



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ELISSA BATTINI

**DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARE PARA AVALIAÇÃO
DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL SOB
ENFOQUE ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

Londrina
2008

ELISSA BATTINI

**DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARE PARA AVALIAÇÃO
DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL SOB
ENFOQUE ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Orientadora: Profa. Norma Sant' Ana Zakir
Co-orientadora: Profa. Maria Rita Zoéga Soares

Londrina
2008

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

B336d Battini, Elissa.

Desenvolvimento de software para avaliação do transtorno dismórfico corporal sob enfoque analítico-comportamental / Elissa Battini. – Londrina, 2008. 121f. : il.

Orientador: Norma Sant'Ana Zakir.

Co-orientador: Maria Rita Zoéga Soares.

Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2008.

Bibliografia: f.63-68.

1. Comportamento humano – Análise – Teses. 2. Transtorno dismórfico corporal – Teses. 3. Corpo – Aspectos psicológicos – Teses. I. Zakir, Norma Sant'Ana. II. Soares, Maria Rita Zoéga. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. IV. Título.

CDU 159.9.019.43

ELISSA BATTINI

**DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARE PARA AVALIAÇÃO
DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL SOB
ENFOQUE ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Orientadora Norma Sant`Ana Zakir
Universidade Estadual de Londrina

Profa. Maria Rita Zoéga Soares
Universidade Estadual de Londrina

Profa. Vânia Lúcia Pestana Sant`Ana
Universidade Estadual de Maringá

Londrina, 30 de Julho de 2008.

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Rafael; aos meus pais, Antonio Carlos e Maria Tereza; minhas irmãs, Déa e Keka e minha sobrinha, Amanda. Obrigada por me acompanharem nesta longa jornada. A minha vida só tem sentido com vocês ao meu lado!

AGRADECIMENTOS

O término da faculdade traz com ele sentimentos antagônicos. Felicidade pelo êxito em se formar, alívio por ter vencido mais uma etapa. Saudades do acolhimento que a universidade trazia e medo do futuro desconhecido. Qual seria o passo seguinte a ser dado? Até meados do último ano do curso, o mestrado era algo sobre o qual apenas se especulava, principalmente pelo grau de dificuldade disseminado pelos corredores do PGAC. Embora em alguns instantes vinha em meu pensamento a possibilidade em fazê-lo, até aquele momento tratava-se apenas de uma vaga hipótese.

Tenho plena convicção de que a responsável por plantar a sementinha de fazer o mestrado foi a prof^a. Maria Rita Zóega Soares, pela qual tenho imensa admiração e respeito. Rita obrigada por me ajudar em momentos tão difíceis da minha vida e por acreditar em minha capacidade. Você foi uma peça-chave em minha formação, pessoal e profissional. Lembro-me que, logo durante a seleção do mestrado, a prof^a. Rita e a prof^a. Norma expressaram sua confiança em meu trabalho e me incentivaram a não esmorecer, se por ventura eu não fosse aprovada. Pouco tempo depois a prof^a. Norma se tornaria minha orientadora. Norma, obrigada não só pelas orientações ao longo destes dois anos e meio, como pela abertura e franqueza com que sempre nos relacionamos.

A partir deste incentivo, a vaga hipótese de encarar um mestrado tornou-se uma realidade. Meu marido, Rafael e minha irmã, Déa, foram peças essenciais para que eu vencesse mais essa etapa. Mesmo após meu ingresso no mestrado, inúmeras dificuldades surgiram, mas como sempre, vocês estavam lá para me dar suporte. Acredito que há pessoas que entram em nossa vida para descomplicá-la. Enxergar as coisas com clareza, buscar soluções. Vocês dois são esse tipo de pessoa: trazem simplicidade onde há o caos, luz onde há escuridão. Muito obrigada por tudo que fazem e que vêm fazendo por mim ao longo de todos esses anos. Rafa, Deus certamente deve gostar muito de mim para ter colocado uma pessoa

tão especial e maravilhosa em minha vida. Eu te amo! Déa, obrigada pela sua lealdade e carinho incondicionais. Você ilumina o meu caminho!

E como não falar da estrutura que permitiu que eu alcançasse tudo isso? Antes de qualquer coisa, vieram meus pais, que me deram o apoio necessário para que eu pudesse estudar e sempre confiaram em mim. Pai, mãe, vocês me passaram valores fundamentais. Mais do que ser uma pessoa preocupada em alcançar sucesso profissional, vocês me ensinaram, que acima de tudo, eu deveria ser uma pessoa de princípios. Me ensinaram a ser honesta, sincera e a lutar pelos meus objetivos. Tenho imensa gratidão e admiração por vocês.

Da mesma forma, não posso deixar de falar da minha irmã Angélica e minha sobrinha Amanda. Keka, obrigada pelos elogios, por sempre me dizer o quanto me considera inteligente e capaz. Isto foi importante para que em momentos de insegurança, eu conseguisse acreditar mais em mim. Amanda, você pode não imaginar, mas seu nascimento me fez querer me tornar uma pessoa melhor. Sempre quis ser um exemplo para você: ensiná-la a gostar de estudar, a lutar por seus objetivos e a ser uma pessoa leal. Espero que eu tenha conseguido acender, pelo menos, uma fagulha dentro do seu coraçãozinho.

E o que seria de mim sem minhas amigas? Harumi, Cacá, Ana Paula. Parceiras de longa data, as quais tenho orgulho de poder dizer que fizeram parte dos momentos mais importantes de minha vida. Um agradecimento especial para Harumi, que me ajudou na primeira fase de elaboração do software e que me indicou o Ênnio, programador dedicado que ajudou a transformar meus devaneios em realidade. Ênnio, obrigada pela disposição e prontidão em sempre me ajudar com problemas do software.

Agradeço também aos meus amigos do mestrado (Marina, Paulo, Camila, Jú, Carol, Olívia, Lígia, Renata e Fernanda). Pessoal, foi muito bom ter convivido com vocês. Tenho certeza que todos terão uma carreira brilhante. Com o mestrado, ganhei mais uma amiga,

Marina. Má, conte comigo para o que der e vier! Nosso lema daqui para frente será: Elissa e Marina- rumo ao doutorado!

Gostaria de agradecer também a minha sogra, Vera, por ter me ajudado a encontrar um “programador em modo de espera”, caso o Ênnio não tivesse me ajudado. Obrigada pela disponibilidade e pelo apoio em um momento crucial do meu trabalho.

Um agradecimento especial para a professora Vânia, banca do meu mestrado, que juntamente com a professora Maria Rita sugeriu importantes modificações para a melhoria deste trabalho.

Obrigada a todos vocês que direta ou indiretamente me ajudaram a vencer mais uma etapa importante em minha vida. Vocês têm um lugar reservado em meu coração!

*“Ciência é a disposição para
aceitar fatos, mesmo quando
eles se opõe aos desejos”.*
(SKINNER, 1953, p.12).

BATTINI, Elissa. **Desenvolvimento de software para avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal sob enfoque analítico- comportamental**. 2008. 99f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

RESUMO

A supervalorização da estética é uma prática cultural que cada vez mais vem sendo utilizada pela comunidade sócio-verbal, sobretudo em culturas ocidentais. Este contexto estabelece contingências que podem controlar uma série de comportamentos associados à aparência que, ao se tornarem exacerbados, passam a ser prejudiciais à medida que incluem sofrimento e alteram a rotina habitual do indivíduo. Muitos destes comportamentos podem ser identificados, segundo o *Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) como Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), que se caracteriza pela preocupação excessiva com uma imperfeição leve ou inexistente no corpo. A presente pesquisa pretende avaliar os sintomas do TDC, segundo os princípios da Análise do Comportamento, através de recursos visuais. A literatura tem demonstrado que pacientes com o transtorno costumam procurar dentistas, dermatologistas e cirurgiões plásticos porque acreditam apresentar um defeito estritamente físico. Muitos levam anos até buscarem atendimento psicológico ou psiquiátrico. Isto faz com que os comportamentos apresentados por indivíduos com diagnóstico de TDC sejam cada vez mais persistentes e de difícil intervenção. Deste modo, a prevenção dos comportamentos atribuídos ao TDC constitui um papel importante em seu tratamento. Para isso, um software foi desenvolvido, utilizando a ferramenta Microsoft Visual Studio 2005 SP1® sobre a plataforma C#.Net com framework 2.0. Foram elaboradas dez situações baseadas na literatura sobre o TDC, que descreve os principais problemas em pessoas que apresentam o transtorno, como: distorção da imagem corporal, preocupação com partes do corpo de maneira exacerbada, alta frequência de checagem do ‘defeito’ ao espelho ou então esquiva dele, comportamentos de fuga-esquiva diante de situações sociais devido à preocupação com o suposto defeito, comportamentos de camuflagem da parte considerada disforme, sentimentos em relação ao problema apresentado e à ausência dele e padrões de beleza idealizados. Considera-se que as situações baseadas em comportamentos frequentes no TDC e desenvolvidas no software podem funcionar como estímulos discriminativos para que comportamentos clinicamente relevantes sejam evocados. Tal condição pode fornecer dados relevantes para avaliação e posterior intervenção. Além da produção de conhecimento acerca do tema, o presente estudo pretende suscitar questionamento quanto aos padrões estéticos vigentes e, ao mesmo tempo, levantar informações úteis para profissionais de saúde para auxiliar na avaliação e tratamento do transtorno.

Palavras-chave: Software. Avaliação. Transtorno dismórfico corporal. Análise do Comportamento.

BATTINI, Elissa. **Software development for evaluation of Body Dysmorphic Disorder under behavior analytic approach.** 2008. 99p. Dissertation. (Master Degree in Behavior Analysis). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

ABSTRACT

The supervaluation of the aesthetics is a cultural practice that more and more has been used by the verbal community, especially in western cultures. This context establishes contingencies that can control a series of behaviours associated to the appearance what, to become exacerbated, start to be damaging while include suffering and alter the usual routine of the individual. Many these behaviours can be identified, according to the Diagnostical and Mental Statistical Manual of Disorders (DSM IV) as Body Dismorphic Disorder (BDD), which is characterized for the excessive preoccupation with light or non-existent imperfection in the body. The present study intends to evaluate the sytoms of BDD, according to the beginnings of the Behavior Analysis, through visual resources. The literature has been demonstrating which patients with the disorder usually look for dentists, dermatologists and plastic surgeons because they believe to present a strictly physical defect. Many people take years up to looking for psychological or psychiatric service. This does so that the behaviours presented by individuals with diagnosis of BDD are more and more persistent and of difficult intervention. In this way, the prevention of the behaviours attributed to the BDD constitutes an important paper in his treatment. For that, a software was developed, using the tool Visual Microsoftware package Studio 2005 SP1 ® on the platform C *. Net with framework 2.0. There were prepared ten situations based on the literature on the BDD, which it describes the principal problems in persons who present the disorder like: distortion of the physical image, preoccupation with parts of the body of way exacerbated, high frequency of gazes into a mirror or then elusive of him, behaviours of elusive-escape before social situations due to the preoccupation with the supposed defect, behaviours of camouflage of the respected deformed part, feelings regarding the presented problem and his absence and standards of beauty idealized. It is considered that the situations based on frequent behaviours on the BDD and developed in the software they can work as discriminative stimuli for which clinically relevant behaviours are evoked. Such a condition can supply relevant data for evaluation and subsequent intervention. Besides the production of knowledge about the subject, the present study intends to cause questionings as for the aesthetic standards in force and, at the same time, to raise useful informations for professionals of health that they help in the evaluation and treatment of the disorder.

Keywords: Software. Body dysmorphic disorder. Evaluation. Behavior analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Tela inicial do programa..... | 54 |
| Figura 2 – Dados do participante | 55 |
| Figura 3 – Tela em que o participante deverá escolher as situações pela ordem de 1a 10.. | 55 |
| Figura 4 – Situação-treino..... | 57 |
| Figura 5 – Diferentes imagens corporais para que participante identifique como se vê, como os outros o vêem e como gostaria que fosse..... | 58 |
| Figura 6 – Alternativas do participante para comparação | 59 |
| Figura 7 – Imagens de defeitos | 60 |
| Figura 8 – Imagens escolhidas pelo participante para comparação e descrição de sua percepção..... | 61 |
| Figura 9 – Imagens sobre causas do <i>defeito</i> apresentado pelo participante..... | 62 |
| Figura 10 – Comportamentos frente ao espelho..... | 63 |
| Figura 11 – Opções de acessórios para camuflagem..... | 64 |
| Figura 12 – Outras opções de acessórios para camuflagem..... | 65 |
| Figura 13 – Ilustrações sobre o motivo pelo qual o participante costuma atribuir os olhares das pessoas | 66 |
| Figura 14 – Continuação do quadro de figuras sobre o motivo pelo qual o participante costuma atribuir os olhares das pessoas | 67 |
| Figura 15 – Sentimentos em relação ao <i>defeito</i> apresentado pelo participante..... | 68 |
| Figura 16 – Sentimentos caso não apresentasse o <i>defeito</i> | 69 |
| Figura 17 – Tipos de cabelos..... | 71 |
| Figura 18 – Outros tipos de cabelos | 71 |
| Figura 19 – Cor de olhos | 72 |
| Figura 20 – Formato de lábios..... | 72 |
| Figura 21 – Tipos de seios..... | 73 |
| Figura 22 – Tipos de abdomens | 73 |
| Figura 23 – Tipos de glúteos | 74 |
| Figura 24 – Tipos de pernas | 74 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1-INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 CLASSIFICAÇÃO PSIQUIÁTRICA DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL | 17 |
| 1.2 CARACTERÍSTICAS DO TDC E COMORBIDADES, DE ACORDO COM ESTUDOS PSIQUIÁTRICOS E COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS | 18 |
| 1.2.1 O Transtorno Dismórfico Corporal e Semelhanças com Transtornos Alimentares | 20 |
| 1.3 INCIDÊNCIA, FATORES RELACIONADOS À ORIGEM DO TDC E SUAS IMPLICAÇÕES | 24 |
| 1.4 O TDC SOB BASES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO | 27 |
| 1.5 O MODELO DE SELEÇÃO PELAS CONSEQUÊNCIAS DE SKINNER: O CONTEXTO HISTÓRICO DOS TRANSTORNOS LIGADOS À PARÊNCIA E O PAPEL DA CULTURA COMO FATOR RELEVANTE NO DESENVOLVIMENTO E MANUTENÇÃO DO TDC | 36 |
| 1.6 TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: MANUAIS DIAGNÓSTICOS E A VISÃO ANALÍTICO- COMPORTAMENTAL | 41 |
| 1.6.1 Estudos de Caso em Psicoterapia Comportamental | 43 |
| 1.7 A UTILIZAÇÃO DE SOFTWARE COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOTERÁPICA | 46 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 48 |
| 3 OBJETIVOS | 49 |
| 3.1 OBJETIVOS GERAIS | 49 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 49 |
| 4 MÉTODO | 50 |
| 4.1 RECURSOS HUMANOS | 50 |
| 4.2 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS | 50 |
| 4.3 LOCAL | 50 |
| 4.4 PROCEDIMENTO | 51 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 54 |
| 6 CONCLUSÃO | 89 |

| | |
|--|----|
| REFERÊNCIAS | 92 |
| APÊNDICES | 98 |
| APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido do participante..... | 99 |

1 INTRODUÇÃO

Preocupar-se com a aparência é algo presente há séculos, nos mais variados tipos de culturas. No entanto, discute-se que, atualmente, esta preocupação tem se acentuado, culminando com a supervalorização da imagem corporal (ESCURSELL, 2006; ROSEN, 2003; SARWER; LOWE, 2003). A todo instante, a beleza e a forma física são enfatizadas pela comunidade sócio-verbal, sobretudo em culturas ocidentais. Os meios de comunicação realizam intensa divulgação sobre alternativas de emagrecimento e para se obter um corpo “ideal”.

Apesar do Brasil ser considerado relativamente pobre e com diversos problemas de saúde pública, pesquisas têm demonstrado um panorama ascendente de intervenções em cirurgia plástica. O número de cirurgias nessa área, realizadas no país em 1980, foi de aproximadamente 50 mil. Em 2007, este número chegou a 713.428. Comparando estes dois períodos, o número de lipoaspirações aumentou 11.300%, de próteses mamárias, 2000% e de rinoplastias, 859% (BUCHALLA, 2008). Atualmente, o Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em número de cirurgias plásticas (RAHRA, 2006).

Somado ao crescimento de procedimentos cirúrgicos, tem-se uma outra prática que também pode trazer prejuízos ao indivíduo: o desenvolvimento acelerado e o uso indiscriminado de medicamentos que facilitam o emagrecimento. Um relatório da ONU em Março de 2006 conferiu ao Brasil o primeiro lugar no mundo em consumo de anfetaminas. O uso da substância teve um aumento de mais de 500% desde 1998, fazendo com que o país ocupe o terceiro lugar no ranking daqueles que mais consomem fórmulas para emagrecimento. Dados demonstram que isto ocorre devido à prescrição do médico, a demanda do paciente e o interesse de laboratórios farmacêuticos na manipulação e venda deste tipo de medicamento. Além disso, para reforçar a necessidade que o paciente menciona ter, há também a difusão de uma cultura de culto ao corpo (RAHRA, 2006).

Desta forma, este contexto estabelece contingências que podem vir a controlar uma série de comportamentos associados à estética que, ao se tornarem exacerbados, passam a ser prejudiciais, à medida que geram sofrimento e alteram a rotina habitual do indivíduo. Muitos destes comportamentos são descritos por estudos da Psiquiatria, como ocorre com o Transtorno Dismórfico Corporal¹ (TDC) ou Dismorfofobia, que se

¹ Do inglês: *Body Dysmorphic Disorder* (BDD).

caracteriza essencialmente pela preocupação excessiva com partes do próprio corpo, percebidas pelo indivíduo como defeitos² físicos, no entanto, considerados ausentes ou inexpressivos por observadores externos.

Por se tratarem de transtornos que possivelmente provêm de uma origem comum (especialmente no que se refere à cultura do corpo perfeito), pesquisas recentes têm demonstrado que o TDC e Transtornos Alimentares apresentam semelhanças, com relação às características ligadas à distorção da imagem corporal e ao tipo de intervenção aplicada (ESCURSSEL, 2006; NEZIROGLU; YARYURA-TOBIAS, 2004; RUFFOLO; PHILLIPS; MENARD; FAY; WEINBERG, 2006). Em vista disso, uma discussão acerca deste tema será tratada em um dos capítulos seguintes.

Devido ao elevado número de trabalhos publicados, este estudo abordará inicialmente, a classificação psiquiátrica do TDC, além da visão tradicionalmente encontrada na literatura médica e na abordagem cognitivo-comportamental. Vale ressaltar que será preservada a nomenclatura Transtorno Dismórfico Corporal por questões práticas, visto que descreve uma série de comportamentos de interesse a serem pesquisados, facilitando a comunicação e o acesso a pesquisas que tratam deste fenômeno.

A seguir, será apresentada uma proposta de estudo baseada no referencial teórico da Análise do Comportamento, que difere em muitos aspectos da Psiquiatria e da abordagem Cognitivo-comportamental. Como exemplo de divergência, tem-se a ênfase exclusiva na topografia do comportamento, encontrada no primeiro modelo e a noção de elos internos como status causal, considerada relevante no segundo modelo.

Para elucidar o comportamento do indivíduo, tais abordagens utilizam-se de constructos mentalistas, oferecendo explicações circulares que podem dificultar o acesso a variáveis ambientais que estejam em ação sobre o comportamento. Uma explanação detalhada e diferenciada destas visões tradicionais também será descrita. Com isso, pretende-se oferecer uma compreensão do TDC sob enfoque analítico-comportamental, e, conseqüentemente, disponibilizar uma alternativa para diagnóstico que subsidiará futuras intervenções.

² A palavra *defeito* é utilizada pelos indivíduos diagnosticados com TDC. Cirurgiões plásticos afirmam que ninguém possui uma simetria estética perfeita, sendo assim, todas as pessoas teriam algum mínimo *defeito* em sua aparência (Moriyama, 2003).

1.1 CLASSIFICAÇÃO PSIQUIÁTRICA DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Os comportamentos do Transtorno Dismórfico Corporal foram descritos pela primeira vez em 1980, na terceira edição do DSM³. Entretanto, não havia uma denominação específica, sendo classificado na categoria de Transtorno Somatoforme, sem nenhum critério diagnóstico. Em 1987, na terceira edição do DSM revisado, passa a ser considerado um Transtorno Somatoforme particular denominado Transtorno Dismórfico Corporal (SARWER; LOWE, 2003; SAVOIA, 2000).

Atualmente o TDC é descrito pelo DSM IV (APA,1995) como um transtorno relacionado à exacerbação da preocupação com a aparência física, que se enquadra na categoria dos Transtornos Somatoformes. Para que um indivíduo seja classificado como “portador” do TDC, três critérios precisam estar presentes:

- A) Preocupação com um defeito na aparência física - o defeito é imaginado ou então, se houver alguma alteração, a preocupação é demasiadamente excessiva;
- B) A preocupação deve causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional em outras áreas importantes da vida;
- C) A preocupação não deve ser mais bem explicada por um outro transtorno mental, por exemplo, Anorexia Nervosa ou Bulimia.

Em se tratando da CID10⁴ (1993), o TDC não apresenta uma categoria exclusiva. Está incluso na categoria da hipocondria não-delirante, sendo que quando houver a presença de delírios, a CID recomenda que ele deva ser enquadrado na categoria de outros transtornos com delírio.

Avaliando a categoria na qual o TDC está incluso na CID (hipocondria), como também os três critérios para classificação do TDC (preocupação excessiva, que deve causar sofrimento significativo e não se explica melhor por outro transtorno) no DSM IV, se identifica que o TDC ainda é um transtorno pouco descrito, mesmo do ponto de vista

³ Do inglês: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), agora em sua quarta edição. O DSM foi elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana e se restringe a transtornos psiquiátricos.

⁴ A sigla CID significa Classificação Internacional de Doenças e se encontra em sua décima edição. A CID foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde. Ela abrange a descrição de todas as doenças, incluindo os chamados “transtornos mentais”.

topográfico. Não há indicação de frequência, como também, não há operacionalização do conceito “preocupação excessiva”, nem especificações das condições em que pode ser considerado “fora dos padrões”⁵. Tais indefinições e imprecisões produzem mais dúvidas que esclarecimentos.

A elucidação do TDC, mesmo quanto às características topográficas, requer descrições detalhadas, assim como a identificação de variáveis com as quais se relaciona. Deste modo, na próxima seção se processará um maior detalhamento das características do TDC encontradas na literatura e suas associações com outros transtornos. Tais descrições não serão segmentadas entre estudos psiquiátricos e cognitivo-comportamentais porque ambos utilizam-se de definições semelhantes para a compreensão do TDC.

1.2 CARACTERÍSTICAS DO TDC E COMORBIDADES, DE ACORDO COM ESTUDOS PSIQUIÁTRICOS E COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

A característica essencial do TDC é a preocupação com um defeito mínimo ou imaginário na aparência, o qual muitos pacientes acreditam tratar-se de um defeito físico bastante evidente. Indivíduos com esse diagnóstico podem se preocupar com qualquer parte do corpo, mas as queixas mais frequentes envolvem falhas imaginárias (sem concordância com a observação pública), ou imperfeições leves, cujas proporções são supervalorizadas. Estes pequenos “defeitos” podem ter ocorrido em função de cicatrizes, acne ou podem estar relacionados à forma ou tamanho do nariz, olhos, sobrancelhas, assimetria facial, bochecha, lábios, mãos, pés, genitais, etc (CORORVE; GLEAVES, 2001; ROSEN; REITER, 1996; TORRES; FERRÃO; MIGUEL, 2005; VEALE et al.,1996).

Alguns indivíduos com o diagnóstico de TDC podem não ser capazes de localizar o defeito, queixando-se apenas de serem feios ou estranhos. A preocupação com o corpo, de maneira global, também não é rara, sendo frequente relatos de insatisfação com o peso ou com a forma de grandes áreas do corpo (ROSEN, 2003).

O TDC envolve a emissão de comportamentos bem peculiares, como por exemplo, camuflagem, que consiste em mascarar ou esconder o suposto defeito por meio de

⁵ De acordo com a Análise do Comportamento, “fora dos padrões” está ligado ao que não é aceito por uma determinada cultura. Este conceito será mais bem discutido no tópico *O Transtorno Dismórfico Corporal sob a ótica analítico-comportamental e propostas de intervenção*.

barba, uma forma peculiar de arrumar o cabelo, aplicação de maquiagem de forma ritualizada; uso de roupas, como casacos, blusas de manga comprida; ou então, acessórios, como chapéus, lenços, etc.

Um outro comportamento típico é a verificação. Para Veale e Riley (2001), olhar no espelho ocorre em, aproximadamente, 80% dos pacientes com TDC, enquanto que o restante tende a evitar espelhos, às vezes cobrindo-os ou removendo-os, para evitar estresse ou passar tanto tempo se olhando. Podem ocorrer verificações em outras superfícies refletoras disponíveis como, vitrines de lojas, pára-brisas de automóveis, ou então frequências excessivas com cuidados na aparência, como escovar os cabelos, remover pêlos, beliscar-se, entre outros. Além disso, muitos relatam a ocorrência de pensamentos repetitivos e intrusivos em relação à aparência (BALLONE, 2006).

Os comportamentos supracitados podem ocupar várias horas no dia e se tornarem verdadeiros rituais, por serem persistentes e recorrentes. Tal condição faz com que o TDC seja considerado, por muitos autores, como pertencente ao espectro do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, o TOC (GRANT; PHILLIPS, 2005; NEZIROGLU; STEVENS; MC KAY; YARYURA- TOBIAS, 2001). Entretanto, um fator que os diferencia é o fato de que no TOC, as obsessões podem ter diferentes conteúdos (agressivo, sexual, religioso, de contaminação), enquanto que no TDC as chamadas ‘obsessões’ se atêm a questões corporais, envolvendo uma ou mais preocupações, de maneira simultânea ou sucessiva (TORRES et al., 2005).

Além do TOC, é muito freqüente que o TDC possa estar associado a outros transtornos, como: Fobia Social, Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Delirante, (BALLONE, 2006; CORORVE; GLEAVES, 2001). Em se tratando da comorbidade com a Fobia Social, Rosen (2003) afirma que a preocupação com a aparência no Transtorno Dismórfico Corporal consome um tempo excessivo e prejudica o indivíduo em situações que envolvam o convívio social. Pelo fato destes indivíduos evitarem a exposição em lugares públicos devido ao suposto defeito, alguns autores ressaltam que haveria um componente fóbico no TDC (CORORVE; GLEAVES, 2001; SAVOIA, 2000). De acordo com Rosen (2003), a pessoa que tem diagnóstico de TDC acredita que os outros irão notar seu defeito e julgá-lo como deformado e repugnante e, desta forma, opta pelo isolamento social.

