aliviados quando as pessoas lhes diziam que suas preocupações eram irreais e, do contrário, extremamente incomodados quando acabavam concordando com eles ou quando não respondiam:

É, eu quero que responde.(P5)

O que será que aconteceria se todo mundo parasse de falar?(Pesquisadora)

Ah, daí ia ser pior, que eu ia falar mesmo, aí ataca mais(...). Ataca mais porque ninguém me ajuda, ninguém me fala nada. Fico mais nervosa.(P5)

Não, eu não consigo não falar, não responder, ela insiste e eu quero que aliviar o sofrimento dela. E eu te digo uma coisa, se você falar isso pra ela que não vai mais responder quando ela perguntar, ela não volta nunca mais, você perde ela, eu tenho certeza disso.(marido de P5)

Alguns participantes chegaram a relatar que não gostavam quando os outros concordavam com suas preocupações, esperando como respostas palavras tranquilizadoras:

É ontem, a minha menina, a mais velha, falou assim: “é a Sra. está na hora, tá na hora já de enrugar”, eu falei: “ah é? “, então eu brinquei com ela, ela falou: “a Sra. é muito fresca mãe, não pode ser assim, a Sra. tem que aceitar certas coisas, tá com muita frescura”. (...) Ah eu queria que ela falasse outro tipo de coisa né, falar assim, parece que tá falando, nossa, eu estou sentindo velha mesmo. (...) Ah, falasse assim, que é outro tipo de coisa, que não tem nada dessas coisas, entende?(P5)

Quadro 7: Funcionamento atual de cada participante

Col.	1 Atividades Diárias	2 Mudanças que teve após o TDC	3 Comptos. dos outros diante das queixas em relação ao defeito	4 Comptos. dos outros diante dos comptos. de agressividade e irritabilidade
P				
P1	Apesar de ter muitas atividades atuais, como faculdade em período integral, marido e filha de 1 ano e de sair com a família para passear, ela diz não estar satisfeita em nenhuma área de sua vida.	Os pais se mostram bastante preocupados. A mãe a levava a cirurgiões e pagava tratamentos.		
P2	Atualmente tem tido bastante atividades, trabalha, vai a churrascos, a festas, bailes, encontra amigos.		Dizem que é coisa de sua cabeça, que são preocupações suas.	
P3	Trabalha muito e gosta do trabalho. Quase não sai para se distrair, a não ser ir ao clube aos finais de semana. Em casa fica só assistindo TV e brincando com o cachorro. Não sai com a família para jantar fora.	A mãe se mostra bastante preocupada, orando para que melhore, dizendo que o ama, que tudo vai ficar bem.	A mãe sempre tenta convencê-lo de sair, dizendo um ditado, uma frase. A mãe fala que não tem nada no seu rosto, que ninguém vê nada. Conta por ex. que a irmã do participante também não vê nada.	A mãe o repreende, diz para ele não estragar as coisas dela, pede para que pare.
P4	Só fica na chácara aonde mora, cuidando das plantas, da horta, raramente, pois diz não enxergar direito. Não sai para se divertir.	Não limpa mais a casa, não cozinha, não se expõe ao sol, saindo para ver as plantas somente à noite, quando diz não conseguir enxergar e assim não pode ajudar a cuidar. O marido a acompanha em todos os lugares, levando-a a uma série de médicos. Cuida dela, indo atrás de remédios, peruca, na hora que ela quer.	O marido diz que não tem nada no seu rosto. As vezes, concorda que tem alguma coisa, dizendo que ninguém se preocupa tanto com uma coisinha tão pequena.	O marido diz a ela que já foi muito paciente, mas que já não agüenta mais, que uma hora vai acabar deixando-a.
P5	Termina o serviço logo depois do almoço e não tem nada para fazer, a não ser assistir TV. Antes de começarem as preocupações, tinha que levar a filha ao médico direto, pois ela tinha problemas de saúde que necessitavam de cuidados constantes. Depois a filha sarou, ambas as filhas cresceram, passaram a ajudá-la. Era bem mais ocupada. Hoje não sai para lugar nenhum.	Não faz mais o serviço da casa compulsivamente como antes. Quando fica no espelho deixa de fazer o serviço. Antes fazia bolo, doces, ajudava sua mãe com o serviço, lavava suas cobertas. Ele e as filhas se mostram preocupados. Ele a leva a médicos, compra cremes caros, cuida dela.	Na maioria das vezes todos falam que as preocupações são coisas da cabeça dela, que não tem nada a ver com o creme, que ela não tem nada no rosto, que está bonita, que ainda está jovem. As vezes, alguém diz que ela tem que se aceitar como é, que está ficando mais velha, que é normal.	A filha da participante liga para a avó (mãe da participante) que vem correndo para a casa delas para acalmá-la. O marido e as filhas, inicialmente, demonstravam grande preocupação. O marido tem lhe dito que se continuar assim vai deixá-la.
P6	Vai às aulas e faz estágio o dia todo. Gosta dos estudos, mas não se sente satisfeita na cidade onde estuda, onde mora desde que entrou na faculdade. Diz não ter amigas verdadeiras e nem lugares legais para sair. Sai de vez em quando, viaja com certa frequência. Diz não se sentir satisfeita hoje em dia, com nada em sua vida.	A mãe se mostra muito preocupada. Ganha presentes da mãe quando tem crises de insatisfação e tristeza. Quando fica reclamando de seu corpo, a mãe lhe paga massagens, <i>personal trainer</i> , entre outros cuidados. Quando ela se irrita e não sai o pai leva-a para passear, separados de todos, não toca no assunto, a acalma.	Insistem para que ela saia, fazem brincadeiras de que ela está feia mesmo, querendo dizer que ela é linda. Atualmente, as pessoas estão perdendo a paciência ficam bravas e falam que ela está feia mesmo, se é isso que ela quer ouvir.	A mãe tenta desviar a atenção dos outros, para que não percebam a irritabilidade da filha. A mãe chora e diz que faz tudo por ela, mas que ela é ingrata. Atualmente, tem desligado o telefone quando a filha começa a se alterar. As pessoas não estão mais insistindo para que saia.
P7	Sai de casa apenas para o trabalho, em que se dedica muito, e para deixar a esposa no ponto de ônibus. Raramente vai ao clube de campo.	Quando decide que não quer sair, a esposa não demonstra nenhum problema, também não sai sozinha, aceita e o compreende. A esposa conta que ele não gosta de encontrar a família dela, nem a dele. A esposa demonstra grande preocupação, mostra-se disposta a ajudá-lo, a arcar com as despesas de uma cirurgia se for para ele se sentir melhor.	Embora o participante não fique perguntando ou se queixando do defeito, a esposa sempre diz que acha que ele não precisa fazer a cirurgia, que gosta dele do jeito que ele é, que foi como o conheceu.	

O comportamento de P7 de evitar perguntar para os outros sobre seu *defeito*, por ter medo que respondessem de forma contrária ao que gostaria, também poderia ser entendido como esquiva de sensações aversivas, pois teria a mesma função do comportamento de perguntar sobre o defeito.

Estes dados, provavelmente, podem ser entendidos pelo pressuposto de que ocorre a persistência dos comportamentos de esquiva, quando conseqüências aversivas são apresentadas intermitentemente (Sidman, 1995; Catania, 1999). Hipotetiza-se que como, de tempos em tempos, as pessoas acabavam concordando, de alguma forma, com as preocupações dos participantes sobre o defeito imaginado, mesmo que negando na maior parte das vezes sua existência, estas raras confirmações serviriam como conseqüências punitivas que fortaleceriam ainda mais os comportamentos de esquiva. Supõe-se que os comentários, relativamente freqüentes, de outras pessoas, relatados por P6 e P7 também tivessem essa função:

Eu me olho no espelho assim e eu começo a me enxergar, hoje, antes não, antes eu até deixava quieto, mas como a cobrança foi tão terrível, críticas, coisas tenebrosas, pra mim é, hoje para mim é uma enfermidade incurável, né, diante que eles me impõem, que eu até na frente do espelho eu evito olhar o máximo. Quando eu me deparo de frente eu me enxergo de um jeito, mas quando eu olho de perfil aí eu enxergo tudo o que as pessoas passam pra mim, entendeu?(P7)

Também se pode perceber que as palavras tranquilizadoras, emitidas por outras pessoas, apenas traziam um alívio momentâneo da ansiedade sentida. Um exemplo é P3 que, após ouvir esse tipo de palavras da mãe, acabava saindo, mas voltava quando se deparava com sua imagem no espelho retrovisor:

...e às vezes eu sinto que eu acabo de falar alguma coisa, aí ele levanta, pega a bolsa e vai pra o clube, toma coragem e vai (...) às vezes ele tá indo e volta antes, no meio do caminho. (...) Ele volta porque ele olha no espelho do carro né, e acha que não vai poder enfrentar os outros.(mãe de P3)

A partir dos relatos analisados, supõe-se que todos esses exemplos de comportamentos de esquiva, levantados entre os participantes, estavam sendo mantidos por reforço negativo, apenas momentâneo ou temporário. Isto está de acordo com alguns estudos (Rosen, Reiter & Orosan, 1995; Veale et al., 1996) que apontaram que comportamentos de checagem e perguntas reasseguradoras, vistos no TDC, provêm um alívio ou redução do desconforto apenas em curto prazo. Segundo, Rosen, Reiter e Orosan (1995), a longo prazo, a pessoa continua focando sua atenção em aspectos de sua aparência, que ocasionam ansiedade. Provavelmente, isto aconteceria porque os comportamentos do TDC continuam sob o controle dos mesmos estímulos discriminativos.

Veale et al. (1996) apresentaram uma interpretação, baseada em teorias da aprendizagem cognitiva, de que a esquiva de situações é reforçada porque previne o indivíduo de enfrentar seu medo, o que o impede de checar a realidade de suas crenças.

A explicação apresentada por Hayes et al. (1996) sobre a ineficácia dos comportamentos de esquiva experiencial, de que apenas provê o alívio momentâneo, porque o indivíduo não se expõe às contingências e acaba não tendo a chance de extinguir as sensações aversivas, parece bastante condizente com os dados analisados. Isto também está de acordo com a explicação de Rosen (1997) de que a evitação serviria unicamente para perpetuar o transtorno, pois o indivíduo não tem a oportunidade de extinguir as respostas de ansiedade frente aos estímulos discriminativos desencadeantes.

Ainda sob o enfoque de esquiva experiencial de Hayes et al. (1996), ao serem reforçados negativamente, os participantes, provavelmente, aumentavam as redes relacionais de estímulos discriminativos e, assim, acabam se esquivando cada vez mais de uma maior quantidade de situações. Apesar de não ser possível demonstrar como ocorreu a transferência de função entre os estímulos e o aumento das redes relacionais, a piora dos comportamentos dos participantes, no decorrer do tempo, poderia indicar este processo. O caso de P1, que foi a única participante em que os comportamentos do TDC estavam menos freqüentes, na época da entrevista, pode ser mais um indicativo desse processo, pois ela só começou a melhorar quando teve que se expor às contingências que antes evitava, quando casou e teve uma filha:

...acho que não olho (no espelho) porque não tenho tempo. Eu faço faculdade em período integral, tenho provas, tenho uma filha de um ano, acho que isso ajuda a eu não querer olhar, estar muito ocupada no dia-a-dia talvez me ajuda a não olhar. Se eu não tivesse minha filha, por exemplo, acho que olharia.(P1)

Como aponta Hayes et al. (1996) com o aumento da quantidade de estímulos evitados, os demais participantes, provavelmente, não desenvolviam comportamentos que poderiam ser positivamente reforçados, o que será descrito no próximo tópico.

- Falta de Reforçamento Positivo:

A maioria dos participantes apresentava uma pequena quantidade de atividades diversificadas que poderiam ser positivamente reforçadoras, entre todas as atividades que desempenhavam em suas vidas, durante o período das entrevistas (ver quadro 7, coluna 1):

...já fica difícil né, porque sempre tem aquelas festas que a gente gosta de ir e tudo, e acaba não indo porque ele não quer se expor muito. No trabalho ele fica mais sozinho,

ele se fechou para a vida, de certa forma ele se fechou, ele não tem lazer, ele não tem, sabe, um amigo pra bater papo...(esposa de P7)

Em alguns (P3 e P7) as atividades reforçadoras limitavam-se ao trabalho, que desempenhavam muito bem e diziam gostar. Outros (P4 e P5) limitavam suas atividades ainda mais, pois praticamente haviam se isolado em suas casas. Em outros (P1 e P6) ainda havia uma maior quantidade de atividades diversificadas, no entanto, estas atividades não pareciam ser positivamente reforçadoras. Apenas P2 relatou uma maior quantidade de atividades aparentemente positivamente reforçadoras.

