Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 24/11/2019
Data de Aprovação: 13/04/2020

ARTIGO ORIGINAL

Transtorno dismórfico corporal: uma revisão integrativa

Body dysmorphic disorder: an integrative approach

Mariana Mello Mattos Shaw de Almeida[1], Ana Rachel Moreira Leahy[2], Luiza Amélia Cabus Moreira[3]

Palavras-chave:
Imagem Corporal, Transtornos Dismórficos Corporais, Aparência Física, Terapêutica.

Resumo

Introdução: O transtorno dismórfico corporal (TDC) é um transtorno psiquiátrico que altera a percepção e imagem corporal e consiste em preocupação exagerada sobre algum defeito, mínimo ou mesmo inexistente, na aparência física. **Objetivos:** Descrever os tratamentos disponíveis para o transtorno dismórfico corporal, as características clínicas e epidemiológicas e o impacto da doença na vida dos indivíduos afetados. **Métodos:** Foi feita uma revisão integrativa utilizando como base de dados o PubMed nos últimos 5 anos. **Resultados:** Foram avaliados 28 artigos sobre o tema com ênfase em uma síntese dos conhecimentos mais recentes e de maior consistência científica. **Conclusão:** O TDC é uma doença grave, com alto risco de suicídio e de grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados. A base do tratamento consiste no uso de inibidores de receptação de serotonina em associação com a terapia cognitiva comportamental. Ainda existem poucos estudos sobre o tema e novos tratamentos estão sendo estudados.

Keywords:
Body Image, Body Dysmorphic Disorders, Physical Appearance, Therapeutics.

Abstract

Introduction: Body dysmorphic disorder (BDD) is a psychiatric disorder that consists an exaggerated concern about any defect, minimal or even nonexistent, in physical appearance. **Objectives:** To describe the treatments available for body dysmorphic disorder, the clinical and epidemiological characteristics of condition and the impact on the life of individuals affected by the disease. **Methods:** An integrative review was conducted using PubMed as the database for the past 5 years. **Results:** We evaluated 28 articles on the subject, with emphasis on a synthesis of the most recent knowledge and of greater scientific consistency. **Conclusion:** BDD is a serious disease with a high risk of suicide and a great impact on the quality of life of affected individuals. The mainstay of treatment is the use of serotonin receptor inhibitors in association with cognitive behavioral therapy. There are still few studies on the subject and new treatments are being studied.

[1] Universidade Federal da Bahia, Residência Médica em Pediatria - Salvador - Bahia - Brasil.
[2] Centro de Estudos Superiores de Maceió, Graduação em Psicologia - Salvador - Bahia - Brasil.
[3] Universidade Federal da Bahia, Departamento de Pediatria - Salvador - Bahia - Brasil.

Endereço para correspondência:
Mariana Mello Mattos Shaw de Almeida.
Universidade Federal da Bahia. Av. Adhemar de Barros, s/nº - Ondina, Salvador, BA, Brasil. CEP: 40170-110. E-mail: mariana.shaw@hotmail.com

Residência Pediátrica; 2021: Ahead of Print. DOI: 10.25060/residpediatr-2021.v11n3-228

Este trabalho está licenciado sob uma Creative Commons Attribution 4.0 International License.

INTRODUÇÃO

O culto ao corpo é um aspecto normativo no cotidiano. Ao mesmo tempo, há a ideia de que o corpo pode ser modificado através de cirurgias plásticas, cosmetologia, dieta e exercícios espartanos.

O termo dismorfofobia origina-se da palavra grega "dismorfia" que se refere a condição de "ser feio"[1]. O psiquiatra italiano Enrico Morselli, em 1891[2], escreveu sobre o transtorno dismórfico corporal (TDC): "*A dismorfofobia, de fato, leva o indivíduo a ser verdadeiramente infeliz (...) Em qualquer lugar e a qualquer hora do dia, é subitamente alcançado pelo medo de que alguma deformidade possa ter se desenvolvido em seu corpo sem que a tenha percebido (...) Ele constantemente olha-se no espelho, examina os menores defeitos ou mede as suas proporções e só depois de um certo período de tempo, convencido que isso não aconteceu, é capaz de libertar-se do estado de dor e angústia que o ataque o colocou (...). O ataque não termina muito rapidamente, e pode atingir uma intensidade muito dolorosa*".