Além do fato dos indivíduos com diagnóstico de TDC supervalorizarem pequenas imperfeições, uma outra característica que pode ser encontrada em alguns casos se refere ao relato de odores corporais imaginários. Em virtude desta característica, alguns

autores salientam que o TDC pode estar ligado ao Transtorno Delirante (ROSEN, 2003; TORRES et al., 2005).

Em se tratando da comorbidade com a Depressão, há dados na literatura que sugerem que o TDC seja comum nestes casos e vice-versa. Phillips e Kim (como citado em AMÂNCIO et al., 2002) analisaram 30 casos de TDC e assinalaram que geralmente um transtorno do humor, particularmente Depressão Maior, é o mais comumente associado a TDC e que este geralmente coexiste com TOC e Fobia social.

De acordo com Neziroglu e Yaryura-Tobias (1993), o TDC é considerado raro pelos psicólogos clínicos. No entanto, isto se deve ao fato de que esta população está mais concentrada em consultórios de dermatologia e de cirurgia plástica, buscando “consertar” o defeito físico que acreditam apresentar. Assim, acredita-se que o TDC é mais comum do que se pensa, todavia, torna-se difícil avaliar a presença destes sintomas em uma entrevista clínica pelo fato de muitos profissionais da área da saúde desconhecerem este problema, além da intenção do paciente em ocultá-lo.

1.2.1 O Transtorno Dismórfico Corporal e semelhanças com Transtornos Alimentares

Uma discussão relativamente recente na área de pesquisadores que estudam TDC e/ ou Transtornos Alimentares tem trazido uma nova concepção à tona. Considera-se a possibilidade de que ambos devessem ser agrupados em uma mesma categoria nosológica, incluindo também a Vigorexia. Toda esta discussão se deve ao fato de que as duas classificações apresentam um componente essencial em comum: a distorção da imagem corporal.

De acordo com Escursel (2006), a investigação do transtorno de imagem corporal nasceu unida à investigação dos Transtornos Alimentares, especialmente da percepção corporal, e por isso, muitos pesquisadores têm realizado estudos comparativos. Segundo o estudo de Ruffolo et al. (2006), realizado com uma amostra de 200 pessoas que preenchiam os critérios para TDC de acordo com o DSM IV, 32,5% dos sujeitos pesquisados apresentaram um transtorno alimentar comórbido ao longo de suas vidas, como Bulimia e Anorexia.

Atualmente, devido aos resultados obtidos em investigações sobre percepção corporal, sabe-se que um fator fundamental consiste em avaliar aspectos

relacionados à insatisfação com o próprio corpo, pois, tanto no TDC, quanto nos Transtornos Alimentares, esta insatisfação parece ser a mola propulsora do desenvolvimento destes transtornos. Devido a este componente em comum, é muito freqüente encontrar artigos que descrevem somente o TDC ou somente os Transtornos Alimentares com definições praticamente idênticas em relação à distorção da imagem corporal. Por exemplo, Thomson (como citado em SAIKALI; SOUBHIA; SCALFARO; CORDAS, 2004) descreve a imagem corporal como um conceito que envolve componentes perceptivos, subjetivos e comportamentais, precisamente a mesma definição adotada por Veale et al. (1996) e Escursell (2006), para relatar os aspectos envolvidos no TDC. Há, no entanto, autores que vêm apontando a possibilidade de se tratarem de uma mesma categoria nosológica.

Para Ballone (2007), na Anorexia Nervosa, e quase sempre na Bulimia, há também uma deformação da imagem corporal. A pessoa se vê muito mais gorda do que de fato é e costuma não acreditar em pessoas que lhe dizem o contrário. Pessoas com Anorexia ou Bulimia costumam ver “dobras” ou “gorduras” que, ou não existem, ou são fisiológicas e normais. Para o autor isto também seria uma espécie de Transtorno Dismórfico Corporal.

Segundo Neziroglu, Marty e Yaryura-Tobias (2004), têm-se sugerido que o TDC seja incluso na categoria dos Transtornos Alimentares. Rosen, Cado, Silberg, Srebinck e Wendt (1990), consideram que indivíduos que erroneamente se percebem com excesso de peso apresentam Transtorno Dismórfico Corporal. Para os autores, este grupo de indivíduos supervaloriza seu tamanho corporal, se preocupa e se angustia com o defeito percebido e evita situações que provocam ansiedade. Deste modo, estes indivíduos preencheriam os critérios para o TDC. No entanto, segundo Neziroglu, Marty e Yaryura-Tobias (2004), ainda não está claro se o TDC poderia estar incluso na categoria de Transtorno Alimentar, tendo em vista que avaliação exagerada do tamanho corporal, preocupação e ansiedade em relação à imagem corporal são critérios de exclusão para TDC.

De acordo com Rosen et al. (1990), o problema da insatisfação com a imagem corporal tem recebido atenção crescente nos últimos anos, devido à grande prevalência em mulheres, que acreditam que seu peso está elevado e necessitam perdê-lo. No entanto, para os autores, acreditar que é preciso perder peso não é o mesmo que apresentar um distúrbio na imagem corporal. Extrema insatisfação com a imagem corporal é menos comum, mas é uma epidemia entre mulheres e não se limita somente àquelas que apresentam desordens alimentares. O aumento da prevalência da imagem corporal negativa pode estar associado a um estresse cultural acentuado de magreza e um ideal específico de beleza para a mulher, o qual poucas conseguem atingir.

Segundo Rosen et al. (1990), a distorção da imagem corporal representa um problema de saúde mental para as mulheres porque é estressante e pode interferir no funcionamento normal das relações, estando associado à Depressão, introversão social e auto-estima negativa. Além disso, seria o aspecto central das desordens alimentares. Têm discutido que o comportamento alimentar anormal pode ser secundário à preocupação excessiva com o peso e a forma do corpo. Resultados de estudos prognósticos de tratamento da Anorexia Nervosa e Bulimia indicam que a imagem corporal distorcida é um significativo preditor de recaídas. Por estas razões, Rosen et al. (1990), consideram fundamentais tratamentos efetivos para a percepção distorcida da imagem corporal.

Thomas (1987) faz um paralelo entre Anorexia Nervosa e o TDC. Para o autor, ambos são desordens funcionais que geralmente ocorrem em indivíduos jovens e são caracterizadas por distúrbios da imagem corporal. Na primeira condição, o indivíduo se percebe mais gordo do que realmente é, enquanto que no TDC, os sujeitos se queixam de um aspecto específico da aparência, tal como nariz, queixo, boca, seios ou pênis. Na Anorexia, ocorre perda de peso e a aparência do indivíduo não pode ser considerada normal. No TDC, há um sentimento de feiúra ou defeito físico que o paciente sente que é evidente para os outros, embora a aparência esteja dentro dos limites normais. De acordo com o autor, é incorreto considerar que os pacientes com Anorexia apresentam TDC porque há um diagnóstico primário de Anorexia e o distúrbio na imagem corporal não é localizado.

Cohen (1987) ressalta a dificuldade de se trabalhar com a nosologia psiquiátrica. Segundo ele, muitas características clássicas do TDC estão presentes na Anorexia, como o distúrbio da imagem corporal. No entanto, o TDC ainda é confuso devido à ênfase na aparência física. O autor considera tal discussão supérflua porque o aspecto do distúrbio da imagem corporal é um critério diagnóstico da Anorexia Nervosa e critica duramente o fato de que se os psiquiatras utilizarem um método de sobrepor nosologias, então o estudo de caso poderia ter a associação de vários transtornos, por exemplo, *Um estudo de Anorexia, Dismorfofobia, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo*, etc. Nesse sentido, a cada novo episódio da manifestação de um transtorno, poderia-se rotular o paciente e começar novamente o diagnóstico.

Para Andreasen e Bardach (1977), o termo Dismorfofobia refere-se a um sentimento de feiúra em uma pessoa de aparência normal. É usado no leste europeu e na Psiquiatria russa, mas não é familiar e até desconhecido para a maioria dos psiquiatras americanos. O termo não aparece no CID e nem no DSM, os dois sistemas nosológicos nos quais os psiquiatras americanos se baseiam. Entretanto, o termo Dismorfofobia refere-se a um

transtorno importante que é encontrado em pacientes que procuram cirurgias cosméticas. Para estes autores, mais estudos precisariam ser feitos para determinar se o TDC seria um sintoma de uma doença subjacente ou se ele mesmo é uma patologia.

Para isso, Andreasen e Bardach (1977) estudaram seis pacientes que apresentavam o transtorno por dois anos. Segundo eles, o primeiro sintoma do TDC seria a crença de não ser atrativo, resultando na crença de ser totalmente feio e que poderia ser mais atrativo se fosse mudado cirurgicamente. Os pacientes solicitavam procedimentos (como *liftings* na face) se percebessem imprecisamente testas enrugadas, aumento mandibular, elevação das sobrancelhas (para parecerem mais otimistas e menos como criminosos). Quando questionados sobre a natureza da mudança que alcançariam cirurgicamente, eles apresentavam expectativas totalmente irrealistas e mágicas sobre a extensão do quanto poderiam se tornar belos.

Por outro lado, esses pacientes raramente esperavam que a cirurgia fizesse qualquer mudança significativa em seu estilo de vida, isto é, eles não pensavam em oportunidades para desenvolver relacionamentos com o sexo oposto ou obter um emprego desejável. Apresentavam uma tendência a estarem satisfeitos com suas vidas, mas não com a sua aparência. Para os autores, pacientes com TDC apresentam muitas características de vários transtornos, o que dificultaria um diagnóstico específico de desordem de personalidade.

Assim, observa-se a dificuldade de consenso com relação a englobar o TDC e os Transtornos Alimentares em uma mesma categoria nosológica. O que se percebe é que ambos apresentam uma questão central relacionada à presença da “distorção da imagem corporal” e que necessita de esclarecimentos. Tal condição parece ser um importante preditor no desenvolvimento destes transtornos. Vale ressaltar que sob a óptica da Análise do Comportamento, tal discussão poderia levar a novos rumos, tendo em vista o foco funcional versus o topográfico adotado por esta abordagem.

Ao tentar elucidar o TDC sob o ponto de vista funcional pode-se dizer que, tanto nos Transtornos Alimentares, quanto no TDC existe uma preocupação exagerada com o corpo e comportamentos que diminuem a aversividade gerada por este descontentamento. Nesse enfoque, trata-se de uma mesma função, ou seja, tornar o corpo mais atrativo ou a noção de que isso o fará mais feliz ou mais aceito por outras pessoas. Todavia, o que se observa é que os operantes são diferentes. Algumas pessoas recorrem a cirurgias plásticas, outras, a dietas, mas, ambas se percebem de forma diferente de como sua comunidade verbal as vê.

Nesse sentido, um paralelo com o Transtorno Obsessivo- Compulsivo (TOC) pode ser útil. No TOC há diversas obsessões (de verificações repetidas, de limpeza, de conteúdo sexual), mas isso não as torna pertencentes a categorias nosológicas diferentes. Têm como objetivo reduzir pensamentos catastróficos, prevenir eventos improváveis, etc. Desta forma, este estudo não adotará os critérios clássicos do DSM IV que preconizam que, caso o indivíduo preencha os critérios para o TDC, ele não poderá ser classificado como bulímico ou anoréxico ou vice-versa. Ou seja, ao preencher os critérios para Transtornos Alimentares, ele não poderá ser diagnosticado com TDC. A ênfase aqui recairá sobre a chamada distorção corporal, não sendo excludentes diagnósticos anteriores de Transtornos Alimentares.

Assim, a possibilidade de previsão e controle dos comportamentos típicos do TDC ainda constitui uma tarefa difícil, dada a indefinição com que se aborda o tema. Alguns autores, em especial, Moriyama (2003) e Ramos (2004) consideram os determinantes da história pessoal como promissoras fontes de esclarecimentos acerca do transtorno. Desta forma, variáveis que possam esclarecer como este repertório comportamental é selecionado e mantido serão descritas no próximo tópico.

1.3 INCIDÊNCIA, FATORES RELACIONADOS À ORIGEM DO TDC E SUAS IMPLICAÇÕES

A literatura psicológica e psiquiátrica tem mostrado que o Transtorno Dismórfico Corporal geralmente se inicia durante a adolescência, podendo persistir por muitos anos, até que seja diagnosticado. Isso ocorre frequentemente porque os indivíduos com o transtorno relutam em revelar seus sintomas (PHILLIPS; DIAZ, 1997). A origem do TDC parece estar ligada ao início da menstruação no caso de meninas ou puberdade para os meninos, quando ambos experenciam o aparecimento de acnes e mudanças na pele. Entretanto, não há pesquisas empíricas que comprovem tal afirmação, dada a dificuldade para manipular tais variáveis (CORORVE; GLEAVES, 2001). Além disso, sugere-se que o Transtorno Dismórfico Corporal seja diagnosticado com frequência semelhante em homens e mulheres (SAVOIA, 2000).

Em relação aos possíveis fatores relacionados à origem do TDC, Cororve e Gleaves (2001) apontam que há relação entre fatores culturais e o desenvolvimento e manutenção do TDC, especialmente aqueles que enfatizam a importância da aparência e da atratividade física. Assim, atributos menos perfeitos e deformidades seriam vistos como

negativos. Além disso, comparações com outras pessoas ou um padrão idealizado e a ênfase na importância da opinião de terceiros seriam aspectos adicionais do TDC que também comporiam os fatores culturais. A exemplo disso tem-se o estudo de Becker (como citado em SAIKALI et al.,2004), que avaliou o impacto da exposição de adolescentes à televisão e conseqüentes comportamentos alimentares destes indivíduos. O estudo foi dividido em duas etapas, a primeira em 1995 e a segunda em 1998, depois de três anos de exposição à televisão. Os resultados indicaram que transtornos alimentares foram significativamente mais prevalentes após 1998, sugerindo um impacto importante da mídia sobre o comportamento alimentar do indivíduo.

O risco de desenvolvimento de TDC é maior quando eventos críticos que envolvem aspectos da aparência ocorrem. O exemplo mais comum é o de brincadeiras familiares envolvendo críticas constantes à aparência (ANDREASEN; BARDACH,1977; ROSEN; REITER, 1996). Segundo Cororve e Gleaves (2001), comentários negativos sobre peso ou tamanho são preditores significativos para a insatisfação com o corpo. Além disso, desarmonia familiar e experiências desfavoráveis na infância podem produzir sentimentos duradouros de se sentir não-amado, inseguro e rejeitado, contribuindo para o desenvolvimento do TDC.

Andreasen e Bardach (1977) relataram que o típico padrão de comportamento observado em pessoas diagnosticadas com TDC é o de timidez, associado à baixa frequência de atividades na escola, poucas amizades e/ ou encontros amorosos e uma vida sexual limitada. Tipicamente são pessoas de classe média e buscam alcançar perfeição em todos os aspectos da sua vida. Podem, por exemplo, realizar exercícios ritualísticos rotineiros e fazer dietas regularmente para manter baixo o peso. A maior parte do perfeccionismo é focado em si próprio, com a finalidade de se tornarem mais belos e mais inteligentes. A inteligência geralmente é normal ou superior, mas há pouca percepção em relação à natureza do problema, o que leva estas pessoas a pensarem que isto pode ser resolvido por uma simples correção cirúrgica. Para os autores, ainda há pouca informação disponível a respeito da etiologia, curso e prognóstico. Sugerem que, após o diagnóstico, seja realizado um estudo de follow-up entre cinco a dez anos, para determinar se o indivíduo desenvolveu algum transtorno psiquiátrico específico, se permanece descontente com sua aparência, se conseguiu se adequar socialmente e profissionalmente ou se esta condição se deteriorou.

Para Andreasen e Bardach (1977), o tratamento indicado para esta condição deveria ser psiquiátrico e não cirúrgico. Estes pacientes podem resistir à consulta psiquiátrica,

mas podem ir de cirurgião em cirurgião em busca de alguém que corrija sua suposta deformidade. Assim, é freqüente que encontrem um novo “defeito” que necessite de outra correção. Como o “defeito” é muito mais emocional do que físico, eles raramente estarão satisfeitos com as modificações físicas obtidas e assim podem se tornar pessoas com aparência extremamente artificial.

Em um estudo realizado por Phillips e Diaz (1997), 90% das pessoas diagnosticadas com TDC apresentavam baixa auto-estima e acreditavam que a única forma de melhorá-la seria através da melhoria da aparência. Tais indivíduos temiam a rejeição e consideravam que só seriam aceitos se fossem bonitos.

Um ponto relevante se refere às implicações do TDC, que em muitos casos levam a sérias limitações, como por exemplo, prejuízos sociais. A esquiva de atividades de rotina pode acarretar um grande isolamento. Em alguns casos, os indivíduos passam a sair de casa somente à noite, quando não podem ser vistos, ou então permanecem confinados por muito tempo, até por meses. Em casos mais graves, chegam a abandonar a escola, evitar entrevistas de emprego, limitar drasticamente o círculo social e a se esquivar de encontros românticos. O nível de sofrimento e da disfunção associados a este transtorno é variável, podendo provocar repetidas hospitalizações, ideação e tentativas de suicídio (BALLONE, 2006; CORORVE; GLEAVES, 2001; PHILLIPS, 2000).

Além das limitações que a preocupação excessiva com a aparência acarreta para o próprio indivíduo e seus familiares, há uma outra implicação, que afeta os profissionais da saúde. De acordo com Sarwer e Lowe (2003), muitos cirurgiões plásticos têm sido prejudicados por não identificarem os comportamentos presentes no chamado TDC e acabam por realizar cirurgias desnecessárias. Há casos em que pacientes insatisfeitos com o resultado cirúrgico processaram e até agrediram fisicamente seus médicos por acreditarem que a intervenção cirúrgica poderia melhorar áreas importantes da sua vida.

O fato de não haver um procedimento padrão estabelecido para o tratamento do TDC faz com que psicólogos e psiquiatras elaborem proposições explicativas e testem intervenções, principalmente ligadas aos transtornos de ansiedade, tendo em vista a similaridade de comportamentos do TDC com comportamentos descritos nestes transtornos (ROSEN; REITER, 1996; TORRES et al., 2005; VEALE et al., 1996).

A próxima seção será apresentada devido à escassa literatura a respeito do TDC na Terapia Comportamental, como também pelo fato de que, embora possa haver discordâncias na explicação deste fenômeno entre estudos comportamentais e cognitivo-comportamentais, há similaridades nas formas de intervenção entre as abordagens (como os

procedimentos de Exposição com prevenção de resposta, Treino em habilidades sociais, etc). Além disso, os diversos estudos existentes na área cognitivo-comportamental têm trazido benefícios para seus participantes, principalmente por reduzirem comportamentos típicos do Transtorno Dismórfico Corporal e possibilitarem uma melhor qualidade de vida para estes indivíduos. Deste modo, será enfocada a compreensão cognitivo-comportamental do TDC, bem como intervenções realizadas nestas áreas.

1.4 O TDC SOB BASES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Teorias cognitivo-comportamentais a respeito do TDC entendem que se trata de um transtorno no qual a *percepção do indivíduo em relação a sua imagem corporal se encontra distorcida*⁷. Para Slade (como citado em VEALE et al., 1996), a imagem corporal pode ser definida como uma fotografia que nós temos na mente sobre o tamanho e a forma de nosso corpo, assim como nossos sentimentos em relação a essas características e às partes que constituem o corpo. Desta forma, o TDC é considerado por estes autores como um distúrbio da imagem corporal, que consiste em uma preocupação com um defeito imaginário na aparência. Além disso, é freqüente encontrar em publicações sobre o TDC que o transtorno apresenta dois componentes principais: um componente perceptual e um componente subjetivo. O primeiro estaria ligado à precisão com que o tamanho do corpo do indivíduo é estimado, ou seja, o quanto a maneira com que a pessoa se vê corresponde a sua imagem verdadeira; enquanto que o componente subjetivo se refere às atitudes, sentimentos cognições e valores em relação ao seu próprio corpo (CORORVE. GLEAVES, 2001; ESCURSELL, 2006; VEALE et al., 1996).

Segundo Cororve e Gleaves (2001), não há um tratamento específico para o TDC. Estratégias de tratamento têm incluído tratamentos médicos não psiquiátricos (como cirurgias estéticas, farmacoterapia), terapia psicodinâmica, terapia cognitivo-comportamental e métodos combinados. De acordo com esses autores, estudos obtidos por meio de relatos de caso único, linha de base múltipla com único sujeito e diversos estudos de caso, apontaram que a terapia cognitivo-comportamental parece ser o tratamento mais efetivo. Carracedo et al,

⁷ A ênfase foi dada para que seja apontada uma nova análise desta expressão na próxima seção.

2004; Grant e Phillips, 2005; Rosen, 2003; Veale, 2002 também corroboram essa afirmação e discutem técnicas utilizadas⁸ nesta abordagem.

Partindo do pressuposto de que indivíduos com o transtorno apresentam uma percepção distorcida de sua imagem corporal, os cognitivistas têm adotado freqüentemente o procedimento de reestruturação cognitiva no tratamento do TDC. Ela envolve a identificação de crenças disfuncionais e tem como objetivo desenvolver crenças alternativas que incluem a aceitação da beleza como sendo subjetiva e a inclusão da crença de que os humanos são muito complexos para se basear exclusivamente na aparência (Veale et al., 1996). O treinamento de habilidades sociais, *role-play* e intervenções psicoeducativas também têm sido utilizados. Esta última vem sendo reconhecida como um elemento importante no tratamento, principalmente em estágios iniciais (CARRACEDO et al., 2004; PERPIÑA et al., 2004; ROSEN; REITER, 1996; VEALE et al., 1996).

Informações básicas a respeito da psicologia da aparência física, o conceito de imagem corporal, o desenvolvimento do TDC, freqüentemente são apresentados aos indivíduos com este diagnóstico e, segundo os autores, vêm produzindo redução nos comportamentos típicos do transtorno (CARRACEDO et al., 2004; PERPIÑA et al., 2004; ROSEN; REITER, 1996; VEALE et al., 1996). A literatura demonstra dificuldade de identificação de estudos enfocando somente avaliação ou outros direcionados somente ao tratamento. Devido aos bons resultados encontrados, algumas destas pesquisas serão relatadas.

Em um estudo de Rosen et al. (1990), vinte e quatro mulheres com peso normal com distúrbio da imagem, mas sem desordens alimentares foram randomicamente distribuídas para participarem de terapia cognitivo-comportamental *com ou sem* treinamento na precisão da percepção da imagem corporal. O tratamento foi realizado por seis semanas em grupos pequenos. Ambos tratamentos envolviam modificação de pensamentos distorcidos e negativos sobre a aparência física e exposição a situações evitadas as quais provocavam a imagem corporal negativa. Além disso, em uma das condições de tratamento foram realizados exercícios com correção da estimativa de tamanho e peso.

As participantes foram distribuídas randomicamente em dois grupos: 15 mulheres no grupo terapia cognitivo-comportamental com treinamento da percepção do tamanho/ medida (CBTP) e 12 para a terapia cognitivo-comportamental sem treinamento da percepção de medidas (CBT). Uma participante de cada grupo desistiu, restando 25 mulheres.

⁸ Algumas técnicas estão melhor definidas que outras, dada à pertinência da técnica para o transtorno dentro da abordagem cognitivo-comportamental.

Além disso, uma mulher do grupo CBTP não estava disponível para os três meses de follow-up, resultando em 13 avaliações no grupo CBTP e 11 no CBT. As participantes se encontravam em grupos de 3 a 4 pessoas, mais a terapeuta. O grupo CBTP foi subdividido em 2 grupos de 3 mulheres e dois grupos de 4 mulheres, enquanto a condição CBT foi subdividida em um grupo de 3 mulheres e 2 grupos de 4 mulheres.

O tratamento teve duração de seis semanas, cada uma com duas horas de duração. As terapeutas eram três mulheres com graduação avançada em psicologia clínica que tinham experiência no tratamento de distúrbios alimentares e uma outra com experiência no tratamento de distúrbios da imagem corporal. O tratamento foi padronizado pelas terapeutas, que utilizavam um mesmo protocolo. Este continha sessões com leituras, exercícios terapêuticos, tarefas e listas de típicas interações verbais participante-terapeuta com respostas sugeridas pelos terapeutas. O tratamento era baseado em cada uma das três facetas da imagem corporal: perceptual, cognitivo-avaliativa e comportamental.

A primeira sessão do tratamento envolvia leitura e discussão da imagem corporal, incluindo sua definição, influências culturais e familiares no seu desenvolvimento e conseqüências negativas da supervalorização do peso e forma. Uma tarefa relacionada ao tema era proposta, por exemplo, era solicitado que a participante trouxesse na próxima sessão alguma influência pessoal ou da mídia que havia representado um fator importante no desenvolvimento de sua própria imagem corporal.

Na segunda sessão, o conceito de percepção do tamanho era explicado e era pedido que as participantes especificassem os aspectos físicos estressantes de seu peso e tamanho em uma visualização do exercício. As terapeutas focavam em verbalizações como muito gordo, muito largo, desproporcional e os identificava como exemplos de percepções do tamanho corporal que desencadeavam sentimentos negativos. Os participantes então realizavam um exercício de estimativa do tamanho que utilizava um instrumento denominado Compasso Antropométrico, que media com precisão o tamanho do corpo. Nesta situação, somente as partes do corpo que evocavam grande estresse eram selecionadas. O exercício envolvia fazer com que, repetidamente, as participantes estimassem o tamanho do corpo até que fizessem isso precisamente. A terapeuta provia *feedback* contínuo em relação ao quanto estavam superestimando seu tamanho. Isto era feito mostrando a eles a diferença entre sua estimativa e seu tamanho real através do instrumento. Assim, as participantes eram solicitadas a participar de um exercício que as ajudava a corrigir a distorção do peso e a comparações sociais irrealistas. Elas deveriam escolher pontos em uma escala de um a cem que representava o quanto acreditavam serem mais gordas em comparação a mulheres da sua

idade e altura. Suas estimativas eram comparadas com seu percentil real, utilizando as normas de peso da *National Center for Health Statistics* (como citado em ROSEN et al.1990).

Durante o pós-tratamento e follow-up, participantes nas duas condições de tratamento mostraram melhoras equivalentes na supervalorização do tamanho, satisfação com o corpo e comportamentos evitativos em situações ameaçadoras. O benefício do tratamento também se estendeu a uma auto-estima mais positiva e diminuição de sintomas psicológicos, restrição alimentar, culpa e preocupação com a aparência e episódios de comer compulsivo, conhecido como *binge-eating*. Segundo os autores, os resultados demonstraram que a terapia cognitivo-comportamental efetivamente melhorou o distúrbio da imagem corporal em mulheres jovens, mas o feedback corretivo sobre percepção do tamanho parece ter sido desnecessário.

