



O TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL E A CORRELAÇÃO COM OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

ANA JULIA EVANGELISTA¹
ANA FLÁVIA SOUSA SILVA²
MARLI CHIARANI³

RESUMO: Os padrões de beleza, idealizados há séculos, têm incentivado a busca constante e compulsiva por uma imagem corporal perfeita. A exposição desses padrões tornou-se uma questão a ser analisada a partir do momento em que se observaram indícios de que essa busca aumentou consideravelmente os casos de adoecimento mental, incluindo o aumento significativo do Transtorno Dismórfico Corporal e dos Transtornos Alimentares, entendendo-se, pois, ser significativo realizar um estudo que abordasse a associação das comorbidades apresentadas em ambas as patologias que, mediante o diagnóstico, se assemelham por apresentarem características como: insatisfação corporal e preocupação excessiva com o corpo. Diante desse cenário, a oferta de tratamento adequado revela-se de extrema importância, uma vez que estudos apontam a psicoterapia baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental, aliada ao uso de psicofármacos, como o padrão-ouro para a estabilização e manejo dos transtornos. Sendo assim, para o desenvolvimento deste estudo, utilizou-se uma pesquisa qualitativa com levantamento bibliográfico em artigos dos últimos 20 anos retirados de dados eletrônicos tais quais: Google Acadêmico Brasil; *Scientific Electronic Library* (SciELO) e PEPSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia). O presente estudo destaca, como resultado, a necessidade de investigações mais abrangentes no contexto brasileiro acerca da correlação entre os transtornos citados, com o objetivo de incentivar a realização de pesquisas atualizadas no cenário nacional. Demonstrou-se, ainda, relevante ao contribuir significativamente para a compreensão da correlação entre o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) e os Transtornos Alimentares (TA), evidenciando que, embora sejam quadros distintos, apresentam comorbidades semelhantes que tendem a provocar intenso sofrimento psíquico.

PALAVRAS-CHAVE: Anorexia; Beleza ideal; Bulimia; Distorção de Imagem; Terapia Cognitivo-Comportamental.

BODY DYSMORPHIC DISORDER AND ITS CORRELATION WITH EATING DISORDER

ABSTRACT: Beauty standards, idealized for centuries, have encouraged a constant and compulsive search for a perfect body image. The exposure to these standards has become an issue to be analyzed since evidence suggests that this search has considerably increased cases of mental illness, including a significant increase in Body Dysmorphic

¹ Acadêmica de Graduação, Curso de Psicologia, Centro Universitário Fasipe - UNIFASIFE. Endereço eletrônico: anajuliae13@gmail.com

² Professora Especialista em Psicologia, Curso de Psicologia, Centro Universitário Fasipe - UNIFASIFE. Endereço eletrônico: anafpsicologia@gmail.com

³ Professora Mestra em Letras, Curso de Psicologia, Centro Universitário Fasipe - UNIFASIFE. Endereço eletrônico: marli.chiarani@edu.mt.gov.br



Disorder and Eating Disorders. Therefore, it is significant to conduct a study that addresses the association of comorbidities presented in both pathologies which, given the diagnosis, are similar in presenting characteristics such as: body dissatisfaction and excessive concern with the body. Given this scenario, the provision of adequate treatment is extremely important, since studies point to psychotherapy based on Cognitive-Behavioral Therapy, combined with the use of psychotropic drugs, as the gold standard for the stabilization and management of these disorders. Thus, for the development of this study, a qualitative research was used with a bibliographic survey of articles from the last 20 years taken from electronic databases such as: Google Scholar Brazil; Scientific Electronic Library (SciELO) and PEPISIC (Electronic Journals in Psychology). In this way, the present study resulted in the need for more comprehensive investigations in the Brazilian context regarding the correlation between the aforementioned disorders, with the aim of encouraging updated research in the national scenario. It also proved relevant in significantly contributing to the understanding of the correlation between Body Dysmorphic Disorder (BDD) and Eating Disorders (ED), showing that, although they are distinct conditions, they present similar comorbidities that tend to cause intense psychological distress.

KEYWORDS: Anorexia; Bulimia; Cognitive Behavioral Therapy; Ideal beauty; Image distortion.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o novo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5 TR), o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) constitui-se de uma preocupação excessiva com a aparência física, que acarreta grande insatisfação com a imagem corporal, a qual é relacionada a um defeito mínimo ou imaginário na aparência, prejudicando vários aspectos da vida (Bonfim; Nascimento; Borges, 2016).

A procura incessante por um corpo perfeito deixa de ser saudável e passa a ser a causa de diversos problemas de saúde, incluindo outras adversidades visto que, de acordo com Nascimento *et al.* (2010), o Transtorno Alimentar (TA), apesar de distinto, apresenta características semelhantes ao TDC.

A Anorexia Nervosa (AN) caracteriza-se pela perda de peso intencional através da restrição alimentar, influenciando a autoestima devido ao medo mórbido de engordar (Carvalho *et al.*, 2016). Já a Bulimia Nervosa (BN), é constituída também pelo medo de engordar, porém diferente da AN, a bulimia não faz a recusa do alimento, mas possui episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidas de purgação (Almeida; Cardoso, 2021). Ambas as patologias estão relacionadas à insatisfação corporal, o que leva a compreender como o TDC pode estar interligado com o desenvolvimento desses transtornos, visto que a imagem distorcida de si e a preocupação excessiva com a aparência fazem parte das características principais.

Nos dois grupos, notam-se pensamentos recorrentes e comportamentos repetitivos perceptíveis nas contagens de calorias e comportamentos compensatórios (TA), além da incessante busca por reassseguramento (TDC), o que colaborou para que ambos fossem incluídos no grupo de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (TEOC).

A população atual encontra-se fragilizada emocionalmente devido à pressão social; o Brasil é o segundo país com maior número de cirurgias estéticas (ISAPS/IBOPE, 2017; Kataoka *et al.*, 2023).

As mídias sociais propagam a imagem do corpo “perfeito”, favorecendo sofrimento mental subjacente, muitas vezes inconsciente e permeado por fatores obsessivos, podendo



levar ao TDC (Kataoka *et al.*, 2023). O aumento gradual do TDC impacta negativamente a saúde física e mental, com comorbidades semelhantes às do TA, como medo mórbido de engordar e desaprovação da imagem corporal (Medeiros *et al.*, 2022).

O tema do estudo evidencia como transtornos podem surgir através das influências sociais atuais e apresentar comorbidades semelhantes, interferindo no diagnóstico e tratamento.

As mídias sociais influenciam significativamente a autoimagem, levando à adoção de hábitos questionáveis para atingir o corpo perfeito (Medeiros *et al.*, 2022). Relações sociais e exposição repetitiva a padrões de beleza reforçam insegurança, baixa autoestima e dietas restritivas (Bernadelli; Silva, 2024).

A necessidade de um modelo corporal ideal tornou-se uma preocupação de saúde mental e física, funcionando como autopunição inconsciente, favorecendo o desenvolvimento de TDC e TA (Batista, 2024). Alterações na percepção da imagem corporal são comuns em ambos os transtornos, sendo que cerca de 32,5% dos indivíduos com TDC já apresentaram TA (Tacca *et al.*, 2023).

Referente às citações expostas, o tema definido para o trabalho objetiva abordar a problemática referente a dois transtornos muito presentes atualmente, cujas comorbidades se assemelham e interligam-se um ao outro.

Portanto, de acordo com a problemática apresentada, interroga-se: Qual o limite para atingir um padrão imposto pela sociedade e como o Transtorno Dismórfico Corporal e o Transtorno Alimentar estão inseridos de forma conjunta nessa busca inalcançável?