O fato de que a maioria dos participantes (P1, P3, P6 e P7) dedicavam-se bastante ao trabalho, desempenhando-o da melhor forma possível, demonstra, mais uma vez, o padrão de comportamentos que buscam a perfeição:

Eu exijo demais, no profissional eu exijo muito de mim, eu exijo, eu dou tudo de mim, e as pessoas têm elogiado né, embora eu tenho visto que o patrão é uma pessoa que não elogia ninguém, ele tem me elogiado, me chamado na sala, tem conversado, tem falado comigo: “olha P7 você é um profissional que eu te dou os meus parabéns”, mas eu acho pouco, eu me sinto assim que eu acho pouco.(P7)

Supõe-se que a busca pela perfeição esteja relacionada ao fato do trabalho ser uma das únicas fontes de reforço. A falta de outras atividades reforçadoras também poderia explicar os comportamentos de ótimo desempenho escolar observados entre os participantes:

...e como ela não se aceitava foi difícil, ela teve uma adolescência muito sofrida, muito perturbada, uma juventude muito perturbada, ela ficou muito tempo, ela só estudava, ela só ficava dentro de casa estudando, ela se dedicou aos estudos e esqueceu o mundo lá fora, ela se dedicou aos estudos completamente.(mãe de P1)

Os comportamentos de dedicar-se totalmente e buscar a perfeição em atividades desempenhadas também eram apresentados, antigamente, por P4 e P5:

É ficava mexendo com uma coisa, mexendo com outra, às vezes nem parava em casa, inventava uma coisa, inventava outra, ficava o dia inteiro assim enrolada.(P5)

Na época das entrevistas, estas participantes descreveram que não se sentiam mais dispostas para desempenhar suas atividades, assim como, não as faziam da mesma forma que antes:

Meu marido até falou; “ai meu Deus, de vez em quando tinha um bolo diferente, um bolo de cenoura, agora... acabou”. Eu não tenho mais aquela vontade de fazer as coisas mais, entende, faço aquilo ali que é o que você sabe mesmo, o que tem que fazer, senão... não tenho mais aquela vontade que eu tinha de fazer as coisas não. (...) Até a minha mãe fala assim: “nossa, a P5 mudou bastante viu,” antes dela comprar máquina pra lavar roupa, às vezes eu ia lá e pegava as cobertas dela e levava em casa pra lavar,

agora eu desisti de tudo isso daí.(...) Ajudava, sempre eu ia dar uma força pra ela, agora eu não tenho mais aquela vontade mais.(P5)

É possível que ambas as participantes estivessem desempenhando tarefas repetitivas, que, segundo Ferster (1973), podem enfraquecer o comportamento. Este autor chega a exemplificar como o trabalho doméstico de uma dona de casa, ao exigir um número elevado de desempenhos repetitivos, pode causar o enfraquecimento de comportamentos, o que pode ser traduzido como a perda do valor reforçador destas tarefas:

É um serviço que todo dia é aquela mesma coisa e você vai estressando né, de manhã é a mesma coisa, vai fazer o almoço é a mesma coisa...(P5)

Além disso, ambas as participantes também demonstraram ter passado por mudanças em seu ambiente que também podem ter sido responsáveis pelo enfraquecimento de comportamentos. P4 teve que se aposentar para cuidar de sua saúde, após descobrir que estava com um tipo de câncer. As preocupações de P4 se agravaram com essas mudanças:

...enquanto estava na ativa (trabalhando), ela não tinha tanto as preocupações. (marido de P4)

As filhas de P5 cresceram, foram se tornando independentes e uma delas, que sempre ficava doente, requerendo comportamentos de atenção e cuidados de P5, nunca mais precisou ir ao médico. O início das preocupações de P5 coincidiram com a época em que esta filha não precisou mais de tantos cuidados:

Tinha, até essa daqui teve doença, a mais nova, eu passava o dia inteiro com ela no médico. Ela fez cirurgia, duas cirurgias de érnica no umbigo que deu, e depois ela fez adenóide, operou, então era o dia inteiro no médico, a gente saía cedo e vinha de tarde, era assim, tanto que hoje já não tem nada, ela pegou esse tamanho e pegou saúde.(P5)

Eu acho, que ela ficou muito preocupada com a filha e depois passou né, aí agora que ela podia ter sossego arrumou esse problema do rosto. (...) As filhas tão tudo se virando, ela não precisa cuidar mais. Eu falei que agora que ela podia ter alegria, né, que agora não precisa ficar cuidando de nada, mas ela tá assim.(mãe de P5)

Apesar de P1 e P6 realizarem uma série de atividades diversificadas, os relatos destas participantes continham indicações de que seus comportamentos não eram mantidos por reforçamento positivo, mas sim, por reforçamento negativo:

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 mesmo, mas se eu fizer desvantagem e vantagem vai ser pior eu largar, eu não ia fazer outra faculdade agora e emprego sem uma faculdade é mais difícil. (...) Quanto ao casal, também tá regular, porque a gente não tem nossa casa, é tudo mais difícil, ele ganha pouco, não ganha bem, então fica difícil ter que

depende dos outros. (...) É isso que eu digo, bom não tá, né. Então, o profissional eu já falei, o casal eu já falei, comigo mesma, está regular (sorri), acho que ninguém está satisfeito, sempre tem problema.(P1)

Acho que não, não, não estou satisfeita. Tudo podia ser diferente, eu queria que tudo fosse diferente, só que eu não sei te falar como nem o que. Não sei te falar, eu acho que é isso que me faz chorar sempre.(P6)

Estes relatos podem ser comparados com a citação de Sidman (1995) de que “‘Fazer o que queremos fazer’ indica a operação de reforçamento positivo; ‘fazer o que temos de fazer’ especifica contingência de reforçamento negativo” (p. 79).

Portanto como aponta Sidman (1995) o único benefício do reforçamento negativo é um sentimento de alívio, decorrente do fato de que alguma coisa que tinha que ser feita foi realizada, enquanto que o reforçamento positivo traz a sensação de satisfação.

De acordo com Ferster (1973) é muito difícil uma pessoa sobreviver quando seu repertório se limita a comportamentos que fazem cessar, reduzem ou previnem sensações aversivas (reforçamento negativo). Para o autor este tipo de situação, explica, em parte, o desenvolvimento de comportamentos depressivos.

Conforme foi visto anteriormente, muitos dos comportamentos dos participantes tinham a função de prevenir situações ou emoções aversivas, sendo caracterizados como esquiva experiencial. Supõe-se que esse tipo de funcionamento também estivesse relacionado com comportamentos depressivos e outros comportamentos observados nos participantes. Entre esses comportamentos estavam os comportamentos de queixar-se sobre os defeitos, assim como os comportamentos estereotipados e aqueles característicos de *skin picking*, do TOC, gastar e comer compulsivamente, e até, pentear o cabelo.

Ferster (1973) descreveu que as queixas são comportamentos bastante frequentes no repertório de pessoas deprimidas, porque mascaram, ou seja, evitam outras condições aversivas que produzam ansiedade. Segundo o autor, isto ocorreria devido à falta de comportamentos que poderiam ser positivamente reforçados. Da mesma maneira, este autor explica os comportamentos estereotipados, os quais chama de irracionais e insólitos, em que, provavelmente, também poderiam ser englobados os comportamentos de *skin picking*, gastar e comer compulsivamente e pentear o cabelo:

É possível que muitos desses atos repetitivos ocorram devido à ausência de outros elementos no repertório e ainda porque, o reforçamento desses atos simples, caso exista, é mais simples do que o de atividades sociais mais complexas. Aparentemente, não ser capaz de emitir qualquer comportamento, especialmente quando isto seria adequado, parece ser extremamente aversivo (Ferster, 1973, p.859).

Nos relatos dos participantes pode-se perceber esta relação apontada por Ferster (1973) entre a falta de atividades reforçadoras e o objetivo de diminuir a ansiedade experienciada com certos comportamentos:

Eu tinha acabado de passar pano na cozinha. Aí eu acabei o serviço, aí fui tomar banho, aí peguei e fui olhar no espelho, aí falei: “vou pentear o cabelo”, foi a hora que eu fiz isso daqui (picar a pele).(P5)

E ela quer assim, é uma insatisfação que eu não sei, até ela desenvolve nessa insatisfação aquela coisa compulsiva de gastar.(mãe de P6)

Conforme explica Ferster (1973) talvez não seja possível esclarecer se a Depressão foi originada pela ausência de comportamentos positivamente reforçados, ou se os comportamentos negativamente reforçados impediram o desenvolvimento de comportamentos prováveis de serem positivamente reforçados. O importante para esse autor seria notar a estreita relação entre os aspectos aversivos e positivos na vida de uma pessoa deprimida. Entre os participantes em geral, esta estreita relação também pode ser notada, já que seu funcionamento atual consistia na predominância do reforçamento negativo sobre o positivo:

Está deixando de fazer as coisas por causa disso. Então ela se deprime, ela chora, ela telefona chorando, porque ela fica, ela tem que estudar, aí ela não consegue, não tem tempo, aí ela tem que, aí ela fica ansiosa porque ela não consegue ter tempo suficiente, aí ela passa a comer, aí ela fica, aí interfere num outro fator: ela começa a comer, começa a se ver gorda, aí ela se acha horrível, aí ela não consegue se concentrar no estudo, sabe como que é o negócio? É um ciclo assim...(mãe de P6)

Até mesmo os comportamentos de irritabilidade, observados entre todos os participantes, poderiam ser relacionados ao funcionamento predominante por reforçamento negativo (Dougher & Hackbert, 1994). Além de poderem ter sido influenciados pela baixa quantidade de reforçamento positivo, os comportamentos de irritabilidade, segundo Ferster (1973) também implicam na perda de reforçadores sociais importantes, que é o que estava ocorrendo com alguns participantes (P4, P5 e P6) (ver quadro 7, coluna 4):

Ficam irritados, meu marido diz que raio de falação, fica trabalhando à noite, quer dormir e eu fico falando, isso aí irrita também e uma hora a pessoa também cansa, ele fala pra mim: “cuidado, quando você acordar pode ser tarde”.(marido de P5)

Como foi visto anteriormente, a falta de reforços sociais também pode influenciar no desenvolvimento de comportamentos depressivos. Não se pode deixar de lembrar o fato de que histórias de coerção também podem ter sido variáveis importantes no desenvolvimento do funcionamento por reforçamento negativo entre os participantes, como já foi citado. Segundo Dougher e Hackbert (1994) eventos relacionados com

extinção ou punição evocam comportamentos de esquiva que são mantidos por reforçamento negativo. No entanto, como nos seres humanos o comportamento verbal e regras estão em jogo, muitas vezes os comportamentos de esquiva continuam sendo mantidos mesmo na ausência de estímulos aversivos concretos. Como resultado, o indivíduo continua se esquivando de cada vez mais estímulos e não desenvolve comportamentos que possam ser positivamente reforçados, de modo que, o reforçamento positivo permanece baixo. Esta hipótese pode ser sustentada pelos comentários de Sidman (1995) sobre os efeitos maléficos da coerção, ao dizer que quando uma pessoa se desenvolve sob processos de reforçamento negativo e punição, ela acaba se comportando por esquiva em várias áreas de sua vida, isto é, o comportamento de esquiva estende-se cada vez mais, generalizando-se.

Um exemplo de como os comportamentos do TDC impediam o desenvolvimento de comportamentos, que poderiam ser positivamente reforçados, são as explicações dos participantes de que quando olhavam muito no espelho, isso os impedia de fazer outras atividades:

Depende do ângulo em que me vejo no espelho. Às vezes antes de sair do carro olho no retrovisor e penso: “não vou sair”.(P3)

Aí em vez de cuidar do serviço, eu fico lá, com aquilo lá (no espelho passando o pano), até dar um jeito de ver se melhora o rosto.(P5)

Entretanto, este último relato também pode indicar uma outra categoria de variáveis, que poderiam estar influenciando na manutenção dos comportamentos encontrados, a ser descrita no próximo tópico.

- Ganhos Secundários:

Ganhos Secundários podem ser entendidos como conseqüências que reforçam, seja positivamente ou negativamente, comportamentos que trazem também, algum tipo de dano ou prejuízo ao indivíduo. Por serem reforçadores, os ganhos secundários influenciam na manutenção de comportamentos, que, aparentemente, apenas causam danos aos indivíduos ou àqueles com quem convivem. Supõe-se que os comportamentos do TDC também deveriam ser mantidos por ganhos secundários.

Alguns participantes demonstraram mudanças em aspectos de suas vidas (ver quadro 7, coluna 2), após o início do transtorno, que foram hipotetizadas como sendo ganhos secundários, uma vez que poderiam estar reforçando os comportamentos apresentados.

A maior parte dos participantes (P1, P3, P4, P5, P6 e P7) recebia muitos cuidados e atenção de membros da família, que se mostravam bastante preocupados com os problemas advindos dos comportamentos do TDC:

Ela sabe que eu estou preocupado, ela vê né.(marido de P5)

Estes dados estão em concordância com as conclusões de Dougher e Hackbert (1994) de que comportamentos que causam sofrimento são, algumas vezes, positivamente reforçados pelo aumento da atenção social e simpatia.