Outras técnicas incluem a Exposição com Prevenção de Resposta (EPR), que consiste em expor o cliente a situações aversivas, como por exemplo, prevenir respostas de verificação frente ao espelho e se expor a situações públicas sem camuflar o suposto defeito. Frequentemente, exercícios de exposição seguem hierarquias desenvolvidas pelos pacientes de partes do corpo ou situações evitadas, do menor para o maior grau de estresse (CORORVE; GLEAVES, 2001; GRANT; PHILLIPS, 2005; VEALE, 2002; ROSEN, 2003). Além disso, busca-se eliminar comparações excessivas com outras pessoas, assim como a aceitação de elogios.

Neziroglu e Yaryura-Tobias (1993) realizaram um estudo em que o tratamento do TDC foi feito mediante a técnica de exposição com prevenção de resposta e terapia cognitiva. Foram descritos cinco pacientes que receberam EPR e terapia cognitiva. Destes cinco, todos recusaram farmacoterapia, três faziam terapia comportamental intensiva e dois, terapia semanal. Pacientes em terapia intensiva receberam sessões de 90 minutos, cinco dias por semana; enquanto que pacientes em tratamento semanal receberam sessões de 90 minutos, uma vez por semana.

Dois homens e três mulheres cujo diagnóstico primário foi de TDC, de acordo com os critérios do DSM III-R foram selecionados. Segundo os autores, os pacientes também preenchiam critérios para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, mas somente o TDC foi tratado. As idades dos pacientes variavam entre 16 anos a 33 anos. Os pacientes foram diagnosticados de forma independente, por um psiquiatra e por um psicólogo, sendo os casos discutidos posteriormente em uma reunião interdisciplinar. Não houve desacordo no diagnóstico dos cinco pacientes relatados.

Para isto, utilizaram a *Escala do Transtorno Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown, Y-BOCS* (GOODMAN; PRICE; RASMUSSEN; MAZURE; FLEISCHMANN, como citado em NEZIROGLU; YARYURA-TOBIAS, 1993), que foi administrada no pré-tratamento, pós-tratamento e um ano após. O escore total foi baseado nas dez primeiras questões e a severidade do transtorno varia de 0 (ausência de sintomas) a 40 (extremamente severo). Esta escala foi modificada para refletir as obsessões dos pacientes com as partes do seu corpo e compulsões em checar sua “feiúra”. Por exemplo, havia questões sobre o tempo ocupado por pensamentos sobre o defeito, a interferência deles na vida cotidiana do participante, o estresse associado, o grau de controle sobre estes pensamentos, o tempo despendido em atividades relacionadas ao defeito (como usar maquiagem, aplicar produtos dermatológicos, consultas a cirurgiões plásticos, checagem em espelhos). Também foi aplicada a *OVI, Escala de Idéias Supervalorizadas* (NEZIROGLU; STEVENS; TOBIAS, como citado em NEZIROGLU; YARYURA-TOBIAS, 1993), para avaliar o grau em que estas pessoas acreditam apresentar um defeito físico, que varia de (“Eu sei que isto é ridículo, mas há algo errado com a minha aparência, até 10 (“Não há dúvida de que meu defeito é real”). Esta escala também foi aplicada no pré-tratamento, pós e um ano após.

Antes de iniciar o procedimento de EPR, as sessões de um a quatro consistiam em obter informações sobre os participantes, aplicar as duas escalas e para estabelecer a hierarquia de ansiedade acerca do defeito. As variáveis utilizadas no estabelecimento da hierarquia foram: 1) familiaridade das pessoas em torno do paciente durante a exposição da parte do corpo, 2) o número de pessoas em volta do paciente, 3) o tempo, 4) a distância da exposição da parte do corpo para outras pessoas. A partir da quinta sessão, o procedimento consistiu em expor as partes do corpo dos participantes percebidas como defeitos a outras pessoas e prevenir que se engajassem em comportamentos evitativos.

Os dez primeiros minutos de cada sessão consistiam em lembrar as atividades realizadas nas sessões passadas. Também eram discutidas dificuldades encontradas pelos participantes durante este íterim. Por exemplo, se um paciente relatava ser incapaz de diminuir um “*shampoo* especial”, era sugerido que um membro da família administrasse um *shampoo* indesejável previamente ao outro. Se os pacientes utilizavam maquiagem excessiva, ou eram instruídos a desistir de utilizar maquiagem, ou então era pedido para que alguém aplicasse para ele. Havia modelagem seguida por um período de extinção. A maior parte da sessão (50 a 60 min) era utilizada para EPR, seguindo-se de 20 a 30 min de terapia cognitiva. Durante a EPR, os participantes eram levados a supermercados, lojas de departamentos, restaurantes, era solicitado que se sentassem em salas cheias de pessoas e que conversassem

com pessoas variando as distâncias, para que expusessem suas “partes feias”. Ao mesmo tempo, era solicitado que evitassem utilizar produtos dermatológicos ou manter as mãos perto dos lábios ou nariz e não checar sua aparência no espelho. Espelhos nas suas casas foram cobertos e objetos refletivos, como tesouras, pinças e espelhos de bolso foram confiscados.

Neziroglu e Yaryura-Tobias (1993) consideram que a EPR parece melhorar os sintomas do TDC. Pacientes que receberam terapia intensiva demonstraram melhora maior no pós-tratamento e no follow-up. Baseando-se nos cinco casos, os autores consideram que o número de sessões necessárias para promover melhoras variou entre os pacientes, mas que ainda poderiam requerer sessões mais frequentes que uma vez por semana. Além disso, os autores constataram que estes pacientes apresentaram crenças sobre sua aparência que outras pessoas não compartilham. Constatou-se que havia um elemento de dúvida sobre o grau em que o defeito era físico, a qual levava a necessidade de checá-lo. Para eles, alguns pacientes realmente admitiam que sua crença era absurda, mas não resistiam a ela.

Embora tenha havido uma mudança cognitiva significativa (medidas pela escala *OVI*), a maioria dos participantes continuou a relatar que se sentiam feios, mas menos estressados em relação à aparência que antes do tratamento. Foram capazes de se expor com mais frequência às críticas dos outros. Segundo os autores, isto pode ser atribuído às mudanças cognitivas, como também à extinção ou habituação da ansiedade. Além disso, quatro dos cinco pacientes melhoraram na duas escalas aplicadas. Baseado nestes estudos de caso, Neziroglu e Yaryura-Tobias (1993) concluíram que a terapia comportamental-cognitiva pode ser um tratamento apropriado para o TDC, mas ainda são necessárias mais pesquisas sobre o efeito da terapia cognitiva versus EPR.

Outro estudo de caso utilizando EPR foi realizado por Sobanski e Schimidt (2000). Tratava-se de uma garota de dezesseis anos que há seis meses queixava-se de que seu osso púbico havia se tornado altamente proeminente e deslocado, a tal ponto de todas as pessoas comentarem sobre ele. A paciente não se lembrava de uma ocorrência particular que pudesse estar relacionada à queixa. Segundo os autores, ela estava completamente convencida de que só poderia ser ajudada por meio de uma correção cirúrgica. Para tentar reduzi-lo, já havia emagrecido quatro quilos (de 48 Kg para 44 kg, com 1,65m de altura). Esta redução de peso levou à amenorréia. Além disso, ela havia ficado dois meses anteriores ao atendimento sem sair de sua casa. Passava a maior parte do tempo em seu quarto, vestindo pijamas largos. Cerca de dez vezes por dia ela se abaixava e com os dedos, media a distância entre sua bacia e o solo, para checar a posição do osso púbico. Estava constantemente preocupada com os

pensamentos relacionados a isso. Estava deprimida e sem esperança, mas negou tentativas de suicídio.

A garota era a filha mais velha de um casal com educação universitária, e tinha uma irmã de 5 anos. Não foram encontrados problemas especiais na interação familiar e não havia histórico familiar de distúrbios psiquiátricos. Gravidez e desenvolvimento infantil ocorreram normalmente. Ela foi descrita pelos pais como ambiciosa na escola e um pouco reservada e envergonhada em relação a seus pares, não possuía amizades de longa data, mas se encontrava regularmente com os colegas de sala. Namorou por um mês com um garoto da sua idade, mas terminou o namoro porque se sentia muito ocupada com seu problema. Não havia tido experiências sexuais prévias. A paciente foi tratada por dez semanas. Foi obrigada a ganhar dois quilos, recebendo na segunda semana doses de 125 mg/ dia de doxepina e terapia de exposição com prevenção de resposta. Primeiramente, foi desenvolvida uma hierarquia com situações que evocavam ansiedade, aumentando o grau de dificuldade: 1) Vestir jeans em sua própria casa, 2) Vestir jeans na sua sala e encontrar amigos, 3) Vestir jeans, ir à cidade e visitar um bar, 4) Visitar sua escola e os colegas de classe. O tratamento foi realizado com três sessões de 60 a 90 minutos por semana.

No início do tratamento, ela estava muito entristecida, tinha pensamentos como: “Eu sou uma intrusa, todos olham para o meu osso púbico. Se eu fosse normal, tudo estaria bem. Eu preciso de cirurgia”. No fim do tratamento, os sintomas melhoraram grandemente. Apesar de ela ainda sentir que seu osso era deslocado, a crença se tornou menos estressante e não atrapalhou mais sua vida cotidiana. Ela parou de checar e camuflar seu osso púbico e os sintomas depressivos desapareceram completamente. Passou a se encontrar regularmente com os colegas e a frequentar a escola. Depois de seis meses de follow-up, os resultados terapêuticos permaneceram estáveis. Os autores consideraram a aplicação da técnica de Exposição com prevenção de resposta eficaz para tratar os sintomas do TDC. No final do tratamento, o funcionamento ocupacional e social da garota havia melhorado distintamente.

Para Sobanski e Schimidt (2000), vários estudos recentes demonstram que 70% dos pacientes que apresentam TDC obtêm melhora com o tratamento de EPR (embora não citem quais estudos). Segundo os autores, este estudo de caso demonstra que é possível obter um resultado satisfatório se o TDC é diagnosticado cedo e tratado apropriadamente. Várias complicações como isolamento e tentativas de suicídio podem ser evitadas. Entretanto, é preciso que mais clínicos sejam informados a respeito e, além disso, são necessários mais dados a respeito da epidemiologia, etiologia e estratégias de tratamento.

Em uma pesquisa conduzida por Veale, Kinderman, Riley e Lambrou (2003), foi aplicado o *Selves Questionnaire* (HIGGINS; BOND; KLEIN; STRAUMAN, como citado em VEALE et al., 2003), que avalia a autodiscrepância em pessoas com diagnóstico de TDC, com o objetivo de compreender suas crenças sobre a aparência. Utilizando o delineamento de grupo, uma amostra de 149 participantes foi distribuída em três grupos: TDC (72), TDC preocupados com peso e forma do corpo (35), e controle (42). Aos participantes foi solicitado que listassem e classificassem características físicas de acordo com os seguintes pontos de vista: sua imagem corporal real (como o indivíduo acredita realmente que seja), sua imagem corporal ideal (como gostaria de ser), sua imagem corporal como deveria ser (de acordo com padrões sociais), a imagem corporal real de outras pessoas e a imagem corporal ideal de outras pessoas.

Os resultados do estudo sugeriram que os pacientes com TDC apresentavam discrepâncias significativas entre sua imagem real, a imagem ideal e padrões sociais. Entretanto, não houve discrepâncias significativas em pacientes com TDC, em se tratando de sua imagem real e a imagem real e ideal de outras pessoas. De acordo com os autores, os resultados confirmaram a discrepância entre como os pacientes com TDC vêem a si mesmos e como gostariam de parecer em um mundo ideal ou como eles teriam obrigação de parecer. Pacientes que realmente acreditaram que apresentavam o defeito, consideravam que todos o viam da mesma forma que ele. Já pacientes que apresentavam dúvidas quanto a sua aparência, reconheceram que talvez sua percepção estivesse distorcida. Entretanto, ambos acreditavam que a pessoa que mais os conhecia também os via do mesmo modo que eles próprio se enxergavam. De acordo com os autores, estes pacientes tendem a ter mais problemas em encontrar um patamar estético ideal para eles mesmos do que perante a sociedade.

Perpiña et al. (2004) realizaram um estudo com indivíduos com transtornos alimentares⁹ (TA), intervindo diretamente na chamada imagem corporal. Os autores relataram que, apesar das pesquisas obterem resultados de recuperação de peso corporal a um nível saudável e eliminar vômitos, 2/3 das pacientes continuaram preocupadas com a imagem corporal. Em virtude disso, aplicaram um procedimento chamado de *Realidade Virtual* (RV), que abordava diretamente as alterações deste aspecto. O estudo foi realizado com 13 pacientes. O critério para seleção baseou-se no DSM IV. Participantes foram distribuídas em dois grupos: Grupo da condição padrão (submetidos ao tratamento cognitivo-comportamental tradicional, que utilizava reestruturação cognitiva, psicoeducação, exposição, auto-estima

⁹ Este estudo foi apresentado porque, tanto em transtornos alimentares quanto no TDC, os autores consideram que há distorção da imagem corporal (Carracedo et al. 2004)

corporal e relaxamento) e Grupo RV (submetidos também ao tratamento convencional e ao procedimento RV). O componente RV ocorria de forma paralela ao atendimento em grupo, por seis sessões individuais, de uma hora de duração, semanalmente.

Um programa de computador simulava situações cotidianas de uma pessoa com TA, como se estivesse em uma cozinha com alimentos e uma balança. Quando o indivíduo virtual se pesava, o peso real do participante aparecia na balança, em seguida, o participante introduzia o peso desejado. Depois a balança oferecia o peso saudável. O objetivo era que a paciente obtivesse índices de discrepância entre o peso ideal e o peso desejado por ela. Em uma outra situação, a pessoa virtual deveria comer alimentos considerados proibidos pela participante. Em seguida, ela deveria se pesar, demonstrando que o peso oscilava muito pouco, caso a participante ingerisse o alimento. Em uma outra fase, havia um espelho que refletia uma mulher em três dimensões. O participante teria que manipular o desenho, aumentando ou diminuindo as zonas corporais, da maneira como se via. Uma outra imagem translúcida com a constituição real do participante aparecia na tela, de modo que deveria sobrepor uma imagem à outra para visualizar a discrepância entre suas dimensões reais e a sua percepção.

Os resultados da pesquisa sugeriram que a condição RV tinha sido mais eficaz do que a condição padrão, principalmente por terem alterado a imagem corporal que os participantes tinham sobre si, viabilizando que recriassem suas “imagens mentais”. Além disso, obtiveram melhora em outros comportamentos, como os bulímicos e anoréxicos e psicopatologias associadas, como Depressão.

Embora se considere pertinente descrever a ocorrência da distorção da imagem corporal, bem como elaborar intervenções para modificá-la, uma compreensão behaviorista deste fenômeno implica investigar variáveis ambientais envolvidas na construção de tal percepção.

Ao fazer um retrospecto na história da humanidade, percebe-se que a noção do que é belo têm-se modificado ao longo dos séculos. Isso denota a possibilidade de que a cultura tenha um papel fundamental na mudança de padrões de beleza. Desta forma, o tópico seguinte discutirá os transtornos relativos à aparência ao longo da história, bem como a importância da cultura para seu desenvolvimento e manutenção de acordo com o behaviorismo.

1.5 O MODELO DE SELEÇÃO PELAS CONSEQÜÊNCIAS DE SKINNER: O CONTEXTO HISTÓRICO DOS TRANSTORNOS LIGADOS À APARÊNCIA E O PAPEL DA CULTURA COMO FATOR RELEVANTE NO DESENVOLVIMENTO E MANUTENÇÃO DO TDC

Refletir sobre o Transtorno Dismórfico Corporal dentro da abordagem behaviorista, imediatamente nos remete à investigação de contingências que levam à ocorrência deste fenômeno na sociedade. Ao contrário do que se imagina, o TDC e outros transtornos relacionados à preocupação com a aparência (Anorexia e Bulimia) não podem ser considerados fenômenos exclusivos da modernidade. Há relatos de comportamentos similares aos descritos no TDC, quando Morselli (1886) descreveu a Dismorfofobia, a qual caracterizou como uma insatisfação acentuada do paciente em relação ao corpo, associada a um profundo sentimento de vergonha ao se sentir observado por terceiros, por julgar-se deformado (SAVOIA, 2000).

Em se tratando da Anorexia, por exemplo, relatos do contexto histórico são mais facilmente encontrados. Ao longo da história, dois outros surtos foram observados. O primeiro ocorreu durante a Idade Média, por volta do século XIV, e teve como palco, as santas jejuadoras, a qual o maior expoente foi Santa Catarina de Siena (1347-1380). A causa do comportamento obviamente diferia da atual, pois não se buscava o ideal de um corpo magro, mas um modelo de santidade, pureza e auto-controle, no qual o alimento era considerado o pecado da gula, sendo freqüente a indução de vômitos quando forçadas a comer. A este fenômeno ocorrido na época, deu-se o nome de Anorexia Santa (WEINBERG, 2007).

De acordo com Fernandes (2006), durante o Renascimento (Séc. XIV), o ideal de beleza valorizava corpos fartos, quadris grandes e abdomens avantajados e não foram encontrados na literatura problemas decorrentes da busca pelo corpo magro e perfeito nessa época.

Já no século XIX, outro surto de Anorexia, denominado Clorose, ocorreu em meninas da França e dos Estados Unidos, as quais ingeriam doses de vinagre para adquirir, além da magreza, um aspecto pálido e frágil. Influenciadas pelo Romantismo, estas meninas liam a bibliografia de Catarina de Siena e exibiam comportamentos imitativos, tendo em vista que a santa era vista como sinônimo de auto-controle e elevação espiritual (WEINBERG, 2007).

A literatura enfatiza que foi a partir do século XX, mais precisamente na década de 20, em sintonia com o movimento de liberação feminina, que a exigência da

magreza teve seu início, embora nas décadas de 40 e 50, tenha havido uma pausa devido ao sucesso de estrelas de Hollywood como Rita Hayworth, que exibia seios abundantes e formas curvilíneas. Sabe-se que a exigência da magreza intensificou-se nos anos 60 e 70, quando modelos como Twiggy e Kate Moss passaram a estabelecer um novo padrão de beleza, idealizado até os dias de hoje (FERNANDES, 2006).

Ao realizar um retrospecto histórico dos transtornos ligados à aparência, é possível observar o quanto contingências culturais exercem forte influência sobre o comportamento da sociedade e o quanto são imitados, dependendo do padrão estabelecido. Skinner, já na década de 50, ressaltava a importância das práticas culturais na formação do repertório comportamental dos indivíduos e o papel da imitação nas espécies. Para tanto, seria necessário esclarecer como o Behaviorismo explica as causas do comportamento humano.

Skinner (1953/1981) propõe o modelo de Seleção pelas Conseqüências para descrever as variáveis das quais o comportamento é função, o qual preconiza que o repertório comportamental de um indivíduo é resultado da variação e seleção de contingências filogenéticas, ontogenéticas e culturais .

A filogênese, primeiro nível de seleção, se refere à seleção natural das espécies, em que variações favoráveis à sobrevivência são selecionadas e variações desfavoráveis são extintas. Este processo, por sua vez, depende do mecanismo de mutação e transmissão genética. Assim, determinadas características seriam transmitidas de geração a geração, ao longo de milhares de anos, permitindo que a espécie se tornasse cada vez mais complexa (SKINNER, 1953/1981).

No segundo nível de seleção, a ontogênese, a modificação no repertório comportamental ocorre por meio das contingências de reforço. Desta forma, o ambiente modela comportamentos ao longo da vida dos indivíduos, aumentando a probabilidade de ocorrência de comportamentos com conseqüências favoráveis e diminuindo a probabilidade de ocorrência daqueles com conseqüências desfavoráveis. No entanto, como resalta Abib (2001), isto só foi possível porque, ao longo da evolução da espécie, os organismos tornaram-se suscetíveis ao reforço e é devido a essa suscetibilidade que comportamentos podem ser reforçados por água, alimento, sexo ou punidos por agressão e danos físicos advindos de predadores.

Na evolução cultural, terceiro nível de seleção, o indivíduo adota e implementa comportamentos exibidos pelo grupo e, por meio de práticas culturais, os dissemina para outros, contribuindo para o sucesso na solução de problemas. Skinner (1984) resalta que a evolução da cultura se dá por meio do efeito que tais práticas têm sobre o grupo

e não devido a conseqüências reforçadoras sobre os membros individuais deste grupo. Desta forma, Skinner (1953/1981) preconiza que cada nível de seleção possui um valor de sobrevivência. No primeiro, a sobrevivência da espécie, no segundo, a sobrevivência do indivíduo, e no terceiro, a sobrevivência da cultura.

Para Skinner (1987), uma prática cultural pode ser definida como uma determinada maneira de fazer coisas que resulta em algum tipo de benefício para o grupo e por isso passa a ser transmitida ao longo das gerações. É aquela que pode melhorar as condições para as próximas gerações, embora possa beneficiar a própria geração que a criou. Exemplos de práticas culturais são o advento de uma nova tecnologia, uma forma de criar filhos, um meio de combater doenças, o terrorismo, a circuncisão de meninos judeus, etc.

Skinner (1987) discute então há possibilidade de agir para o bem da cultura, isto é, promover práticas culturais que permitam sua sobrevivência, protegendo-a de práticas letais como superpopulação, devastação do meio ambiente e poluição. Ele argumenta que, devido à suscetibilidade ao reforço, desenvolvida ao longo da evolução, os indivíduos passaram a se comportar não só de acordo com aquilo que foi selecionado para a sobrevivência da espécie, mas também devido ao efeito prazeroso do reforço, o que acabou deturpando a evolução de práticas culturais, como ocorreu, por exemplo, no campo da saúde. Embora o homem tenha atingido grandes avanços ao modificar as condições ambientais, o processo de seleção natural não acompanha estas transformações com a mesma velocidade e isto faz com que a espécie sofra de determinadas doenças que em algum momento é provável que tenha sido imune.

Além disto, as práticas culturais criaram um outro problema. Ao tornar a vida ocidental mais fácil, economizando trabalho das pessoas, elas acabaram por destruir contingências naturais de reforços. Para adquirirem comodidade, os seres humanos tornaram-se apertadores de botões de elevadores, telefones, fornos, máquinas de lavar, tudo isto em troca de ações que permitiriam ao menos um pouco mais de variabilidade (Skinner, 1987).

Para Skinner (1987), um passo decisivo na evolução da espécie ocorreu quando sua musculatura vocal ficou sob controle operante e a linguagem surgiu. Além de mostrar como faziam, as pessoas passaram a poder dizer como faziam. Estas práticas trouxeram inúmeros ganhos para saúde, além de prazer e liberdade para o Ocidente. No entanto, criou-se um outro problema. Em virtude da grande expansão do comportamento governado por regras, em que as pessoas então fazem coisas apenas porque disseram a elas que fizessem, ou seja, compram o carro que foram aconselhadas a comprar, assistem filmes que lhes disseram para ver, compram em lojas que foi dito para que comprassem. Deste modo,

as pessoas fazem muitas coisas simplesmente devido aos conselhos, porque conseqüências reforçadoras se seguiram quando eles seguiram outros conselhos no passado. O comportamento modelado por contingências, passou a ser governado por regras. As pessoas, nestas situações, não têm contato direto com situações, nem com as conseqüências de suas ações, desenvolvendo uma relação de estranhamento com o mundo, perdendo o contato com reforçadores e ficando meramente sujeitas ao consumismo por si só (ABIB, 2001; Skinner, 1987). Desta forma, as culturas ocidentais criaram muitas oportunidades para fazerem coisas que apresentam conseqüências agradáveis, mas não fortalecedoras (SKINNER, 1987).

Abib (2001), ao tratar do imediatismo da natureza refere-se ao fato de que, ao longo da história filogenética, as conseqüências imediatas do comportamento tiveram maior valor de sobrevivência. Devido a essa história, os seres humanos tornaram-se sensíveis ao reforçamento advindo de conseqüências imediatas, em detrimento das atrasadas. Tal herança constitui graves problemas para as culturas humanas, visto que algumas práticas produzem violência, superpopulação, alcoolismo, tabagismo, dependência de drogas, entre outras. Todas estas práticas geram conseqüências reforçadoras imediatas e punição retardada. Isto significa que, para fortalecer e manter estas práticas basta que as conseqüências reforçadoras sejam imediatas, pois esta é a condição mínima estabelecida pela natureza. Desta forma, o autor exemplifica que anúncios contra o cigarro que vinculem conseqüências a longo prazo, como fotos de doentes, não são eficazes. A única forma seria promover sanções com conseqüências imediatas, como restringir ambientes, taxar pesadamente e reforçar positivamente por não fumar.

Pode-se dizer que o culto a um padrão de beleza que valoriza a perfeição se configura como uma prática cultural prejudicial à cultura. Isto porque, a possibilidade de perfeição restringe-se a desenhos animados e bonecas como *barbies*. Ao observarmos natureza, podemos notar que nem ela é dotada de perfeição e simetria. No entanto, comerciais, novelas, revistas e canais exclusivamente voltados a como alcançar este ideal de beleza tornam-se mais freqüentes.

Recorrer a procedimentos cirúrgicos que prometem uma verdadeira revolução no corpo dentro de minutos, em oposição a uma vida regrada, que exige disciplina, exercícios físicos e cuidados com a alimentação, nos remete ao imediatismo mencionado por Abib (2001). Ela ratifica a noção de que o ser humano é muito mais sensível a conseqüências imediatas do que a conseqüências atrasadas. A idéia de livrar-se daquilo que o deixa descontente em poucas horas é bastante sedutora para inúmeras pessoas e isto talvez possa ser

explicado pelo valor de sobrevivência que conseqüências imediatas tenham tido sobre a evolução da espécie.

Não se trata de negar que procedimentos estéticos possam realmente trazer benefícios, melhorar a relação do indivíduo com seu corpo. A problemática consiste no fato de acreditar que haverá uma relação direta e linear entre a obtenção de um corpo perfeito e melhoria dos problemas e relações afetivas. Mais que isso, deve-se levar em conta a freqüência, a intensidade, o grau de importância que procedimentos estéticos e o culto à beleza ocupam na vida do indivíduo. Parece que é somente através destes critérios que se pode diferenciar o comportamento saudável em relação à preocupação com o corpo e o comportamento patológico, em que o indivíduo vive em função do mesmo.

