

AJES – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA
CURSO: BACHARELADO EM PSICOLOGIA

CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE TRATAMENTO PARA O
TRANSTORNO DISFÓRMICO CORPORAL

Autora: Gessica Cristina do Nascimento

Orientadora: Prof^a. Ma. Gesica Borges Bergamini

JUÍNA/2016

AJES – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA
CURSO: BACHARELADO EM PSICOLOGIA

CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE TRATAMENTO PARA O
TRANSTORNO DISFÓRMICO CORPORAL

Autora: Gessica Cristina do Nascimento

Orientadora: Prof^a. Mts. Gesica Borges Bergamini

“Trabalho de conclusão de curso apresentada ao curso de Bacharelado em Psicologia, do Instituto Superior de Educação do Vale do Juruena, como exigência parcial para obtenção de título de Bacharel em Psicologia.”

JUÍNA/2016

AJES – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA
CURSO: BACHARELADO EM PSICOLOGIA

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marileide Antunes
Examinadora

Profa. Dra. Nádie Christina Machado Spence
Examinadora

Profa. Mestra Gesica Borges Bergamini
Orientadora

JUÍNA/2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado força, para chegar até o fim da faculdade.

Agradeço minha família, por ter me ajudado, financeiramente e psicologicamente, me dando força em todos os momentos de minha vida, por terem me feito lutar pelos meus sonhos e objetivos.

Agradeço ao meu marido, por ter me apoiado, em todos os momentos principalmente nos que eu queria desistir de tudo, e que por muitas vezes enxugou as minhas lágrimas e disse-me: que eu era muito mais importante, especial e capaz, do que eu imaginava.

Agradeço a todos os meus amigos, colegas e professores de todo o curso de Psicologia, que me ajudaram nos esclarecimentos de dúvidas, que também me apoiaram emocionalmente, e que principalmente contribuíram para o meu crescimento na Psicologia.

Com relação ao trabalho de conclusão de curso, agradeço a professora, Ma. Geógrafa Ana Letícia de Oliveira, por ter me passado as primeiras informações sobre o pré-projeto.

Agradeço a professora Dra. Elizabete Figueroa, também pode contribuir para que esse trabalho pudesse ser realizado.

Agradeço também à professora e coordenadora do curso de Psicologia, Dra Nádie Christina Ferreira Machado Spence, por ter contribuído na produção deste trabalho me passando materiais, e além de tudo, ter me mostrado que eu sou capaz de realizar os meus sonhos e que só basta correr atrás, e me mostrar também que o que importa é o que eu penso sobre mim e não o que os outros pensam ou esperam de mim.

Agradeço à minha orientadora, professora, Mestre Gésica Borges Bergamini, por ter pegado no meu pé para que eu não desistisse que pudesse cumprir com todos os prazos a mim atribuídos; por ter contribuído com meu conhecimento, por ter disponibilizado seu tempo e diversos materiais para que eu pudesse estudar e construir esse trabalho.

Agradeço desde já à banca examinadora por ter disponibilizado o seu tempo para ler, avaliar e contribuir com o crescimento de meu trabalho.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho, primeiramente a Deus, pois com fé a ele que consegui chegar até onde cheguei, a minha família e meu marido que tanto amo, a mim que batalhei para estar aqui, e aos meus professores que me auxiliaram e me orientaram esses anos todos.

EPIGRAFE

“A adversidade é por vezes muito dura de suportar por um homem; mas por cada homem que aguenta a prosperidade, existe uma centena que irá aguentar a adversidade”.

Elvis Presley

RESUMO

Há muito tempo a sociedade tem criado um determinado padrão de beleza no qual as pessoas tem tido a necessidade de se encaixar a esse padrão de qualquer forma, não se dando conta de que isso pode causar sérios problemas à saúde, isso esta acontecendo por que algumas pessoas acreditam que não se encaixam nesse padrão considerando-se assim “feios”, e em alguns casos isso tem tido um impacto psicológico tão grande que algumas pessoas acabam desencadeando um Transtorno Dismórfico Corporal (TDC). O TDC nada mais é do que uma percepção irreal e exagerada com determinado aspecto físico da aparência gerado pela construção desse padrão de beleza que tem tido a contribuição da mídia e dos meios de comunicação para impor ainda mais esse padrão, que tem acarretado serias consequências para a sociedade, a qual tem feito de tudo para mudar sua aparência física, e para que essa mudança aconteça, as pessoas tem procurados médicos cirurgiões plásticos, investido em diversos tipos de cosméticos e praticado exercícios físicos de forma exagerada, roupas ou acessórios que venham a esconder a parte do corpo que acredita ser defeituosa. Sendo assim este estudo tem como objetivo a construção de um protocolo de tratamento para o Transtorno Dismórfico Corporal, usando a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

Palavras-chave: Transtorno Dismórfico Corporal. Terapia Cognitivo-Comportamental. Protocolo de Tratamento.

ABSTRACT

For a long time the society has created a certain standard of beauty in which one people have had the need to fit this pattern anyway, not realizing that it may cause serious health problems, it's happening because some people believe that don't fit this pattern considering they self "ugly", and in some cases it has had a psychological impact so big that some people end up triggering a Body Dysmorphic Disorder (TDC). The TDC is nothing more than a wrong perception and exaggerated with particular physical aspect of appearance generated by the construction of this standard of beauty that has been the contribution of the media and the means of communication to impose this standard, which has entailed would be consequences for the society, which has done everything to change his physical appearance and for that change to happen, people have sought doctors, plastic surgeons invested in various kinds of cosmetics and practiced physical exercises in an exaggerated manner, clothing or accessories that may hide the body part that you believe to be defective. Therefore this study aims to build a treatment protocol for Body Dismorphic disorder, using cognitive-behavioral therapy (CBT).

Keywords: Corpotal dysmorphic disorder, cognitive behavioral therapy, protocol for treatment.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	12
3. METODO DA PESQUISA	14
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
4.1 HISTÓRIA DA DISMORFIA CORPORAL.....	16
4.2 O QUE E DISMORFIA	16
4.3 CAUSAS E SINTOMAS	17
4.4 TERAPIA COGNITIVA – HISTÓRICO E CONCEITOS	18
4.5 TÉCNICAS COGNITIVAS PARA O ATENDIMENTO CLINICO AO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL.....	21
4.5.1 CARACTERISTICAS CLINICAS DO TRANSTORNO DISMORFICO CORPORAL.....	21
4.5.2 DIRETRIZES PARA A AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DISMORFICO CORPORAL.....	23
5. RESULTADOS.....	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

Através da abordagem terapêutica Cognitivo-comportamental que tem como método de trabalho a observação e a análise do comportamento humano, o presente trabalho tem como objetivo a compreensão sobre o que é Transtorno Dismórfico Corporal, e quais são suas características clínicas, e a partir disto construir um protocolo de tratamento psicológico para pacientes diagnosticados com o referido transtorno.

