



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARISA RICHARTZ

COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS DA PELE E SEUS

ANEXOS:

DEFINIÇÃO, AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL E

INTERVENÇÃO

MARISA RICHARTZ

**COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS DA PELE E SEUS
ANEXOS:
DEFINIÇÃO, AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL E
INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Márcia Cristina Caserta Gon

Londrina
2013

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

R526c	<p>Richartz, Marisa. Comportamentos autolesivos da pele e seus anexos : definição, avaliação comportamental e intervenção / Marisa Richartz. – Londrina, 2013. 89f.: il.</p> <p>Orientador: Márcia Cristina Caserta Gon. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2013. Inclui bibliografia.</p> <p>1. Comportamento – Análise – Teses. 2. Transtorno obsessivo-compulsivo – Teses. 3. Compulsão de arrancar os cabelos – Teses. 4. Compulsão em cutucar a pele – Teses. 5. Dermatologia – Teses. 6. Psiquiatria – Teses. I. Gon, Márcia Cristina Caserta. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 159.9.019.43</p>
-------	--

MARISA RICHARTZ

**COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS DA PELE E SEUS ANEXOS:
DEFINIÇÃO, AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL E INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Orientadora: Dra. Márcia Cristina Caserta Gon
UEL – Londrina – PR

Prof^a Dra. Giovana Veloso Munhoz da Rocha
UTP – Curitiba – PR
FEPAR – Curitiba – PR

Prof^a Dra. Silvia Aparecida Fornazari
UEL – Londrina – PR

Londrina, 12 de Setembro de 2013.

Aos meus pais, Mauro (*in memoriam*) e Rosária,
pelo amor incondicional e, a Nana (*in memoriam*)
por todo afeto e carinho de avó que eu recebi.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração e conclusão dessa dissertação.

À minha mãe, Rosária, pelo amor incondicional, apoio e incentivo durante toda a minha vida. Sei que as dificuldades e as conquistas só se tornaram possíveis com os sábios ensinamentos que ela me passou.

Aos meus irmãos, Maurício e Mariana, pelo afeto e companherismo. A certeza de que sempre pude contar com eles me ajudou muito durante a elaboração desse trabalho.

Ao meu tio-irmão, Wilson, pela amizade, compreensão e alegria. Alguns momentos da vida tornam-se mais alegres ao lado dele.

Ao Carlos, pelo amor, incentivo e paciência. Não tenho palavras para agradecer pelo amor e a convivência diária, que me tornam a cada dia uma pessoa melhor.

À Kátia Biscouto pelo acolhimento, amizade e companherismo durante a minha estadia em Londrina e pelo auxílio durante a coleta de dados

Às amigas de Londrina, Lays Fernanda Belineli e Monalisa Leão, pelo apoio, amizade, momentos de alegria e felicidade que puderam ser compartilhados

Às amigas de Curitiba, em especial a Ana Teresa Manigué, Débora Fagundes, Edilis Bortot Pirotelli, Helena Beghetto, Krissia Singer Wallbach, Ana Claudia Dantas, Alice Bonates, Luiza Cartaxo, Martina Garcia Fumagalli e Francielly Peron pela compreensão nos momentos de ausência.

À minha orientadora, Márcia Cristina Caserta Gon, pela paciência, ensinamentos e carinho. A delicadeza e sensibilidade com que fui orientada facilitaram a elaboração desse trabalho e se tornaram exemplos de afeto para minha vida.

Aos membros da banca de qualificação e de defesa, Alex Eduardo Gallo, Silvia Aparecida Fornazari e Giovana Veloso Munhoz da Rocha, pelas contribuições para o enriquecimento desse trabalho.

A todos os professores que passaram em minha vida, em especial a Jocelaine Martins da Silveira, Graziela Luchessi, Camila Magnet Rotta e Hélio José Guilhardi. A aprendizagem que eles me propiciaram vai além de conceitos teóricos e me ajudaram a ser uma pessoa mais humana.

À Dra. Nádia Pereira de Almeida, pela colaboração e incentivo durante a coleta de dados e à professora Dra. Jocelaine Martins da Silveira pelos comentários e sugestões durante a elaboração da dissertação.

Aos participantes dessa pesquisa pela confiança e crédito no trabalho a à colega Fernanda Brunkow pelo auxílio na coleta de dados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

"Os principais problemas enfrentados hoje pelo mundo só poderão ser resolvidos se melhorarmos nossa compreensão do comportamento humano"

(Skinner, 1974, p.8)

Richartz, M. (2013). **Comportamentos autolesivos da pele e seus anexos: Definição, Avaliação Comportamental e Intervenção.** Dissertação. 89f. Dissertação elaborada no Programa de Mestrado em Análise do Comportamento. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

RESUMO

A presente dissertação, cujo tema é comportamentos autolesivos da pele e de seus anexos, é composta por três estudos. O primeiro, intitulado *Comportamentos de autolesão da pele e de seus anexos na perspectiva da Dermatologia e da Psiquiatria e considerações analítico-comportamentais*, objetivou definir os comportamentos autolesivos da pele e seus anexos na perspectiva da Dermatologia e da Psiquiatria. Foi realizada uma revisão bibliográfica, a partir da qual se constatou que onicofagia, *skin picking*, escoriação da acne e tricotilomania são caracterizados como dermatites factícias, dermatites artefactas ou dermatites paraartefactas na Dermatologia. Na Psiquiatria, os comportamentos autolesivos podem fazer parte das seguintes classificações: Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Tricotilomania, Transtorno do Controle de Impulso sem outra especificação, Transtorno Dismórfico Corporal, Comportamentos repetitivos e Dependência. Debateu-se que a forma de definir esses comportamentos na perspectiva médica é diferente da visão da Análise do Comportamento e discutiu-se que as divergências não deve significar uma impossibilidade de trabalho em equipe. O segundo estudo, *Procedimentos Comportamentais para Skin Picking em indivíduos com desenvolvimento típico: uma revisão de literatura em periódicos de saúde*, objetivou realizar uma revisão bibliográfica em periódicos da saúde para verificar, descrever operacionalmente e relatar os resultados dos procedimentos comportamentais sobre estudos empíricos de intervenção comportamental direcionados a indivíduos com desenvolvimento típico que apresentem *skin picking*. Realizou-se uma revisão de literatura, a partir da qual foram constatadas as seguintes intervenções: reversão de hábito; reversão de hábito e técnicas da terapia cognitiva; reversão de hábito e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), programa estruturado de intervenção que contém avaliação psiquiátrica e reversão de hábito, tratamento autoaplicável com componentes da reversão de hábito e ACT. As intervenções levantadas, em sua maioria, objetivaram avaliar as técnicas utilizadas, foram realizadas com participantes adultos e utilizaram delineamento de sujeito único e medidas indiretas. As intervenções avaliadas foram compostas pelos seguintes procedimentos: Avaliação, Treino de Conscientização, Treino de Resposta Concorrente, Treino de relaxamento, Manejo de consequências reforçadoras, Treino de Suporte Social, Procedimentos de ACT, Reestruturação Cognitiva e Revisão do procedimento utilizado na intervenção. Os estudos analisados resultaram em redução no comportamento de *skin picking* dos participantes, entretanto, em alguns estudos, isso não se manteve no *follow-up*. Concluiu-se que é necessário aprofundar as pesquisas em relação a: 1) diversidade de métodos; 2) intervenções com participantes de diferentes faixas etárias; e 3) função dos comportamentos de *skin picking*. O último estudo, intitulado *Avaliação Comportamental de Tricotilomania: um estudo de caso*, objetivou realizar uma avaliação comportamental de uma adolescente que arrancava os cílios. A avaliação foi realizada com instrumentos padronizados e entrevistas. A partir do estudo foi possível concluir que o comportamento da adolescente produz consequências reforçadoras e punitivas e que ela pode estar inserida em um ambiente familiar aversivo. Concluiu-se que podem existir déficits no repertório social da adolescente e que ela pode apresentar problemas afetivos, de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse

pós-traumático. Discutiu-se ao final do estudo que são necessárias futuras pesquisas sobre avaliação comportamental de tricotilomania.

Palavras-chave: Dermatite factícia. Comportamento autolesivo. Tricotilomania. Skin picking. Onicofagia.

Richartz, M. (2013). **Self-injurious behavior of skin and its appendages: Definition, Behavioral Assessment and Intervention.** Dissertação. 89p. Dissertação elaborada no Programa de Mestrado em Análise do Comportamento. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

ABSTRACT

This master thesis consists of three studies on skin (including hair and nails) self-harm behaviors. The first study named “*Comportamentos de autolesão da pele e de seus anexos na perspectiva da Dermatologia e da Psiquiatria e considerações analítico-comportamentais*” (Skin [including hair and nails] self-harm behaviors from the dermatological and psychiatric perspective, as well as the behavior analytic considerations) aimed at defining the skin (including hair and nails) self-harm behaviors from the dermatological and psychiatric perspective. A literature review conducted indicated that, according to the dermatological criteria, nail biting, skin picking, acne excoriée and trichotillomania are described as factitious dermatitis, dermatitis artefacta or dermatitis paraartefacta syndrome. In Psychiatry, self-harm behaviors may be classified as: Obsessive Compulsive Disorder, Trichotillomania, Impulse Control Disorders without any other specification, Body Dysmorphic Disorder, repetitive behaviors and substance use disorders. It was agreed that the definition of self-harm behavior from the medical perspective is different from the Behavioral Analytical perspective. It was further agreed that the differences between the two mentioned aspects would not interfere with the research performed by the group. The second study named “*Procedimentos Comportamentais para Skin Picking em indivíduos com desenvolvimento típico: uma revisão de literatura em periódicos de saúde*” (Skin Picking Behavioral Procedures in individuals with typical development: a literature review in healthcare journals), aimed at performing a literature review on healthcare journals in order to verify, operationally describe and report the outcomes of the behavioral procedures shown on empirical studies about behavioral intervention targeted at individuals with typical development suffering from skin picking disorder. A literature review was conducted and the following interventions were found: habit reversal; habit reversal and cognitive therapy techniques; habit reversal and Acceptance and Commitment Therapy (ACT); habit reversal and structured intervention program containing a psychiatric assessment; self-applied treatment with habit reversal components; and ACT. The majority of the interventions found aimed at evaluating the techniques used. The interventions were conducted in adult participants, using single-subject design and indirect measures. The interventions were assessed by the following procedures: Assessment, Awareness Training, Competitive Response Training, Relaxation Training, Management of Reinforcing Consequences, Social Support Training, ACT Procedures, Cognitive Restructuring and Review of the procedure used in the intervention. The studies reviewed indicated the reduction of the skin picking behavior in the participants; however, some studies have not shown it during the follow-up procedure. It was concluded that further research related to: 1) diversity of methods; 2) interventions with participants from different age groups; and 3) the function of skin picking behaviors is therefore needed. The last study named “*Avaliação Comportamental de Tricotilomania: um estudo de caso*” (Behavioral Assessment of trichotillomania: a case study) aimed at conducting a behavioral assessment of a teenage girl who pulls out her eyelashes. The behavioral assessment was made through interviews and standardized testing. From this study it was possible to conclude that the teenager’s behavior produces reinforcing and punitive consequences, and that she may be part of an aversive family environment. Besides, the research suggests that the teenager may have social

skills deficits and that she may develop emotional problems, anxiety, obsessive compulsive disorder and post-traumatic stress disorder. At the end of the study, it was agreed that further research on behavioral assessment of trichotillomania is necessary.