A imitação é uma outra condição que deve ser analisada ao se referir às práticas culturais. O comportamento imitativo oferece indícios sobre os motivos que levam pessoas a imitarem comportamentos que a longo prazo podem ser prejudiciais para estes indivíduos. Skinner (1987) propõe que ao longo da história evolutiva, espécies que imitavam uns aos outros, por exemplo, ao fugir de um predador, aumentavam suas chances de sobrevivência. Segundo ele, em uma fase muito precoce, os organismos devem ter lucrado uns com os comportamentos do outro através da imitação. Determinados comportamentos ocorriam sem uma determinada razão até que sinais no ambiente ou determinadas contingências selecionaram o comportamento de imitar.

Desta forma, o homem e também outras espécies aprenderam que imitar comportamentos que são reforçados por sua cultura aumentam suas chances de adquirirem conseqüências reforçadoras similares. Assim, o processo de imitação é algo que foi se tornando cada vez mais complexo com o passar do tempo e com as contingências ambientais. Mencioná-lo aqui é importante, pois a imitação constitui uma das bases para a seleção das práticas culturais. Uma prática cultural só pode ser selecionada e mantida porque, no passado, um indivíduo se comportou de maneira proveitosa e reforçadora, e em virtude destas conseqüências, outros passaram a imitá-lo.

Ao estudar as práticas culturais e o impacto que elas produzem sobre os indivíduos, evidencia-se que, assim como práticas benéficas como a irrigação, o advento da tecnologia, trazem ganhos para a sociedade, práticas não tão saudáveis culminam em indivíduos que sofrerão com as mesmas. Assim, pode-se afirmar que enquanto práticas culturais que valorizem a magreza e a perfeição das formas estiverem presentes, maior será a probabilidade de que pessoas estejam insatisfeitas com o seu corpo e maior a probabilidade de que venham a apresentar transtornos ligados à aparência.

Ao conferir às contingências (sejam elas, filogenéticas, ontogenéticas ou culturais), o papel elementar no desenvolvimento de qualquer tipo de transtorno psiquiátrico, a Análise do Comportamento apresenta uma visão distinta de outras abordagens psicológicas, no que se refere à utilização de manuais diagnósticos como simples classificações topográficas. Deste modo, a seção seguinte discorrerá sobre a função destes manuais para o behaviorismo radical.

1.6 TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: MANUAIS DIAGNÓSTICOS E A VISÃO ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

A utilidade e eficácia de classificações nosológicas tão bem aceitas pela Psiquiatria e também pelo Cognitivismo vêm sendo questionadas pela Análise do Comportamento há vários anos, tanto pelo efeito iatrogênico que costumam desencadear naqueles que são submetidos a elas, como também pelas grandes limitações que oferecem. Atualmente, até mesmo os psicólogos cognitivo-comportamentais têm debatido esta questão.

Caballo (2004) considera que há numerosos problemas na classificação e diagnóstico dos transtornos de personalidade. Por exemplo, tem-se perguntado porque estes transtornos mantêm no DSM IV-R um eixo a parte (Eixo II) das principais síndromes clínicas (Eixo I) . Para o autor, esta questão não está clara. Além disso, tem-se encontrado um grau escasso de acordo entre diferentes métodos, na tentativa de determinar a presença de transtornos de personalidade.

Outra questão controversa é a consideração dos Transtornos de Personalidade de uma posição categorial ou de uma posição dimensional. Segundo o autor, a taxonomia categorial produz descrições simples e claras, mas menos próximas à realidade, enquanto que no modelo dimensional, se apresenta uma informação mais precisa, mas também mais complexa e difícil. A definição do DSM IV –TR adota uma posição categorial, ainda que dê algum crédito aos modelos dimensionais. Como se trata de um modelo insuficiente, muitos autores têm adotado o enfoque dimensional, ou que ao menos, se complementem.

Para Caballo (2004), é bastante extensa a lista dos transtornos de personalidade inclusos nas últimas edições das principais classificações nosológicas. No entanto, em se tratando do DSM, por exemplo, apenas os Transtornos Paranóide, Obsessivo-

compulsivo e Anti-social têm sido membros estáveis desde o início. Categorias atuais foram adicionadas em edições posteriores, como por exemplo, o Transtorno de Personalidade Limítrofe enquanto que outras, como o Transtorno de Personalidade por Inadequação, foram eliminadas. Desta forma, o autor considera que o substrato teórico para formular as categorias do DSM para os transtornos de personalidade tem se modificado com o passar do tempo. Isto vem demonstrar a fragilidade das classificações, em que, a exemplo do que ocorreu com o Homossexualismo, eliminado de uma edição para outra, isto é, um transtorno até então fortemente presente e muitas vezes condenado pelas pessoas, simplesmente deixou de existir sob o ponto de vista psiquiátrico.

Em se tratando da Análise do Comportamento, a utilidade de manuais como o DSM IV (APA, 1995) se restringe apenas à comunicação entre áreas afins. Não há necessidade de classificação, pois o essencial consiste em verificar a funcionalidade de um comportamento, assim como o contexto em que ocorre. Como afirma Kohlenberg e Tsai (2001, p.4): “Tire algo do seu contexto e ele perderá seu significado. Ponha este algo em um novo contexto e ele significará outra coisa”. Para os autores, problemas, mentais ou de uma outra natureza qualquer, não existem isoladamente. Até mesmo experiências que as pessoas costumam considerar puramente físicas são modeladas pela linguagem e por experiências prévias.

O rótulo classificatório mostra-se incoerente diante da proposta da Análise do Comportamento, que considera os princípios de aprendizagem na aquisição de qualquer comportamento. Desta forma, não faria sentido compreender o comportamento como um sintoma de algo subjacente, como o modelo médico propõe (TORÓS,1997).

Para Skinner (1953/1981), qualquer comportamento deve ser avaliado no contexto em que ocorre porque são as contingências que levam os indivíduos a se comportarem de maneiras distintas. De acordo com o Modelo de Seleção do comportamento por conseqüências de Skinner (1987), o comportamento do indivíduo é selecionado ao longo de sua vida, de acordo com as condições presentes em seu ambiente.

Para Ullmann e Krasner (1972), o comportamento dito “anormal” é desenvolvido, mantido e pode ser mudado da mesma forma que o comportamento “normal”. Isto é, são regidos pelos mesmos princípios de aprendizagem (reforço positivo, reforço negativo, modelagem, modelação, punição, discriminação, generalização e comportamento governado por regras).

De acordo com Gongora (2003), os princípios de aprendizagem não são em si mesmos, nem saudáveis, nem patológicos, mas sim, neutros. Desta forma, pode-se entender

que, independente do comportamento ser considerado normal ou anormal, ambos são aprendidos através dos mesmos meios e, se um determinado comportamento foi selecionado é porque houve contingências para isso. Os critérios utilizados para classificar comportamentos como patológicos são de origem social e, portanto, seguem normas culturais. Assim, da mesma forma que as normas sociais variam de cultura para cultura, varia também aquilo que é considerado anormal.

Embora o TDC seja um transtorno cujas conseqüências podem ser devastadoras, poucos estudos, sob enfoque exclusivamente analítico-comportamental, foram localizados até o momento. Muito freqüentemente ocorre combinação com técnicas cognitivas, como as citadas acima. Desta forma, a seção seguinte apresentará estudos encontrados sobre o TDC cujo referencial teórico se baseia na Análise do Comportamento.

1.6.1 Estudos de caso em psicoterapia comportamental

Por se tratar de um fenômeno relativamente atual, poucos analistas do comportamento têm se dedicado a pesquisas sobre o TDC. Por conseguinte, há poucas explicações e intervenções baseadas no referencial behaviorista. Dentre eles, destacam-se os estudos de Moriyama (2003), Ramos (2004) e Moriyama (2007).

Moriyama (2003) analisou variáveis da história de vida de sete participantes com diagnóstico de TDC. Por meio de análises funcionais e do conceito de esquiva experiencial, a autora investigou o desenvolvimento e manutenção de comportamentos do TDC. Além das sete pessoas que apresentavam os comportamentos encontrados no TDC, participaram também seus familiares e quatro cirurgiões plásticos. Como instrumentos foram utilizados 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.

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, denominados traços de personalidade pelo Cognitivismo e pela Psiquiatria (por exemplo: 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. A autora supõe que 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.

Um outro ponto enfatizado por Moriyama (2003) se refere à forte valorização da aparência física encontrada na história de vida dos participantes. A autora considera que padrões de beleza da cultura podem ter adquirido a função de operação estabelecidora¹¹ à medida que altera o valor punitivo de comentários acerca da aparência e também aumenta a frequência e intensidade de comportamentos como checagem no espelho e tentativas recorrentes de camuflar o defeito.

O estudo concluiu 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 nos 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.

Ramos (2004) realizou um estudo de caso em uma cliente de 20 anos, promotora de vendas, que morava com os pais, dois irmãos e uma tia materna. A mãe havia

¹¹ São consideradas operações motivacionais que possuem duas propriedades: 1) alteram momentaneamente a efetividade reforçadora ou punitiva de um outro evento, 2) alteram a força daquelas partes do repertório do indivíduo que foram reforçadas ou punidas por esses eventos (HAYDU,2004).

procurado tratamento para a filha com a queixa de alta agressividade dela para com os irmãos e auto-agressão, isolamento e reclamações constantes sobre o corpo (em especial, orelhas e pernas) e tentativa de suicídio. Quando chegou para o atendimento, já havia realizado uma cirurgia na orelha (embora ela considerasse que ainda precisaria de mais uma ou duas porque uma estava “mais alta que a outra”, p. 300), freqüentava a academia seis vezes por semana e pretendia realizar uma cirurgia na perna direita (embora todos considerassem uma cicatriz muito pequena, ela se referia a uma lesão grande na perna).

A intervenção consistiu em: analisar a história de vida da cliente, com o objetivo de eliminar regras em mensagens culturais relacionadas à aparência física e modelo de beleza valorizado na comunidade verbal, realizar a técnica de exposição com prevenção de respostas e modelagem em relação a se expor publicamente, instalar comportamentos incompatíveis com respostas que impedissem que ela se engajasse em compulsões e aumentar comportamentos incompatíveis com fuga-esquiva. Além disso, a mãe atuou como co-terapeuta, colocando em extinção comportamentos de auto-agressão, reforçando positivamente comportamentos pró-sociais e atuando como um modelo mais adequado de interação familiar.

Foram realizadas sessões que trabalharam a discriminação de contingências que controlavam o seu comportamento, o desenvolvimento de repertório social e assertividade, além de aumentar o acesso a reforçadores positivos. Embora a cliente ainda estivesse em atendimento quando o estudo foi publicado, os resultados demonstraram que suas habilidades sociais foram ampliadas, assim como seu contato com outras pessoas, os comportamentos de checagem diminuíram de freqüência e ela não mais buscava por cirurgia plástica para corrigir pernas e orelhas.

Moriyama (2007) realizou um processo psicoterapêutico sobre os comportamentos atribuídos ao TDC em dois participantes. O objetivo do estudo foi descrever dez sessões, a partir de relações funcionais de relatos verbais da terapeuta e dos participantes. Buscou-se analisar como procedimentos de modelagem de comportamentos de observação e de descrição controlavam comportamentos em ambiente natural. O objetivo da terapia foi aumentar comportamentos incompatíveis a comportamentos que indicavam problemas sociais, os quais foram escolhidos como alvo para análise e intervenção. A própria pesquisadora atuou como terapeuta.

Para isso, os dois participantes foram escolhidos através de uma ficha de identificação elaborada pela autora, uma escala auxiliar de diagnóstico e um roteiro de entrevista semi-estruturada. Com os dados coletados, realizou-se a análise funcional

descritiva, que indicou os comportamentos a serem desenvolvidos em cada caso. Em seguida, foi feita uma sistematização dos comportamentos levantados e entregue aos participantes, para que registrassem diariamente seus comportamentos-problema e estímulos envolvidos na situação. A cada sessão terapêutica os registros eram lidos. A terapeuta modelava descrições verbais mais elaboradas sobre relações entre contingências ambientais e comportamentos-alvo e incompatíveis a eles. Ao fim das dez sessões, o estudo concluiu que houve aumento na frequência de verbalizações de relações entre contingências ambientais e comportamentos pelo participantes, bem como relatos de comportamentos incompatíveis emitidos por eles em ambiente natural e relatos de auto-instrução e autocontrole. Segundo a autora os comportamentos desenvolvidos parecem ter ampliado a fonte de reforçadores positivos naturais, principalmente os sociais.

Embora os estudos mencionados acima representem um avanço para a clínica comportamental no tratamento do TDC, eles se restringem ao uso de psicólogos. Em contrapartida, outros profissionais da área da saúde necessitam de métodos de identificação do transtorno, dada a crescente demanda por procedimentos estéticos desnecessários. Somado a isso, têm-se o fato de que pessoas com diagnóstico de TDC passam vários anos sem procurar tratamento psicológico por acreditarem que apresentam um problema puramente físico (ANDREASEN; BARDACH, 1977; SOBANSKI; SCHIMIDT, 2000), fazendo com que tais comportamentos se tornem cada vez mais cristalizados e persistentes. Assim, fez-se necessário desenvolver recursos efetivos de avaliação, que possam ser utilizados por profissionais da área da saúde. Em seguida, tem-se a descrição dos benefícios da utilização de software para diagnóstico e tratamento de problemas psicológicos.

1.7 A UTILIZAÇÃO DE SOFTWARE COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOTERÁPICA

A construção de softwares para atendimentos psicoterápicos, utilizando a chamada Realidade Virtual (RV) foi desenvolvida no *Human-Computer Interaction Group* de Clark, Atlanta University. Atualmente, tal recurso é aplicado no campo da saúde, como ferramenta de intervenção no tratamento de diversos problemas psicológicos. A representação da situação seguindo os elementos-chave do problema concreto através do programa de computador é capaz de gerar no indivíduo reações e emoções similares que ele experimentaria

em uma situação em um mundo real. Por exemplo, no caso dos transtornos de ansiedade, as pessoas sentiriam e expressariam temor similar e inquietude diante do perigo virtual que no caso do perigo real (PREVI, 2003).

A tecnologia RV se distingue de intervenções convencionais porque permite ao participante ver, ouvir e sentir um mundo criado graficamente em três dimensões e interagir com ele, isto é, propicia uma maior capacidade de imersão e de interação. Imersão porque através de dispositivos especiais estimula-se diversas modalidades sensoriais (auditivas, visuais, vestibulares, a qual é bastante pertinente em pacientes com dificuldade para imaginar). O indivíduo tem a sensação de se encontrar fisicamente presente em um mundo virtual. Interação porque a RV supõe uma visualização passiva da representação gráfica, em que a pessoa possa atuar em um mundo virtual, em tempo real, permitindo ao terapeuta ter conhecimento sobre o que o paciente está vivenciando e, portanto, pode saber com maior precisão que estímulo está provocando a resposta de medo.

Em relação à exposição *in vivo*, ela também é vantajosa, pois oferece uma forma de exposição àquelas pessoas que se negam a submeter-se a este tipo de técnica por ser difícil e ameaçadora. Além disso, oferece maior grau de confidencialidade, pois não é necessário que o indivíduo se exponha ao ambiente público, em que outras pessoas poderiam conhecer seu problema.

Outras vantagens da tecnologia RV é que ela permite que se realizem hierarquias de exposição, em que a pessoa pode se submeter a todas as situações possíveis e pode-se repetir quantas vezes necessário, até que a ansiedade baixe. Também oferece um custo menor ao cliente, como por exemplo, ao se tratar de uma fobia de avião (PREVI, 2003).

Em 2001 foi fundado o *Grupo Previ* (Espanha), atualmente uma importante instituição privada que pesquisa e desenvolve softwares para intervenções psicológicas com apoio de instituições públicas e privadas, nascidas da associação de três Universidades: *Universidad Jaume I, Universidad Politécnica de Valencia e a Universidad de Valencia*. O centro é constituído por uma equipe multidisciplinar composta por mais de trinta profissionais, dentre eles, psicólogos, psiquiatras, endocrinologistas, assistentes sociais, enfermeiras, trabalhando em diferentes linhas de investigação.

De acordo com as informações fornecidas por pesquisadores que utilizam software como ferramenta de intervenção para transtornos psicológicos (PERPIÑA et al., 2004, PREVI, 2003) pode-se supor que as vantagens relatadas por seus idealizadores podem significar um avanço no tratamento psicoterápico, tendo em vista que se possibilita uma nova forma de intervenção para a clínica convencional.

2 JUSTIFICATIVA

A prática cultural de valorização da beleza é algo que vem assumindo grandes proporções no cenário atual. A sociedade de consumo enfatiza constantemente que o valor do indivíduo está associado à sua aparência. Aliado a isto estão os meios de comunicação, que freqüentemente exibem mulheres e homens com corpos esculturais e rostos 'perfeitos', além do próprio cotidiano, não menos exigente, o qual muitas vezes inviabiliza oportunidades laborais pelo fato do indivíduo não se enquadrar em padrões estéticos ideais.

Assim, o próprio homem que cria tais práticas, posteriormente é excluído por elas. Em virtude desses conflitos, o homem atual vive um dilema. À medida que oscila entre alcançar esse padrão para obter mais oportunidades, sofre pela possibilidade reduzida de obter tal resultado. Pode-se supor uma maior disponibilidade de conseqüências aversivas neste contexto, demonstrando a necessidade de estudos que investiguem tal demanda.

O modelo médico tem pouco a dizer, no que se refere aos comportamentos típicos do TDC, visto que trata tais comportamentos de maneira estrutural, sem considerar o processo pelo qual eles se instalam. A menos que alguma variável fisiológica seja detectada no transtorno, a Psiquiatria não têm fornecido explicação suficiente que trate da complexidade deste tema, e, além disso, tais comportamentos têm demonstrado sensibilidade ao controle ambiental. Desta forma, estudos com orientação analítico-comportamental, que enfatizam a funcionalidade dos comportamentos, podem ser úteis para a explicação do TDC e conseqüentemente, avaliação e tratamento.

No que se refere ao TDC especificamente, a literatura têm demonstrado que pacientes com o transtorno costumam procurar dentistas, dermatologistas e cirurgias plásticas, porque acreditam apresentar um defeito estritamente físico. Muitos levam anos até buscarem atendimento psicológico ou psiquiátrico (SOBANSKI; SCHIMIDT, 2000). Tal fato, além de fornecer a falsa impressão de que se trata de uma condição rara, faz com que os comportamentos apresentados por indivíduos com diagnóstico de TDC, sejam cada vez mais persistentes e de difícil tratamento.

Assim, a prevenção dos comportamentos atribuídos ao TDC constitui um papel importante para seu tratamento porque quanto mais precoce o diagnóstico, maiores as chances de bons prognósticos. Para isto, métodos de avaliação que atendam esta necessidade são de grande utilidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

- Desenvolver software para avaliação de comportamentos atribuídos ao Transtorno Dismórfico Corporal;

- Explicar a distorção da imagem corporal de acordo com os princípios da Análise do Comportamento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar conjunto de comportamentos atribuídos ao TDC, como distorção da imagem corporal, preocupação com partes do corpo de maneira exacerbada, verificação do defeito diante do espelho, comportamentos de fuga-esquiva diante de situações sociais, comportamentos de camuflagem, sentimentos em relação ao problema apresentado e à ausência dele, padrões de beleza idealizados pelo participante.

4 MÉTODO

4.1 RECURSOS HUMANOS

Participaram deste estudo, a pesquisadora, discente do programa de Mestrado em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina, dois analistas de sistemas, graduados pela UEL, no curso de Ciências da Computação, com experiência na área de programação e edição de imagens; uma orientadora, doutora e docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da UEL e uma co-orientadora, doutora e docente do mesmo departamento.

4.2 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Foram utilizados um *notebook*, da marca DeLL, com a versão de Windows Vista e um software específico desenvolvido para a pesquisa, o qual foi construído utilizando a ferramenta Microsoft Visual Studio 2005 SP1® sobre a plataforma C#.Net (*leia-se 'c-sharp dot net'*) com framework 2.0. Para o armazenamento de dados foi utilizado o banco de dados SQL Server Express® (2005) e para interface com o usuário, componentes add-ins DevExpress®".

4.3 LOCAL

Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, na Universidade Estadual de Londrina.

4.4 PROCEDIMENTO

A proposta de construção de um software como ferramenta de avaliação psicoterápica adotada neste trabalho foi baseada no estudo realizado por Perpiña et al. (2004), o qual intervia na denominada imagem corporal presente nos Transtornos Alimentares, por meio de um CD-ROM chamado *Virtual e Body 2000*.

Juntamente com os programadores, a pesquisadora elaborou dez situações baseadas na literatura sobre o TDC (ANDREASEN; BARDACH, 1977; CARRACEDO et al., 2004; CORORVE; GLEAVES, 2001; NEZIROGLU; YARYURA-TOBIAS, 2004; PERPIÑA et al., 2004), que descreve os principais problemas em pessoas que apresentam o transtorno, tais como: distorção da imagem corporal, preocupação com partes do corpo de maneira exacerbada, alta frequência de checagem do ‘defeito’ ao espelho ou então esquiva dele, comportamentos de fuga-esquiva diante de situações sociais devido à preocupação com o suposto defeito, comportamentos de camuflagem da parte considerada disforme, sentimentos em relação ao problema apresentado e à ausência dele e padrões de beleza idealizados.

Em um primeiro momento, as imagens exibidas no programa se referem, em sua maioria, a mulheres tendo em vista a maior demanda por cirurgia plástica em consultórios. No entanto, caso o participante seja do sexo masculino, as imagens podem ser alteradas facilmente.

Além de poder ser utilizado por psicólogos e psiquiatras, o programa também pode ser aplicado por profissionais da área da saúde que lidam diretamente com pessoas extremamente preocupadas com a aparência, como médicos (cirurgiões plásticos, dermatologistas, endocrinologistas), nutricionistas e dentistas (que lidam com estética bucal).

Para se submeter ao programa, o indivíduo deve ter conhecimento mínimo sobre a utilização de um computador, necessitando de coordenação motora para manejar o *mouse* (conseguir mover o cursor até o local desejado).

O programa elaborado foi denominado *Afrodite* e apresenta 10 situações diferentes, com objetivos distintos, que devem ser apresentados em seqüência, conforme a descrição a seguir. A aplicação do software leva em média de 20 a 60 minutos, este tempo variará de acordo com o grau de domínio do participante sobre o computador e também da quantidade de informações que ele descreverá nos campos destinados a seus comentários. A tabela a seguir descreve as situações simuladas no software e os objetivos propostos em cada uma delas:

Tabela 1 – Situações simuladas no software e objetivos propostos

| SITUAÇÃO | ENUNCIADO | OBJETIVO | TIPO DE FIGURA |
|-----------------|---|--|--|
| 1 | <i>“Aprendendo a manusear o programa”</i> | Ensinar o participante a manusear o software para diminuir a probabilidade de erro nas situações seguintes | Imagens de diferentes animais para que o participante escolha o animal de estimação que considera bonito, o que gostaria de ter e o que possui |
| 2 | <i>“Contornos corporais</i> | Avaliar se o participante apresenta sintomas da distorção da imagem corporal global | Ilustrações com nove tipos de silhuetas diferentes, que variam do mais magro ou mais gordo |
| 3 | <i>“Meu defeito”</i> | Investigar sobre o defeito que o participante menciona ter e o quanto isto interfere em sua vida cotidiana | Imagens da parte do corpo que o participante menciona ter o defeito com diversas possibilidades de características deste defeito |
| 4 | <i>“Causas”</i> | Identificar causas atribuídas pelo cliente que o levaram a ter este defeito. | Ilustrações de prováveis causas, como provocações na infância e adolescência, algum tipo de doença ou algum tipo de acidente |
| 5 | <i>“Olhando no espelho”</i> | Investigar a presença de controle de estímulos em relação ao espelho | Imagens que representam o participante se olhando no espelho ou fugindo dele, imagem indicando que o participante ao se olhar passa a solicitar opiniões, imagem de uma pessoa que se isola e imagem de uma pessoa ansiosa |
| 6 | <i>“Em público”</i> | Avaliar se o participante emite comportamentos de camuflagem do defeito quando se expõe a contingências públicas | Imagens de diversos tipos de acessórios utilizados na camuflagem, como bonés, lenços, casacos, maquiagem, barba, cabelos |
| 8 | <i>“Meus sentimentos em relação ao problema”</i> | Investigar que tipo de eventos privados são evocados pelo comportamento de se perceber como alguém repugnante. | Imagens de vários tipos de expressões faciais |
| 9 | <i>“Se eu não tivesse este defeito ou fizesse algum procedimento para corrigi-lo, como eu me sentiria?”</i> | Investigar que eventos privados seriam evocados com a remoção do estímulo aversivo- defeito | Imagens de vários tipos de expressões faciais |

| | | | |
|----|---|---|---|
| 10 | <i>“Se você pudesse escolher características de um corpo ideal para você, quais escolheria”</i> | Verificar a que padrões estéticos o participante responde quando é dada a ele a possibilidade de obter um corpo ideal | Imagens de diferentes tipos de cabelos, formato de bocas, seios, abdomens, pernas e glúteos |
|----|---|---|---|

Através das situações apresentadas na tabela acima, espera-se que o profissional da área da saúde obtenha recursos para avaliar a presença dos sintomas do TDC em seus pacientes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Baseando-se na literatura sobre o TDC, em especial no estudo de Perpiña et al. (2004), o software foi construído da seguinte maneira;

TELA INICIAL:

Ao clicar sobre a tela inicial do programa (Figura 1), dá-se início ao programa elaborado pela pesquisadora, chamado de *Afrodite*. Nesta tela visualiza-se os dizeres: *Olá, obrigada por participar desta pesquisa! Leia com atenção e responda de acordo com o que pensa sobre si mesmo (a). Clique para continuar.* Em seguida, será apresentada a tela em que devem ser inseridos os dados do participante (Figura 2) como nome, sexo, idade, escolaridade e profissão. Um código com o número do participante será utilizado para que os arquivos possam ser acessados mais rapidamente após a aplicação, por exemplo, 01 para participante x, 02 para participante y, etc. Após ter preenchido os campos com os dados do participante, ele deverá clicar em *Enviar*. Em seguida, será exibido o enunciado: *Bem-vindo ao Afrodite, Amanda* (exemplo do nome do participante). *Selecione uma situação na caixa acima e clique em Iniciar* (Figura 3).

