

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „VICTOR BABE”
TIMIȘOARA
FACULTATEA DE MEDICINĂ GENERALĂ

TEZĂ DE DOCTORAT

TULBURAREA DISMORFICĂ CORPORALĂ .
ASPECTE PSIHIATRICE ȘI CHIRURGICAL-
ESTETICE

Conducător științific:

Acad. Prof. Dr. Med. Mircea LEZĂRESCU

Doctorand:

Dr. Diana JIVĂNESCU

Timișoara

2011

CUPRINS

Pag

PARTEA GENERALA

1. INTRODUCERE	1
2. STADIUL ACTUAL AL CUNOA TERII	5
2.1. Istoricul tulbur rii dismorfice corporale	5
2.2. Diagnosticul pozitiv al tulbur rii dismorfice corporale	6
2.2.1. Criterii de diagnostic DSM-III-R pentru tulburarea dismorfic corporal	6
2.2.2. Criterii de diagnostic DSM-IV-TR pentru tulburarea dismorfic corporal	6
2.2.3. Elemente de diagnostic	7
2.2.4. Criterii de diagnostic ICD-10 pentru tulburarea dismorfic corporal	8
2.3. Diagnosticul diferen ial al tulbur rii dismorfice corporale	8
2.3.1. Preocuparea normal în leg tur cu aspectul fizic	8
2.3.2. Tulbur ri psihice	8
2.3.3. Tulbur ri non-psihiatrice	15
2.4. Tablou clinic	16
2.4.1. Criteriul 1	16
2.4.2. Criteriul 2	30
2.4.3. Criteriul 3	32
2.5. Comorbiditatea	33
2.5.1. Comorbiditatea cu tulburarea depresiv	33
2.5.2. Comorbiditatea cu tulburarea obsesiv-compulsiv	33
2.5.3. Comorbiditatea cu anxietatea i fobia social	33
2.5.4. Comorbiditatea cu tulbur rile adictive	34
2.5.5. Comorbiditatea cu tulbur rile din axa II a DSM-IV	34
2.5.6. Comorbiditatea cu tulbur rile de instinct alimentar	34
2.6. Raportul pe sexe	35
2.7. Aspecte evolutive	36
2.8. Tratatamentul tulbur rii dismorfice corporale	37
2.8.1. Farmacoterapia	38
2.8.2. Abordarea psihoterapeutic – Terapia cognitiv-comportamental	44
2.9. Complexul Adonis	52
2.10. Aspecte chirurgical estetice în tulburarea dismorfic corporal	59

PARTEA SPECIALA

3. Metodologie	67
3.1. Introducere	67
3.2. Scopul lucrării	67
3.3. Obiectivele lucrării	68
3.3.1. Obiectiv general	68
3.3.2. Obiective specifice	68
3.4. Material și metod	68
3.4.1. Material	69
3.4.2. Instrumente utilizate	69
3.4.3. Metod	78
3.4.4. Limitele studiului	78
3.4.5. Originalitatea studiului	79
3.5. Ipotezele lucrării	79
3.5.1. Ipoteză generală	79
3.5.2. Ipoteze specifice	79
3.6. Prelucrarea statistică a datelor	82
4. Rezultate și discuții	84
4.1. Intervențiile chirurgicale estetice și tulburarea dismorfofobică corporală	84
4.1.1. Prezentarea comparativă a eantioanelor. Caracteristici socio-demografice.	84
4.1.2. Analiza parametrilor clinici generali.	91
4.1.3. Frecvență comparativă a trăsăturilor de personalitate accentuate la cele două loturi.	102
4.1.4. Chestionarul auto-aplicat pentru Tulburarea Dismorfică Corporală („Body Dysmorphic Disorder Examination-Self-Report”)	107
4.1.5. Chestionar screening pentru aspectul corporal	115
4.1.6. Corelații între rezultatele obținute la scale și chestionare de subiecți din lotul de studiu (subiecți cu intervenții chirurgicale estetice repetate)	119
4.1.7. Sinteza rezultatelor - partea I-a - Intervențiile chirurgicale estetice repetate și tulburarea dismorfofobică	120
4.1.8. Concluzie I	122
4.2. Complexul Adonis și tulburarea dismorfofobică	123
4.2.1. Prezentarea comparativă a eantioanelor (de studiu și de control). Caracteristici socio- demografice.	123
4.2.2. Analiza parametrilor clinici generali.	127

4.2.3. Frecven a comparativ a tr s turilor de personalitate accentuat la cele dou loturi.	138
4.2.4. Chestionarul auto-aplicat pentru Tulburarea Dismorfic Corporal („Body Dysmorphic Disorder Examination-Self-Report”)	143
4.2.5. Chestionar screening pentru aspectul corporal	148
4.2.6. Chestionar de evaluare pentru Complexul lui Adonis	153
4.2.7. Corela ii între rezultatele ob inute la scale i chestionare de subiec ii din lotul de studiu (subiec i cu Complex Adonis).	163
4.2.8. Sinteza rezultatelor ob inute - Partea a II-a - Complexul Adonis i tulburarea dismorfofobic	163
4.2.9. Concluzii Partea a II-a	166
5. Verificarea ipotezelor	167
6. Concluzii i recomand ri	171
7. Cazuri clinice	172
7.1. Cazul nr.1	172
7.2. Cazul nr.2	174
Bibliografie	I
Anexe	XII

PARTEA GENERALA

1. INTRODUCERE

Tulburarea dismorfic corporal (TDC) este în esență definită ca o preocupare excesivă, anormală sau disproporționată cu un presupus defect în aspectul fizic, care ar face subiectul urât, neatractiv. Preocuparea poate avea și o variantă delirantă și nu se manifestă în cadrul anorexiei mentale sau transexualismului. Interesul pentru studierea și interpretarea TDC a crescut în ultimul timp datorită orientării actuale a doctrinelor psihopatologice, mai ales a celor neofenomenologice, developmentale și cognitiviste, prioritară este studierea „corpului trait”, („leib”, „liver body”, „corp vecu”, trup) [1, 2, 3, 4, 5]. Pe lângă abordarea clinică, există deci în prezent și un interes psihopatologic crescut pentru TDC [6,7].

Tulburarea dismorfic corporal (TDC) ocupă un loc aparte între tulburările psihopatologice, nu datorită frecvenței sale – care oficial este mică – ci datorită semnificației sale deosebite, psihopatologice și clinice. În primul rând ar fi vorba de o tematică inedită, cea a preocupării excesive, patologice, față de propriul corp, față de propria „imagine corporală”, față de manifestarea publică a acesteia. Acest fapt justifică și plasarea sa în clasa „tulburărilor somatoforme” în DSM-IV-TR și ICD-10, alături de hipocondrie, algia psihogenă, tulburările de somatizare etc. Toate acestea au, dintr-un anumit punct de vedere, un statut clinic incert în afara orientării tematice, oscilând între fobie, obsesie, ideea de supraevaluare și delir monotematic corporal. TDC este comentată, de obicei ca dezvoltare prevalențială circumscrisă de o idee supraevaluată, această tulburare exprimând o distorsiune a preocupărilor persoanei față de propria imagine corporală. Dar, aceeași tematică se regăsește la delirurile monotematice. Astfel, tulburarea dismorfic se manifestă într-un domeniu al psihismului în care există în egală măsură o preocupare în sfera corporalității, cât și în domeniul contactului relațional cu alții.

Din această perspectivă, în cazul TDC problema clinico-psihopatologică propriu-zisă are în vedere cantonarea psihopatologiei la nivelul delimitării corporale a persoanei, în zona în care subiectul se circumscrie dinspre interior și în același timp se raportează la exteriorul fizic și social. Această zonă a persoanei a intrat în atenția neuropsihopatologiei inițial prin problematica „schemei

corporale” a c reii func ie i disfunc ie au studiat-o neurologii [8]. Schema corporal este o component important a imaginii corporale care este perturbat în TDC. Schema corporal se refer la delimitarea neuropsihologic a propriului corp, prin reprezentarea sa pe scoar a cerebral în zona parietal posterioar a emisferului nedominant, în apropierea zonei corticale în care se integreaz informa iile despre spa iul înconjur tor [9]. Se delimiteaz astfel în raport cu spa iul exterior propriei corporalit i – în care se plaseaz i al i subiec i umani pe care persoana îi poate percepe – zona interioar a spa iului propriului corp, ce e resim it i pe baza informa iilor interoceptive i artromiokinetice. În acest “spa iu interior” e plasat, în cursul ontogenezei, sediul propriului psihism inten ional i autoelaborat, subiectivitatea persoanei, ceea ce emerge din sine i apar ine subiectului, ca intimitate, ca secret personal [10]. Din perspectiv neurologic , perturbarea schemei corporale – prin tumori, traumatisme, hemoragii etc. – determin sindroame neurologice, cum ar fi sindromul Anton-Babinski cu hemiasomatognozie.

Schema corporal st la baza elabor rii “imaginii corporale”. Imaginea corporal reprezint un construct psihologic complex care se încadreaz în reprezentarea global pe care orice persoan o are despre sine [11]. În aria de circumscriere a imaginii corporale se încadreaz concepte consacrate, precum: identitatea corporal (bazat pe delimitarea spa ial asigurat de schema corporal), stima de sine, imaginea ideal despre sine, raportarea interpersonal atitudinal i bilan ul existen ial. Imaginea corporal implic percep ia constant a sinelui la nivel corporal, a schemei corporale i a interiorului propriului trup; precum i a limitelor personale, totul din perspectiva rela ion rii interpersonale i a interac iunilor sociale. Faptul presupune automat modul în care subiectul are sentimentul c îl percep i evalueaz ceilal i în primul rând din punct de vedere al aspectului fizic [12]. La un nivel ulterior imaginea corporal depinde i de al i factori ce in de temperament i personalitate. Orientarea natural a corporalit ii expresive c tre ceilal i se produce în direc ia accept rii, integr rii i atractivit ii, fiind ghidat de norme i idealuri definite socio-cultural i istoric.

Ca preocupare distorsionat fa de imaginea corporal , tulburarea dismorfic se asociaz cu multiple alte preocup ri ale subiectului, fie acestea normale ori particulare, ea profilându-se ca vârful unui iceberg. În cazul preocup rii subiectului pentru acceptare, integrare i valorizare social , aspectul s u corporal joac un rol deosebit de important, al turi de al i factori de personalitate. Pân la un anumit punct se poate face o distinc ie între acceptarea social pe care o urm re te pacientul cu TDC (interesat în primul rând de a nu p rea dismorfic, dizarmonic, urât în ochii celorlal i) i preocuparea pentru atractivitate fizic ; respectiv pentru a produce o impresie pozitiv asupra celorlal i printr-un aspect corporal atractiv.

Tulburarea psihopatologic ce se întâlne te în TDC se coreleaz i cu alte st ri psihopatologice ce vizeaz corporalitatea [13]. Din perspectiv psihopatologic tulburarea “limitelor spa iale ale

propriului corp”, care delimitează viaa psihică interioră a subiectului de lumea exterioară, a fost comentată inițial în corelație cu unele simptome din schizofrenie, ca “depersonalizare corporală”, în cadrul căreia subiectul resimte “când nu mai are limite”, că “se răspândește în jur” etc. Aceste trăiri erau înșelător greu de diferenciat de unele expresii metaforice ale schizofrenicilor, corelate tulburărilor de limbaj din această boală. Ulterior a fost corelat cu psihopatologia schemei corporale un simptom ce se întâlnește în psihopatologia obsesională și constă din sentimentul, obsesia sau convingerea în contaminarea corpului cu substanțe nocive sau agenți biologici neperceptibili; consecutiv acestei trăiri, subiectul recurge la spălări și curățări compulsive și/sau la conduite de evitare și precauție. Dezvoltarea în ultima perioadă a ideii “spectrului tulburării obsesiv-compulsive” [14, 15] a condus la gruparea într-un cluster apropiat a unui ansamblu de tulburări dintre care multe exprimă o preocupare anormală față de limitele corporale. Acestea sunt, de exemplu, manifestări impulsive ca tricotilomania sau trăiri obsesiv-prevalente între care și tulburarea dismorfică corporală. Incluziunea TDC în spectrul tulburării obsesiv-compulsive indică faptul că, în ambele cazuri, intră în joc o preocupare anormală față de limitele corporale ale subiectivității. Dar direcția în care se desfășoară patologia, convergent până la un punct, devine divergentă de la un alt nivel. Această cum de-așa menționat, în patologia obsesiv-compulsivă, limitele corporale intră în preocupare patologică în primul rând în perspectiva spațială fizică a schemei corporale, a cărei disoluție susține tema infestației. În TDC limitele corporale ale subiectului intră înșelător în criză din altă perspectivă; și anume, cea a “imaginii corporale” și “aparenței sociale”. Desigur, e vorba tot de delimitarea corporalității psihismului persoanei. Dar, în cazul TDC, direcția este nu spre spațiul fizic și acțiunea pragmatic eficientă (bazată pe decizie, proiecte, verificări și finalizare), ci pe manifestarea interpersonală socială, al cărei rol este în primul rând expresiv și comunicant. Imaginea corporală se referă la reprezentarea de sine a psihismului corporal, din perspectiva prezenței sale potențiale și eficient expresive în fața altor oameni, în sensul comunicării, afirmării, captării, evaluării, aprecierii, seducției, impresiei etc. Procesul psihologic se desfășoară în plan metareprezentational în sensul că subiectul își reprezintă – și imaginează – conștient și inconștient cum va apărea el în fața altora, cum va fi perceput și evaluat de aceștia, cum îi va impresiona, cum va fi judecat, evaluat, comentat etc. Desigur că această funcție a IC este una operațională, activă constant în cadrul relațiilor interpersonal sociale efective. Dar ea este și o funcție psihică de autoreprezentare și autoevaluare, care se formează în ontogeneză în corelație cu imaginea de sine și idealul de sine. Iar acest ideal de sine, atât psihic cât și corporal, este modelat de idealurile sociale. Felul în care subiectul dorește să se prezinte, să se manifeste și să apară prin expresivitatea corporalității sale, are ca referențial idealul de aspect corporal pe care-l vehiculează o socio-cultură dată. Faptul are o importanță deosebită, mai ales, în perspectivă formativă, ontogenetică.

Din această perspectivă a IC, TDC se corelează parțial și cu alte sindroame psihopatologice care, și ele sunt în mare măsură modelate de cultură. O importantă apropiere s-a făcut și se face cu “anorexia mentală a tinerelor fete” [16]. Această patologie are și alte determinisme decât dorința unei apariții sociale printr-o formă corporală cât mai conformă cu un ideal (parțial cultural); sindromul este corelat cu vârsta, sexul, apariția menstruelor, genetica, educația etc. Dar, există și destul de multe apropieri și similitudinii. De aceea, relativ recent s-a descris la băieții adolescenți sindromul “Adonis” care ar fi un fel de echivalent masculin al anorexiei mentale a fetelor, constând în dorința de a avea un aspect corporal musculos; motiv pentru care se fac exerciții excesive și se consumă abuziv anabolizante..

Revenind la problema inițială, TDC are importanță în psihiatrie în mare măsură pentru că se plasează la nivelul intersecției între tulburările psihopatologice centrate pe corporalitate, dezvoltarea și afirmarea psihismului normal și influențele socio-culturale în formarea și manifestarea persoanei. De fapt, principalele probleme corelate TDC se desfășoară în afara clinicii psihiatrice, în zona ce poate fi denumită cea a “promovării sănătății mentale”. Este o zonă în care o influență majoră are mass-media, habitudinile educative și de comportament social, toate în tangență permanentă cu medicina curativă și preventivă. Deoarece TDC are în centrul său preocuparea (patologică) pentru atractivitatea socio-erotică și pentru acceptanța socială, pentru afirmarea stimei de sine, ea se înscrie în marea arie a problemelor de sănătate mentală în care psihiatrii și medicii în general trebuie să colaboreze cu mulțimea de factori sociali. Industria socială a înfrumusețării (inclusiv chirurgia estetică) și a cultivării stării de bine corporală – care și are o perfectă justificare, dar care se cere să se încadreze în limite raionale și sanogenetice – este important să nu ignore acest partener semnificativ care este psihiatrul psihopatolog.

Teza de față se înscrie într-un efort venit din partea psihiatriei de a se apropia de problemele neclinice – dar posibil preclinice – pe care le ridică preocuparea pentru aspectul corporal (atractiv) în lumea contemporană. Doar prin astfel de pași în direcția unei bune întâlniri, venit din mai multe direcții, se poate menține un bun dialog și un bun echilibru în domeniul sănătății mentale.

2. STADIUL ACTUAL AL CUNOA TERII

2.1. Istoricul tulburării dismorfice corporale

Tulburarea dismorfică corporală (TDC) a fost descrisă în literatura medicală europeană în 1886 de către Morselli și denumită „dismorfofobia” [17]. Tabloul descris de Morselli constă în „senzația subiectivă de urânie și defecte fizice asociate cu rușinea, pe care pacientul le resimte ca putând fi remarcate de alții” în ciuda unei aparențe normale [18].

Termenul derivă din cuvântul grecesc „*dysmorfia*”, pentru prima dată folosit de Herodot în „*Istoria*”, referindu-se la „aspectul bolnavicios” și „urâniea fetei din Sparta”, care s-a manifestat în mod miraculos cu regele Spartei, după ce un zeu a transformat-o într-o frumoasă [19].

Simptome similare au fost categorisite sub diferite denumiri. Astfel, P. Janet [20] a prezentat un caz de „obsesie pentru rușinea corporală” (*obsession de la honte du corps*). Mai târziu, Kraepelin [21] a descris „sindromul dismorfofobic” și a indicat că acest sindrom să fie clasificat ca nevroză compulsivă.

În literatura psihanalitică, cazul „omul cu lupi” – obsesia pentru mărirea nasului – a fost descris de S. Freud [22] ca „paranoia hipocondriacă”.

În literatura medicală americană, mențiuni despre TDC au existat înainte de ICD și DSM. Primele rapoarte despre această tulburare au apărut în literatura cosmetică și dermatologică. În 1960, Edgerton și colaboratorii descriu „diformități minimale” corelate cu „insatisfacția pacientului” în chirurgia cosmetică [23, 24]. Acești pacienți solicitau multiple intervenții pentru a corecta defecte minore sau existente, postoperator prezentând niveluri înalte de insatisfacție, în ciuda procedurilor corecte și a rezultatelor satisfăcătoare [23].

Tulburarea dismorfică corporală este menționată (încadrat) pentru prima dată în DSM-III-R [25], ca varietate de tulburare somatoform atipică. Tulburarea dobândește statut diagnostic și este oficial denumită „tulburare dismorfică corporală” în DSM-III-R [25], fiind diferentiată în două variante: o variantă delirantă și o variantă non-delirantă, prima fiind încadrată ca tulburare delirantă, tip somatic.

În DSM-IV [26] diferențierea între cele două tipuri este mai puțin clară, subliniind faptul că varianta non-delirantă și cea delirantă nu sunt tulburări diferite, ci variante ale aceleiași tulburări (TDC), care are un spectru de simptomatologie [27].

În literatura europeană, termeni ca „hipocondria frumoasă” și „hipocondria dermatologică” au fost folosiți pentru a descrie TDC înainte ca acest termen/tulburare să intre în nosologia psihiatrică [28]. Acești termeni descriptivi au fost clasificați inițial ca tip al psihozei hipocondriace monosimptomatice [29].

Termenul tulburare dismorfic corporal apare în ICD-10 [30], criteriile ICD-10 diferin iind o variant delirant i una non-delirant , cea din urm apar inând tulbur rii hipocondriace, iar varianta delirant apar inând tulbur rii delirante persistente nespecificate.

2.2. Diagnosticul pozitiv al tulbur rii dismorfice corporale

Identificarea i diagnosticarea tulbur rii dismorfice corporale este dificil nu numai în domeniul s n t ii mentale, ci i în discipline cum sunt chirurgia cosmetic i estetic , pentru c pacien ii cu TDC se adreseaz cel mai frecvent medicului generalist, i nu psihiatrului. Opinierea în ceea ce prive te aspectul sau defectul fizic are o important not subiectiv . De aceea, în diagnosticarea tulbur rii dismorfice corporale, gradul de *disstres* emo ional i impactul pe planul comportamental ar trebui s fie cei mai importan i indicatori pentru practicienii chirurgiei cosmetice i estetice [31, 32].

Tulburarea dismorfic corporal este men ionat pentru prima dat în DSM-III-R [25] ca apar inând categoriei tulbur rilor somatoforme, ca tulburare somatoform atipic . Odat cu DSM-III-R [25], oficial se denume te i clasific TDC, apar inând categoriei tulbur rilor somatoforme. Aceast tulburare a fost denumit în trecut „dismorfofobie”, dar pentru c nu implic comportamentul de evitare caracteristic fobiilor, termenul a fost schimbat în „tulburare dismorfic corporal ”. De asemenea, termenul de dismorfofobie a fost folosit pentru a pune diagnosticul în cazurile în care convingerile în leg tur cu „defectul fizic” erau de intensitate delirant . În manualul DSM- III-R [25] se distinge o form delirant , care este încadrat ca tulburare delirant tip somatic, i o form non-delirant , încadrat în tulbur ri somatoforme.

2.2.1. Criterii de diagnostic DSM-III-R pentru tulburarea dismorfic corporal :

- A. Preocuparea cu un defect imaginar în aspect, în ciuda aspectului normal. În cazul în care este prezent o anomalie fizic minor , preocuparea este net excesiv .
- B. Credin a în leg tur cu defectul nu este de intensitate delirant , a a cum este în tulburarea delirant , tipul somatic.
- C. Preocuparea nu este prezent doar în cadrul anorexiei nervoase sau al transexualismului.

În DSM-IV [26] diferen ierea între cele 2 tipuri este mai pu in clar .

2.2.2. Criterii de diagnostic DSM-IV-TR pentru tulburarea dismorfic corporal :

- A. Preocuparea pentru un presupus defect în aspect, iar dac exist i o u oar anomalie fizic , preocuparea persoanei este net excesiv .
- B. Preocuparea produce o detres sau o deteriorare semnificativ clinic în plan profesional i/sau social sau în alte domenii importante de func ionare.