A busca por uma boa aparência física tem se mostrado cada vez mais forte no contexto social. Observa-se que a procura por essa boa aparência, faz parte de padrões estéticos e sociais, que fazem com que as pessoas busquem os mais diferentes meios de obter a satisfação corporal e de aparência. Para isso existem vários campos da saúde que trabalham em prol de atender a esta demanda cada vez maior e mais exigente. A medicina realiza as cirurgias plásticas e reparadoras. A farmácia e a biomedicina promovem a descoberta de produtos para a pele e para aprimoramento do funcionamento do corpo. Os educadores físicos e fisioterapeutas estão especializando-se amplamente na busca de técnicas de alto desempenho para obtenção da beleza a todo custo (KARRER, 2016).

O padrão de beleza era remetido às mulheres, porém atualmente observa-se que os homens estão aderindo algumas exigências sociais no quesito beleza. Temos como exemplo os aumento de homens metrosssexuais que hoje em dia podem se cuidar sem sofrer nenhum tipo de preconceito, e também existem homens que se preocupa em cuidar da aparência gosta de se vestir bem e andar na moda (COAD, 2008).

A Dismorfia é um transtorno no qual o indivíduo tem sua imagem distorcida. O sujeito pensa ter determinada aparência que não condiz com sua realidade. O termo Dismorfia, teve sua origem na Grécia. Segundo Ramos (2009), a definição da palavra dismorfia quer dizer “dis anormal e morfia são forma do corpo”. A primeira referência aparece na história de Herodutus, no mito da garota feia de Esparta, que era levada por sua enfermeira, todos os dias, ao templo para se livrar da sua falta de beleza (RAMOS, 2009).

Diante da preocupação com o tratamento de paciente com Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) está pesquisa pretende formular um protocolo de atendimento clínico com base na terapia cognitivo-comportamental (TCC).

A TCC foi à escolhida para esse estudo por que através de Cabbalo (2011) que construiu com uma pesquisa de campo voltada para o tratamento de pacientes com TDC, a TCC foi a que mais obteve resultados. Entre as abordagens terapêuticas da Psicologia estudadas por ele, estava à psicodinâmica e a psicanálise que são terapias de longa duração, pois elas duram aproximadamente um ano, e os pacientes passaram a serem mais assertivos com as outras pessoas, porém as suas crenças com relação a si mesmo não mudaram, já as pacientes que fizeram o tratamento onde foi utilizado a abordagem da terapia cognitiva-comportamental, tiveram a diminuição de seus sintomas com onze sessões, onde suas crenças iam mudando na medida em que eles voltavam a ter uma vida social, desta forma observou-se que a terapia que mais se enquadra no atendimento clínico ao TDC e a TCC pois os pacientes obtiveram melhores resultados em um menor tempo, sendo assim a TCC irá trabalhar especificamente os padrões de crenças e percepção de si do outro e do mundo (BECK, 1997).

2. JUSTIFICATIVA

A demanda clínica ao atendimento de transtornos alimentares e corporais tem sido uma realidade. O TDC pode ser entendido como o de maior complexidade, pois o mesmo pode estar interligado a outros transtornos como o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) ou Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), porem isso não quer dizer que os outros transtornos não sejam de grande complexidade, pois todo e qualquer transtorno demandando um olhar clínico aguçado para um favorecimento do diagnóstico, bem como observância de outros transtornos mórbidos (LOPES, 2011).

O TDC é compreendido como um transtorno mental que se caracteriza por afetar a percepção que o sujeito possui de si mesmo, da sua imagem corporal, levando a níveis irracionais de preocupação em relação aos defeitos em alguma parte específica do corpo ou no corpo todo. Essa percepção pode ser completamente distorcida e ser irreal. Tais preocupações oriundas dessa percepção distorcida de si vão trazer reações exageradas a respeito do conteúdo e trará importantes prejuízos no funcionamento pessoa, familiar, social e profissional (TORRES, FERRÃO & MIGUEL, 2005).

A TCC compreende que o principal responsável pelo sofrimento humano é a interpretação que ele possui de um determinado evento, caracterizando o pensamento que possui sobre algo ou ocorrência. Dessa forma, Beck desenvolveu uma abordagem que busca a pressuposição de que problemas emocionais são consequências de pensamentos disfuncionais, sendo o objetivo do processo terapêutico reformular esses pensamentos disfuncionais e promover pensamentos funcionais (KNAPP & BECK, 2008).

Ao analisar a necessidade de atendimento terapêutico no modelo proposto pela TCC observa-se que é possível ter um protocolo com base na TCC que busque uma melhora no TDC, pois, uma vez que o mesmo está interligado a percepção distorcida de si mesmo e a TCC compreende que essas percepções podem ser reavaliadas e modificadas teremos um atendimento direcionado a necessidade do sujeito atendido.

Objetivando elaborar um protocolo clínico que favoreça o atendimento ao sujeito com TDC este trabalho será de grande valia para os psicólogos clínicos e

futuros psicólogos que precisem de uma referência e direcionamento no atendimento ao TDC.

3. METODO DA PESQUISA

Para direcionamento desta pesquisa utilizou-se da pergunta problema que é, como o protocolo clínico, baseado na TCC, pode ser utilizado em um sujeito com TDC? Quais as técnicas mais indicadas ao tratamento? Quantas sessões são necessárias? Portanto para responder estas perguntas contou com o objetivo geral que é construir um protocolo baseado na terapia cognitivo-comportamental que contemple técnicas para o atendimento ao sujeito com Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), sendo direcionado especificamente pelos objetivos de realizar levantamento bibliográfico sobre o Transtorno Dismórfico Corporal, realizar levantamento bibliográfico sobre a Terapia Cognitivo-Comportamental na prática clínica, identificar quais as técnicas cognitivo-comportamentais são utilizadas no tratamento terapêutico do TDC e assim elaborar um protocolo de tratamento com base na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o atendimento ao TDC.