Os familiares de P1, P4, P5, P6 e P7 levavam-nos a cirurgiões, dispunham-se a financiar seus tratamentos estéticos, compravam cremes, peruca e tudo mais que os participantes colocassem como condição para se sentirem melhor em relação aos *defeitos* em sua aparência:

O que pede eu dou né, o que ela quer eu compro pra ver se ajuda, mas não tem jeito.(marido de P5)

Aí ela reclama que, aí ela põe outras coisas, reclama que tem vontade de fazer ginástica, mas não tem dinheiro, às vezes eu até digo: “então faça ginástica, é isso que você quer”, eu acho que ela fica fazendo chantagem emocional comigo.(mãe de P6)

Os pais de P6, assim como ela própria, relataram ter noção de que, de certa forma, procuravam compensar a tristeza da filha, dando-lhe presentes, cobrindo suas contas, entre outras coisas:

E eu vou cobrindo essas coisas, nem posso falar, porque eu estou falando da minha filha, e eu compenso isso por trás, sem que o pai saiba, compensando né, eu vou cobrindo conta, vou cobrindo não sei o que pela insatisfação geral...(mãe de P6)

Ela quer compensar de alguma forma, de algum modo ela compensava, eu acho.(...) A minha tristeza, com certeza, com certeza ela não quer me ver triste.(P6)

P6 recebia atenção do pai que a levava para fazer uma atividade diferente daquela que a participante se recusava a fazer, devido às suas preocupações com a aparência:

E assim, nessas horas é engraçado que sempre o meu pai contorna a situação, é o meu pai que contorna, sempre, todos esses dias que eu não fui andar na praia eu saí com o meu pai, fui fazer alguma coisa...(P6)

P7 parecia receber ganhos secundários extras com suas preocupações, como de não ir para festas em família, que na verdade (segundo sua esposa) não lhe agradavam. Sua esposa não se aborrecia com sua esquivada de ir às festas, pelo contrário, aceitava sua decisão:

Fica tudo bem porque, se ele não se sente bem, não vai adiantar a gente sair, né, porque eu sou uma pessoa assim, eu faço a maior festa se eu estiver com ele, mas quando estou sozinha, não tem graça...(esposa de P7)

P4 e P5 deixaram de fazer várias de suas atividades com o agravamento das preocupações, o que também está relacionado com a perda do valor reforçador de atividades rotineiras e repetitivas, comentado no tópico anterior:

Quer dizer, eu estou limpando a casa, eu estou cozinhando, e outras coisas mais...(marido de P4)

Sugere-se que P4 apresente ainda mais evidências de que muitos dos seus comportamentos são amplamente mantidos por ganhos secundários, por apresentar além dos comportamentos do TDC, comportamentos típicos da Hipocondria:

Não foi o médico porque é uma doença tão rara, que, aos poucos, eu fui descobrindo. Daí o calor e o frio demais, todo tipo de agressão na pele já...(P4)

Sidman (1995) relacionou os comportamentos de Hipocondria com contingências aversivas, com a baixa quantidade de reforçadores positivos e com os ganhos secundários:

Hipocondria, freqüentemente aprendida cedo na vida, desde há muito tempo tem sido reconhecida como uma maneira de se evadir de punição ou de simplesmente se proteger da desagradabilidade. Doença é presumivelmente incontrolável, assim a comunidade aceita-a como uma desculpa legítima para tratamento especial (p. 189).

Portanto, cogita-se que os comportamentos típicos da Hipocondria apresentados por P4 eram, provavelmente, mantidos e até originados por contingências semelhantes àquelas que mantinham os comportamentos do TDC. Outra semelhança que pode ser ressaltada é a ênfase em estímulos discriminativos específicos, que, no caso da Hipocondria, ao invés de ser em relação à aparência, se dava em relação à saúde do corpo.

Um raciocínio semelhante poderia ser feito no caso de P5. Antes de desenvolver os comportamentos do TDC, esta participante apresentava comportamentos típicos do TOC, em relação à limpeza da casa. Como já foi comentado, muitos dos comportamentos do TOC são mantidos por reforçamento negativo, falta de reforçamento positivo e funcionando por esquiva experiencial, conforme foi demonstrado em alguns estudos (Hayes et al., 1996; Friman, Hayes & Wilson, 1998). Uma vez que, tanto os comportamentos do TOC, como do TDC podem ter a mesma função, a mudança de um tipo de transtorno para outro, ocorrida em P5, poderia ser considerada uma substituição de sintomas:

Não fico o dia inteiro não. De primeiro sempre eu ficava, entende, eu achava uma coisinha pra fazer, eu ia mexendo com uma coisa, mexendo com outra, agora, depois que eu peguei esse problema, esse negócio aí, eu não vejo a hora que eu faço aquilo pra mim...

porque é fazendo e falando, fazendo o serviço e falando. E tem uma hora que cansa de falar e desgasta sabe, quer ficar quieta. Aí deito, não fico quieta num lugar, mas estou falando.(P5)

Segundo Zamignani (2000):

...se outras variáveis mantenedoras da resposta, assim como aquelas responsáveis pela ansiedade não forem alteradas, o comportamento pode voltar a ocorrer, às vezes com outra topografia- fenômeno conhecido pela literatura como substituição de sintoma. O problema pode ter ocorrido porque a alteração se deu apenas na topografia da resposta, e não na sua função.(p.263)

Dougher e Hackbert (1994) chegaram a comentar sobre as funções de comportamentos de irritabilidade de reduzir a estimulação aversiva dada por outras pessoas, pelo menos inicialmente. Com o tempo, devido as suas características aversivas, estes comportamentos passariam a ser evitados por outras pessoas (Ferster, 1973; Dougher & Hackbert, 1994). Este pareceu ser o tipo de conseqüências (tanto iniciais, como posteriores) que alguns participantes (P4, P5, P6) recebiam de seus familiares e amigos (ver quadro 7, coluna 4):

...a maioria das vezes, como as pessoas já estão acostumadas com esse meu ritual, ninguém jamais alivia, sabe, antes até falavam: “onde você está P6, você está super bem”, eu escuto isso também, mas assim, como o povo já está cansado de ouvir eu reclamar, todo mundo já fala, por exemplo, quando eu falei que eu queria fazer lipo, agora de novo, a primeira coisa que a minha tia falou foi: “isso, faz mesmo, faz estraga o seu corpo, não sei o que”, já vai pra esse lado assim, a minha mãe, até que é mais, tadinha eu fico com dó, aí vem aquela história de que eu trato ela de um jeito que eu não queria tratar, que eu não queria ser às vezes assim com ela. Ela até fala: “filha, vamos não sei o que”, mas as outras pessoas não, já, sei lá, amigas também, falam: “P6 pelo amor de Deus!”, sabe já não, não sei eu acho que queria que as pessoas entendessem mais.(P6)

Esta hipótese, de que ganhos secundários também podem contribuir para a manutenção de comportamentos do TDC, já havia sido levantada por alguns estudos anteriores (Braddock, 1982; Sturmey & Slade, 1986).

- Influências Culturais:

Como foi citado, os participantes tiveram influências culturais em relação a aspectos da aparência, durante a infância, que provavelmente atuaram no desenvolvimento de comportamentos típicos do TDC. No entanto, ainda não foram destacadas as influências culturais atuais que poderiam estar contribuindo para a manutenção destes comportamentos.

Apenas a cultura de uma forma geral, com a valorização cada vez mais acentuada da aparência, já seria uma variável importante para todos os participantes. Entretanto, também foi possível levantar variáveis culturais específicas (ver quadro 5, coluna 2) no contexto de vida particular de alguns deles (P2, P4, P5, P6 e P7), que provavelmente tinham participação na manutenção dos comportamentos do TDC.

Alguns participantes destacaram como a preocupação com aspectos da aparência permeava o contexto em que viviam:

As meninas que eu moro, o pessoal da faculdade, tanto que todo mundo vive em constante regime, quer virar rato de academia pra emagrecer, milhões já colocaram silicone, já fizeram lipoaspiração, tem uma amiga minha que não tem nada que é dela, fez plástica no nariz, pôs silicone, fez lipo na barriga e bumbum, assim vive em constante, teve uma outra amiga minha que teve anorexia...(P6).

Vários autores na área do TDC (Birtchenell, 1988; Rosen, 1997; Petribú & Oliveira, 1999; Figueira et al., 1999) ressaltaram as influências culturais como extremamente importantes para o desenvolvimento do transtorno. Phillips e Diaz (1997) chegaram a concluir, em um estudo sobre as diferenças de gênero no TDC, que as diferentes preocupações sobre partes do corpo específicas entre homens e mulheres, deve-se a valores e normas culturais. Esta idéia pode ser relacionada às discussões de Pessoti (1999) de que as mudanças sócio-culturais alterariam não apenas as incidências de um ou outro transtorno, mas também os conteúdos do delírio e sofrimento do paciente.

Dessa maneira não se pode deixar de considerar o momento histórico e os valores culturais vigentes em que se encontravam os participantes. Apesar de existirem outros fatores que, provavelmente, influenciaram o desenvolvimento dos comportamentos, os valores atuais, com o culto acentuado à beleza, certamente tinham destaque entre os participantes. Pessoti (1999) argumentou como em determinados momentos históricos há a preponderância de um fator causal sobre outros.

Entre os analistas do comportamento a influência da cultura também tem grande importância, como argumenta Andery (1999):

A análise experimental do comportamento, assim, pode continuar, e deve, sendo compreendida como aquele campo do saber que se ocupa de compreender comportamento dos indivíduos, mas não o fará se não considerar a cultura, se não considerar os efeitos das práticas culturais sobre o grupo como parâmetro para considerá-las em relação aos indivíduos (p. 205).

De acordo com Skinner (1990) o comportamento do indivíduo, como um todo, seria produto de três tipos de variação e seleção, que corresponderiam às contingências

filogenéticas, ontogenéticas e culturais. As primeiras corresponderiam à seleção natural, que seria responsável pela evolução das espécies e conseqüentemente por comportamentos característicos delas. As contingências ontogenéticas seriam todas aquelas que atuariam ao longo da vida de um organismo, fazendo parte da história particular, contribuindo para o desenvolvimento de comportamentos específicos. As últimas seriam as influências de uma determinada cultura no desenvolvimento de comportamentos.

Os comportamentos típicos do TDC, assim como todos os demais comportamentos, poderiam ser explicados nesses três níveis. A aparência do corpo humano seria fruto das contingências filogenéticas. A beleza seria determinada pelas preferências de uma determinada cultura. Assim, uma dada cultura é que determinaria para seus membros a qual ideal de beleza almejar. Cada indivíduo, que se encaixasse nos padrões de beleza, representaria um estímulo discriminativo para que os demais se comportassem para atingir esse padrão.

Entretanto, a cultura acaba sendo mais importante do que a seleção natural e a luta pela sobrevivência. Castilho (2001) analisou que conforme a sobrevivência da espécie torna-se uma preocupação cada vez menos saliente, a sociedade acaba adotando ideais de forma e peso que podem ser incompatíveis com a biologia do ser humano. Skinner (1953/2000) explica que em espécies mais aptas a adquirirem rapidamente novos repertórios em um dado ambiente, como é o caso da espécie humana, o condicionamento operante não apenas suplementa a seleção natural, mas a substitui, podendo levar, inclusive, a comportamentos não adaptativos. Isto é o que tem sido visto com o aumento dos transtornos relacionados à preocupação com a aparência, entre eles a Anorexia, a Bulimia e o TDC.

Características Particulares dos Participantes: Contextos Específicos

Nos tópicos anteriores foram levantadas variáveis semelhantes, na história de vida dos participantes, que provavelmente tenham contribuído para a origem e manutenção dos comportamentos descritos. Vários processos comportamentais em comum foram encontrados entre os participantes, como: a educação pautada na coerção e na falta de reforçamento positivo; a forte ênfase em estímulos discriminativos em função da atuação de operações estabeledoras; funcionamento atual predominante por reforçamento negativo e esquiva experiencial; presença de influências culturais passadas e presentes, entre outros.

Entretanto, cada um dos participantes teve, em sua própria história, contato com diferentes situações, que também comporiam o conjunto de variáveis que influenciaram os comportamentos do TDC. Sem a consideração dessas variáveis, a análise do desenvolvimento dos comportamentos entre os participantes ficaria incompleta.

Dougher e Hackbert (1994) destacaram que para se entender o comportamento depressivo em um indivíduo em particular, obviamente, seria preciso se fazer uma análise funcional dos comportamentos individuais em relação com os contextos específicos em que ocorrem. Presume-se que o mesmo seria preciso para se entender os comportamentos do TDC em cada participante.

Neste tópico serão enfatizadas algumas diferenças individuais dos participantes, respondendo à necessidade de se considerar cada caso como único, conforme a orientação de diversos autores da Análise do Comportamento (Kanfer & Saslow, 1973; Skinner apud De Rose, 1982; Ferster, 1972 apud Martinelli, 1997; Andery, 1999).

Apesar de não ter sido possível, com tão poucas entrevistas, levantar todas as variáveis que tiveram contribuição no desenvolvimento dos comportamentos, limitação apontada por Meyer (2001) como uma das dificuldades em se conduzir a análise funcional completa no ambiente terapêutico, serão descritas aquelas que mais chamaram a atenção na história de cada participante e que provavelmente tenham alguma relação com os comportamentos do TDC. A coleta de dados não foi feita em ambiente terapêutico, mas buscou-se, nesta pesquisa, artificializar o menos possível a coleta, tentando aproximá-la do contexto clínico.

- P1:

A mãe da participante se referiu ao acidente em que P1 bateu em um poste, quando tinha 9 anos de idade, como uma catástrofe em sua vida:

No que ela foi de rosto ela quebrou os dentes da frente, quebrou, desfacelou o nariz dela, eu nunca vi uma coisa igual, ficou extremamente inchado e quebrou o nariz. (mãe de P1)

O curioso é que o pai da participante se referiu ao mesmo acidente como apenas um acontecimento comum de criança, em que o nariz da filha teria sangrado um pouco na hora, mas não teria tido nenhuma consequência estética posterior:

Não, por fora deve ter na hora saído sangue um pouquinho, mas não era uma coisa assim desesperadora. Foi uma batida de criança num postinho lá (...) O nariz dela ficou, depois de desinchado, ficou normal, praticamente, o problema foi que afetou meio por

dentro, deslocou os osso aqui, com isso ela pediu para fazer uma operação para corrigir o defeito técnico, não o estético, o técnico só.(pai de P1)

Quando P1 foi levada ao hospital, no dia do acidente, na hora em que ia ser realizada a cirurgia para corrigir a fratura, o seguro dos pais não cobria, então, o médico lhes disse que a cirurgia poderia ser feita quando ela completasse 18 anos. Nesse intervalo entre o acidente e a maioridade, a participante tinha a voz fanhosa, pois teria tido conseqüências de desvio de septo. Logo que fez 18 anos, a mãe a levou ao médico, que disse que além de corrigir o aspecto funcional, iria corrigir a estética. A mãe concordou, apesar de dizer que a filha gostava do seu nariz como estava. Logo depois da cirurgia, quando viu seu nariz, P1 se desesperou, dizendo que estava sem nariz. A partir de então, P1 foi passando por uma série de cirurgias, em que ela e a mãe acreditavam que foi uma seqüência de erros médicos. O pai não via necessidade em se fazer muitas delas, mas acabava concordando com as duas, que insistiam que era preciso.