Analisando tais fatores, o respectivo artigo tem como intuito escrever a correlação entre o Transtorno Dismórfico Corporal e o Transtorno Alimentar (Bulímico e Anoréxico), considerando as comorbidades associadas conforme apontado em estudos existentes sobre o tema, além de analisar essa relação pela perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental e abordar como o padrão de beleza atual influencia os transtornos mencionados.

Além disso, caracterizar os Transtornos Alimentares; discorrer sobre o Transtorno Dismórfico Corporal; conceitualizar a abordagem de Terapia Cognitivo-Comportamental; descrever a estrutura do processo terapêutico; destacar as possíveis intervenções com base na Terapia Cognitivo-Comportamental.

Para tal, este artigo está estruturado em quatro partes: a Introdução, que apresenta a proposta do estudo; a Revisão de Literatura, que discorre sobre os conceitos fundamentais da pesquisa, sendo eles: a história da beleza, os Transtornos Alimentares, Bulimia e Anorexia, o Transtorno Dismórfico Corporal, a conceitualização da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a estrutura do processo terapêutico e as possibilidades interventivas; em seguida apresentam-se os Materiais e Métodos, que descrevem a forma como a pesquisa foi desenvolvida; e, por fim, as Considerações Finais, que esclarecem os resultados obtidos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 História da Beleza

A cultura é a lente através da qual o ser humano percebe o mundo, funcionando como uma poderosa influência que orienta o comportamento humano. Em diferentes épocas e civilizações, a cultura destaca o corpo e a estética, exaltando aquilo que é visto como belo (Medeiros *et al.*, 2022).

Para pontuar a cultura do que é belo, cita-se a Grécia, a qual é considerada a



civilização voltada à beleza, tendo em sua cultura a definição do ideal do belo. Como exemplo, observam-se as estátuas conhecidas mundialmente, especificamente a de Apolo e Afrodite que se enquadram nessa idealização de corpos perfeitos, tendo isso como suas virtudes (Masiero, 2015).

Masiero (2015) aponta, ainda, que outra referência para os estudos da beleza é a civilização egípcia, à qual Nefertiti e Cleópatra pertenciam e eram vistas como símbolos de graciosidade.

Com a Idade Média e a influência dominante do Catolicismo, a ideia de beleza passou a associar-se a qualidades como pureza, inocência, delicadeza e feições angelicais. No entanto, essa concepção foi transformada durante o Renascimento Cultural, quando a beleza começou a ser retratada com uma visão mais cética (Purper, 2022).

Sendo assim, Masiero (2015) cita o Renascimento, trazendo a obra de Leonardo da Vinci, o “Homem Vitruviano”, retratado como símbolo de harmonia, uma beleza marcada pela arte e cultura, a qual entrega um padrão de simetria.

Com o passar dos anos, houve diversas mudanças no padrão de beleza, todos sendo moldados pela cultura e época em que estavam inseridos. Sendo assim, na década de 60, a visão feminina associou-se a modelos e padrões magros; e, no início de 1980, uma mudança ainda mais radical relacionada aos padrões estéticos “sem gordura” (Samuel; Polli, 2020).

Analisando, então, a necessidade de se encaixar na concepção de beleza imposta pela sociedade independentemente da época e dos padrões impostos, é interessante citar Lima *et al.* (2023), os quais se valem do livro “O mal-estar na civilização” de Freud (1930/1996) para expor as três fontes de mal-estar na cultura: a caducidade do próprio corpo, a força do que é natural e a instabilidade das relações interpessoais.

Por fim, Lima *et al.* (2023) expõem que a visão de Freud ensina que a procura pela felicidade está diretamente relacionada à busca incessante de usufruir da beleza. Pontuam ainda que a “atitude estética em relação ao objetivo da vida oferece muito pouca proteção contra a ameaça do sofrimento, embora possa compensá-lo bastante” (Lima *et al.*, 2023, p. 50 *apud* Freud, 1930/1996, p. 90).

2.1.1 O padrão de beleza atual

O historiador e sociólogo francês Georges Vigarello (2006) destaca que os sinais da aparência física considerada “perfeita” passaram por diversas mudanças desde a sua ênfase no Renascimento até as novas ideias incrementadas na modernidade (Pinto, 2019).

Para Medeiros *et al.* (2022), atualmente ainda se encontra um padrão enraizado e aqueles que não se encaixam são considerados inferiores. Como consequência, Kataoka *et al.* (2023) relatam que os indivíduos tornam-se, psicologicamente, fragilizados devido à alta cobrança da sociedade, o que aumenta gradativamente o risco de adoecimento psíquico.

Sendo assim, Pinto (2019) cita Baudrillard (1995), o qual pontua que o corpo passou a ser administrado e regulado como um patrimônio, por isso manipulado como parte de um estatuto social altamente significativo.

Com isso, a era individualista e consumista produziu a necessidade constante de controlar e diminuir o peso corporal, utilizando-se de esforço e restrição para tal. Uma necessidade tão requerida ao ponto de que a gordura passou a ser vista como desleixo, falta de vontade e fealdade (Pinto, 2019).

Ademais, nessa era contemporânea, as redes sociais se tornaram altamente relevantes entre a atual população. Elas disseminam fortes padrões estéticos, os quais são



incorporados pela sociedade e fortalecem os ideais sociais referentes ao corpo (Américo; Oliveira; Baquião, 2022).

O padrão de beleza inalcançável que se destaca na mídia tem sido formado e retratado por redes de televisão, ilustrações na internet, revistas femininas e, principalmente, divulgações publicitárias, os quais enfatizam a forma como o corpo é visto, vendido e cobiçado, fazendo com que a exploração do corpo ocorra em grande medida (Américo; Oliveira; Baquião, 2022).

Considerando a famosa frase “espelho reflete a imagem”, observa-se que, na atualidade, com a tecnologia atual, o espelho não é mais o único objeto que reflete a imagem do corpo. A imagem transmitida pelas mídias sociais alimenta um jogo de espelhos entre o corpo e o olhar do outro, atuando diretamente na formação da autoestima e da autoimagem. Nesse sentido, então, a imagem passa a ser compreendida como uma resultante da influência que o ambiente exerce sobre o sujeito (Américo; Oliveira; Baquião, 2022).

Nesse contexto, Del Priore (2000) é citado por Pinto (2019) ao descrever que, em todos os lugares, seja nas ruas, academias, praias ou estádios, a beleza sempre irá exercer uma ditadura permanente, e aqueles que não se encaixam em seu império serão afetados e humilhados.

Por fim, Lopes *et al.* (2022) citam, de forma direta, a pontuação feita por Barbosa *et al.* (2011, p. 3) de que a idealização excessiva da imagem corporal é uma situação preocupante, pois pode vir a desencadear prejuízos na vida do indivíduo, como o adoecimento mental que, conseqüentemente, colabora para o aparecimento dos Transtornos Alimentares como a Anorexia e Bulimia Nervosa, os quais são diretamente associados à insatisfação corporal e baixa autoestima devido à não aceitação de seus corpos reais.

2.2 Transtornos Alimentares (TA)

Os Transtornos Alimentares vêm sendo considerados uma “epidemia” que prejudica sociedades mais industrializadas e desenvolvidas. Atinge, principalmente, adolescentes e adultos jovens (Diniz; Lima, 2017).

Os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que os transtornos apresentam uma estimativa de 4,7% entre a população brasileira. E, caso se considere unicamente o público jovem, as estimativas desse percentual podem chegar a 10% (Souza; Garcia, 2021).

Oliveira e Deiro (2013) já haviam pontuado esse crescimento do transtorno na faixa etária de adolescentes e adultos jovens, especificando ainda a prevalência no sexo feminino, tendo maior incidência entre os 13 e 20 anos de idade.