Habitualmente, o TDC tem início na adolescência, possui curso crônico[3], acarretando em consequências físicas e psiquiátricas danosas[4]. A percepção distorcida pode ser totalmente falsa – imaginária – ou consistir em alterações sutis da aparência, resultando numa reação exagerada e acarretando importantes prejuízos no funcionamento pessoal, familiar, social e profissional. Tais preocupações estão frequentemente associadas ao medo da rejeição, baixa autoestima, vergonha, sentimentos de desvalia ou desamor[5].

Os defeitos costumam concentrar-se na cabeça e no rosto. No entanto, qualquer parte do corpo pode ser foco de preocupação, podendo, inclusive, acometer múltiplas áreas simultaneamente. A queixa, pode ainda, se apresentar de forma vaga como um sentimento de feiura generalizada[5]. Em mulheres, pode associar-se a transtornos alimentares ao passo que, nos homens, a preocupação com os genitais e a dismorfia muscular, é comum, gerando a falsa ideia de possuir uma estrutura corporal muito pequena ou insuficientemente musculosa[3].

A busca pelo corpo perfeito tem popularizado as cirurgias plásticas, principalmente entre os adolescentes que estão em processo de construção da autoimagem[2]. Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) demonstram que o número de cirurgias plásticas em adolescentes entre 14 e 18 anos passou de 37.740 procedimentos em 2008 para 91.100 em 2012, o que corresponde a um incremento de 141%[6]. A prevalência de TDC entre os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos estéticos chega a 13,2% e os resultados cirúrgicos, em geral, não são alcançados levando ao excesso de procedimentos na tentativa de corrigir os defeitos notados[7].

Embora o TDC tenha sido descrito há mais de 100 anos, evidências sugerem que a condição seja subdiagnosticada e negligenciada[1]. A prevalência estimada de TDC na população é de 1 a 2%, acomete homens e mulheres na mesma proporção[3], podendo atingir percentuais maiores conforme os subgrupos: pacientes em acompanhamento psiquiátrico ambulatorial 5,8% e hospitalares 7,4%; cirurgia estética geral 13,2%; rinoplastia 20,1%; cirurgia ortognática 11,2%; ortodontia cosmética 5,2%; dermatologia 11,3% e dermatologia cosmética 9,2%[1].

Diante desses dados e ciente do impacto negativo que o TDC produz, principalmente, na adolescência, período marcado por transformações físicas e psicológicas, esse trabalho objetiva o conhecimento acerca dessa doença sendo de fundamental importância na avaliação criteriosa de adolescentes que externam sinais e sintomas da mesma e na condução e tratamento adequados destes, reduzido os impactos de morbimortalidade já conhecidos.

MÉTODOS E RESULTADOS

Trata-se de um estudo qualitativo documental a partir de uma revisão bibliográfica na base de dados PubMed. Esta metodologia foi escolhida por tratar-se de um método de investigação científica de caráter subjetivo que visa compreender o comportamento de determinado grupo-alvo, ocupando, atualmente, lugar de destaque entre estudos que envolvem os seres humanos e suas relações sociais em diversos ambientes[8].

Foram utilizados os seguintes descritores baseados nos termos MeSH "*medical subject heading*", da *U.S. National Library of Medicine*, e nos DeCS "descritores em ciências da saúde", da BIREME: "*body dysmorfic disorder"* e "*treatment*". Foram selecionados artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre 1º de junho de 2015 e 1º de junho de 2019, relacionados ao transtorno dismórfico corporal e o seu tratamento, de caráter metodológico, quantitativo ou qualitativo com ênfase nas revisões. Após a leitura dos títulos e dos resumos, os artigos que contemplavam os critérios de seleção foram submetidos a leitura completa. Foram excluídos artigos publicados fora do período e idioma pré-estabelecidos, não disponíveis gratuitamente, sem resumo disponível, relatos de casos clínicos ou àqueles que se referiam a estudos em animais.

Foram encontrados 265 artigos publicados no período pré-estabelecido. Desses, 220 não preenchiam os critérios de inclusão, 3 foram excluídos (1 por indisponibilidade gratuita e 2 publicados em alemão), restando 42 artigos. Dos restantes, foram excluídos 15 artigos que continham informações semelhantes, restando 27 artigos (Figura 1).