Keywords: Factitious dermatitis. Self-harm behavior. Trichotillomania. Skin picking. Nail biting.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –Categorização das referências dos artigos e livros selecionados por perspectiva de explicação	20
Figura 2 –Classificação de tipos de comportamentos de autolesão	22
Figura 3 –Artigos selecionados para a análise	37
Figura 4 –Descrição dos Participantes	38
Figura 5 –Descrição dos componentes dos procedimentos utilizados nas intervenções	42
Figura 6 –Fotografia dos cílios da participante.....	54
Figura 7 –Fotografia aproximada dos cílios do olho direito da participante	54

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Avaliação do repertório de habilidades sociais e percentis dos escores da adolescente obtidos no IHSA- Del Prette 65
- Tabela 2** – Indicação de problemas clínicos (C), não clínico (NC) e limítrofe (L) a partir do T escore dos problemas avaliados pelo YSR e CBCL..... 66
- Tabela 3** – Indicação do perfil de problemas do comportamento da adolescente como clínicos (C), não clínico (NC) e limítrofe (L) a partir do T escore obtidos no YSR e CBCL 66
- Tabela 4** – Escores das práticas parentais avaliados pelo IEP e comportamentos relatados pela mãe da adolescente por meio do instrumento..... 67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAQ	Acceptance and Action Questionaire
APA	American Psychiatric Association
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
CBCL	Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos
IHSA	Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes
MGH-HS/SP	Massachusetts General Hospital Hairpulling/Skin Picking Scale
SITS	Self-Injury Trauma Scale
SPS	The Skin Picking Scale
SPIS	Skin Picking Impact Scale
TEI –SF	Treatment Evaluation Inventory-Short Form
TOC	Transtorno Obsessivo-compulsivo
YSR	Inventário de Autoavaliação para Adolescentes de 11 a 18 anos

SUMÁRIO

ESTUDO 1 – COMPORTAMENTOS DE AUTOLESÃO DA PELE E SEUS ANEXOS NA PERSPECTIVA DA DERMATOLOGIA E PSIQUIATRIA E CONSIDERAÇÕES ANALÍTICO-COMPORTAMENTAIS.....	17
Resumo	17
Abstract.....	17
Introdução.....	18
Comportamentos autolesivos da pele e de seus anexos na perspectiva da Dermatologia	20
Comportamentos autolesivos da pele e seus anexos na perspectiva da Psiquiatria.....	22
Considerações analítico-comportamentais sobre as definições da Dermatologia e da Psiquiatria dos comportamentos autolesivos da pele e seus anexos.....	25
Discussão	29
Referências	30
ESTUDO 2 – PROCEDIMENTOS PSICOLÓGICOS PARA SKIN PICKING EM INDIVÍDUOS COM DESENVOLVIMENTO TÍPICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA EM PERIÓDICOS DE SAÚDE.....	33
Resumo	33
Abstract.....	34
Introdução.....	34
Método.....	36
Resultados.....	37
Objetivo do Estudo	37
Método.....	38
Participantes	38
Delineamento utilizado.....	39
Medidas de avaliação da intervenção	40
Descrição das intervenções.....	40
Número de sessões realizadas.....	41
Componentes dos procedimentos de intervenção.....	41
Resultados das intervenções	44

Discussão	46
Referências	48

ESTUDO 3 – AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DE TRICOTILOMANIA:

ESTUDO DO CASO DE UMA ADOLESCENTE	51
Resumo	51
Abstract.....	51
Introdução.....	52
Método.....	53
Participantes	53
Materiais	55
Instrumentos utilizados com a mãe da adolescente	55
Roteiro de entrevista para pais/responsáveis de adolescentes que apresentam comportamentos de hábito.....	55
Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes (Child Behavior Checklist for ages 6/18 – CBCL.....	55
Inventário de Estilos Parentais (IEP).....	55
Instrumentos utilizados com a adolescente	56
Roteiro de entrevista para adolescente que apresenta comportamentos de hábito	56
Inventário de Autoavaliação para Adolescentes de 11 a 18 anos (YSR)	56
Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA – Del- Prette).....	57
Procedimento	58
Resultados.....	58
Dimensão do Comportamento Problema.....	59
Eventos Relacionados à Ocorrência do Comportamento Problema.....	60
Dados Históricos do Comportamento Problema	63
Avaliação das Habilidades Sociais da adolescente.....	64
Avaliação de Possíveis Problemas Clínicos: CBCL e YSR	65
Avaliação das práticas parentais dos pais (IEP)	66
Discussão	68
Referências	73

APÊNDICES	76
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para pais/responsáveis de adolescentes que apresentam comportamentos de hábito	77
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para adolescente que apresenta comportamentos de hábito.....	83
APÊNDICE C – Folder para divulgação da pesquisa.....	88
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89

ESTUDO 1 – COMPORTAMENTOS DE AUTOLESÃO DA PELE E SEUS ANEXOS NA PERSPECTIVA DA DERMATOLOGIA E PSIQUIATRIA E CONSIDERAÇÕES ANALÍTICO-COMPORTAMENTAIS ¹

RESUMO: O presente estudo objetivou definir os comportamentos autolesivos da pele e seus anexos na perspectiva da Dermatologia e da Psiquiatria. Para isso foi realizada uma revisão bibliográfica, a partir da qual foram selecionados artigos e livros que apresentavam definições e explicações sobre comportamentos autolesivos da pele, na perspectiva da Dermatologia e da Psiquiatria. As referências foram organizadas nas seguintes categorias: definição na perspectiva da Dermatologia e definição na perspectiva da Psiquiatria. Após a análise dos dados, considerações analítico-comportamentais sobre as informações foram realizadas. O estudo evidenciou que, na Dermatologia, os comportamentos autolesivos de onicofagia, *skin picking*, escoriação da acne e tricotilomania são caracterizados como dermatites factícias, dermatites artefactas ou dermatites paraartefactas. Na perspectiva da Psiquiatria, os comportamentos autolesivos da pele e seus anexos podem fazer parte dos seguintes transtornos: Transtorno Obsessivo-compulsivo, Tricotilomania, Transtorno do Controle de Impulso sem outra especificação, Transtorno Dismórfico Corporal, Comportamentos Repetitivos e Dependência. Essas definições, em uma perspectiva analítico-comportamental, podem ser debatidas a partir de três aspectos: 1) a forma de definir esses comportamentos, na perspectiva médica, é diferente da visão selecionista e funcional proposta pela Análise do Comportamento; 2) as causas atribuídas a esse comportamento, na visão médica, são mentalistas, opondo-se à Análise do Comportamento, segundo a qual as explicações do comportamento estão nas contingências de reforçamento em operação; e 3) “consciente” e “inconsciente” são termos que, na perspectiva da Dermatologia e da Psiquiatria, são entendidos apenas como a falta de percepção do comportamento. Na Análise do Comportamento, o termo “inconsciente” se refere à falta de exposição a um ambiente verbal gerador de conhecimento sobre as variáveis controladoras de determinado comportamento ou a comportamentos autodescritivos falhos produzidos por uma contingência da punição, gerando uma classe de respostas de fuga e esquiva de tatear eventos. Discutiu-se que há divergências entre as definições da Medicina e da Análise do Comportamento e que, apesar disso, não deve significar uma impossibilidade de trabalho em equipe. O presente trabalho salientou a importância dos profissionais da saúde terem conhecimento dessas divergências para que seja possível a realização de um trabalho mais efetivo.

Palavras-chave: Comportamento autolesivo. Onicofagia. *Skin Picking*. Tricotilomania. Análise do comportamento.

ABSTRACT: The purpose of this research is to define skin (including nail and hair) self-harm behaviors from the Dermatological and Psychiatric perspective. In order to achieve this goal, a literature review was conducted, from which articles and books presenting definitions and explanations of skin self-harm behavior, under the perspective of the two mentioned specialties, were selected. References were organized into two categories: definition under the Dermatological perspective and definition under the Psychiatric perspective. Upon completion of the data analysis, behavior analytic considerations were conducted. The research indicated that, according to the dermatological point of view, self-harm behavior

¹ O presente estudo foi financiado pela CAPES e foi enviado para publicação no Capítulo de livro do Congresso de Psicologia e Análise do Comportamento (CPAC) e aguarda parecer final da organização do livro.

related to nail biting, skin picking, acne excoriée and trichotillomania are described as factitious dermatitis, dermatitis artefacta or dermatitis paraartefacta syndrome. According to the psychiatric point of view, skin self-harm behaviors are considered part of the following disorders: Obsessive Compulsive Disorder, Trichotillomania, Impulse Control disorders, Body Dysmorphic Disorder, repetitive behaviors and substance use disorders. In a behavior analytic perspective, these findings can be discussed in three main aspects: 1) the medical definition of self-harm behavior is different from the selectionist and functional orientation proposed by the Behavioral Analysis; 2) concerning the medical perspective, the causes related to these behaviors have a mentalist orientation, which differs from the Behavioral Analysis, under which the behavioral explanations are based on the existing contingencies of reinforcement; and 3) “conscious” and “unconscious” are terms that, according to the dermatological and psychiatric aspects, are defined as lack of behavior perception. On the other hand, according to the Behavioral Analysis, “unconscious” refers to the lack of exposure to a verbal environment that generates knowledge about the controlling variables of a certain behavior. It also refers to the flawed self-described behaviors produced by a contingency of punishment that creates escape responses and avoidance to verify the events. It was agreed that the discrepancies concerning the medical and behavioral definitions would not interfere with the research performed by the group. This research highlighted that the healthcare professionals should be aware of these differences in order to conduct a more effective practice.

Keywords: Self-injury behavior. Nail Biting. Skin Picking. Trichotillomania. Behavior analysis

Introdução

A Dermatologia, a Psiquiatria e a Análise do Comportamento são áreas do conhecimento com interface em comum, uma vez que a ocorrência de doenças de pele pode envolver fatores emocionais associados (Gupta, Gupta, 1996). Problemas comportamentais podem originar ou agravar doenças dermatológicas, assim como essas podem provocar alterações psíquicas importantes (Torres et. al, 1995). De acordo com Folks e Warnock (2001), as doenças dermatológicas que têm interface com transtornos mentais podem ser divididas em quatro grupos, que ocasionalmente, de acordo com a condição do paciente, podem se agregar. O primeiro grupo são as condições dermatológicas que produzem consequências psiquiátricas, como o albinismo, a alopecia aerata, e o vitiligo. Já o segundo grupo, pode ser definido como doenças dermatológicas, como a acne, a dermatite atópica, eczema, psoríase e urticária, que são influenciadas a fatores psicológicos. Diferentemente disso, o terceiro grupo abarca doenças psiquiátricas, como o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno depressivo, o transtorno factício e a tricotilomania, que produzem consequências dermatológicas. Por fim, o quarto grupo consiste de condições dermatológicas ou lesões resultantes do uso de medicação psiquiátrica.

Os comportamentos autolesivos da pele e de seus anexos (unhas e cabelos) devem ser entendidos dentro dessa interface, uma vez que são comportamentos emitidos pelo próprio indivíduo e que produzem alterações inestéticas na pele, como escoriações e cicatrizes. As condições psiquiátricas e psicológicas envolvendo essas condições não podem ser negligenciadas, independentemente de elas serem primárias ou secundárias aos problemas da pele. Diante disso, a necessidade do psicólogo de compreender as perspectivas da Dermatologia e da Psicologia sobre essas condições se faz necessária para que um trabalho interdisciplinar se torne possível. O presente estudo, portanto, objetivou apresentar as definições ou explicações da Dermatologia e da Psiquiatria dos comportamentos autolesivos da pele e de seus anexos. Esta apresentação é relevante, pois possibilita uma melhor comunicação de psicólogos com médicos, assim como um melhor embasamento teórico dos profissionais da psicologia interessados na área da saúde, para que assim, futuras pesquisas possam ser realizadas na perspectiva da Análise Comportamental Aplicada. Ao final do capítulo serão apresentadas, também, breves considerações sobre o comportamento autolesivo na perspectiva da Análise do Comportamento e como esta se diferencia daquela da Dermatologia e da Psiquiatria

Foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados *Bireme*, *PschyARTICLE* e *Web of Science*, com as seguintes palavras-chave combinadas: *skin picking*, *acne excoriée*, *neurotic excoriation* e *behaviour analysis*. Foram selecionados artigos que apresentavam definições e explicações sobre os comportamentos autolesivos da pele na perspectiva da Dermatologia e da Psiquiatria. Foram excluídos da seleção: (a) os que descreviam intervenções e tratamentos para essas condições e os que apresentavam explicações para autolesão com estudos correlacionais; e (b) publicações sem livre acesso no portal da CAPES. Além disso, o Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association - APA, 2003) foi utilizado como bibliografia, com a finalidade de esclarecer e complementar as informações sobre o comportamento autolesivo contidas no material pesquisado. Os artigos, de acordo com a perspectiva da área de conhecimento sobre o comportamento autolesivo, foram classificados em três categorias: (a) Dermatologia; (b) Psiquiatria; e (c) Dermatologia e Psiquiatria. Foram utilizados os seguintes critérios de categorização dos artigos: (a) artigos que descreviam a autolesão como dermatites foram classificados como explicações da Dermatologia; (b) artigos que descreviam os comportamentos autolesivos a partir dos diagnósticos do DSM –IV (APA, 2003) foram classificados como explicações da Psiquiatria; e (c) artigos que continham definições a partir do DSM –IV (APA, 2003) juntamente com as definições de dermatites foram categorizados

como definições da Dermatologia e da Psiquiatria. Foram selecionadas 20 referências, sendo 19 artigos e um livro. A Figura 01 especifica a bibliografia selecionada e o tipo de definição apresentada.