Segundo Appolinario *et al.* (2022), os Transtornos Alimentares são um adoecimento mental complexo, sendo caracterizados pela alteração do comportamento alimentar, por crenças distorcidas e excesso de preocupação referente à comida, alimentação e com a forma do corpo. O TA pode iniciar muito cedo na vida do indivíduo e continuar presente por diversos anos, tendo os sintomas iniciais dificilmente visíveis. Além disso, tendem a manter condições persistentes, sendo acompanhados de problemas físicos e psicossociais, considerando que os casos mais graves apresentam maior dificuldade de recuperação, podendo levar até mesmo a óbito.

Em razão da diversidade de fatores que os desencadeiam, é ideal que o tratamento seja conduzido por uma equipe multiprofissional, que acolha e avalie corretamente a situação do paciente (Appolinario *et al.*, 2022).

Há autores que os classificam como uma síndrome ligada à cultura de algumas



civilizações, a hipótese gerada tende a ser evidenciada devido ao fato de que Bulimia e Anorexia Nervosa aparecem em maior número em mulheres jovens de países ocidentais. Sendo assim, o fundamento dos Transtornos Alimentares está, de certa forma, associado aos aspectos socioculturais, apesar de não descartar os fatores psicológicos, biológicos e familiares (Diniz; Lima, 2017).

Os Transtornos Alimentares são caracterizados por uma desregulação persistente na alimentação e nos comportamentos relacionados a ela. As manifestações desses transtornos variam e causam impactos significativos na vida dos pacientes (Samuel; Polli, 2020).

Hiluy (2019) descreve outras comorbidades notórias nesses indivíduos, tais como dismorfia corporal e baixa autoestima. Sgarbi *et al.* (2023) afirmam que ambos os transtornos estão associados ao alto índice de morbidade e mortalidade, visto que os comportamentos alimentares inadequados e patológicos podem gerar diversas complicações médicas.

Batista (2024) pontua que o distúrbio pode gerar diversas complicações clínicas, incluindo problemas cardiovasculares, alterações pulmonares, complicações renais, gastrointestinais e dentárias.

Indivíduos diagnosticados com anorexia ou Bulimia Nervosa tendem a ter o aumento de duas a seis vezes nas estatísticas de mortalidade. Cerca de um terço das pessoas com esses transtornos desenvolvem sintomas persistentes que podem permanecer por até 20 anos após serem diagnosticados. Mudanças recorrentes de humor, aumento da ansiedade e uso de substâncias lícitas e ilícitas são identificados em mais de dois terços das pessoas com TA (Sgarbi *et al.*, 2023).

2.2.1 Anorexia Nervosa (AN)

A Anorexia Nervosa caracteriza-se pela significativa perda de peso, originada pela restrição alimentar e pela não aceitação do indivíduo referente à gravidade de seu estado físico e psicológico. Além disso, AN sofre influência negativa do peso na autoestima do sujeito, devido ao medo mórbido de engordar (Carvalho *et al.*, 2016).

Segundo Muratore e Attia (2021), a AN associa-se a diversas complicações médicas e psicológicas, além de carregar uma das maiores taxas de mortalidade quando comparada a outros distúrbios psicológicos.

Pacientes com AN apresentam alguns aspectos típicos, sendo caracterizados sobretudo pela alteração dos comportamentos alimentares, como a restrição alimentar que inclui a diminuição da quantidade de alimentos ingeridos, períodos prolongados de jejum, não ingestão de alimentos com valor energético e costumes não habituais durante as refeições (separar alimentos no prato, diminuir a velocidade na hora de comer, contar compulsivamente as calorias da dieta). Além disso, é comum observar desconforto intenso devido à insatisfação corporal, como a checagem corporal compulsiva, o uso de roupas mais largas para esconder o corpo, e até mesmo o ato de se isolar socialmente (Appolinario *et al.*, 2022).

A Anorexia encontra-se em três critérios diagnósticos na DSM-5-TR. A restrição de calorias em relação às necessidades, fazendo com que o indivíduo tenha peso corporal baixo para suas características; o medo de ganhar peso e engordar ou o comportamento incomum que interfere nessa perda, mesmo já estando com baixo peso; e, por fim, o incômodo no modo como o próprio peso ou sua estética corporal são observados, influenciando de forma indevida a autoavaliação ou a dificuldade de reconhecer a gravidade do seu baixo peso corporal (Hiluy, 2019).

Transtornos como a Anorexia desencadeiam diversas questões emocionais nos



indivíduos e comprometem o convívio social e as relações interpessoais, uma vez que a visão distorcida do próprio corpo, aliada à percepção particular do mundo, torna-se um obstáculo nas interações sociais (Bernadelli; Silva, 2024).

Desse ponto de vista, a AN é descrita como uma condição de inanição autoinduzida (a pessoa deixa de comer mesmo sentindo fome), em que, mesmo o indivíduo estando abaixo do peso, ainda adota comportamentos para evitar engordar (Sgarbi *et al.*, 2023).

Os indivíduos que enfrentam a AN apresentam dificuldade para lidar com seus sentimentos, pois não possuem habilidades para obter a adequada percepção das suas sensações/emoções, demonstrando também a presença de uma identidade fragilizada. Essas características se dão através da percepção disfuncional relacionada à imagem corporal, gerando, assim, diversos danos na vida dos pacientes (Bernadelli; Silva, 2024).

Portanto, devido ao fato de os sujeitos diagnosticados não terem capacidade de discernir o que é destrutivo para si, a maior dificuldade encontrada no tratamento, de acordo com a fala de profissionais e familiares, é a resistência do paciente em aceitar seu diagnóstico de Anorexia Nervosa, negando-se a mudar seus comportamentos para auxiliar na melhora, além de recusar o tratamento (Bernadelli; Silva, 2024).

2.2.2 Bulimia Nervosa (BN)

A Bulimia Nervosa é caracterizada como um transtorno mental que ocorre com uma frequência quatro vezes maior que a Anorexia Nervosa. Sua identificação pode ser mais difícil, pois, em muitos casos, o indivíduo não apresenta redução significativa de peso (Batista, 2024).

A BN é definida no DSM-5-TR pela ocorrência de episódios repetidos de compulsão alimentar, seguidos por ações compensatórias para evitar o aumento de peso, como vômito autoinduzido, uso inadequado de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejum ou exercícios excessivos. Além disso, a autopercepção do paciente é excessivamente influenciada por sua forma física e peso corporal (Hiluy, 2019).

Indivíduos com diagnóstico de BN apresentam grande dificuldade em controlar suas emoções, e a condição é caracterizada por episódios de compulsão alimentar, nos quais consomem grandes quantidades de comida em pouco tempo. Esses episódios são frequentemente seguidos por sentimento de culpa e vergonha, dando início a um novo ciclo (Batista, 2024). Esse ciclo pode vir a ocasionar diversas consequências físicas, como dores de garganta, disfagia, problemas gástricos, hematemese, dentre outras (Ferreira *et al.*, 2023).

Uma pontuação importante é a notoriedade no peso do paciente com BN, o qual costuma oscilar no decorrer da doença, encontrando-se com o peso normal durante o início do processo, porém apontando tendências ao sobrepeso com a continuidade do transtorno. Além disso, destacam-se complicações médicas que podem vir a aparecer com o decorrer do tempo, como hemorragia conjuntival, cáries, arritmias, erosão do esmalte dentário e convulsão (Appolinario *et al.*, 2022).

Como pontuado por Ferreira *et al.* (2023), a fragilidade dos indivíduos que apresentam comportamentos bulímicos é uma característica acentuada, tendo a análise do nível de autoestima como ponto importante para determinar o prognóstico do transtorno. Os episódios anoréxicos-bulímicos apresentam-se como um reflexo físico-corporal de conflitos psíquicos.

De acordo com Hiluy (2019), para que se possa obter o diagnóstico, esses episódios de compulsão e as medidas compensatórias inadequadas devem ocorrer, em média, pelo menos uma vez por semana durante três meses.