A hipótese do estudo é que em virtude de seu caráter teórico e prático a abordagem cognitiva favorece a possibilidade da construção de um protocolo com direcionamento a busca de evidências das crenças pré-estabelecidas sobre si mesmo e a possível mudança das mesmas no Transtorno Dismórfico Corporal.

Através da busca, análise e descrição de um esquema do conhecimento em busca de uma informação específica esta pesquisa será compreendida como uma revisão de literatura (MENDES, SILVEIRA & GALVÃO, 2008).

Desta forma, buscou-se todo material relevante que é escrito sobre o tema apresentado bem como as formas e técnicas de tratamento, para isso utilizou-se de livros, artigos periódicos teses e dissertações encontrados prioritariamente na produção nacional, nos bancos de dados: Google acadêmico, LILACS, MEDLINE e Periódicos CAPES.

A revisão dar-se-á no formato integrativo que permite a combinação de dados da literatura empírica e teórica, podendo ser direcionada para definições de conceitos, identificação de lacunas, revisão de teorias e análise metodológica (MENDES, SILVEIRA & GALVÃO, 2008).

Segundo os autores citados no paragrafo acima a revisão integrativa consiste em seis fases para o processo de construção, entre elas estão:

- **1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora:** esta é considerada a fase mais importante ela determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado;
- **2ª Fase: busca ou amostragem na literatura:** esta fase consiste na busca de materiais em bases de dados, segundo os critérios de seleção;
- **3ª Fase: coleta de dados:** consiste em extrair os dados dos artigos selecionados e organiza-los;
- **4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos:** esta fase consiste na demanda de uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo. Para auxiliar na escolha de melhores evidências possíveis, essa fase se propõe a uma hierarquia de evidências, alguns itens a serem analisado para essa fase são as evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados, evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental, evidências de estudos quase experimentais, evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa, evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência e evidências baseadas em opiniões de especialistas;
- **5ª Fase: discussão dos resultados:** nesta fase, com a interpretação e síntese dos resultados, é feito uma comparação de dados e discussão de resultados;
- **6ª Fase: apresentação da revisão integrativa:** após coletar os dados, análise é necessário criar um documento que descreva detalhadamente toda a pesquisa feita, com propostas e estudos futuros.

O procedimento da pesquisa foi realizado uma ampla busca nos materiais produzidos nacionalmente que tiveram como tema principal o TDC e o tratamento do referido transtorno com técnicas cognitivo-comportamentais. Com este levantamento bibliográfico foi possível à elaboração e organização de um protocolo clínico baseada na TCC especificamente para o tratamento do TDC.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 HISTÓRIA DA DISMORFIA CORPORAL

Segundo Ramos (2009) a preocupação excessiva com a aparência física não é um fenômeno recente. Tem sido descrita desde períodos remotos de nossa civilização. A palavra dismorfia origina-se do grego (dis = anormal; morfia = forma do corpo). Herodutus, um grande historiador nascido no século 5a.C em Halicarnasso, hoje Brodum (Turquia), continuador de Hecateu de Mileto, utilizou o termo para refletir-se ao mito da menina mais feia de Esparta, que era levada por sua enfermeira, todos os dias, ao templo para livrar-se da sua falta de beleza e atrativos.

A sua estória mitológica contada sobre a menina mais feia de Esparte e relatada na obra de Ramos (2009, p. 30), dizia-se que a ama, vendo-a de má aparência, sendo filha de gente rica, e seus pais constrangidos pela feiura de sua filha, teve a ideia de leva lá diariamente ao santuário de Helena, cada vez que levava colocava a menina em frente à imagem divina e fazia preces para curar a criança de sua feiura. Um dia voltando do santuário surgiu uma mulher que quis ver a criança feia, a mulher acariciou a cabeça da criança e declarou que ela seria a mais bela de todas as mulheres de Esparta. A estória mitológica foi inicialmente relatada por Herodutus.

Nem sempre quem se preocupa com as imperfeições é a própria pessoa, na maioria das vezes quem se preocupa é a sociedade, e infelizmente as pessoas tendem a ser o que a sociedade quer que elas sejam e não o que elas querem ser. Dessa forma percebemos que essa ideia não vem de hoje e sim desde muito tempo atrás.

4.2 O QUE É DISMORFIA

Séculos depois, a expressão “dismorfofobia” foi criada por Enrico Morselli, um conceituado psiquiatra italiano, em seu artigo “Sulladismorfofobia e Sullatefefobia” de 1891, onde relatava a existência de indivíduos atormentados pela ideia de terem deformidades físicas. Descreveu esse sofrimento como um sentimento subjetivo de feiura acompanhado da sensação de que seus “defeitos” eram percebidos por terceiros. Porém, sua aparência situava-se dentro dos limites normais. Na visão de Morselli, a dismorfofobia poderia representar tanto uma insanidade com ideias fixas como uma forma primitiva de paranoia (RAMOS, 2009).

Pierre Janet (1859-1947), psicólogo e médico francês que produziu importantes contribuições para o estudo moderno das desordens mentais, descreveu em 1903 a obsessão da vergonha do corpo, “obsession de la honte du corps”, enfatizando o extremo desconforto dos indivíduos que se sentiam feios e ridículos. Janet observou que a obsessão da vergonha do corpo era uma das formas de obsessão mais interessantes que deveria ser diferenciada de outros quadros mentais como a anorexia e a histeria (RAMOS, 2009).

Kraepelin (1856-1926), grande psiquiatra alemão, considerado o criador da moderna Psiquiatria devido às suas enormes contribuições científica apresentada ao longo das oito edições de seu Tratado de Psiquiatria, ocupou-se do tema dismorfofobia, introduzindo-o na oitava edição do “Tratado sob a Rúbrica de Neurose Compulsiva”. O mesmo considerou a dismorfofobia como uma das formas clínicas da série de medos obsessivos que surgem do contato com outras pessoas. É desta forma que a dismorfofobia assemelha-se à timidez, ao medo de provas e à antropofobia, entre outros (RAMOS, 2009).

4.3 CAUSAS E SINTOMAS

Segundo Cabbalo (2011) transtorno dismórfico nada mais é do que uma preocupação excessiva com o corpo, uma das áreas com que a pessoa se preocupa é com o rosto, o nariz, a boca e o cabelo. Elas se sentem incomodadas com essas regiões por que acham elas feias, e tem a impressão de que as pessoas ficam olhando para elas, isso só acontece em sua mente, pelo fato de ser insegura com seu rosto, ou qualquer outra parte do corpo.