Figura 1 – Categorização das referências dos artigos e livros selecionados por perspectiva de explicação

Tipo de Explicação	Referência	Número de referências
Perspectiva da Dermatologia	Koblenzer (1996)	1
Perspectiva da Psiquiatria	Gupta e Gupta (1996); O'Sullivan, Mansueto, Lerner e Miguel (2000); Hautmann, Hercogova e Lotti (2002); Woods, Twohig e Marcks (2002); APA (2003); Kress, Kelly e McCormick (2004); Shah e Fried (2006); Grant e Odlaug (2009); Hayes, Storch e Berlanga (2009); Wetterneck, Teng e Stanley (2010); Odlaug e Grant (2010); Duke, Keeley, Geffken e Storch (2010);	11
Perspectiva da Dermatologia e Psiquiatria	Gupta, Gupta e Haberman (1987); Stein e Hollander (1992); Torres, Smaira e Tiosso (1995); Gupta e Gupta (1996); Folks e Warnock (2001); Harth, Taube e Gieler (2010);	7

Comportamentos autolesivos da pele e de seus anexos na perspectiva da Dermatologia

Alguns comportamentos autolesivos na pele e seus anexos produzem alterações inestéticas, como escoriações e cicatrizes na pele, que devem ser tratadas pelo médico dermatologista. Estes comportamentos recebem a denominação de dermatites factícias, que são caracterizadas por lesões produzidas pelo próprio paciente, de forma consciente ou não, que não podem ser explicadas por qualquer condição dermatológica biológica ou genética (Shah, Fried, 2006). Harth, Taube e Gieler (2010) afirmam que a prevalência dessa doença é de 0,05% a 0,4% na população geral e que, apesar de ser encontrada em qualquer especialidade da medicina, a prevalência é maior em pacientes dermatológicos. Os autores explicam que os médicos dermatologistas reportaram dermatites factícias em 2% de todos os pacientes em unidades de atendimento de saúde e clínicas dermatológicas.

As dermatites factícias podem ter quatro origens diferentes: (a) lesão provocada por movimentos mecânicos, como comportamentos de apertar, esfregar, tocar, cortar, picar e morder; (b) lesão por dano tóxico, na qual o indivíduo causa lesões por

aplicação de ácido ou produz queimaduras em si mesmo; (c) lesões provocadas por infecções produzidas por comportamentos que dificultam a cicatrização e causam inflamação e (d) lesões provocadas por uso de medicações desnecessárias, como injeções de heparina e insulina (Harth et al., 2010). Lesões provocadas pelo próprio indivíduo podem ser critérios diagnósticos para dois tipos de dermatites: a artefacta e a paraartefacta (Harth et al., 2010).

A dermatite artefacta é caracterizada por lesões provocadas de forma inconsciente e pode estar relacionada a transtornos psiquiátricos, como o transtorno de personalidade borderline, narcisista ou histriônico e transtornos psicóticos (Harth et al., 2010). O indivíduo produz as lesões em um estado dissociativo de amnésia e, em geral, não é capaz de lembrar o seu comportamento e o estado emocional que acompanhou a autolesão (Koblenzer, 1996; Shah, Fried, 2006; Harth et al., 2010). A dermatite paraartefacta difere disso, pois o indivíduo é parcialmente consciente do seu comportamento de autolesão e reconhece o seu comportamento se for questionado (Harth et al., 2010). A principal característica dessa dermatite é a ausência de controle no impulso sobre um comportamento, o qual é emitido repetidamente e que produz danos à pessoa ou àqueles que são próximos dela. (Harth et al., 2010).

Harth et al. (2010) classificaram o *skin picking*, a escoriação da acne, a onicofagia e a tricotilomania como dermatites paraartefactas. Entretanto, alguns autores (Gupta, Gupta, Haberman, 1987; Klozenber, 1996; Shan, Fried, 2006) citam essas doenças dermatológicas e classificam-nas, juntamente com a dermatite artefacta, como dermatites factícias, sem a classificação como dermatites paraartefactas. Apesar das diferenças de classificação, todos são considerados comportamentos de autolesão. São descritos, na Figura 2, alguns destes tipos de comportamentos.

Figura 2 – Classificação de tipos de comportamentos de autolesão.

Classificação	Região do Corpo	Descrição
<i>Skin Picking</i>	Pele	É caracterizada por lesões autoinduzidas que produzem escoriações, erosões, crostas, cicatrizes e áreas com excesso de pigmentação na pele. O indivíduo apresenta ausência de controle no impulso sob o comportamento de escoriar a pele e a escoriação produz sentimentos de alívio. As lesões são mais comuns nas pernas e braços, mas podem ocorrer na face. (Koblenzer, 1996; Shah, Fried, 2006; Harth et al., 2010)
Escoriação da Acne	Face	É um tipo específico de <i>skin picking</i> que ocorre na face e envolve comportamentos de espremer, arranhar ou cutucar a acne. Em geral, o indivíduo utiliza as unhas para isso e como consequência produz ulcerações, escoriações e erosões na pele quando há excesso desses comportamentos (Harth et al., 2010)
Tricotilomania	Cabelo e pelos	É caracterizada por comportamentos repetitivos de arrancar o cabelo ou pelos que resultam em perda significativa de cabelo e produzem redução da tensão (Shah, Fried, 2006; Harth et al., 2010)
Onicofagia	Unhas e cutículas	É caracterizada pelos comportamentos de roer e mastigar as unhas ou cutículas e pode ocorrer com frequência, juntamente com comportamentos de chupar os dedos. Pode resultar em infecções virais ou bacterianas, sangramentos e deformações na unha. (Harth et al., 2010)

Comportamentos autolesivos da pele e seus anexos na perspectiva da Psiquiatria

A Psiquiatria, atuando no campo das doenças mentais, tem assumido a tarefa de classificar e propor critérios diagnósticos para os distúrbios comportamentais (Gongora, 2003). O Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM) e o Código Internacional de Doenças 10 (CID-10) são publicações que descrevem os resultados da classificação psiquiátrica de forma que as síndromes categorizadas sejam definidas conforme critérios universais aplicáveis a todos os indivíduos (Gongora, 2003). Os comportamentos autolesivos da pele foram relacionados aos seguintes transtornos classificados pela Psiquiatria: (a) Transtorno Obsessivo-compulsivo (Stein, Hollander, 1992; Torres et al., 1995; Cullen, et al., 2001; Odlaug, Grant, 2010; Wetterneck, Teng., Stanley, 2010), (b) Tricotilomania (O' Sullivan, Mansueto, Lerner, Miguel, 2000; Hautmann, Hercogova, Lotti, 2002; Kress, Kelly, McCormick, 2004; Duke, Keeley, Geffken, Storch, 2010); (c) Transtorno do Controle de Impulso sem outra especificação (APA, 2003); (d) Transtorno Dismórfico Corporal (Torres et al., 1995; Odlaug, Grant, 2010), (e) Comportamentos repetitivos (Hayes, Storch, Berlanga, 2009); e (f) Dependência (Odlaug, Grant, 2010).

O transtorno obsessivo-compulsivo caracteriza-se pela presença de pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos. As obsessões são ideias repetitivas e intrusivas sob as quais o indivíduo não tem controle, já as compulsões são comportamentos repetitivos (lavar as mãos, ordenar, verificar) ou atos mentais (orar, contar, repetir palavras em silêncio) cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento, ao invés de oferecer prazer ou gratificação (Torres et al., 1995; APA, 2003). Esse transtorno se relaciona aos comportamentos autolesivos, pois os indivíduos podem apresentar obsessões de contaminação e limpeza, que podem se relacionar a comportamentos obsessivos e excessivos de lavagem, limpeza e desinfecção com diferentes produtos químicos. Quando esses comportamentos são realizados em excesso podem produzir lesões na pele do indivíduo (Torres et al., 1995).

Alguns autores consideram o transtorno obsessivo-compulsivo como um espectro (Stein, Hollander, 1992; Torres et al., 1995; Wetterneck et al., 2010) e por isso, avaliam algumas condições médicas que podem se relacionar a ele. A tricotilomania, os distúrbios de controle de impulso, o *skin picking*, a escoriação neurótica, a dermatite artefacta, a onicofagia e o distúrbio dismórfico corporal foram avaliados por Stein e Hollander (1992) e Torres et al. (1995) como constituintes desse espectro.

A tricotilomania tem como característica essencial a ocorrência recorrente do comportamento de arrancar os próprios cabelos e pelos, o que resulta em perda capilar perceptível (APA 2003) e isso, de acordo com Stein e Hollander (1992) e Torres et al. (1995), pode ser compreendido como uma compulsão e classificada como um distúrbio de controle de impulso. A tricotilomania, assim, seria um único comportamento compulsivo que se mantém ao longo dos anos (Torres et al., 1995). Stein e Hollander (1992) explicam que a tricotilomania se assemelha ao TOC, pois apesar de não haver obsessões presentes e de as compulsões não terem a função de evitar possíveis perigos e problemas, a ausência de controle sobre o comportamento e os sentimentos de alívios associados a ele são condições remanescentes do TOC. Apesar dessa semelhança, a tricotilomania difere do TOC, pois ao contrário do TOC, que tem incidência igual entre homens e mulheres, ela incide mais sobre as mulheres (Stein & Hollander, 1992).

Além disso, condições dermatológicas de escoriação neurótica, dermatite factícia e *skin picking* (Stein, Hollander, 1992; Torres et al., 1995; Wetterneck et al., 2010) podem fazer parte de um espectro obsessivo-compulsivo. Esses três termos foram utilizados para descrever comportamentos autolesivos na pele emitidos pelo próprio indivíduo na ausência de uma patologia física. Não há uma delimitação de qual é o termo mais adequado

para designar essas condições, porém, o artigo utilizará *skin picking* para descrever essa condição. Há divergências quanto à aproximação do comportamento de *skin picking* ao do TOC. Stein e Hollander (1992) afirmam que o comportamento de *skin picking* é repetitivo e ritualístico e que, como uma compulsão, é um comportamento intrusivo que diminuí a tensão. Os autores afirmam que, apesar dessa similaridade, os pacientes não relatam que o comportamento é emitido com a finalidade de prevenir algum mal. Stein e Hollander (1992), afirmam, ainda, que o *skin picking*, diferentemente do TOC, é mais comum em mulheres e que, apesar das diferenças e similaridades, o *skin picking* deve ser compreendido como um distúrbio relacionado ao TOC. Outra similaridade entre os transtornos é a que alguns pacientes diagnosticados com TOC relatam necessidade de “tirar casquinhas” e intencionalidade no comportamento compulsivo de automutilação, com a finalidade de evitar que algo ruim aconteça, e que há relatos de coceiras que precedem o comportamento de autolesão assim como no *skin picking* (Torres et al., 1995). Cullen et al. (2001) descrevem que há uma relação entre esses transtornos, porém, afirmam que não há evidências de que apenas o *skin picking* possa fazer parte de um espectro do distúrbio obsessivo-compulsivo. Os autores, assim como Wetterneck et al. (2010), descreveram que o *skin picking* é comum entre pacientes com TOC. Cullen et al. (2001) explicam que as características demográficas e clínicas são parecidas nos pacientes com TOC com e sem *skin picking*. Porém, esses autores afirmam que há uma maior prevalência de depressão, transtorno dismórfico corporal e transtorno de ansiedade nos pacientes que apresentam TOC e *skin picking*.