Por fim, Diniz e Lima (2017) destacam que o sujeito que desenvolve a Bulimia Nervosa tende a valorizar, de forma excessiva, a forma do corpo e o peso, adquirindo uma percepção distorcida do seu físico e apresentando dificuldade em identificar e lidar com suas emoções.

2.3. Transtorno Dismórfico Corporal

O Transtorno Dismórfico Corporal pode ser caracterizado pela preocupação com defeitos observados na aparência física e que não são notáveis ou que têm pouca relevância para outras pessoas, além disso, caracteriza-se pelos comportamentos repetitivos, como olhar excessivamente no espelho e se comparar com outra pessoa (APA, 2022).

Segundo Medeiros *et al.* (2022), o TDC foi descrito pela primeira vez no século XIX pelo psiquiatra italiano, Enrico Morselli. O transtorno foi caracterizado como uma insatisfação permanente com o corpo, trazendo sentimento de deformidade e desenvolvendo desconforto persistente sem motivos aparentes.

De acordo com Cardoso, Nunes e Faro (2023), o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) foi incluído no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) a partir da terceira edição (DSM-III), publicada em 1980, sendo classificado como um transtorno somatoforme atípico, denominado dismorfobia. Atualmente, pesquisas indicam forte envolvimento entre o TDC e o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), de modo que o DSM-5 passou a classificar o TDC na seção de TOC e transtornos relacionados, marcado principalmente pelos comportamentos repetitivos associados a corrigir, consertar ou esconder os defeitos e pensamentos disfuncionais referentes à aparência física (Cardoso; Nunes; Faro, 2023).

Considerado uma psicopatologia, esse transtorno é caracterizado pela distorção da autoimagem corporal, que pode variar desde uma percepção irreal e imaginária até uma fixação exagerada em mínimas imperfeições percebidas na própria aparência. Essa preocupação intensa é de grande importância para o indivíduo, resultando em reações negativas e intensas em relação a si mesmo, afetando aspectos pessoais, sociais, profissionais e familiares (Araújo; Junior, 2024).

Conforme Cardoso, Nunes e Faro (2023), a busca por tratamentos estéticos, dermatológicos e cirurgias plásticas é frequente entre indivíduos com Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), indicando uma maior vulnerabilidade para a presença de pessoas com sintomatologia do transtorno nesses contextos.

O TDC é um transtorno que gera morbidade significativa, destacado pelas perdas ocupacionais e sociais, sobretudo o isolamento. Esse padrão no comportamento geralmente tende a ser notado em momentos sociais visto que o indivíduo passa a se isolar e tenta esconder ou alterar sua aparência com roupas e maquiagem. Além disso, é evidente o comportamento de examinar repetidas vezes a “imperfeição” no espelho ou se esquivar de forma frequente a fim de evitá-lo (Medeiros *et al.*, 2022).

Conforme Araújo e Junior (2024), durante a fase adulta, as consequências associadas ao TDC incluem distanciamento e perdas na vida social, acadêmica e profissional. Dito isso, indivíduos com Transtorno Dismórfico Corporal tendem a ser menos propensos ao casamento e mais propensos a estarem desempregados, além de apresentarem maior ocorrência de Transtornos de Humor, Transtornos Alimentares e ansiedade ao serem comparados com indivíduos que não possuem o transtorno.

Almeida, Leahy e Moreira (2021) pontuam que o seu desenvolvimento está associado a vivências passadas de violência, abuso, negligência e traumas. Crianças que passaram por abuso físico e/ou emocional, apresentam maiores chances de desenvolver



distorções na imagem corporal, incluindo o TDC. Além disso, gera aos pacientes uma baixa qualidade de vida, aumentando, assim, as taxas de suicídio nessa população.

O transtorno associa-se à depressão, ansiedade, vergonha e risco de suicídio. Além do mais, é considerada uma doença silenciosa, visto que os pacientes não revelam suas preocupações com a aparência, pois possuem receio de como a sociedade irá enxergá-los, portanto tendem a manter seus costumes e pensamentos em segredo (Almeida; Leahy; Moreira, 2021).

Sendo assim, Cardoso, Nunes e Faro (2023) pontuam que o comportamento suicida possui taxas elevadas entre indivíduos com o transtorno, com estimativas indicando que até 80% desses pacientes apresentam ideação suicida ao longo da vida e entre 24% e 28% já realizaram tentativas de suicídio.

2.4. Evidências da Correlação entre Transtornos Alimentares e o Transtorno Dismórfico Corporal

Após compreender as características de cada transtorno abordado, é importante analisar como eles se relacionam, para ampliar o conhecimento construído ao longo do estudo. Assim, percebe-se que o padrão de comorbidades em pacientes com Transtorno Alimentar (TA) e Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) se assemelham (Nascimento *et al.*, 2010).

Embora as características do TDC e do TA sejam distintas, eles podem ocorrer de forma conjunta em certos indivíduos. Por exemplo, mulheres com TDC possuem maior probabilidade de apresentar um TA comórbido (Gorbis; Jamero, 2019 *apud* APA, 2013).

Diante do exposto, então, observa-se que tanto nos Transtornos Alimentares (TA) quanto no Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) há alteração significativa na percepção da imagem corporal. No entanto, o que os diferencia é o foco das preocupações: enquanto no TA, a ênfase recai sobre o peso e suas implicações; no TDC, as preocupações são mais específicas, direcionando-se a características particulares do corpo como pele, rosto e cabelos (Tacca *et al.*, 2023).

Além disso, Nascimento *et al.* (2010) observam que as primeiras pesquisas realizadas indicaram que indivíduos com TA podem manifestar preocupações corporais não relacionadas a variações de peso, com taxas de comorbidade que chegam a 39%. Nessas situações, os pacientes podem se sentir incomodados com características como a cor dos olhos, o cabelo ou outros aspectos específicos da aparência.

A comorbidade entre Transtorno Alimentar (TA) e Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) pode ser bastante subestimada. Considera-se que alguns indivíduos com TA podem apresentar sintomas de TDC em determinados períodos, mesmo antes do aparecimento das alterações no comportamento alimentar (Nascimento *et al.*, 2010).

Por fim, é relevante destacar que, conforme os artigos publicados a partir dos anos 2000, os autores defendem que as comorbidades correspondem a duas patologias distintas (TDC e TA), enquanto artigos publicados anteriormente postulam que a insatisfação com a imagem corporal, mesmo que relacionada a aspectos que não variam diretamente com o peso, é parte dos transtornos alimentares, e não de outra doença como sugerem as classificações nosológicas atuais (Nascimento; Appolinário; Fontenelle, 2012).

2.4.1. Estudos realizados

Os primeiros estudos sobre comorbidade entre TDC e TA são baseados em relatos de casos publicados em 1980 na Polônia. Foram analisados três casos de TA que destacam a presença de incômodo com a imagem corporal não relacionado à forma e ao peso e em períodos em que as pacientes já não apresentavam alterações do comportamento alimentar



(Nascimento *et al.*, 2010).

Após um ano, foi publicada uma série de casos de pacientes com Anorexia Nervosa que apresentaram, no início de seu quadro clínico, sintomas exclusivos de TDC. O primeiro estudo a avaliar, de forma metódica, o incômodo com a imagem corporal, comparou três grupos: pacientes do sexo feminino com Transtornos Alimentares (TA); pacientes com queixas sobre a imagem corporal, mas que não atendiam aos critérios diagnósticos para Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) ou para qualquer Transtorno Alimentar; e funcionárias da universidade onde o estudo foi conduzido. As participantes foram avaliadas utilizando diferentes escalas psicométricas para TA e TDC, entre elas o *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) (um questionário estruturado de autopreenchimento para identificação de TDC). Os autores classificaram as queixas sobre a imagem corporal em duas categorias: relacionadas ao peso e não relacionadas ao peso (Nascimento *et al.*, 2010).