A mãe da participante falava sobre a aparência da filha de modo bastante crítico, usando palavras fortes para se referir aos *defeitos* com que P1 se preocupava:

...ela combinou com o médico de tirar os pêlos pela raiz por dentro e esse médico deixou uma cicatriz nela aqui parecendo de desastre, ficou com um corte no queixo aqui horrroso, aí foi o Dr. (nome do cirurgião plástico) que corrigiu um pouco, conseguiu disfarçar um pouco o corte, mas até hoje você percebe que ela tem uma cicatriz no queixo que não é uma coisa normal. Então, o rosto dela foi assim, fugiu muito do original, e ela sabe disso.(...) Olha, a P1 olhando de perto, realmente ela tem bastante pêlo, por isso eu acho que em parte ela tem razão de não se sentir feliz com aquele excesso de pêlo. E aquela cicatriz no queixo também, eu tenho até dó dela. (mãe de P1)

Portanto, a mãe de P1, diferentemente de outros familiares dos demais participantes, não apenas concordava com os *defeitos* apontados pela filha, mas também se referia a outros *defeitos* que nem mesmo P1 havia citado, como de que era corcundinha (*SIC*), de que tinha outra cicatriz horrrosa (*SIC*) na sobrancelha, entre outros.

Pessoas com TDC buscam um ideal de beleza não atingível, impossível, até porque qualquer pessoa possui algum *defeito*. Porém, neste caso, além da participante evidenciar essa busca, sua mãe também o fazia.

Alguns autores (Josephson & Hollander, 1997; Atiullah & Phillips, 2001; Tung, 2001) apontaram para uma variante do TDC denominada “por procuração” que seria a obsessão pela aparência de uma pessoa mais próxima, como um filho por exemplo. Destacaram os sentimentos de culpa sentidos pelos pais, em relação aos *defeitos* dos filhos, e o grande sofrimento que isso lhes causava, vindo a terem prejuízos em áreas de funcionamento. Apesar da mãe de P1 ter chegado a relatar que se sentia culpada pelos

problemas da filha em relação à aparência, ela não demonstrava grande sofrimento e nem prejuízo em áreas de funcionamento de sua vida. Assim, talvez não se possa considerar que a mãe de P1 se enquadre nessa variante do TDC, mas não se pode ignorar o fato de que suas preocupações com aspectos da aparência da filha, assim como sua prontidão para levá-la a tantos cirurgias diferentes, possa ter sido uma variável importante no desenvolvimento dos comportamentos de P1 em relação a sua aparência. Os apontamentos e comportamentos da mãe em relação à aparência de P1, provavelmente, também influenciaram para que os aspectos da aparência fossem se tornando estímulos discriminativos para a participante.

- P2:

O participante era de origem nipônica e seus pais visavam manter as tradições culturais em que o homem tem que ser trabalhador, responsável e bem sucedido. A mãe, desde o início, não queria ter filhos homens e deixava isso bem claro para o próprio filho. Achava que P2 não seguia esses deveres, que era um marginal, que usava drogas, que andava em más companhias. Ela o proibia de sair a não ser para ir à escola. Chegou a interná-lo duas vezes em um hospício, uma quando tinha 13 anos e outra com 17, depois de episódios de discussões entre mãe e filho, em que ele se exaltou e acabou quebrando coisas.

Segundo a irmã, P2 era muito responsável, tirava as melhores notas da classe, mas sua mãe ainda o acusava de ser uma má pessoa. Então, durante a adolescência ele começou a se rebelar contra a mãe, sair e conhecer novas pessoas.

De acordo com a irmã, ele se envolveu com más companhias e acabou sendo preso há uns três anos atrás, por fazer compras em um supermercado com um cheque falsificado.

Durante a época das entrevistas a mãe de P2 o via como um marginal, trancando a porta do quarto quando ele ia em sua casa, com medo que pegasse algo de valor.

Na última entrevista realizada, P2 relatou ter tendências bissexuais. No estudo de Olivardia, Pope e Hudson (2000) 21% dos homens com Dismorfia Muscular eram homossexuais. No entanto, este dado pode estar enviesado porque todos os participantes deste estudo foram selecionados em dois ginásios em que havia predominantemente membros *gays*.

Esses fatores apontam para variáveis a mais a serem consideradas na história específica de P2 que podem ter contribuído para o desenvolvimento das preocupações com a aparência, conforme supõe sua irmã:

Ah, então eu acho que como ele tem um trauma de muito pequeno assim, então eu acho que pra poder se sentir um pouco mais valorizado, não sei, ele tenta se cuidar em relação à aparência, pra poder ter uma espécie de recompensa, que as pessoas falem: “ah que legal!”, ou “eu estou me sentindo bem porque a aparência vai refletir um pouco meu interior”, alguma coisa nesse sentido, ele deve achar, é bem profundo assim.(irmã de P2)

Apesar de ser difícil definir exatamente de que maneira essas variáveis poderiam estar influenciando o desenvolvimento dos comportamentos do TDC em P2, elas não podem ser ignoradas.

- P3:

Este participante apresentou algumas auto-regras de que as pessoas não eram confiáveis e por isso preferia ficar sozinho:

Eu fico na minha, até hoje. Eu procuro a descrição, sou bem discreto. Evito muito problema sendo assim, pois a convivência com o ser humano é complicada... Quanto mais a gente se expõe, pior é. Não é bom se expor para os outros, por isso ficando na minha evito uma série de problemas.(P3)

Outro tipo de regra, relatada pelo participante, foi de que as pessoas o teriam influenciado negativamente para que realizasse a cirurgia para tirar a verruga, que acarretou em todos os problemas pelos quais estava passando:

Me pegaram mesmo, dessa vez não teve jeito. Eu acredito nesse negócio de energia negativa, eu acho que nada acontece por acaso, que as coisas só dão errado quando estamos fracos, então eu associo tudo, alguém me sugeriu a cirurgia, minha mãe aceitou marcar com um médico, eu fui em apenas um médico que nem conhecia, foi tudo uma cadeia que caminhou para chegar nisso, ela deu certo porque eu estava fraco. Me pegaram vulnerável, senão tudo não tinha acontecido, eu não teria feito a cirurgia.(P3)

A mãe de P3 contou que os primos dele, aqueles mesmos com que o participante era comparado quando criança, que eram considerados mais bonitos que ele, o traíram em relação a negócios deixados pelo avô. Ela acredita que ele perdeu a confiança nas pessoas por causa disso:

E o P3 tem muito medo assim das pessoas, que as pessoas, não sei, que tenham inveja e ele tem medo de que façam mal pra ele.(mãe de P3).

Apesar de não ser possível, com os poucos dados coletados, entender se realmente este acontecimento teria influenciado P3 a se isolar das pessoas, suas auto-regras sobre o quanto as pessoas podem prejudicá-lo, provavelmente, tinham grande influência em seus comportamentos de esquiwa, especialmente social.

- P4:

A mãe de P4 teve uma história bastante complicada, pois trabalhava na padaria do irmão e cada vez que errava o formato de uma bolachinha, apanhava nas mãos, que ficaram marcadas. Os comentários de P4 indicaram que sua mãe, provavelmente, também tinha comportamentos típicos do TOC. Na época das entrevistas, ela estava com problemas mentais, tomando medicações bastante fortes.

Desde quando P4 se casou, sua mãe veio morar com ela e o marido. Antes de ter problemas de saúde, a mãe não deixava que P4, nem o marido, fossem ao supermercado ou fizessem comida, assumindo toda a responsabilidade por essas tarefas domésticas. Segundo o marido de P4, ela e a mãe se davam muito mal, pois a mãe era extremamente autoritária, mesmo depois que havia ficado doente:

A mãe: “você cala a sua boca senão eu meto a mão na sua cara”. Até hoje, às vezes dá umas crises e ela fala, não consegue nem sair do lugar. Mas duas vezes eu tive que tirar a faca da mão dela, da mãe, e ela em cima (de P4) e eu no meio.(marido de P4)

É importante destacar as possíveis influências até biológicas neste caso específico, que, no entanto, não caberiam serem discutidas nesse momento. Além disso, destaca-se a relação entre mãe e filha, mantida por coerção durante toda a vida da participante, assim como o fato dela não ter desenvolvido comportamentos de lidar com a casa, de cuidar do marido, que no momento em que foram requeridos, ela se “negou” a desenvolver, “criando” doenças e problemas com a aparência para se esquivar dessas novas responsabilidades. Essas afirmações são hipóteses que carecem de comprovações, pois os dados coletados em relação a isso foram mínimos e, assim, insuficientes para se chegar a alguma conclusão de como estas variáveis influenciaram os comportamentos de P4.

- P5:

P5 era a mais velha de todos os irmãos. Ela dizia ter muito medo de envelhecer. Fez diversos comentários de como seu pai aparentava ser bem mais novo do que realmente era, assim como, de que parecia ser mais novo que a mãe dela, apesar da mãe ser mais nova que ele:

Mas não fica mesmo, pela idade dele (o pai), a turma dá uns 50 pra ele, uns 40, ele tá bem jovem. E a minha mãe coitada, ela é tão enrugada...(P5).

P5 dizia se preocupar que as pessoas viessem a comentar que ela também parecesse mais velha que o marido (o marido era 4 anos mais velho que P5), pois, assim como sua mãe, ela tinha a pele mais clara que o marido.

O marido de P5 disse que ela tinha bastante ciúme dele em relação a outras mulheres:

...por exemplo, quando eu tenho que comprar ração ela fala pra eu não ir lá numa loja e ir em outra mais longe, porque na que ela não quer que eu vou tem uma mulher lá, e eu não vou, eu procuro não causar problema.(marido de P5)

Os comentários que ouvia em relação à idade do pai, as comparações que fazia da diferença entre ele e a mãe dela e entre ela e o marido, assim como o ciúme que sentia, poderiam ser variáveis a mais, que influenciavam os comportamentos de P5 e suas preocupações com a aparência.

- P6:

Em suas entrevistas, P6 dizia sentir uma grande admiração pelo pai. Além disso, tanto ela, como ambos os pais, disseram que ela se parecia muito com ele em relação a características pessoais:

Assim, eu sou louca, maluca, enlouquecida, pelo meu pai. Uma coisa, eu acho, o meu pai, nós somos assim, a gente faz aniversário no mesmo dia, pensa do mesmo jeito, tem a mesma personalidadezinha, o mesmo jeitinho, então, com o meu pai eu sempre fui muito...(P6)

A participante também relatou que achava que seu pai esperava muito dela, considerando-a mais forte do que realmente é, e isso fazia com que ela se sentisse pressionada para corresponder às suas expectativas:

Eu fico até com medo da reação dele, não de que ele vá fazer alguma coisa, mas medo de decepcionar.(...) É, eu até prefiro que ele ache que eu sou mais forte, assim.(P6)

Estas questões demonstram a grande exigência do pai em relação a P6, que poderia estar influenciando suas reações de ansiedade, pois possivelmente tinha seus comportamentos sob controle coercitivo.

Outro ponto importante a ser destacado em P6 eram suas exigências em relação à aparência de sua mãe:

... e ela implica mais comigo, ela não quer me ver feia, do mesmo jeito que ela está exigente com ela, ela está exigente comigo, isso também está me preocupando porque ela está assim, numa neurose, numa...em cima de mim, porque eu também não entendo: “você vai emagrecer, porque senão você vai ficar feia, porque se você pensa que homem” (...) ela não quer que eu fique velha, eu digo: “filha, a mãe tá ficando velha”, ela quer que eu tiro os óculos, ponho a lente, então ela está assim, acho que tá tanto em cima dela que ela tá puxando pra mim.(mãe de P6)

A própria participante contou que exige da mãe que ela cuide da aparência, justificando:

Porque eu acho que a mulher tem que ser vaidosa. Eu acho que, ainda mais a minha mãe que é casada, eu acho que homem gosta de vaidade, não só pelo meu pai né, mas por ela também.(P6)

Estas preocupações de P6 com a aparência de sua mãe estão de acordo com o TDC “por procuração”, anteriormente descrito, pois nos casos citados na literatura (Josephson & Hollander, 1997; Atiullah & Phillips, 2001) os pacientes tinham tido, inicialmente, o TDC em relação a eles mesmos, que se estendeu para obsessões com a aparência de outras pessoas próximas. Portanto, provavelmente, P6 estava desenvolvendo comportamentos mais frequentes e intensos, vindo a prejudicar não apenas a ela, mas à sua família também.

- P7:

Um fator importante a ser destacado no caso de P7 é que sua família (esposa e filhos) contava a ele que os outros apontavam seu nariz. Uma preocupação descrita por P7 era de que considerava sua esposa muito mais bonita que ele e que isso era notado e comentado pelos outros, o que o impedia de sair com ela. A esposa de P7 confirmou essa preocupação do marido e ainda disse perceber a mesma reação nas pessoas:

...eu nunca saí com ele a algum lugar, nem em nenhuma lanchonete, se você me perguntar, nunca nós saímos juntos. (...) Porque ele acha que ele é muito inferior a mim, ele acha que ele é muito mais feio do que eu, sabe que eu tenho mais aparência e ele não, e eu sempre falo que nada a ver, que nós dois nos merecemos, que somos iguais, que não tem nada demais, mas ele não concorda, ele acaba ficando assim, meio fechado pra ele, ele não sai, esses problemas, e aí eu tenho visto que quando a gente às vezes está junto, tem aquelas pessoas que olham nele, olham em mim, eu já percebi, mas eu faço...(...) Já, eu faço assim de tudo pra que ele não perceba o que as pessoas estão dizendo assim com os olhares né, mas não tem jeito né, ele percebe, ele..., então ele prefere não sair comigo. (esposa de P7).