Odlaug e Grant (2010) afirmam que, além de se relacionar com o TOC, o *skin picking* se assemelha a algumas condições de dependência. Os autores explicam que, assim como na dependência, os indivíduos com *skin picking* emitem os comportamentos autolesivos independentemente das consequências aversivas que podem produzir, eles têm controle diminuído sobre o comportamento autolesivo, sentem necessidade de emití-lo antes de fazê-lo e apresentam sentimentos hedônicos durante sua emissão. Essas características se assemelham a uma condição de dependência de álcool e drogas, na qual há sentimentos desencadeadores, como tensão antes do uso e sentimentos de prazer após o uso (Odlaug, Grant, 2010).

A onicofagia é uma condição similar ao *skin picking*, pois são comportamentos de autolesão emitidos pelo próprio indivíduo na área das unhas e cutículas, com a utilização, ou não, de objetos como alicates e tesouras, que podem gerar infecções, problemas dentários e mandibulares, assim como limitação social (Torres et al., 1995). A

onicofagia pode ser considerada como um quadro do espectro obsessivo-compulsivo pelo fato do indivíduo não conseguir resistir à emissão do comportamento (Torres et al., 1995).

O transtorno dismórfico corporal também pode ser considerado a partir do espectro obsessivo-compulsivo. Ele se caracteriza por pensamentos obsessivos de ordem estética que descrevem uma preocupação excessiva com algum defeito na aparência, ou com falhas leves ou imaginadas na face ou na cabeça (cabelos, acne, cicatrizes, rugas, marcas vasculares) e excessos de comportamentos de cuidado com a aparência (pentear o cabelo em excesso, remover os pelos, aplicar maquiagem de forma ritualizada e beliscar a pele) (APA, 2003; Wetterneck, et al. , 2010). Consultas com cirurgiões plásticos e dermatologistas são comuns nesses casos (Stein, Hollander, 1992; Torres et al.; 1995) e os indivíduos podem passar horas por dia em frente ao espelho, tentando ocultar ou mexer nas lesões e isso pode provocar mais danos à pele, como ocorre com a acne escoriada. Stein e Hollander (1992) afirmam que o fato da preocupação com a aparência ser caracterizada como uma ideia fixa, a qual os pacientes não conseguem resistir, aproximam o distúrbio dismórfico corporal do espectro obsessivo-compulsivo. Além disso, a compra e o uso excessivo de roupas e acessórios para esconder as falhas imaginadas consomem tempo dos indivíduos, o que aproxima ainda mais esse transtorno ao do espectro obsessivo-compulsivo (Stein, Hollander, 1992). Apesar disso, os pacientes com transtorno dismórfico corporal apresentam menor reconhecimento em relação às preocupações exageradas se comparados a pacientes com outros conteúdos obsessivos (Wetterneck et al. 2010) , mas respondem igualmente a agentes antiobsessivos.

Considerações analítico-comportamentais sobre as definições da Dermatologia e da Psiquiatria dos comportamentos autolesivos da pele e seus anexos

Ao discutir as definições de autolesão apresentadas pela Dermatologia e pela Psiquiatria, a partir da perspectiva da Análise do Comportamento, pode-se fazer algumas considerações sobre a forma de definir os comportamentos autolesivos, as causas atribuídas a esse comportamento e a terminologia utilizada pela medicina. Em relação às definições para o comportamento, a Dermatologia e a Psiquiatria descrevem-no de forma predominantemente topográfica. Para a Análise do Comportamento, descrições desse tipo são baseadas na forma da resposta (Catania, 1999). A resposta de *skin picking*, por exemplo, pode ser executada com um movimento de arranhar, espremer ou com uso de agulhas ou pinças, e a descrição da resposta nesses termos de aparência é topográfica. Para a análise do Comportamento, uma

definição desse tipo é menos importante do que a definição dos comportamentos por suas consequências (Catania, 1999). Respostas com topografias distintas podem produzir a mesma consequência e, por isso, ter a mesma função. O indivíduo, no exemplo anterior, cutuca a pele de diferentes formas que fazem parte de uma mesma classe de respostas, pois todas as respostas produzem uma mesma consequência. Essa poderia ser, por exemplo, obter reforço social na forma de atenção.

Apesar da Análise do Comportamento enfatizar as descrições funcionais, as definições topográficas apresentadas pela Dermatologia e Psiquiatria são extremamente relevantes, pois especificam e caracterizam os comportamentos autolesivos em relação a sua forma de ocorrência, como também de frequência e intensidade. Descrever a topografia dos comportamentos dos atletas de esportes de alto desempenho, por exemplo, pode auxiliá-los a um maior rendimento. Dependendo da forma como o movimento é executado, pode-se ter uma consequência mais reforçadora ou não para o resultado final da jogada. Martin (2001) explica que um atleta pode nadar com a mão fechada, com a mão aberta, com os dedos separados ou juntos e, dependendo da topografia do comportamento, a velocidade do atleta poderá ser alterada. No caso dos comportamentos autolesivos, as descrições topográficas detalhadas podem ser importantes para uma melhor definição do comportamento problema. Se conhecermos, por exemplo, instrumentos ou até o movimento realizado que produz a autolesão, podemos realizar intervenções na primeira instância em que o comportamento é emitido.

Apesar disso, uma definição topográfica do comportamento autolesivo não é suficiente em uma perspectiva analítico-comportamental para explicá-lo. Como mencionado anteriormente, os comportamentos operantes são definidos por sua função e não apenas por sua forma (Catania, 1999). Descrever a função de um comportamento é relacioná-lo a variáveis ambientais, ou seja, a eventos físicos e sociais, dentre os quais estão eventos encobertos e outros comportamentos do próprio indivíduo (Matos, 1999). Analisar a função dos comportamentos é, portanto, descrever as relações de dependência entre eventos ambientais ou entre eventos comportamentais e ambientais (Skinner, 1953/2003). Matos (1999) ressalta que os indivíduos apresentam alta ou baixa frequência de respostas a partir da função dessas e explica que os comportamentos “representam mecanismos de lidar com ambientes complexos” (p. 10).

Estudos da Análise do Comportamento sugerem que os comportamentos autolesivos são comportamentos aprendidos por meio de uma história de interação com o ambiente físico e social (Iwata et al., 1994; Deaver, Miltenberger, Stricker, 2001; Lane,

Thompson, Reske, Gable, Barton-Arwood, 2006; Goulart-Junior, Britto, 2010). Iwata et al. (1994), em um estudo com indivíduos com desenvolvimento atípico, o qual incluía participantes que se mordiam, se arranhavam ou arrancavam os cabelos, objetivaram determinar empiricamente o tipo de consequência que mantinha comportamentos autolesivos. Os autores programaram consequências para o comportamento alvo e observaram os participantes em quatro condições experimentais. Na primeira condição, o comportamento produzia reforços positivos (ex: atenção, comida e materiais) em um contexto de privação do reforçador, e diferente disso, na segunda, o comportamento produzia reforço negativo pela esquiva de uma situação aversiva (ex: situação de demanda, tarefa, interação social) (Iwata et al., 1994). Em uma terceira situação experimental, os participantes foram observados em um contexto em que estavam sozinhos e em um ambiente sem consequência social planejada, para que fosse possível a observação da consequência natural do comportamento. Os dados obtidos nessas três condições foram comparados a uma condição controle na qual não havia disponibilidade de atividades e ausência de privação de reforço positivo, tarefas ou demandas. Os resultados do estudo foram que 23,3% dos participantes tinham o comportamento autolesivo mantido por reforçamento social positivo, 38,1% por reforçamento social negativo, 25,7% por reforçamento automático e 5,3% por dois tipos de consequência diferentes. Em 4,6% dos participantes o responder observado foi imprevisível e, por isso, não foi possível determinar a função do comportamento. Como salientou Ceppi e Benvenuti (2011), esse estudo forneceu evidência empírica de que a ocorrência de comportamentos autolesivos depende de diferentes consequências produzidas no ambiente pelo comportamento. Assim, a Análise do Comportamento busca explicações para o comportamento autolesivo na relação do organismo com o ambiente. Em relação a isso, as causas atribuídas aos comportamentos autolesivos pela medicina descrevem sentimentos como agente causador dos comportamentos autolesivos. As definições do transtorno obsessivo-compulsivo, *skin picking* e tricotilomania especificam que os comportamentos autolesivos são emitidos para produzir alívio e, por isso, especificam que diante do sentimento de tensão, que pode ser entendido como a causa do comportamento, a ação autolesiva ocorre. Esta explicação dada pela Psiquiatria e Dermatologia para a ocorrência de comportamentos autolesivos, embora especifique o antecedente (e.g., tensão), o comportamento (e.g., autolesão) e a consequência (e.g., alívio) é mecanicista e mentalista e, portanto, difere da explicação proposta pela Análise do Comportamento, que busca nas contingências de reforçamento em operação as causas para o comportamento. As explicações mecanicistas surgiram com o desenvolvimento dos estudos da Mecânica Clássica Newtoniana, as quais

descreviam que existe uma força inicial que explica os movimentos dos corpos (Cruz, Cillo, 2008). Esse tipo de explicação influenciou todas as ciências modernas e, uma explicação desse tipo, na Psicologia, significa que o evento antecedente ao comportamento é a causa do comportamento e, assim, o que ocorre antes do comportamento serve como explicação à ação do indivíduo (Cruz, Cillo, 2008). Diferentemente disso, o mentalismo é a prática de invocar ficções mentais como explicação para o comportamento e, assim, pensamentos, emoções, sentimentos e sensações são consideradas causas de comportamento nessa perspectiva (Baum, 2006). As explicações mecanicistas e mentalistas diferem-se das explicações da Análise do Comportamento, pois, para esta ciência, as explicações mentalistas não conseguem explicar aquilo que se propõem, visto que a investigação se direcionada a uma entidade interna oculta de impossível compreensão, a qual gera explicações circulares que não possibilita nenhuma explicação para além da observação original (Baum, 2006). Além disso, a Análise do Comportamento adota o modelo de seleção pelas consequências (Skinner, 1981/2007) para explicação do comportamento. De acordo com esse modelo, o comportamento é selecionado na interação do organismo com o ambiente pelas consequências que produz, uma vez que essas aumentam ou diminuem a probabilidade de emissão de comportamentos futuros (Skinner, 1953/2003). Skinner (1981/ 2007) explica que há três tipos de seleção: (a) a filogenética, que seleciona o comportamento da espécie e ocorre por meio da seleção natural; (b) a ontogenética, que atua sobre o comportamento do indivíduo a partir das consequências de reforço que o comportamento produz; e (c) a cultural, que seleciona práticas culturais a partir do comportamento individual dos membros da cultura. A compreensão dos comportamentos, portanto, deve considerar esses três tipos de seleção. Não é possível explicar qualquer comportamento sem atentar à interação do organismo com o ambiente (Skinner, 1953/2003). As variáveis que explicam determinado comportamento devem ser buscadas no ambiente atual e na história ambiental do organismo (Skinner, 1953/2003). Todos os comportamentos podem ser explicados dessa forma, inclusive os sentimentos, que são ações sensoriais, as quais devem ser entendidas a partir da interação do organismo com seu ambiente (Skinner, 1989/2005).