A maioria das pacientes com Transtorno Alimentar (TA) apresentou queixas secundárias em relação à imagem corporal, e cerca de 30% delas relataram incômodos que não envolviam o peso, como seios pequenos ou caídos, cicatrizes, manchas na pele, além de insatisfação com a forma do rosto ou a quantidade de cabelo. Entre as pacientes com TA, 88% alcançaram escores compatíveis com o diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) (Nascimento *et al.*, 2010).

Em 2002, realizou-se outra pesquisa sobre a comorbidade entre os transtornos. Grant, Kim e Eckert (2002, tradução da autora) relataram que nenhuma das participantes diagnosticadas com Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) teve a patologia identificada pelos médicos-assistentes durante o tratamento da Anorexia Nervosa (AN), mesmo entre aquelas que consideravam o TDC seu principal problema. Todas relataram não ter mencionado essas queixas aos seus médicos por vergonha. Assim como observado no estudo realizado na Polônia, em grande parte das pacientes (93,8%), os sintomas de TDC surgiram antes do início da AN. Mais uma vez, as áreas que mais geravam incômodo estavam localizadas no rosto, envolvendo características como o nariz, a pele, o cabelo, o queixo, os lábios e os olhos (Nascimento *et al.*, 2010).

Outro estudo realizado por Ruffolo *et al.* (2006, tradução da autora) avaliou 200 pacientes com TDC. O estudo constatou que 32,5% dos pacientes tiveram, ao longo da vida, um transtorno alimentar comórbido e 9,5% desenvolveram um transtorno alimentar simultaneamente ao Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), sendo 9,0% com anorexia, 6,5% com bulimia e 17,5% com transtorno alimentar não especificado. O estudo também revelou que, em comparação com o grupo com apenas TDC, aquele que possuía as duas patologias apresentou taxas mais altas de hospitalização por problemas psiquiátricos, sessões de psicoterapia e uso de medicamentos (Gorbis; Jamero, 2019).

A maioria dos pacientes com ambos os transtornos (63,1%) desenvolveu o TDC antes do surgimento das alterações no comportamento alimentar. Aqueles com comorbidade entre os dois transtornos classificaram o TDC como o mais grave e demonstraram maior insatisfação com sua imagem corporal em comparação aos pacientes diagnosticados exclusivamente com TA (Ruffolo *et al.*, 2006, tradução da autora).

Além disso, a literatura internacional demonstra que o TDC pode estar presente em 25% a 39% das pacientes com Anorexia Nervosa, o qual se enquadra como o transtorno alimentar em que há mais alterações da imagem corporal. A presença de preocupações relacionadas ao peso também é frequente em portadores de TDC, chegando a atingir 29% desses indivíduos (Nascimento; Appolinário; Fontenelle, 2012).

Portanto, os estudos realizados até o momento apontam que pacientes com Transtornos Alimentares (TA) juntamente ao Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) tendem



a apresentar sintomas mais intensos, tratamento mais prolongado e maior número de comorbidades psiquiátricas em comparação àqueles com TA isolado. Alguns autores sugerem que a melhora dos sintomas da anorexia pode ser apenas temporária, caso não ocorra mudança significativa na percepção da imagem corporal (Nascimento; Appolinário; Fontenelle, 2012).

A semelhança entre os aspectos psicológicos dos dois transtornos, assim como a alta frequência de comorbidade entre eles, levanta a hipótese de que possam representar manifestações distintas de uma mesma condição subjacente, separadas artificialmente pelas classificações diagnósticas atuais (Nascimento; Appolinário; Fontenelle, 2012).

Entretanto, de acordo com Nascimento; Appolinário e Fontenelle (2012), a existência de evidências como o padrão diferencial de resposta ao tratamento farmacológico, sugerem o contrário. Por exemplo, a introdução do Topiramato pode levar à remissão de sintomas como compulsão alimentar e comportamentos compensatórios, enquanto os sintomas relacionados à insatisfação com a imagem corporal (não associados ao peso ou à forma física) podem permanecer. Além disso, há relatos de pacientes com TA assintomáticas que continuam a apresentar sintomas de TDC, o que reforça a possibilidade de se tratar de transtornos distintos.

2.5. Conceitualização da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem que trabalha com intervenção semiestruturada, sendo objetiva, e que procura identificar, trabalhar e corrigir condições que aumentam as chances de desenvolvimento e reforço das alterações cognitivas e comportamentais. Através disso, reforça o fato de que o sistema de crenças do sujeito é quem determina os sentimentos e comportamentos que ele apresenta (Oliveira; Deiro, 2013).

A TCC originou-se na década de 60 através do psicanalista Aaron T. Beck. Ele acreditava que, para que a Psicanálise fosse aceita pela comunidade médica, suas teorias precisariam de validação empírica. Com base nessa convicção, ele se dedicou a experimentos para obter essa comprovação. O psicanalista decidiu testar a ideia de que a depressão resulta de uma hostilidade direcionada contra si mesmo e, para isso, começou a analisar os sonhos de pacientes deprimidos em busca de sinais dessa hostilidade (Beck, 2022).

Para comprovar isso, Beck e Marvin Hurvich observaram que o sonhador apresentava, em seus sonhos, características como rejeição, desapontamento, frustração e/ou críticas. Nesse meio, foi, então, inserido o termo “masoquismo”, para pontuar as características desagradáveis do sonho, visto que o conteúdo do sonhador era voltado como receptor das críticas e rejeições (Koman, 2017).

Koman (2017) ainda pontua que Beck e Hurvich chegaram à conclusão de que os pacientes caracterizados como depressivos possuíam, de fato, mais sonhos masoquistas que os pacientes que não preenchiam os critérios para serem classificados como deprimidos.

Sendo assim, Beck (2013) afirma que os resultados de seus estudos levaram-no a buscar outros contextos para o tratamento da depressão, identificando que algumas características principais do transtorno vinham através de cognições negativas e distorcidas, especialmente pensamentos e crenças apresentadas pelos pacientes. Com essa descoberta e com enfoque no tratamento para a depressão, Beck apresentou uma sessão estruturada, breve, focada no presente e direcionada à solução de problemas atuais, juntamente com a modificação de comportamento e pensamentos disfuncionais (Beck, 2013).



Observou-se, então, um resultado positivo, o que levou outros autores a adotarem a técnica, fazendo adaptações para atender uma população com ampla diversidade de problemas e transtornos mentais. Com essas adaptações, houve mudanças no foco, nas técnicas e na duração dos tratamentos, mas os pressupostos teóricos foram mantidos (Beck, 2013).

Todos os tratamentos baseados no modelo cognitivo-comportamental focam na formulação cognitiva, nas crenças e nas estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico. Desde então, a Terapia Cognitivo-Comportamental tem se expandido para atender pessoas de diferentes idades, níveis de escolaridade e faixas de renda, estando presente nos cuidados primários e em outras especialidades de saúde mental (Beck, 2013).

Para Reyes e Fermann (2017), a TCC baseia-se em uma organização de psicoterapia com embasamento da teoria cujo pressuposto defende que a forma como o indivíduo estrutura as suas experiências determina como ele se comporta e se sente. Sendo assim, consideram-na como a principal abordagem cognitiva, sendo composta pela inclusão de conceitos e técnicas cognitivo-comportamentais, diferenciando-se conforme o aspecto predominante. Através de pesquisas e práticas clínicas, comprova-se que possui efeito positivo na diminuição de sintomas com ou sem medicação, em diversos transtornos psiquiátricos.