Tanto o participante, como a esposa, disse que ele tinha um ciúme doentio (*SIC*) por ela, logo que se casaram, que também pode ter alguma relação com suas preocupações.

Como já foi dito, o nariz de P7 tinha apenas a ponta um pouco mais fina, mas não era fora do normal. Assim, pode ser que os apontamentos da esposa e dos filhos, de que os outros percebiam o *defeito* de P7, tenham também contribuído para que ele enfatizasse suas preocupações. É difícil saber se a família prestou atenção nisso influenciada pelas preocupações de P7 ou vice-versa, o que fica evidente é que esta deve ser uma variável específica a se considerar em seu caso.

Outro fator a ser destacado é o fato de P7 ter sido internado num hospital psiquiátrico depois de ter tido uma crise, quando trabalhava em um necrotério, o que, segundo ele, lhe fazia muito mal. O seu “surto psicótico” durou alguns meses, o que indica que também poderia haver influências biológicas em operação. No entanto, este também pode ter sido um comportamento com função de esquiva, pois após o surto ele saiu do emprego, do qual dizia não estar mais agüentando. Na época, segundo a esposa, ele não podia sair do serviço porque eles não tinham condições de se manter e ele não arrumava outro emprego. O “surto psicótico” pode ter sido a única saída, para que P7 fugisse daquela situação aversiva. Infelizmente, ficaram algumas lacunas para se entender as relações entre esse episódio e os comportamentos do TDC.

Como já foi dito, essas são hipóteses que não puderam ser comprovadas. No entanto, elas estiveram presentes na história particular de cada participante, tendo assim, provavelmente, participação no desenvolvimento de seus comportamentos.

Portanto, sugere-se que foi o conjunto das diferentes variáveis descritas que influenciou os comportamentos de cada participante.

Ferster (1973) já havia demonstrado raciocínio semelhante ao dizer que não haveria uma única causa ou um único processo psicológico subjacente para a Depressão, porque os comportamentos depressivos seriam um subproduto de inúmeros processos psicológicos. Cogita-se que o mesmo raciocínio poderia ser aplicado para se entender os comportamentos do TDC entre os participantes.

Esta idéia está também de acordo com alguns autores (Phillips, 1991; Figueira et al., 1993) da área do TDC que defendem que o transtorno tenha diversas etiologias, tornando uma explicação unitária altamente improvável.

Veale et al. (1996) propuseram que pacientes com TDC desenvolvem o transtorno a partir de uma confluência de predisposições biológicas, experiências de infância e fatores culturais. No estudo presente, apenas não foram considerados os fatores biológicos, os demais foram descritos e analisados, entre os participantes. A não discussão dos fatores biológicos não implica na consideração de que eles não seriam variáveis importantes, mas apenas, de que seu entendimento não caberia a uma análise comportamental.

CONCLUSÕES

Várias características do TDC, apontadas na literatura, foram encontradas entre os participantes, como: as preocupações excessivas com partes específicas do corpo, o início e duração dos sintomas (ou comportamentos), o sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social e/ou ocupacional, entre outras.

Entre os comportamentos apresentados pelos participantes estavam aqueles relacionados às preocupações com a aparência, que foram considerados como típicos do TDC; comportamentos comuns a outros transtornos e comportamentos característicos de traços de personalidade, entendidos como padrões comportamentais.

Todos os comportamentos descritos foram citados na literatura da área como comuns em pessoas com TDC. Embora a maioria deles houvesse sido prevista, anteriormente, no levantamento bibliográfico, outros, como os comportamentos de irritabilidade e agressividade, foram descobertos durante as entrevistas. Entretanto, todos eles foram, posteriormente, encontrados na literatura como prováveis em indivíduos com TDC.

Alguns dos comportamentos relatados pelos participantes e citados por seus familiares também puderam ser observados durante as entrevistas, como: perguntar sobre o *defeito*, tentar camuflar o *defeito* e comportamentos estereotipados (como passar a mão sobre o *defeito*).

Portanto, sob a perspectiva das classificações psiquiátricas, levando-se em conta apenas a descrição dos comportamentos encontrados, inicialmente, todos os participantes poderiam ser classificados dentro do TDC.

Entretanto, além da descrição das classes de resposta, foram identificados alguns processos (ou conceitos) comportamentais básicos, através de uma análise conceitual dos dados. Esta análise conceitual foi baseada na avaliação comportamental. Em primeiro lugar, procurou não se falar em sintomas do TDC, nem em causas subjacentes, mas em comportamentos e padrões de comportamentos relacionando-os a um conjunto de condições ambientais.

Buscou-se entender o desenvolvimento, o funcionamento e o contexto em que ocorriam os comportamentos dos participantes a partir de diversas variáveis que estariam atuando em conjunto, ou seja, a partir de relações entre eventos ou variáveis. Assim, supõe-se que todos os eventos citados possam ser considerados como variáveis que contribuíram para o desenvolvimento e manutenção dos comportamentos descritos.

Com a análise funcional dos comportamentos dos participantes pôde-se chegar à incidência (em medidas e combinações distintas) de uma série de variáveis relevantes. Assim, para cada um dos participantes estas variáveis atuavam de modo diferente, isto é, nem todas elas estariam presentes ou teriam a mesma importância.

É por isso, que a falta de oportunidades em desenvolver comportamentos socialmente habilidosos, durante a infância, pode ter tido maior peso no desenvolvimento e, principalmente, na manutenção de comportamentos de Depressão e típicos do TDC, para aqueles participantes que continuaram com baixo repertório social, do que para aqueles que desenvolveram comportamentos possíveis de serem reforçados socialmente.

Pessoas que se preocupavam com aparência ou emitiam comportamentos de perfeccionismo, podendo ter servido como modelos, também não estiveram presentes, durante a infância de todos os participantes, vindo a constituir o conjunto de variáveis que, provavelmente, influenciaram o desenvolvimento desses comportamentos, apenas para alguns deles.

Outros exemplos são os ganhos secundários que pareciam mais evidentes, na manutenção dos comportamentos, entre alguns participantes do que entre outros.

Foram identificadas, entre todos os participantes, algumas experiências comuns de infância, como a educação pautada na coerção e na falta de reforçamento positivo, que provavelmente, influenciaram o desenvolvimento não apenas de comportamentos do TDC, mas também de outros comportamentos descritos.

Processos comportamentais, como a ênfase em estímulos discriminativos, a predominância do reforço negativo e a falta de reforçamento positivo pareceram estar contribuindo na manutenção de comportamentos do TDC, assim como de comportamentos comuns a outros transtornos, também em todos os participantes.

Portanto, apesar das peculiaridades de cada participante, identificou-se semelhanças nos processos de desenvolvimento de seus comportamentos, assim como nos processos de funcionamento atual.

Além disso, processos funcionais semelhantes pareceram dar origem a comportamentos topograficamente diferentes, pois foram identificados comportamentos típicos do TDC, do TOC, da Depressão, de Transtornos Delirantes e até Hipocondria. Estas análises encontram fundamento no modelo funcional dimensional em que comportamentos devem ser organizados em processos que os tenham produzido e mantido, independentemente de suas diferentes topografias.

Os comportamentos descritos puderam ser entendidos através do conceito de esquiva experiencial, sendo identificada entre os participantes a não aceitação e esquiva de experiências privadas, assim como, estratégias de esquiva inefetivas. Eles se esquivavam de estímulos privados como a ansiedade, pensamentos sobre a 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, o que agravava o quadro, pois os impedia de desenvolver comportamentos que poderiam ser positivamente reforçados, gerando mais conseqüências prejudiciais, como o isolamento social, comportamentos depressivos, entre outras.

Assim, hipotetizou-se que o funcionamento predominante entre todos os participantes era por reforçamento negativo, concomitantemente à falta de reforçamento positivo. Também foi levantada uma série de estímulos discriminativos físicos e sociais, entre os participantes, diante dos quais ocorriam os comportamentos típicos do TDC.

Os dados indicaram que, provavelmente, todos os comportamentos característicos de um ou mais transtornos, observados em um mesmo participante, foram desenvolvidos e mantidos a partir das relações funcionais que se estabeleceram ao longo de sua vida. Por isso, ao invés de se concentrar em buscar causas para o TDC em outros transtornos, ou vice-versa, este estudo procurou entender justamente estas relações funcionais.

Ao invés de se determinar qual dos transtornos surgiu primeiro, ou qual deles era o principal, buscou-se descobrir as relações entre os comportamentos característicos destes transtornos e o processo comum de desenvolvimento e manutenção desses comportamentos. Nesse sentido, o método da análise funcional pôde contribuir para o estudo das relações entre os comportamentos do TDC e de outros transtornos entre os participantes.

Isto também poderia responder àquelas questões levantadas sobre o grau de relacionamento entre os sintomas do TDC e os traços de personalidade encontrados entre indivíduos com TDC: não importa o que veio primeiro, pois sendo também comportamentos, os traços de personalidade foram desenvolvidos da mesma forma como o foram os comportamentos típicos do TDC. Através da análise da história de vida e das relações funcionais atuais, entre os participantes e o meio, pôde-se entender porque tanto os comportamentos característicos do TDC, assim como padrões de comportamento, conhecidos como traços de personalidade, se desenvolveram e continuaram sendo mantidos. A história de vida foi vista como influenciando o processo de desenvolvimento

dos comportamentos. Assim, não haveria espaço para explicações de acordo com traços de personalidade.

Neste estudo o TDC foi compreendido como classes de respostas selecionadas e desenvolvidas ao longo das histórias de vida dos participantes, a partir de suas interações com o meio.

Nem todos os participantes apresentaram todos os comportamentos descritos. Além disso, eles diferiram entre si quanto aos prejuízos no funcionamento, assim como, na frequência e intensidade dos comportamentos.

A perspectiva do desenvolvimento contínuo de comportamentos, relacionada à piora dos comportamentos inadequados e ao surgimento de comportamentos característicos de outros transtornos, assim como, a transformação de um transtorno no outro (por exemplo na substituição de sintomas), justifica um modelo dimensional de classificação, como é o caso da esquiva experiencial utilizada para entender os comportamentos dos participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além do levantamento de variáveis particulares de cada caso, buscou-se identificar processos funcionais semelhantes entre os participantes, diante da necessidade em ciência de não se ignorar explicações econômicas (Bachrach, 1974) e de se fazer generalizações. Também se levou em conta a argumentação de Hayes et al. (1996) de que uma análise funcional clássica de cada participante, seria limitadora, pois não possibilitaria a construção de métodos de avaliação e recomendações de tratamento, possibilitados por um modelo funcional dimensional.

Entretanto, este estudo teve algumas limitações. Em primeiro lugar, os dados colhidos basearam-se apenas no relato dos participantes e de seus familiares, limitando a análise funcional de cada caso. Em segundo lugar, não se pode ter a pretensão de que as análises feitas dos comportamentos dos participantes possam ser ampliadas para o TDC de um modo geral. Em terceiro lugar, destaca-se o número de participantes e a diversidade entre eles.

O estudo poderia ter tido maior representatividade se o número de participantes fosse maior. No entanto, com o tempo delimitado para o desenvolvimento da pesquisa e a dificuldade na seleção da amostra isto não foi possível. Além disso, a autora procurou participantes indicados apenas por cirurgiões plásticos, não tendo entrado em contato com outros profissionais que possam atender pessoas com TDC, como dermatologistas e outros profissionais de estética.

As dificuldades em se encontrar pessoas que apresentassem os comportamentos do TDC também resultaram em uma amostra bastante diversificada, com nível sócio-cultural, entre outras características, bastante discrepantes.

A amostra foi composta por pacientes indicados por quatro cirurgiões plásticos que participaram do estudo. No entanto, dois desses cirurgiões recomendaram pacientes que não puderam compor a amostra, pois não apresentaram comportamentos típicos do TDC. Estes resultados confirmam que cirurgiões plásticos podem encontrar dificuldades em identificar o transtorno.

Como indivíduos com TDC alimentam expectativas irreais e mágicas sobre as correções estéticas, raramente ficam satisfeitos, podendo vir responsabilizar e até agredir seus médicos por seus *defeitos*. Portanto, cirurgiões plásticos, não informados sobre o TDC, podem vir a ter prejuízos pessoais com tais pacientes, assim como, reforçar a

manutenção dos problemas, à medida que realizam as cirurgias continuamente, como foi visto entre os participantes.

Sugere-se que profissionais que lidam com estética busquem mais conhecimentos sobre o TDC. Com isso, ressalta-se a importância do trabalho da psicologia em equipes de tratamento estético. Este pode ser um novo campo de atuação da psicologia a ser desvendado. Uma sugestão de pesquisa, seria a construção de um questionário padronizado, com questões objetivas, que possibilitasse o diagnóstico rápido em clínicas de estética e pudesse ser aplicado pelos próprios profissionais.

Diante do grande sofrimento característico do transtorno e identificado entre os participantes, da falta de divulgação e informação à população geral, em um contexto em que a valorização da beleza se torna cada vez mais acentuada, estudos sobre o TDC mostram-se bastante necessários. É preciso divulgar o quanto a grande importância dada à aparência, na cultura atual, tem contribuído para o desenvolvimento de problemas comportamentais.