As causas que podem levar ao desenvolvimento do transtorno dismórfico corporal são diversas, dentre elas podem ser citados os fatores biológicos, havendo uma alteração neurológica que necessitam do uso de medicamentos farmacológicos para que haja uma melhora nos sintomas, destacam-se também fatores psicológicos, onde os pacientes apresentam uma ansiedade e preocupação excessiva com seus aspectos físicos, podem estar vulneráveis a ter um transtorno dismórfico. Os fatores sociais e culturais há uma influencias sofrida pelo meio social, como mídia trazendo informações de diversos produtos de beleza, facilidades para cirurgias plásticas, e também pelo padrão de beleza distorcido da sociedade (KARRER, 2016).

Então dessa forma podemos perceber que as causas do transtorno dismórfico, em alguns casos podem ser biológicas, porém na maioria das vezes estas são influenciadas, pelo meio que se vive ou pelos meios de comunicação. Estão mais vulneráveis as pessoas que tem uma insegurança, ou melhor, uma autoestima baixa e não confiam em si mesmas, e leva em consideração o que o meio exige delas. A grande preocupação é com a saúde do paciente, é que o transtorno dismórfico é confundido com vaidade excessiva das pessoas, que geralmente elas não sabem e não compreendem a gravidade de seu problema (KARRER, 2016).

Quando a pessoa passa a se preocupar de forma exagerada com o seu aspecto físico, fazendo coisas simples virarem algo grave em sua mente provocando um mal estar, fazendo assim com que as pessoas, diagnosticadas com (TDC) a se afastar de seu meio social, deixando de trabalhar, sair com amigos ou ate mesmo de casa, passando a se isolar do mundo (CABBALO, 2011).

Pessoas com sintomas de TDC na maioria das vezes não tem consciência de que seus comportamentos relacionados à aparência física podem ser um transtorno, sendo assim familiares parentes e amigos podem ajudar a pessoas a procurar profissionais da saúde, basta que eles prestem a atenção em seus sinais e sintomas que entre eles, segundo CABALLO (2011) estão às comparações constantes de sua aparência física, o olhar repetidamente ao espelho ou ate mesmo evitá-lo, não gostar de tirar foto ou fazer de tudo para que as pessoas não prestem à atenção aquilo que ela acredita serem “imperfeito” usando roupas, maquiagem, chapéus, e as mãos para se esconder procurar cirurgias ou tratamentos que possam mudar sua aparência, evitar eventos sociais ou lugares com muita gente e ansiedade exagerada.

4.4 TERAPIA COGNITIVA – HISTÓRICO E CONCEITOS

A terapia cognitiva surge ao final dos anos 60, onde vários autores participaram de um movimento manifestando a sua insatisfação com o modelo estritamente comportamental, que se baseava no estímulo-resposta não reconhecendo a importância cognitiva como mediador do comportamento (ANDRETTA E OLIVEIRA, 2012).

Entre os autores participantes do movimento cognitivista, Albert Bandura foi considerado como um dos mais importantes críticos do modelo operante, sua proposta foi a de “modelação” (uma compreensão da aprendizagem sem tentativa), isso ocorre através da observação, sem a necessidade de reprodução de comportamento. De maneira científica, Bandura afirma que os reforços percebidos através da “caixa preta” eram afetivos, sendo assim pode se dizer que as consequências eram medidas cognitivamente (ANDRETTA E OLIVEIRA, 2012).

Ainda segundo Andretta e Oliveira (2012), as terapias cognitivas, surgiram por causa de diversas insatisfações e questionamentos sobre a eficácia das terapias estritamente comportamental e psicodinâmica, pois, estudos realizados já não demonstravam evidências sobre a eficácia da terapia psicanalítica.

Na mesma época em que estava acontecendo o movimento, à atenção se volta para os aspectos cognitivos do comportamento humano, tanto na psicologia geral quanto na psicologia experimental. Sendo assim vários eventos científicos davam ênfase à teoria do processamento das informações, usado para a compreensão de fenômenos clínicos, desta forma terapeutas comportamentais passaram a assumir a terapia cognitivo-comportamental (ANDRETTA E OLIVEIRA, 2012).

As abordagens de terapias cognitivas partem de um processo interno e oculto de cognição do comportamento, onde um mesmo acontecimento pode ser considerado agradável para uma pessoa e desagradável para outra, podendo gerar um comportamento de aproximação, ou ameaça para outra pessoa, sendo assim a interpretação do evento é que gera emoções e comportamentos, e não o evento em si (ANDRETTA E OLIVEIRA, 2012).

Por mais que as terapias cognitivistas compartilhem características fundamentais, elas apresentam algumas diferenças de princípios e de procedimentos, a terapia racional e emotiva-comportamental, tem como foco principal a cognição, visando à promoção de mudanças emocionais e comportamentais, já autores de enfoques cognitivos-construtivistas, tem as emoções como importante influência do comportamento (ANDRETTA E OLIVEIRA, 2012).

Segundo Andretta e Oliveira (2012) as terapias cognitivistas por terem algumas diferenças foram classificadas em três partes: reestruturação cognitiva, cognitivas comportamentais e construtivistas.

- Reestruturação cognitiva foi desenvolvida por teóricos de treinamento psicodinâmicos, o principal destaque seria o papel do significado, com o objetivo de defender que o que uma pessoa pensa ou diz não é importante como o que ela realmente acredita. Tende a modificar o problema através das atividades de processamento de informações.
- O cognitivo comportamental tem como estratégia a solução de problemas, conceituando o pensamento de forma mais concreta como um conjunto que pode ser mudado e influenciado pelas leis de condicionamento.
- A construtivista parte da ideia que os seres humanos são proativos deixando de serem passivos participando de forma ativa em seus conhecimentos que são interpessoais.

Por mais que haja diferença entre as três classificações as duas primeiras são muito parecidas e por mais que a terceira não seja tão igual quanto às outras elas se complementam (ANDRETTA E OLIVEIRA, 2012).

Apesar de a TCC compartilhar alguns pressupostos das terapias cognitivas, existem três características próprias da terapia cognitivo-comportamental, que são as “a atividade cognitiva influencia o comportamento; a atividade cognitiva pode ser monitorada e elaborada; o comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva.” (KANAPP, pg 19, 2008).