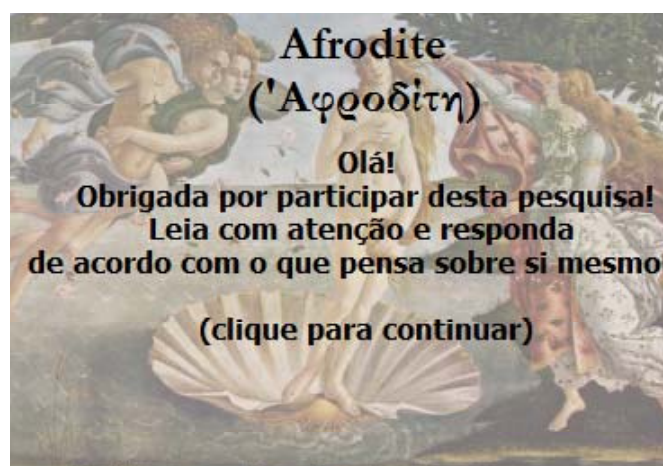


Figura 1 – Tela inicial do programa

A screenshot of a web application window titled 'Afrodite v.1.0'. The window has a light blue header with 'Afrodite v.1.0' and a 'Home' button. Below the header is a navigation bar with a 'Sua' dropdown menu and a 'Iniciar' button. The main content area contains a registration form with the following fields: 'Nome' (text input), 'Sexo' (radio buttons for 'Masculino' and 'Feminino'), 'Idade' (text input), 'Escolaridade' (dropdown menu), and 'Profissão' (dropdown menu). A 'Desconectar' button is visible in the top right corner of the form area. The Windows taskbar at the bottom shows several open applications, including 'Windows Live Home', 'CURSOS - Microsoft', 'Documentos - Micro...', 'Documentos2 - Micro...', and 'Afrodite v.1.0'. The system tray shows the time as 11:34.

Figura 2 – Dados do participante

A screenshot of the 'Afrodite v.1.0' web application. The interface is light blue. At the top, there is a 'Home' button and a 'Sua' dropdown menu. Below this is a navigation bar with a 'Sua' dropdown menu, an 'Iniciar' button, and a 'Desconectar' button. The main content area displays the text: 'Bem-vindo ao Afrodite Dissa. Selecione uma situação no caixa acima e clique em Iniciar.' The Windows taskbar at the bottom shows 'EA SPORTS', 'QUAD CORRADO', and 'Afrodite v.1.0'. The system tray shows the time as 13:01.

Figura 3 – Tela em que o participante deverá escolher as situações pela ordem de 1 a 10

Situação 1: APRENDENDO A MANUSEAR O PROGRAMA

A situação 1 tem como objetivo funcionar como uma situação-treino, ensinando o participante a manusear o software para evitar que erros sejam cometidos durante as situações seguintes. Na tela do programa representada pela Figura 3, o participante deverá clicar no campo *Situação*, localizada no canto esquerdo superior da tela, no qual o enunciado de cada situação estarão ordenados de 1 a 10, *Situação 1-Aprendendo a manusear o programa*; *Situação 2 contornos Corporais*, e assim por diante. O participante deverá clicar sobre a *Situação 1- Aprendendo a manusear o programa* e em *Iniciar*, assim ele visualizará imediatamente as fotos desta situação (Figura 4). Figuras de animais como gato, cachorro, papagaio e pássaro aparecerão na tela do computador e será solicitado que o participante escolha: 1) um animal que considere bonito, 2) um animal que gostaria de ter, 3) o animal que possui. Abaixo das figuras, dois campos descritos como *Comentários do Paciente* (campo destinado para que o participante preencha) e *Comentários* (campo destinado para que a pesquisadora preencha) serão disponibilizados. O campo *Comentários do Paciente* será utilizado caso a opção do participante não esteja entre as alternativas apresentadas.

Após o participante ter apontado suas alternativas, ele deverá clicar no ícone *Enviar*. Aparecerá então os dizeres: *Situação 1 concluída. Inicie a situação 2*. Em resumo, os seguintes passos devem ser efetuados:

- 1) Ir até o campo *Situação* e clicar sobre o ícone *Situação 1- Aprendendo a manusear o programa*
- 2) Clicar em *Iniciar*
- 3) Assinalar a opção desejada
- 4) Escrever seus comentários sobre a situação apresentada (caso a opção do participante não esteja entre as alternativas apresentadas).
- 5) Clicar em *Enviar*

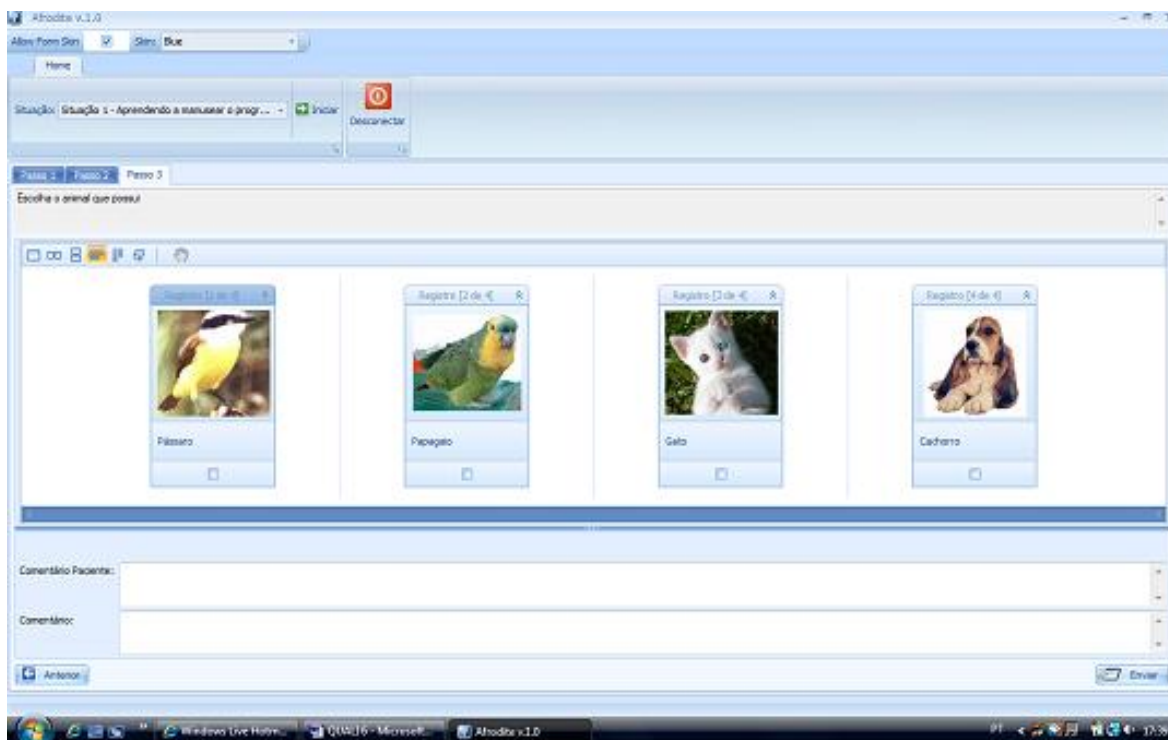


Figura 4 – Situação-treino

Situação 2: CONTORNOS CORPORAIS

A situação 2 tem como objetivo avaliar a presença da denominada distorção da imagem corporal no TDC, isto é, se o participante apresenta não só distorção de uma parte específica do corpo, mas também apresenta uma visão distorcida de sua silhueta como um todo. Previamente à aplicação do software será solicitado que o aplicador tire uma foto de corpo inteiro do paciente e desenhe seu contorno corporal. Este desenho será escaneado e inserido no programa.

O participante terá de novamente clicar sobre o campo *Situação* e em seguida sobre o ícone *Situação 2- Contornos corporais*. O software apresentará figuras de vários contornos corporais (Figura 5) e será pedido ao participante que escolha e assinale a figura que demonstre como ele vê o contorno de seu corpo. Em seguida, será solicitado que ele escolha e assinale a figura que demonstre o contorno corporal que ele desejaria ter e a seguir, como imagina que os outros o vêem.

O programa automaticamente disponibilizará lado a lado as alternativas que o participante escolheu (Figura 6), juntamente com a figura real de seu contorno corporal. Em seguida, será pedido que o participante descreva no campo *Comentários*, localizado abaixo

das figuras, o que pode identificar como diferenças entre elas, o que pensa sobre a respeito, etc. Enquanto isso, impressões do aplicador deverão ser anotadas.

Após o término da aplicação do software, as anotações deverão ser transferidas para o campo *Comentários*, localizado no próprio programa. Finalizada a situação 2, o software exibirá novamente os dizeres: *Situação 2 concluída. Inicie a situação 3.* Abaixo, serão apresentados os passos resumidos:

- 1) Mover o cursor do mouse para o campo *Situação*, clicar sobre o ícone *Situação 2- Contornos Corporais*
- 2) Clicar em *Iniciar*
- 3) Escolher as opções desejadas
- 4) Participante deve digitar seus comentários sobre a situação
- 5) Clicar em *Enviar*

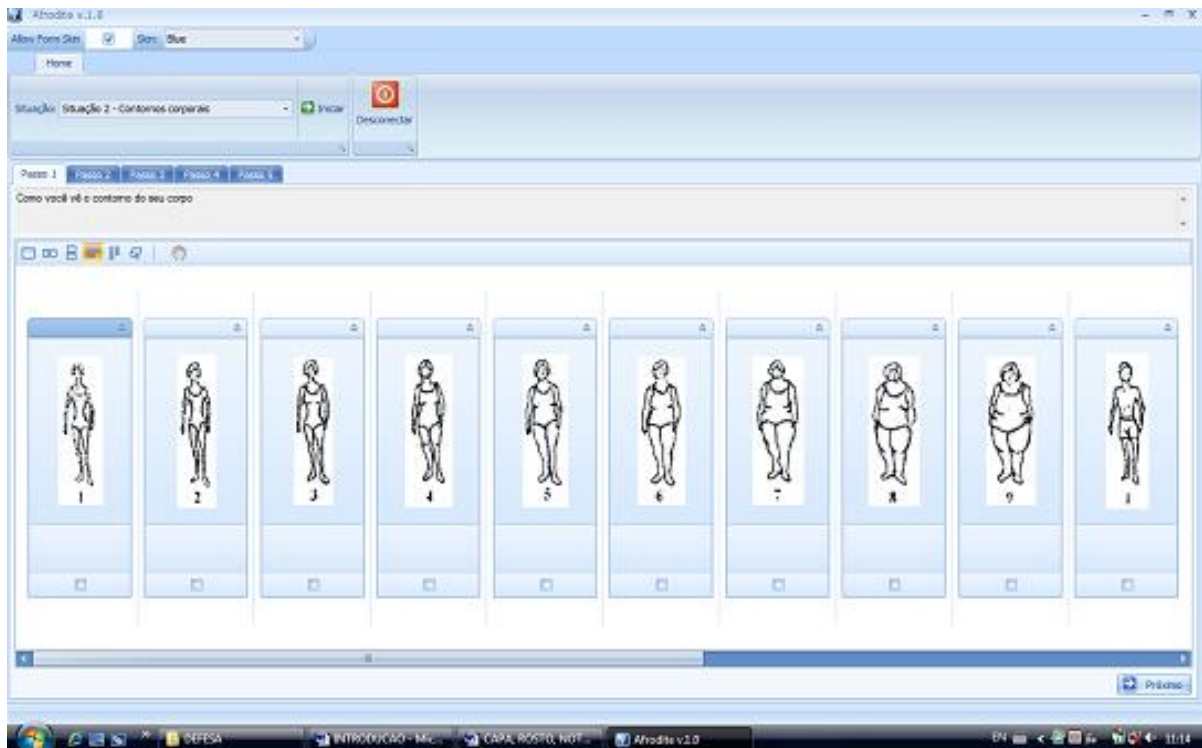


Figura 5 – Diferentes imagens corporais para que participante identifique como se vê, como os outros o vêem e como gostaria que fosse

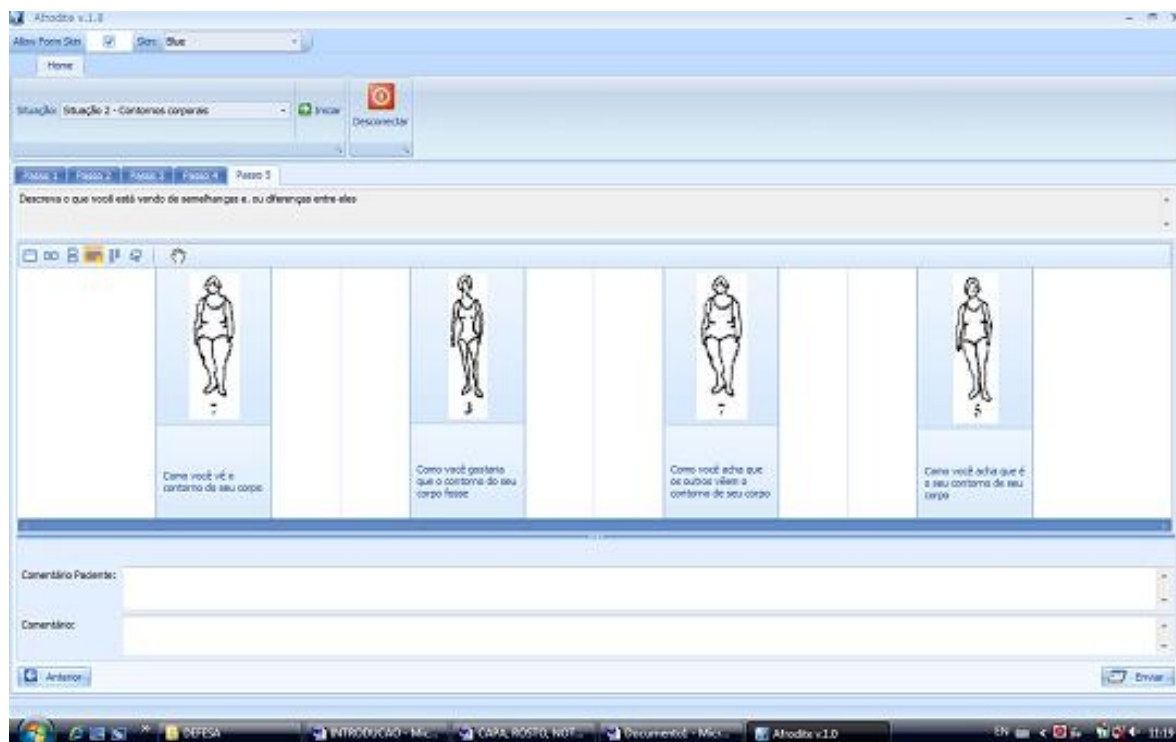


Figura 6 – Alternativas do participante para comparação

Situação 3: MEU “DEFEITO”

A situação 3 tem como objetivo investigar sobre o *defeito* que o participante menciona ter e o quanto isto interfere em sua vida cotidiana. A literatura demonstra que estes defeitos podem se localizar em qualquer parte do corpo (CORORVE; GLEAVES, 2001; ROSEN; REITER, 1996; TORRES; FERRÃO; MIGUEL, 2005; VEALE et al.,1996). Para isto, o participante deverá mover o cursor do mouse até o campo *Situação* e clicar sobre o ícone *Situação 3- Meu defeito* e em seguida, no campo *Iniciar*. Serão exibidas cinco figuras de cicatrizes (Figura 7) que variam entre mais evidentes até menos evidentes.

O participante será requisitado a escolher e assinalar como ele vê o seu “defeito”, como ele considera que os outros vêem e como gostaria que fosse. Embaixo de cada um dos tipos de defeitos, neste caso, cicatrizes, aparecerão legendas com os seguintes dizeres: *Cicatriz 1: como uma cicatriz larga, evidente e afundada, Cicatriz 2, como uma cicatriz fina e avermelhada, Cicatriz 3, como uma cicatriz fina, esbranquiçada e longa, Cicatriz 4, como uma cicatriz levemente aparente e Cicatriz 5, como uma cicatriz que ninguém consegue perceber.*

Por fim, as figuras escolhidas serão colocadas lado a lado (Figura 8), juntamente com a foto do defeito do participante e será solicitado que ele descreva no campo *Comentários*, localizado abaixo das figuras, sua percepção ao comparar uma figura com a outra e de que forma este problema interfere em sua vida. Após ter completado esta situação, aparecerão os dizeres: *Situação 3 concluída, Inicie a Situação 4*. Abaixo, serão apresentados os passos resumidos:

- 1) Mover o cursor do mouse para o campo *Situação*, clicar sobre o ícone *Situação 3-Meu defeito*
- 2) Clicar em *Iniciar*
- 3) Escolher as opções desejadas
- 4) Escrever seus comentários sobre esta situação
- 5) Clicar em *Enviar*

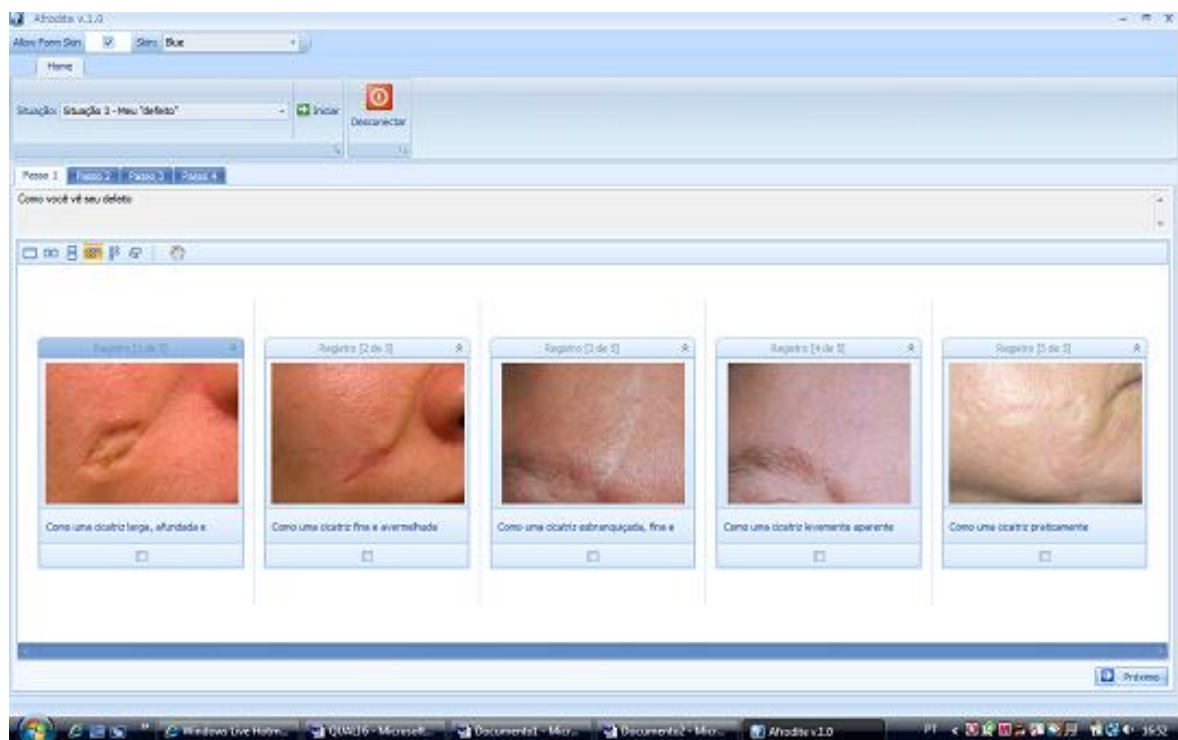


Figura 7 – Imagens de *defeitos*

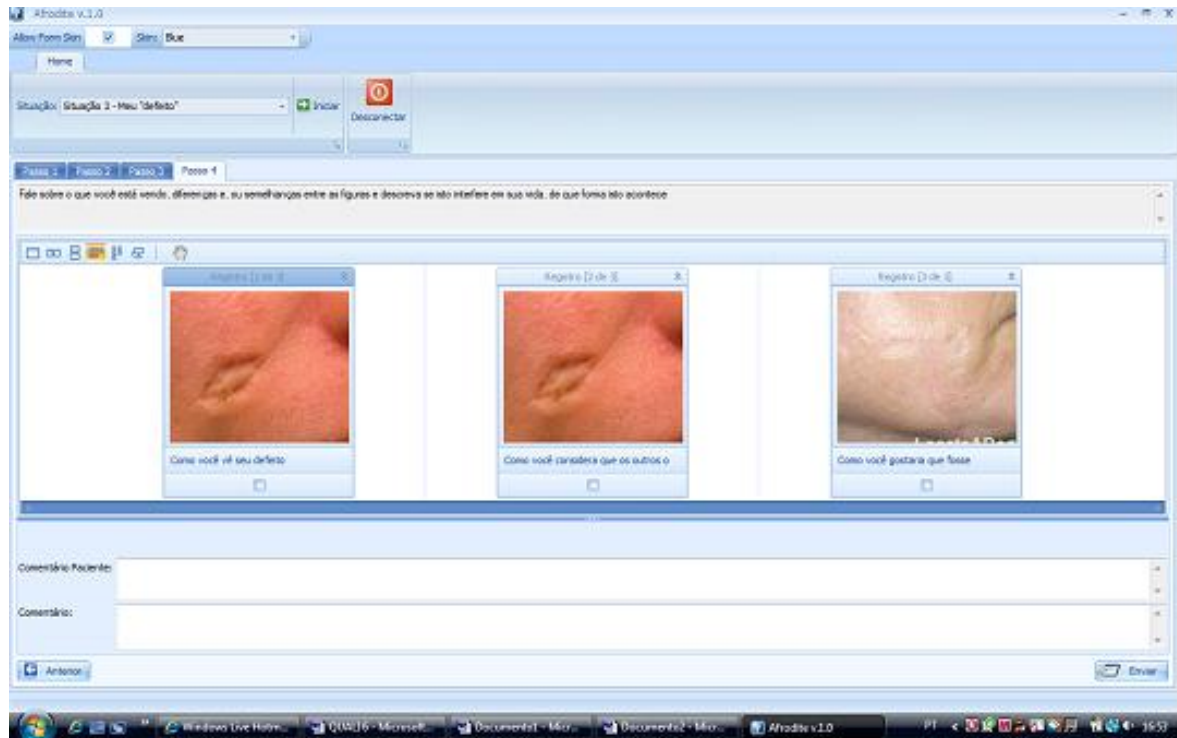


Figura 8 – Imagens escolhidas pelo participante para comparação e descrição de sua percepção

Situação 4: CAUSAS

A situação 4 tem como objetivo evocar causas atribuídas pelo cliente que o levaram a ter este defeito. Para isto, o participante terá de clicar sobre o campo *Situação* e em seguida sobre o ícone *Situação 4- Causas* e em *Iniciar*. Serão apresentadas três figuras como principais causas (Figura 9), as quais se encontram descritas na literatura (ANDREASEN; BARDACH, 1977; CORORVE; GLEAVES, 2001; PHILLIPS; DIAZ, 1997; ROSEN; REITER, 1996): Primeiramente, será apresentada uma figura que representa o comportamento de Bullying, em que outras crianças ou familiares debocham devido a um determinado aspecto. Na segunda figura, uma pessoa doente, representando a atribuição do defeito a uma doença adquirida ou congênita e, posteriormente, na terceira figura, um acidente. Após completar esta situação, dar-se-á início à situação 5. Abaixo, serão apresentados os passos resumidos:

- 1) Mover o cursor do mouse para o campo *Situação*, clicar sobre o ícone *Situação 4- Causas*
- 2) Clicar em *Iniciar*

- 3) Escolher as opções desejadas
- 4) Escrever seus comentários sobre esta situação
- 5) Clicar em *Enviar*

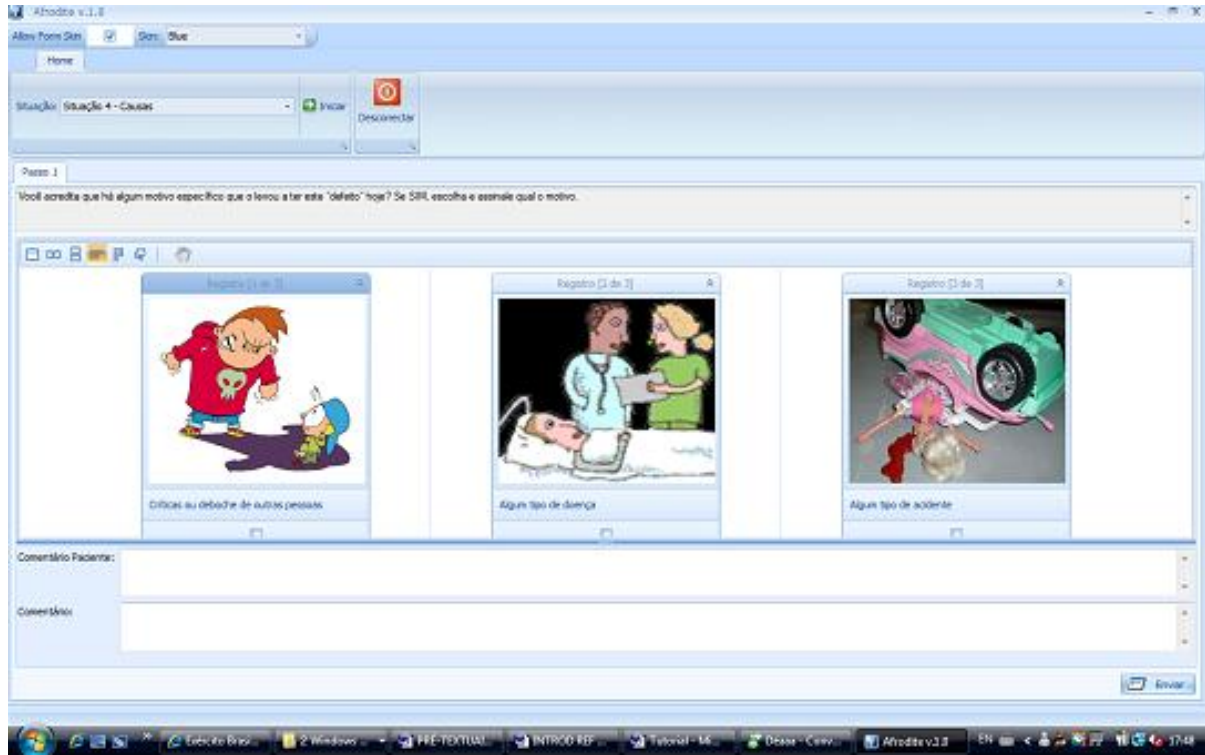


Figura 9 – Imagens sobre causas do *defeito* apresentado pelo participante

Situação 5: OLHANDO NO ESPELHO

A situação 5 foi desenvolvida com o objetivo de investigar a presença de controle de estímulos em relação ao espelho, mencionados na literatura sobre o TDC (ESCURSELL, 2006; MORIYAMA, 2005; ROSEN, 2003; VEALE; RILEY, 2001). Para isto, o participante terá de clicar sobre o campo *Situação* e em seguida sobre o ícone *Situação 5-Olhando no Espelho* e em *Iniciar*. Cinco figuras aparecerão na tela do programa para que o participante escolha que respostas ele emite ao se olhar no espelho (Figura 10): se aumenta a frequência do comportamento de olhar para o *defeito*, se elicia comportamentos respondentes (como respostas de ansiedade), se apresenta operantes de fuga-esquiva, se solicita opinião de outras pessoas sobre o defeito ou se tende a se isolar. Além disso, deverá descrever suas impressões e fatos relacionados a esta situação no campo *Comentários*. Feito isto, o participante deverá dar início à Situação 6. Abaixo, serão apresentados os passos resumidos:

- 1) Mover o cursor do mouse para o campo *Situação*, clicar sobre o ícone *Situação 5- Em frente ao espelho*
- 2) Clicar em *Iniciar*
- 3) Escolher as opções desejadas
- 4) Escrever seus comentários sobre esta situação
- 5) Clicar em *Enviar*



Figura 10 – Comportamentos frente ao espelho

Situação 6: EM PÚBLICO

A situação 6 foi elaborada com o objetivo de avaliar se o participante emite comportamentos de camuflagem do defeito quando se expõe a contingências públicas (BALLONE, 2006; GRANT; PHILLIPS, 2005; ROSEN et al., 1990, VEALE; RILEY, 2001). Para isto, o participante terá de clicar sobre o campo *Situação* e em seguida sobre o ícone *Situação 6-Em público* e em *Iniciar*. O software exibirá um enunciado questionando se, ao freqüentar um local público como uma festa, o participante utiliza algum recurso para mascarar ou esconder seu defeito (Figuras 11 e 12). Caso ele responda afirmativamente, é solicitado que escolha dentre as figuras, aquela que melhor represente seu comportamento.