DISCUSSÃO

O TDC foi introduzido no "*diagnostic and statistical manual of mental disorders (dsm-iii)"*, em 1980[9], como "dismorfofobia" ou preocupação excessiva com a aparência e categorizado como transtorno somatoforme atípico. Em 2013, no DSM-V, passou a ser categorizado no capítulo de "transtornos obsessivos compulsivos e relacionados" incluindo a presença de comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta à preocupação com a aparência como critério obrigatório. É definido conforme os seguintes critérios:

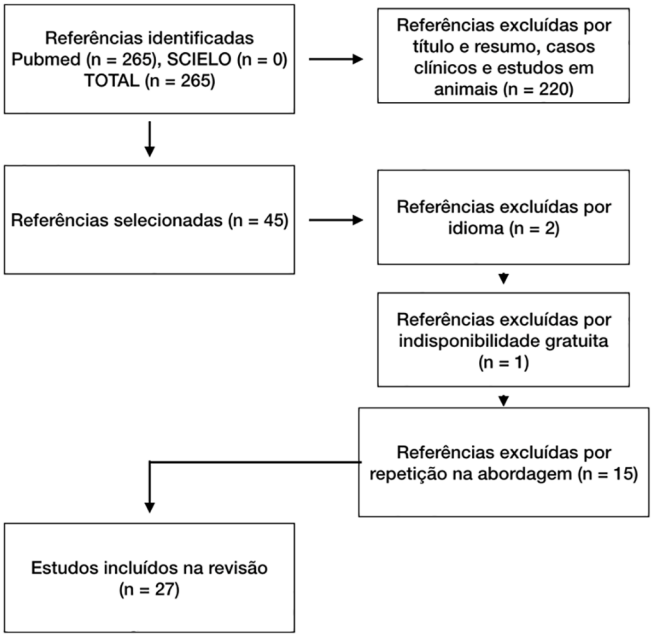


Figura 1. Fluxograma - resultados.

(A) Preocupação com um defeito ou falha percebido(s) e relacionados à aparência física que não seja observável ou pareça pequeno para os outros;

(B) Apresentar, durante o curso do distúrbio, comportamentos repetitivos como olhar-se no espelho, solicitar aprovação sobre sua aparência ou comparar-se com outros;

(C) Apresentar sofrimento clinicamente significativo a exemplo de humor deprimido, ansiedade e vergonha, ou prejuízo em áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento, dentre elas: escola, relacionamentos, família;

(D) As preocupações de aparência não são restritas às preocupações com gordura corporal ou peso em um indivíduo cujos sintomas atendem aos critérios diagnósticos para um transtorno alimentar[9].

Como visto nos critérios diagnósticos citados acima, são comportamentos comuns na doença: comparar a própria aparência com a de outros; verificar repetidamente defeitos percebidos em espelhos ou examiná-los diretamente; evitar espelhos ou exagerar no seu uso; camuflar-se com maquiagens e roupas; questionar as pessoas acerca das falhas percebidas; praticar exercícios; buscar procedimentos estéticos, higiene e bronzeamento em excesso; e, por fim, o isolamento social[2]. Muitos desses pacientes, costumam evitar situações sociais, eventos familiares, escola ou trabalho[10].

As áreas mais comuns de foco incluem o nariz, pele e cabelo. No entanto, alguns pacientes também podem se concentrar em outras áreas do corpo. A dismorfia muscular é um tipo específico de TDC na qual o indivíduo se preocupa com seu corpo não ter músculos suficientes[3].

Os indivíduos com TDC costumam pensar mais em sua aparência quando comparados com indivíduos sem a doença. Esses pacientes despendem cerca de três e oito horas por dia com essa repetição de ideias[11]. Apresentam rituais repetitivos e demorados para corrigir, consertar ou esconder seu corpo ou partes desse[2].

Os *insights* referentes às crenças do TDC podem variar de bom à ausente/delirante, onde o indivíduo está convicto de que sua aparência é anormal e o defeito realmente existe. Além disso, a maioria apresenta ideias ou delírios de referência, acreditando que são alvo de atenção especial ou ridicularização por parte dos outros em função de sua aparência[5].