C. Preocuparea nu este explicat de o alt tulburare mental .

2.2.3. Elemente de diagnostic

În DSM-IV [26] și DSM-IV-TR [33] TDC face parte din grupul tulburărilor somatoforme. Elementul comun al acestora îl constituie prezența de simptome somatice care sugerează o condiție medicală generală (de unde termenul de *somatoform*), dar care nu sunt explicate complet de aceasta, de efectele directe ale unei substanțe sau de alte tulburări mentale. Simptomele trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativ clinic în domeniul social, profesional sau alte domenii importante de funcționare. Contrar tulburărilor factice și simulării, simptomele somatice nu sunt intenționale (sub control voluntar). Tulburările somatoforme diferă de factorii psihologici care afectează condiția somatică prin aceea că nu există o condiție medicală generală diagnosticabilă care să explice integral simptomele somatice. Gruparea acestor tulburări într-o singură secțiune se bazează pe utilitatea clinică, mai curând decât pe criteriile etiologice sau mecanisme comune. Aceste tulburări sunt întâlnite frecvent în unitățile medicale generale.

Dintre tulburările somatoforme, alături de TDC, fac parte:

1. *Tulburarea de somatizare* (isterie, sindromul Briquet) – este o tulburare polisimptomatică cu debut înainte de 30 de ani, care se întinde pe o perioadă de ani de zile și este caracterizată printr-o combinație de durere și simptome gastrointestinale, sexuale și pseudoneurologice.
2. *Tulburare somatoform nediferențiată*, caracterizată prin acuze somatice neexplicate, durând cel puțin 6 luni și care sunt sub plafonul de a pune diagnosticul de tulburare de somatizare.
3. *Tulburarea de conversie* implică simptome neexplicate sau deficite care afectează activitatea motorie voluntară sau sensibilitatea, sugerând o condiție neurologică sau o condiție medicală generală. Se consideră că factorii psihologici sunt asociați cu simptomele sau deficitele.
4. *Tulburarea algică* – durerea este focarul predominant al atenției clinice.
5. *Hipocondria* – preocuparea că ar avea ori ideea că are o maladie severă, bazată pe interpretarea eronată a simptomelor sau a funcțiilor corporale.
6. *Tulburarea somatoform fără altă specifică* - tulburare cu simptome somatoforme care nu satisfac criteriile pentru niciuna dintre tulburările somatoforme specifice.

În ICD-9 [34], TDC este inclus în tulburările somatoforme, iar în ICD-10 [30] forma nondelirantă aparține secțiunii tulburărilor hipocondriace (F.45.2), alături de următoarele

tulburări: hipocondria, nozofobia, nevroză hipocondriacă, iar varianta cu simptome psihotice este inclusă în categoria tulburare delirant-persistentă, tip somatic.

2.2.4. Criterii de diagnostic ICD-10 pentru tulburarea dismorfică corporală

1. Preocuparea persistentă privind o presupusă desfigurare sau deformare.
2. Refuz persistent de a accepta sfatul și asigurările mai multor medici diferiți care nu există nicio anomalitate în spatele simptomelor.

2.3. Diagnosticul diferențial al tulburării dismorfice corporale

Caracteristica pacienților cu TDC este ideea supraevaluată despre dizarmonia aspectului fizic. În alte tulburări psihiatrice sunt prezente idei sau preocupări în legătură cu aspectul corporal. Frecvent, acestor pacienți li se pune un alt diagnostic psihiatric ca fiind primar, simptomele dismorfiei corporale fiind secundare.

2.3.1. Preocuparea normală în legătură cu aspectul fizic

Preocuparea normală pentru aspect nu este consumatoare de timp și nu produce deficiențe/disfuncționalitate clinică pe niciunul dintre planurile de funcționare, pe când în cazul pacienților cu TDC, această deficiențe/disfuncționalitate poate ajunge la extrem.

Astfel, preocuparea normală și TDC se află pe o axă a continuumului, extremele fiind ocupate de lipsa totală de preocupare față de aspectul corporal, iar la polul opus se află preocuparea excesivă din TDC.

Studiile efectuate pe o populație de studenți arată că aproximativ 70% dintre subiecți nu sunt satisfăcuți de aspectul corporal, 46% sunt preocupați de aspect, 48% exagerează percepția asupra imaginii corporale, iar 28% prezintă toate aceste trei caracteristici [35].

2.3.2. Tulburări psihice

Stabilirea unui diagnostic corect de TDC, preferabil într-un stadiu de evoluție cât mai timpuriu este pe cât de important, pe atât de dificil de realizat, aceasta îndeosebi datorită faptului că între tulburarea dismorfică corporală și alte tulburări psihice există multiple elemente legate de comorbiditate. Cel mai frecvent, diagnosticul diferențial se face între TDC și următoarele tulburări:

2.3.2.1. Tulburările spectrului obsesiv – compulsiv:

- tulburări somatoforme (TDC și hipocondria);
- tulburări disociative (depersonalizarea);
- tulburări ale comportamentului alimentar (anorexia nervoasă);

- tulburări schizo-obsesive (tulburare obsesiv-compulsivă cu absența criticii, tulburarea compulsiv-obsesivă asociată cu tulburarea de personalitate schizotipală, schizofrenia cu simptome obsesionale);
- ticuri (sindromul Gilles de la Tourette);
- afecțiuni neurologice (coreea Sydenham, autismul, parkinsonismul, boala Huntington, unele forme de epilepsie);
- tulburările de control al impulsurilor (joc patologic de noroc, oniomania, cleptomania, tricotilomania, piromania, comportamentul sexual compulsiv, comportamentul de automutilare repetitiv);
- tulburări impulsive de personalitate (tulburarea de personalitate *borderline* și tulburarea de personalitate antisocială).

1. Tricotilomania este caracterizat prin smulgerea recurentă a propriilor fire de păr, rezultând în pierderea observabilă a părului [33], unde smulgerea părului nu reprezintă un comportament secundar preocupării pentru aspect. În cazul pacienților cu TOC, în special la sexul masculin, este descrisă preocuparea exagerată în legătură cu aspectul părului: grosime, structură sau pierderea părului, iar la sexul feminin, preocuparea față de prezența părului în anumite zone (pseudohirsutism).
2. Comportamentul de automutilare repetitiv este descris la pacienții cu tulburare de personalitate tip *borderline*, care dezvoltă „comportamente, gesturi sau amenințări suicidare recurente sau comportamente de automutilare” [33]. Pacienții au probleme de separare-individualizare, probleme de control afectiv și atașamente personale intense, probleme cu imaginea de sine [36]. În cadrul tulburării dismorfice corporale sunt prezente o imagine și o judecată constant negativă despre sine și lipsa unei „*pattern*-ului pervaziv de instabilitate a relațiilor interpersonale, imaginii de sine și afectelor și de impulsivitate marcată” [33]. În cazuri extreme, pacienții cu TDC recurg la manevre de a-a-zis „autocorectare” a defectului, îndeosebi atunci când practicienii din domeniul chirurgiei plastice sau dermatologice refuză în repetate rânduri să le acorde asistență în acest sens.
3. Tulburări disociative - Tulburarea de depersonalizare. Aceasta se caracterizează prin apariția unor episoade recurente sau persistente care implică trairi detașate față de propriul „EU” (față de propriile procese mentale și față de propriul corp). Sunt frecvente distorsiunile senzației de timp și spațiu și senzațiile că extremitățile sunt prea mari sau prea mici și derealizare. În cazul tulburării dismorfice corporale, preocuparea în legătură

cu aspectul/defectul fizic este persistent , fiind descris varianta cronică și varianta cu multiple episoade, de lungă durată și schimbarea zonei de preocupare.

4. Tulburarea obsesiv-compulsivă . De peste jumătate de secol s-a observat și discutat legătura între tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) și TDC. Între cele două există variate similitudinii, ca: gânduri ego-distonice, repetitive cu posibilitatea de a atinge intensitate delirantă ; comportamente compulsive; ritualuri; răspunsul terapeutic maximal la administrarea de inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei, atât în cazul tulburării dismorfice corporale, cât și agravarea simptomatologiei obsesiv-compulsive la administrarea de agonisti serotoninergici (clorfenilpiperazină); factori structurali (anomalii de volum ale nucleilor caudat și putamen); factori funcționali (anomalii ale cortexului orbito-prefrontal, cingulat anterior și ale nucleului caudat); prezența acelui „continuum” între incertitudine și polul certitudine; comorbiditatea în procent înalt cu tulburarea depresivă . Deosebirea esențială între TDC și TOC este dată de conținutul ideatic; astfel, unii pacienți cu TDC au mai degrabă credințe de supraevaluare ego-sintonice, iar cei cu TOC – idei obsesive ego-distonice [37]. În TOC gândurile perturbatoare sunt axate de obicei asupra dubitării și sunt caracterizate printr-o exagerată evaluare a pericolelor viitoare [37], în timp ce în TDC gândurile sunt centrate asupra percepțiilor senzoriale distorsionate, implicând *self*-ul în relația sa cu lumea. Ritualurile nu duc la scăderea nivelului de anxietate în cazul tulburării dismorfice corporale, pe când în cazul TOC reduc gradul de tensiune. În fine, spre deosebire de TDC, în cazul TOC obsesiile și compulsiile nu sunt legate exclusiv de aspectul corporal, fizic.
5. Tulburările factice - subtipul cu semne și simptome predominant somatice (sindrom Münchhausen). Caracteristica acestei tulburări este „producerea intenționată de simptome fizice – greuri, vărsături, durere, convulsii” [36]. Este descris semnul „abdomenului în gratar”, care constă în cicatricile consecutive multiplelor intervenții chirurgicale. În cadrul tulburării dismorfice corporale, pacienții solicită numeroase intervenții chirurgicale pentru repararea/diminuarea „defectului”, iar o altă categorie de pacienți dezvoltă aceste preocupări excesive în legătură cu unele cicatrici postoperatorii.

2.3.2.2. Spectrul afectiv

În cadrul spectrului afectiv, diagnosticul diferențial al tulburării dismorfice corporale se face cu tulburarea monopolară depresivă și tulburarea afectivă bipolară – episodul depresiv.

Sindromul depresiv se caracterizează pe plan cognitiv prin simptome precum: idei de pesimism existențial, disperare, autodevalorizare, nimicnicie, incapacitate, neajutorare, inutilitate, autoacuzare, nedemnitățe (cu pierderea stimei de sine), gânduri recurente privind

moartea în perspectiva suicidului ca mijloc de autopedepsire, idei hipocondriace, dismorfofobice și de transformare corporală (negare a unor părți ale corpului); pe plan comportamental apar simptome precum: scăderea sociabilității cu izolare, retragere socială și comportamente autoagresive suicidare [38]. Spre deosebire de TDC, în cazul patologiei afective ideile și dispozițiile de ordin depresiv sunt prezente doar pe parcursul episodului, dispărând odată cu remisiunea acestuia. În TDC pacienții prezintă cogniții și comportamente asemănătoare unui episod depresiv, dar acestea sunt consecutive convingerilor legate de prezența „defectului fizic” și sentimentului de rejecție secundare acestuia și sunt prezente în tabloul clinic pentru o perioadă îndelungată de timp, într-un mod constant. Ideile, planurile și tentativele suicidare sunt cel mai frecvent descrise în cazul TDC la femeii cu preocupare pentru un „un defect facial”.

2.3.2.3. Spectrul delirant

Distincția dintre TDC și tulburarea delirantă – subtipul somatic implică diferențierea între o idee de supraevaluare prezentă în TDC și o idee delirantă întâlnită în tulburarea delirantă – tipul somatic sau psihoză hipocondriac monosimptomatic (în baza terminologiei anterioare) [39]. Nu este clar dacă este vorba despre două tulburări distincte sau despre două variante ale aceleiași tulburări [40]. Hollander [14] pledează în favoarea celei de a doua ipoteze, considerând că pacienții cu TDC se pot situa de-a lungul unui continuum între „incertitudine și certitudine”. În favoarea acestei ipoteze există studii care demonstrează asemănări de ordin demografic, evolutiv și terapeutic între pacienții cu TDC ce prezintă simptome delirante și cei fără simptome delirante. Pe de altă parte, același pacient poate prezenta concomitent o idee de supraevaluare asupra unui defect corporal și o idee delirantă privind un alt defect corporal [37].

În stadiile inițiale ale **schizofreniei**, pacientul poate prezenta idei delirante somatice, consecutiv adresându-se pentru corecție chirurgiei cosmetice. În aceste cazuri mai sunt prezente și alte simptome ca: idei delirante bizare, comportamente bizare/inadecvate, simptome perceptivă (halucinații, iluzii).

Comportamente de tip retragere/izolare socială pot fi secundare ideilor delirante de persecuție și urmărire (prezente în **schizofrenia paranoid**), caracteristice și TDC, în acest caz având ca scop evitarea contactului cu alte persoane care ar putea constata „urâtenia corporală” a pacientului cu TDC.

Alte tulburări psihotice: **psihoza paranoid** – idei delirante hipocondriace, alte simptome halucinator-delirante și comportamente secundare; **tulburări psihotice scurte** – durează mai puțin de 4 săptămâni, au legătură cu un eveniment psihostresant; **tulburarea schizofreniform** – durează mai puțin de 6 luni, simptomatologia fiind similară simptomatologiei din schizofrenie.

În tabloul clinic al **tulburării schizoafective**, în episodul schizodepresiv, sunt prezente idei delirante de autodevalorizare, nimicnicie, incapacitate, neajutorare, inutilitate, autoacuzare, nedemnitate (cu pierderea stimei de sine), gânduri recurente privind moartea și perspectiva suicidului ca mijloc de autopedeapsă, idei hipocondriace, idei dismorfobice și de transformare corporală (negare a unor părți ale corpului), iar pe plan comportamental, retragere sau izolare socială, comportamente autoagresive și suicidare [38]. În TDC, pacienții prezintă cogniții și comportamente similare consecutive convingerilor legate de „urâtenia corporală” și a sentimentului de rejeț, secundar „defectului fizic”.

2.3.2.4. Anorexia nervoasă

Anorexia nervoasă se caracterizează predominant prin preocuparea legată de obținerea și menținerea unei greutate corporale cât mai reduse și refuzul de a cântăra în greutate, printr-o imagine corporală perturbată și limitări dietetice drastice, autoimpuse, care duc de regulă la malnutriție severă [36]. În TDC preocuparea este în legătură cu un „defect fizic”, imaginar sau real, dar minor, uneori fiind centrat pe anumite zone ale corpului (abdomen, fese, coapse), dar fără a exista preocupare în legătură cu un anumit program ponderal.

În ambele cazuri pacienții dezvoltă comportamente compulsive, ritualuri. În TDC acestea au rol de reasigurare sau camuflare a „defectului” sau de obținere a confirmării existenței acestuia.

2.3.2.5. Tulburările de identitate sexuală

În această situație se descrie un „disconfort persistent cu propriul sex sau senzația de inadecvare în rolul de gen al propriului sex” [33, criteriul B]. De asemenea, tulburarea cauzează suferință semnificativ clinic sau alterări sociale, ocupaționale sau ale altor domenii importante ale funcționării [33, criteriul D]. În cazul TDC, sentimentul de disconfort/inadecvare este uneori în legătură cu forma/dimensiunea organelor sexuale, pacienții apelând la multiple intervenții chirurgicale, frecvent există detresă pe mai multe planuri funcționale, dar fără a exista identificarea trans-genitală și persistență [33] și condițiile descrise la criteriul B.

2.3.2.6. Tulburări de personalitate

Tulburarea de personalitate schizoidă. Pacienții cu această tulburare de personalitate sunt descriși ca fiind retrași din punct de vedere social, introverți, excentrici, resimțind un disconfort în relațiile cu alții [41], evită contactul vizual; bărbații rămân adesea burlaci, iar femeile pot să accepte pasiv căsătoria [36]. Pacienții cu TDC tind să devină sau chiar ajung retrași sau izolați din punct de vedere social, secundar convingerii că datorită „defectului” lor sunt rejețate de ceilalți sau pentru a evita expunerea „defectului” în viața lumii. Frecvent, sunt necăsătoriți, divorțați sau nu au fost niciodată implicați în relații intime.

Tulburarea de personalitate tip paranoid. Printre caracteristicile acestor pacienți se numără și procesomania ajungând în instanță cu medicii care i-au tratat. Pacienții cu TDC ajung în situații asemănătoare secundar nemulțumirii lor, în legătură cu aspectul fizic, cu rezultatul obținut postoperator care, din punctul lor de vedere, nu a ameliorat „defectul” fizic.

Tulburarea de personalitate tip schizotipal. Asemănarea dintre pacienții cu tulburare de personalitate schizotipală și cei cu TDC este prezența de „iluzii perceptuale neobișnuite, incluzând iluzii corporale” [33, criteriul A3] și „un *pattern* pervaziv de deficite sociale și interpersonale, marcat de disconfortul acut în și capacitate redusă pentru relații strânse, precum și de distorsiuni perceptuale sau cognitive și excentricități ale comportamentului, *pattern* care începe în perioada inițială a vieții adulte” [33, criteriul A].

Tulburare de personalitate tip histrionic. Asemănarea dintre pacienții cu tulburare de personalitate tip histrionic și pacienții cu TDC este preocuparea sau îngrijorarea pentru aspectul fizic, în cazul celor cu tulburare de personalitate fiind în legătură cu nevoia intensă de atenție, pe care încearcă să o capteze și prin prezența fizică sau vestimentatie, iar în cazul celor cu TDC există o categorie de pacienți care caută frecvent reasigurări în ceea ce privește „defectul” fizic.

Tulburare de personalitate tip narcisic. Acești pacienți prezintă o preocupare deosebită pentru frumusețe, iar pacienții cu TDC se caracterizează prin preocuparea excesivă pentru un „defect fizic”. De asemenea, primii prezintă „un *pattern* pervasiv de grandiozitate, nevoia de a fi admirat, lipsă de empatie” [33, criteriul A], în timp ce pacientul cu TDC se confruntă cu un important sentiment de inferioritate și judecăți negative despre sine.

Tulburare de personalitate tip evitant. La acești pacienți este caracteristic „un *pattern* pervasiv de inhibiție socială, sentimente de inadecvare și de hipersensitivitate la evaluare negativă” [33], evitarea activităților ocupaționale care implică contact interpersonal semnificativ, din cauza temerilor de critică, dezaprobare sau rejecție sau manifestări inere în cadrul relațiilor intime din cauza fricii de a nu fi făcut de rușine sau ridiculizat în relațiile interpersonale. Din cauza simțimentelor de inadecvare, se privește ca înăpt din punct de vedere social, neatrăgător din punct de vedere personal, sau inferior altora. Pacienții cu TDC prezintă aceleași caracteristici, acestea fiind secundare preocupării exagerate cu „defectul fizic”.

2.3.2.7. Tulburările anxioase

Anxietatea și fobia socială. Caracteristica acestei tulburări este frica irațională, intensă și persistentă de situații publice. În TDC, în cursul evoluției tulburării, pacienții dezvoltă progresiv o retragere, apoi izolare socială, anxietate și fobie socială, care nu este legată/determinată în mod primar de felul în care performează în public, ci de faptul că „urâtenia corporală” va fi observată de către ceilalți.

Agorafobia se caracterizează prin teama de a se găsi în spații deschise, în mulțimi, în afara locuinței, în locuri în care posibilitatea acordării ajutorului este dificilă. Agorafobicii pot deveni incapabili să își părăsească singuri locuința și să plece doar cu însoțitor. În cazul pacienților cu TDC, evitarea părăsirii locuinței sau părăsirea acesteia doar pe timp de noapte este secundară temerii și dorinței de a evita expunerea „defectului” fizic.

2.3.2.8. Tulburările somatoforme și hipocondria tranzitorie

Din grupul tulburărilor somatoforme specifice descrise în DSM-IV-TR [33] fac parte: tulburarea de somatizare, tulburarea de conversie, tulburarea algică, tulburarea dismorfică corporală, hipocondria și două categorii diagnostice reziduale, tulburarea somatoform nediferențiată și tulburarea somatoform nespecificată în alt mod.

Aceste tulburări se caracterizează prin simptome somatice ce sugerează o condiție medicală, dar care nu sunt explicate pe deplin de aceasta, de uzul de substanțe sau alte tulburări mentale. Simptomele sunt suficient de severe pentru a cauza o suferință semnificativă sau afectare funcțională.

Hipocondria/hipocondria tranzitorie: preocuparea cuiva că ar avea ori ideea că are o boală severă, bazată pe interpretarea eronată a simptomelor sau a funcțiilor corporale [33].

Tulburarea de somatizare (isterie, sindrom Briquet) este o tulburare polisimptomatică, cu debut înainte de vârsta de 30 de ani, care se întinde pe o perioadă de ani de zile și este o combinație între simptome algice, gastro-intestinale, sexuale și pseudoneurologice [33].

2.3.2.9. Sindroame culturale

Sindromul Koro – în sud-estul Asiei – caracterizat prin preocuparea că penisul se va micșora și se va retracta în abdomen, ducând la deces. În TDC, pacienții cu zălog de preocupare penisul sunt disconfortați de dimensiunile organului sexual, anxietatea este în legătură cu performanțele sexuale, iar tensiunea/anxietatea asociată nu se diminuează la asigurări de contrariu.

Sindromul Taijin-Kyofusho – Japonia – caracterizat prin anxietate, frică de rejecție, înroșirea ușoară, frică de contact vizual, preocupare cu mirosul corpului [36]. Pacienții cu TDC prezintă frecvent anxietate sau chiar fobie socială secundară convingerii în legătură cu „defectul” corporal care ar putea fi observat de către ceilalți, care apoi l-ar rejeta.

Sindromul Shinkeishitsu – Japonia – „este un sindrom cu obsesii, perfecționism, ambivalență, retragere socială, neurastenii și hipocondrie” [36]. Pacienții cu TDC prezintă gânduri recurente în legătură cu „urâtenia corporală”, cu o anumită zălog.

2.3.3. Tulburări non-psihiatrice

2.3.3.1. Neurologice

Tumorile de lob parietal. În cadrul manifestărilor paroxistice apar: tulburarea de schem corporal cu sentimentul absenței unei părți a corpului, halucinații elementare, iluzii de transformare corporală, iluzii de deplasare corporală, iluzia membrului fantomă (ex.: 3 brațe).