Figuras com legendas indicam o tipo de acessório utilizado. Barba, bigode, cabelos, acessórios na cabeça (como por exemplo, um boné), a figura de um lenço (acessório no pescoço), a figura de maquiagem (utilização de recurso cosmético) e, por fim, a figura de um casaco (camuflagem através de algum tipo de roupa). Após a escolha, o participante deverá seguir o procedimento padrão de avançar para a próxima situação após ter preenchido o campo *Comentários*. Em resumo, os seguintes passos deverão ser efetuados:

1) Mover o cursor do mouse para o campo *Situação*, clicar sobre o ícone *Situação 6- Em público*

2) Clicar em *Iniciar*

3) Escolher as opções desejadas

4) Escrever seus comentários sobre esta situação

5) Clicar em *Enviar*

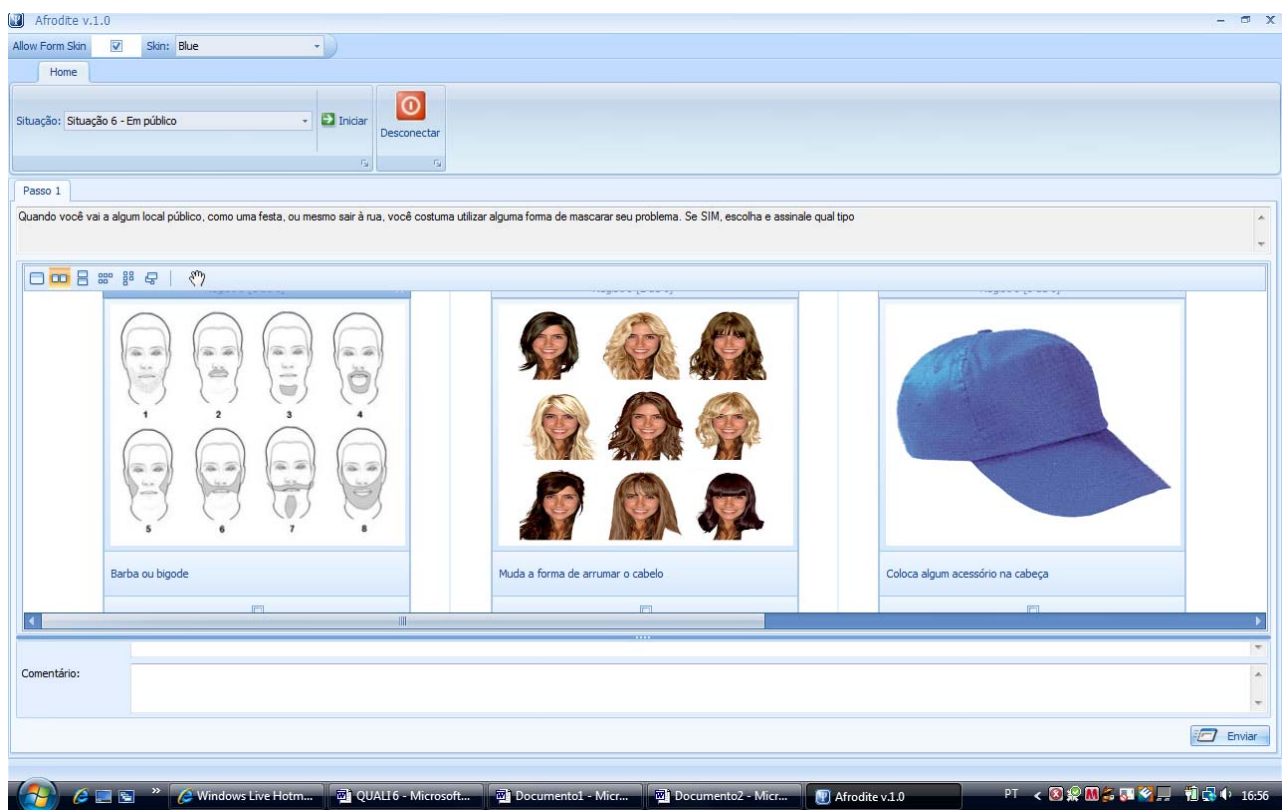


Figura 11 – Opções de acessórios para camuflagem

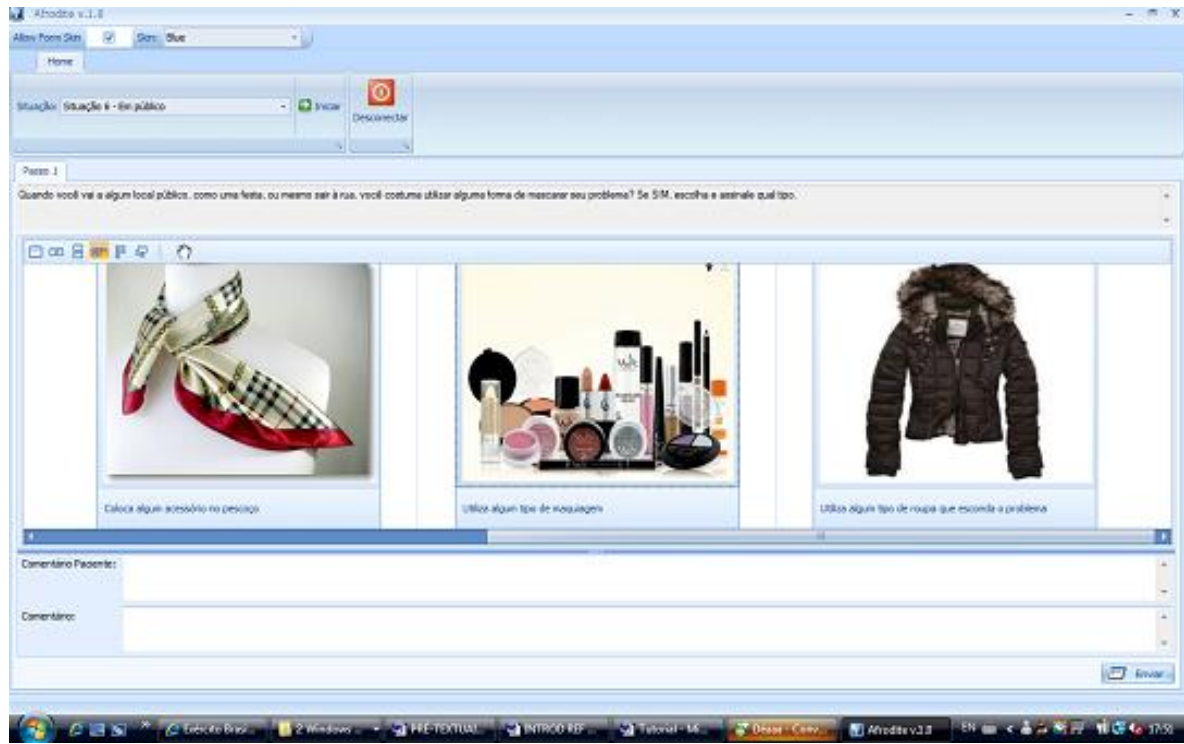


Figura 12 – Outras opções de acessórios para camuflagem

Situação 7: OLHANDO PARA VOCÊ

Nesta situação tem-se como objetivo avaliar quais comportamentos encobertos são evocados quando o participante é exposto, por exemplo, a lugares públicos. A literatura sobre TDC tem demonstrado que este tipo de situação elicia sentimentos de menosvalia e auto-depreciação (CORORVE; GLEAVES, 2001; ROSEN, 2003). Para isto, o participante terá de clicar sobre o campo *Situação* e em seguida sobre o ícone *Situação 7- Olhando para você* em *Iniciar*. O enunciado “*Quando você está em lugares públicos ou não e pessoas começam a olhar para você, o que você costuma pensar?*” é exibido, juntamente com as figuras com legendas (Figura 13). A primeira figura indica uma situação onde as pessoas deboçam do participante por apresentar o *defeito*; a segunda figura indica que alguém está olhando simplesmente porque admira; a terceira, indica que a pessoa olha porque está querendo conversar ou até mesmo flertar com ela; a quarta indica que olham porque sentem pena e; finalmente a quinta, indica que olham porque o cobiçam (Figura 14). Abaixo, serão apresentados os passos resumidos:

1) Mover o cursor do mouse para o campo *Situação*, clicar sobre o ícone *Situação 7-Olhando para você*

2) Clicar em *Iniciar*

3) Escolher as opções desejadas

4) Escrever seus comentários sobre esta situação

5) Clicar em *Enviar*



Figura 13 – Ilustrações sobre o motivo pelo qual o participante costuma atribuir os olhares das pessoas



Figura 14 – Continuação do quadro de figuras sobre o motivo pelo qual o participante costuma atribuir os olhares das pessoas

Situação 8: MEUS SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO PROBLEMA

A situação 8 foi proposta para investigar que tipo de eventos privados são evocados pelo comportamento de se perceber como alguém repugnante. Para isto, o participante terá de clicar sobre o campo *Situação* e em seguida sobre o ícone *Situação 8-Meus sentimentos em relação ao problema* e depois em *Iniciar*. O participante visualizará os dizeres: “*Quando você pensa em seu defeito, como se sente? Escolha uma figura e nomeie seu sentimento*”.

Várias figuras com expressões faciais serão disponibilizadas na tela do computador. O participante poderá assinalar quantos sentimentos desejar. Em seguida, deverá preencher o campo *Comentários*, como nas situações anteriores, e descrever seus sentimentos em relação ao defeito e de que forma isto afeta sua vida. Em resumo, os seguintes passos deverão ser seguidos:

- 1) Mover o cursor do mouse para o campo *Situação*, clicar sobre o ícone *Situação 8-Meus sentimentos em relação ao problema*
- 2) Clicar em *Iniciar*

- 3) Escolher as opções desejadas
- 4) Escrever seus comentários sobre esta situação
- 5) Clicar em *Enviar*



Figura 15 – Sentimentos em relação ao *defeito* apresentado pelo participante

Situação 9- SE EU NÃO TIVESSE ESTE DEFEITO

A situação 9 tem como objetivo avaliar que eventos privados seriam evocados pela remoção do estímulo aversivo- *defeito*. As mesmas figuras, com as mesmas expressões faciais serão exibidas, no entanto, o enunciado será diferente (Figura 16). Para isto, o participante terá de clicar sobre o campo *Situação* e em seguida sobre o ícone *Situação 9- Se eu não tivesse este defeito* e em *Iniciar*. O programa exibirá a seguinte pergunta: “Se você não tivesse este defeito ou fizesse algum procedimento para corrigi-lo, como se sentiria? Escolha uma figura e nomeie seus sentimentos”.

O participante novamente poderá assinalar quantos sentimentos desejar. É de suma importância avaliar tal condição para identificar as chamadas perspectivas mágicas ou irrealistas do indivíduo discutidas na literatura (ANDREASEN; BARDACH, 1977; MORIYAMA, 2003; SARWER; LOWE, 2003; SOBANSKI; SCHMIDT, 2000). a respeito da

ausência deste problema. Por exemplo, pensar que seriam mais amados, mais aceitos, etc. Ao final desta situação, o participante deverá prosseguir para a última situação. Abaixo, serão apresentados os passos resumidos:

- 1) Mover o cursor do mouse para o campo *Situação*, clicar sobre o ícone *Situação 9- Se eu não tivesse o defeito*
- 2) Clicar em *Iniciar*
- 3) Escolher as opções desejadas
- 4) Escrever seus comentários sobre esta situação
- 5) Clicar em *Enviar*



Figura 16 – Sentimentos caso não apresentasse o *defeito*

Situação 10: SE VOCÊ PUDESSE ESCOLHER CARACTERÍSTICAS DE UM CORPO IDEAL PARA SI MESMO, QUAIS VOCÊ ESCOLHERIA?

A situação 10 foi desenvolvida com o objetivo de verificar a que tipo de padrões estéticos a participante responde, quando entra em contato com a possibilidade de adquirir o chamado ‘corpo perfeito’, buscando avaliar o impacto de expectativas culturais.

Para isso, ela terá de clicar sobre o campo *Situação* e em seguida sobre o ícone *Situação 10- Se você pudesse escolher características de um corpo ideal, quais você escolheria*. O software então exibirá a primeira pergunta: *1) Se você pudesse escolher um tipo de cabelo ideal para si mesmo, qual você escolheria?* Figuras com opções de cabelos serão apresentadas, demonstrando diferentes tipos: preto, loiro, ruivo, castanho (Figura 17). Em seguida, cabelo comprido, curto, médio, liso e encaracolado (Figura 18).

Após a participante ter escolhido as características de cabelo, deverá clicar no ícone *Próximo*, aparecerá na tela a segunda pergunta: *Se pudesse escolher a cor de olhos ideal, qual você escolheria?* Serão exibidas três cores de olhos diferentes: castanho, verde e azul (Figura 19). Em seguida, deverá clicar novamente no ícone *Próximo* e responder à terceira pergunta: *Se pudesse escolher a forma de seus lábios, qual você escolheria?* Três opções com fotos aparecerão: Lábios finos, lábios médios e lábios grossos (Figura 20). Depois, avançará para a quarta pergunta: *Se pudesse escolher o tipo de seios que gostaria de ter, qual escolheria?* Várias figuras com diversos tamanhos e formatos aparecerão, desde seios pequenos a seios muito grandes (Figura 21). Após responder a esta questão, a tela exibirá uma outra questão relativa ao abdômen que a participante gostaria de ter, variando de abdomens de pessoas magras, pessoas com abdômen musculoso e até pessoas gordas (Figura 22).

A questão subsequente avaliará o tipo de glúteo que a participante gostaria de ter, também com variações de pequeno à extremamente grande (Figura 23). Já a última questão tratará do tipo de pernas, onde a participante será solicitada a escolher se gostaria de ter pernas finas, normais, musculosas ou grossas (Figura 24). Após ela ter preenchido o campo *Comentários*, sua participação no estudo se encerrará.

Em seguida, o aplicador deverá transcrever suas observações em relação à participante nas situações respondidas para o campo *Comentários* de cada situação, localizado no próprio programa. Abaixo, serão apresentados os passos resumidos:

1) Mover o cursor do mouse para o campo *Situação*, clicar sobre o ícone *Situação 10- Se eu pudesse escolher características ideais para meu corpo, quais seriam?*

2) Clicar em *Iniciar*

3) Escolher as opções desejadas

4) Escrever seus comentários sobre esta situação

5) Clicar em *Enviar*



Figura 17 – Tipos de cabelos

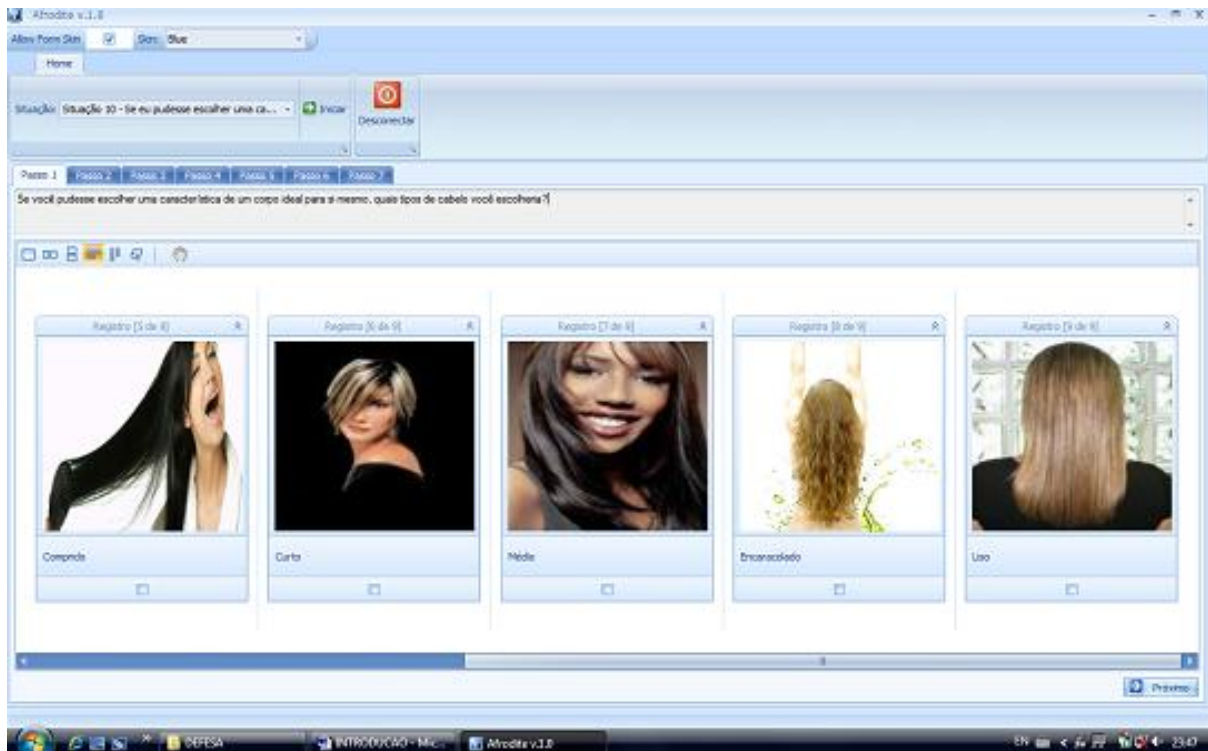


Figura 18 – Outros tipos de cabelos

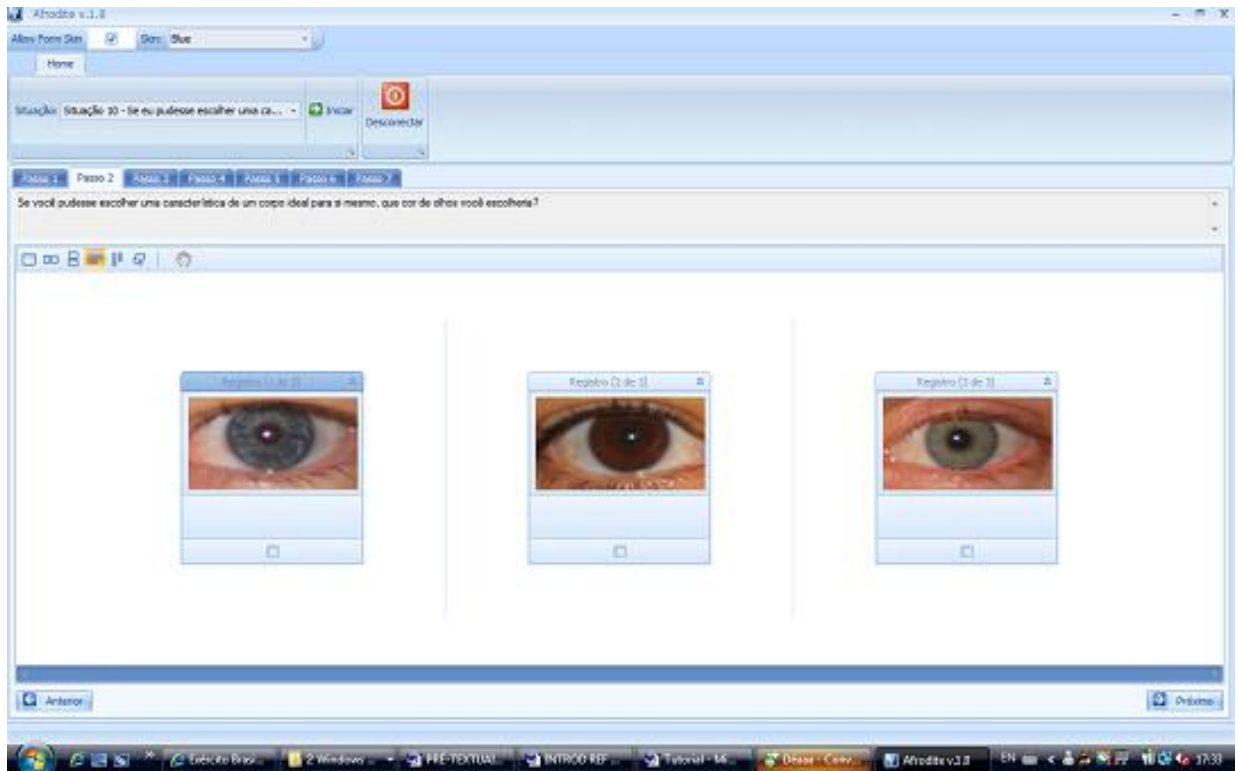


Figura 19 – Cor de olhos



Figura 20 – Formatos de lábios



Figura 21 – Tipos de seios

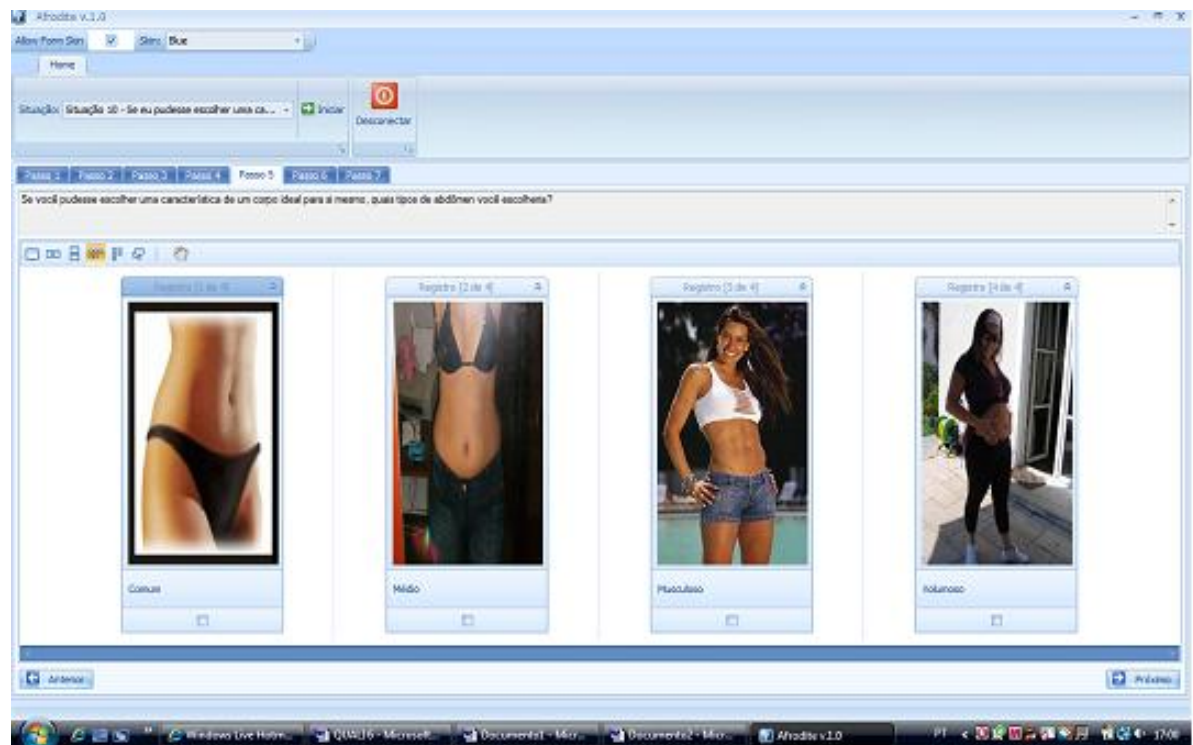


Figura 22 – Tipos de abdomens

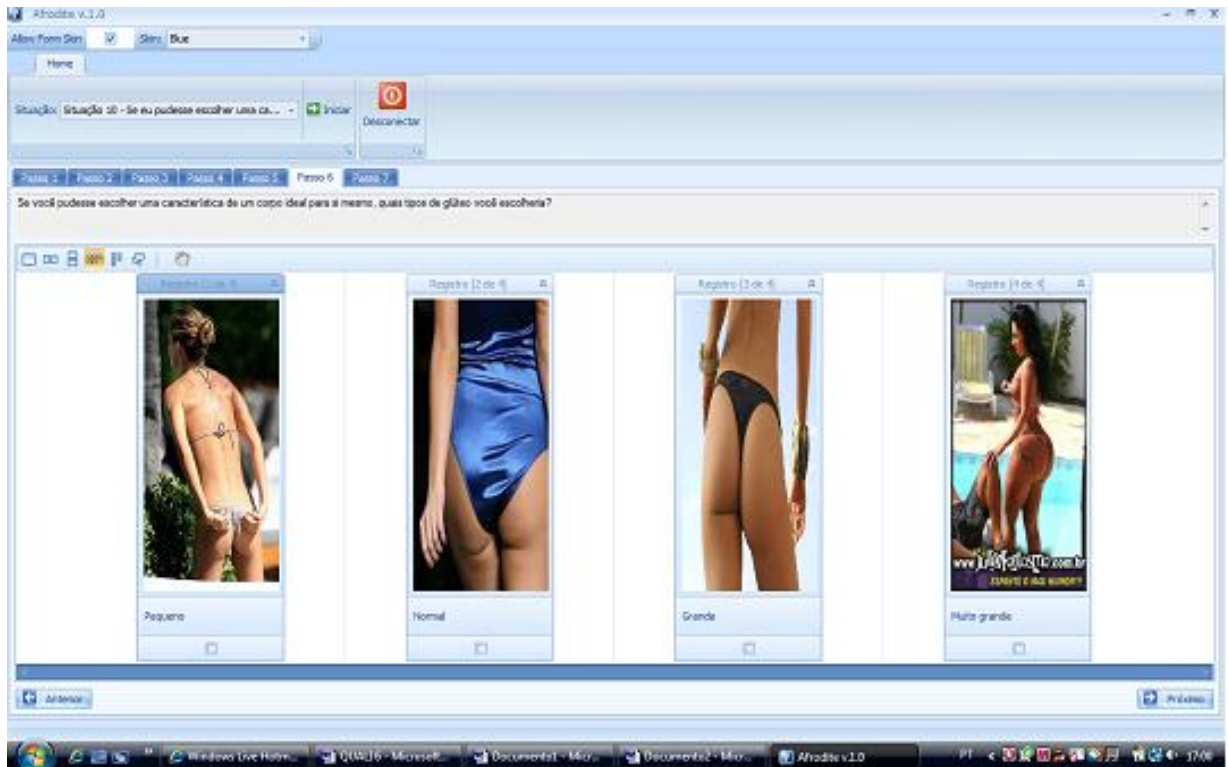


Figura 23 – Tipos de glúteos



Figura 24 – Tipos de pernas

A Psicoterapia Analítico- funcional – FAP (KOHLENBERG; TSAI, 2001), baseando-se nos princípios da Análise Experimental, no conceito de reforçamento, na especificação de comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) e na generalização, viabiliza que o cliente reproduza em sessão, alguns comportamentos que apresenta em sua vida cotidiana. Além da postura geral assumida pelo terapeuta, os autores ressaltam que há outras alternativas para se evocar CRBs, tais como determinadas técnicas (por exemplo, exercícios de imaginação, associação livre, tarefas para casa).