O TDC surge a partir de uma combinação de fatores psicológicos e ambientais[12]. O desenvolvimento desse transtorno está associado a experiências passadas de abuso, negligência, violência e trauma, e esses são considerados fatores de risco para a doença[13]. Crianças que sofreram abuso emocional, negligência ou abuso físico apresentam maior risco de desenvolver alterações na imagem corporal e TDC[14]. Esses resultados estão de acordo com a compreensão atual de que o TDC está associado a uma baixa qualidade de vida e com o aumento das taxas de suicídio nessa população[12].

O TDC é comumente associado à vergonha, depressão, ansiedade e risco de suicídio. É uma doença silenciosa, visto que esses pacientes têm receio de revelar suas preocupações com a aparência, executando, assim, seus rituais em segredo. Aliado a isso, temem serem considerados fúteis ao compartilhar suas questões ou, ainda, chamar a atenção para o "defeito físico" que tanto os angustia[15]. A vergonha que experimentam proveniente das distorções que apresentam na imagem corporal é um fator que pode contribuir para o estresse e risco de suicídio nesses pacientes[16]. Pacientes com sintomas dismórficos demonstram extrema vergonha e também o estigma constitui em uma importante barreira ao tratamento[17]. Estima-se que apenas 10% dos dismórficos recebam tratamento adequado[18].

O TDC assemelha-se ao transtorno obsessivo compulsivo (TOC) em muitos aspectos: pensamentos obsessivos, comportamentos compulsivos e resposta semelhante ao tratamento[19]. Apesar de alguns pacientes com TOC possuírem crítica prejudicada em relação às suas obsessões, isto é menos comum no TDC. Pacientes com TOC apresentam obsessões de diferentes conteúdos, porém os com TDC se atêm a questões corporais, envolvendo uma ou mais preocupações, simultânea ou sucessivamente[20].

As pesquisas também mostram pontos comuns na resposta ao tratamento com terapia cognitiva comportamental (TCC) e no papel dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (IRSS) no tratamento, sugerindo semelhanças neuroanatômicas entres os dois distúrbios. Sabe-se em ambas patologias compartilham anomalias cerebrais semelhantes que comprometem o funcionamento do lobo frontal[19]. Estudos de neuroimagem no TDC evidenciam alterações na estrutura

e função de regiões occipitotemporal e frontolímbico, assim como afinamento da substância cinzenta cortical das regiões parietal inferior e temporal esquerda[21]. Estudos de RM funcional (fMRI) sugerem que os pacientes com TDC apresentam alterações cerebrais com percepções aberrantes e ativação de áreas que aumentam percepções como o medo e ansiedade[22].

As bases do tratamento do TDC tipicamente envolvem uma combinação de modalidades de TCC e farmacoterapia[12]. Medicamentos antidepressivos melhoram os sintomas nucleares do TDC e a qualidade de vida desses pacientes, diminuindo assim o risco de suicídio[23]. Para o tratamento farmacológico de primeira linha são utilizados IRSS. Os níveis terapêuticos são, em geral, superiores às doses terapêuticas para outros transtornos psiquiátricos o que se torna um problema devido ao aumento de efeitos colaterais das drogas. Entre os IRSS não há superioridade terapêutica de uma droga em relação a outra, embora o escitalopram e a fluoxetina sejam mais frequentemente administrados. É importante destacar que o escitalopram associa-se a maior risco de toxicidade cardíaca visto que a dose terapêutica é mais alta que as doses habitualmente utilizadas[12]. A resposta aos IRSS ocorre de forma gradual e requer 12 a 16 semanas para se determinar a mesma, sendo a média de tempo para a resposta terapêutica de 4 a 9 semanas. O incremento na dose deve ser feito de forma cautelosa conforme a resposta. Caso não haja melhora dos sintomas, pode-se trocar por outra droga da classe dos IRSS. Há poucas evidências que a associação de duas drogas dessa mesma classe seja eficaz. Buspirona, clomipramina, venlafaxina e antipsicóticos atípicos podem ser uteis em associação aos IRSS quando não houver melhora clínica com o uso do mesmo[23].

Aproximadamente 20% dos pacientes se recuperarão do TDC, mas em 40% dos casos, pode ocorrer recaída[23] existindo uma maior probabilidade de recidivas naqueles que que a doença se inicia em idade muito precoce ou se os sintomas iniciais são muito graves à apresentação. A terapia de manutenção é indicada[24].