Em relação aos termos utilizados, a Dermatologia utiliza os termos “consciente” e “inconsciente”, entretanto não há uma preocupação de defini-los com mais especificidade. Entende-se que, quando utilizados na perspectiva da Dermatologia, esses termos referem-se, apenas, ao fato do indivíduo reconhecer ou não o seu próprio comportamento autolesivo e relacioná-lo às consequências dos prejuízos na pele. Na Análise do Comportamento, há duas condições nas quais o termo “inconsciente” é empregado

(Silveira, Almeida, 2010). A primeira condição se refere à inconsciência como produto da falta de exposição a ambiente verbal gerador de conhecimento sobre o que se faz, o que se está fazendo, o que se tente a fazer ou sobre as variáveis controladoras de determinado comportamento. A segunda condição refere-se ao termo “inconsciente” no sentido do que algumas teorias psicológicas denominam “repressão” e diz respeito a comportamentos autodescritivos falhos, dada a exposição a uma contingência da punição que gera uma classe de respostas de fuga e esquivas em tatear eventos (Silveira, Almeida, 2010). No caso dos comportamentos autolesivos, a dificuldade em reconhecer a emissão do comportamento autolesivo no momento da sua ocorrência pode, portanto, estar relacionada a um ambiente com uma comunidade verbal punitiva que não favorece, por meio de perguntas, o autoconhecimento.

Discussão

As definições da Psiquiatria e da Dermatologia apresentam divergências em relação às definições da Análise do Comportamento. As definições da medicina são, primordialmente, topográficas e, apesar de ser uma definição relevante, não são suficientes como explicação para o comportamento na perspectiva analítico-comportamental. Para a Análise do Comportamento, a função do comportamento deve ser alvo de análise. Apesar disso, pouco se tem investigado sobre a função dos comportamentos autolesivos da pele na perspectiva desta ciência. Miltenberger, Faqua e Woods (1998), a partir de uma revisão de literatura, constataram que existem poucos estudos voltados à descrição da função dos comportamentos autolesivos.

Há divergência entre a medicina e a Análise do Comportamento, também, em relação às causas para os comportamentos autolesivos. Essa diferença, a qual especifica que a Dermatologia e Psiquiatria utilizam sentimentos como agente causador para os comportamentos autolesivos e que a Análise do Comportamento busca descrever a função desses a partir da interação organismo e ambiente, foi salientada na seção final deste capítulo. Porém, é necessário que psiquiatras, dermatologistas e analistas do comportamento estejam cientes que essa diferença não deve impedir a realização de um trabalho em conjunto. Todos os profissionais envolvidos no tratamento do comportamento autolesivo podem fazer contribuição que auxiliem uns aos outros. Dermatologistas, psiquiatras e analistas do comportamento, se estiverem conscientes da interface entre essas áreas nos casos de comportamentos autolesivos da pele e de seus anexos, podem ampliar o tratamento do

paciente. O dermatologista ao identificar uma dermatite factícia, pode encaminhar o paciente para avaliação psiquiátrica e psicológica, com o objetivo de ampliar a possibilidade de melhora do indivíduo. Da mesma forma, o psiquiatra ao diagnosticar algum transtorno psiquiátrico em que um dos sintomas é um comportamento autolesivo, pode fazer encaminhamentos ao psicólogo e ao dermatologista, com a finalidade de complementar o tratamento proposto por ele. O psicólogo, assim como os médicos, ao identificar em seu cliente comportamentos autolesivos, podem também fazer encaminhamentos aos médicos, os quais podem aumentar as probabilidades do cliente melhorar a sua condição. Além disso, os analistas do comportamento podem contribuir com os médicos ao aprimorar a forma de investigação do comportamento, bem como suas possíveis relações com eventos ambientais. Quando as contingências que controlam o comportamento autolesivo são identificadas, intervenções comportamentais para alterá-lo podem ser planejadas e aplicadas e atuar juntamente com o tratamento medicamentoso proposto pelo dermatologista e pelo psiquiatra.

O presente capítulo foi elaborado com objetivo de aproximar as áreas, uma vez que quanto mais se souber das divergências, maiores serão as possibilidades de um trabalho efetivo como equipe multidisciplinar. As divergências não devem ser interpretadas como uma impossibilidade de trabalho, mas sim como uma ampliação do conhecimento para as áreas. O fato de existirem divergências sobre a definição dos comportamentos autolesivos entre as referidas áreas pode ser compreendido pelo fato de que, enquanto ciências, a Medicina e a Análise do Comportamento têm pressupostos filosóficos diferentes, mas tanto uma quanto a outra apresenta um objetivo prático que lhes é comum: o bem estar do indivíduo.

Referências

American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Baum, W. M. (2006). *Compreender o Behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução*. Porto Alegre: Artmed.

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição*. Porto Alegre: Artmed.

Ceppi, B., & Benvenuti, M. (2011). Análise Funcional do Comportamento Autolesivo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(6), 247-253.

- Cruz, R. N., & Cillo, E. N. (2008). Do Mecanicismo ao Seleccionismo: Uma Breve Contextualização da Transição do Behaviorismo Radical. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3), 375-385.
- Cullen, B. A., Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M., Hoehn-Saric, R., Hanh, J., et al. (2001). The relationship of Pathologic Skin Picking to Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 189 (3), 193-195.
- Deaver, C. M., Miltenberger, R. G., & Stricker, J. M. (2001). Functional analysis and treatment of hair twirling in a young child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(4), 535-538.
- Duke, D., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2010). Trichotillomania: A current review. *Clinical Psychology Review*, 30, 181-193.
- Folks, D., & Warnock, J. K. (2001). Psychocutaneous Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 3, 219-225.
- Gongora, M. (2003). Noção de psicopatologia em Análise do Comportamento. In: C. L. Costa, *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e cognição* (pp. 93-109). São Paulo: Esetec.
- Goulart-Junior, R. M., & Britto, I. G. (2010). Intervenção Analítico-Comportamental em Tricotilomania. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12(1/2), 224-237.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., & Haberman, H. F. (1987). The Self-Inflicted Dermatoses: A critical Review. *General Hospital Psychiatric*, 9, 45-52.
- Gupta, M., & Gupta, A. K. (1996). Psychodermatology: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 1030- 1046.
- Harth, W., Taube, K. M., & Gieler, U. (2010). Factitious disorders in dermatology. *Journal of the German Society of Dermatology*, 8, 361-373.
- Hautmann, G., Hercogova, J., & Lotti, T. (2002). Trichotillomania. *The American Academy of Dermatology*, 46, 807-821.
- Hayes, S. L., Storch, E., & Berlanga, L. (2009). Skin Picking behaviours: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 314-319.
- Iwata, B. A., Pace, G. M., Dorsey, M. F., Zarcone, J., Vollmer, T. R., Smith, R. G., et al. (1994). The Functions of self-injury behavior: an experimental-epidemiological analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 215-240
- Koblentz, C. S. (1996). Neurotic Excoriations and Dermatitis Artefacta. *Psychodermatology*, 14 (3), 447 - 455.
- Kress, V. E., Kelly, B. L., & McCormick, L. J. (2004). Trichotillomania: Assessment, Diagnosis and Treatment. *Journal of Counseling and Development*, 82 (2), 185-190.

- Lane, K. L., Thompson, A., Reske, C. L., Gable, L. M., & Barton-Arwood, S. (2006). Reducing skin picking via competing activities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(4), 459-62.
- Martin, G. (2001). *Consultoria em psicologia do esporte: orientações práticas em análise do comportamento*. Campinas: Instituto de Análise do Comportamento.
- Matos, M. (1999). Análise Funcional do Comportamento. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 8-18.
- Miltenberger, R. G., Faqua, R. W., & Woods, D. W. (1998). Applying Behavior Analysis to Clinical Problems: Review and Analysis of Habit Reversal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31 (3), 447-469.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- O' Sullivan, R. L., Mansueto, C., Lerner, E., & Miguel, E. C. (2000). Characterization of Trichotillomania: A Phenomenological Model with Clinical Relevance to Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23 (3), 587-604.
- Odlaug, B., & Grant, J. D. (2010). Pathologic Skin Picking. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 296-303.
- Shah, K. N., & Fried, R. G. (2006). Facial dermatoses in children. *Current Opinion in Pediatrics*, 18, 403-409.
- Silveira, J. M., & Almeida, L. (2010). O inconsciente na interpretação analítico-comportamental. *Revista da ABRADAGEM Gestáltica*, 16(1), 64-71.
- Skinner, B. (1981/2007). Seleção por conseqüências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9 (1), 129-137.
- Skinner, B. F. (1989/2005). *Questões recentes na análise comportamental*. Campinas: Papirus.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory for adults*. Redwood City, CA: Mind Garden, Inc.
- Stein, D. J., & Hollander, E. (1992). Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy Dermatology*, 26, 237-242.
- Torres, A., Smaira, S., & Tiosso, A. (1995). Distúrbio Obsessivo-compulsivo e quadros correlatos na clínica dermatológica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 70 (3), 239-243.
- Wetterneck, C. T., Teng, E. J., & Stanley, M. A. (2010). Current issues in the treatment of OC-spectrum conditions. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74 (2), 141-166.

ESTUDO 2 – PROCEDIMENTOS PSICOLÓGICOS PARA *SKIN PICKING* EM INDIVÍDUOS COM DESENVOLVIMENTO TÍPICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA EM PERIÓDICOS DE SAÚDE²

RESUMO: O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão bibliográfica em periódicos da saúde com a finalidade de verificar, descrever operacionalmente e relatar os resultados dos procedimentos comportamentais sobre estudos empíricos de intervenção comportamental direcionados a indivíduos com desenvolvimento típico que apresentem *skin picking*. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura em três etapas. Inicialmente, realizou-se uma busca bibliográfica de artigos indexados nas bases de dados *Bireme*, *PschyARTICLE* e *Web of Science*, com as seguintes palavras-chave combinadas: *skin picking*, *acne excoriée*, *neurotic excoriation*, *behavior analysis*, *treatment* e *habit reversal* no período de dezembro de 2011. Na segunda etapa, os artigos encontrados foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão e de exclusão: a) artigos que descreviam procedimentos comportamentais e que foram realizados com participantes com desenvolvimento típico foram selecionados; e b) artigos com tratamentos medicamentosos e sem livre acesso ao portal de periódicos da CAPES foram excluídos. Na terceira etapa, os artigos foram analisados a partir das seguintes categorias de análise: a) objetivos do estudo; b) método (caracterização dos participantes, delineamento, medidas de avaliação utilizadas para análise dos resultados, descrição do procedimento comportamental a partir do o número de sessões realizadas e dos componentes dos procedimentos de intervenção); e c) resultados da intervenção. A busca bibliográfica resultou em oito artigos, dos quais foram constatadas seis tipo de intervenções diferentes: reversão de hábito, reversão de hábito combinada com técnicas da terapia cognitiva, reversão de hábito combinada com a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), reversão de habito combinada em um programa estruturado de intervenção que continha uma avaliação psiquiátrica tratamento autoaplicável pela internet com componentes da reversão de hábito e ACT. As intervenções levantadas, em sua maioria, objetivaram avaliar as intervenções descritas nos estudos, foram realizadas com participantes adultos e utilizaram delineamento de sujeito único e medidas indiretas para avaliação do comportamento de *skin picking*. Nas intervenções, foram utilizados os seguintes procedimentos: Avaliação, Treino de Conscientização, Treino de Resposta Concorrente, Treino de relaxamento, Manejo de Consequências Reforçadoras, Treino de Suporte Social, Procedimentos de ACT, Reestruturação Cognitiva e Revisão do procedimento. Os estudos analisados na presente revisão de literatura resultaram em redução no comportamento de *skin picking* dos participantes, entretanto, no *follow-up* alguns estudos evidenciaram aumento na frequência desse comportamento. Conclui-se que é necessário aprofundar as pesquisas sobre intervenções para o tratamento de *skin picking* em relação aos seguintes aspectos: 1) diversidade de métodos; 2) intervenções com participantes de diferentes faixas etárias; e 3) função dos comportamentos de *skin picking*.