Tumorile de lob temporal. În cadrul tulburărilor psihice paroxistice se descrie criza uncinate – criză de epilepsie cu auri formată din halucinații olfactive și/sau gustative și/sau vizuale, rar auditive, tulburări de schem corporal cu pierderea conștienței, frecvent fără convulsii. În TDC, în afară de tulburarea de schem corporal, nu există celelalte simptome.

2.3.3.2. Dermatologice

Având în vedere că pacienții cu TDC reprezintă aproximativ 15% din pacienții ce apelează la intervenții dermato-cosmetologice, se impune un diagnostic diferențial în cazul unor boli/leziuni dermatologice ca: psoriazis, acnee rozacee/cheloidian / juvenilă, hemangioame, acrodermatită, alopecia areata, nevi pigmentari, eczeme, eritem, foliculite, ihtioze, keratoză pilară, lichen, melanoze, neurofibromatoză cu pete „café au lait”.

În cazul acestor boli, leziunile sunt prezente și preocuparea pentru prezența acestora nu ar trebui să producă detresă/disfuncționalitate, spre deosebire de pacienții cu TDC.

2.3.3.3. Boli endocrine

Unele boli sau sindroame endocrine, ca sindromul Cushing, sindromul de virilizare (caracterizat prin exces de testosteron) sau ovarul polichistic au în tabloul clinic hirsutism. În cazul pacienților cu TDC, în unele forme există o preocupare excesivă în legătură cu pilozitatea, deși aceasta este în limite normale, și preocuparea cauzează detresă/disfuncționalitate clinică pe mai multe planuri, iar pacienții apelează în repetate rânduri la proceduri cosmetologice de îndepărtare a acesteia, fără a fi satisfăcuți de rezultate.

2.3.3.4. Cicatrici/arsuri

Persoanele cu cicatrici posttraumatice, postchirurgicale sau postarsuri pot dezvolta TDC, în sensul că preocuparea cu aspectul datorat acestor cicatrici este excesivă, cauzând detresă/disfuncționalitate. Acești pacienți revin în repetate rânduri și pe perioadă lungă de timp pentru intervenții chirurgicale corectoare.

2.4. Tablou clinic

Conform DSM-IV-TR [33], criteriile obligatorii pentru un diagnostic pozitiv de TDC sunt următoarele:

Criteriul 1: Preocuparea pentru un presupus defect în aspect, iar dacă există o uoară anomalie fizică, preocuparea este net excesivă.

Criteriul 2: Preocuparea cauzează o deteriorare clinic importantă în plan social și/sau profesional.

Criteriul 3: Preocuparea nu poate fi mai bine explicată de o altă tulburare mentală, de exemplu insatisfacția în legătură cu conformația și dimensiunea corpului din anorexia nervoasă.

2.4.1. Criteriul 1: Preocuparea pentru un presupus defect în aspect, iar dacă există și o ușoară anomalie fizică, preocuparea este net excesivă.

2.4.1.1. Gândirea în tulburarea dismorfică corporală

Indivizii cu TDC sunt obsedați de ideea că ceva nu este în regulă cu aspectul lor, chiar dacă defectul este minimal sau inexistent [42]. Pacienții sunt preocupați de „defecte” corporale pe care alții nu le percep, preocuparea lor neavând sens pentru ceilalți. Pacienții cu TDC se percep și se descriu ca fiind neatractivi, urâți, hidoși, ocași, monstruoși, respingători.

Oricare segment/arie a corpului sau întregul corp poate deveniintă preocupării. În continuare voi enumera părțile corporale care sunt cel mai des percepute ca problematice:

1. Capul: formă (prea oval sau prea rotund), dimensiune (prea mare sau prea mic) sau doar anumite aspecte, ca:
 - Tenul, care este fie prea palid sau prea roșu, prea lucios sau prea mat; pete hipo- sau hiperchrome, hipo- sau hipereritematoase; mici cicatrici; supra- sau subdenivelări ale pielii; acnee de minimă intensitate; pori dilatați;
 - Nasul – forma (borc nat, ascuțit, acvilin, turtit, prea mare, prea mic, proeminent, strâmb) și caracteristicile pielii nazale (prea lucioasă);
 - Bărbia - prea rotundă, ascuțită, proeminentă sau micrognathie;
 - Pomeții – cizuiți;
 - Ochii – prea mici, privire tristă (depresivă), privire strabică;
 - Pleoapele – ptoz palpebral;
 - Riduri de expresie – prea accentuate;
 - Sprâncenele – prea arcuite, prea drepte, prea subiri, prea stufoase, rare;
 - Buzele – prea subiri;
 - Piloziitate facială excesivă;
 - Părul capilar – prea creț sau prea drept, dezordonat, prea gras, prea uscat, fără luciu; pierderea părului – alopecie sau calvitate;
2. Toracele: conformația (prea îngustă); sâni (prea mici); forma (ptoz);
3. Abdomenul: dimensiunea/forma/tonicitatea musculaturii peretelui abdominal (supradimensionat); hipotonia musculaturii abdominale;

4. Talia: supradimensionat ;
5. Fesele: supradimensionate sau hipotone sau diforme;
6. Coapse și gambe: hipotonia; subdimensionate sau supradimensionate;
7. Organe genitale: penis – subdimensionat; labii – supradimensionate;
8. Musculatura corporală : în general sau anumite segmente ale corpului (brațe, pectorali) – subdimensionate (complex Adonis);
9. Mâna sau degetele - formă și dimensiune (prea mari, prea lungi, prea groase).

Indivizii cu TDC pot fi preocupați de oricare parte a corpului, de una sau mai multe părți simultan sau secvențial și pot dezvolta un set nelimitat de comportamente secundare. Cel mai frecvent, indivizii cu TDC sunt preocupați concomitent de mai multe părți ale corpului, în medie trei sau patru [43]. Conform acestui studiu au reieșit următoarele: aproximativ 30% dintre pacienți sunt preocupați de o singură arie/un singur segment corporal; circa 40% dintre pacienți sunt preocupați de o parte a corpului, ulterior dezvoltând preocupări pentru noi părți, în timp ce preocuparea inițială persistă; aproximativ 30% prezintă un *pattern* secvențial al preocupărilor, în sensul că atunci când dispare o preocupare se dezvoltă o nouă preocupare.

Chiar dacă experiența fiecăruia este unică, anumite *pattern*-uri sunt evidente. Pielea (tenul), părul și nasul sunt cele mai frecvente zone întinse de preocupare. Statistica în ceea ce privește preocuparea pentru anumite segmente (sâni, organe genitale) este eronată, în sensul minimalizării, motivul fiind jena de a vorbi despre aceste zone corporale.

Din cercetările lui K. Phillips [44] reiese că cel mai frecvent segment întins al preocupărilor îl reprezintă pielea (tenul). Pentru două treimi din cei cu preocupare pentru piele, aceasta este în legătură cu acneea sau cicatricile, pentru o treime în legătură cu petele ale pielii, iar pentru o parte în legătură cu culoarea pielii (tipic roșeața sau paloarea). Orice aspect al pielii poate deveni întinse preocupării: porii prea deschiși, vascularizația superficială (venectaziile, capilarele), riduri de expresie pe care le considerăm semne ale îmbătrânirii.

Părul este un alt segment întins foarte frecvent, aspecte ca cele ce urmează fiind considerate defectuoase: subierea părului, lipsa luciului, caracteristici structurale ale firului de păr (prea creț sau prea drept), aspectul dezordonat și pierderea (alopecia sau calviția) și pilozitatea corporală sau facială excesivă. Sexul masculin este mai frecvent preocupat de subierea și pierderea părului și aspectul bărbii percepute ca prea rar, prea deschis la culoare, excesiv.

Nasul este, în ordinea frecvenței preocupărilor, al treilea organ întins. Aproximativ 60% din cei cu preocupare pentru nas consideră că acesta este prea lat. Peste 25% din aceștia consideră nasul ca fiind borbocat, prea lung sau greșit dimensionat. Mai puțin frecvenți în special după

rinoplastie, nasul este perceput ca prea mic sau fragil. Indivizii cu preocupare excesivă pentru nas sunt predispuși să apeleze la rinoplastie (repetat).

Unii dintre pacienții cu TDC pot fi preocupați de arii corporale mai extinse. Frecvent, bărbații cu acest diagnostic sunt preocupați cu constituția corporală sau a musculaturii, considerându-se subdezvoltați din punct de vedere statural sau inadecvați din punct de vedere al musculaturii. Acest ultim aspect se constituie în dismorfie musculară, alte denumiri folosite fiind: „reversul anorexiei”, „bigorexia nervosa” sau „complexul Adonis”. Ca subtip al TDC, dismorfia musculară se caracterizează ca preocupare excesivă cu dezvoltarea staturală și musculară. Pacienții cu acest subtip de tulburare au gânduri obsesive în legătură cu musculatura corporală, în sensul subdezvoltării, simindu-se fragili și slabi. În scopul de a diminua gândurile obsesive și anxietatea secundară, aceștia se angajează în comportamente compulsive, destinate creșterii masei musculare. Comportamentele caracteristice sunt: ridicarea de greutăți (haltere), recurgerea la suplimente dietetice sau produse anabolizante steroidiene.

Aproximativ 22% dintre pacienții cu TDC sunt preocupați de greutate, femeile fiind predominant preocupate de aspectul supraponderalității sau supradimensionării.

O parte dintre pacienții cu TDC vor să arate „perfect”, majoritatea dorind să arate „normal”, obsesia lor fiind să scape de acel „defect”, să fie acceptabili. Unele persoane cu acest diagnostic afirmă despre aspectul lor la modul general că este urât, neatractiv, anormal, sau îl caracterizează prin atribute ca: urât, greșit, deformat, monstruos, se autodescriu ca Frankenstein sau se aseamănă cu o figură diformă din picturile lui Salvador Dalí [44]. O parte dintre pacienții cu TDC fac o legătură între „defectul” lor și alte caracteristici cu conotație negativă: îmbătrânirea, lipsa feminității sau masculinității.

Preocuparea pentru evoluția în timp a „defectului” este, de asemenea, un aspect important, pacienții fiind preocupați pe măsură ce trece timpul de faptul că acesta va deveni și mai urât.

Aspectul simetriei corporale este frecvent o temă de preocupare, apărând la o treime dintre pacienți. În acest caz, preocuparea poate fi în legătură cu întregul corp sau cu anumite segmente, ca de exemplu: sâni, păr, nas, sprâncene, pistrui, structura osoasă.

Alți pacienți diagnosticați cu TDC sunt preocupați cu expresia feței, care este percepută ca inadecvată sau ca având aspect depresiv sau privire străbucă.

Aproximativ 15% din indivizii cu această tulburare sunt preocupați de faptul că, datorită „defectului”, anumite părți ale corpului nu funcționează adecvat. Exemple: datorită dimensiunii greșite a buzelor este afectată dicția sau vorbirea, datorită faptului că picioarele sunt prea slabe, mersul este incorect sau anormal, pentru că nasul este prea mic sau fragil, există riscul de a se rupe.

Un alt aspect ce apare la indivizii cu această tulburare este considerentul că presupusul defect este datorat unei alte afecțiuni medicale. Exemple: hipotrofia membrelor inferioare fiind datorat sclerozei multiple, aspectul îngust al umerilor și toracelui datorându-se unui proces neoplazic, căderea și subierea părului fiind în contextul unei patologii de tipul hipotiroidismului.

K. Phillips [44] a descris „tulburarea dismorfică corporală de proximitate”, în care indivizii nu sunt preocupați de propriul lor aspect/„defect”, ci de aspectul altora. Exemplu: un părinte avea obsesia pentru urechile decolate ale copilului său, insistând să fie operat, în timp ce acesta nu era deranjat de acest aspect, mai mulți chirurghi esteticieni refuzând să execute intervenția chirurgicală [44].

Aproximativ 25% din cei cu TDC prezintă și descriu senzație de tip tactil la nivelul segmentului corporal întreg al preocupării. Exemple: prurit în zona cu „modificări” la nivelul vascularizației superficiale a pielii, senzație de „strângere” în zonele cu acnee, senzație de prea mult aer/rece în zonele cu calvitate sau alopecie. Această senzație perceptuală are rolul de a readuce în minte prezența „defectului” [44].

Pacienții cu TDC presupun că „defectul” fizic este cel mai evident și determinant pentru aspectul lor, majoritatea considerându-se neatractivi în totalitate. Frecvent, atenția lor nu este concentrată pe aspecte de interes pentru majoritatea oamenilor, ci pe anumite aspecte (minore sau inexistente). Acești indivizi nu au doar gânduri ocazionale despre „defect”, ei sunt preocupați de acesta, se gândesc excesiv la „problema” aspectului lor, pentru cei mai mulți fiind dificil să nu se gândească la acel „defect”, acest aspect exemplificându-se în afirmații ca: „Este permanent în mintea mea...”, „Este o a doua realitate permanent prezent”, „Sunt obsedat...” [44].

Conform definiției, „defectul” este imaginar sau minor. Unii dintre pacienții cu TDC sunt preocupați de un „defect” pe care ceilalți nu îl percep. Alții au un defect precum: acneea ușoară, o mică cicatrice etc., dar care este minor. Conform unui studiu al lui K. Phillips (44), o treime dintre cei cu TDC prezintă un defect minor, iar două treimi au un aspect normal.

Cei mai mulți dintre pacienții diagnosticați se gândesc activ la „defectul” lor minim o oră pe zi. În două studii pe loturi de 300, respectiv 200 de pacienți diagnosticați, K. Phillips a constatat următoarele [44]: 1/3 se gândesc la defect 1-3 ore/zi; 40% se gândesc la defect 3-8 ore/zi; 1/4 se gândesc la defect peste 8 ore/zi; 10% se gândesc la defect sub 1 oră/zi.

În cazurile severe, preocuparea pentru „defect” are loc pe toată durata unei zile, în fiecare zi, pentru aceștia fiind dificil sau imposibil concentrarea atenției pe oricare altă activitate („Tulburarea este ca o umbră, este permanent cu mine. Nu pot scăpa de ea.”; „Chiar dacă mă concentrez la alte activități, ea este permanent acolo, este ca un radio.” [44, p. 69]).

Majoritatea pacienților cu dismorfie corporală conștientizează că petrec timp excesiv gândindu-se la aspectul lor, un alt segment de pacienți nu au această conștientizare, gândurile fiind parte din ei, din viața lor. Conținutul acestor gânduri se referă la imaginea lor ca având acel „defect”, la „defect” *per se* sau la impactul pe care îl are aspectul lor asupra percepției celorlalți.

Un alt motiv pentru care preocuparea ocupă atât de mult timp este dificultatea de a rezista și de a controla aceste gânduri. O parte dintre pacienți încearcă să le reziste. O altă categorie de experimențează preocuparea ca fiind atât de puternică, încât renunță la rezistență sau control. Din studiile lui K. Phillips [44] pe mai multe loturi de pacienți s-au relevat următoarele: ¼ încearcă să se opună constant la a se gândi la defect; ¼ fac un efort minim de a rezista; ¼ fac foarte rar un efort; 15% nu fac niciun efort.

Gradul de rezistență fluctuează de-a lungul timpului. Cea mai mare parte dintre pacienții diagnosticați au un grad foarte limitat de control asupra gândurilor; practic, anterior tratamentului nici un pacient nu a afirmat că deține un bun control asupra gândurilor. Aceasta este una dintre caracteristicile esențiale ale TDC, constituind nucleul de bază al tulburării.

Modul în care descriu suferința lor poate fi uneori melodramatic, uneori sunt ezitanți sau jenăți în a vorbi despre problema lor, despre trăirile lor emoționale, în anumite situații chiar scuzându-se pentru acestea, considerându-se egoiști sau „nebuni” pentru că au aceste preocupări. Suferința și gradul impactului în plan emoțional este variabil, astfel încât pacienții afirmă că preocuparea le cauzează o suferință ușoară (6%), medie (40%), severă (44%), extremă și dizabilitantă (10%) [44].

Suferința pacienților cu TDC este cauzată de următoarele aspecte: prezența gândurilor pentru un timp prea îndelungat; capacitatea redusă sau incapacitatea de a controla gândurile; conținutul negativ al gândurilor; aspectul legat de imposibilitatea de a aduce o îmbunătățire a „defectului”, de aici sentimentul de neputință și disperare; trăirile de tipul inadecvării, jenei, umilinței, rușinii, stima de sine scăzută, teama de rejecție din partea celorlalți, teama de a fi etichetați în mod negativ; credința că sunt egoiști sau vanitoși pentru că au aceste preocupări pe care le consideră „triviale”, imorale [44].

Aceasta din urmă este „dubla pedeapsă” pentru cei cu dismorfie corporală pentru care simptomatologia caracteristică tulburării este generatoare de suferință, în mod adițional aceștia blamându-se că au această preocupare. O parte dintre pacienți nu consideră preocuparea lor ca fiind trivială, ci justificată.

O altă categorie de pacienți se autoacuză pentru faptul că nu sunt în stare să remedieze „defectul” prin mijloace ca diete, exerciții fizice excesive etc. Alții se consideră răspunzători pentru apariția/crearea „defectului”.

Ruinea este, de asemenea, una dintre caracteristicile importante ale tulburării dismorfice corporale. Pierre Janet a folosit termenul de „obsesia pentru ruinea corporală” [apud Phillips, 44]. Impresia că nu sunt atractivi și că sunt neatractivi și defectuoși generează o părere negativă despre propria persoană și o stimă de sine scăzută.

Un alt tip de gânduri frecvent la pacienții cu TDC îl constituie ideile senzitiv-relaționale. Impresia, uneori convingerea lor este că ceilalți stăruie cu privirea asupra „defectului”, fixează în mod special „defectul”, vorbesc despre „defectul/aspectul lor defectuos”, îi iau în derâdere. Din studiile efectuate de K. Phillips și colaboratorii [27] reiese că aproximativ 60% din pacienți au idei senzitiv-relaționale prevalente, iar la aproximativ 40% aceste idei au intensitate delirantă. Pacienții atribuie sau proiectează în ceilalți părerea lor despre propria persoană. Frecvent după instituirea tratamentului psihotrop au capacitatea de a lua în considerare părerea celorlalți. O parte dintre pacienți descriu următorul proces denumit „dubla capcană” [44]: dacă ceilalți îi privesc, este pentru că au acel „defect”, iar dacă nu îi privesc, este pentru că au „defectul” și sunt urâți, respingători.

2.4.1.2. Insight-ul în tulburarea dismorfică corporală

În general, pacienții cu TDC nu conștientizează că percepția lor asupra propriului aspect este diferită de percepția celorlalți. Unii cred că părerea lor este realistă, în timp ce alții sunt convinși de acuratețea gândirii lor. Pacienții din prima categorie au o gândire de tipul supraevaluării, având un *insight* redus, în timp ce pentru cea de-a doua categorie *insight*-ul nu există. Aceștia din urmă încearcă uneori să îi convingă pe ceilalți de preocuparea/problema lor. Explicarea acestor aspecte ar fi, pe de o parte, faptul că acești pacienți se percep (se văd) diferit de alte persoane, iar pe de altă parte faptul că percepția lor este la fel cu a celorlalți, dar că ei prelucrează informația diferit, având un standard foarte ridicat. O altă variantă explicativă ar fi că se concentrează excesiv pe un defect minimal, iar prin generalizare extind efectul „defectului” la întreaga înfățișare.

În concluzie, gradul *insight*-ului în TDC variază pe o scară de la un *insight* bun la absența *insight*-ului. Date statistice referitoare la gradul *insight*-ului relev următoarele [45]: *insight* foarte bun, complet (1%), bun (3%), mediu (12%), redus (31%), absent (53%). Gradul *insight*-ului scade atunci când cei cu TDC se află în prezența altor persoane, în situații de expunere. După instituirea și eficientizarea tratamentului, *insight*-ul se îmbunătățește.

2.4.1.3. Comportamente specifice în tulburarea dismorfică corporală

Motivele pentru care dezvolt anumite comportamente sunt variate și anume: examinarea, ascunderea, îmbunătățirea „defectului”, (re)asigurarea că nu arată foarte rău. Enumerăm în continuare comportamentele practicate și frecvența acestora [46]:

- Camuflarea: 91% din pacienți, dintre care 65% printr-o anumită postură sau poziție corporală, 63% prin haine, 55% prin machiaj, 49% prin folosirea mâinii, 49% folosind pălăria, 30% folosind plajă;
- Compararea cu ceilalți: 88% din pacienți;
- Verificarea aspectului în oglindă sau în alte suprafețe reflectorizante: 87%;
- Apelarea la servicii de chirurgie estetică, servicii medicale și dermatologice: 72%;
- Ornare excesivă (machieaj, bărbierit excesiv, epilat excesiv, tapajul părului etc): 60%;
- Cererea de reasigurare repetată sau încercarea de convingere a celorlalți: 55%;
- Atingerea zonei cu defect: 50%;
- Schimbarea în mod repetitiv a vestimentației în scopul minimalizării/ascunderii defectului: 45%;
- Diete: 40%;
- Manevre de expunere a imperfecțiunilor pielii: 40%;
- Evitarea oglinzilor: 25%;
- Sport/exerciții fizice în exces: 21%;
- Ridicarea de greutăți (haltere): 20%.

În medie, pacienții cu TDC manifestă un număr de 6 comportamente, putând ajunge și la 13 dintre tehnicile enumerate mai sus. Aceste comportamente sunt în mod tipic repetitive, uneori pentru că indivizii au o îndoielă legată de aspectul lor, alteori pentru că nu sunt satisfăcuți de ceea ce văd sau de ceea ce au făcut în prealabil ori pentru a preveni o „catastrofă” (posibilitatea ca defectul să fie observat de ceilalți). Aceste comportamente pot fi încadrate în categoria de „comportamente securizante” [44], pacienții acordă mult timp acestor activități, astfel [44]: 1 oră/zi (10%), 1-3 ore/zi (40%), 3-8 ore/zi (40%), peste 8 ore/zi (10%).

În general, există o presiune semnificativă pentru a executa aceste comportamente, pacienților le este foarte dificil să se opună trecerii la act sau să le controleze. O parte din pacienți încearcă să reziste acestor activități, alții nu rezistă la trecerea la act, iar pentru alții actele sunt „automate”, pentru un procent foarte mic existând un control complet. Privitor la aspectul opunerii/rezistenței la actare, studiile relevă următoarele date [44]: 2% din pacienți încearcă tot timpul să se opună, 14% din pacienți încearcă să reziste de cele mai multe ori, 27% din pacienți încearcă uneori, 29% din pacienți încearcă rar să reziste; 29% din pacienți nu încearcă niciodată.