As técnicas de neuroestimulação representam novas direções para pesquisa no tratamento do TDC. Estudos recentes incorporam técnicas como a estimulação transcraniana magnética repetitiva e estimulação cerebral profunda bilateral para pacientes que são resistentes ao tratamento[25].

Indivíduos com TDC interpretam informações de forma ambígua em comparação com controles saudáveis. Apresentam, ainda, dificuldade em interpretar corretamente as expressões faciais e emoções. A TCC é a mais estudada para o transtorno e inclui psicoeducação, engajamento do paciente, intervenções cognitivas, reeducação perceptual, exposição e prevenção ritual e prevenção de recaída visando diretamente os pensamentos, crenças e comportamentos desadaptativos característicos do distúrbio[25], sendo, portanto, um tratamento de risco mínimo e de alta eficácia[26].

Baseada principalmente nos princípios da aprendizagem em extinção, a TCC e terapias relacionadas (por exemplo, treinamento de reversão de hábitos) produzem resultados equivalentes ou superiores à farmacoterapia para o TOC e transtornos do espectro obsessivo-compulsivo com poucos efeitos colaterais adversos associados. Pode ser feita uma ou mais vezes por semana e adotar formatos distintos (individual ou em grupo). Deve focar na exposição e na prevenção de recaídas. As terapias comportamentais são intervenções altamente eficazes, duradouras e aceitáveis para transtornos do espectro obsessivo-compulsivo[25].

Acredita-se que existam fatores que implicam numa melhor resposta ao tratamento com a TCC: pacientes com maior motivação/prontidão para mudar, maior expectativa de bons resultados e maiores informações básicas sobre a doença apresentaram melhores respostas ao TCC. Não há diferença nas taxas de sucesso do tratamento se considerado a intensidade dos sintomas ou a associação dos mesmos com depressão, sugerindo que mesmo o grupo de maior gravidade se beneficia com a TCC. Para pacientes com pouco *insight*, o emprego de estratégias para aumentar a motivação ou a farmacoterapia com IRSS antes do início da TCC podem ajudar a otimizar os resultados[27].

CONCLUSÃO

O TDC é uma doença grave, de caráter crônico, subdiagnosticada e negligenciada, que frequentemente cursa com episódios de recaída. Tem início na adolescência, período de grande vulnerabilidade e transformações físicas e psicológicas. Esses pacientes apresentam prejuízo importante na sua qualidade de vida, com isolamento social e tendência ao suicídio. As ideias delirantes acerca de sua aparência física os fazem buscar cirurgias estéticas que pouco melhoram o grau de sofrimento que lhes é imposto pela doença. O tratamento consiste em psicoterapia e terapia farmacológica. O tratamento com TCC objetiva melhorar a prontidão/motivação e confiança para mudar. Sabe-se que o tratamento medicamentoso e psicológico é capaz de melhorar os sintomas em cerca de 40% dos pacientes. Existem ainda poucos estudos sobre o tema e novas opções terapêuticas estão sendo estudadas. Diante do exposto, torna-se importante que médicos e psicólogos estejam atentos para essa patologia e as abordagens disponíveis visto a prevalência e impacto da mesma na vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: a systematic review and estimated weighted prevalence. Body Image. 2016 Set;18:168-86.
2. Phillips KA. The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder. New York: Oxford University Press; 2005.
3. Shevaugn JS, Williamson P, Wade TD. A systematic review and meta-analysis of cognitive processing déficits associated with body dysmorphic disorder. Behav Res Ther. 2018 Ago;107:83-94.
4. Singh AR, Veale D. Understanding and treating body dysmorphic disorder. Indian J Psychiatry. 2019 Jan;61(7 Supl 1):S131-S5.