A proposta de se utilizar uma estratégia que inclui recursos visuais como ferramenta para avaliação e posterior intervenção tem encontrado respaldo na Análise do Comportamento a partir da premissa de que o psicólogo, em situação terapêutica, pode direcionar suas estratégias de intervenção sobre o comportamento de seu cliente e, conseqüentemente, promover melhoras. Para tanto, Kohlenberg e Tsai (2001) discutem que as ações do terapeuta afetam o cliente através de três funções de estímulo: 1) discriminativa, que se refere às circunstâncias externas nas quais certos comportamentos foram reforçados e onde passam a se tornar mais prováveis de ocorrer, 2) eliciadora, que é produzido involuntariamente e 3) reforçadora, que refere-se às conseqüências que afetam o comportamento.

Consideramos que o software desenvolvido pode, através da apresentação de figuras de pessoas e de circunstâncias (presentes no ambiente de pessoas com diagnóstico de TDC), possam funcionar como estímulos discriminativos para que comportamentos clinicamente relevantes sejam evocados. Tal condição pode fornecer dados relevantes para avaliação e posterior intervenção. Para isso, situações características (contingências) foram elaboradas baseando-se em comportamentos freqüentemente presentes no TDC.

A ordem da seqüência adotada (*avaliar contornos corporais - Situação 2, até seu ideal de corpo perfeito, Situação 10*), partiu da necessidade de se trabalhar primeiramente com questões gerais e, posteriormente, mais específicas. As situações propostas, não necessariamente serão discutidas individualmente, tendo em vista que, neste software, figuras diferentes abordam assuntos semelhantes.

A *Situação 2- “Contornos Corporais”*, foi proposta na tentativa de avaliar se pessoas diagnosticadas com TDC, além de apresentarem percepção distorcida de seu defeito, apresentam comportamentos que indiquem distorção de sua própria imagem corporal de uma forma geral. Buscou-se explorar se as queixas restringem-se a uma parte corporal específica e, se mesmo com a correção do *defeito*, ainda demonstram descontentamento (se considerando feias ou fora dos padrões estéticos vigentes).

Além disso, através da apresentação dessa situação, buscou-se identificar a relação entre a percepção do participante sobre seu próprio corpo, como os outros o vêem, como ele gostaria de ser e como ele é. Neste sentido, pelo fato do próprio indivíduo descrever semelhanças e diferenças entre as figuras, será avaliado o grau de distanciamento entre a observação pública e a privada. Aqui também se pretende identificar perspectivas irrealistas do participante sobre a obtenção de um corpo perfeito, desconsiderando variáveis relacionadas a idade, o peso, a estrutura óssea, a prática de atividades físicas, etc.

Na *Situação 3-“Meu defeito”*, o objetivo elaborado foi semelhante ao da Situação 2. Buscou-se avaliar, inicialmente, o tipo de defeito que o participante considera ter, como os outros o vêem, isto é, se os outros percebem o “problema” da mesma forma como ele percebe. Também se pretende identificar como o indivíduo gostaria de ser, ou seja, a que padrões estéticos está respondendo (por exemplo, se é descendente de negros, mas gostaria de ter um nariz fino e pequeno) e de que forma seu comportamento está sendo afetado por tais questões.

Depois de verificar a presença de distorções corporais e do defeito propriamente dito (avaliadas nas *Situações 2 e 3*), buscou-se uma compreensão sobre este fenômeno, não o considerando como agente causal para o TDC. Estudos como os de Andreasen & Bardach (1977), Botello e Baños (2004) e Carracedo et al.,(2004) de orientação comportamental-cognitiva, sugeriram que há causalidade entre a distorção da imagem corporal e outros comportamento típicos do TDC e que indivíduos com diagnóstico de TDC realizam cirurgias plásticas devido à uma distorção da imagem corporal.

Sob o ponto de vista do behaviorismo radical, considera-se que o termo distorção da imagem corporal pode ser adotado, desde que compreendido como mais um comportamento a ser avaliado no TDC e não como causa inicial para o desenvolvimento do transtorno. Dentro desse enfoque, um comportamento não é causa para outro comportamento (BAUM, 1994/1999). É possível que os comportamentos co-variem sob variáveis comuns e que se organizem em encadeamentos ou classes de respostas com a mesma função.

Como afirma Lopes e Abib (2002), a questão da causalidade é um assunto controverso dentro do behaviorismo, principalmente quando se trata de eventos privados. Considerações como, “emoções não são causas”, “ansiedade não é causa”, acabam por dar margem a uma interpretação epifenomenalista dos eventos privados. Para os autores, os eventos privados têm função em uma cadeia comportamental e, por isso, não podem ser desprezados. Assim, defende-se que o comportamento perceptivo, embora envolva respostas privadas, desempenha um papel causal dentro de uma cadeia comportamental, ou seja, pode

ter função na determinação de outros comportamentos, desde que não seja considerado causa inicial. A análise funcional pode indicar variáveis envolvidas na construção destes encadeamentos comportamentais.

Neste sentido, como afirma Kohlenberg e Tsai (2001), o behaviorismo radical explica a ação humana em termos de comportamento, em vez de entidades ou objetos dentro do cérebro. Para Baum (1994/1999), as pessoas acostumaram-se com a idéia de que os eventos ocorridos na infância afetam o comportamento durante a vida adulta. Entretanto, tais afirmações não se restringiram a essas relações, mas incluiu-se um segundo elo entre a explicação histórica e o comportamento atual (como por exemplo, os complexos, traumas, ansiedade, auto-estima, vontade), elevando constructos teóricos a causas para o comportamento. Noções desse tipo são exemplos de mentalismo, a prática de invocar causas imaginárias para tentar explicar o comportamento. Falar de ansiedade, complexos ou auto-estima acrescenta nada ao que já é conhecido sobre a conexão entre eventos passados e o comportamento presente.

Baum (1994/1999) aponta que a atribuição de causas do comportamento a termos mentalistas acontece porque as pessoas têm dificuldade para entender episódios que envolvem lacunas temporais. Desta forma, o autor propõe que a única maneira de escapar dessa armadilha seria aceitar que eventos ocorridos há muito tempo, podem afetar diretamente o comportamento presente (BAUM,1994/1999).

De acordo com Lopes e Abib (2002), atualmente, grande parte das explicações psicológicas sobre percepção consideram-na como o processo pelo qual o indivíduo entra em contato com a realidade. Entretanto, isto é concebido através da idéia de uma “cópia mental” do mundo percebido. Esse modo de explicar a percepção é conhecido pelo nome de “teoria da cópia” ou “teoria da representação mental” Quando uma pessoa percebe alguma coisa, ela “fabrica” uma cópia mental do objeto. Essa cópia é armazenada na memória e posteriormente pode vir a ser usada, no caso de uma lembrança. Esta forma de compreender o fenômeno da percepção obriga teorias mentalistas a conceberem a existência de uma realidade em si, que nunca pode ser diretamente acessada pelo indivíduo. No entanto, para Skinner (1974/1982), a questão da percepção da realidade está ligada a história de contingências.

Baseando-se no Modelo de Seleção do Comportamento pelas Conseqüências, de Skinner (1987), entende-se que mesmo uma percepção considerada “distorcida” está diretamente ligada à história de reforço. A percepção, ou melhor, o comportamento perceptivo, é um comportamento e não um processo cognitivo e, como tal,

está sujeita aos mesmos princípios de qualquer outro comportamento. Ao longo do tempo, alguns comportamentos se tornam mais prováveis, devido ao reforço, e outros, menos prováveis (pelo não-reforço ou então punição), assim, gradualmente, os comportamentos vão sendo modelados e transformados (BAUM, 1994/1999).

Como enfatiza Lopes e Abib (2002), não há nada além das contingências. Cada indivíduo tem sua própria experiência (realidade) e não se deve compreender tal condição como uma cópia privada do ambiente. Isto se refere às contingências às quais o indivíduo foi e continua sendo exposto ao longo de sua vida. Desta forma, as dicotomias “experiência versus realidade”, “percebedor versus recebedor” não se aplicam às concepções de Skinner. Para ele, além de “cópias mentais” não serem usadas como explicação, não há como separar estímulo e resposta, visto que não há estímulo sem resposta e nem resposta sem estímulo. Isso significa que, para o behaviorismo radical o que deve ser levado em consideração são os comportamentos envolvidos e as variáveis das quais eles são função.

Quando se explica a percepção em termos de comportamento perceptivo, não é necessário utilizar qualquer representação mental. A identificação de variáveis que podem controlar esse comportamento funciona como prova de que a percepção é mais uma questão de controle de estímulos do que de uma cópia mental (LOPES; ABIB, 2002).

Para investigar a presença de controle de estímulos em relação ao espelho, mencionados na literatura sobre o TDC, propôs-se a *Situação 5-“Olhando no espelho”*, na qual o participante é solicitado a descrever que respostas ele emite ao se olhar no espelho: se aumenta a frequência em olhar para seu defeito, se elicia comportamentos respondentes, como respostas de ansiedade, se apresenta operantes de fuga-esquiva, etc.

Desde a infância, o comportamento de olhar-se no espelho pode ser reforçado naturalmente. Ao se ver, aprende-se que se pode modificar a aparência: escovar os cabelos, passar maquiagem, modificar a roupa colocada, checar se tudo está como gostaria, etc. Para muitas pessoas, o estímulo espelho apresenta um forte controle sobre o comportamento. Diante do espelho, muitas pessoas emitem respostas, tais como, parar, se olhar, mexer nos cabelos, etc. Este controle pode ser tão forte que passam a emitir respostas diante dele. Não é raro observar pessoas se olhando nos espelhos, mesmo que estes localizados em retrovisores de carros, shoppings centers, lojas e até mesmo em um simples reflexo em um vidro. Tal controle adquire mais ou menos força de acordo com a história de vida do indivíduo. Pessoas que aprenderam a se preocupar com a aparência desde cedo, provavelmente apresentam uma frequência maior em comportamentos relacionados a se olhar

no espelho, comparando com pessoas que não tiveram uma história de contingências semelhante.

Para Matos (1999), o indivíduo atua sob controle de relações estabelecidas em sua história passada, entre a variável direta (com a qual está atualmente em contato) e a variável indireta (com a qual esteve em contato). São contingências de controle de estímulos, e não devido a uma representação mental de um corpo deformado que leva o indivíduo a emitir comportamentos de olhar-se no espelho com frequência.

De acordo com Mattos (1999), diz-se que há controle pelo estímulo quando se observa uma relação consistente entre estímulos antecedentes e respostas. A consistência dessa relação é indicada pela quantificação de mudanças que ocorrem nas condições de estímulo antecedentes e pelas mudanças na força ou probabilidade das respostas que acompanham essas condições. Quando não ocorrem mudanças nas respostas, a despeito de mudanças nas circunstâncias, diz-se que o grau de controle por aquele estímulo é nulo ou inexistente. Desta forma, entende-se a importância de se criar situações que indaguem sobre o modo que um indivíduo com TDC se comporta diante do espelho porque revela o quão forte é o controle de estímulo ao qual ele é submetido e, conseqüentemente, quanto maior a força que ele exercer, maior a probabilidade de que operantes discriminativos ocorram.

Segundo Lopes e Abib (2002), considerando que o aparato fisiológico esteja intacto, ver é um comportamento respondente. Ao longo da vida, a resposta visual do indivíduo incondicionada “pura”, vai recebendo, cada vez mais, influências do condicionamento. Desta forma, estímulos anteriormente conhecidos como neutros, com o passar do tempo, por meio de pareamentos com o estímulo eliciador, biologicamente mais forte, passam a eliciar a resposta visual, tornando-se estímulos condicionados para esta resposta. Segundo os autores, na visão condicionada definida por Skinner (1953/1966, p.270): “estímulos que geram visão condicionada muitas vezes são reforçadores por fazer isso”. Isso se deve ao fato de que a visão de determinado objeto é, em alguns casos, reforçadora, o que torna os estímulos que a eliciam reforçadores condicionados, aumentando a frequência com que se expõe a eles.

Ao expandir esta noção para o TDC, o seguinte encadeamento de respostas pode ter ocorrido: o espelho (inicialmente um estímulo neutro), foi emparelhado a estímulos incondicionais como a atenção. Assim, tornou-se um estímulo condicionado, que aliado a uma história de contingências que reforça comportamentos ligados à aparência (como, olhar-se no espelho), fazem com que este funcione como estímulo discriminativo. Tal condição, relacionada a determinadas contingências, pode levar o indivíduo a emitir verbalizações

como: sou um monstro, ninguém vai gostar de mim por apresentar este *defeito* (a chamada percepção distorcida pelos cognitivistas) e a emitir comportamentos como a camuflagem. Isto porque, ao longo da história deste indivíduo, a visão condicionada “sou um monstro” pode ter adquirido propriedades reforçadoras (como atenção da família, esquiva de obrigações, não-responsabilização por seus atos, etc) e continuar a ser mantida pelo próprio contexto, levando estes indivíduos a emitirem alta frequência de checagem do defeito diante do espelho.

Com isso, pretende-se enfatizar que o behaviorismo radical aceita a noção de comportamento perceptivo como mais um comportamento emitido ao longo de uma cadeia comportamental e que pode assumir controle sobre outros comportamentos desta cadeia. Desta forma, se a consequência for reforçadora, todos os comportamentos que fizerem parte desta cadeia comportamental serão reforçados. Se, ao contrário, a consequência for punitiva, comportamentos que evitem essa consequência serão selecionados por reforçamento negativo (LOPES; ABIB, 2002). Sendo assim, o indivíduo tenderá a evitar o estímulo que evocará a cadeia comportamental, como por exemplo, esquivando-se de olhar para um espelho.

Para Skinner (1974/1982, p. 72), “ver na ausência da coisa vista” é uma experiência familiar a todas as pessoas. Elas tendem a agir no sentido de produzir estímulos que são reforçadores quando vistos. As pessoas vêem coisas diferentes quando estão expostas a diferentes contingências de reforço. De acordo com ele, ao falar de um *erro de percepção*, ou uma discrepância entre a realidade e a percepção, torna-se obrigatório fazer a tradução para termos comportamentais. Para o autor, o que importa não é a diferença entre a realidade e o comportamento, pois ele considera que não existe uma realidade concreta, única, mas sim, dependente do observador. O que se pode falar é de diferenças entre comportamentos das pessoas, que, por sua vez, se explicam pelas diferenças entre as contingências passadas.

Quando discutimos filosofia com nossos colegas, talvez possamos concordar prontamente em que não existe uma única maneira de ver as coisas. Mas quando isso toca as nossas próprias crenças sobre clientes específicos, tendemos a nos apegar com tenacidade às nossas próprias verdades. Esquecemo-nos de que as idéias são fabricadas pelos observadores, e, finalmente, convencemos a nós mesmos de que, de algum modo, elas nos oferecem um diagrama da realidade. Por que pensamos que sabemos, quando na verdade, simplesmente imaginamos, construímos, pensamos ou acreditamos? (KOHLENBERG; TSAI, 2001, p.5)

No behaviorismo radical, entende-se que uma boa intervenção gera suas próprias verdades, isto é, a história e o meio ambiente imediato daquele que percebe, influenciam na percepção de uma experiência (KOHLENBERG; TSAI, 2001).

Da mesma forma pode-se dizer que, com a *percepção distorcida*, o indivíduo sempre imagina ou apresenta distorções de acordo com estímulos a que foi submetido e de acordo com sua história de reforço em relação a este comportamento. Por exemplo, caso tenha sido exposta a contingências que reforçam lábios grandes e volumosos, uma mulher pode passar a considerar que seus lábios são pequenos (embora sob o ponto de vista médico estejam adequados) e que não combinam com seu rosto.

Pode-se dizer que esta mulher, “vê na ausência da coisa vista” (SKINNER, 1974/1982, p. 72), ou seja, uma boca pequena (que não o é), devido a uma história de contingências onde este comportamento de alguma forma foi reforçado e não porque ela tenha arquivado em sua memória uma percepção distorcida.

O conceito de fantasia proposto por Skinner (1989/1991) também fornece explicações importantes em relação à forma com que contingências afetam o comportamento de um indivíduo. Segundo o autor, o dicionário define fantasia como “o ato ou função de formar imagens ou representações por percepção direta ou pela memória” (p.74). O autor esclarece essa questão exemplificando a leitura de um livro onde o leitor para fantasiar a história precisa ter conhecimento das palavras e uma descrição razoável das situações. Assim, para que o leitor se comporte da maneira que o escritor gostaria que ele se comportasse, isto é, fantasie a situação, seria necessário que as palavras estejam associadas a situações, sensações e comportamentos (BANACO, 1997).

Analogamente aos processos com o leitor, que responde a estímulos que foram selecionados e mantidos pelas contingências, no TDC, uma explicação mais plausível seria a de que, se uma pessoa percebe alguma falha no seu corpo ou imagina um defeito grave, supõe-se que determinadas contingências atuaram na seleção desse comportamento.

Assim, dependendo do contexto em que está inserida, uma pessoa pode ter sido submetida a um treino discriminativo, onde pequenas alterações são consideradas verdadeiras aberrações. O mesmo treino discriminativo pode ter ocorrido em relação a imaginar uma nova aparência. Isto pode ocorrer em famílias com padrões excessivamente perfeccionistas e exigentes, em que não são permitidos cometer erros. Da mesma forma, uma pessoa que possui uma história de vida distinta, em que tais contingências não estavam presentes, pode perceber o mesmo defeito de forma completamente diferente. Como afirma Skinner (1974/1982), o comportamento não é dominado pelo cenário atual, ou seja, não se

limita ao estímulo. A história ambiental mantém o controle e a filogenia, aliada às contingências nas quais o indivíduo foi exposto, determinam aquilo que o indivíduo percebe.

Diante da preocupação em considerar a análise funcional como principal ferramenta de um terapeuta comportamental e dada sua importância no processo de autoconhecimento e melhora do cliente, indicamos os estudos de Perpiña et al. (2004) sobre realidade virtual. Nesses estudos, a chamada “imagem corporal” foi modificada por meio de sessões que treinavam a percepção do indivíduo, indicando que esse comportamento pode ser revertido, se as condições nas quais ele ocorre são modificadas, ou seja, se ele for submetido a um novo treino discriminativo. Além disso, outras respostas também obtiveram melhora, como a redução de comportamentos bulímicos e anoréxicos e comorbidades, o que sugere que pode haver correlação entre distorções da imagem corporal e estes comportamentos.

Assim, sugerimos que a análise funcional pode indicar como os comportamentos do TDC se interrelacionam. A *Situação 4- Causas* foi desenvolvida com o intuito de avaliar se o indivíduo atribui causas ao seu comportamento atual e, se o faz, quais são elas. Além disso, buscou-se verificar se o participante consegue descrever relações funcionais e se está consciente delas.

A análise funcional pode ser definida como “a busca em especificar variáveis das quais o comportamento é função, levando em conta três grandes conjuntos de variáveis: as biológicas, culturais e individuais, tendo em vista a história de condicionamento do indivíduo e as contingências atualmente em operação” (AMARAL, 1997, p. 122). Para Matos (1999), fazer análise funcional implica identificar a função que o comportamento apresenta no contexto em que ocorre. Como a autora menciona, realizar análise funcional é vantajoso porque identificar variáveis relevantes para a ocorrência do comportamento permite desenvolver intervenções futuras e planejar condições que favoreçam a generalização para outros contextos.

De acordo com Meyer (2003), a análise funcional permite verificar as relações existentes entre o ambiente e as ações do organismo. Para isso, é necessário especificar a ocasião em que a resposta ocorre, a própria resposta e as conseqüências reforçadoras (SKINNER, 1981). Isto implicaria uma análise molecular, na qual um comportamento seria focado, de modo que estaria limitado àquele momento e àquele espaço (BAUM, 1994/1999).

Como afirma Matos (1999), a análise funcional consiste em explicar um evento através da descrição de suas relações com outros eventos. Em virtude disso, para que haja compreensão do comportamento atual, é imprescindível que se compreenda a história de

vida do indivíduo. Somente através da história e da identificação das variáveis mantenedoras do comportamento, torna-se possível descobrir a função dos comportamentos problemáticos para poder modificá-los (MEYER, 2003). Esta busca por explicações históricas constitui a chamada análise molar, que diz respeito aos eventos passados, que entraram em relação e resultaram no comportamento atual, mesmo havendo uma lacuna temporal (BAUM, 1994/1999). Gonçalves (citado por MEYER, 2001, p. 34), afirma que o objetivo da macroanálise é realizar um levantamento geral de vários problemas e da história de aprendizagem do indivíduo, sempre lembrando que “a análise da árvore não nos deve fazer perder de vista a floresta”, isto é, ao analisar um comportamento sob o ponto de vista molecular, ou mais específico, não se deve esquecer que se trata de um recorte, pois o comportamento ocorre em um contexto muito mais amplo, o qual deve ser investigado.

Para Matos (1999), é essa insistência em pesquisar as variáveis das quais um comportamento é função que distingue a prática do analista do comportamento de outros teóricos da Psicologia ou da Psiquiatria, que optam por uma definição estrutural do comportamento.

Buscando avaliar possíveis causas, e assim, elucidar o processo de análise funcional do TDC, foram desenvolvidas a *Situação 6-“Em público”* (questiona se o participante apresenta comportamentos de camuflagem ao sair em público) e *Situação 7-“Olhando para você”* (questiona o que o participante pensa quando está em uma situação pública e as pessoas começam a olhar para ele). Através delas espera-se esclarecer a topografia de respostas discriminativas destes indivíduos diante de contextos públicos e, ao mesmo tempo, analisar o que os leva a se comportarem desta maneira.

Para tanto, seria relevante discutir sobre comportamento governado por regras. Segundo Skinner (1966), regra é um estímulo verbal que descreve contingências, funcionando como um estímulo discriminativo capaz de controlar o comportamento subsequente. Para explicar melhor este conceito, o autor faz um paralelo entre o comportamento modelado por contingências versus o comportamento governado por regras.

Pode-se referir ao comportamento modelado por contingências quando um organismo se comporta de uma determinada maneira, com uma dada probabilidade porque um comportamento semelhante foi seguido por um determinado tipo de consequência no passado (SKINNER, 1980). Todavia, para Nico (2001), quando estes organismos são sujeitos humanos verbais, nota-se que grande parte de seu repertório não foi adquirido através da longa exposição às contingências. A aquisição de repertório verbal dotou os homens de

capacidade para relatarem uns aos outros sobre como agir em determinadas condições, promovendo alterações no ambiente em que vivem.

Isto ocorre devido quando as conseqüências do comportamento são adiadas ou raras, onde seria difícil estabelecer a modelagem pelas contingências. Entretanto, para que uma descrição verbal seja considerada regra, duas condições precisam estar presentes: 1) a regra deve especificar uma contingência, isto é, especificar o estímulo discriminativo, a resposta e a conseqüência; 2) a descrição só será uma regra quando alterar a probabilidade de emissão de um dado comportamento em ação.

Ao aplicar esta noção para comportamentos de camuflagem e de emissão de respostas encobertas (como pensamentos de conotação negativa e aversiva), supomos que o comportamento deste indivíduo pode estar sendo controlado por regras. No caso da primeira condição, a contingência de se encontrar em um contexto público, ou melhor, diante de pessoas estranhas, pode ter adquirido uma propriedade de estímulo discriminativo que sinalizaria uma conseqüência aversiva, caso o indivíduo não remover este estímulo. Nesse caso, isso poderia ser evitado com comportamentos de camuflagem, o que faz com que este seja negativamente reforçado.

Na segunda condição, o fato do Sd “estar em público”, pode alterar a probabilidade da resposta, tendo em vista que o indivíduo pode aumentar a freqüência de apresentação de comportamentos de camuflagem quando sai de casa. No entanto, deve-se questionar os motivos da ocorrência deste comportamento, tendo em vista que seria pouco provável que, no contexto atual, todas as pessoas estejam realmente olhando para este indivíduo.

Mais uma vez considera-se que as contingências de reforçamento podem ser responsáveis pela presença de tais comportamentos. O indivíduo pode estar se comportando desta forma porque no passado, contingências aversivas estariam presentes (ser motivo de chacota para os amigos na escola, na família e durante a adolescência). No entanto, como explicar a presença destes comportamentos no contexto atual?

O fenômeno de insensibilidade às contingências há muito vem sendo discutido pelo behaviorismo. Skinner (1980) ressalta que este seria o problema do controle por regras. Ele é vantajoso quando as contingências são estáveis, mas quando elas se alteram e as regras não o fazem, tornam-se problemáticas. Desta forma, pode-se dizer que é provável que ao apresentar comportamentos de camuflagem e pensamentos aversivos com relação ao defeito, o indivíduo com TDC o faz porque continua respondendo como se estivesse sendo

afetado pelas mesmas contingências que o afetaram no passado, desconsiderando a mudança de contingências.