A terapia cognitivo-comportamental tem como idealização que a inter-relação entre cognição, emoção e comportamentos é questões normais para o funcionamento humano, constantemente pessoas diferentes compartilham de uma mesma situação que gera diferentes sentimentos e ações, porem para a TCC o que gera essa diferença de emoções e comportamentos, não é o fato de serem pessoas diferentes e sim por serem pensamentos diferentes sobre um determinado evento, assim o que sentimos e a forma que nos comportamos estão ligados ao que pensamos, a função da TCC é corrigir as distorções de pensamentos (KANAPP, 2008).

A Terapia Cognitivo-Comportamental consiste em numero de sessões limitadas que vão de 12 a 25 sessões, sendo assim um tratamento de curta duração que tem como foco trabalhar com a queixa principal do paciente é caracterizada com sessões semi estruturadas, que inicialmente tem com objetivo conhecer o paciente, criar entre eles um vinculo terapêutico, saber das queixas do paciente, e avaliar a

gravidade dos sintomas, durante as sessões ela consiste em diversas técnicas que auxiliarão na melhora dos sintomas, e na reestruturação cognitiva (KANAPP, 2008).

4.5 TÉCNICAS COGNITIVAS PARA O ATENDIMENTO CLINICO AO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Segundo Cabbalo (2011), a aparência física, ou a imagem corporal, esta se tornando cada vez mais importante para as pessoas, esta faz parte de um construto psicológico de si mesmo como um todo, estudos realizados com norte-americanos comprova que de dois em cada dez pessoas estão preocupados com o peso e a aparência física, a grande maioria da sociedade gostaria de mudar algo em sua aparência.

O transtorno dismórfico corporal é diagnosticado com o principal sintoma de insatisfação excessiva com a aparência física e pouco atraente, e a sensação de feiura constante, que se trata de uma construção sociocultural, pois as atitudes sobre a aparência estão ligadas à aprendizagem de fatores sociais, caracterizadas como aspectos cognitivos e perceptivos de imagem corporal, desenvolvido até um extremo disfuncional (CABBALO, 2011).

Pessoas diagnosticadas com transtorno dismórfico corporal, frequentemente apresentam ou já apresentaram sintomas de fobia social, depressão, transtorno obsessivo compulsivo ou transtornos alimentares, que foram tratados com a terapia cognitiva comportamental, o que quer dizer que ela também pode ser utilizado seus métodos e técnicas similares para o tratamento de transtorno dismórfico corporal (CABBALO, 2011).

4.5.1 CARACTERÍSTICAS CLINICAS DO TRANSTORNO DISMORFICO CORPORAL

A principal característica do transtorno dismórfico corporal é a preocupação excessiva com um aspecto imaginário de sua aparência, que pode causar um grande mal-estar, fazendo com que a pessoa passe a não querer mais ter uma vida social (CABBALO, 2011).

4.5.1.1 TIPO DE QUEIXAS SOBRE A APARÊNCIA

Segundo Cabbalo (2011), pacientes diagnosticados com transtorno dismórfico corporal se queixam praticamente de toda a sua aparência física, existem casos em que pacientes se denominam como feios disformes ou de aspectos estranhos, mas que no momento em que são questionados sobre onde imagina estar o seu defeito, eles não são capazes de localizá-los ou especificar a sua natureza. Já outros pacientes centram a sua atenção em pequenos aspectos como, nariz grande, boca torta, peito assimétrico, pênis pequeno, uma marca de nascença, cabelos finos, acnes, cicatrizes, entre outras pequenas imperfeições.

Conforme o autor citado acima, alguns pacientes diagnosticados com transtorno dismórfico corporal, se queixam de odores corporais imaginários, nesse caso deveria ser diagnosticado como transtorno somático delirante, porém relatam não sentir o próprio cheiro, desta forma não são delirantes e sofrem de exclusão social como qualquer outro paciente diagnosticado com transtorno dismórfico corporal.

4.5.1.2 CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS E AFETIVAS

Transtorno Dismórfico Corporal, implica-se na preocupação excessiva da pessoa com a sua aparência física, isso acaba por consumir praticamente todo o seu tempo, incomodando e interferindo na vida social do paciente. Ao longo do dia na presença de pessoas, o paciente acredita que estão prestando a atenção em sua aparência, isso faz com que a paciente sinta-se ansiosa, nervosa e envergonhada perante a situação onde acredita que seu defeito revela uma inadequação pessoal (CABBALO, 2011).

Os transtornos de imagem corporal ocorrem a partir de pensamentos repetitivos e relacionados à aparência, desta forma os pacientes são capazes de reconhecer a sua preocupação excessiva mesmo que esteja convencido que sua aparência é anormal. Já alguns pacientes conseguem ter a consciência de que suas crenças não são verdadeiras (CABBALO, 2011).

4.5.1.3 CARACTERÍSTICAS CORPORAIS

Os pacientes com transtorno dismórfico corporal têm como principal característica, evitar situações sociais, podendo chegar a casos extremos onde o paciente se fecha totalmente dentro de casa, por acreditarem que as pessoas estão

constantemente prestando a atenção negativa à sua aparência. Em alguns casos os pacientes conseguem manter algum tipo de função social, mesmo que seja limitada, utilizando de acessórios, como roupas, retorcendo o corpo ou fazer movimentos que chame o menos possível a atenção das pessoas para que não olhem para as áreas em que acreditam ser “defeituosas” (CABBALO, 2011).

Para pacientes com transtornos dismórfico, evitar olhar para sua aparência evitando principalmente espelhos, eles acreditam que a única forma de ter uma boa qualidade de vida e melhorar a sua autoestima, é mudando os seus aspectos físicos, passando a procurar meios de melhorar a sua beleza por volta de tratamentos de cabelos, cirurgias estéticas, redução de peso entre outras formas de reduzir os sintomas do transtorno dismórfico corporal (CABBALO, 2011).

4.5.2 DIRETRIZES PARA A AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DISMORFICO CORPORAL

Segundo o Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) quinta edição publicado em 2014, os critérios de diagnósticos para o TDC são:

- A. Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física que não são observáveis ou que parecem leves para os outros.
- B. Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo executou comportamentos repetitivos (p. ex., verificar-se no espelho, arrumar-se excessivamente, beliscar a pele, buscar tranquilização) ou atos mentais (p. ex., comparando sua aparência com a de outros) em resposta às preocupações com a aparência.
- C. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. A preocupação com a aparência não é mais bem explicada por preocupações com a gordura ou o peso corporal em um indivíduo cujos sintomas satisfazem os critérios diagnósticos para um transtorno alimentar.