Palavras-chave: *Skin picking*. Intervenção comportamental. Tratamento.

² O presente estudo foi financiado pela CAPES

ABSTRACT: The purpose of this research was to conduct a literature review on healthcare journals, in order to verify, operationally describe and report the outcomes of the behavioral procedures on empirical studies about behavioral intervention targeted at individuals with typical development suffering from skin picking disorder. The literature review was performed in three stages. Initially, a literature search of articles indexed on Bireme, PschyARTICLE and Web of Science database was conducted during December 2011. The following keywords were used for this search: skin picking, acne excoriée, neurotic excoriation, behavior analysis, treatment and habit reversal. In the second stage, the articles found were selected based on the following inclusion and exclusion criteria: a) articles describing behavioral procedures and targeting participants with typical development were selected; b) studies presenting drug treatments and studies without free access to the CAPES' portal were excluded. In the third stage, the articles were analyzed according to the following categories: a) study purposes; b) method (participant characterization, design, evaluation measures for result analysis, description of the behavioral procedure according to the number of sessions performed and the components of the intervention procedures); c) intervention outcomes. At the end of the literature search, eight articles were found, from which six different types of interventions were identified: habit reversal, habit reversal combined with cognitive therapy techniques, habit reversal combined with Acceptance and Commitment Therapy (ACT), habit reversal combined with the structured intervention program containing a psychiatric assessment, self-applied treatment through the internet with habit reversal components and ACT. The majority of the interventions found aimed at evaluating the interventions described in the studies. The interventions were conducted in adult participants, using single-subject design and indirect measures, in order to assess the skin picking behavior. The Interventions were assessed by the following procedures: Assessment, Awareness Training, Competitive Response Training, Relaxation Training, Management of Reinforcing Consequences, Social Support Training, ACT procedures, Cognitive Restructuring and Review of the procedure. The studies considered in this literature review indicated the reduction of the skin picking behavior; however, some studies have shown a frequency increase of this behavior during the follow-up procedure. Finally, the study has concluded that further research on interventions for the skin picking treatment related to the following aspects: 1) diversity of methods; 2) interventions with participants from different age groups and 3) the function of skin picking behaviors is therefore needed.

Keywords: Skin Picking. Behavioral intervention. Treatment.

Introdução

O *Skin picking*³ é caracterizado por comportamentos repetitivos e compulsivos de picar, escoriar, coçar, arranhar ou furar determinadas regiões da própria pele, que resultam em danos no tecido (Grant, Odlaug, 2009; Odlaug, Grant, 2010). O indivíduo é parcialmente consciente da emissão desses comportamentos e o admite se lhe for perguntado (Harth, Taube, Gieler, 2010). É um comportamento mal adaptativo que pode ter consequências como cicatrizes e deformações na pele (Wetterneck et al., 2010). Por esta

³ Não foi encontrado na literatura a tradução para o termo *skin picking* e, por isso, o artigo adotará o termo em inglês. O DSM V, publicado após a elaboração desse artigo, classifica a condição como um transtorno, porém não há ainda tradução do manual para a língua portuguesa.

razão é considerado um problema dermatológico e compõe a categoria denominada “Dermatite Paraartefacta” e “Dermatite Factícia” (Shah, Fried, 2006; Harth et al., 2010).

As doenças da pele factícias são caracterizadas por lesões que não são explicadas por nenhuma condição dermatológica orgânica e são produzidas pelo próprio indivíduo (Shah, Fried, 2006). Movimentos mecânicos de friccionar, esfregar, morder, cutucar, uso de substâncias tóxicas, como ácidos, indução de infecção por não deixar ferimentos cicatrizarem e uso de medicações que afetam a pele, como injeções de heparina e insulina, são exemplos de comportamento que produzem dermatites de autolesão (Harth et al., 2010). Um tipo especial dessa condição é a escoriação da acne, que ocorre quando o comportamento de autolesão é realizado na face diante de lesões da acne (Harth et al., 2010).

Além de ser considerado como problema dermatológico por afetar diretamente a pele e seus anexos, o *skin picking* é classificado pela Psiquiatria como um transtorno de controle de impulso (Harth et al., 2010). A característica essencial desse transtorno é o fracasso em resistir a um impulso ou tentação de executar um ato perigoso para a própria pessoa ou para outros (APA, 2003). O indivíduo que apresenta transtorno do controle de impulso sente uma crescente tensão ou excitação antes de cometer o ato e, após cometê-lo, sente a diminuição da tensão, podendo ou não haver arrependimento, autorrecriminação ou culpa (APA, 2003).

No entanto, apesar de produzir diminuição da tensão, a repetição do comportamento produz lesões na pele que podem torná-la inestética. Esta alteração na pele do indivíduo ao ser evidente e apresentar-se como uma distorção na conformação corporal comumente gera em outras pessoas comportamentos de preconceito (Gon, Rocha, Gon, 2005) e isso, por se caracterizar por uma contingência aversiva de discriminação social, pode dificultar as interações pessoais. De acordo com Gupta et al. (1996), provocar lesões na própria pele tem relação com sentimentos de inadequação social, insegurança, sensação de vazio e solidão.

O *Skin Picking*, portanto, poderia ser caracterizado como uma dificuldade de controlar comportamentos de autolesão na pele e que, como consequência, produz alterações cutâneas que se relacionam com prejuízo para o corpo, discriminação social e dificuldades na interação social. A Psicoterapia, cuja função é se preocupar com comportamentos inconvenientes ou perigosos para o próprio indivíduo ou para os outros (Skinner, 1953/2003), pode contribuir para alteração dessas condições. Nesse contexto, o terapeuta é um agente de mudança comportamental que influencia o comportamento do cliente e este, ao procurar a terapia, solicita ajuda para alterar comportamentos e sentimentos aversivos por encontrar-se

incapaz de fazer isso por si mesmo (Guilhardi, 2004). Um dos componentes da terapia comportamental é um processo que envolve a aplicação de procedimentos ou técnicas comportamentais específicas, utilizados com o objetivo de alterar exemplos particulares de comportamentos da queixa apresentada pelo cliente ou por pessoas relevantes do ambiente social em que ele está inserido (Guilhardi, 2004). Guimarães (2001) explica que uma proposta de ação eficaz requer inicialmente uma avaliação precisa do comportamento alvo e das unidades funcionais do ambiente onde esse comportamento é mais provável de ocorrer, para que então, a partir disso, seja possível escolher a técnica de intervenção mais apropriada ao caso. O uso de técnicas faz parte da terapia comportamental, porém, a terapia não se limita a noção de que apenas os procedimentos descrevam exemplos de terapia comportamental (Guilhardi, 2004). Diante disso, o objetivo desse estudo foi realizar uma revisão bibliográfica em periódicos da saúde, com a finalidade de verificar, descrever operacionalmente e relatar os resultados dos procedimentos comportamentais sobre estudos empíricos de intervenção comportamental direcionados a indivíduos com desenvolvimento típico que apresentem *skin picking*.

Método

Foi realizada uma revisão de literatura em três etapas. Inicialmente, realizou-se uma busca bibliográfica de artigos indexados nas bases de dados *Bireme*, *PschyARTICLE* e *Web of Science*, com as seguintes palavras-chave combinadas: *skin picking*, *acne excoriée*, *neurotic excoriation*, *behavior analysis*, *treatment* e *habit reversal*. A busca bibliográfica foi realizada em dezembro de 2011 e não houve delimitação em relação aos período de publicação.

Na segunda etapa, os artigos encontrados foram selecionados a partir de alguns critérios de inclusão e de exclusão: Foram incluídos: a) artigos de estudos empíricos que descreviam procedimentos de intervenção comportamentais para *skin picking*, e b) estudos com participantes com desenvolvimento típico. Foram excluídos: (a) artigos de estudos empíricos com tratamentos exclusivamente medicamentosos, (b) artigos teóricos ou de revisão de literatura sobre o tema, (c) artigos que atendessem aos critérios de inclusão e sem livre acesso ao portal de periódicos da CAPES.

Na terceira etapa, os artigos foram analisados a partir das seguintes categorias de análise: (a) objetivos do estudo; (b) método (caracterização dos participantes, delineamento, medidas de avaliação utilizadas para análise dos resultados, descrição do

procedimento comportamental a partir do número de sessões realizadas e dos componentes dos procedimentos de intervenção); e (c) Resultados da intervenção.

Resultados

A busca bibliográfica resultou em oito artigos que atenderam aos critérios de inclusão e que estão apresentados na Figura 3. É possível notar que a primeira publicação foi em 2001 e que a última foi em 2008. Em 2006 e 2007 as publicações aumentaram de frequência, sendo que foram encontrados cinco artigos datados nessa época. Desde a data da última publicação até a realização da busca não foram realizadas novas publicações.

Figura 3 – Artigos selecionados para a análise

Ano de Publicação	Autores
2001	Twohig e Woods
2002	Deckersbach, Wihelm, Keuthaen, Baer e Jenike
2006	Long, Long, Grillo, e Marshman
2006	Teng, Woods e Twohig
2006	Twohig, Hayes e Masuda
2007	Flessner, Mouton-Odum, Stocker e Keuthen
2007	Grillo, Long e Long
2008	Flessner, Busch, Andrew, Heideman, e Woods

Objetivo do Estudo

Seis dos artigos analisados objetivaram verificar a efetividade de diferentes intervenções comportamentais, que são apresentadas de forma detalhada na categoria de procedimentos do presente artigo (Twohig, Woods 2001; Deckersbach, Wihelm Keuthaen, Baer, Jenike, 2002; Teng, Woods, Twohig, 2006; Flessner, Mouton-Odum, Stocker, Keuthen, 2007). Diferente disso, dois estudos (Long, Long, Grillo, Marshman, 2006; Grillo, Long, Long, 2007), ainda, objetivaram apresentar programas estruturados de intervenção para doenças da pele em geral.

Método

Participantes

As informações sobre os participantes dos estudos analisados foram consideradas e a descrição deles encontra-se na Figura 4. Em relação aos participantes, os seguintes aspectos foram avaliados: número, gênero, idade, doença de pele e desenvolvimento.

Figura 4 – Descrição dos Participantes

Referência	Informações sobre os participantes				
	N ^o	Gênero	Idade	Doença de pele	Desenvolvimento
Twohig e Woods (2001)	2	Masculino	20 e 22	Skin Picking	Típico
Deckersbach, Wihelm Keuthaen, Baer e Jenike (2002)	3	2 Feminino e 1 masculino	57, 26 e 51	Skin Picking	Típico
Long, Long, Grillo, e Marshman (2006)	0	-	-	Doenças da pele que geram prurido	-
Teng, Woods e Twohig (2006)	19	Feminino	Maior ou igual a 18	Skin picking	Típico com QI maior ou igual a 80
Flessner, Mouton-Odum, Stocker e Keuthen (2007)	372	83,6% - Feminino 16,4 %- Masculino	Maior ou igual a 19 anos	Skin Picking	Sem descrição
Grillo, Long e Long (2007)	17	10 Feminino 7 Masculino	Entre 30 a 70 anos	Skin Picking ou outras doenças de pele	Sem descrição
Flessner, Busch, Andrew, Heideman, e Woods (2008)	6		Maior ou igual a 18 anos	Skin Picking ou Tricotilomania	Típico com QI acima de 80

O número de participantes de cada pesquisa variou de acordo com o método proposto. Nos estudos em que foram realizadas análises individuais, o número de participantes variou de 1 a 6 (Twohig, Woods, 2001; Deckersbach et al., 2002; Twohig et al.,

2006; Flessner et al., 2008). Dois estudos utilizaram delineamento de grupo, sendo um com 19 participantes (Teng et al, 2006) e outro com 372 (Flessner et al., 2007). O programa de tratamento apresentado no estudo de Grillo et al. (2007) foi elaborado a partir do atendimento de 17 pacientes, sendo 8 desses com dermatite atópica, 6 com prurigo nodular, 2 com psoríase e 01 com *skin picking*.