Acreditamos que a explicação deva ir mais além. Se o indivíduo apresenta insensibilidade às contingências atuais, quais seriam as causas? De acordo com Nico (2001), o próprio termo insensibilidade às contingências soa como um contra-senso dentro da Análise do Comportamento, visto que ela parte do pressuposto de que o comportamento é produto das contingências ambientais. Deve-se investigar quais seriam as variáveis responsáveis pela manutenção de uma resposta que apenas aparentemente parece ser insensível às contingências. Em se tratando do TDC, algum tipo de reforço poderia estar sendo liberado quando o indivíduo apresenta tais comportamentos (atenção da família, por exemplo). Assim, o comportamento seria mais sensível às conseqüências familiares e não às conseqüências do contexto público.

Uma outra possibilidade que não deveria ser desconsiderada refere-se à história de resistência à extinção deste indivíduo. Talvez ele tenha sido tão duramente exposto a contingências punitivas ao longo da vida por apresentar um defeito (por exemplo, orelhas grandes quando pequeno, mas não tão evidentes agora), que estes comportamentos estejam cristalizados e, portanto, mais resistentes à extinção. Além disso, deve-se considerar que se este indivíduo sempre camufla seu defeito em público por considerá-lo aparente, como poderia sofrer os efeitos de contingências diferentes das punitivas, ao qual foi submetido anteriormente, se não se permite experimentar os efeitos advindos de novas contingências? Assim, avaliar comportamentos apresentados por estes indivíduos (causas e conseqüências) constitui-se uma tarefa promissora nos estudos sobre o TDC.

A *Situação 8-“Meus sentimentos em relação ao problema”* (trata dos sentimentos do indivíduo diante do “defeito”) e a *Situação 9- “Se eu não tivesse este defeito ou fizesse algum procedimento para corrigi-lo, como eu me sentiria?”*, foram elaboradas com o intuito de avaliar os sentimentos evocados em uma pessoa que apresenta TDC. A literatura mentalista a respeito do tema tem relatado que estas pessoas apresentam sentimentos negativos (tristeza, depressão, raiva, etc) e que este tipo de sentimento seria causa para baixa auto-estima, e, em casos mais graves, risco de suicídio.

O presente estudo, corroborando com o behaviorismo radical, concebe o papel dos sentimentos de uma forma distinta destas abordagens. Skinner (1990) define que o sentir, tanto quanto o fazer são produtos de seleção e de variação. Com isto, propõe que sentimento é comportamento, e como tal, resultado do processo de seleção pelas conseqüências. Tratam-se de eventos de mesma natureza, os quais diferenciam-se pela

acessibilidade. O primeiro só teria acesso o próprio indivíduo, portanto, um único observador direto e o outro teria acesso público. Desta forma, Skinner (1991), não nega a possibilidade da auto-observação ou do autoconhecimento ou a possível utilidade dos eventos privados, mas questiona a natureza daquilo que é sentido ou observado e, portanto, conhecido.

Para o autor, existem boas razões para que as pessoas falem sobre seus sentimentos. O que elas dizem é, em geral, uma indicação útil do que lhes aconteceu ou sobre o que poderão vir a fazer. Ele exemplifica dizendo que quando uma pessoa oferece um copo de água a outra, ela não questiona há quanto tempo a pessoa está sem beber água, ela pergunta simplesmente se a pessoa está com sede. A resposta informará tudo o que é necessário saber.

Da mesma forma, ao questionar um indivíduo que apresenta TDC sobre seus sentimentos em relação a este problema, não se está questionando se seu relato é confiável ou não, mas sim que tipo de pistas estes sentimentos podem levar, por exemplo, sentimentos de depressão podem fornecer indicativos de contingências aversivas e opressoras. Por outro lado, sentimentos de felicidade, contentamento, contingências positivamente reforçadoras podem estar presentes. Nesse sentido, consideramos importante solicitar que o participante descreva sentimentos para que se busque uma análise funcional mais fidedigna, tendo em vista a possibilidade do cliente atribuir seus problemas a causas errôneas ou superficiais.

No entanto, como aponta Skinner (1991), seria importante entender que o que é sentido não é uma causa inicial. Ele considera fácil confundir o que se sente como uma causa, porque nós o sentimos enquanto estamos nos comportando, ou até mesmo antes de nos comportarmos, mas os eventos que são de fato responsáveis pelo que fazemos, e, portanto, pelo que sentimos encontram-se num passado possivelmente distante.

Para o autor, psicólogos cognitivistas estão entre aqueles que mais freqüentemente criticam o behaviorismo por negligenciar sentimentos, mas eles próprios fizeram muito pouco nesse campo ao tentarem explicar os eventos privados através de analogias que relacionam o funcionamento do cérebro ao computador.

Para Skinner (1974/1982), com exceção do que é produto do aparato genético, tudo o que se passa sob a pele, incluindo sentimentos, percepções e pensamentos, tem origem social, ou seja, é a comunidade verbal que ensina ao indivíduo a nomear objetos que vê, a descrever o que sente, o que percebe e o que pensa. Partindo deste pressuposto, pode-se entender que, ao solicitar que o indivíduo descreva seus sentimentos em relação ao defeito que apresenta, ele passa não apenas a nomear sentimentos, mas indícios de como sua comunidade verbal o ensinou a se perceber. Por exemplo, pessoas consideradas com “baixa

auto-estima”, freqüentemente apresentam uma história de poucos reforçadores positivos aliada a contingências punitivas e com alto grau de exigências.

Assim, questionar o indivíduo sobre seus sentimentos e condições que o levaram a apresentá-los seria relevante, porque demonstra seu grau de autoconhecimento. Tal conceito foi definido por Skinner (1974/1982) como a capacidade do indivíduo descrever seu próprio comportamento e as razões que o levam a se comportar de uma dada maneira, isto é, se é consciente de, sabe o que faz e porque o faz. Isto é importante porque, conforme o indivíduo se torna “consciente” do que ocorre consigo (pública e privadamente), maiores suas chances de prever e controlar seu comportamento.

Na *Situação 10- Se você pudesse escolher características de um corpo ideal, quais você escolheria?*”, a questão proposta referiu-se ao fato hipotético do participante, ainda que virtualmente, pudesse escolher quais características corporais ele gostaria de apresentar se pudesse ter um corpo ideal. Com isso, buscou-se investigar a quais padrões estéticos o participante responde, quando entra em contato com a possibilidade de adquirir o chamado ‘corpo perfeito’ e o impacto de pressões culturais a respeito do que ele considera esteticamente belo atualmente.

Considera-se que a cultura tem papel fundamental sobre a maneira dos indivíduos se comportarem. A moda é um exemplo típico do quanto a cultura afeta o comportamento dos indivíduos. Estilos de roupa, cortes de cabelo, modelos de sapatos são constantemente modificados para que a sociedade incorpore novas tendências. Acessórios semelhantes, de épocas diferentes passam a ser considerados bonitos ou feios de acordo com as coleções lançadas pelo mercado da moda. Isto é prova de que o conceito de beleza não é algo imutável, mas sim sensível a contingências culturais.

Caso este software pudesse ser aplicado a mulheres de diferentes contextos (épocas ou culturas), provavelmente características corporais distintas seriam assinaladas. Para Skinner (1990), dar modelos, dizer e ensinar são funções dos meios sociais, chamados de culturas. Diferentes culturas surgem de diferentes contingências de variação e seleção. Aquilo que é reforçador para uma, pode não ser para outra e assim seus membros tendem a imitar determinados comportamentos com uma maior probabilidade do que imitariam outros.

Isto ocorreria porque ao imitar, o comportamento do imitador entra em contato com conseqüências reforçadoras da pessoa imitada, aumentando a freqüência deste comportamento. Assim, atualmente é mais provável que pessoas venham a imitar padrões de comportamentos ligados à magreza ou a um corpo de formas definidas do que buscarem desesperadamente uma forma de como obter um corpo rechonchudo e volumoso.

Devido a contingências culturais que valorizam o indivíduo pelo que ele aparenta ser esteticamente, em que a cirurgia plástica é idolatrada como a solução de problemas como baixa auto-estima e dificuldades conjugais, aumenta-se a probabilidade de que aqueles que não se incluem neste estereótipo venham a apresentar dificuldades ao não atingirem este padrão socialmente estabelecido.

Para Montaña (2006), a cirurgia plástica começa quando as pessoas identificam em sua aparência um problema que desejam corrigir modificando “algo externo” para que este fique em consonância com “algo interno”, mas isto se trata de uma percepção subjetiva adquirida pelo indivíduo. Em muitos casos, o aspecto físico melhorado pode levar a mudanças na autoconfiança e auto-estima, no entanto, há casos em que a mesma cirurgia revela transtornos psicológicos que não são reconhecidos como tais e que levam pacientes a situações dolorosas e extremas. Reconhecer estes comportamentos patológicos em torno da cirurgia estética pode ser de grande ajuda para compreender e intervir em tantos pacientes obcecados pela beleza instantânea e por mudanças extremas ou pouco realistas.

Com a construção do software, embasado na literatura sobre o TDC, buscou-se desenvolver uma ferramenta de avaliação direcionada a profissionais da área da saúde, que devido ao desconhecimento do transtorno ou pela ausência de formas de diagnóstico, acabam negligenciando uma condição de sofrimento de seu paciente, levando-o a intervenções cirúrgicas desnecessárias e de risco, caso medidas preventivas e tratamentos específicos não sejam realizados.

CONCLUSÃO

Os transtornos relativos à aparência são considerados problemas crescentes no Brasil e no mundo. A incidência de Transtornos Alimentares praticamente dobrou nos últimos vinte anos. Dentre os transtornos psiquiátricos são as que causam mais mortes. Estima-se que no Brasil eles afetem cerca de cem mil adolescentes, dos quais 90% são do sexo feminino. A taxa de mortalidade na Anorexia atinge cerca de 20% das pessoas, número considerado altíssimo, sendo maior que os índices de óbito por câncer de mama, que atinge 15% das mulheres. Outra preocupação refere-se ao fato de que estes transtornos vêm crescendo também em garotas mais novas (KOSTMAN, 2004).

Recentemente, um estudo realizado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Colúmbia (Nova York, EUA) indicou que 15% dos homens homo ou bissexuais entrevistados já tinham sofrido de anorexia e bulimia em algum momento da vida ou apresentavam sintomas desses distúrbios. Nos homens heterossexuais esse índice não chegou a 5%. Embora não estejam claros os motivos pelos quais homens gays sofrem mais com estes problemas, a hipótese levantada é a que os valores e normas da comunidade gay enfatizam a importância da aparência física e do corpo perfeito, de modo parecido ao que acontece no mundo feminino (SCIENCE DAILY, 2007).

O que se percebe nestes dados é que o aumento da incidência de transtornos ligados à aparência coincide com a ênfase no corpo magro e perfeito. A associação da beleza, sucesso e felicidade ao corpo magro têm levado as pessoas a utilizar indiscriminadamente fórmulas mágicas de emagrecimento e a realizarem dietas abusivas e cirurgias plásticas desnecessárias para alcançar um ideal de beleza vinculado intensamente na mídia e na Internet. Sites que exaltam a Bulimia e Anorexia são facilmente encontrados na Internet e indicam o quanto estes padrões de comportamento passam a ser positivamente reforçadores e de difícil modificação se não avaliados e tratados o mais previamente possível.

Assim, consideramos que a aquisição de respostas relacionadas ao Transtorno Dismórfico Corporal está diretamente ligada à presença de determinadas contingências ontogenéticas e culturais, que atualmente impõem, cada vez mais, padrões rígidos de beleza. Cria-se um cenário propício para que, caso tais contingências se mantiverem, aumente a probabilidade de que indivíduos apresentem padrões comportamentais como os do TDC ou de Transtornos Alimentares.

A partir do momento em que simples preocupações se intensifiquem e acabem por acarretar uma condição de sofrimento intenso para o indivíduo, a Psicologia deveria, através de seus métodos de avaliação e de intervenção, promover tratamento efetivo para esse tipo de população. Nesse sentido, a Psicologia da Saúde tem descrito benefícios alcançados através do trabalho multidisciplinar. Ao utilizar tecnologia advinda da Ciência da Computação, buscou-se a integração de áreas aparentemente distintas, mas que, se agrupadas podem resultar em inovações promissoras. Por meio do desenvolvimento do software *Afrodite* objetivou-se direcionar a intervenção sobre os principais comportamentos descritos no TDC descritos na literatura ainda carente de métodos efetivos e específicos para a avaliação do transtorno.

A literatura vem demonstrando que a grande maioria dos profissionais da área médica, mais especificamente, cirurgiões plásticos, não está preparada para lidar com pacientes que apresentam TDC. Geralmente tais profissionais têm dificuldade para discriminar sintomas presentes neste quadro clínico, assim como identificar a gravidade e a seriedade com que deve ser tratado.

A busca desenfreada por cirurgias plásticas freqüentemente é confundida com vaidade excessiva, quando na verdade esconde um descontentamento constante com a aparência, aliado a um ideal de beleza irreal, que dificilmente será alcançado. A isso, infelizmente soma-se o fato de que interesses financeiros muitas vezes sobrepõem a real necessidade de submissão a intervenção cirúrgica. Desse modo, não é raro que muitos cirurgiões acabem operando seus pacientes e, muitas vezes, sofrendo conseqüências punitivas por terem tomado tal decisão, como processos e difamação pública.

Pesquisadores que buscam desenvolver tecnologias para diagnóstico devem preocupar-se também com sua avaliação. O passo seguinte à confecção deve ser a investigação da aplicabilidade deste programa. Acreditamos ser necessário avaliar a efetividade do software *Afrodite* para posteriormente aperfeiçoá-lo, além de comparar sua eficácia comparando-o com inventários que vêm sendo utilizados.

Cabe ressaltar que o presente estudo teve como principal finalidade desenvolver um recurso da computação que pudesse ser aplicado na área da Saúde, especificamente em Psicologia, Nutrição, Odontologia (estética bucal) e Medicina (Cirurgia Plástica, Psiquiatria, Endocrinologia). O tema do trabalho, TDC, foi escolhido devido a dificuldade em se encontrar pesquisas desenvolvidas na área, sobretudo na Análise do Comportamento. No entanto, considera-se necessária e produtiva a utilização deste tipo de

metodologia em outros transtornos, principalmente os ligados à aparência, como a Anorexia e Bulimia, além dos transtornos de ansiedade, como Fobias e Pânico.

Assim, pretende-se disponibilizar uma alternativa de diagnóstico vantajosa, com capacidade de imersão e de interação, que propicia a identificação de estímulos que evocam repostas de fuga-esquiva, além de reações emocionais em seus clientes, buscando uma intervenção efetiva. A partir da construção deste software, espera-se que se desenvolva, com o auxílio da computação, técnicas de enfrentamento e dessensibilização menos onerosas e aversivas para pessoas que buscam tratamento psicológico.

REFERÊNCIAS

- Amâncio, E. J.; Catulo, C.; Santos, A. C.; Peluso, C.; Pires, M.; Peña-Dias, A. P. (2002). Tratamento do transtorno dismórfico corporal com venlafaxina: relato de caso. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 141-143.
- Amaral, V. L. R. do. (1997). Dicotomias no processo terapêutico: diagnóstico ou terapia. In: Delitti, M. (Org). *Sobre Comportamento e Cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp.120-124). São Paulo: ARBytes.
- Amaral, V. L. R. do; Moriyama, J. de S; Ramos, K. P. (2005). Pesquisa em Psicologia Clínica: exemplificando com o Transtorno dismórfico corporal. Campinas, SP: XIV *Encontro de Psicoterapia e Medicina Comportamental*.
- Andreasen, N.C., Bardach, J. (1977). Dymorphophobia: Symptom or Disease? *American Journal of Psychiatry*, 134(6), 673-675.
- Associação Psiquiátrica Americana.(1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ballone, G. J. (2006). *Transtornos somatoformes- Transtorno dismórfico corporal*. Recuperado em 15 de Junho de 2007, de <http://www.psiqweb.med.br/dsm/dsm.html>.
- Ballone G. J. (2006). *Transtorno Dismórfico Corporal e Muscular*. Recuperado em 15 de Junho de 2007, de <http://www.psiqweb.med.br/>
- Banaco, R. A. (1997). Fantasia como instrumento de diagnóstico e tratamento: a visão de um behaviorista radical. In: Delitti, M. (Org). *Sobre Comportamento e Cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp.115- 119). São Paulo: ARBytes.
- Baum, W. (1999). *Compreender o behaviorismo: ciência, comportamento e cultura*. Tradução de Maria Teresa Araújo Silva, Maria Amélia Matos e Gerson Yukio Tomanari. Porto Alegre, RS: Artmed. (Obra original publicada em 1994).
- Buchalla, A. P. (2008). Quando o belo...ganha a máscara da plástica. *Revista Veja*, 41(26), 110-121.

Caballo, V. (2004). Conceptos actuales sobre los trastornos de la personalidad. In: *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp.25-56). Madri: Ed. Síntesis.

Carracedo, D. S.; Mora, M.; López, G.; Marroquín, H.; Ridaura, I.; Raich, R. M. (2004). Intervención cognitivo- conductual en imagen corporal. *Psicología Conductual*, 12(3), 551-576.

Cohen, G. (1987). Anorexia Nervosa and dysmorphophobia. *British Journal of Psychiatry*, 150,406-407.

Columbia University's Mailman School of Public Health (2007). Gay Men Have Higher Prevalence Of Eating Disorders. *ScienceDaily*. Recuperado em 27 de Junho de 2008, de <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/04/070413160923.htm>

Cororve, M. B; Gleaves, D. (2001). Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatments strategies. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 949-970.

Escursell, R.M.R. (2006). La evaluación del trastorno de la imagen corporal. In: Caballo, V. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos-Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madri: Ediciones Pirámide.

Gongora, M. A. N. (2003). Noção de psicopatologia na análise do comportamento. In: Costa, C. E; Luzia, J. C., Sant'anna (Orgs). *Primeiros passos em Análise do Comportamento e cognição* (pp. 93-109). Santo André: ESETec.

Grant, J. E; Phillips, K. A. (2005). Recognizing and Treating Body Dysmorphic Disorder. *Annals of Clinical Psychiatric*, 17(4), 205-210.

Haydu, V. B. (2004). O que é operação estabelecadora? In: Costa, C. E; Luzia, J. C; Sant'Anna, H. H. N. (Orgs). *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição* (pp. 55-64). Santo André: ESETec.

Kohlenberg, R. J; Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional- criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Tradução organizadora de Rachel Rodrigues Kerbauy. Santo André, SP: ESETec. (Obra original publicada em 1991).

Kostman A. (2004). Doença grave incentivada na internet. *Revista Veja*, 1840:90-2. Recuperado em 20 de Janeiro de 2008 de: http://veja.abril.uol.com.br/110204/p_090.html

Lopes, C. E.; Abib, J. A. D. (2002). Teoria da percepção no behaviorismo radical. *Rev.Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (2), 129-137. Recuperado em 2 de Junho de 2008, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722002000200003&lng=en&nrm=iso. ISSN 0102-3772. doi: 10.1590/S0102-37722002000200003

Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Rev. Estudos de Psicologia*, 16 (3), 8-18.

Meyer, S. B. (1997). O Conceito de Análise Funcional. In: Delitti, M. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp.31-36). São Paulo: ARBytes.

Meyer, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. In: C. Costa, Luzia, J C; Sant'anna, H. (Org.). *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 75-91). Santo André, SP: ESETec.

Montaño, I. L. (2006). La cirugía estética y las modificaciones en la imagen corporal. Recuperado em 17 de Março de 2008, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/24863/?++interactivo>

Moriyama, J. S. (2003). *Transtorno Dismórfico Corporal sob a Perspectiva da Análise do Comportamento*. Dissertação de mestrado. PUCCAMP, São Paulo.

Moriyama, J. S. (2007). *Processo terapêutico analítico-comportamental em dois casos de Transtorno Dismórfico Corporal*. Tese de doutorado. PUCCAMP. São Paulo.

Neziroglu, F.; Yaryura- Tobias, J. A. (1993). Exposure, Response Prevention and Cognitive Therapy in the treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Therapy*, 24, 431-438.

Neziroglu, F; Stevens, K; Mc Kay, D; Yaryura- Tobias, J. A. (2001) A Predictive validity of the Overvalued Ideals Scale: Outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39(6), 745-756.

Neziroglu, F; Marty, R; Yaryura- Tobias, J. A. (2004). A behavioral model for body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 34(12), 915-920.

Organização Mundial da Saúde, (1993). *Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. D. Caetano (trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Perpiña, C; Marco, J; Botella, C; Baños, R. (2004). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios mediante tratamiento cognitivo-comportamental apoyado com realidad virtual: resultados al año de seguimiento. *Psicologia Conductual*, 12(3), 519-537.

Phillips, K.; Diaz, S. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of nervous and mental disease*, 185(9), 570-577.

Phillips, K. (2000). Quality of Life for Patients with Body Dysmorphic Disorder. *Journal of nervous and mental disease*, 188(3), 170-173.

Previ. (2003). *Psicología y Realidad Virtual*. Recuperado em 2 de Julho de 2008 de <http://www.previsl.com/es/previ/index.asp>.

Ramos, K. P. (2004). O modelo de terapia por contingências aplicado ao transtorno dismórfico corporal: fragmentos de um caso. In: Brandão, M. Z. da S. (Org) *et al. Sobre comportamento e cognição- contingências e metacontingências: contextos socioverbais e comportamento do terapeuta* (pp.295-305). Santo André: ESETec.

Rahra, A. (2006). Arriscando a saúde para manter a forma. *Rev. Scientific American*, 55,14-21.

Rosen, J. C; Cado, S; Silberg, N.; Srebinck,D.; Wendt, S. (1990).Cognitive behavior therapy with or without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, 481-498.

Rosen, J.C.; Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behavior Research and Therapy*, 34(9), 755-766.

Rosen, J. (2003). Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno dismórfico corporal. In: Caballo, V. *Manual para o tratamento cognitivo comportamental dos transtornos psicológicos*. São Paulo: Santos.

Ruffolo, J. S.; Phillips, C.; Menard, W.; Fay, C.; Weisberg, R. (2006). Comorbilidade del trastorno dismórfico corporal y de los trastornos alimentarios: Severidade de la psicopatologia y de las alteraciones de la imagen corporal. *International Journal of eating disorders*, 39 (1):11-19.

Saikali, C. J.; Soubhia, C. S.;Scalfaro, B.M.; Cordas, T.A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 31(4);164-166.

Sarwer, D.; Lowe, M. (2003). Rate of body dysmorphic disorder among patients seeking facial cosmetic procedures. Recuperado em: 22 de Agosto de 2006, de <http://scholar.google.com/scholar?hl=pt-BR&lr=&oe=ISO-8859-1&q=cache:2nFkELNV2rwJ:dspace.library.drexel.edu/dspace/handle/1860/314>

Savoia, M. G. (2000). Diagnóstico diferencial entre fobia social e transtorno dismórfico corporal. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(6).

Skinner, B. F. (1957). Are theories of learning necessary?. *Classics in the history of Psychology*. Recuperado em 10 Outubro de 2006 de: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ps000166.pdf> 1950. (Obra original publicada em 1950).

Skinner, B. F. (1981). *Ciência e comportamento humano*. Tradução de João Cláudio Todorov e Rodolpho Azzi. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953).

Skinner, B. F. (1982). *Sobre o behaviorismo*. Tradução de Maria da Penha Villalobos. São Paulo: Cultrix.(Obra original publicada em 1974)

Skinner, B.F. (1987). Selection by consequences. In: *Upon further reflection* (pp. 51-63). New Jersey: Englewood Cliffs.

Skinner, B. F. (1990). Can psychology be a science of mind? *American Psychologist*, 45 (11): 1206-1210.

Skinner, B. F. (1991). *Questões recentes na análise comportamental*. Tradução de Ana Liberalasso Néri. Campinas, SP: Papyrus. (Obra original publicada em 1989).

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, 80-82.

Thomas, C. S. (1987). Dysmorphophobia: A question of definition. *British Journal of Psychiatry*, 150, 406.

Torós, D. (1997). O que é diagnóstico comportamental. In: Delitti, Maly (Org). *Sobre Comportamento e Cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp.98-103). São Paulo: ARBytes.

Torres, A. R; Ferrão, A. Ygor; Miguel, E. C. (2005). Transtorno dismórfico corporal: uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo? *Rev. Bras. Psiquiatria*, 27(2). Recuperado em 18 Março, 2006 de: http://www.http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462005000200004&lng=pt&nrm=isso

Ullmann, L; Krasner, L. (1972). Uma abordagem alternativa. In: *Pesquisas sobre modificação do comportamento*. São Paulo: Herder.

Veale, D.; Gournay, K.; Dryden, W.; Boocock, A., Shah, F.;Wilson, R., Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour research 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 dysmorphic disorder. *Behaviour research and therapy*, 39, 1381-1393.

Veale, D. (2002). Cognitive behaviour therapy for body dysmorphic disorder. *Wrightson Biomedical Publishing*, 121-138.

Veale, D; Kinderman, P; Riley, S., Lambrou, C. (2003). Self- discrepancy in body dysmorphic disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 157–169.

Weinberg, C. (2007). As meninas- roseira. *Rev. Mente e Cérebro*, 171,76-83.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre esclarecido do participante

APÊNDICE A –**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

O estudo do qual você fará parte tem como objetivo investigar os motivos que levam pessoas a procurarem por procedimentos estéticos. Ele será realizado pela psicóloga e estudante de Mestrado em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina, Elissa Battini. Sua participação consistirá em responder questões relacionadas a preocupações com a aparência, as quais serão apresentadas em um programa de computador. Para isto será necessário que possua conhecimento mínimo, o suficiente para que consiga mover o cursor do *mouse* até o local desejado na tela do computador. A duração da sessão será de aproximadamente uma hora. Feito isto, sua participação neste estudo se encerrará.

Riscos: Este trabalho não acarreta nenhum tipo de risco a sua integridade física.

Divulgação do estudo: Os dados obtidos neste estudo serão divulgados na comunidade científica para que se possibilite o avanço no conhecimento desta área.

Sigilo: As informações obtidas serão arquivadas, entretanto, a sua identidade será totalmente preservada. Os dados poderão ser publicados em eventos científicos, mas o sigilo será mantido. Sua participação no estudo é voluntária, deste modo, é assegurado seu direito de se desligar dele a qualquer momento. Não será oferecido nenhum tipo de benefício financeiro.

Ao final da pesquisa, um atendimento psicológico gratuito será oferecido por dezesseis sessões, caso você decida continuar tratando dos aspectos levantados. Além disso, os dados finais da pesquisa estarão à sua disposição, se quiser acessá-los. Caso concorde em participar da pesquisa, informe seus dados 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. Londrina, ___ de _____ de 200__

Assinatura do participante

Elissa Battini (tel. 99917-7611)