Os resultados do estudo também podem contribuir para a discussão das classificações do TDC, colocando em dúvida a necessidade apontada na literatura em se fazer estudos empíricos para que se esclareçam melhor as relações do TDC com outros transtornos, para que se possa definir sua classificação como um *spectrum* de outro transtorno ou como um transtorno independente. Os dados sugerem que classificações desse tipo não teriam importância para Analistas do Comportamento, pois o TDC estaria relacionado com os demais transtornos, à medida que a esQUIVA EXPERENCIAL seria um processo funcional comum quanto à etiologia e manutenção dos comportamentos do TDC e de comportamentos de outros transtornos. Esta hipótese explicaria as dificuldades encontradas por muitos estudiosos para diferenciar o TDC de outros transtornos. No entanto, diante das limitações deste estudo, sugere-se que mais pesquisas sejam feitas para se demonstrar a funcionalidade dos comportamentos do TDC através do conceito de esQUIVA EXPERENCIAL, em um maior número de casos. Seria importante que se fizessem esforços para que estas pesquisas fossem controladas.

Entre outras limitações na metodologia desta pesquisa estavam: o número de entrevistas e o método de entrevistas semi-estruturadas.

O pequeno número de entrevistas para cada participante e seus familiares, possibilitou que apenas uma parte das variáveis da história de vida dos participantes fosse abarcada. O próprio método de entrevistas semi-estruturadas, que resulta em dados que não estão atualmente presentes, mas precisam ser lembrados, pode alterar a veracidade das

informações. Este método conta com o relato verbal do próprio participante que pode ser considerado limitado quando comparado ao método de observação. No entanto, como apontou Fester (1973):

A análise comportamental de um episódio humano, que considera o desempenho e seu efeito sobre o ambiente, não impede que se considerem os dados de auto-avaliação provenientes do próprio paciente (Beck, 1967, p.177). A maneira usada por uma pessoa para falar a seu próprio respeito constitui uma classe importante de informações factuais...(p.869).

Apesar das limitações, foi possível se chegar a algumas hipóteses sobre o desenvolvimento e manutenção dos comportamentos característicos do TDC, entre os participantes. Embora não se possa afirmar com segurança a real contribuição e o grau em que as variáveis levantadas influenciaram os comportamentos, esta foi uma primeira tentativa de demonstrar como a história de vida de cada indivíduo deve ser considerada para entender seus comportamentos inadequados, mesmo que sejam típicos de um transtorno como o estudado.

De qualquer maneira, nenhuma predição em ciência é completamente certa, uma vez que não é possível conhecer todas as variáveis que operam em uma determinada situação (Bachrach, 1974). No ambiente terapêutico com a maior impossibilidade de se ter acesso e controle das variáveis, essa situação se agrava ainda mais.

Neste ponto, pode-se supor que esta pesquisa se aproximou das características clínicas, reproduzindo a situação e o método com que o terapeuta se depara em seu trabalho. Até mesmo a diversidade da amostra reproduziria a situação clínica. Isso vem atender às necessidades destacadas, atualmente, por psicólogos clínicos que criticam as pesquisas clínicas. As críticas se devem ao fato de que submetidas ao rigor do método científico, estas pesquisas, acabam se artificializando e se distanciando da prática clínica.

As hipóteses levantadas com este trabalho só poderão ser colocadas à prova quando forem criadas variáveis de controle, ou seja, intervenções terapêuticas específicas, que deverão ser testadas. Segundo Costa e Marinho (2002):

Quando se vai proceder à análise funcional de um comportamento, de todas as informações que se tem sobre a vida atual e passada do indivíduo, tem-se que selecionar aquelas variáveis que parecem ter relação causal com o comportamento analisado e, na verdade, somente se tem certeza da escolha das variáveis corretas após sua manipulação (em geral, durante o processo de intervenção). Num primeiro momento as relações estabelecidas são meramente hipotéticas (p. 46).

Portanto, sugerem-se estudos que utilizem estratégias de intervenção, no tratamento de pessoas com TDC, baseadas no conceito de funcionamento de esQUIVA EXPERENCIAL, para testá-lo.

Vários autores têm ressaltado a necessidade de que sejam realizados estudos controlados sobre a efetividade do tratamento em TDC (Phillips, 1999; Allen & Hollander, 2000). A literatura recomenda apenas dois tipos de tratamento: farmacológico e cognitivo comportamental (Rosen, Reiter & Orosan, 1995). Diante disto, destaca-se a relevância de estudos que venham testar o tratamento pautado nas propostas da Análise do Comportamento.

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) poderia ser um bom modelo terapêutico, uma vez que alguns comportamentos do TDC apareceram durante as entrevistas. Isto é compatível com os comportamentos clinicamente relevantes (CRBs), preconizados por Kohlemberg e Tsai (2001) como importantes no processo psicoterapêutico.

Desse modo, este estudo foi uma tentativa de apresentar uma alternativa de avaliação comportamental para o TDC, oposta à classificação psiquiátrica tradicional, que trouxesse novas contribuições à prática clínica sobre diagnóstico e tratamento dos transtornos comportamentais. Com a grande quantidade de variáveis levantadas, percebe-se o quanto este tipo de análise amplia as possibilidades de entendimento para uma melhor intervenção terapêutica.

Propõe-se que novas pesquisas em Análise do Comportamento sejam delineadas, a partir da análise funcional, com o objetivo de investigar os motivos ou as variáveis que podem ter influenciado o desenvolvimento de comportamentos típicos de transtornos.

REFERÊNCIAS

- Albertini, R., & Phillips, K.A. (1999). Thirty- Three Cases of Body Dysmorphic Disorder in Children and Adolescents. Journal American Academic Child and Adolescence Psychiatry, 38(4): 453-459.
- Allen, A., & Hollander, E. (2000). Body Dysmorphic Disorder. The Psychiatric Clinics of North America, 23(3): 617-628.
- Amâncio, E.J., Magalhães, C.C.P., Santos, A.C.G., Peluso, C.M., Pires, M.F.C., & Peñadias, A.P. (2002). Tratamento do Transtorno Dismórfico Corporal com Venlafaxina: Relato de um caso. Revista Brasileira de Psiquiatria, 24(3): 141-143.
- Amaral, J.R. (1996). Recentes Mudanças no Diagnóstico e Classificação em Psiquiatria. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 45(8): 453-459.
- Amaral, V.L.A.R. (2001a). Dicotomias no Processo Terapêutico: Diagnóstico ou terapia. In: M. Delitti (org.). Sobre Comportamento e Cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental 2, 1ªed-R, (pp.116-120). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Amaral, V.L.A.R. (2001b). Transtorno Dismórfico: O corpo em delírio. Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental, Campinas, 10, 9-10.
- Andery, M.A.P.A. (1999). O Modelo de Seleção por Conseqüências e a Subjetividade. In: R.A.Banaco (org.). Sobre Comportamento e Cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e formação em análise do comportamento e terapias cognitivistas 1, 2ªed-R, (pp. 199-208). Santo André: ARBytes.
- Andreasen, N.C., & Bardach, J. (1977). Dymorphophobia: Symtom 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.
- Atiullan, N., & Phillips, K.A. (2001). Fatal Body Dysmorphic Disorder by Proxy. [Letters to the editor]. Journal Clinical Psychiatry, 62(3): 204-205.

- Bachrach, A.J. (1974). Introdução à Pesquisa Psicológica. São Paulo: EPU
- Ballone, G.J., Neto, E.P., & Ortolani, I.V. (2002). Da Emoção à Lesão: Um guia de medicina psicossomática. São Paulo: Malone.
- Banaco, R.A. (2001). Alternativas não Aversivas para o Tratamento de Problemas de Ansiedade. In: M.L.Marinho & V.Caballo (org.). Psicologia Clínica e da Saúde. Londrina: UEL.
- Baum, W.M. (1999). Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura. M.T.A.Silva; M.A.Matos; G.Y.Tomanari; E.Z.Tourinho (trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Berrios, G.E., & Kan, C. (1996). A Conceptual and Quantitative Analysis of 178 Historical Cases of Dymorphophobia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 94(1): 1-7.
- Birtchnell, S.A. (1988). Dymorphophobia: A centenary discussion. British Journal of Psychiatry, 153(2): 41-43.
- Blackledge, J.T., & Hayes, S. (2001). Emotiom Regulation in Acceptance and Commitment Therapy. Phychotherapy in Practice, 57(02): 243-255.
- Bloch, S. & 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.
- Buchalla, A.P., & Pastore, K. (2002). Corpos à Venda. Revista Veja, 35(9):84-91.
- Caballo, V.E., & Buela-Casal, G. (1996). Técnicas Diversas em Terapia Comportamental. In: V.E. Caballo (org.) Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. M.D. Claudino (trad.), (pp. 685-718). São Paulo: Santos.
- Castelló, J.R., Barros, J., & Chinchilla, A. (1998). Body Dymorphic Disorder and Aesthetic Surgery: Case report. Aesthetic Plastic Surgery, 22: 329-331.
- Castilho, S.M. (2001). A Imagem Corporal. Santo André: ESETec Editores Associados.

- Castle, D.J., & Morkell, D. (2000). Imagined Ugliness: A symptom which can become a disorder. M.J.A., 173(21):205-207.
- Catania, C. A. (1999). Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição. D.G. Souza (trad.) 4ªed. Porto Alegre: Artmed.
- Conte, F.C.S. (2001). Promovendo a Relação entre Pais e Filhos. In: M. Delitti (org.). Sobre Comportamento e Cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental 2, 1ªed-R, (pp. 161-168). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Costa, S.E.G.C., & Marinho, M.L. (2002). Um Modelo de Apresentação de Análises Funcionais do Comportamento. Estudos de Psicologia, 19(3): 43-54.
- Cromarty, P., & Marks, I. (1995). Does Rational Role-Play Enhance the Outcome of Exposure Therapy in Dysmorphophobia? A case study. British Journal of Psychiatry, 167(1):399-402.
- De Rose, J.C. (1982). Consciência e Propósito no Behaviorismo Radical. In: B.P. Júnior (org.). Filosofia e Comportamento. Brasília: Brasiliense.
- De Rose, J.C. (1993). Classes de Estímulos: Implicações para uma Análise Comportamental da Cognição. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 9(2):283-303.
- Dougher, M.J., & Hackbert, L. (1994). A Behavior- Analytic Account of Depression and a Case Report Using Acceptance- Based Procedures. The Behavior Analyst, 17(2): 321-334.
- Dufresne, F.G., Phillips, K.A., Vittorio, C.C., & Wilkel, C.S. (2001). A Screening Questionnaire for Body Dysmorphic Disorder in a Cosmetic Dermatologic Surgery Practice. Dermatol. Surg. 27(5):457-462.
- Fester, C.B. (1973). A Functional Analysis of Depression. American Psychologist, 28: 857-870.
- Figueira, I., Mendlowicz, M., Nardi, A.E., Marques, C., Saboya, E., Andrade, Y., & 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., & Versiani, M. (1999). Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos Somatomorfos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 48(1): 35-42.
- Friman, P.C., Hayes, S.C., & Wilson, K.G. (1998). Why Behavior Analysts Should Study Emotion: The example of anxiety. Journal of Applied Behavior Analysis, 31(1):137-156.
- Gálvez, M.S., Prieto, P.S., & Nieto, P.B. (1991). Análisis Funcional de la Conducta: Un modelo explicativo. Granada: Universidade de Granada.
- Guillhardi, H.J. (2002). Auto-Estima, Autoconfiança e Responsabilidade. In: M.Z. Brandão, F.C.S. Conte & S.M.B. Mezzaroba (org.). Tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor 1ªed, (pp.63-98). Santo André: Esetec.
- Hanaraka, K.M., & Citti, M.L. (1993). Distúrbio Dismórfico do Corpo: Relato de um caso. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 42(3):145-147.
- Hayes, S.C., & Wilson, K.G. (1995). The Role of Cognition in Complex Human Behavior: A contextualistic perspective. Journal Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 26(03):241-248.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V, & 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.
- Josephon, S.C., & Hollander, E. (1997). Body Dysmorphic Disorder by Proxy. [Letters to the editor]. Journal Clinical Psychiatry, 58(2): 86-87.
- Kanfer, F.H., & Saslow G.(1973). A Análise Comportamental: Uma alternativa para a classificação diagnóstica. In: T. Millon. Teoria da Psicopatologia e Personalidade: Ensaios e críticas. (pp.219-226). Rio de Janeiro: Interamericana.
- Kaplan, H., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (1997). Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ªed. D.Batista (trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (2001). Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas. 1ªed. R.R.Kerbaux (org). F.Comte et al.(trad.). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Lucas, P. (2002). Violence may be serious in men with body dysmorphic disorder. B.M.J., 324(16): 678-679.
- Mallot, R.W., Walley, D.L., & Mallot, M.E. (1997). Elementary Principles of Behavior. 3ªed. Englewood- Cliffs: Prentice Hall.
- Marinho, M.L. (2000). Intervenção Comportamental para Pais de Crianças em Clínica-Escola: Efetividade, limitações e prevenção da desistência. In: R.R. Kerbaux. Sobre Comportamento e Cognição: Conceitos, pesquisa e a aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico5. (pp. 247-256). Santo André: SET.
- Marinho, M.L., & Silveira, E. (2000). Modelos de Orientação de pais de crianças com Queixas Diversificadas. In: R.C. Wielenska. Sobre Comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos 6. 1ªed. (pp.171-183). Santo André: ARBytes.
- Marks, I., & Mishan, J. (1988). Dysmorphophobia Avoidance with Disturbed Bodily Perception: A pilot study of exposure therapy. British Journal of Psychiatry, 152(1): 674-678.
- Martinelli, J.C.M. (1997). Classificação Diagnóstica na Clínica Comportamental: Função e utilidade. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia- PUC- Campinas.
- Matos, M. A. (1999). Análise Funcional do Comportamento. Estudos de Psicologia, 16(3): 8-18.
- Meyer, S.B. (2001). O Conceito de Análise Funcional. In: M. Delitti (org.). Sobre Comportamento e Cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental 2, 1ªed-R, (pp. 29-34). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Michael, J. (1983). Motivational Relations in Behavior Theory: A suggested terminology. Cadernos de Análise do Comportamento, 15: 1-23.