2.5.1 A Terapia Cognitivo-Comportamental e os Transtornos Alimentares

Ao estudar os transtornos alimentares pela perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), há de se gerar uma ampliação no arsenal terapêutico, porém também impulsiona significativos avanços referente ao entendimento e compreensão no tratamento dessa condição (Bronzatto; Lourenceti, 2024).

De acordo com Bronzatto e Lourenceti (2024), os programas de tratamento baseados na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) voltados para os transtornos alimentares têm como foco principal a redução da ansiedade, a modificação de crenças desadaptativas e o autogerenciamento comportamental. Quando direcionada à Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN), a TCC concentra-se nas distorções da imagem corporal, utilizando técnicas comportamentais com o objetivo de normalizar o peso e modificar padrões alimentares.

Porém, para tratar o Transtorno Alimentar, é fundamental a inclusão de uma equipe multidisciplinar devido à necessidade de ganho de peso urgente, hospitalização e problemas físicos, sendo ideal uma equipe com: psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, educadores físicos e médicos (Oliveira; Deiro, 2013).

2.5.2 A Terapia Cognitivo-Comportamental e o Transtorno Dismórfico Corporal

Segundo Beck (2013), os transtornos psicológicos compartilham um aspecto central: a presença de pensamentos disfuncionais, os quais exercem influência direta sobre o humor, os pensamentos automáticos e os comportamentos do indivíduo.

Portanto, um paciente diagnosticado com Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) frequentemente sofre prejuízos sociais significativos, pois tende a acreditar que os outros sempre irão reagir negativamente à sua aparência. Esse comportamento exemplifica o uso de metáforas antecipadoras relacionadas ao corpo e à mente, ou seja, crenças antecipadas sobre eventos futuros envolvendo a própria imagem (Mazzi *et al.*, 2019). Essas crenças são baseadas em narrativas mentais que o indivíduo constrói com base em suposições e julgamentos, geralmente negativos, sobre como será percebido socialmente. Com isso, a pessoa pode gastar longos períodos imersa em pensamentos disfuncionais, afastando-se



do presente e alimentando interpretações distorcidas da realidade social ao seu redor (Mazzi *et al.*, 2019).

Sendo assim, Mazzi *et al.* (2019) pontuam que o processo terapêutico voltado à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) baseia-se na identificação e na reestruturação de pensamentos e comportamentos disfuncionais relacionados à aparência do indivíduo. A partir dessa identificação, são aplicadas estratégias como o automonitoramento dos pensamentos e a regulação do tempo dedicado a comportamentos associados ao transtorno. Além disso, são incorporados exercícios comportamentais voltados à prevenção do envolvimento em condutas compulsivas, contribuindo para a redução dos sintomas e a melhora do funcionamento geral do paciente.

Nesse processo terapêutico, o psicólogo trabalha na redução ou eliminação de comportamentos e hábitos que interferem negativamente na rotina do indivíduo e que contribuem para sentimentos de angústia, ansiedade e depressão. Também é essencial que o profissional incentive a reinserção do paciente em contextos sociais, favorecendo sua participação em eventos e grupos dos quais se afastou (Mazzi *et al.*, 2019).

2.6. Estrutura do Processo Terapêutico

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) fundamenta-se em uma abordagem que adota o método científico como base teórica. Portanto, sua aplicação clínica requer padronização nos procedimentos e na organização estrutural das sessões terapêuticas. O tratamento deve seguir etapas claras e sequenciais, com início, desenvolvimento e conclusão bem definidos (Beck, 2022).

Portanto, de acordo com as definições descritas por Beck (2022), a estruturação do processo terapêutico contempla as seguintes etapas:

Avaliação e Conceitualização do Caso, a qual ocorre desde o primeiro contato, fornecendo informações relevantes que orientarão a formulação do caso e o planejamento do tratamento. Com essa base estruturada, torna-se possível realizar uma Psicoeducação mais eficaz, na qual o paciente é familiarizado com o Modelo Cognitivo de forma contextualizada à sua própria experiência.

Em seguida, estabelece-se a *Relação Terapêutica*, promovendo confiança e *rapport*. Após, organizam-se as *Metas e Objetivos* de forma colaborativa, proporcionando uma direção clara para o processo terapêutico e fortalecendo o engajamento do paciente (Beck, 2022).

Por fim, o *Monitoramento de Progresso* acompanha continuamente a evolução do paciente, sendo especialmente relevante na fase de *Término e Prevenção de Recaída*, preparando-o para o encerramento do tratamento e eventuais recaídas (Beck, 2022).

2.7. Possibilidades Interventivas de Acordo com a Terapia Cognitivo-Comportamental

Após a elaboração da conceitualização do caso clínico, o tratamento é organizado de maneira individual, e as técnicas são selecionadas de acordo com os sintomas psicopatológicos apresentados, e não apenas com base no diagnóstico formal (Duchesne; Campos; Pereira, 2019).

Entre as intervenções eficazes para ambos os transtornos, destacam-se:

2.7.1 Psicoeducação

Integra recursos psicológicos e pedagógicos para orientar pacientes e cuidadores sobre a patologia e tratamento (Lemes; Neto, 2017). Na TCC, contribui significativamente para o desenvolvimento do paciente, ao estimular a reflexão sobre seus pensamentos e



crenças relacionadas a si mesmo, ao mundo, às outras pessoas e ao futuro (Beck, 2013).

2.7.2 Reestruturação Cognitiva

A técnica de reestruturação cognitiva é um recurso eficaz que possibilita ao paciente reconhecer a relação existente entre seus pensamentos e os sintomas que experimenta. Além disso, contribui para capacitá-lo a reduzir a influência negativa dessas cognições sobre suas emoções, promovendo maior controle emocional, aumento da autoconfiança e redução dos sintomas ansiosos e da tendência à catastrofização (Arrigoni *et al.*, 2021).

2.7.3 Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD)

O RPD tem como intuito mapear as crenças do paciente por meio do registro de pensamentos, emoções e comportamentos em situações específicas, apoiando a reestruturação cognitiva (Rodrigues *et al.*, 2018).

2.7.4 Mindfulness

Prática de manutenção da atenção na experiência imediata, com uma atitude de abertura, aceitação e curiosidade. Essa técnica ensina o indivíduo a focar no que está acontecendo no momento presente, seja no ambiente externo ou em suas experiências internas, desenvolvendo uma predisposição para vivenciar o agora com plena consciência e sem julgamentos (Beck, 2022).

2.7.5 Técnica do Espelho

Exercício terapêutico com o objetivo de promover o aumento da autoestima e estimular o autoconhecimento. Consiste em posicionar o indivíduo diante de um espelho e pedir para que ele produza frases de autoafirmação. Sua eficácia está intimamente relacionada ao acompanhamento de profissionais da saúde mental, como psicólogos, psicanalistas e psiquiatras. Ele é indicado para o tratamento dos transtornos citados, pois auxilia o paciente na construção de uma nova visão sobre si (Conceição; Bueno, 2020).

2.7.6 Exposição e Prevenção de Resposta (EPR)

Técnica comportamental que consiste em expor o paciente, de forma sistemática, gradual, repetida e prolongada, às suas obsessões, ao mesmo tempo em que se previne a execução das compulsões. O objetivo central dessa abordagem é enfraquecer o condicionamento que sustenta o transtorno. Ao impedir a resposta compulsiva, ocorre um aumento inicial da ansiedade, seguido de uma redução gradual, rompendo o padrão cíclico anteriormente estabelecido e promovendo a habituação (Beck, 2022).

2.7.7 Prevenção de Recaídas

É inserida ao longo do tratamento, sendo essencial preparar o paciente para a redução gradual na frequência das sessões e para o encerramento do processo terapêutico. Destacam-se intervenções específicas, como incentivar o cliente a realizar sessões de autoterapia, ajudá-lo a reconhecer os primeiros sinais de um possível retrocesso ou recaída e desenvolver, em conjunto, um plano de ação para ser seguido caso os sintomas retornem (Beck, 2022).