O DSM-V também cita fatores de risco para pacientes com transtorno dismórfico corporal, sendo eles ambientais, associados a uma alta taxa de negligencia e abuso infantil, e também genético e fisiológico onde à uma relação entre parentes de primeiro grau com Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC).

Pode-se destacar também como critérios para o diagnostico, os fatores de gênero e culturais. Os fatores culturais tem uma ligação entre as raças e culturas, onde os valores e preferencias culturais podem influenciar nos sintomas. O fator de gênero existe mais semelhança do que diferença entre os sexos, como as “áreas do corpo que desagradam, tipos de comportamentos repetitivos, gravidade dos

sintomas, suicidalidade, comorbidade, curso da doença e realização de procedimentos estéticos para o transtorno dismórfico corporal (DSM-V, pg 43, 2014)” são os mesmos, a diferença é que pacientes do sexo masculino tem uma probabilidade de apresentar preocupações genitais e dismorfias musculares, e pacientes do sexo feminino tem a maior probabilidade de apresentar um transtorno alimentar.

O manual de Classificação de Transtornos Mentais de Comportamento da CID-10 (CID-10), décima edição publicado em 1993, não possui nenhuma classificação para o Transtorno Dismórfico Corporal.

5. RESULTADOS

Para que o presente trabalho chegue ao resultado esperado, realizou-se um levantamento bibliográfico através do google acadêmico com o objetivo de encontrar técnicas da teoria cognitivo-comportamental indicadas para o tratamento de pacientes com TDC, durante essa procura de material, não foi possível encontrar um grande número de artigos sobre as técnicas, porém as que foram encontradas e indicadas para o tratamento de paciente com TDC, estavam descritas nos artigos escritos pelos autores citados a baixo:

- RAMOS, RAMOS, HUGUET E HUBNER (2005) citam em seu trabalho que para se obter um bom tratamento de pacientes com TDC é necessário o uso de medicamentos farmacológicos, junto ao tratamento psicológico usando as técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva e exposição ao vivo e gradual;
- MORIYA (2007), cita as técnicas de reestruturação cognitiva, crenças alternativas e role-plays racionais;
- CÂNDIDO (2014), cita em seu trabalho as técnicas de psicoeducação, role-play e exposição com prevenção de resposta.

De todas as técnicas citadas acima os autores e os objetivos de cada uma delas estão detalhados no anexo I.

Sendo assim após fazer este levantamento de materiais bibliográfico pode-se fazer a construção deste protocolo de atendimento a paciente com Transtorno Dismórfico Corporal, usando os métodos e técnicas citados pelos autores. A construção deste protocolo, contou também com a contribuição de um protocolo de atendimento psicológico de pacientes diagnosticados com TDC construído por CABBALO (2011), também disponível no anexo II.

Levando em consideração que já existiu um protocolo de atendimento psicológico de pacientes com TDC, o objetivo é que este presente protocolo possa contar com mais informações sobre o tratamento, por isso as sessões contam com a presença de mais detalhes sobre o tratamento e processos interventivos.

As sessões deverão ocorrer semanalmente durante 12 semanas, realizando constantemente a verificação das tarefas de casa, e realizando as reestruturações

cognitivas do paciente, avaliando sempre a evolução da melhora dos sintomas e comportamentos.

1° Sessão: O objetivo da primeira sessão é conhecer o motivo para o qual o paciente procura o tratamento, estabelecer um contrato terapêutico informando os dias das sessões, a previsão de quantidade de sessões, entre outras informações importantes sobre o tratamento.

O terapeuta deve familiarizar o paciente com relação ao modelo terapêutico da terapia cognitivo-comportamental, além de dar informações sobre a psicologia.

Após o conhecimento da queixa do paciente, o terapeuta devera informa ao paciente sobre o TDC, e a necessidade de mudar essas crenças que foram geradas por ela mesma.

Percebendo a ansiedade do paciente o terapeuta realizara uma técnica de relaxamento, onde o paciente devera fechar os olhos e imaginar imagens relaxantes junto realizando um ciclo respiração.

Ao final da sessão o terapeuta dera como tarefa de casa que o paciente possa anotar em um caderno como forma de diário ou em uma tabela seus sintomas e se esta havendo mudanças em seus sintomas e comportamentos, e que em momentos de ansiedade ele poderá realizar a técnica de respiração.

2° Sessão: após o paciente ter conhecimento sobre a terapia e o que é o transtorno dismórfico corporal, começa-se a fazer o processo de reestruturação cognitiva onde suas crenças ou pensamentos pouco realistas passarão a crenças racionais.

O paciente devera identificar e categorizar os seus pensamentos com relação à aparência que causam ansiedade, alteração do humor, exclusão social entre outras coisas que prejudica a sua convivência com o meio social, e a sua saúde.

Como tarefa de casa devera fazer a exposição não supervisionada ao espelho, em casa.

3° Sessão: o primeiro a se fazer na sessão é saber como esta a tarefa de casa, que o paciente deveria descrever seus sintomas e pensamentos, e saber se ele pode perceber alguma diferença em seus comportamentos e sentimentos.

Nesta sessão o paciente devera encontrar formas ou meios para validar aquilo que pensa sobre sua aparência, e através da tarefa de casa que será pedir sugestões alternativas sobre sua aparência para parentes e amigos ou comparar a parte indesejada do seu corpo com a de outras pessoas, ela poderá perceber analisar se, aquilo que usou para validar seus pensamentos são coerentes ou não.

Como tarefa de casa devera continuar a fazer a exposição de sua aparência frente ao espelho diariamente em casa.

4° Sessão: após passar por esse processo das crenças alternativas e exposição ao espelho, nessa sessão o paciente devera dizer o que foi possível perceber na opinião das outras pessoas e sua percepção sobre a supervisão no espelho, e relatar de que forma isso pode contribuir em seus pensamentos e se ouve alguma mudança em suas crenças.

Agora que o paciente já teve algumas opiniões diferentes sobre a sua aparência é o momento dele começar a se expor diante os meios sociais, porém, ainda poderá usar algum tipo de objeto ou roupa que possa tampar aquilo que ele acredita ser feio que todo mundo olha, caso o terapeuta note que isso poderá causar uma ansiedade muito grande que sozinho o paciente não suportara, ele poderá acompanha-lo, e dar esse suporte emocional nesse momento.

5° Sessão: o paciente já esta começando a participar novamente de seu meio social, é hora de fazer o treinamento de crenças, através do role-playes.