Todos os estudos tiveram como participantes adultos com idade igual ou superior a 18 anos com desenvolvimento típico. Em um estudo (Flessner et al, 2008) a intervenção foi conduzida para pacientes com tricotilomania (comportamento de arrancar pelos ou cabelos) ou *skin picking*, e em outro (Flessner et al, 2007) apenas para participantes com *skin picking* que relatassem dois episódios de comportamentos autolesivos durante o uso de um programa de intervenção *online*. Teng et al. (2006) delimitaram para participantes de seu estudo indivíduos que apresentassem frequência mínima de cinco comportamentos de *skin picking* por dia no último mês, relato de prejuízo social e físico e resultado em teste de QI de 80 ou mais. Uma pesquisa (Flessner et al., 2008) excluiu participantes que, além de *skin picking*, apresentassem condições psiquiátricas concomitantes. Um estudo (Twohig et al., 2006) adotou como critério de participação o não uso de medicamentos psicotrópicos um mês antes da intervenção. Uma pesquisa selecionou participantes com doenças da pele em geral que se relacionavam a prurido, como eczema, psoríase, prurigo nodular⁴ e *skin picking*, sendo que foram excluídas pessoas que apresentavam uma condição orgânica para justificar isso (Long et al., 2006)

Delineamento utilizado

Dos artigos analisados, dois estudos (Long et al. , 2006; Grillo et al., 2007) descreviam programas de intervenção, porém, não eram empíricos e, por esta razão, foram excluídos da análise do delineamento. Cinco dos estudos tiveram delineamento de sujeito único, com exceção do estudo de Teng et al. (2006), no qual foi utilizado um delineamento de grupo AB com avaliação de seguimento. Apesar destes estudos apresentarem análises individuais dos participantes, diferenças relevantes no delineamento foram constatadas.

⁴ O termo prurigo refere-se à pápulas ou nódulos intensamente pruriginosos (Souza, 2007). No prurigo nodular, as pápulas e nódulos medem de 1 a 3 cm de diâmetro, têm superfície rugosa ou são recobertos por escamocrostas quando escoriados (Souza,2007). As lesões surgem nas porções distais de membros, principalmente nas superfícies de extensão (Souza,2007). O tronco, a face e palmas também podem ser acometidos (Souza,2007). É causado por agressão externa determinada por intenso prurigo, de causa desconhecida (Souza,2007). A coçadura resultante é efetuada em uma pequena área, com um só dedo ou com objeto pontiagudo (Souza,2007). A intensidade da agressão determina a maior ou menor exuberância das lesões (Souza,2007).

Deckersbach et al., (2002) conduziram três estudos de casos com delineamento AB e avaliação de seguimento. Twohig et al., (2006) também utilizaram o delineamento AB com avaliação de seguimento, porém, realizada apenas com três participantes. A efetividade da intervenção com os outros dois participantes foi realizada por meio do delineamento de linha de base múltipla entre sujeitos. Este tipo de delineamento foi utilizado em outros dois estudos (Flessner et al., 2008; Twohig, Woods, 2001). Flessner et al. (2007) utilizaram dados da amostra de participantes do estudo para realizar análises estatísticas de medidas pré e pós-intervenção.

Medidas de avaliação da intervenção

Dois estudos não fizeram parte desta categoria, uma vez que trataram de descrição de programas de intervenção, são eles: o estudo de Long et al. (2006) e o de Grillo et al. (2007). Cinco estudos, portanto, a maioria deles, utilizaram medidas indiretas para avaliar os resultados da intervenção. As medidas indiretas utilizadas nos estudos foram autorregistro (Twohig, Woods; 2001; Teng et al., 2006; Flessner et al., 2007; Flessner et al., 2008; Twohig et al., 2006), fotos (Twohig, Woods, 2001; Teng et al., 2006; Twohig et al., 2006) e escalas (Twohig, Woods, 2001; Teng et al., 2006; Deckersbach et al., 2002; Flessner et al., 2007; Flessner et al., 2008; Twohig et al., 2006). Nos estudos analisados, as seguintes escalas foram utilizadas: *The Skin Picking Scale* (SPS - Keuthen, Wilhelm, Engelhard, Forker, Baer, 2001), *Skin Picking Impact Scale* (SPIS - Keuthen et al., 2001), *Massachusetts General Hospital Hairpulling/Skin Picking Scale* (MGH-HS/ SP - Keuthen et al., 1995), *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ; Hayes et al., 2004), *Beck Anxiety Inventory* (BAI - Beck, Epstein, Brown, Steer, 1988), *Beck Depression Inventory - II* (BDI - II - Beck, 1996), *Treatment Evaluation Inventory-Short Form* (TEI - SF - Kelley, Heffer, Gresham, Elliot, 1989); *SITS (Self-Injury Trauma Scale* - Iwata, Pace, Kissel, Nau, Farber, 1990).

Descrição das intervenções

Foram realizadas seis tipos de intervenções para o *skin picking*. A reversão de hábito⁵ foi utilizada em sete estudos, sendo que em três pesquisas ela foi a única técnica

⁵ A reversão de hábito é um procedimento proposto por Azrin e Nunn na década de 70 que objetiva a redução da frequência de comportamentos repetitivos (Miltenberger, Faqua & Woods, 1998). Originalmente ela é

aplicada (Twohig, Woods, 2001; Teng et al., 2006; Grillo et. al, 2007) e em quatro estudos ela foi utilizada de forma combinada com outros procedimentos. A reversão de hábito foi combinada com técnicas da terapia cognitiva (Deckersbach et al., 2002), com a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em um procedimento chamado de Acceptance-Enhanced Therapy (AEBT) (Flessner et al., 2008), com uma avaliação psiquiátrica em um programa estruturado de intervenção (Long et. al., 2006) e com um tratamento autoaplicável pela internet (Flessner et al., 2007). Além disso, a ACT foi utilizada como procedimento de intervenção em outra pesquisa (Twohig et al., 2006).

Número de sessões realizadas

O número de sessões realizadas para o tratamento do *skin picking* variou entre os estudos. Alguns autores realizaram 03 sessões, sendo a primeira com duração de um hora e as restantes com duração de trinta minutos (Twohig, Woods, 2001; Teng et al., 2007), outros realizaram 04 sessões com *follow-up* (Long et al., 2006; Grillo et al., 2007). Houve um estudo que realizou a terapia de reversão de hábito com técnicas da ACT em 10 sessões de 50 minutos de duração cada uma (Flessner et al., 2008) e outro estudo teve 08 sessões conduzidas apenas com procedimentos de ACT (Twohig et al., 2006). Deckersbach et al. (2002) realizaram três estudos de caso com 04, 06 e 07 sessões de acordo com o paciente, após avaliações funcionais do comportamento. Flessner et al. (2007) propuseram uma intervenção autoaplicável composta por três módulos (ou seja, avaliação, intervenção e manutenção) com duração que variou entre os participantes.

Componentes dos procedimentos de intervenção.

Os artigos descrevem, de forma operacionalizada, o que foi realizado durante as intervenções. Constatou-se que os seguintes componentes foram incluídos nas intervenções: Avaliação; Treino de Conscientização, Treino de Resposta Concorrente, Treino de Relaxamento, Manejo de Consequências Reforçadoras, Treino de Suporte Social, Procedimentos de ACT, Reestruturação Cognitiva e Revisão do procedimento (Figura 5).

Figura 5 – Descrição dos componentes dos procedimentos utilizados nas intervenções

Componente	Descrição
Avaliação	Realizar avaliação funcional do comportamento de <i>picking</i> (Deckersbach et al., 2002); Realizar avaliação psiquiátrica (Long et al., 2006); Informar o cliente sobre a terapia de reversão de hábito (Long et al., 2006; Flessner et al., 2008);
Treino de Conscientização	Explicar o ciclo coçeira-coçar e propor que cada cliente construa o seu próprio ciclo (Long et al., 2006; Grillo et al., 2007); Descrever os antecedentes, a resposta de <i>picking</i> e as consequências produzidas por esta (Twohig & Woods, 2001; Teng et al., 2006; Long et al., 2006; Grillo et al., 2007); Realizar simulações clínicas da resposta de <i>picking</i> para favorecer que o cliente conheça os antecedentes e a resposta. (Twohig & Woods, 2001; Teng et al., 2006); Favorecer com que o cliente conheça o seu comportamento de <i>picking</i> (antecedente, resposta e consequências) (Twohig & Woods, 2001; Teng et al., 2006; Flessner et al., 2007); Realizar autorregistro do comportamento de <i>picking</i> (Deckersbach et al., 2002; Grillo et al., 2007); Informar o cliente sobre a doença de <i>skin picking</i> (Long et al., 2006; Grillo et al., 2007; Flessner et al., 2008).
Treino de Resposta Concorrente	Estabelecer e ensinar uma resposta concorrente (manter o punho fechado, ligar para uma colega, apertar uma bola, apertar um brinquedo) que deve ser emitida durante o <i>skin picking</i> ou diante do antecedente dessa resposta (Twohig & Woods, 2001; Deckersbach et al., 2002; Long et al., 2006; Teng et al., 2006; Grillo et al., 2007; Flessner et al., 2007; Flessner et al., 2008); Favorecer que o cliente conte seus episódios ao mesmo tempo em que executa uma resposta concorrente (Grillo et al., 2007); Favorecer que o cliente treine a resposta concorrente na sessão (Twohig & Woods, 2001; Long et al., 2006); Instruir o cliente a realizar a resposta concorrente durante três sessões de 10 minutos por dia e emitir essa resposta durante 03 a 05 segundos sempre que se coçar (Long et al., 2006); Instruir o cliente a continuar a fazer os exercícios e explicar que, muitas vezes, a pele pode demorar um pouco para curar. (Long et al., 2006); Instruir o cliente a praticar exercícios que podem ser condições incompatíveis com situações de ansiedade e estresse (Deckersbach et al., 2002); Instruir o cliente a mudar de atividade (Flessner et al., 2008); Instruir o cliente a realizar atividade prazerosa (Flessner et al., 2008); Manter mãos afastadas dos locais de <i>skin picking</i> (Flessner et al., 2007); Instruir o cliente a mudar a postura na qual o indivíduo fica quando emite o comportamento de <i>skin picking</i> (Flessner et al., 2007); Instruir as pessoas que utilizam a boca para emitir o comportamento de <i>skin picking</i> a mascar chicletes (Flessner et al., 2007).
Relaxamento	Ensinar ao cliente estratégias de relaxamento (Flessner et al., 2007)
Manejo de Consequências Reforçadoras	Instruir o cliente a engajar-se em atividades reforçadoras (evento social, comprar algo) após um período sem <i>picking</i> (Deckersbach et al., 2002)

Componente	Descrição
Treino de Suporte Social	Identificar uma pessoa que pode dar suporte social em forma de elogios quando a resposta concorrente for usada adequadamente para, após isso, instruir o cliente a como treinar a pessoa que será o suporte social (Teng et al., 2006); Elogiar os esforços do cliente (Twohig & Woods, 2001); Instruir o cliente a pedir ajuda (Flessner et al., 2008).
Procedimentos de ACT	Distinguir a necessidade de emitir o comportamento de <i>skin picking</i> (ex: pensamentos e sentimentos que tem função de operação estabelecida para o comportamento de <i>skin picking</i>). (Twohig et al., 2006); Demonstrar a inefetividade de tentar eliminar as necessidades de emitir o comportamento de <i>skin picking</i> e como as tentativas de controlar a necessidade de emitir o comportamento de <i>skin picking</i> podem ser o problema e não a solução (Twohig et al., 2006) por meio dos seguintes exercícios: metáfora “ <i>Person in hole</i> ”, demonstração da limitação de tentar controlar eventos privados, como não pensar em um bolo de chocolate ou não tentar ficar nervoso enquanto estiver ligado em um polígrafo e a metáfora “ <i>Two scales metaphor</i> ” (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999); Mudar a função psicológica da necessidade de emitir o comportamento de hábito de algo assustador para apenas um evento verbal, como outros, por meio de exercícios de defusão (<i>defusion</i>). (Twohig et al., 2006); Favorecer a identificação de valores e como o comportamento repetitivo os afeta (Flessner et al., 2008); Examinar as tentativas de controlar os impulsos e outras experiências negativas passadas, relacionadas ao comportamento repetitivo (Flessner, et al., 2008; Twohig et al., 2006); Propor exercícios para mudar o contexto por meio da linguagem, embasando-se na experiência individual como verdadeiras experiências privadas (Twohig et al., 2006).
Reestruturação Cognitiva	Reestruturação cognitiva (Deckersbach et al., 2002); Revisar a reestruturação cognitiva para pensamentos sobre o comportamento de <i>skin picking</i> (ex: “Eu sou um fracasso porque eu não posso parar”, “Minha pele está horrível”) e situações estressoras da vida (Flessner et al., 2007);
Revisão do Procedimento	Revisar os procedimentos ensinados (Twohig & Woods, 2001; Long, et al., 2006; Flessner et al., 2008); Oferecer sessão de <i>follow-up</i> após um ou dois meses depois na última sessão do tratamento (Long et al., 2006; Grillo et al., 2007); Revisar o material das sessões anteriores, valores de trabalhos (seguir valores ao invés de trabalhar em tentar diminuir eventos privados) (Twohig et al., 2006).