3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo e bibliográfico, utilizando a análise de literatura ao reunir e estudar materiais relacionados ao tema tratado. Essa metodologia foi escolhida, pois se qualifica como um método de investigação que visa compreender os assuntos abordados e destacados no presente trabalho.

A coleta de informações deu-se através de pesquisas bibliográficas feitas a partir de dados eletrônicos como: Google Acadêmico Brasil; *Scientific Electronic Library* (SciELO); PEPISIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e PubMed. Foram utilizados artigos publicados e reconhecidos em português e inglês, priorizando conteúdos voltados ao tema “O Transtorno Dismórfico Corporal e a correlação com os Transtornos Alimentares”, cujas publicações compreenderam os últimos 20 (vinte) anos.

Através desses meios de pesquisa, realizou-se, inicialmente, a leitura dos títulos, resumos e conclusões para obtenção de dados a fim de identificar se o artigo escolhido preenchia os critérios (ano de publicação, idioma e conteúdo) para a utilização do estudo nele exposto. Somente após uma breve análise, os artigos escolhidos eram submetidos à leitura completa.

Sousa, Oliveira e Alves (2021) expõem que a pesquisa bibliográfica é encontrada principalmente no meio acadêmico, onde tem, como intuito, aprimorar e atualizar o conhecimento, utilizando da investigação e análise científica de obras já conhecidas e publicadas.

Além disso, Garcia (2016) cita Gil (2002, p. 17) ao definir pesquisa como “o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos.”

Portanto, para se alcançar os objetivos propostos, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa que, segundo Assis e Monteiro (2023), é uma metodologia que se dá através de abordagens que usufruem de técnicas interpretativas para entender os acontecimentos sociais e culturais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das pesquisas apresentadas neste artigo evidenciou o alcance dos objetivos propostos, ao demonstrar, de forma clara, a correlação entre o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) e os Transtornos Alimentares (TA). Foi possível identificar e descrever aspectos clínicos e psicológicos que permeiam essa associação, revelando comorbidades relevantes e recorrentes entre os dois quadros psicopatológicos.

Além de estabelecer a relação entre os transtornos, a pesquisa permitiu a análise aprofundada das características psicológicas específicas de cada um, favorecendo uma compreensão mais individualizada e precisa. Essa análise foi essencial para fundamentar a proposta de correlação, ampliando o conhecimento teórico na área e evidenciando a complexidade envolvida no diagnóstico e tratamento dessas patologias.

As evidências levantadas reforçam que a presença simultânea de TDC e TA tende a agravar o quadro clínico, dificultando o processo terapêutico e aumentando os riscos psicossociais para os indivíduos acometidos. Embora os transtornos sejam classificados de forma distinta, há uma considerável sobreposição de sintomas, principalmente entre pacientes com elevada insatisfação corporal, comportamentos de evitação social e adoção de estratégias compensatórias prejudiciais, como dietas extremas, vômitos autoinduzidos e procedimentos estéticos compulsivos.



Observou-se também que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem se consolidado como abordagem terapêutica de referência para o tratamento desses transtornos. Técnicas como a exposição com prevenção de resposta, reestruturação cognitiva e psicoeducação têm se mostrado eficazes na redução de sintomas, na modificação de comportamentos disfuncionais e na reconstrução de uma autoimagem mais saudável.

Outro ponto de destaque é a influência dos padrões de beleza atuais, cada vez mais disseminados pelas mídias sociais, que contribuem significativamente para a intensificação das distorções de imagem presentes nas patologias estudadas. A valorização de ideais estéticos inatingíveis representa um fator de risco, especialmente entre adolescentes e jovens adultos, exigindo atenção redobrada em contextos clínicos, educacionais e familiares.

Apesar dos avanços observados, nota-se que a maioria dos estudos analisados possui delineamento transversal ou retrospectivo, o que limita a compreensão aprofundada e causal da relação entre TDC e TA. Por isso, destaca-se a necessidade de novas pesquisas que considerem os atuais contextos socioculturais e a influência crescente do ambiente digital na percepção da autoimagem.

Conclui-se, portanto, que compreender a interseção entre o Transtorno Dismórfico Corporal e os Transtornos Alimentares é fundamental para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e intervenção terapêutica. Espera-se que este estudo possa contribuir para o avanço da literatura científica e fomentar o interesse por novas investigações que ofereçam maior visibilidade e aprofundamento sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Mariana Mello M. S. de; LEAHY, Ana Rachel M.; MOREIRA, Luiza Amélia C. Transtorno dismórfico corporal: uma revisão integrativa. **Residência RP Pediátrica**, v. 11, n. 3, 2021. p. 1-228. *E-book*.

ALMEIDA, Juliana P.; CARDOSO, Karen C. Bulimia nervosa em adolescentes do sexo feminino. **Research, Society and Development**, v. 10, p. 1-8, 2021. *E-book*.

AMÉRICO, Karine P. A.; OLIVEIRA, Rhayana A. C. & BAQUIÃO, Leandra A. A Influência da Mídia Nos Padrões de Beleza. **Revista Saúde em Foco**, nº 14, 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edn), 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 TR*. 2022.

APPOLINARIO, José C.; *et al.* **Transtornos alimentares: diagnóstico e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

ARAÚJO, Lorena G. M.; JUNIOR, Marcílio F. M. Transtorno dismórfico corporal: uma revisão de escopo. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 8, 2024.



ARRIGONI, Alessandra Cristina Braçale; *et al.* A reestruturação cognitiva como intervenção na redução das interpretações catastróficas no transtorno de ansiedade generalizada. **Revista Eixo**. Brasília-DF, v. 10, n.1, 2021. Disponível em: <<https://arquivorevistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/769/546>>. Acesso em: 05 mai. 2025.

ASSIS, Cristina F.; MONTEIRO, Rhadson R. Metodologias qualitativas e quadros de referência para a pesquisa em ciências humanas e sociais aplicadas. **Revista JurES**, v. 16, n. 29, 2023. p. 1-28.

BARBOSA, Maria R.; *et al.* Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, 2011. p. 23-34. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/WstTrSKFNy7tzvSyMpqfWjz/?lang=pt>>. Acesso em: 04 out. 2024.

BATISTA, Camila Colucci. **A busca pela perfeição e o transtorno dismórfico corporal: o início dos transtornos alimentares**. Orientador: Jôse Guedes Vieira. 2024. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Faculdade Psicologia, Centro Universitário Fasipe, UNIFASIFE, Cuiabá, 2024. p. 12-33.

BAUDRILLARD, Jean. **A sociedade de consumo**. Rio de Janeiro: Elfos Editora, 1995.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

_____. **Terapia cognitivo-comportamental**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
BERNADELI, Anathiele S.; SILVA, Marcos P. Transtornos alimentares: um estudo bibliográfico sobre os aspectos psicológicos e socioculturais. **Revista Científica Eletrônica**, UNIFASC, 2024.

BONFIM, Grazielle W.; NASCIMENTO, Isabela P. Cordeiro; BORGES, Nicodemos Batista. Transtorno dismórfico corporal: revisão da literatura. Universidade São Judas Tadeu, **Contextos Clínicos**, v. 9, n. 2, 2016. p. 241-252. *E-book*.

BRONZATTO, Jheniffer Amanda; LOURENCETI, Maria Dalva. A eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no combate aos transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia nervosa. Disponível em: <<https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/993/867>>. Acesso em: 4 nov. 2024.

CARDOSO, Júlia Nunes; NUNES, Daiane; FARO, André. Prevalência, ocorrência e variáveis psicológicas associadas ao transtorno dismórfico corporal: uma revisão de escopo. **Revista Psicologia Argumento**, v. 41, n.112, 2023. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7213/psicolarqum.41.112.AO15>>. Acesso em: 28 abr. 2025.