În privința controlului asupra comportamentelor, statistic se evidențiază următoarele [44]: control complet (1%), control semnificativ (5%), control mediu (23%), control minim (44%), niciun control (27%).

Gradul de opoziție la/control al comportamentelor variază în funcție de tipul de comportament, de exemplu: în cazul nevoii imperioase de a cere confirmări, de teamă ceilalți i-ar considera vanități sau ciudași, ei renunță la a cere reasigurări. Cei care folosesc camuflarea însăși, nu reușesc să se opună de obicei, pentru că această manevră nu necesită foarte mult timp sau prezența unei alte persoane sau pentru că uneori este executată odată pe zi (înainte de a pleca din cas). În cazul verificării în oglinzi/suprafețe reflectorizante sau în cazul manevrelor de expunere a imperfecțiunilor pielii, gradul de disconfort se accentuează, acest aspect fiind astfel un motiv de a rezista sau controla comportamentul.

Comportamentele sunt precedate de gânduri de tipul: „Cum arată defectul?”, „Cum arată? Arată bine? Arată rău?”, „, tui că arată groaznic și trebuie să fac ceva pentru a îmbunătăți aspectul” [44, p. 87]. Stări de teamă, îngrijorare, tensiune intrapsihică cresc nevoia de a trece la act. În cazul în care nu trec la act, starea de tensiune internă se accentuează variabil, astfel încât: 26% resimt extrem tensiunea, 39% resimt foarte accentuată această tensiune, 24% o resimt moderată, 9% o resimt ușor, iar 2% nu resimt deloc tensiunea [44].

Uneori „comportamentele de securizare” reduc tensiunea internă și anxietatea, atunci când consider că arată mai puțin rău decât de obicei sau că aspectul nu este mai rău decât se așteptau. În general însăși, după verificare, anxietatea și tensiunea internă se accentuează, ei constatând că arată rău, mai rău decât se așteptau sau „așa cum le era teamă că arată”. O parte din pacienți se simt mai puțin tensionați dacă se examinează într-o lumină adecvată sau într-o oglindă bună.

Pentru o parte semnificativă dintre pacienții cu TDC, comportamentul în sine este problemă majoră, 75% afirmând că aceste comportamente au un grad variabil de impact asupra diferitelor planuri de funcționare, după cum urmează [44]: 5% niciun impact, 20% un impact ușor, 50% impact mediu, 25% impact sever/dizabilant.

Verificarea în oglindă este comportamentul prototip pentru TDC, fiind prezent la peste 90% dintre pacienți [44]. Pacienții dezvoltă o relație specială și chinuitoare cu oglinzile, oglinda fiind în același timp cea mai mare speranță (că arată bine) și cea mai mare teamă (că defectul există și că arată rău).

Un alt segment de pacienți procedează la evitarea oglinzilor, în scopul de a se proteja de dezamăgire, anxietate sau de frustrarea secundară aspectului.

În funcție de cum percep ceea ce văd în oglindă, starea de confort se accentuează sau se diminuează. Dacă imaginea reflectată este acceptabilă, apare o relativă ușurare cu caracter

temporar, îndoielile revenind după o perioadă de timp variabil, fiind însoțite de nevoia de a verifica din nou.

Cel mai frecvent, oglinda le confirmă teama cea mai mare, și anume că sunt urâți sau hideți, că defectul există, iar disconfortul se accentuează.

Într-un studiu comparativ între pacienții cu dismorfie și populația generală [44] s-a constatat că cei din prima categorie petrec mai mult timp în fața oglinzii, că actul de oglindire este determinat de speranța că aspectul lor va fi mai adecvat, de dorința de a fi exact cum arată, de credința că dacă nu verifică aspectul se vor simți mai rău, de dorința de a se camufla. Acești pacienți au tendința de a se concentra pe anumite părți ale corpului, de a exercita cea mai avantajoasă poziție, de a executa o „operație chirurgicală mentală” pentru a schimba/îmbunătăți imaginea corporală. Un alt aspect relevat de studiu a fost frecvența crescută a comportamentului de oglindire în alte suprafețe reflectorizante (ecrane TV, vitrine etc.) și acela legat de distanța foarte mică față de oglindă.

Verificarea în oglindă la cei diagnosticați cu dismorfie are, uneori, un caracter compulsiv, fiind ceva ce trebuie făcut, ceva imperios necesar sau de act automat, executat fără o etapă de deliberare prealabilă. Prin oglindire, indivizii cu TDC examinează presupusul defect, observă detalii, încearcă să-l fixeze. Frecvent se examinează din unghiuri și lumini diferite.

O parte dintre pacienți nu are nevoie pentru examinare de oglinzi sau suprafețe reflectorizante, ci face aceasta prin a se privi direct sau utilizând fotografiile sau înregistrările cu ei înșiși.

Acest comportament este consumator de timp, în cazuri severe de tulburare ei rămânând blocați în fața oglinzii pentru a repara „defectul” sau pentru că li se confirmă „urâtenia”. În funcție de cantitatea de timp consumată de comportament și de frecvența acestuia, timpul necesar altor activități este afectat, comportamentul ajungând să interfereze cu planurile de funcționare. Ocazional, verificatul în oglindă poate declanșa tentative de suicid, gesturi de automutilare, crize clastice, pentru că ceea ce văd este insuportabil și imposibil de reparat.

Ornarea excesivă se manifestă prin manevre ca: taparea, pieptănarea, tunderea, spălarea, coafarea, pensarea excesivă a părului. Aproximativ 60% din pacienții cu TDC practică ornarea excesivă, frecvent în fața oglinzii, în diferite locuri. Unii o fac doar o dată pe zi, înainte de pleca din cas, iar alții, de mai multe ori decât plănuiau să-o facă.

O parte dintre pacienți practică tunderea părului în repetate rânduri, uneori în decursul aceleiași zile, încercând să-l anuleze cu totul, să-i găsească o formă adecvată. Unii duc foarfecele cu ei oriunde ar merge, tunzându-și frenetic părul ca act compulsiv.

În cazul categoriei de pacienți preocupați cu pilozitatea excesivă, foarte mult timp este consumat pentru a scăpa de păr, în acest scop recurgând la pensare, bărbierit (uneori de câteva ori în aceeași zi), electroliză.

O altă variantă de ornare excesivă se manifestă prin machiaj excesiv și repetat de câteva ori de-a lungul unei zile sau prin ritualuri ca: spalatul pe față de un anumit număr de ori într-o zi sau o anumită perioadă de timp la fiecare spălat; alții folosesc doar anumite produse cosmetice (șpunuri, ampoane, loțiuni etc).

Uneori, în urma acestor comportamente au impresia că și-au îmbunătățit aspectul. În alte situații, acești pacienți ajung să evite călătoriile sau vizitele din pricina dificultății de a-și duce cu sine accesoriile necesare ornării sau din cauza dificultății de a-și executa în mod nestingherit ritualurile ori pentru că devin incomozi pentru ceilalți.

Camuflarea. 91% din pacienții cu TDC practică comportamentul de camuflare, prin acesta în elegându-se anumite manevre de minimalizare/anulare/ascundere a „defectului”. Metodele folosite pentru acesta sunt foarte variate, cele mai frecvente fiind: soluții de bronzat, plajării, anumite haine, machiaj, peruci, anumite posturi/poziții corporale, anumite tehnici de distragere a atenției de la „defect”.

Soluțiile de bronzat sunt folosite pentru a bronză sau închide culoarea unei piele considerate prea deschise/prea palide, sau de „a trata” prin uscare acneea. O altă metodă folosită este bronzatul artificial, uneori prin exces dobândind arsuri. Alte complicații posibile în urma acestui comportament sunt: depigmentarea permanentă sau distrugerea ireversibilă a pielii, îmbătrânirea precoce, cancerul de piele.

Hainele sunt, de asemenea, folosite pentru camuflare de către o mare parte dintre pacienții cu dismorfie, preocupat de zonele corporale precum: coapse, membre inferioare, fese, torace, șani, talie, umeri, genunchi. Aceste zone sunt percepute ca diforme, în sensul supra-/subdimensionării, hipotone. O parte dintre pacienți obișnuiește să schimbe mai multe toalete vestimentare sau are dificultăți în achiziționarea de haine avantajoase pentru camuflare.

Altă variantă de camuflare este **folosirea anumitor segmente corporale** pentru a masca presupusul defect. Exemple în acest sens: taparea/retaparea părului în zonele în care acesta este „subțiat”, purtarea bărbierii sau a mustății pentru a masca un „defect” al buzelor sau o cicatrice.

Mâna sau o anumită postură poate fi folosită pentru a camufla zona „defectuoasă”.

Alte metode de camuflare sunt: machiajul, ochelarii de soare, plajările, geamurile fumurii la mașină, lumina redusă, evitarea așezării lângă geam sau în lumină puternică.

Comportamentele de camuflare au intenția de a diminua anxietatea/stresul emoțional, ca atare, fac parte din acele „comportamente de securizare”. Dezavantajul este că unele sunt mari

consumatoare de timp, pot fi costisitoare sau pot avea efecte grave asupra stării generale de sănătate.

Expunerea imperfectiunilor pielii/tenului este un comportament practicat de peste 1/3 din cei cu TDC. Cei care manifestă acest comportament sunt preocupați de o acnee minimală, de cicatrici, pori dilatați, puncte negre (comedoane), pete hipo- sau hiperpigmentate, sub/supradenivelări ale tenului. Scopul acestor comportamente este de a îmbunătăți aspectul pielii. Manevrelor practicate constă în: a curăța pielea, a o netezi, a elimina conținutul din acnee sau comedoane, a elimina „impuritățile pielii”.

Acest ritual practicat mai multe ore pe zi poate aduce injurii grave zonei de preocupare. În anumite situații de TDC sever, pacienții practicanți ai acestui comportament au ajuns în serviciul de urgență chirurgical pentru cazuri de perforare a nasului, secționarea carotidei [44].

Un aspect important este că, deși aceștia își autoproduc uneori vătămări prin practica acestui comportament, intenția lor nu este de a se automutila, ci de a-și îmbunătăți aspectul. Totuși, în anumite cazuri, acest comportament de expunere a imperfectiunilor pielii capătă un aspect compulsiv, determinând variate tipuri de traumatisme. Comportamentul *per se* este problematic din punct de vedere al urmărilor: cicatrici, posibile infecții/suprainfecții locale.

O parte dintre pacienți se simt rușinați pentru că practic aceste comportamente, astfel evitând să vorbească despre ele, iar o altă parte vorbește deschis despre această problemă.

Frecvent, pacienții care practic aceste comportamente dezvoltă un cerc vicios, și anume: un defect minim care „se cere” corectat, în urma manevrelor de corectare rezultă un nou „defect” care la rândul său „trebuie corectat”. Nu arareori efectele acestor manevre de expunere sunt foarte vizibile. Aproximativ 2/3 din cei ce manifestă aceste comportamente apelează la tratamente dermatologice, iar în unele situații necesită tratament dermatologic. Comportamentul de expunere a imperfectiunilor pielii este consumator de timp, dureros și generator de variate injurii.

Cererea de reasigurări. Aproximativ 50% din cei cu TDC pun întrebări repetitive în legătură cu aspectul lor, de exemplu: „Cum ar fi?”, „Ar fi bine?”, „Este vizibil defectul?” etc. [44]. Scopul acestor comportamente este de a diminua anxietatea și de a se reasigura că presupusul defect nu este sesizabil în măsura în care le era teamă.

O parte din acest segment de pacienți încearcă să își convingă pe ceilalți de realismul/autenticitatea urânelor lor. Pentru aceasta folosesc fotografiile cu ei înșiși sau compararea cu alte persoane, pentru a-i convinge pe ceilalți cât de mult s-au schimbat și cât de rușinat sunt. O altă variantă practicată este aceea de a cere soluții pentru a-și îmbunătăți aspectul/„defectul”.

În general, cererile de asigurare/reasigurare sunt adresate membrilor familiei și celor apropiați. Există, însă, și pacienți care întreabă sau cer sfaturi medicilor și chiar persoanelor necunoscute. Uneori, de teama de a fi etichetat ca vanitos sau ciudat, optează pentru un mod indirect de a întreba sau a cere informații în legătură cu „defectul”.

Prin faptul că necesită prezența unei alte persoane și prin aspectul repetitiv și consumator de timp, acest comportament interferează cu planul relațiilor interpersonale sau intime, ducând la deteriorarea acestora.

Dacă celălalt persoană optează pentru a infirma prezența „defectului”, în general apare o detensionare ușoară și temporară, pentru că dubiile despre „defect” reapără și necesită o nouă verificare, reconfirmare. Uneori acești pacienți cred sau sunt convinși că celălalt minte. Dacă celălalt optează pentru a confirma prezența și severitatea defectului (frecvent fiind agasat) efectul este dublu: există în sfârșit cineva care spune/confirmă adevărul, iar pe de altă parte cea mai mare teamă li s-a confirmat [44].

Compararea. Peste 90% din pacienții cu TDC practică acest comportament, fiind considerat cel mai frecvent dintre comportamentele caracteristice acestei tulburări. În general, în urma acestui comportament starea de disconfort a pacienților se accentuează, mult mai rar se ameliorează. Frecvent se compară cu persoane publice (cunoscute din mass-media).

Acest comportament este consumator de timp, îngreunează sau împiedică concentrarea/menținerea atenției pe un alt obiectiv.

În situațiile în care identifică la o altă persoană același „defect”, celelalte persoane îi găsesc și un aspect pozitiv pe care ei înșiși nu îl au, astfel simindu-se și mai deznădăjduți, reîntreându-și credința despre sine.

Apelarea la serviciile de medicină generală/dermatologice/chirurgică-estetică. Consulturile medicale pot avea motive variabile: pentru diagnosticarea „defectului”, efectuarea diferitelor investigații în scopul identificării cauzei problemei, obținerea de reasigurări, în sensul existenței și gravității „defectului”, pentru a primi tratament medical.

Dieta. Este un comportament frecvent în rândul pacienților cu TDC. Motivele acestui comportament sunt variabile: aplatizarea unui abdomen proeminent, subțierea coapselor sau taliei, „curățarea tenului”.

Unii recurg la diete selective: alimentatie desodată pentru a evita retenția hidrică (cei preocupați cu pleoapele cu aspect edematos, preocuparea cu transpirația la nivelul feței, preocuparea cu abdomenul destins prin flatulență), alimentatie fără glucide (ciocolată) sau fără lipide (cei preocupați cu tenul seboreic sau acneic), iar alții apelează la suplimente nutritive.

Exerciții fizice în exces. Scopul acestor comportamente este de a-i aplatiza un abdomen „proeminent”, de a-i subia talia sau membrele inferioare „supradimensionate”, de a evita hipotonia musculară. Frecvent, pacienții practică *jogging*-ul, aerobicul, ridicarea de greutăți (haltere). Aceste comportamente sunt adesea duse la extrem, astfel încât întreaga activitatea a individului ajunge să fie guvernată de practica acestor comportamente. De obicei nu obțin ceea ce doresc, ci ajung să dezvolte o nouă preocupare excesivă pentru segmentul suprasolicitat.

Boala cu TDC preocupă și de statură subdimensionată, atât din punct de vedere al înălțimii, cât și al musculaturii, practică la modul exagerat ridicarea de greutăți (haltere). Secundar acestui comportament pot apărea injurii, ca: distrucții articulare sau osoase. În mod adițional aceștia recurg la consumul de anabolizante steroidiene ilegale și cu multiple și severe reacții adverse (boli cardiovasculare, cancer de prostată, creșterea agresivității și reacții violente secundare).

Msurarea. Acest comportament este o variantă de verificare sau/și reasigurare, de fiecare dată existând speranța că de „data aceasta” va fi mai bine, că dimensiunea/greutatea va fi acceptabilă. Este practicat de pacienții preocupați cu greutatea corporală sau cu mărimea unor anumite segmente corporale (ex.: penis, degete etc.).

Informarea. Frecvent și pe variate căi (internet, literatură de specialitate, cluburi/asociații, reviste etc.), pacienții cu TDC caută noi informații despre presupusul defect, despre cauza apariției, variante de tratament etc. În anumite situații acest comportament capătă caracter compulsiv.

Atingerea poate fi o modalitate de verificare/constatare a „defectului”, dar și o modalitate de a aranja presupusul defect. Frecvent este practicat de pacienții cu preocupare pentru propria față. De asemenea, este o manevră consumatoare de timp.

2.4.1.4. Spitalizarea

Pacienții cu TDC ajung să fie spitalizați din varii motive: tulburări depresive, tentative de suicid, accidente, manevre medicale/chirurgicale nereușite. Din studiile lui K. Phillips [44] au reieșit următoarele: 40% din pacienți au fost în medii psihiatrice; 26% din pacienți au fost spitalizați pentru TDC; 13% din pacienții internați în spitale de psihiatrie au diagnosticul de TDC.

2.4.1.5. Violenta, manifestată sub formă de crize clastice, heteroagresivitate verbală și fizică, autoagresiune, are la bază frustrarea de a arăta anormal, incapacitatea de a remedia „defectul”, lipsa de control asupra defectului, credința că ceilalți îi rejectează datorită aspectului lor sau ideile senzitiv-relaționale.

În comparație cu indivizii fără TDC (cu sau fără tulburări psihice), pacienții diagnosticați au un grad crescut de ostilitate.

2.4.1.6. Suicidul. Ideea de suicidare este prezentă la peste 80% din pacienții cu TDC, iar 25% din aceștia prezintă tentative de suicidare de-a lungul evoluției tulburării. Severitatea simptomatologiei este direct proporțională cu frecvența tentativelor de suicidare. După instituirea și eficientizarea tratamentului psihotrop și psihoterapic, ideea și tentativele de suicidare se reduc semnificativ.

2.4.2. Criteriul 2: Preocuparea cauzează o deteriorare clinic importantă în plan social sau profesional.

Impactul tulburării dismorfe corporale asupra funcționării individului variază între extreme: de la o funcționare bună la dizabilitate. Pentru cei mai mulți consecința se află între cele două extreme. Pentru aproximativ 99% dintre pacienții TDC apare o afectare a funcționării în plan social, interpersonal și/sau profesional. Pacienții afirmă că impactul este ușor (4%), mediu (29%), sever (39%), extrem/dizabilitant (28%) [47]. Un aspect important, relevat de mai multe studii este că aproximativ 88% din pacienți au prezentat pe parcursul evoluției tulburării perioade de izolare socială completă (nu au părăsit domiciliul câteva săptămâni) [47].

Acești pacienți se simt jenați și fie văzuți, nivelul anxietății accentuându-se în contexte sociale, ei apărând în general ca fiind tăcuți, retrași sau preocupați. Atenția le este concentrată pe aspect, fiindu-le dificil să se concentreze asupra activităților sociale.

Indivizii cu dismorfie corporală prezintă dificultăți în diferite arii de funcționare, precum: școală, serviciu, familie, relații de prietenie sau intime, frecvent ei neatribuind această dificultate tulburării dismorfe. În mod obișnuit evită activități ca: întâlniri cu colegi/prieteni, participarea la petreceri sau mersul la piscină/plajă, cumpărături.

Persoanele cu TDC obișnuiesc frecvent să întârzie sau să anuleze programări în ultimul moment (din pricina disconfortului secundar gândurilor și comportamentelor specifice tulburării). Partenerii sunt nedumeriți și frustrați de aceste atitudini, astfel relațiile interpersonale/intime sunt afectate sau chiar întrerupte. Ei își doresc să aibă relații, doar că datorită fricii de rejecție, rușinii și stimei de sine scăzute optează frecvent pentru a nu se angaja în relații.

Pacienții cu TDC ajung în situația de a abandona pregătirea profesională sau serviciul pentru că nu se pot concentra, că atare randamentul intelectual este diminuat, pentru că nu vor să fie văzuți, pentru că sunt depresivi. În unele cazuri de tulburare severă, pacienții experimentează situații/perioade în care nu își pot îndeplini obligațiile/rolurile gospodărești și parentale.

Conform mai multor studii, s-au constatat următoarele [47]:

- Din punct de vedere al **statutului ocupațional**, 34% sunt angajați cu normă întreagă, 12% sunt angajați cu jumătate de normă, 16% sunt studenți, 38% nu au serviciu.
- Din punct de vedere al **situației financiare**, 36% se autoîntrețin, 22% se autoîntrețin parțial, 30% sunt întreținuți de altcineva, 9% - dizabilitate prin TDC, 2% - o dizabilitate prin altă cauză.
- Din punct de vedere al **statutului marital**, 68% sunt celibatari, 20% sunt căsătoriți, 12%, divorțați.
- Din punct de vedere al **nivelului de colarizare**, 5%-liceu parțial, 15%-liceu absolvit, 34%-coală postliceală parțială, 23%-coală postliceală absolvită, 7%-studii superioare absolvite parțial, 10%-studii superioare absolvite.
- Din punct de vedere al **coabitării**, 43% locuiesc cu parteneri (sot/sotie, coleg de apartament), 33% locuiesc cu părinții, 20% locuiesc singuri, 4%-locuiesc protejate.

Majoritatea pacienților cu TDC au o stimă de sine scăzută, simptomatologie de serie depresivă și anxioasă în diferite grade de intensitate, acestea fiind secundare dismorfiei. Stima de sine este direct proporțională cu severitatea tulburării dismorfice și cu gradul depresiei, imaginea corporală având un rol important în stima de sine. Episoadele depresive sunt prezente la peste 94% din pacienții cu TDC, au caracter secundar, grade diferite de intensitate și durată.

Anxietatea la pacienții cu TDC are, de asemenea, caracter secundar, se manifestă ca anxietate generalizată, uneori ca atacuri de panică, altele ca anxietate/fobie socială.

Calitatea vieții la pacienții cu dismorfie are un grad foarte scăzut, printre cele mai scăzute grade în rândul pacienților cu tulburări mentale.