- Nathan, P.E. (1994). DSM- VI: Empirical Accessible, not yet Ideal. Journal Clinical Psychologist. 50.
- Neziroglu, F., Stevens, K.P., McKay, D., & Yaryura- Tobias, J.A. (2001). Predictive Vality of the Over Valued Ideas Scale: Outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. Behavior Research and Therapy, 39(1): 745-756.
- Olivardia, R., Pope, H., & Hudson, J.I. (2000). Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A case-control. American Journal Psychiatry, 157(8): 1291-1296.
- Organização Mundial da Saúde, (1993). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. D. Caetano (trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Escritório Central da Oficina Pan- americana de Saúde Mental (trad.). Organização Mundial da Saúde.
- Otto, M.W., Wilhelm, S., Cohen, L.S., & Harlow, B.L. (2001). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in a Community Sample of Women. American Journal of Psychiatry, 158(12): 2061-2063.
- Paim, I. (1993). Curso de Psicopatologia. 11ªed. São Paulo: EPU.
- Paterson, D.R. (1968). The Clinical Interview. In: D.R. Paterson (org). The Clinical Study of Social Behavior, (pp. 121-122). Englewood Cliffs: Prentice- Hall.
- Penzel, F. (agosto, 2002). Behavioral Treatment of Body Dysmorphic Disorder. [on line]. Disponível em: <http://www.hoestead.com/westsuffoeckpsych/bdd.html>.
- Pessoti, I. (1999). Os Nomes da Loucura. São Paulo: ed. 34.
- Petribú, K.C.L., & Oliveira, I.R. (1999). Dismorfia Muscular: Uma nova manifestação do Transtorno Obsessivo- Compulsivo? Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 48(10):465-469.
- Phillips, K.A. (1991). Body Dysmorphic Disorder: The distress of imagined ugliness. American Journal of Psychiatry, 148(9): 1138-1147.

- Phillips, K.A. (1999). Body Dysmorphic Disorder and Depression: Theoretical Considerations and Treatment Strategies. Psychiatric Quarterly, 70(4):313-331.
- Phillips, K.A. (2000). Quality of Life for Patients with Body Dysmorphic Disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease, 188(3): 170-175.
- Phillips, K.A., Albertini, R.S., & Rasmussen, S.A. (2002). A Randomized Placebo-Controlled Trial of Fluoxetine in Body Dysmorphic Disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 59(4):381-388.
- Phillips, K.A., & Diaz, S. (1997). Gender Differences in Body Dysmorphic Disorder. Journal Nervous Ment. Dis., 185(9): 570-577.
- Phillips, K.A., Gunderson, C.G., Mallya, G, McElroy, S.L. & Carter, W. (1998). A Comparison Study of Body Dysmorphic Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. Journal Clinical Psychiatry, 59(11): 568-575.
- Phillips, K.A., & McElroy, S.L (2000). Personality Disorders and Traits in Patients with Body Dysmorphic Disorder. Comprehensive Psychiatry,41(4): 229-236.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L., Dwight, M.M., Eisen, J.C., & Rasmussen, S.A. (2001). Delusionality and Response to Open-label Fluvoxamine in Body Dysmorphic Disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 62(2): 87-91.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L, Keck, P.E., Pope, H.G., & Hudson, J.I. (1993). Body Dysmorphic Disorder: 30 cases of imagined ugliness. American Journal of Psychiatry, 150(2): 302-308.
- Rohrich, R.J. (2000). The Who, What, When and Why of Cosmetic Surgery: Do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? Plastic and Reconstructive Surgery, 106(7): 1605-1607.
- 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.

- Rosen, J.C., & Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. Behavior Research and Therapy, 34(9): 755-766.
- Rosen, J.C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Cognitive-Behavioral Body Image Therapy for Body Dysmorphic Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(2): 263-269.
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., Petschuk, M.J., & Whitaker, L.A. (1998). Body Image Dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder in 100 Cosmetic Surgery Patients. Plastic and Reconstructive Surgery, 101(6):1644-1649.
- Savóia, M.G. (2000). Diagnóstico Diferencial entre Fobia Social e Transtorno Dismórfico Corporal. Revista de Psiquiatria Clínica, 27(6):316-318.
- Saxena, S., Winograd, A., Dunkin, J.J., Maidment, K., Rosen, R., Vapnik, T., Tarlow, G., & Bystritsky, A.(2001). A Retrospective Review of Clinical Characteristics and Treatment Response in Body Dysmorphic Disorder versus Obsessive-Compulsive Disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 62(1): 67-72.
- Sidman, M. (1986). Funcional Analysis of Emergent Verbal Classes. In: T. Thompson, T., & M.D. Zeiler (Eds.). Analysis and Integration of Behavioral Units, (pp.213-245). Hillsdale: Erlbaum.
- Sidman, M. (1995). Coerção e suas implicações. M.A.Andery; T.M.Sério (trad.). Campinas: Editorial Psy.
- Skinner, B.F. (1990). Can Psychology be a Science of Mind? American Psychologist, 45(11):1206-1210.
- Skinner, B.F. (1995). Questões Recentes na Análise Comportamental. 2ed. A.L.Néri (trad.). Campinas: Papyrus. Publicação original em 1989.
- Skinner, B.F. (2000). Ciência e Comportamento Humano. J.C.Todorov & R.Azzi (trad.). São Paulo: Martins Fontes. Publicação original em 1953.
- Sobanski E., & Schmidt, M.H. (2000). ‘Everybody Looks at my pubic bone’: A case report of an adolescent patient with body dysmorphic disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101(1): 80-82.

- Sturmev, P., & Slade, P.D. (1986). Anorexia Nervosa and Dysmorphobia: A case of study. British Journal of Psychiatry, 149(1): 780-782.
- Thomas, C.S. (1984). Dysmorphophobia: A question of definition. British Journal of Psychiatry, 144(1):513-516.
- Torós, D. (2001). O que é Diagnóstico Comportamental. In: M. Delitti (org.). Sobre Comportamento e Cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental 2. 1ªed-R, (pp. 94-99). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Tung, C.T. (2001). Aspectos Psiquiátricos do Transtorno Dismórfico Corporal. In: H.J.Guilhardi, M.B.B.P.N.,Mardi & P.P.Queiroz (org.). Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade 7, (pp. 98-103). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Veale, D. (agosto, 2002). Body Dysmorphic Disorder-FAQ. [on line]. Disponível em: <http://www.btinternet.com/^davidveale/bddinfo.html>.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boockok, A., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996). Body Dysmorphic Disorder: A cognitive behavioral model and pilot randomized controlled trial. Behavior Research and Therapy, 34(9):717-729.
- Veale, D., & Riley, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. Behavior Research and Therapy, 39(1): 1381-1393.
- Whaley, D.L., & Malott, R.W. (1980). Princípios Elementares do Comportamento. M.A. Matos, M.L.Ferrara & C.F.Santoro (trad.). São Paulo: EPU.
- Wilhelm, S., Otto, M.W., Lohr, B., & Dextersbach, T. (1999) Cognitive Behavior Group Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A case series. Behavior Research and Therapy, 37(1):71-75.
- Wilhelm, S., Otto, M.W., Zucher, B.G., & Pollack, M.H. (1997). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Patients with Anxiety Disorders. Journal of Anxiety Disorders, 11(5): 499-502.

- Wilson, K.G., & Hayes, S.C. (1996). Resurgence of Derived Stimulus Relations. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 66(3): 267-281.
- Wilson, K., & 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.
- Zamignani, D.R. (2000). Uma Tentativa de Entendimento do Comportamento Obsessivo-Compulsivo: Algumas variáveis negligenciadas. In: R.C.Wielenska. Sobre Comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos 6, 1ªed, (pp.256-266). Santo André: Arbytes.
- Zimmerman, M., & Mattia, J.I. (1998). Body Dysmorphic Disorder in Psychiatric Outpatients: Recognitions, prevalence, comorbidity, demographic and clinical correlates. Comprehensive Psychiatry, 39: 265-270.

ANEXO 1

Roteiro para conversar com os cirurgiões plásticos

I- Informar os cirurgiões plásticos sobre o TDC:

- Explicar os principais aspectos e características do TDC para os cirurgiões.
- Falar sobre a importância em se constatar o transtorno, antes de se decidir fazer uma cirurgia nesse tipo de paciente.
- Falar também sobre o fato de que operar pacientes com TDC poderá levar à manutenção e até piora dos sintomas.

II- Questionar os cirurgiões plásticos se eles se lembram de pacientes seus (atuais ou antigos) que provavelmente tenham as características do TDC, anteriormente explicadas:

- Perguntar se já tiveram (ou têm pacientes) que não tinham (ou não têm) nenhum (ou um mínimo) problema de aparência, mas insistiam em defeitos exagerados.
- Ou pacientes que sofriam demais com um defeito imaginado (ou mínimo) na aparência, que choravam, isolavam-se das pessoas, enfim, que deixassem as insatisfações com a aparência prejudicarem sua vida diária.
- Ou ainda, pacientes que alimentavam altas expectativas em relação às cirurgias plásticas que pretendiam ou chegaram a fazer mas não se sentiram satisfeitos.
- Mais uma característica são aqueles pacientes que já fizeram uma quantidade muito grande de cirurgias plásticas em uma ou mais partes do corpo, sem que houvesse necessidade.

III- Orientar os cirurgiões, através do roteiro para os cirurgiões plásticos contatarem os pacientes (Anexo 2), sobre como entrar em contato com os pacientes e sobre como convidá-los a participar da pesquisa.

ANEXO 2

Roteiro para os cirurgiões plásticos contatarem os pacientes

I- Ligar para os pacientes que provavelmente tenham o TDC, para perguntar se ainda possuem as insatisfações exacerbadas e ainda sofrem com aspectos de sua aparência.

- Convidar aqueles que confirmarem a manutenção do problema a participarem de uma pesquisa que investigará o desenvolvimento das preocupações e insatisfações com a aparência física.

OBS: Em nenhum momento se falará para os pacientes sobre a terminologia do TDC, para evitar que essas pessoas se sintam estigmatizadas e venham a sofrer com as conseqüências de um rótulo.

- Explicar que os cirurgiões não irão interferir na pesquisa, pois se trata de um estudo de psicologia, que apenas tratará das questões psicológicas e não estéticas.

- Falar das vantagens em participar de um estudo pioneiro, bastante importante para aqueles que sofrem com preocupações com a aparência, que trará contribuições para o maior entendimento nessa área.

- Explicar que os pacientes poderão ser beneficiados, pois poderão entender melhor porque se preocupam e sofrem tanto com aspectos de sua aparência. Além disso, no final da pesquisa, poderão receber um tratamento psicológico gratuito, para tratar as questões levantadas, caso sintam necessidade.

- Marcar, com aqueles que aceitarem participar, o primeiro encontro com a pesquisadora.

ANEXO 3

Consentimento livre e esclarecido para o cirurgião plástico

A pesquisa em que você irá participar buscará investigar o desenvolvimento das preocupações e insatisfações com a aparência física ao longo da vida de uma pessoa. Mais especificamente, buscará investigar o desenvolvimento do Transtorno Dismórfico Corporal, um transtorno relacionado às insatisfações com a aparência. Ela será conduzida pela estudante de pós-graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP) Josy de Souza Moriyama, para seu mestrado.

A sua participação consistirá na busca de pacientes seus, atuais ou antigos, que tenham as características do Transtorno Dismórfico Corporal. Todas as características do Transtorno serão explicadas inicialmente pela pesquisadora, que procurará esclarecer suas dúvidas, até que você se sinta seguro para tentar identificar estas características em pacientes, com quem já teve contato.

Depois de levantar os pacientes que provavelmente tenham o Transtorno, você irá entrar em contato com cada um deles, informá-los sobre a pesquisa e convidá-los a participar. Para a realização desse processo, você será orientado pela pesquisadora e seguirá um roteiro, que norteará sua fala. Depois que você marcar o primeiro encontro entre o participante e a pesquisadora, sua participação será encerrada.

Outros cirurgiões plásticos participarão da pesquisa, mas todos terão seus dados omitidos, para impedir a identificação.

No final da pesquisa, você poderá obter o conhecimento dos resultados se assim o quiser. Por favor preencha abaixo:

Eu _____ (nome completo em letra de forma), portador(a) do RG _____, declaro que fui informado(a) sobre a pesquisa e autorizo a minha participação.

_____ (Assinatura)

Campinas, ____ de _____ de 200__.

ANEXO 4

Consentimento livre e esclarecido para o membro da família do participante

A pesquisa em que você irá participar buscará investigar o desenvolvimento das preocupações e insatisfações com a aparência física ao longo da vida de uma pessoa. Ela será conduzida pela estudante de pós-graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP) Josy de Souza Moriyama, para seu mestrado.

A sua participação consistirá em apenas uma etapa, em que se dará uma entrevista individual com a pesquisadora, onde serão abordadas as preocupações do participante da pesquisa com a aparência dele próprio. Você contará sua impressão sobre as preocupações do participante em relação à aparência, sobre os comportamentos dele devido a estas preocupações, assim como dados da história de vida dele que possam ter relação com estas preocupações. O motivo de você participar desta etapa é sua proximidade com o participante da pesquisa, que possibilita que você contribua com mais dados além daqueles coletados com ele.