CARVALHO, Felipe Alckmin; *et al.* Análise da evolução dos critérios diagnósticos da anorexia nervosa. **Avaliação Psicológica**, v. 15, n. 2, 2016. p. 265-274. *E-book*.

CONCEIÇÃO, Jaqueline; BUENO, Gabriela. **101 Técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental**. Mafra, SC. Ed. UnC, 2020.



DEL PRIORE, Mary. **Corpo a corpo com a mulher**: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2000.

DINIZ, Neyanne O.; LIMA, Deyseane Maria A. A atuação do psicólogo no atendimento a pacientes com transtorno alimentar de bulimia nervosa. **Revista de Humanidades**, Fortaleza, v. 32, n. 2, 2017. p. 214-222. *E-book*.

DUCHESNE, Monica.; CAMPOS, Marianna C.; PEREIRA, Maene B. C. **Intervenções psicológicas no tratamento dos transtornos alimentares**. Rev. Debates in psychiatry, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-3-a>>. Acesso em: 22 mai. 2025.

FERREIRA, Camila L.; *et al.* Bulimia: alterações no corpo físico e psíquico. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 13, 2023. p. 1–28. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/1048>>. Acesso em: 23 out. 2024.

GARCIA, Elias. Pesquisa bibliográfica versus revisão bibliográfica: uma discussão necessária. **Revista Línguas e Letras**, v. 17, n. 35, 2016. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/linguaseletras/article/view/13193/10642>>. Acesso em: 15 out. 2024.

GIL, C. Antônio. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GORBIS, Eda & JAMERO, Justine. **Comparando e contrastando o transtorno dismórfico corporal e os transtornos alimentares**. Revista de Enfermagem Estética, vol. 8, n. 3, 2019. Disponível: <https://doi.org/10.12968/joan.2019.8.3.123>>. Acesso em: 22 mai. 2025.

GRANT, Jon E.; KIM, Suck Won; ECKERT, Elke D. **Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features and delusionality of body image**. *The International Journal of Eating Disorders*, v. 32, n. 3, p. 291-300, 2002.

HILUY, João; *et al.* Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: DSM-5 e CID-11. **Revista Debates em Psiquiatria**, v. 9, n. 3, 2019. *E-book*.

LEMES, Carina Belomé; ONDERE NETO, Jorge. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 17-28, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513777287002>>. Acesso em: 26 mai. 2025.

LIMA, F. Aluísio; *et al.* A ideologia do corpo feminino perfeito: questões com o real. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 1, 2023. p. 49-59. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/dj8qFH9Dk5SBKtLNhnYDY4q/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 out. 2024.

LOPES, Gabriela de Souza; *et al.* O ideal de beleza e os prejuízos causados à saúde mental. **Faculdade Multivix**, 2022. Disponível em: <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2022/04/o-ideal-de-beleza-e-os-prejuizos-causados-a-saude-mental.pdf>>.



Acesso em: 23 out. 2024.

KATAOKA, Alexandre; *et al.* O transtorno dismórfico corporal e a influência da mídia na procura por cirurgia plástica: a importância da avaliação adequada. Artigo de Revisão. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, 2023. p. 1-6.

KOMAN, Guido P. Atravessando o Rubicão: da psicanálise à terapia cognitiva. **Psicologia USP**, v. 28, n. 2, 2017. p. 214–223. DOI: 10.1590/0103-656420160035. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/134448>>. Acesso em: 04 nov. 2024.

MASIERO, Luciana Maria. **Mudanças culturais**: uma reflexão sobre a evolução das cirurgias plásticas, 2015. Disponível em: <<https://giiac.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/07/a5f.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2024.

MAZZI, Daiane Manfrin Barbosa; *et al.* **O saudável e o não saudável na busca pelo Bem-Estar**: Transtorno Dismórfico Corporal e a Terapia Cognitivo Comportamental. Centro universitário da fundação de ensino octávio bastos – UNIFEOB, 2019. Disponível em: <<http://localhost:8080/handle/prefix/4891>>. Acesso em: 05 abr. 2025.

MEDEIROS, Letícia Pereira de; *et al.* Transtorno dismórfico corporal: relação com os padrões de beleza. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, 2022. p. 1-7. *E-book*.

MURATORE, Alexandra F.; ATTIA, Evelyn. Current Therapeutic Approaches to Anorexia Nervosa: State of the Art. **Science Direct: Clinical Therapeutics**, v. 43, n. 1, 2021. *E-book*.

NASCIMENTO, Antonio Leandro; *et al.* Comorbidade entre transtorno dismórfico corporal e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/kxXHDmKrFSyirtZ7BRxhRqB/?lang=pt>>. Acesso em: 15 out. 2024.

NASCIMENTO, Antônio Leandro; APPOLINÁRIO, José Carlos; FONTENELLE, Leonardo Franklin. **Comorbidade entre transtorno dismórfico corporal e bulimia nervosa**. Archive of Clinical Psychiatry, São Paulo, v. 39, n. 1, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000100008>>. Acesso em: 22 mai. 2025.

OLIVEIRA, Leticia L.; DEIRO, Carolina. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 14, n. 1, 2013. p. 36-49. *E-book*.

PINTO, Naiara M. **Corpos da moda**: mídia e padrão de beleza, 2019. Disponível em: <<https://www.enecult.ufba.br/modulos/submissao/Upload-484/112143.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2024.

PURPER, Karine Ruoso Luchese. **As influências nos padrões de beleza feminina através da história**: revisão narrativa de literatura. Orientadora: Greice Raquel Machado. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Curso de Biomedicina, Universidade de Santa Cruz do Sul, 2022. Disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/3485/1/Karine%20Ruoso%20Luchese%20TCC.pdf>>.



[20Purper.pdf](#)>. Acesso em: 28 out. 2024.

REYES, Amanda Neumann; FERMANN, Ilana Luiz. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. PEPSIC – Artigo de Revisão, **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 13, n. 1, 2017.

RODRIGUES, Isacar dos Santos; *et al.* Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para a compreensão do luto. **Revista Ciências em Saúde**, v. 8, n. 4, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/002962021>>. Acesso em: 30 mai. 2025.

RUFFOLO, Jessica S.; *et al.* Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. **The International Journal of Eating Disorders**, v. 39, n. 1, p. 11-9, 2006.

SAMUEL, Ligia Ziegler; POLLI, Gislei Mocelin. Representações sociais e transtornos alimentares: revisão sistemática. **Academia Paulista de Psicologia**, v. 40, n. 98, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2020000100010>. Acesso em: 28 out. 2024.

SGARBI, Mariana Teixeira; *et al.* Uma análise dos transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 23, n. 2, 2023. p. 1-6. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/12172>>. Acesso em: 28 out. 2024.

SIGMUND, Freud. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos. **Obras completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira**, v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1930-1996. p. 67-150.

SOUSA, Angélica Silva de; OLIVEIRA, Guilherme Saramago; ALVES, Laís Hilário. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 43, 2021. p. 64-83. *E-book*.

SOUZA, Vivian C. Gonçalves; GARCIA, Ana Cristina B. B. Froés. Terapia cognitivo-comportamental: tratamento da anorexia nervosa em mulheres jovens. **Bol. - Academia Paulista de Psicologia**, v. 41, n. 101, 2021. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2021000200005>. Acesso em: 04 nov. 2024.

TACCA, Ana Laura Ferreira; *et al.* Prevalência de transtorno alimentar e transtorno dismórfico corporal em adolescentes do sexo feminino: fatores de influência associados e comparação entre estudantes das redes pública e particular. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 13, 2023. p. 1–21. Disponível em: <<https://revistardp.org.br/revista/article/view/1007>>. Acesso em: 23 out. 2024.