Din mai multe studii comparative efectuate pe pacienții cu TDC și pe populația generală s-a constatat că cei din prima categorie sunt, în general, nemulțumiți de rezultatele chirurgiei cosmetice, comparativ cu cei din a doua categorie, care în mod obișnuit sunt satisfăcuți postoperator [48]. Secundar intervenției chirurgicale, pacienții cu TDC, nesatisfăcuți fiind de rezultat, obișnuiesc să se autoacuze sau să-l blameze pe chirurgul în cauză. Mai rar devin violenți, heteroagresivi verbal și fizic, manifestând acte homicidare asupra chirurgului.

Uneori, postoperator simptomatologia caracteristică dismorfiei corporale se ameliorează, această ameliorare având caracter temporar sau preocuparea redirecționându-se spre o altă zonă corporală.

În unele cazuri severe de TDC, pacienții optează pentru varianta de a repara „defectul” pe cont propriu, „auto-operându-se” (ex.: corecția nasului/frunții prin tăiere). Uneori, din aceeași dorință de „a repara” presupusul defect, prin manevre excesive și inadecvate, pacienții își produc

diferite traumatisme. O altă categorie de pacienți recurge la a-și autoprovoca leziuni, fie din frustrare, fie din ură pentru propriul lor corp. Uneori, scopul acestor autoagresiuni este de a obține intervenția chirurgicală dorită pentru corecția „defectului”.

2.4.3. Criteriul 3: Preocuparea nu este explicată de o altă tulburare mentală, de exemplu insatisfacția în legătură cu conformația și dimensiunea corpului din anorexia nervoasă

În urma mai multor studii de specialitate s-a relevat faptul că cele mai frecvente comorbidități ale tulburării dismorfice corporale sunt cu: tulburările obsesiv-compulsive, tulburarea depresivă majoră, tulburările de instinct alimentar, tulburarea de panică, fobia socială, distimia, tulburările bipolare, anxietatea generalizată, sindromul Tourette, agorafobia.

Conform unui studiu realizat în scopul descrierii comorbidității în TDC [49], pe 293 de pacienți diagnosticați cu dismorfie corporală, a reieșit că cel mai frecvent această tulburare coexistă cu un număr de două tulburări de pe axa I a DSM-IV [26]. Depresia, TOC, fobia socială, tulburările adictive și tulburările de personalitate sunt cele mai frecvente comorbidități în TDC.

2.5. Comorbiditatea

2.5.1. Comorbiditatea cu tulburarea depresivă

Într-un studiu [50] pe un lot de 110 pacienți din mediul clinic, 60% din pacienții diagnosticați cu dismorfie corporală îndeplineau criteriile clinice pentru episodul depresiv major, iar 80% prezentau un grad crescut de risc pentru a dezvolta episoade depresive majore în timp, precum și risc suicidal semnificativ. Datorită frecvenței mari a comorbidității acestor două tulburări, prezența în primul plan a simptomatologiei depresive, cât și a obișnuitei dificultăți de expunere a preocupărilor specifice dismorfiei corporale, diagnosticarea tulburării dismorfice corporale este adesea omisă.

Cel mai frecvent, tulburarea depresivă este secundară TDC sau debutul este concomitent cu debutul dismorfiei corporale [45, 49]. În doar 22% din cazurile luate în studiile citate, simptomatologia depresivă a precedat tabloul clinic al tulburării dismorfice corporale [49]. Procentul înalt de comorbiditate a condus la următoarele ipoteze: depresia și dismorfia corporală ar avea aceeași etiologie; aceste două tulburări ar putea fi incluse în spectrul tulburărilor afective [46].

Diagnosticarea comorbidității TDC cu tulburarea depresivă este importantă din perspectiva tratamentului psihotrop, acest segment de pacienți nefiind responsivi la alt tratament antidepressiv decât cel cu ISRI sau la terapie electroconvulsivantă [50].

2.5.2. Comorbiditatea cu tulburarea obsesiv-compulsiv

Într-o serie de studii realizate [49, 51, 52] pe pacienți diagnosticați cu TDC, s-a relevat faptul că rata comorbidității cu TOC este mai scăzută decât rata comorbidității cu tulburarea depresivă, valorile fiind între 6% și 30%. Procentul înalt de comorbiditate, aspectele clinice similare ale acestor două tulburări și asemănarea din punct de vedere al strategiilor și responsivității terapeutice au dus la conturarea ipotezelor privind spectrul și etiologia comună.

2.5.3. Comorbiditatea cu anxietatea și fobia socială

Din studiul realizat de Gunstad și Phillips [49] reiese faptul că aproximativ 32% dintre pacienții diagnosticați cu TDC prezintă concomitent criteriile diagnostice pentru fobia socială. Studiul realizat de Phillips și Diaz [52] a relevat faptul că 38% din pacienții cu simptome de dismorfie corporală vor dezvolta un tablou clinic și comportamente caracteristice anxietății sociale.

2.5.4. Comorbiditatea cu tulburările adictive

Pacienții recurg la a folosi aceste substanțe pentru a-și diminua intensitatea preocupărilor, a-și ameliora suferința, a scădea anxietatea/tensiunea intrapsihică, în special în contexte sociale. În urma a două studii realizate pe 200, respectiv 300 de pacienți diagnosticați cu TDC a reieșit că 20%, respectiv 43% dintre pacienți prezentau o tulburare legată de consumul de alcool (abuz sau dependență) și 17%, respectiv 34% dintre pacienți prezentau o tulburare legată de consumul de droguri (abuz sau dependență) [44]. Un alt aspect este că 70% dintre pacienți afirmă că simptomatologia TDC a contribuit la dezvoltarea conduitelor adictive, 26% dintre pacienți atribuindu-i un rol major, 27%, un rol parțial/mediu și 17%, un rol minor.

2.5.5. Comorbiditatea cu tulburările din axa II a DSM-IV (10)

Dintr-un studiu realizat pe 50 de pacienți diagnosticați cu TDC [51] a reieșit faptul că 72% dintre pacienți erau diagnosticați cu o tulburare de personalitate, cea evitantă (38%), paranoidă (38%), obsesiv-compulsivă (28%) fiind cele mai răspândite. Într-un alt studiu [53], desfășurat pe un lot de 17 pacienți diagnosticați cu dismorfie corporală, s-a relevat faptul că toți pacienții sufereau de cel puțin o tulburare de personalitate, 13 dintre aceștia având patru sau mai multe diagnostice pe axa II a DSM-IV [26]. Majoritatea pacienților (94%) aveau tulburări de personalitate din *cluster*-ul C (evitantă, dependentă, obsesiv-compulsivă) [53]. Un alt studiu [54], realizat pe un număr de 148 de pacienți diagnosticați anterior cu TDC, a demonstrat faptul că 57% dintre pacienți aveau cel puțin o tulburare de personalitate diagnosticabilă conform criteriilor din DSM-IV [26], tulburările din *cluster*-ul C fiind cel mai frecvent diagnosticate.

Luând în considerare aceste aspecte, putem deduce faptul că, în general, tulburările de personalitate din *cluster*-ul C I, în particular, tulburarea de personalitate de tip evitant sunt frecvent comorbide cu TDC.

2.5.6. Comorbiditatea cu tulburările de instinct alimentar

Ierarhia de diagnosticare din DSM-IV [26] afirmă faptul că nu trebuie pus diagnosticul de TDC dacă preocupările cu imaginea corporală sunt mai bine explicate de o altă tulburare, cum ar fi anorexia nervoasă. Cu toate acestea, unii autori [apud 44] consideră că tulburările legate de imaginea de sine și nu tulburările legate de comportamentul alimentar ar constitui particularitatea centrală a tulburărilor de instinct alimentar.

K. Phillips [44] susține faptul că un anumit pacient poate suferi atât de dismorfie corporală, cât și de o tulburare a instinctului alimentar, caz în care ambele tulburări ar trebui diagnosticate și luate în considerare din punct de vedere terapeutic. În această situație, ambele tulburări ar trebui considerate ca fiind la fel de importante. Un studiu [apud 44] a relevat faptul că peste 80% dintre femeile diagnosticate cu dismorfie corporală și anorexie mentală afirmă că TDC constituia problema lor cea mai gravă sau problema lor majoră. În același studiu s-a afirmat faptul că pacientele cu dublu diagnostic reprezintă cazuri mai severe din punct de vedere al simptomatologiei decât cele diagnosticate doar cu anorexie mentală. Un procentaj mult mai ridicat de paciente cu TDC (63%) aveau în antecedente tentative de suicid, comparativ cu pacientele fără dismorfie corporală (20%). Astfel, pacienții diagnosticați cu TDC și cu anorexie nervoasă reprezintă cazuri severe și trebuie tratați în acord cu acest dublu diagnostic.

2.6. Raportul pe sexe

Studiile relevă că, în populația generală, sexul feminin este mai frecvent preocupat de aspect. În urma a două studii, unul pe loturi de 300, respectiv 200 de pacienți cu TDC s-a evidențiat că 56% sunt femei, 44% sunt bărbați, respectiv 69% femei, 31% bărbați [44].

În ceea ce privește diferențele asemănătoare dintre sexul feminin și sexul masculin cu TDC s-au constatat similitudini din următoarele puncte de vedere [44]:

- aspecte demografice: vârstă, statut ocupațional;
- aspecte clinice: numărul zonelor de preocupare, comportamentelor, gradul de severitate al simptomelor, impactul asupra funcționalității, numărul tentativelor de suicid;
- coexistența cu alte tulburări psihice. Un aspect diferențial cu populația generală este că aceste tulburări sunt mai frecvente la sexul feminin, explicațiile în acest sens fiind

cele sunt secundare simptomatologiei tulburării dismorfice corporale sau/ și cele ambele au același substrat biologic și psihologic;

- tratamente nonpsihiatrice, dermatologice și chirurgicale-estetice: în populația generală femeile recurg la/solicită mai frecvent tratamente chirurgicale-estetice.

Totodată, au fost constatate următoarele diferențe [44]:

- femeile prezintă mai frecvent tulburări de control al impulsurilor (anorexia nervosa);
- bărbații prezintă mai frecvent tulburări adictive (alcool, droguri);
- bărbații sunt mai frecvent celibatari/divorțai;
- bărbații sunt mai frecvent preocupați de aspectul constituției corporale în sensul insuficienței dezvoltării musculaturii sau a staturii în general;
- femeile sunt mai frecvent preocupate de constituție și greutate în sensul supradimensionării;
- părul este o preocupare la fel de frecventă pentru ambele sexe, diferența constând în faptul că bărbații sunt preocupați de pierderea părului, iar femeile de pilozitate excesivă;
- bărbații sunt mai frecvent preocupați de organele genitale;
- bărbații sunt mai predispuși la a folosi ca mecanism de camuflare plămâniile;
- femeile sunt mai predispuși la a folosi ca mecanism de camuflare machiajul;
- femeile sunt preocupate cu aspectul corporal „supradimensionat”, 85% dintre femei dorind să piardă din greutate și doar 40% dintre bărbați având acest obiectiv;
- bărbații sunt preocupați cu aspectul corporal „subdimensionat”, 45% având ca obiectiv creșterea în greutate.

2.7. Aspecte evolutive

În general, TDC debutează la vârsta adolescenței, existând posibilitatea de debut atât la maturitate, cât și în copilărie. Într-un studiu efectuat de K. Phillips [44] pe mai mult de 500 de pacienți diagnosticați cu TDC, a reieșit că vârsta cea mai frecventă pentru debut este 13-16 ani, cea mai mică vârsta fiind 4 ani, iar cea mai avansată 49 de ani.

Debutul este în general progresiv, doar 20% dintre pacienți descriu un debut brusc (ex.: în decursul unei săptămâni). Cel mai frecvent, debutul nu este în legătură cu un anumit factor declanșator, mai rar este secundar unor operații sau tratamente dermatologice.

84% din pacienții diagnosticați cu TDC afirmă că simptomele sunt permanent prezente, tulburarea având o evoluție cronică (fără perioadă liberă de simptome de minim o lună de zile).

Din studiile lui K. Phillips [44], reiese că 59% din pacienți afirmă că simptomatologia s-a accentuat în timp, 13% afirmă că s-a diminuat și 28% spun că s-a stabilizat.

În concluzie, TDC are o evoluție cronică, cu tendințe de accentuare a simptomatologiei în timp. Severitatea simptomatologiei este fluctuantă în timp, fără vreun stimul evident sau cauzat de un eveniment stresant.

După instituirea medicației adecvate (tratament antidepressiv cu SSRI și terapie cognitiv-comportamentală) s-au constatat următoarele:

- La 6-12 luni de tratament 58% dintre pacienți obțin remisiuni parțiale/totale;
- La 4 luni de tratament 84% dintre pacienți obțin remisiuni parțiale/totale.

2.8. Tratamentul tulburării dismorfice corporale

Tulburarea dismorfică corporală este în general considerată o tulburare psihică dificil de tratat (rezistent la tratament) din mai multe considerente, cum ar fi următoarele [55]:

- **Grad redus de informare sau cunoștințe precare** cu privire la tulburarea dismorfică – majoritatea persoanelor este greșit informată sau total dezinformată în legătură cu această tulburare sau cu tratamentul specific acesteia;
- **Sentimente frecvente de rușine sau jenă** pe care pacienții cu TDC le simt în legătură cu preocuparea lor pentru aspectul fizic, motiv pentru care au dificultăți în a vorbi despre aceasta și, în schimb, acuză simptome depresive, anxioase sau probleme relaționale;
- **Sentimente frecvente de culpă** pe care acești pacienți le încercă, fie legate de credința că îi provoacă singuri defectele pe care le percep la nivelul propriei imagini corporale, fie în legătură cu faptul că îi petrec o mare parte din timp focusându-se pe aspectul exterior;
- **Trivializarea/banalizarea acestei preocupări de către cei din jur** – pacienții pot fi ușor considerați ca fiind vanitivi sau superficiali datorită preocupării excesive pentru aspectul corporal;
- **Stigma atribuită acestor persoane** – tulburarea dismorfică este asociată cu o anumită stigmă din punct de vedere social, motiv pentru care persoanele sunt adesea reticente în a se adresa serviciilor de sănătate mentală sau în a urma un tratament psihiatric.

Deși, până în prezent, nu au fost efectuate foarte multe cercetări pe tema tratamentului tulburării dismorfice corporale, rezultatele studiilor existente [55, 56] pot oferi câteva linii

directoare în abordarea terapeutică a pacienților diagnosticați cu tulburare dismorfică corporală, după cum urmează:

1. Cel mai eficient tratament medicamentos constă în administrarea de **inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS)**, cu o eficiență dovedită atât în tratamentul tulburării dismorfice corporale, cât și în tratamentul tulburării obsesiv-compulsive;
2. Concomitent cu respectarea tratamentului medicamentos, se recomandă abordarea psihoterapeutică a dismorfiei corporale, dovedindu-se eficient în special **terapia cognitiv-comportamentală**.

2.8.1. Farmacoterapia

Inhibitorii selectivi ai recaptării Serotoninei (ISRS) reprezintă o grupă medicamentoasă din categoria antidepresivelor, cu proprietăți antiobsesionale, care și-au dovedit eficiența în majoritatea cazurilor de tulburare dismorfică corporală. Astfel, ISRS constituie un tratament mai eficient decât oricare altă medicație în cazul pacienților dismorfici [55, 57, 58].

Tratamentul cu ISRS determină o serie de efecte și modificări în ceea ce privește simptomatologia implicată în tulburarea dismorfică corporală, după cum urmează:

1. **Preocuparea în legătură cu aspectul fizic** înregistrează o scădere remarcabilă; în cazul în care există responsivitate completă la tratament, pacienții ajung să acorde doar câteva minute acestei preocupări sau să o neglijeze în totalitate; în cazuri de responsivitate parțială, timpul petrecut se reduce considerabil, iar în același timp crește capacitatea de focusare și menținerea atenției asupra altor activități, dar și sentimentul de autocontrol.
2. **Capacitatea de a controla, respectiv de a opune rezistență gândurilor obsesive** înregistrează o creștere, pacienții devenindu-le mai ușor să controleze aceste gânduri recurente, iar în același timp scade timpul alocat gândurilor obsesive în legătură cu aspectul fizic; în cazul eficienței tratamentului medicamentos pacienții încep să simtă că și în iei nu obsesiile lor dețin controlul asupra propriei existențe.
3. **Suferința pe plan emoțional** devine din ce în ce mai ușor de suportat, înregistrând o scădere a intensității pe măsură ce tratamentul evoluează, ideea depresivă pierde din intensitate, la fel și componenta anxioasă, ameliorându-se următoarele simptome: dispoziția trist/iritabilă, lipsa de interes/motivație, energia scăzută, tulburările prosexice, stima de sine scăzută, tulburările de somn și apetit alimentar, anxietatea, îngrijorarea, tensiunea intrapsihică, ideea suicidară etc.

4. **Comportamentul** suport modificări notabile, în sensul în care scade timpul pe care persoanele îl alocă comportamentului secundar caracteristic dismorfiei corporale (d.e. verificare, camuflare, evitare, reasigurare repetată etc.), iar în același timp crește capacitatea de a rezista, respectiv de a controla aceste manifestări/tendințe comportamentale.
5. **Funcționarea cotidiană (rutinier)** se îmbunătățește, în sensul în care desfășurarea unor activități sociale, familiale și/sau profesionale devine posibilă sau mult mai facilă.
6. **Tendința de evitare a celorlalți (tendința la retragere socială)** se diminuează considerabil, din moment ce scade teama de a fi în prezența altora, crește dorința de a socializa, pacienții devin mai activi pe plan social și își recâștigă libertatea și disponibilitatea de a se angrena în diverse alte activități.
7. **Calitatea vieții** se îmbunătățește, persoanele încep să funcționeze mai bine pe plan social, profesional, familial etc. și, odată cu capacitatea de a se bucura de viață, cresc și satisfacțiile pe plan existențial.
8. **Sentimentele de furie și ostilitate** față de ceilalți scad în intensitate.
9. **Imaginea corporală**, un aspect mai puțin studiat în relație cu tulburarea dismorfică corporală, se îmbunătățește în urma tratamentului medicamentos, în sensul în care aspectul fizic devine mai puțin important, iar comportamentul secundar legat de acesta se reduce. Conform unui studiu efectuat de K. Phillips și colaboratorii [47], la 60% dintre pacienții care au urmat tratament cu Fluoxetină sau Fluvoxamin s-au obținut rezultate satisfăcătoare; la acești pacienți, modificările înregistrate ca efect al tratamentului medicamentos au fost de două tipuri:
 - 1/3 dintre pacienți au afirmat faptul că, deși în urma tratamentului aspectul lor nu s-a modificat propriu-zis, sentimentele de insatisfacție și anxietate legate de acesta s-au diminuat considerabil;
 - 2/3 dintre respondenți au afirmat că, în urma tratamentului, percepția pe care o aveau asupra aspectului exterior s-a modificat într-un sens pozitiv, impresia subiectiv fiind că arată diferit, dar mai bine ca înainte.
10. **Insight-ul** se îmbunătățește, în sensul în care pacienții devin mai conștienți de faptul că percepția lor asupra a-a-zis-ului „defect” era distorsionată; de asemenea, tratamentul medicamentos cu Fluvoxamin, Citalopram, Escitalopram poate contribui la diminuarea ideilor de referință.

11. **Preocuparea legată de anumite probleme evidente la nivelul aspectului exterior**

Înregistrează o scădere, în sensul în care se diminuează preocuparea obsesiv referitoare la diferite caracteristici evidente de ordin fizic (d.e. obezitatea), persoanele devenind mai puțin preocupate și afectate de aceste probleme.

2.8.1.1. Principii ale tratamentului în tulburarea dismorfică corporală

În tratamentul medicamentos al tulburării dismorfice corporale trebuie respectate câteva principii de bază, pe care le vom enumera în cele ce urmează [55, 57, 56, 59]:

1. Prima linie de intervenție medicamentoasă în tulburarea dismorfică corporală este **administrarea ISRS**, inclusiv în cazurile cu simptomatologie de intensitate delirantă, deoarece se consideră că ISRS sunt eficiente în majoritatea formelor de dismorfie corporală, având o eficiență mai crescută decât alte tipuri de antidepressive sau neuroleptice.
2. Se poate încerca **administrarea oricărui tip de ISRS**, cum ar fi: **Fluoxetin**, **Citalopram**, **Escitalopram**, **Sertralin**, **Paroxetin**, **Fluvoxamin**, **Clomipramin**.
 - a. Ar fi de menționat faptul că Clomipramina nu este de primă intenție, datorită efectelor secundare pe care le implică și al potențialului său toxic. Conform studiilor de specialitate, cele mai bune rezultate (în sensul celor mai bune remisii) se obțin cu Citalopram sau Escitalopram, aceasta doar în sensul unei reacții mai rapide a pacienților la tratament, întrucât nu există indicatori cu privire la care dintre ISRS va fi mai eficient într-o situație sau alta.
3. Este esențial să fie indicat **doza maximă recomandată** de compania farmaceutică sau doza tolerată de pacient, se impun unele precizări: în primul rând, cea mai frecventă greșeală în tratamentul tulburării dismorfice corporale constă în faptul că de regulă se utilizează doze mici care automat determină ameliorări minimale. Dozele indicate sunt următoarele:
 - Citalopram – 66mg/zi (60-70)
 - Escitalopram – 29mg/zi (aprox. 30)
 - Fluoxetin – 67 mg/zi (60-70)
 - Fluvoxamin – 308 mg/zi (aprox. 300)
 - Paroxetin – 55 mg/zi (50-60)
 - Sertralin – 202 mg/zi (aprox. 200)
 - Clomipramin – 203 mg/zi (aprox. 200)
4. **Ritmul de creștere a dozelor** variază în funcție de specificul cazului, după cum urmează: se recomandă un ritm mai rapid în cazurile severe, în special la pacienții cu

idea ie suicidar , urmând s se ajung la doza maxim recomandat în 4-9 s pt mâni de la ini ierea tratamentului. De pild , în tratamentul cu Fluoxetin , în primele 2 s pt mâni se recomand 20mg/zi, apoi se cre te doza cu 20mg la fiecare 10 sau 14 zile, urmând s se ajung la maxim 80mg/zi. Acest tratament are avantajul unui r spus mai rapid din partea pacientului, dar i dezavantajul apari iei efectelor secundare.