O objetivo dessa técnica é fazer com que o paciente se defenda. Nesta técnica o terapeuta ira propor ao paciente uma espécie de dramatização onde o ele devera afirmar questões distorcidas da aparência do paciente (exemplo: Nossa realmente seu nariz é muito feio, é grosso, torto e desajeitado), e o paciente devera dizer totalmente ao contrario (exemplo: como assim não a nada de errado com o meu nariz, ele é lindo e eu gosto dele do jeito que ele é).

Após esta técnica o paciente devera continuar fazendo exposições ao publico.

6° Sessão: terapeuta continuara com a reestruturação cognitiva, e fazendo a supervisão das tarefas, para saber se esta havendo mudanças nos sentimentos e comportamentos do paciente.

A partir dessa sessão o paciente devera começar a passar por situações mais desafiadoras, se expor um pouco mais ao publico onde antes ele usava assessórios, maquiagens e roupas para se esconder agora ele devera tirar alguns desses objetos.

7° Sessão: O paciente devera continuar com a exposição ao publico com um acessório a menos, e devera dizer ao terapeuta como esta se sentindo.

Nesta sessão será aplicado novamente o role-plays, e o terapeuta devera analisar e comparar com a primeira vez em que essa técnica foi realizada.

8° Sessão: o objetivo dessa sessão é continuar com a reestruturação cognitiva, fazer checagem das tarefas e analisar se o paciente esta tendo noção sobre a sua mudança e se a exposição esta causando menos ansiedade.

Após ter conhecimento sobre essas mudanças a próxima tarefa de casa será continuar a exposição ao publico porem dessa vez o paciente devera usar dois ou três assessórios a menos.

9° Sessão: o primeiro a se fazer nesta sessão é checagem da tarefa de casa, para saber quantos objetos a menos o paciente uso, e como ele se sentiu com o corpo muito mais a mostra do que antes.

A técnica do role-plays é aplicada novamente, pois ela é usada como treino de resposta, que é importante para o próprio paciente poder responder para si mesmo que o que ele acreditava era apenas uma crença irreal ou distorcida.

10° Sessão: o paciente devera agora continuar a sua exposição ao publico de forma mais desafiadora, agora devera se expor sem nenhum acessório para se esconder, e em um publico maior, devera também voltar a comparar e/ou pedir

opiniões a parentes e amigos novamente, porém agora ele irá dizer de forma que se defenda, ou melhor, de forma positiva sobre a sua aparência.

Como o tratamento está chegando ao fim é importante que o paciente comesse a ter conhecimento sobre recaídas e a ser preparar caso aconteça.

11° Sessão: nesta sessão o paciente relatará como está acontecendo às exposições ao público e quais estão sendo seus sentimentos, comportamento e quais são as crenças que ele apresenta agora.

O paciente deverá fazer uma reflexão sobre as atividades que ele gosta ou não de fazer nos momentos de lazer, essa reflexão é importante para que ele possa voltar a sua vida normal e que possa viver cada momento de forma prazerosa e passando não somente a evitar os problemas.

12° Sessão: após as 11 sessões a função da última sessão é avaliar todos os processos realizados durante o tratamento, dar um feedback ao paciente sobre todos os procedimentos e técnicas utilizados para que ele possa ter obtido um bom resultado no tratamento.

Finalizando as 12 sessões, inicia-se o processo de manutenção e acompanhamento dos resultados obtidos, os encontros que antes eram semanais agora serão realizados de forma quinzenais de acordo com a evolução do paciente, observa-se o tempo necessário para a obtenção de alta.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre o tratamento do Transtorno Dismórfico Corporal, vem aumentando com o passar dos anos, porém ainda existem poucos materiais bibliográficos que possibilite um estudo aprofundado. Através dos materiais coletados foi possível perceber que já existe um protocolo de tratamento para o TDC voltado para a abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental, porém este protocolo não possui muitos detalhes o que dificulta na compreensão dos processos e técnicas utilizados para o tratamento.

Considerando o fato de que cada pessoa tem a sua subjetividade, e que cada abordagem tem suas formas e técnicas de trabalho para tratamento, ainda não existe nenhum estudo que confirme que a TCC seja a única abordagem terapêutica que possa tratar o paciente com TDC, porém existem estudos que confirmam que ela é a mais indicada para o tratamento, por ser um transtorno que tem a necessidade de mudança de crenças e comportamentos CABBALO, (2011).

Os métodos usados para a construção deste protocolo foi o de análise dos materiais existentes na literatura brasileira, para se chegar nas técnicas de cada sessão usou-se o protocolo construído por Cabbalo (2011), porém como ele não descreve detalhes sobre as sessões foi utilizado também o conhecimento prático da autora deste trabalho para encaixar cada técnica coletada no material bibliográfico, analisando os detalhes que estão presentes no anexo I.

Segundo o que se esperava desse trabalho de conclusão de curso, acreditasse que o resultado ocorreu de forma satisfatória podendo cumprir com todos os objetivos impostos pela autora.

REFERÊNCIAS

ANDRETTA, I; OLIVEIRA, M, S. Manual prático de terapia cognitiva comportamental. Casa do Psicólogo. São Paulo, SP. 2012.

APA (Associação de Psiquiatria Americana). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5/ [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli...[et al.]. -5. Ed. - Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, J, S. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Medicas 1997.

CABBALO, V, E. Manual para o tratamento cognitivo comportamental dos transtornos Psicológicos transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicológicos. Livraria Santos Editora. 2º reimpressão, 2011. São Paulo.

CÂNDIDO, P, A. Transtorno dismórfico corporal: lutando contra o espelho. Boa Vista/RR. 2014.

COAD, D. O METROSEXUAL. SUNY. USA NEW YORK 2008.

KANAPP, P. Terapia Cognitivo-Comportamental na pratica psiquiátrica. art med: Porto Alegre/RS. 2008.

KNAPP, P. BECK, A, T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. Rev Bras Psiquiatr. [online]. 2008;30(Supl II):S54-64. Porto Alegre, RS. Disponível:

KARRER, E. A escravidão do culto ao corpo perfeito
Como a propaganda regula o seu espelho. SobrePsicologia.com.br. Rio de Janeiro, RJ, 2016. Disponível em: <http://www.sobrepsicologia.com.br/artigos/a-escravidao-do-culto-ao-corpo-perfeito.html>

LOPES, A, M, C, S. Imagem corporal: Uma abordagem clínica / Ana Maria Costa da Silva Lopes. Belo Horizonte, 2011.