Saiba que tudo que for conversado nesta entrevista, ficará entre você e a pesquisadora, que não fará comentários nem mesmo com o participante da pesquisa.

Por favor, esteja seguro de que qualquer dado que possa lhe identificar será omitido pela pesquisadora. Para registrar as informações será usado um gravador, mas em nenhum momento seu nome será mencionado juntamente com suas respostas. Todos os dados serão divulgados somente em conjunto com dados de outros participantes. Essa divulgação poderá se dar em eventos e revistas científicos para ampliar os conhecimentos.

A sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, então, você tem o direito de interrompê-la a qualquer momento se assim o desejar.

No final da pesquisa, você poderá obter o conhecimento dos resultados se assim o quiser. Por favor preencha abaixo:

Eu _____(nome completo em letra de forma), portador(a) do RG _____, declaro que fui informado(a) sobre a pesquisa e autorizo a minha participação.

_____(Assinatura)

Campinas, ____ de _____ de 200__.

ANEXO 5

Consentimento livre e esclarecido para o participante

A pesquisa em que você irá participar buscará investigar o desenvolvimento das preocupações e insatisfações com a aparência física ao longo da vida de uma pessoa. Ela será conduzida pela estudante de pós-graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP) Josy de Souza Moriyama, para seu mestrado.

A sua participação consistirá em três etapas. Na primeira etapa, você irá responder a uma ficha de identificação que abordará questões relativas a sexo, idade, nível econômico, preocupações com a aparência, entre outras. Na segunda etapa, você participará de entrevistas individuais com a pesquisadora onde serão investigados dados sobre sua história de vida, relacionamento familiar, entre outros. Na terceira etapa, algum membro de sua família, que convive grande parte do tempo com você, será entrevistado individualmente para obter mais dados sobre suas preocupações com a aparência.

Por favor, esteja seguro de que qualquer dado que possa lhe identificar será omitido pela pesquisadora. Para registrar as informações será usado um gravador, mas em nenhum momento seu nome será mencionado juntamente com suas respostas. Todos os dados serão divulgados somente em conjunto com dados de outros participantes. Essa divulgação poderá se dar em eventos e revistas científicos para ampliar os conhecimentos. A sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, então, você tem o direito de interrompê-la a qualquer momento se assim o desejar.

Caso você sinta necessidade de trabalhar as questões levantadas, após o término do estudo, será oferecido gratuitamente um atendimento psicológico de 20 sessões com a pesquisadora. No final da pesquisa, você poderá obter o conhecimento dos resultados se assim o quiser. Por favor preencha abaixo:

Eu _____(nome completo em letra de forma), portador(a) do RG _____, declaro que fui informado(a) sobre a pesquisa e autorizo a minha participação. Admito ter a idade mínima de 18 anos.

_____(Assinatura)

Campinas, ____ de _____ de 200__.

ANEXO 6
Ficha de identificação

Nome:

Sexo:

Idade:

Data de nascimento:

Escolaridade:

Renda familiar:

Ocupação:

1- Você se preocupa muito com alguma parte do seu rosto ou de seu corpo que você considera feia?

NÃO ()

SIM ()

2- Se você respondeu sim, qual (ou quais) é a parte do corpo com que você se preocupa?

3- Você já fez alguma cirurgia plástica ou algum tipo de correção estética?

NÃO ()

SIM ()

4- Se você respondeu sim, você se sentiu satisfeito(a) com o resultado da cirurgia ou tratamento estético?

NÃO ()

SIM ()

5- Você pensa muito sobre essas partes do corpo ou rosto de que não gosta a ponto desses pensamentos o atormentarem?

NÃO ()

SIM ()

6- Você faz alguma coisa para esconder essas partes do corpo ou rosto de que não gosta?

NÃO ()

SIM ()

7- Você fica muito tempo olhando-se no espelho ou tentando esconder seus defeitos?

NÃO ()

SIM ()

8- Essas suas preocupações com a aparência têm interferido em sua vida social?

NÃO ()

SIM ()

9- Essas suas preocupações com a aparência têm interferido na escola, faculdade, trabalho ou outras funções diárias? Especifique quais dessas funções:

NÃO ()

SIM ()

10- Você evita ir a determinados lugares por causa dessas preocupações? Se sim, quais lugares?

NÃO ()

SIM ()

11- Essas preocupações têm afetado seu relacionamento familiar? Se sim, com quem?

NÃO ()

SIM ()

12- Você se acha muito gordo(a)?

NÃO ()

SIM ()

13- Você fica muito tempo sem se alimentar com o objetivo de perder peso?

NÃO ()

SIM ()

14- Você induz vômito ou toma laxantes com o objetivo de perder peso?

NÃO ()

SIM ()

15- Você tem episódios de comer exageradamente e depois induzir o vômito?

NÃO ()

SIM ()

ANEXO 7

Roteiro de entrevista semi-estruturada para os participantes

I- Levantamento e operacionalização dos comportamentos que caracterizam o problema (ou o TDC) :

- Como foi constatado na ficha de identificação, você está insatisfeito com sua aparência. Fale-me um pouco sobre isso. (como o indivíduo define seu problema)

- As preocupações com sua aparência têm lhe trazido problemas? De que tipo? (definir os comportamentos inadequados)

- O que você já fez, vem fazendo ou deixando de fazer para resolver seus problemas? (definir os comportamentos de esquiva)

II- Severidade do problema:

- Quais são as áreas de sua vida que estão sendo afetadas por esses problemas? (levantar o quanto os comportamentos prejudicam o funcionamento social, ocupacional e em outras áreas da vida do indivíduo).

- Com que frequência você se preocupa com os defeitos, tenta camuflá-los, olha-se no espelho, pede a opinião dos outros em relação a esses defeitos? (levantar a frequência de outros comportamentos, de acordo com cada indivíduo)

- Com que frequência você evita sair de casa, ir a certos lugares, encontrar pessoas? (levantar a frequência de comportamentos de esquiva)

III- Função dos comportamentos Inadequados:

- O que você mais teme que aconteça para que evite sair de casa, ir a certos lugares e encontrar certas pessoas? O que na realidade você tenta evitar?

IV- História de Condicionamento dos comportamentos:

- Quando começaram essas preocupações com a aparência e os comportamentos para diminuí-las? Houve algum motivo específico? Aconteceu de uma hora para outra ou foram se desenvolvendo aos poucos?

- Alguma vez alguém comentou algo sobre o seu defeito? Se sim, como você se sentiu?

- Em que medida as pessoas a sua volta, sua família, amigos, colegas, valorizavam a aparência física ao longo de sua história de vida?

- Essas pessoas costumavam notar, comentar, elogiar, em você aspectos relacionados à aparência, como roupa, cabelo, beleza? Se sim, esses comentários foram se modificando ao longo do tempo ou continuaram?

- Você se lembra se pessoas desconhecidas elogiavam suas características físicas quando você era criança? Se sim, esses comentários foram se modificando ao longo do tempo ou continuaram?

- Quando você era criança, o que seus pais elogiavam em você? Quais características suas você acha que eles mais gostavam?

- Quando você era criança, porque seus pais mais se aborreciam com você? Quais características suas você acha que eles menos gostavam?

- Conte um pouco sobre como era o relacionamento com seus pais ou membros da família mais próximos.

- Como foi seu desempenho escolar ao longo dos anos?

- Como era seu desempenho social durante a infância? Você tinha amigos? Quantos? Participava de atividades extra-escolares? Se sim, de que tipo de atividades?

- Considerando seu desempenho social você se caracterizaria como uma criança, um adolescente, um jovem, um adulto (depende do indivíduo) extrovertido ou tímido?

V- Condições em que aparecem os problemas:

- Em quais ocasiões surgem as preocupações com os defeitos e os comportamentos para diminuí-las?

- Em quais situações essas preocupações ficam mais acentuadas, em que você tem certeza que elas ocorrerão?

- Em quais situações essas preocupações não ocorrem? O que essas ocasiões têm em comum?

VI- Variáveis Antecedentes

- Lembre da última vez em que as preocupações com a aparência vieram à tona e você tentou diminuí-las (descrever os comportamentos específicos de cada indivíduo). O que você acha que aconteceu naquela hora, para que elas ocorressem?

- Geralmente você está sozinho ou tem alguém do seu lado (quem?) quando surgem as preocupações?

- Em que você geralmente estava pensando quando surgem as preocupações? Como você se sente? (investigar a presença de auto-regras)

VII- Variáveis Conseqüentes:

- O que acontece depois que você tenta diminuir as preocupações com a aparência?

- Quando há pessoas com você, o que elas fazem depois que você se comporta para tentar diminuir as preocupações?

- Depois que você realiza os comportamentos para diminuir as preocupações o que você pensa, como você se sente? (investigar a presença de auto-regras)

VIII- Influências Culturais:

- Há lugares que você frequenta em que as pessoas se preocupam com a beleza, conversam sobre isso, dão dicas umas para as outras?

- Quão importante você considera a aparência de uma pessoa?

- Você acha possível julgar alguém a partir de sua aparência? Se sim, que tipo de julgamentos?

- Você acha possível que alguém possa atingir a beleza perfeita? Você conhece alguém que atingiu ou chegou perto disso? Você se acha capaz de chegar a isso?

IX- Análise dos Reforçadores:

- Descreva como é sua rotina diária.

- O que você faz para se divertir ou se distrair?

- Você sabe desempenhar alguma atividade em que acha que tem talento, “que leva jeito para a coisa”? Você tem feito essas atividades? Se não, por quê?

- Você desempenha alguma tarefa que considere útil ou importante para você ou outras pessoas?

X- Grau de *insight* e ênfase em estímulos discriminativos específicos:

- Quando você se olha no espelho, em que você repara primeiro? E depois de um tempo, você começa a prestar atenção em outra coisa?

- Quando os outros olham para você, no que você acha que eles estão reparando ? E depois que começam a conversar com você, será que eles têm outras impressões?

- As pessoas falam o que quando você fala sobre seu defeito?

- Você acredita a todo momento que tem o defeito?

ANEXO 8

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

I- Levantamento e operacionalização dos comportamentos que caracterizam o problema (ou o TDC) :

- Fale-me um pouco sobre essas preocupações de ----- (nome do participante) com a aparência. (como o indivíduo define o problema)

- As preocupações com a aparência têm trazido problemas a -----? De que tipo? (definir os comportamentos inadequados)

- O que ---- já fez, vem fazendo ou deixando de fazer para resolver os problemas com a aparência? (definir os comportamentos de esquiva)

II- Severidade do problema:

- Quais são as áreas da vida de ---- que estão sendo afetadas por esses problemas? (levantar o quanto os comportamentos prejudicam o funcionamento social, ocupacional e em outras áreas da vida do indivíduo).

- Com que frequência ----- se preocupa com os defeitos, tenta camuflá-los, olha-se no espelho, pede a opinião dos outros em relação a esses defeitos? (levantar a frequência de outros comportamentos, de acordo com cada indivíduo)

- Com que frequência ----- evita sair de casa, ir a certos lugares, encontrar pessoas? (levantar a frequência de comportamentos de esquiva)

III- História de Condicionamento dos comportamentos:

- Quando começaram essas preocupações de ---- com a aparência e os comportamentos para diminuí-las? Houve algum motivo específico? Aconteceu de uma hora para outra ou foram se desenvolvendo aos poucos?

- Alguma vez alguém comentou algo sobre o defeito imaginado de ----?
- Em que medida as pessoas à volta de ----, sua família, amigos, colegas, valorizavam a aparência física ao longo de sua história de vida?
- Essas pessoas costumavam notar, comentar, elogiar, em ---- aspectos relacionados à aparência, como roupa, cabelo, beleza? Se sim, esses comentários foram se modificando ao longo do tempo ou continuaram?
- E pessoas desconhecidas, elogiavam as características físicas de ---- quando ele(a) era criança? Se sim, esses comentários foram se modificando ao longo do tempo ou continuaram?
- Quando ---- era criança, o que seus pais elogiavam nele(a)? Quais características dele(a) você acha que eles mais gostavam?
- Quando ---- era criança, porque seus pais mais se aborreciam com ele(a)? Quais características dele(a) você acha que eles menos gostavam?
- Conte um pouco sobre como era o relacionamento de ---- com seus pais ou membros da família mais próximos.
- Como foi o desempenho escolar de ---- ao longo dos anos?
- Como era o desempenho social de ---- durante a infância? Ele(a) tinha amigos? Quantos? Participava de atividades extra-escolares? Se sim, de que tipo de atividades?
- Considerando o desempenho social de ---, você o(a) caracterizaria como uma criança, um adolescente, um jovem, um adulto (depende do indivíduo) extrovertido ou tímido?

IV- Condições em que aparecem os problemas:

- Em quais ocasiões, você percebe que surgem as preocupações de --- com os defeitos e os comportamentos para diminuí-las?

- Em quais situações essas preocupações não ocorrem? O que essas ocasiões têm em comum?

V- Variáveis Conseqüentes:

- O que acontece depois que --- tenta diminuir as preocupações com a aparência?

- Quando há pessoas com ----, o que elas fazem depois que ele(a) se comporta para tentar diminuir as preocupações?

VI- Influências Culturais:

- Há lugares que --- frequenta em que as pessoas se preocupam com a beleza, conversam sobre isso, dão dicas umas para as outras?

- Quão importante você acha que ---- considera a aparência de uma pessoa?

VII- Análise dos Reforçadores:

- Descreva como é a rotina diária de ----:

- O que --- faz para se divertir ou se distrair?