5. **Tratamentul cu ISRS trebuie men inut timp de 12-16 s pt mâni**, pân la atingerea dozei maxime care, la rândul ei, trebuie administrat timp de aproximativ înc 3 s pt mâni. Important este ca pacientul s nu întrerup tratamentul în această perioad minim de 12 pân la 16 s pt mâni.
6. **Efectul medica iei se instaleaz treptat**; conform unor studii [55, p.232], la 40% dintre pacien ii cu dismorfie corporal , efectul continu s creasc la 3, respectiv 6 luni de la ini ierea tratamentului medicamentos, în timp ce la 10% dintre pacien i, în ciuda unei diminu ri ini iale a simptomatologiei tipice tulbur rii dismorfice, s-a înregistrat o rec dere complet în timpul tratamentului.
7. **Durata tratamentului variaz** , în general cuprinzând o perioad de 1-2 ani sau mai mult, chiar dac simptomatologia s-a ameliorat semnificativ. S-a constatat faptul c , dup întreruperea tratamentului cu ISRS, la 50% dintre pacien ii cu tulburare dismorfic corporal simptomatologia specific tulbur rii a reap rut, chiar dac nu la intensitatea ini ial , aceasta diminuându-se în cazul relu rii tratamentului medicamentos ini ial.
8. **Întreruperea tratamentului cu ISRS** trebuie s implice o sc dere treptat i lent a dozelor, efectuat pe parcursul mai multor luni. Este contraindicat ca această întrerupere s aib loc în perioade existen iale psiho-stresante pentru pacient.
9. **Efectele secundare ale ISRS** nu sunt majore, această grup de antidepressiv fiind în general bine tolerat .
10. **Augmentarea ISRS** prin asocierea cu alte substan e a fost pu in studiat în cazul tulbur rii dismorfice corporale; în cazurile în care s-au administrat ISRS în doz maxim pentru perioade mai luni de timp, iar rezultatele ob inute nu sunt semnificative, se recomand asocierea ISRS cu alt tip de medica ie. În continuare vom prezenta principalele substan e ce pot augmenta efectul ISRS în tratamentul tulbur rii dismorfice corporale i caracteristicile specifice acestora [57]:
 - a. Bupiriona – î i dovede te eficien a la 1/3 dintre pacien i, efectele sale fiind în general variabile, administrat atât la pacien ii delirani cât i la cei nedelirani.

- b. Clomipramina – se obține rezultate bune la 44% dintre pacienți, în special dacă simptomatologia depresivă este de intensitate severă; pentru eficacitate maximă se impune administrarea pe o perioadă de 8 până la 12 săptămâni, acordându-se o deosebită atenție concentrației sanguine a substanței;
 - c. Venlafaxina – se administrează singular sau în combinație cu ISRS;
 - d. Bupropionul – doza recomandată este de 400mg/zi;
 - e. Neurolepticele atipice, cum ar fi: Olanzapina, Ziprazidona, Aripiprazol, Risperidona ș.a., au avantajul de a diminua neliniștea psiho-motorie marcată, respectiv agitația psiho-motorie. În unele cazuri se recomandă asocierea ISRS cu neuroleptice chiar de la inițierea tratamentului. Printre efectele pozitive ale neurolepticilor se numără: scăderea suferinței intrasubiective, diminuarea ideii de referință sau a celei delirante, respectiv prevenirea spitalizării în cazul complianței la tratament;
 - f. Litiu – se recomandă în cazul în care predomină instabilitate emoțională, simptome depresive marcate, conduite agresive, ideea de suicidare; s-a constatat faptul că la 20% dintre pacienții cu tulburare dismorfică corporală simptomatologia se ameliorează în cazul asocierii ISRS cu litiu;
 - g. Benzodiazepine (d.e. Clonazepam, Lorazepam) – se recomandă administrarea acestora în caz de anxietate marcată, tulburări de somn, ideea de suicidare; dimpotrivă, benzodiazepinele sunt contraindicate în caz de consum de droguri sau alcool, putând fi înlocuite cu neurolepticele atipice;
 - h. Anticonvulsivante (Acid valproic, Gabapentin, Lamotrigin) – administrarea lor poate fi eficientă mai ales în cazuri de comorbiditate între tulburarea dismorfică corporală și tulburarea afectivă bipolară.
11. Schimbarea unui ISRS cu un alt ISRS trebuie efectuată cu precauție, respectând următoarele indicații: în cazul în care, după o perioadă suficientă de timp de la inițierea tratamentului, la o doză maximă administrată rezultatele obținute se dovedesc minime sau chiar inexistente, se poate încerca fie schimbarea cu un alt ISRS, fie augmentarea primului ISRS. Conform literaturii de specialitate [55, p.241], 43% dintre pacienții care nu au avut reacții satisfăcătoare la administrarea primului ISRS au reacționat mult mai bine la tratamentul cu următorul. În general, responsivitatea pacienților la tratament este indicată testologic printr-o scădere cu circa 30% a scorurilor înregistrate de acești pacienți la chestionarul BDD-YBOCS, comparativ cu rezultatele înregistrate înainte de inițierea tratamentului [55, p.242].

12. Administrarea unor inhibitori ai mono-amino-oxidazei (IMAO), precum Phenelzina sau Selegilina, i-a poate dovedit eficiența în 30% din cazuri, cu toate acestea utilizarea acestor substanțe trebuie făcută cu mare precauție, datorită efectului toxic al acestora; în general, se recurge la administrarea IMAO în cazul în care nu s-a obținut un răspuns favorabil la celelalte medicamente.
13. Administrarea opioidelor ca metodă de tratament în tulburarea dismorfică corporală nu a fost suficient studiată. Deși aceste substanțe implică un risc înalt pentru dezvoltarea unei dependențe, în unele cazuri rezultatele pot fi bune sau foarte bune.
14. Terapia electroconvulsivă (TEC) se utilizează sporadic, având în vedere faptul că, în general, în urma acestei terapii, nu se înregistrează ameliorări notabile ale simptomatologiei specifice tulburării dismorfice corporale. Cu toate acestea, au existat în literatura de specialitate cazuri în care s-au obținut rezultate bune cu ajutorul TEC. Acest metodă este indicată în special în cazurile de depresie severă și la pacienții suicidari.
15. Neurochirurgia reprezintă o metodă de intervenție radicală, ale căror influențe au fost foarte puțin studiate și la care se apelează foarte rar, eventual în cazurile deosebit de severe. Au fost experimentate într-un număr foarte restrâns de cazuri anumite intervenții, precum cingulotomia anterioară bilaterală, tractomia subcaudală sau capsulotomia anterioară, scopul acestora fiind întreruperea circuitelor neuronale implicate în tulburarea obsesiv-compulsivă.

În concluzie, din datele disponibile până acum în literatura de specialitate, încă nu s-a stabilit un design terapeutic unanim acceptat sau o schemă de tratament standard în ceea ce privește tratamentul psiho-farmacologic al tulburării dismorfice corporale, totuși Phillips Katharine [27] propune un algoritm terapeutic prezentat în figura nr.1. În acest context se impune necesitatea efectuării unor studii de specialitate pe următoarele direcții:

- cercetări în vederea stabilirii tratamentului optim pentru pacienții cu tulburare dismorfică corporală;
- studii cu design experimental, studii longitudinale ș.a.;
- studii comparative între diferite grupuri de subiecți, în vederea investigării responsivității la tratament (d.e. lot control și s-a administrat un placebo comparativ cu alte loturi control și s-au administrat diferite tipuri de substanțe);
- cercetarea efectelor ISRS cu sau fără augmentare;

investigarea efectelor pe termen lung ale tratamentului medicamentos, pentru a putea stabili perioada optimă de întrerupere a medicației.

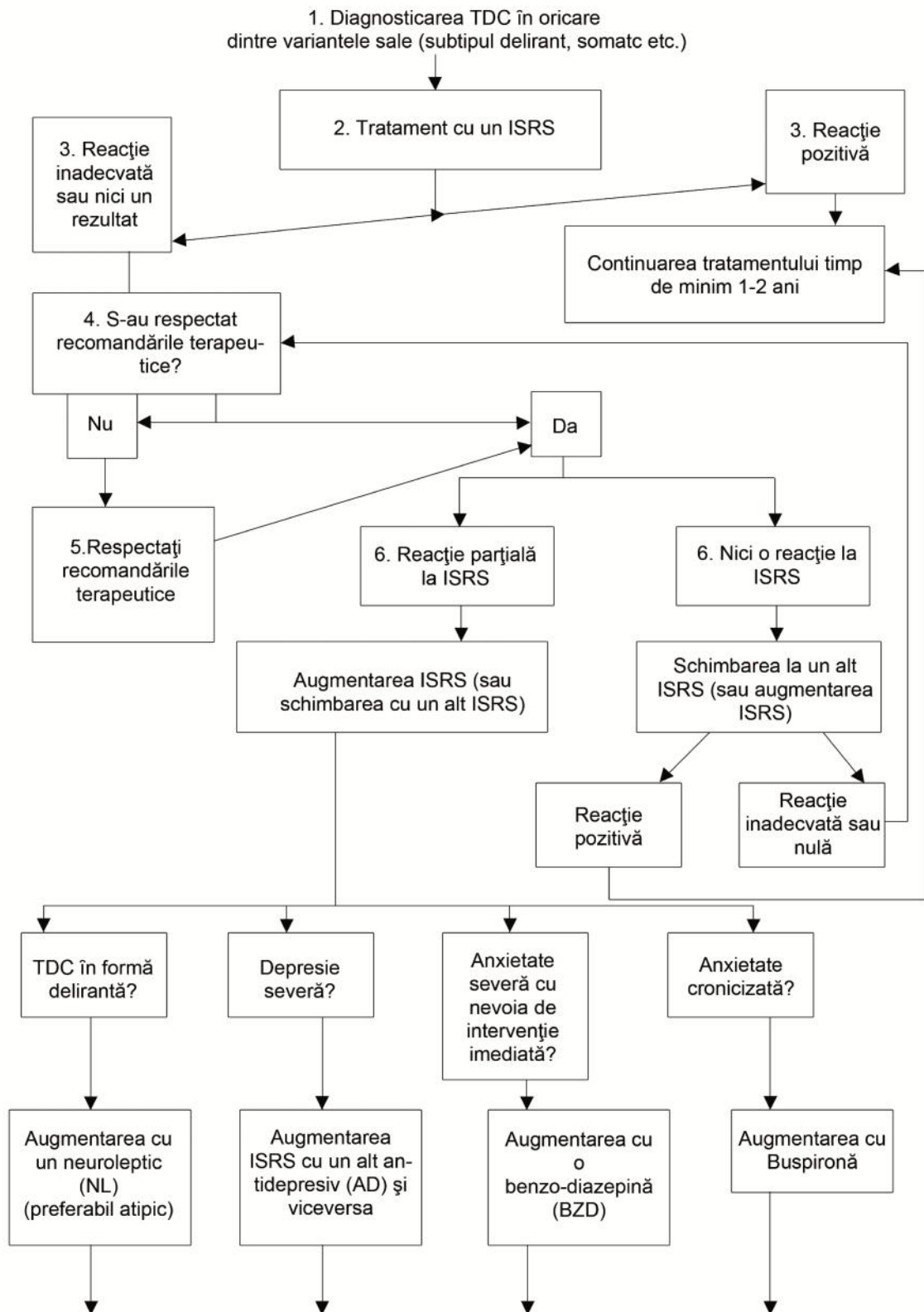
2.8.2. Abordarea psihoterapeutică – Terapia cognitiv-comportamentală

În ciuda faptului că utilizarea psihoterapiei ca metodă de tratament în tulburarea dismorfică corporală reprezintă încă un domeniu de cercetare relativ limitat, majoritatea covârșitoare a studiilor de specialitate efectuate pe pacienții cu TDC oferă rezultate ce susțin același principiu fundamental: în tratamentul pe termen lung al tulburării dismorfice corporale cele mai bune rezultate se obțin la pacienții care, alături de respectarea unui tratament medicamentos, beneficiază de intervenții psihoterapeutice [55, 53, 60].

În ceea ce privește abordarea psihoterapeutică a pacienților cu TDC, cel mai studiat model terapeutic este cel de natură cognitivă și comportamentală [44]; în acest sens, majoritatea autorilor consideră metodele terapeutice cognitiv-comportamentale (TCC) ca fiind unele dintre cele mai promițătoare în tratamentul TDC, aceasta în principal datorită unui element esențial în acest tip de terapie: focusarea prioritară pe prezent, abordarea dimensiunii temporale de „aici și acum” care facilitează modificări la nivelul cogniției și comportamentului pacientului/clientului respectiv.

Specificul psihoterapiei cognitiv-comportamentale reiese din însăși denumirea sa, presupunând în primul rând intervenția pe două planuri de funcționare umană: cel cognitiv, respectiv cel comportamental. În timp ce abordarea pe plan cognitiv are ca scop identificarea, evaluarea și eliminarea, respectiv modificarea gândurilor nerealiste și a credințelor dizabilitante specifice pacienților dismorfici, intervențiile de model comportamental se concentrează pe depistarea, diminuarea, respectiv stoparea comportamentului secundar dezadaptativ (d.e. verificarea compulsivă în oglinzi sau evitarea acestora), precum și pe

Algoritm de tratament medicamentos în tulburarea dismorfică corporală



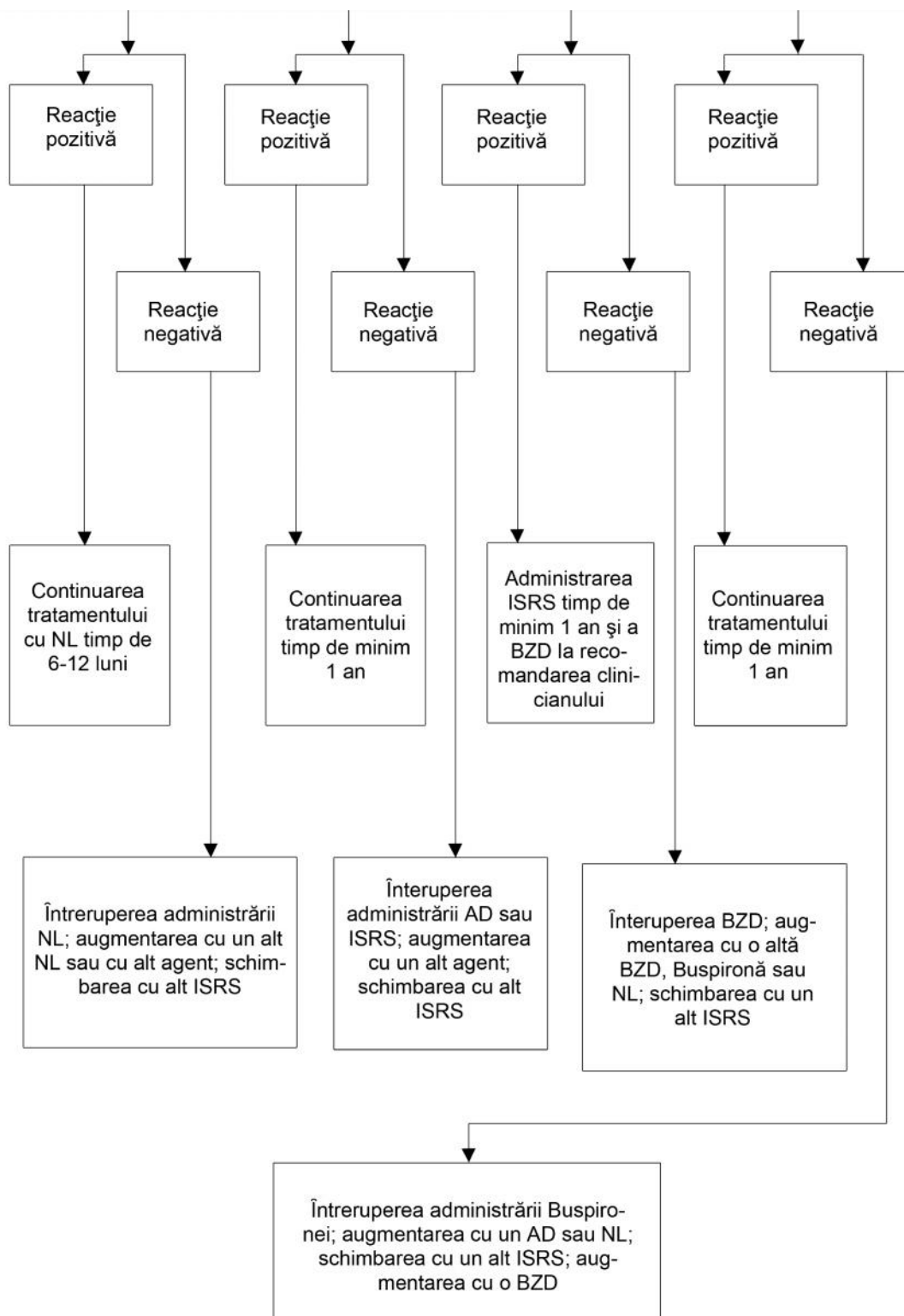


Figura nr.1: Algoritm de tratament în Tulburarea Dismorfică Corporală (după Phillips Katharine)

Înlocuirea acestuia cu alte conduite s n toase. Principalele tehnici utilizate în TCC se refer la [66, 68]: prevenirea ritualurilor de model compulsiv, restructurarea cognitiv , desensibilizarea

sistematic prin expunere gradual la anumi i stimuli aversivi, diferite experimente la nivel comportamental .a.. Le vom analiza succint:

1. **Prevenirea ritualurilor** – are ca scop eradicarea unor comportamente compulsive specifice TDC (d.e. (re)verificarea în oglind , solicitarea de (re)asigur ri, compararea cu al ii, m surarea, camuflarea, ornarea excesiv .a.) i dezvoltarea altor modele comportamentale cu efecte benefice pentru s n tatea mental a pacientului/clientului respectiv. În acest sens, demersul terapeutic este unul gradual, de la simplu spre complex, în sensul în care progresul terapeutic implic automat gestionarea unor conduite din ce în ce mai dezadaptative i mai greu de controlat. Altfel spus, dac ini ial sunt abordate acele comportamente securizante considerate mai „simple” (care înc se supun par ial controlului voluntar) pentru a fi diminuate, respectiv în mod ideal eradicate complet, ulterior aten ia se va focusa pe situa iile în care nevoia trecerii la act este crescut i scade capacitatea de rezisten a pacientului, pân la acele acte a a-zis „automate” (care eludeaz complet controlul voluntar al pacientului). Uneori, aceste manifest ri repetitive specifice, ce pot fi încadrate în categoria comportamentelor securizante, chiar par s reduc anxietatea i tensiunea intrapsihic timp de o scurt perioad ; la nivel subiacent, îns , aceste ritualuri determin tocmai efectul contrar: focusarea excesiv pe aspect i caracterul repetitiv al actului nu vor face altceva decât s accentueze starea de anxietate, men inând sentimentele de team , jen sau culp i credin ele ira ionale despre a a-zis-ul “defect” i alimentând un cerc vicios. Or, finalitatea tehnicii de prevenire a ritualurilor se axeaz tocmai pe întreruperea acestui pattern dezadaptativ; specificul acestei metode const în faptul c poate fi utilizat înc de la începutul tratamentului/procesului psihoterapeutic – a a cum procedeaz mul i psihoterapeu i; de i se întâmpl uneori ca în stadiile ini iale al terapiei acest tip de interven ie s favorizeze cre terea nivelului anxiet ii, este dovedit faptul c practicarea acestei tehnici pe termen lung conduce la diminuarea gradului de anxietate; al turi de aceasta, un beneficiu net îl presupune cre terea gradului de control voluntar asupra comportamentelor repetitive care determin , la rândul s u, o diminuare a preocup rilor excesive legate de aspect, precum i a st rii de anxietate, nelini te, tensiune intra-psihiic .
2. **Restructurarea cognitiv** – reprezint procesul prin care pacientul înva s - i identifice i s - i autoevalueze cât mai obiectiv propriile gânduri negative i credin e ira ionale legate de aspectul s u exterior. Aceast tehnic are ca scop principal

eliminarea gândurilor a-a-zis „automate” și dezvoltarea unui sistem de credințe realiste, utile și adaptative referitoare la propriul aspect. Intervenția cuprinde următorii pași:

- a) Identificarea gândurilor automate negative care determină, între altele, și facilitează emoțiile negative și comportamentele secundare disfuncționale;
- b) Identificarea interpretărilor maladaptative ce conduc la gânduri negative și la manifestări comportamentale specifice TDC;
- c) Recunoașterea emoțiilor și sentimentelor de coloratură negativă (d.e. tristețe, anxietate, panică, rușine, culpă etc.);
- d) Determinarea erorilor cognitive (erori de gândire, judecări iraționale false etc.) pe care le implică gândurile automate (d.e. atribuirea unor consecințe catastrofale, minimalizarea sau negarea trăsăturilor pozitive legate de aspectul fizic etc.);
- e) Dezvoltarea unui sistem cognitiv alternativ, prin generarea unor gânduri raționale, în acord cu realitatea obiectivă;
- f) Identificarea emoțiilor și sentimentelor secundare acestor gânduri raționale alternative.

3. **Experimentele comportamentale** – implică de fapt utilizarea combinată sau simultană a mai multor tehnici terapeutice, ca de pildă: metoda cognitivă, metoda expunerii, prevenirea ritualurilor etc., și se realizează prin identificarea propriu-zisă a reacțiilor pacientului la anumite situații existențiale în care apar de obicei gândurile, emoțiile și comportamentele specifice TDC. Finalitatea acestui demers presupune dobândirea de către pacient a capacității de a evalua obiectiv veridicitatea propriilor gânduri și credințe, în detrimentul tendinței de a le considera automat realiste, fapt cu atât mai important cu cât pacienții dismorfici au în general credințe legate de propriul aspect pe care, deși nu le-au verificat niciodată cu vreun observator extern, le creditează automat ca fiind conforme cu realitatea a-a-zis „obiectivă” (în special legat de modul în care sunt percepuți de către ceilalți).