MORIYAMA, J. S. Processo Terapêutico Analítico-Comportamental em dois casos de Transtorno Dismórfico Corporal. Campinas/SP. 2007

MENDES, K, D, S; SILVEIRA, R, C, C, P. and GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2008, vol.17, n.4, pp.758-764. ISSN 1980-265X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

PIRES, H, H,M; GOMES, J, C; SIMÕES, A, C, P; BRITO, A, P, L; HAMIDAH, A, M; COSTA, G, C; PACHECO, G, M, G; SALIBA, A, L; and SILVA, D, O, F. Diferenças e semelhanças entre Transtorno Dismórfico Corporal e Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Brasília/DF. 2014.

RAMOS, M, G; RAMOS, M, R, C; HUGUET, R, B. and HUBNER, C, V, K. Transtorno Dismórfico Corporal. São Paulo/SP. 2005.

RAMOS, K, P. Escala de avaliação do transtorno dismórfico corporal: propriedades psicométricas. Campinas, SP. 2009.

TORRES, A, R; FERRAO, Y, A. and MIGUEL, E, C. Transtorno dismórfico corporal: uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo?. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2005, vol.27, n.2, pp.95-96. ISSN 1809-452X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000200004>.

ANEXOS

ANEXO I

TABELA DE TÉCNICAS UTILIZADAS PARA O TRATAMENTO DE TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Abordagens	Técnicas	Função da técnica	Técnica é eficaz ou ineficaz	Autor	Ano
Psiquiátrica	Farmacológicos, serotonina (ISRS)	Inibir os sintomas depressivos e ansiedade	Eficaz	RAMOS, RAMOS, HUGUET & HUBNER	2005
Cognitivo-comportamental	Relaxamento	fazer com que a pessoa se mantenha calma diante da presença de pessoas	Eficaz	RAMOS, RAMOS, HUGUET & HUBNER	2005
Cognitivo-comportamental	exposição ao vivo gradual	Fazer com que o paciente se exponha gradualmente em seu meio social.	Eficaz	RAMOS, RAMOS, HUGUET & HUBNER	2005
Cognitivo-comportamental	Reestruturação cognitiva	Mudar as crenças do paciente com relação a parte física que não o agrada	Eficaz	RAMOS, RAMOS, HUGUET & HUBNER	2005
Cognitivo-comportamental	Reestruturação cognitiva	Reestruturar as crenças irracionais, ou pouco realistas do paciente, para crenças mais racionais	Eficaz	MORIYA	2007
Cognitivo-comportamental	Crenças alternativas	O paciente deve pedir a opinião de parentes e amigos sobre a sua mão ou comparar sua	Eficaz	MORIYA	2007

		mão com outra mãos. Podendo assim observar que beleza é algo subjetivo.			
Cognitivo-comportamental	Role-Playes Racionais	Nesta técnica o paciente precisa defender a posição contrária às suas crenças sobre o defeito, como por exemplo “uma paciente que diz que sua cabeça é grande e disforme, o terapeuta confirma de forma exagerada a paciente precisa defender e dizer ao contrario e procurar formas para comprovar o que ela diz”.	Eficaz	MORIYA	2007
Psiquiátrico	Farmacológicos, serotonina (ISRS), Bupropiona ou Venlafaxina	Tem como objetivo melhorar significativamente nos sintomas de angústia, depressão, ansiedade, raiva, hostilidade e tendências suicidas	Eficaz	PIRES, GOMES, SIMÕES, BRITO, HAMIDAH, COSTA, PACHECO, SALIBA & SILVA	2014
Cognitivo-comportamental	Psicoeducação	O objetivo é aumentar o conhecimento do paciente sobre o transtorno que é	Eficaz	CÂNDIDO	2014

		portador, sobre a origem dos sintomas, efeitos colaterais de medicamentos, procedimentos e etapas do tratamento para remoção dos sintomas.			
Cognitivo-comportamental	Role-play	Tem como objetivo o treino de respostas adequadas em procedimento de ensaio comportamental, no qual o terapeuta e paciente irão reproduzir situações da vida real que geram desconforto.	Eficaz	CÂNDIDO	2014
Cognitivo-comportamental	Exposição com prevenção de Resposta	Consiste em expor o paciente a situações aversivas, como por exemplo, prevenir respostas de verificação frente ao espelho e se expor a situações públicas sem utilizar objetos para camuflar a suposta deformidade.	Eficaz	CÂNDIDO	2014

ANEXO II

Apêndice 1. Esquema do programa cognitivo-comportamental para o transtorno dismórfico corporal

-
- Sessão 1:** Educação sobre a imagem corporal e a terapia da imagem corporal
 Definir a imagem corporal
 Proporcionar informações básicas sobre a psicologia da aparência física
 Definir o transtorno dismórfico corporal e o transtorno da imagem corporal e proporcionar informações sobre os fatores que causam e mantêm o transtorno
 Falar das atitudes do paciente em relação à terapia
- Sessão 2:** Conseguir um histórico do desenvolvimento do transtorno da imagem corporal
 Treinar os pacientes no auto-registro das situações, pensamentos e comportamentos que tenham a ver com a imagem corporal
- Sessão 3:** Ensinar técnicas para controlar a linguagem corporal negativa
 Elaborar uma hierarquia de características da aparência ou áreas corporais perturbadoras
 Proporcionar diretrizes no relaxamento
 Começar a exposição não supervisionada à visão da aparência no espelho, em casa
- Sessão 4:** Identificar e começar a avaliar as suposições mal-adaptativas sobre a aparência
 Continuar a exposição à aparência no espelho, em casa
- Sessão 5:** Continuar com a reestruturação cognitiva das suposições mal-adaptativas sobre a aparência
 Praticar a exposição da aparência em espelhos ou superfícies refletoras, em público
- Sessão 6:** Começar a exposição a situações de imagem corporal que representem um desafio
 Continuar com a reestruturação cognitiva
- Sessão 7:** Continuar com a exposição a situações de imagem corporal que representem um desafio
 Começar com a prevenção da resposta do comportamento excessivo sobre a imagem corporal
- Sessões 8 a 10:** Continuar com a exposição a situações de imagem corporal que representem um desafio
 Continuar com a prevenção da resposta do comportamento excessivo sobre a imagem corporal
 Preparação para o final da terapia e para os acontecimentos que poderiam desencadear uma recaída
-