5. Barros S. A contribuição da TCC no tratamento do transtorno dismórfico corporal [dissertação]. São Paulo: Centro de Estudos em Terapia Cognitivo Comportamental, Curso Lato Sensu em Terapia Cognitivo Comportamental; 2017.
6. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). Número de cirurgias plásticas entre adolescentes aumenta 141% em 4 anos [Internet]. São Paulo: SBCP; 2013; [acesso em 2019 Out 03]. Disponível em: http://www2.cirurgiaplastica.org.br/2013/08/07/numero-de-cirurgias-plasticas-entre-adolescentes-aumenta-141-em-4-anos/
7. Sweis IE, Splitz J, Barry Junior DR, Cohen M. A review of body dysmorphic disorder in aesthetic surgery patients and the legal implications. Aesthetic Plast Surg. 2017 Ago;41(4):949-54.
8. Godoi B. O que é uma revisão integrativa? Como fazer? [Internet]. Brasil: Academia Médica; 2013; [acesso em 2019 Out 03]. Disponível em: https://academiamedica.com.br/blog/o-que-e-uma-revisao-integrativa-como-fazer
9. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). 5a ed. Arlington: APA; 2013.
10. Carlier IVE, Andree WDH, Van Rood YR, Van Veen T, Dekker J, Van Hemert AM. Treatment course and its predictors in patients with somatoform disorders: a routine outcome monitoring study in secondary psychiatric care. Clin Psychol Psychother. 2018 Mar;25:550-64.
11. Abramowitz J. Presidential address: are the obsessive-compulsive related disorders related to obsessive-compulsive disorder? A critical look at DSM-5's new category. Behav Ther. 2018 Jan;49(1):1-11.
12. Hong K, Nezgovorova V, Uzunova G, Schlussel D, Hollander E. Pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. Curr Neuropharmacol. 2019;17(8):697-702.
13. Ciaramella A. The influence of trauma on autobiographical memory in the assessment of somatoform disorders according to DSM IV criteria. Psychiatr Q. 2018 Dez;89(4):991-1005.
14. Paxton SJ, Damiano SR. The development of body image and weight bias in childhood. Adv Child Dev Behav. 2017;52:269-98.
15. Fang A, Wilhelm S. Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. Annu Rev Clin Psychol. 2015;11:187-212.
16. Weingarden H, Shaw AM, Phillips KA, Wilhelm S. Shame and defectiveness beliefs in treatment seeking patients with body dysmorphic disorder. J Nerv Ment Dis. 2018 Jun;206(6):417-22.
17. Weingarden H, Renshaw KD, Davidson E, Wilhelm S. Relative relationships of general shame and body shame with body dysmorphic phenomenology and psychosocial outcomes. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2017 Jul;14:1-6.
18. Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Prevalence of body dysmorphic disorder among Swedish women: a population-based study. Compr Psychiatry. 2015 Abr;58:108-15.
19. Malclm A, Labuschagne I, Castle D, Terrett G, Rendell PG, Rossell SL. The relationship between body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review of direct comparative studies. Aust N Z J Psychiatry. 2018 Nov;52(11):1030-49.
20. Hartmann AS, Cordes M, Hirschfeld G, Vocks S. Affect and worry during a checking episode: a comparison of individuals with symptoms of obsessive-compulsive disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, body dysmorphic disorder, illness anxiety disorder, and panic disorder. Psychiatry Res. 2019 Fev;272:349-58.
21. Grace SA, Buchanan BG, Maller JJ, Toh WL, Castle DJ, Rossell SL. Reduced cortical thickness in body dysmorphic disorder. Psychiatry Res Neuroimaging. 2017 Jan;259:25-8.
22. Rangaprakash D, Bohon C, Lawrence KE, Moody T, Morfini F, Khalsa SS, et al. Aberrant dynamic connectivity for fear processing in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. Front Psychiatry. 2018;9:273.
23. Phillips KA, Keshaviah A, Dougherty DD, Stout RL, Menard W, Wilhelm S. Pharmacotherapy relapse prevention in body dysmorphic disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. Am J Psychiatry. 2016 Set;173(9):887-95.
24. Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkovskis P, et al. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2016 Ago;3(8):730-9.
25. Krebs G, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D. Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. Evid Based Mental Health. 2017;20(3):71-5.
26. Wilhelm S, Phillips KA, Greenberg JL, O'Keefe SM, Hoeppner SS, Keshaviah A, et al. Efficacy an posttreatment of therapist-delivered cognitive behavioral therapy VS supportive psychotherapy for adults with body dysmorphic disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2019 Abr;76(4):363-73.
27. Greenberg JL, Phillips KA, Steketee G, Hoeppner SS, Wilhelm S. Predictors of response to cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. Behav Ther. 2019 Jul;50(4):839-49.