4. **Desensibilizare sistematică prin expunere progresivă la stimuli aversivi** – desemnează procesul prin care pacientul învață treptat să înfrunte, să tolereze și să gestioneze cât mai eficient acele situații/obiecte/fenomene de care se teme sau pe care le evită datorită simptomatologiei specifice TDC, cu scopul de a se simți cât mai confortabil în condițiile respective și de a-și crește calitatea vieții. Analog tehnicilor menționate mai sus, procesul terapeutic se realizează treptat, începând cu expunerea la

stimulul cu intensitatea cea mai scăzută, adică la situația pe care pacientul o tolerează cel mai ușor (caracterizat prin nivelul minim al anxietății resimțite intrasubiectiv și prin capacitatea crescută a persoanei de a rezista respectiv a se opune voluntar comportamentelor de evitare/securizare). Când privește timpul de expunere la stimul(i), acesta poate varia, cu mențiunea că se recomandă ca perioada de timp alocată expunerii propriu-zise să fie suficient de lungă astfel încât să permită diminuarea nivelului de anxietate a pacientului; pe măsură ce terapia evoluează, se va trece gradual la expunerea în alte circumstanțe, respectând ordinea crescătoare a intensității, precum și o frecvență regulată. Pe tot parcursul expunerii este contraindicat ca pacientul să treacă la acțiunile executate aceleași ritualuri compulsive pentru a-și reduce anxietatea, în schimb și se recomandă să rămână în contact cu anxietatea pe care o simte. Desensibilizarea sistematică și-a demonstrat eficiența în special în perioada desfășurării acelor experimente comportamentale despre care aminteam mai sus; când despre restructurarea cognitivă, este recomandabil ca acest demers psihoterapeutic să fie deja în derulare în momentul inițierii etapei expunerii progresive, să continue în paralel cu implementarea desensibilizării sistematice, dar și după aplicarea acestei tehnici.

În conformitate cu eficiența dovedită a acestor tehnici terapeutice, abordarea cognitiv-comportamentală comportă adăru o serie de efecte pozitive notabile în tratamentul tulburării dismorfice corporale. Dintre acestea menționăm [63, 64, 65].

1. Diminuarea semnificativă a simptomatologiei specifice TDC; de pildă, un rezultat demn de luat în considerare îl reprezintă faptul că pacienții care au beneficiat de TCC au ajuns să aloce din ce în ce mai puțin timp gândurilor obsesive de model dismorfic, executării repetitive a ritualurilor compulsive sau comportamentelor de evitare/securizare în diverse situații. Astfel, pe termen lung se înregistrează o diminuare considerabilă a impactului negativ al TDC asupra funcționării individuale.
2. Ameliorarea considerabilă a simptomatologiei de natură anxioasă și depresivă; conform unui studiu longitudinal realizat de către McKay și colaboratorii în 1999 [62], la pacienții cu TDC care au beneficiat de terapie cognitiv-comportamentală timp de 6 săptămâni, participând de asemenea la un program de prevenire a recăderilor cu o durată de 6 luni, s-a înregistrat o tendință semnificativ mai accentuată de menținere a îmbunătățirilor obținute pe plan afectiv (în sensul diminuirii simptomatologiei anxio-depresive), comparativ cu un alt lot de pacienți dismorfici ce s-au supus doar primului program de intervenție (cel de 6 săptămâni). În acest sens, rezultatele preliminare indică

necesitatea instituirii și respectării unui tratament de lungă durată în cazurile pacienților cu TDC, cu efecte benefice în menținerea remisiunilor legate de simptomatologia anxioasă și depresivă.

3. Insight-ul pacienților cu privire la propria patologie și capacitatea acestora de recunoaștere și critică a simptomelor se îmbunătățesc semnificativ; conform unor autori [53] aceste manifestări notabile s-ar datora în primul rând capacității nou-dobândite a pacienților de a dezvolta credințe mai realiste în legătură cu aspectul exterior și chiar cu propriile defecte pe plan fizic.
4. Imaginea corporală se modifică în sens ascendent; astfel, unii autori [60] susțin faptul că majoritatea pacienților dismorfici care au beneficiat de TCC, în perioada de post-curs se simt mai atractivi din punct de vedere fizic, respectiv mai puțin nemulțumiți de propria imagine corporală; totodată, se diminuează simțitor ideile și sentimentele de auto-devalorizare legate de greutatea sau forma corporală.
5. Creșterea stimei de sine [66].
6. Diminuarea simptomatologiei specifice anxietății sociale [66].

În general se consideră că terapia cognitiv-comportamentală își dovedește eficiența în tratamentul TDC în primul rând prin faptul că atenuează impactul pe care tulburarea îl are pe oricare dintre planurile de funcționare ale pacientului, fapt constatat din următorii indici: creșterea calității vieții, diminuarea obsesiilor și compulsiilor, rezultate pe termen lung foarte promițătoare. În acest sens, cu atât mai stringent este necesitatea cercetărilor ulterioare care să determine aspecte practice, precum: numărul optim de sedințe, durata medie a unei sedințe, impactul pe care TCC îl are asupra imaginii corporale la nivel profund, gradul de funcționalitate și modificările observate la acest nivel, comparații între forma de terapie individuală și cea de grup ș.a..

2.8.2.1. Alte forme de psihoterapie

Alte forme de terapie aplicabile în cazurile de pacienți cu TDC sunt [44, 55]:

1. Terapia orientată pe insight (exploratorie) – are ca obiectiv creșterea conștientizării și schimbarea comportamentului persoanei prin explorarea percepției acesteia, precum și prin interacțiunea cu ceilalți, respectiv o mai bună înțelegere a propriei persoane, conștientizarea vieții interne și a motivațiilor personale, precum și diminuarea problemelor ce pot rezulta din aceasta. Există relativ puține studii referitoare la aplicarea acestei forme de psihoterapie la pacienții cu TDC, dar rezultatele obținute până acum indică ineficiența acestui tip de terapie în cazurile cu dismorfie corporală. În

- aceste situații, chiar dacă ajung să se înțeleagă pe sine și simptomatologia specifică TDC, pacienții vor petrece la fel de mult timp cu obsesiile și ritualurile lor compulsive.
2. **Terapia suportivă** – scopul acesteia se referă la crearea unui suport emoțional și a unei relații stabile și protective pentru pacient, prin utilizarea unor tehnici, precum: sfatul, ucenicirea unor noi abilități sociale, asistarea în rezolvarea de probleme; finalitatea este ca pacientul să poată atinge gradul maxim de funcționalitate. În general, această formă de terapie se utilizează în combinație cu alte tipuri de psihoterapie (d.e. TCC), precum și cu tratamentul medicamentos. Terapia suportivă este utilă în special pentru aparținătorii pacienților diagnosticați cu TDC, deoarece le oferă acestora posibilitatea de a-i înțelege pe cei cu această tulburare, precum și faptul că este utilă pentru aceștia să învețe să se descurce cât mai bine în mediul lor de viață și să înțeleagă efectele, respectiv impactul pe care această tulburare îl are în sfera lor de funcționare socială, familială, profesională etc. Prin urmare, pentru unii pacienți cu TDC, participarea la întâlnirile unui grup de suport devine esențială.
 3. **Terapia familială și de cuplu** – reprezintă o variantă de terapie care s-a dovedit utilă în tratamentul TDC, eventual în conjuncție cu aplicarea TCC și/sau a tratamentului farmacologic; la sedințele de terapie participă partenerii, părinții sau alți membrii din familiile pacienților cu TDC, cu scopul de a acumula informații legate de simptomatologia și tratamentul acestei tulburări; în situațiile în care membrii familiei sunt implicați într-un fel sau altul în ritualurile compulsive ale pacientului, la aceste sedințe ei pot învăța cum să evite acest lucru, precum și cum să asiste pacientul implicat în TCC.
 4. **Terapia de grup** – cei mai mulți autori pledează pentru implicarea pacientului cu TDC în orice formă de terapie, indiferent de specificul acesteia (TCC, suportivă, psihodinamică, familială și de cuplu); de asemenea, în general se preferă terapia de grup decât cea individuală, aceasta cu atât mai mult cu cât, în baza informațiilor disponibile până acum în literatură, TCC poate atinge eficiență maximă doar în abordarea terapeutică de grup.

În concluzie, de reținut este faptul că, în ceea ce privește tratamentul tulburării dismorfice corporale, cea mai eficientă abordare terapeutică o constituie cea duală, care implică atât planificarea și administrarea unei scheme de tratament medicamentos, cât și intervențiile de natură psihoterapeutică, în special psihoterapia de inspirație cognitiv-comportamentală.

2.9. Complexul Adonis

“În timp ce populația generală este preocupată de aspect, noi suntem obsedați de acesta... eu îmi planific mesele, le cronometrez, nu mă gândesc din plin la cere, mă gândesc pentru a-mi atinge scopul...” [67]

Complexul Adonis, cunoscut și ca reversul anorexiei nervoase, bulimie sau dismorfie musculară, se definește ca preocuparea cu masa musculară în general și cu creșterea în greutate fără a se îngrăși [68]. Olivardia [69] propune următoarele **criterii de diagnostic** pentru această tulburare:

- A. Preocuparea excesivă cu faptul că trupul nu este suficient de masiv.
- B. Preocuparea determină un impact pe plan clinic/profesional/interpersonal/social, astfel încât persoana:
 1. Renunță la activitățile sociale/profesionale/recreative în favoarea satisfacerii unei nevoi compulsive de a face exerciții fizice și a ține un anumit regim alimentar.
 2. Evită situații în care ar trebui să-și expună corpul, iar dacă ajung într-o asemenea situație, trăiește anxietate marcată.
 3. Preocuparea afectează planul social/profesional/interpersonal.
 4. Continuă antrenamentul sau dieta chiar dacă a suferit leziuni fizice și/sau intervenții adverse ale dietei sau substanțelor consumate.
Pentru un diagnostic pozitiv este necesară prezența a cel puțin 2 criterii din 4.
 5. Preocuparea și comportamentul secundar sunt centrate pe ideea indivizilor că sunt prea mici sau inadecvați din punct de vedere al musculaturii, nu că sunt prea grași (ca în anorexia nervoasă), după cum nu sunt centrate pe alte aspecte corporale (ca în tulburarea dismorfică corporală).

Tulburarea a fost prima dată diagnosticată în 1997 [70], într-un context istoric în care numărul bolnavilor preocupați cu aspectul corporal, mai precis cu dimensiunea și forma masei musculare, a crescut simțitor, în special în ultimele 3 decade ale secolului 20. Astfel, conform datelor statistice, insatisfacția legată de aspectul corporal s-a triplat în ultimii 30 de ani, ajungând de la 15% în 1972 la 34% în 1985 până la 43% în 1997 [71].

Din punct de vedere al **etiologiei** acestei tulburări, se consideră că aceasta este rezultatul unui cumul de factori:

1. Factorul genetic (biologic) implică o disfuncție a sistemului serotoninergic, asemănătoare cu cea decelată în cazul tulburării obsesiv-compulsive [71, 72].

2. Experiențele personale din mica copilărie, respectiv pubertatea și adolescența (abuzuri fizice repetate din parte covârșinilor, tachinării). Tot aici se încadrează și lipsa de iubire, ca factor dizarmonic favorizant pentru dezvoltarea tulburării, ce poate duce la apariția sentimentului de rejecție și la diminuarea stimei de sine.
3. Factorul socio-cultural, în special influențele generate de mass-media ce promovează "bărbatul adevărat", atractiv, puternic din punct de vedere fizic, reprezentat ca fiind foarte muscular; încă din primii ani de viață copiii vin în contact cu această figură masculină cu musculatură hipertrofiată, prin intermediul figurinelor și jucăriilor ce reprezintă personaje din filme, desene animate, benzi desenate sau povești. În cartea "The Adonis Complex" [71], Olivardia și Pope remarcă modul în care s-a schimbat aspectul acestor figurine din anii '70 până în prezent, ajungând de la un aspect muscular normotrofic la unul hipertrofiat. Un alt aspect luat în considerare de acești autori este creșterea progresivă a independenței femeilor comparativ cu statutul pe care acestea îl dețineau cu 30 de ani în urmă. Astfel, rolul de cap al familiei ce asigură atât siguranța financiară, cât și stabilitatea socială a acestora nu mai revine exclusiv bărbatilor, cele mai multe munci fiind în prezent desfășurate atât de bărbat, cât și de femeie. Prin urmare, remarcă autorii, bărbatii au dezvoltat un mecanism compensator, devenind mai preocupați de aspectul lor fizic, în special de forță și masa musculară, acestea rămânând o caracteristică eminent masculină, deoarece "musculatura este considerată un simbol al masculinității" [73, 74].

Teorii asupra etiologiei tulburării

Teoria cognitivă se axează pe formarea unui cerc vicios de gânduri disfuncționale. Persoana are o apreciere negativă asupra imaginii corporale interne, influențând reprezentarea externă a aspectului fizic. Aceasta determină construirea imaginii de sine ca obiect estetic, având ca rezultat o imagine corporală internă negativă. Persoanele nu sunt doar sensibile la anumite aspecte corporale, ci se simt și amenințate de acestea. La persoanele predispuse la tulburări somatoforme, acest lucru poate presupune suprainterpretarea imperfecțiunilor corporale.

Teoria psihodinamică postulează existența unor conflicte nerezolvate din copilărie și a unor sentimente refulate. Tulburarea oferă un mijloc de exprimare a emoțiilor care sunt dificil de exprimat pe altă cale. Emoțiile sunt transformate în simptome fizice mai ușor de tolerat. Scopul acestei conversii este de a comunica emoții extreme "într-un limbaj fizic". Astfel, preocuparea legată de musculatură ar putea fi considerată deplasarea inconștientă a unui conflict sexual sau emoțional (sentimente de vină, stimă de sine scăzută).

Teoria cognitiv-comportamental presupune existența a unui cumul de factori, dintre care: factorul cultural (se manifestă prin exagerarea preocupării pentru aspect, for fizic și atractivitate), predispoziția biologică, vulnerabilitatea psihologică bazată pe stim de sine scăzută și pe experiențele din copilăria timpurie (cadru familial dizarmonic, abuzuri fizice între copii, tachinare) care pot produce sentimente de lipsă de iubire, nesiguranță, rejecție.

Perspectiva biologică implică existența unei disfuncții serotoninergice.

Perspectiva evolutivă explică apariția acestei tulburări prin egalizarea progresivă a funcționării dintre bărbați și femei în multe aspecte ale vieții cotidiene. Odată cu emanciparea femeilor, bărbații și-au pierdut gradual identitatea tradițională de persoane care asigură venitul, protector și potențial luptător. În paralel, gradul de independență al femeilor a crescut, identitatea masculină s-a diminuat, în mod secundar și compensator s-a amplificat importanța aspectului corporal pentru bărbați. Nevoia de a suplini masculinitatea se poate traduce prin nevoia crescută de dezvoltare a musculaturii, aceasta fiind considerată simbol al masculinității [73,74].

Din punct de vedere **epidemiologic**, în urma unui studiu efectuat pe populație americană, Olivardia și colaboratorii au situat perioada de debut al acestei tulburări la vârsta de 19.4 ani și în perioada de adult tânăr [72]. Preocuparea pentru musculatură este mai frecventă și mai accentuată la bărbații tineri, comparativ cu cei trecuți de 45 de ani la care această preocupare este prezentă într-o măsură mai mică. Dorința de a dezvolta musculatura jumătății superioare a trunchiului apare, însă, și în rândul băieților de vârste mult mai mici (5-6 ani) [74].

Din punct de vedere **psihopatologic**, dismorfia musculară implică modificări pe următoarele planuri ale psihismului:

A. PLANUL COGNITIV, ce presupune modificări psihopatologice la nivelul următoarelor procese psihice:

1. Percepția – iluzii patologice legate de propria corporalitate (indivizii se percep ca subdimensionați, prea slabi)
2. Atenția – hiperatenție selectivă prevalentă, prelungită, direcționată spre propriul corp (își focusează atenția fie pe anumite “defecte” la nivelul aspectului fizic, fie pe impresia globală de subponderabilitate)
3. Gândirea, ce implică:
 - a. idei patologice subdelirante (convingeri distorsionate, repetitive și negative legate de aspectul fizic, care tind să devină automate și eludeze controlul voluntar)
 - b. idei recurente de insuficiență, incapacitate, inutilitate, insatisfacție
 - c. autocritic

- d. idei de tip obsesiv în legătură cu creșterea masei musculare, necesitatea antrenamentului și a unui regim alimentar special
- e. stim de sine scăzut
- f. compararea cu alte persoane sau cu anumite figuri considerate “ideale”

B. PLANUL AFECTIV – cel mai frecvent se descrie o dispoziție depresivă, iritabilitate, melancolie. De asemenea, adesea apar și sentimente intense de insatisfacție legată de aspect, dezgust față de propria persoană, rușine și jenă. Anxietatea și tensiunea intrapsihic reprezintă stări caracteristice, alături de sentimente de vid interior. În cazuri severe poate apărea fobia, caracterizată de teamă de a nu fi la înălțimea așteptărilor celor din jur.

C. PLANUL PSIHOMOTRICITĂȚII – implică cel mai adesea participarea regulată și riguroasă la antrenamente fizice și respectarea unui regim alimentar particular.

La ora actuală se consideră că dismorfia musculară are la bază o **imagine corporală negativă** care, la rândul ei, este determinată de:

- preocuparea excesivă cu forma și dimensiunea corpului care este cronofagă și interferează cu funcționarea social-profesională a individului;
- insatisfacția cu imaginea corporală (așa cum este aceasta percepută de către individ), ce conduce la stim de sine scăzut, depresie, anxietate socială.

În acest sens, anumite studii postulează faptul că percepția neconformă cu realitatea a dimensiunilor și formei corporale poate fi bazată pe asocierea de deficite corticale cu anumite procese emoționale ce pot genera tendința de a se concentra îndeosebi pe forma și dimensiunile corporale [75]. Astfel, tulburările de percepție ale imaginii corporale ar fi determinate în ultimă instanță de anumite deficite corticale care la rândul lor conduc la deficite vizuo-spațiale, ceea ce ar putea oferi un răspuns la întrebarea de ce anumite persoane își supra- respectiv subvaluează dimensiunile fizice [76].

Din punct de vedere al **tabloului clinic**, simptomatologia variază ca intensitate pe un continuum. Simptomele comune sunt următoarele:

1. Examinarea frecvent și repetată în oglinzi și alte suprafețe reflectorizante
2. Măsurarea periodică a formei și masei musculare
3. Preferința pentru o vestimentație menită să ascundă forma fizică (haine largi)
4. Evitarea situațiilor în care este necesară expunerea corpului

5. Preocuparea pentru a desfășura cu regularitate și rigurozitate exerciții fizice intense/excesive (zilnic, de câteva ori pe zi)
6. Desfășurarea antrenamentului fizic chiar și în condiții în care se produc leziuni fizice (rupturi musculare, întinderi de ligamente, tendoane sau articulații)
7. Ignorarea/evitarea evenimentelor sociale, familiale, precum și absenteismul de la locul de muncă în favoarea efectuării exercițiilor fizice
8. Preocuparea intensă pentru un anumit regim alimentar strict, bogat în proteine și lipsit de lipide și recurgerea la respectarea acestuia
9. Insatisfacția constantă legată de forma și dimensiunea masei musculare
10. Consumul de anabolizante steroide (amfetamine, HCG, L-Dopa, blocante de estrogeni, steroizi). Beneficiile acestei conduite (eficiență în dezvoltarea masei musculare, durabilitate a masei musculare) sunt însoțite de o serie de efecte adverse importante, dintre care menționăm:
 - efecte non-psihiatrice: creșterea riscului pentru boli cardiovasculare, accidente vasculare cerebrale, cancer de prostată ;
 - efecte psihiatrice: iritabilitate, lăbilitate emoțională, tendința la manifestări agresive, heteroagresivitate verbală și fizică, tulburări de raționament, ideea de megalomanie, episoade depresive severe, dependență fizică și psihică [77, 78].

În cazuri severe, preocuparea pentru exerciții fizice (antrenamente) poate lua alura unei idei obsesive, iar nevoia imperioasă de a le executa se transformă în compulsie. Astfel, neparticiparea la o edină produce o stare de tensiune intrapsihică și anxietate, însoțite de sentimente de vulnerabilitate, idei de incapacitate și culpă.

Din punctul de vedere al **comorbidităților**, dismorfia musculară se asociază cel mai adesea cu tulburări ale dispoziției (depresie sau tulburarea afectivă bipolară), tulburări anxioase, tulburări de alimentație, tulburarea obsesiv-compulsivă, schizofrenie, tulburări de personalitate cuprinse în cluster-ul B (în special tulburarea de personalitate de tip narcisic) [79].

Astfel, tulburări dispoziționale de modelul episoadelor depresive recurente sau tulburărilor afective bipolare (mai precis episoade hipomaniacale în timpul consumului de steroizi) s-au evidențiat la aproximativ 58% din rândul pacienților cu dismorfie musculară [71, 77, 78].

Cât privește comorbiditatea cu tulburările anxioase sau apartenența dismorfiei musculare la categoria nosologică a tulburărilor de anxietate, acest aspect este discutabil și în prezent. Astfel, în cazul dismorfiei musculare apare o stare de anxietate generalizată legată de aspectul

fizic ce se manifestă în special atunci când indivizii sunt incapabili să-și respecte programul riguros de antrenament fizic și regim alimentar. Conform literaturii de specialitate, tulburările anxioase sunt prezente la 29% din cei cu dismorfie musculară [71], în timp ce statisticile arată că același procentaj dintre cei diagnosticați cu Complexul Adonis descrie un istoric de anorexie sau bulimie nervoasă ori episoade repetitive de mâncat compulsiv (“binge eating”) (ibid.). În ciuda acestor date, cele două tulburări se diferențiază prin faptul că manifestările caracteristice tulburării de anxietate generalizată (tensiune intramusculară, iritabilitate, neliniște psihomotorie, tulburări de somn ș.a.) nu sunt manifeste în mod necesar la cei cu dismorfie musculară.

De asemenea, există asemănări între dismorfia musculară și tulburarea obsesiv-compulsivă, în ceea ce privește anumite elemente ale tabloului clinic, și anume: gânduri obsesive (în legătură cu creșterea masei musculare sau cu faptul de a nu fi suficient de musculos), acte compulsive (manifestate ca exerciții fizice în exces sau un regim alimentar urmat riguros, cu o anumită frecvență strictă), stări de disconfort/tensiune/neliniște/dispoziție depresivă atunci când indivizii se regăsesc în incapacitatea de a-și desfășura programul de antrenament sau dieta.

Conform unor studii, există asemănări între fobia socială și dismorfia musculară, în ceea ce privește reacția indivizilor în situații sociale în care atenția celorlalți se focusează pe ei [80].

De asemenea, s-au evidențiat atât asemănări, cât și deosebiri între dismorfia musculară și tulburările de personalitate din clusterul B (în special tulburarea de personalitate de tip narcisic) [80]. La ambele categorii nosologice există, pe de-o parte, îngrijorări legate de identitate, relații interpersonale instabile, iar, pe de altă parte, în timp ce indivizii cu tulburare de personalitate de tip narcisic își doresc să fie în centrul atenției sau să aibă succes pe plan social, cei cu dismorfie musculară evită conștient și voluntar situații similare de teamă care va fi observat “musculatura subdezvoltată”. Cei cu dismorfie musculară practică un program de antrenament fizic în scopul de a fi acceptați de către ceilalți, nu pentru a-i influența într-o anumită direcție, așa cum se întâmplă de obicei la psihopatul narcisic. Comportamentele impulsive, caracteristice tulburărilor de personalitate arondate clusterului B nu se întâlnesc de regulă la indivizii suferinzi de dismorfie musculară.

Punctele de confluență dintre dismorfia musculară și tulburările de instinct alimentar sunt următoarele: existența tulburării de percepție a formei și greutatei corporale (81), lipsa de control care apare atât în timpul episoadelor de mâncat abuziv (bulimie nervoasă) cât și în legătură cu nevoia incoercibilă de a efectua exerciții fizice și a menține o dietă foarte riguroasă, etiologie similară, incluzând: o imagine corporală nesatisfăcătoare, stimde sine sczut, impactul major al factorului socio-cultural, în special influențele din mass-media. Cu toate acestea, la nivel comportamental, cele două tulburări se deosebesc prin faptul că implică comportamente

compensatorii diferite: postul (refuzul alimentar conștient) în cazul anorexiei nervoase, respectarea unor diete particulare (bogate în proteine și sărace în lipide) în cazul dismorfiei musculare, respectiv utilizarea de laxative sau diuretice în scopul scăderii greutății în cazul bulimiei nervoase.

În ultimă instanță, la nivel comportamental, indivizii care suferă de dismorfie musculară ajung frecvent să-și neglijeze responsabilitățile familiale, profesionale, sociale pentru a-și satisface nevoia imperioasă de a desfășura antrenamente fizice în scopul creșterii continue a masei musculare; acest tip de comportament secundar se caracterizează prin faptul că este repetitiv (1-5 sedințe de antrenament pe zi) și cronofag (aproximativ peste 200 de minute pe zi) [71].

Având în vedere faptul că dismorfia musculară este o tulburare relativ recent descrisă și circumscrisă din punct de vedere diagnostic, până în prezent nu s-a ajuns la un consens în ceea ce privește anumite scheme/programe terapeutice specifice acestei tulburări. Actualmente, **tratamentul** complet al dismorfiei musculare presupune o abordare multidisciplinară efectuată de o echipă alcătuită din medici psihiatri, nutriționiști și psihologi [82]. Înainte de a se institui un anumit plan de tratament se aplică anumite chestionare de evaluare pentru a determina aspectele individuale și severitatea tulburării. Eficiența maximă se obține printr-un plan de tratament ce îmbină acțiunea psihofarmacologică cu cea psihoterapeutică. Când privește tratamentul medicamentos, acesta presupune cel mai adesea utilizarea de antidepressive din grupa inhibitorilor selectivi ai recaptării serotoninei (d.e. Fluoxetină în doze uzuale, de pildă 20 mg/zi). Cu toate acestea s-au constatat dificultăți notabile în instituirea unui tratament specific în principal datorită lipsei de insight a pacienților, cu atât mai mult cu cât aceștia prezintă un aspect fizic ușor catalogabil drept sănătos, atât din perspectivă exterioară, cât și din propriul punct de vedere. În lipsa conștientizării bolii, cel mai adesea aceste persoane nu solicită consulturi de specialitate și au reineri față de a urma un anumit tratament, complianța terapeutică ulterioară fiind prin urmare foarte scăzută. În acest sens, un prim pas în tratamentul dismorfiei musculare ar fi încercarea de a obține un insight din partea pacientului, etapă care de regulă se desfășoară prin discuții libere, desfășurate într-un cadru individual sau într-un grup de suport, despre imaginea corporală și despre propriile emoții în legătură cu aceasta. Când privește intervenția psihoterapeutică, la ora actuală cea mai uzitată este terapia cognitiv-comportamentală ce are ca scop principal reconstrucția schemelor cognitive disfuncționale, recunoașterea și combaterea gândurilor negative și desensibilizarea sistematică în raport cu situații sociale inconfortabile.

Menționăm că, în cazul formelor uoare sau medii de dismorfie musculară, încompletarea terapeutică este în general mai scăzută datorită faptului că pacienții solicită asistență de specialitate preponderent datorită tulburărilor asociate [83].

2.10. Aspecte chirurgicale estetice în tulburarea dismorfică corporală

Preocuparea oamenilor pentru aspectul fizic datează din cele mai vechi timpuri, fiind un element esențial în funcționarea persoanei umane. Rolul aspectului exterior este cu atât mai important, cu cât imaginea exterioară a unei persoane determină primul impact asupra unei relații directe și are influență nemijlocită atât asupra modului în care persoana se raportează la sine și la ceilalți, cât și asupra interacțiunilor cu cei din jur, a relațiilor deopotrivă sociale și intime.

Alături de alte atribuții și trăsături specifice, aspectul exterior, corporal se distinge prin dinamica sa, în sensul în care acesta se modifică și, mai mult, poate fi modificat la inițiativa persoanei în cauză. Chirurgia estetică, de pildă, poate suplini nevoia oamenilor de a-și îmbunătăți aspectul fizic, fie în sensul corectării anumitor defecte ereditare sau posttraumatice, fie în scopul diminuării efectelor pe care procesul natural de îmbătrânire le exercită asupra propriului corp. Intervențiile specifice chirurgiei cosmetice se împart în două categorii: cele invazive (d.e. lifting facial, rinoplastie, blefaroplastie, lipoaspirație, augmentare/lifting/reducție mamar etc.), respectiv cele non-invazive (d.e. injectare de toxină botulinică A, injectare de colagen, microdermabraziune, peeling chimic, epilare cu lumină intens polarizată etc.)

Chirurgia estetică cunoaște o evoluție sinuoasă. Inițial, datorită costurilor ridicate, intervențiile chirurgicale estetice se adresau exclusiv persoanelor cu un statut social și financiar înalt, ceea ce limita considerabil accesul majorității oamenilor la aceste servicii. Acesta s-a redus și mai mult datorită stigmei referitoare la persoanele care apelează la asemenea intervenții, stigmă foarte răspândită mai ales acum circa 30 de ani. Chirurgia estetică a început să câștige în popularitate începând cu în ultimile două decade, în mare parte datorită promovirii de către mass-media a preocupării pentru sănătatea fizică și aspect îngrijit, ajungând până la impunerea unui anumit standard de „perfecțiune” corporală; acesta a devenit cu atât mai dezirabil de către majoritate, cu cât mijloacele mass-media îl prezintă în strânsă corelație cu un stil de viață confortabil și cu succes pe plan social, financiar, profesional, relațional etc. De cele mai multe ori, pentru a atinge acest a-numit standard, o persoană trebuie nu doar să respecte o anumită igienă alimentară și fizică, ci și să se supună anumitor intervenții ce au ca scop corectarea sau returnarea la starea de „imperfecțiuni” ordin fizic. Astfel, în special în ultimii 10-20 de ani, numărul persoanelor care apelează la serviciile de chirurgie estetică a crescut semnificativ, iar costurile intervențiilor s-au diminuat considerabil, chirurgia estetică devenind în scurt timp un

adevrat fenomen social. Anumite date statistice corespondente populaiei din SUA confirm acest lucru: conform unui studiu, în perioada 1997-1999 numărul intervențiilor chirurgicale estetice a crescut cu 119%, cu alte cuvinte circa 4.6 milioane de persoane au beneficiat de asemenea intervenții (48); într-un studiu mai recent se preciza faptul că, în perioada 2002-2003, 7 milioane de femei și 1.1 milioane de bărbați au apelat la serviciile de chirurgie plastică [84], în timp ce potrivit altor surse, în ultimii 10 ani, numărul intervențiilor cosmetice – invazive sau non-invazive – a crescut cu 500% [85].

Alături de modificările vizibile pe care intervențiile chirurgicale estetice le provoacă pe plan fizic, persoana poate suferi anumite schimbări pe plan psihosocial [86], ceea ce implică un proces de adaptare la nivel cognitiv, emoțional și interrelațional [87]. De aceea, deși aceste intervenții se produc la nivel corporal, fizic, prin mijloace chirurgicale (invazive), scopul pentru care o persoană apelează la aceste proceduri este adesea pluridimensional [87], iar impactul acestora depășește planul corporal. Luând în considerare acest aspect, evaluarea preoperatorie a pacienților a devenit necesară, în cadrul creia se urmăresc în special expectanțele în legătură cu rezultatul intervenției dorite, dar și starea generală de sănătate mentală.

Cele mai multe studii din literatura de specialitate au relevat faptul că, din punct de vedere statistic, majoritatea persoanelor care apelează la serviciile de chirurgie estetică este sănătoasă din punct de vedere psihic [86]; cu toate acestea, la un anumit procent de pacienți, evaluarea preoperatorie poate evidenția anumiți indici psihopatologici. Din această categorie fac parte și cei ce suferă de tulburare dismorfică corporală. Aceștia se remarcă printr-o preocupare excesivă pentru un anumit „defect” perceput la nivelul aspectului fizic, deși în realitate adevăratul „defect” este minor sau chiar imaginar/inexistent, această preocupare afectează considerabil planurile de funcționare ale indivizilor. Majoritatea pacienților cu tulburare dismorfică corporală au convingerea că „defectul” respectiv poate fi corectat cu ajutorul procedurilor specifice chirurgiei estetice [88]. Astfel, conform unui studiu [47], din 200 de pacienți diagnosticați cu tulburare dismorfică corporală, 74% au apelat la intervenții chirurgicale estetice, iar 64% s-au supus propriu-zis acestor proceduri. Între principalele zone corporale care alcătuiesc obiectul preocupărilor se numără fața/tenul, nasul, părul, sânii, coapsele sau organele genitale [89]. Implicit, intervențiile chirurgicale estetice cel mai frecvent solicitate includ rinoplastia, augmentarea mamară, microdermabraziunea sau injectarea de colagen [90].

Majoritatea studiilor de specialitate subliniază influența nefavorabilă pe care procedurile de chirurgie estetică o au asupra persoanelor cu tulburare dismorfică, în ceea ce privește atât accentuarea simptomatologiei, cât și evoluția tulburării. Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor, persoanele care suferă de dismorfie corporală nu apelează la serviciile de sănătate

mental, ci se orientează în primul rând spre serviciile chirurgicale estetice (între 7 și 15% din totalul consultațiilor), respectiv spre cele dermatologice (între 9 și 12% din totalul consultațiilor) [88]. În mod paradoxal, gradul de satisfacție postoperatorie la acești pacienți este foarte scăzut, iar în rarele cazuri în care sunt mulțumiți de rezultatul intervenției, preocuparea se mută pe un alt „defect”; în consecință, riscul de a dezvolta dependență față de procedurile chirurgicale estetice este foarte crescut la acești pacienți [84]. Conform literaturii de specialitate [86, 32, 91], la circa 80% dintre pacienții dismorfici care se supun intervențiilor chirurgicale estetice simptomatologia specifică tulburării dismorfice corporale se menține sau se intensifică în perioada postoperatorie; doar 1% din cazuri se caracterizează prin ameliorarea sau dispariția simptomelor [90, 88]. Odată cu simptomatologia specifică tulburării dismorfice se menține și comorbiditatea, respectiv handicapul aferent. La scurt timp după o intervenție chirurgicală estetică, pacienții pot dezvolta preocupări intense pentru diverse cicatrici sau asimetrii rezultate în urma operației, în consecință solicitând în mod repetitiv corectarea acestora prin intermediul altor intervenții chirurgicale. Acest proces repetitiv poate culmina cu acte heteroagresive îndreptate împotriva chirurgului, de la amenințări acionări în instanță până la lezări fizice. În alte circumstanțe pacienții recurg la conduite autoagresive, rata suicidului la cei cu tulburare dismorfică fiind printre cele mai ridicate în rândul pacienților din sfera psihiatriei [89]. Acest aspect este cu atât mai important, cu cât un rezultat postoperator nesatisfăcător poate accentua ideea suicidară sau poate precipita actul suicidar [92].

În consecință, un grad redus de satisfacție postoperatorie poate crea o serie de probleme ulterioare, atât pacientului cât și medicului [86]. De pildă, pacientul se poate confrunta cu fenomene precum: dificultăți de adaptare, simptome depresive, tendințe la retragere socială, disfuncționalități pe diverse planuri, comportamente autolitice sau heteroagresive față de medicul chirurg [86]. La rândul său, acesta din urmă se poate confrunta cu situații ce implică: un nivel ridicat de stres pentru întreaga echipă operatorie, acte repetitive de hărțuire din partea pacientului, acionări în instanță, prejudicii fizice și morale etc. [93].

O altă categorie de pacienți o constituie cei la care debutul tulburării dismorfice corporale se produce postoperator. În acest sens, Asociația Americană de Chirurgie Plastică (ASPS) a stabilit o serie de criterii de selecție a candidaților pentru proceduri din sfera chirurgiei plastice [94]. Cu alte cuvinte, pentru a beneficia de o intervenție chirurgicală estetică, un pacient trebuie să se încadreze într-una dintre următoarele categorii:

- Pacienți sănătoși din punct de vedere mental, cu o imagine de sine puternică și un nivel crescut al stimei de sine, care apelează la serviciile chirurgicale estetice

deoarece sunt deranjați de anumite caracteristici fizice pe care doresc să le corecteze, respectiv să le îmbunătățească;

- Pacienții la care defectul fizic este evident și semnificativ și care se confruntă cu un nivel scăzut al stimei de sine în principal datorită defectului respectiv.

La antipod se situează pacienții indezirabili, în cazul cărora procedurile chirurgicale estetice sunt contraindicate și care trebuie îndrumați spre serviciile de sănătate mentală. Această categorie include următoarele cazuri:

- Pacienții vulnerabili, aflați în perioade de criză existențială, cu potențial psihotraumatizant (d.e. divorț, deces al unei persoane apropiate, pierdere a locului de muncă ș.a.); în aceste cazuri, contrar așteptărilor pacienților, soluționarea optimă nu vine odată cu modificarea chirurgicală a aspectului fizic, ci presupune în primul rând asistență specializată din sfera serviciilor de sănătate mentală;
- Pacienții cu expectanțe nerealiste, precum:
 - Persoane care doresc să semene la nivel fizic cu o anumită personalitate publică, prin aceasta, să împărtășească același stil de viață;
 - Persoane care doresc să obțină așa-numita „perfecțiune” inițială, adică aspectul pe care îl aveau înaintea unui traumatism sau unei boli suferite;
 - Pacienții care doresc să anuleze complet efectele procesului biologic de îmbătrânire asupra aspectului fizic prin recaptarea imaginii pe care o aveau în tinerețe.
- Pacienții „imposibil de mulțumiți” care consultă numeroși chirurghi în speranța obținerii rezultatului dorit;
- Pacienții obsedați de un defect minor care au convingerea că odată cu corectarea defectului viața lor va fi perfectă;
- Pacienții cu tulburări psihice (d.e. psihoze).

Alături de aceste criterii, există și alți factori de prognostic nefavorabil [41, 86].

- Sexul masculin;
- Vârsta tânără;
- Un istoric de multiple intervenții chirurgicale estetice cu rezultate nesatisfăcătoare pentru pacient;
- Antecedente personale de ordin patologic: patologie depresivă, anxioasă, anumite tulburări de personalitate (cel mai adesea de tip borderline sau narcisic), diagnostic anterior de tulburare dismorfică corporală, urmarea simultană a unui tratament farmacologic psihotrop;

- Motiva ie predominant extrinsec (d.e. dorin a de a-i face pl cere unei alte persoane prin modificarea solicitat);
- Hot rre brusc , pripit de a se supune unei interven ii chirurgicale estetice (d.e. pacien i maniacali sau impulsivi).

În afar de aspectele men ionate mai sus, un element important în depistarea i asisten a acestor pacien i îl constituie prima impresie a medicului chirurg i informa iile pe care acesta le poate ob ine în urma interviurilor preoperatorii cu pacientul. În acest sens, este util adresarea întreb rilor de genul [41, 86]:

- Ce anume dore te s ob in pacientul prin această interven ie?
- Cum crede pacientul c rezultatul interven iei îi va schimba via a?
- De cât timp este preocupat de acest defect i cât de intens este această preocupare?
- De cât timp se gânde te s apeleze la interven ia respectiv ?
- În ce mod defectul respectiv i-a influen at existen a?
- Care este motivul pentru care a optat pentru acest medic chirurg i nu pentru un altul?

Majoritatea autorilor recomand medicului chirurg s in cont de prima impresie pe care i-a format-o asupra respectivului defect; în cazul în care acesta îi pare minor sau nesemnificativ comparativ cu acuzele pacientului, chirurgul ar trebui s ia în calcul posibilitatea unui diagnostic de tulburare dismorfic corporal , chiar i într-o faz incipient sau de intensitate subclinic , caz în care se impune trimiterea pacientului la un consult psihiatric [95].

Conform datelor statistice [86], interven iile chirurgicale estetice pot fi secondate de diferite grade de satisfac ie postoperatorie care variaza în func ie de tipul specific de interven ie. Dintre acestea men ion m:

- **Rinoplastia** - în ceea ce prive te satisfac ia post-operatorie în cazul acestei proceduri, rezultatele ob inute variaza în func ie de particularit ile i design-ul individual al fiec rui studiu în parte. În timp ce majoritatea cercet rilor au indicat grade crescute de satisfac ie i o cre tere a încrederii pe plan social la majoritatea pacien ilor, studiul efectuat de Edgerton i colaboratorii [23] a relevat anumite disfunc ionalit i pe plan psihic la 55% dintre cei 46 de subiec i investiga i, în condi iile în care 50% dintre ace tia puteau fi diagnostica i cu o tulburare de personalitate. Într-un studiu asupra sindromului de “pierdere a identit ii” în perioada ulterioar rinoplastiei [96], rezultatele ob inute la un lot de 9 pacien i au indicat un înalt grad de insatisfac ie cu rezultatul interven iei; subiec i se declarau

“oca i” de noua imagine, solicitând automat efectuarea unor noi proceduri chirurgicale în vederea “corectării” aspectului sau a redobândirii caracteristicilor inițiale. Într-o cercetare asupra trăsăturilor de personalitate ale pacienților care s-au supus rinoplastiei, [97] au identificat elementele psihotice, nevrotice și trăsăturile narcisice ca factori perturbatori în evaluarea rezultatului postoperator de cinci ani și pacienți.

- **Mamoplastiile** (augmentarea, respectiv reducerea mamarului) – implică cel mai înalt grad de satisfacție cu rezultatul intervenției; în ceea ce privește reducerea mamarului, un total de 6 studii efectuate pe 711 femei indică un nivel general crescut de satisfacție în legătură cu următoarele aspecte: procedura chirurgicală (86-97%), ameliorarea stării de sănătate (inclusiv îmbunătățirea imaginii corporale și diminuarea emoțiilor negative), alături de atenuarea simptomatologiei somatice legate de mărirea sânilor. În ceea ce privește augmentarea mamarului, concluziile a 8 studii pe un total de 769 de paciente au indicat, de asemenea, nivele înalte ale satisfacției generale legate de aspect (între 78% și 90% dintre subiecți), în special în ceea ce privește creșterea stimei de sine, a performanțelor sociale, atractivității și satisfacției în legătură cu imaginea corporală [86].;
- **Liftingul facial** – unele cercetări mai timpurii [98] au decelat la 86% dintre subiecți investigați nivele înalte atât în ceea ce privește satisfacția postoperatorie, cât și starea subiectivă de bine; conform aceluiași studiu, la nivelul aceluiași grup, printre predictorii unui rezultat negativ se număra vârsta peste 40 de ani. Ulterior, studiul efectuat de Goin și colaboratorii [99] pe un lot de 50 de pacienți, cu media de vârstă de 56 ani, a relevat existența diferitelor tulburări psihice în perioada postoperatorie la 54% dintre subiecți, în special simptomatologie depresivă la o treime dintre aceștia. Alături de necesitatea de a continua cercetările pe termen lung a gradului de satisfacție cu acest tip de intervenție, se impune și menținerea, în majoritatea cazurilor, intervențiilor chirurgicale de tip restaurare (d.e. lifting facial) implică un efort de acomodare mai redus decât intervențiile de tip modificare (d.e. rinoplastie).

În general, sentimentul intrasubiectiv de satisfacție în legătură cu rezultatele intervenției se instalează în timp, la aproximativ 3 luni de la actul chirurgical, cu posibilitatea de a se menține timp de doi, respectiv cinci ani de la intervenție [85, 100]. În cazurile în care pacientul este mulțumit de rezultatul obținut, modificările în plan fizic și social nu întârzie să apară: creșterea nivelului stimei de sine, încrederea în propria persoană, calitatea vieții și capacitatea de a se bucura

de aceasta, calitatea vieii sexuale, confortul cu propriul corp .a., iar în același timp se diminuează anxietatea și tendințele la retragere socială [86].

Din nefericire, majoritatea covârșitoare a pacienților cu tulburare dismorfică corporală nu obține în acest grad de satisfacție postoperatorie, de vreme ce de cele mai multe ori intervențiile chirurgicale estetice nu numai că nu ameliorează adevăratul „defect”, ci înrăutățesc starea pacientului, agravând simptomatologia de model dismorfic.

În concluzie, procedurile ce învin de chirurgia estetică sunt strict contraindicate în cazul pacienților care suferă de tulburare dismorfică corporală. Mai mult, în vederea asistenței cât mai eficiente a acestor pacienți, se recomandă depistarea posibilelor cazuri cu tulburare dismorfică corporală încă de la interviul preoperator, refuzul intervenției și îndrumarea acestor persoane spre un consult de specialitate din cadrul serviciilor de sănătate mentală.