Com execução do estudo de Twohig et al. (2006), os demais utilizaram componentes da terapia de reversão de hábito. Das fases descritas na Terapia de Reversão de Hábito, quando aplicada ao *skin picking*, o componente treino de resposta concorrente ocorreu em sete artigos (Twohig, Woods, 2001; Deckersbach et al., 2002; Long et al., 2006; Teng et al., 2007; Grillo et al., 2007; Flessner et al., 2007; Flessner et al., 2008).

O treino de conscientização foi usado em sete estudos (Twohig, Woods, 2001; Deckersbach et al., 2002; Long et al., 2006; Teng et al., 2007; Grillo et al., 2007; Flessner et al., 2007; Flessner et al., 2008) com exceção da pesquisa de Twohig et al. (2006)

O componente de “Suporte Social” foi incluído em três estudos, os de Teng et al. (2007), de Twohig e Woods (2001) e de Flessner et al. (2008), nos quais o participante indicou uma pessoa próxima que pudesse auxiliar na manutenção do tratamento.

Resultados das intervenções

Como mencionado, dois estudos que foram revisados objetivaram propor protocolos de intervenção (Long et al., 2006; Grillo et al., 2007) que foram elaborados a partir da experiência prática dos autores no tratamento e, por esta razão, foram excluídos desta categoria. Nos demais estudos, as intervenções que foram conduzidas para tratamento do *skin picking* mostraram redução deste comportamento. Twohig e Woods (2001) utilizaram o procedimento de reversão de hábito e concluíram que a taxa de comportamentos de *skin picking* relatada pelos dois clientes diminuiu após o tratamento; entretanto, para um deles, este resultado se manteve no *follow-up* realizado após três meses e, para o outro, a taxa do comportamento aumentou se comparada a frequência após o tratamento. Os autores constataram, também, por meio de fotos, que a condição da pele, ao final da intervenção, melhorou para os dois participantes quando comparada à fase de pré-intervenção, contudo, no *follow-up* a aparência da pele de um deles estava pior em relação àquela registrada ao final da intervenção. Os dados obtidos mediante a escala SITS (*Self-Injury Trauma Scale* - Iwata, Pace et al., 1990) indicaram que o escore dos participantes sobre a frequência, severidade e risco associado a comportamentos autolesivos diminuiu após o tratamento, porém, esse índice não foi mantido no *follow-up*. Em concordância com esse resultado, Deckersbach et al. (2002) apresentam três estudos de caso no qual a terapia cognitiva-comportamental e componentes da terapia de reversão de hábito foram utilizadas para o tratamento de clientes que apresentaram comportamentos de *skin picking* e comorbidades psiquiátricas. De acordo com os autores, constatou-se melhora da condição a partir da diminuição dos escores das escalas SPS (*Skin Picking Scale* - Keuthen, Wilhelm, Engelhard, Forker, Baer, 2001) e BDI (*Beck Depression Inventory* – Beck, Steer, 1987; Beck, 1995) entre as fases pré-tratamento e pós-tratamento, condição que foi mantida em avaliação de *follow-up*. Teng et al., (2006), também, em uma pesquisa com delineamento experimental entre grupos, verificaram que o uso de terapia de reversão de hábito no grupo que recebeu a intervenção, obteve resultados

significativos na redução do comportamento de *skin picking* ao longo das fases de pré-tratamento e pós-tratamento e que a diferença entre a taxa do comportamento na fase de pós-tratamento e de *follow-up* não foi significativa. No grupo controle não foi observada diminuição significativa na frequência do comportamento de *skin picking*, porém, houve uma diminuição da frequência desses comportamentos entre a fase de tratamento e de *follow-up*. Esse dado, entretanto, parece não corroborar com o dado da análise das fotos, nas quais não constatou-se diferença entre a condição da pele registrada por meio de fotos nas fases de pré-tratamento, pós- tratamento e *follow-up*. No grupo que recebeu a intervenção essa diferença foi constatada. Flessner et al., (2008), ao usarem a *Acceptance-Enhanced Behavior Therapy*, que consiste em procedimentos de reversão de hábito combinados com ACT, para o tratamento de tricotilomania e *skin picking*, verificaram que houve melhoras visuais da pele e que a frequência dos comportamentos de tricotilomania e *picking*, medida pelo relato dos participantes, diminuiu. Os autores concluíram que a ordem de apresentação dos procedimentos de ACT e reversão de hábito não influencia na efetividade da intervenção, mas que houve diferença de respostas entre participantes de acordo com a sequência. A partir de avaliações individuais a respeito da ordem de apresentação dos procedimentos, os autores concluíram que: (a) para um participante, a reversão de hábito apenas, independente da sua combinação com a ACT, foi suficiente para redução na frequência do comportamento autolesivo; (b) em dois participantes, a frequência do comportamento repetitivo diminuiu apenas com a reversão de hábito; (c) para um participante, apenas a ACT resultou na redução da frequência do comportamento; e (d) em um participante, apenas a ACT não foi suficiente para a redução da frequência do comportamento, e isso só aconteceu após o uso da reversão de hábito. O estudo que propôs verificar a efetividade de uma intervenção *online* (Flessner et al., 2007), por meio de análises estatísticas, concluiu por meio do questionário SPS (*The Skin Picking Scale* - (Keuthen et al., 2001), que houve redução significativa na frequência dos episódios de *skin picking* após a intervenção e que os participantes, que utilizaram o programa por períodos de tempo maiores, tiveram maior redução na frequência do comportamento se comparado com os que o utilizaram por períodos menores. Foi possível concluir, ainda, que a redução na severidade dos sintomas não foi influenciada pelo tempo de uso do programa ,ou seja, as pessoas que utilizaram o programa por mais tempo não relataram melhor percepção em relação a redução dos sintomas se comparados aqueles indivíduos que usaram o programa por menos tempo.

O estudo que utilizou como procedimento de intervenção um protocolo de ACT (Twohig et al., 2006), constatou por meio de avaliação de automonitoramento que,

após a intervenção, quatro dos cinco participantes relataram redução na frequência de *skin picking*. Esse ganho, porém, foi mantido por apenas um dos participantes no *follow-up* realizado três meses após a intervenção. Em concordância a este resultado, os escores da escala SPIS (*Skin Picking Impact Scale* - Keuthen et al., 2001) mostraram que houve uma diminuição dos escores dos participantes após o tratamento em relação ao seu início, mas decorridos três meses, houve um aumento do escore para quatro dos cinco participantes. A análise das fotos corroborou com esses dados também, uma vez que a condição da pele na fase de pré- intervenção estava pior quando comparada àquela da fase de pós-intervenção e esta estava melhor do que a da fase de *follow-up*. Este resultado se apresentou inconsistente apenas para um participante que, nos dados de automonitoramento manteve a melhora da condição da pele na fase de *follow-up*.

Discussão

A partir da revisão bibliográfica realizada, aspectos relacionados à condição atual das pesquisas sobre *skin picking*, os métodos utilizados e o resultado das intervenção precisam ser discutidos. Inicialmente, é possível constatar que as pesquisas com intervenções comportamentais para o tratamento de *skin picking* são, ainda, escassas. A seleção bibliográfica resultou em apenas oito artigos, sendo que destes, seis abordavam o tema *skin picking* especificamente (Twohig, Woods, 2001; Deckersbach et al., 2002; Teng et. al, 2006; Twohig et al., 2006, Flessner et al., 2007; Flessner et al., 2008) e dois faziam apenas referência a essa condição ou a abordavam brevemente, juntamente com outras doenças da pele (Grillo et al., 2007; Long et al., 2006). A primeira pesquisa aplicada sobre intervenção comportamental para *skin picking* foi desenvolvida em 2001, e desde então observou-se que pouco tem sido desenvolvido sobre o tema. Além disso, não houve publicação em periódicos nacionais, o que demonstra o *déficit* de publicações desse tema no Brasil.

Dos artigos específicos em relação a intervenção para *skin picking*, os mesmos autores estavam em várias publicações encontradas. Isso, apesar de exemplificar o *déficit* de pesquisadores trabalhando com o tema, pode ser avaliado de forma positiva. Isso pode ser entendido dessa forma, pois a partir do momento em que há o desenvolvimento de uma série de pesquisas com o mesmo tema pelos mesmos autores, essas podem tornar-se mais desenvolvidas e fidedignas. Os artigos presentes na literatura demonstram que o controle experimental para avaliar a efetividade das intervenções para o tratamento de *skin picking* é

fraco, porém isso pode ser aprimorado quando se desenvolve uma linha de pesquisa específica para investigar o tema.

Em relação ao método desenvolvido nas pesquisas, há muitas semelhanças entre esses, sobretudo em relação aos participantes e as medidas utilizadas. Entretanto, é necessário que ocorram maiores variações em relação ao uso de medidas de avaliação, em especial as de observação direta, em pesquisas futuras, uma vez que isso poderá garantir melhor fidedignidade aos resultados. Além disso, são necessárias considerações sobre as condições experimentais nas quais as pesquisas foram conduzidas. Em dois estudos (Flessner et al., 2008; Deckersbach et al., 2002) a terapia de reversão de hábito foi usada em conjunto com outros procedimentos e, por esta razão, não foi possível afirmar quais variáveis foram responsáveis pelo resultado. Ainda, os resultados do procedimento foram avaliados indiretamente (ex: fotos, autorrelato e escalas) e não a partir da taxa de resposta. Percebe-se na literatura o predomínio deste tipo de medida de avaliação e, por ser difícil medi-lo diretamente pela sua ocorrência em situações específicas, o pesquisador pode não ter acesso ao comportamento sendo emitido e a forma utilizada hoje, é o autorregistro. Isso, apesar de ser uma medida controversa, é a única possível atualmente. Os resultados das intervenções que são medidos indiretamente, portanto, podem ser influenciados pelo tipo de medida utilizada para verificação dos resultados.

Além de servir como registro de taxa de comportamento, o autorregistro tem função de auto-observação e favorece, assim, uma descrição funcional do *skin picking*, que é um aspecto relevante para o tratamento. Mesmo que, em pesquisas futuras, desenvolva-se uma forma diferente de medir o comportamento de *skin picking*, o autorregistro continuará sendo relevante, pois, além de ser uma medida de avaliação de comportamento, é também um componente do procedimento de reversão de hábito que tem função de auto-observação e compõe o Treino de Conscientização.

Outro aspecto relevante que precisa ser aprimorado é o uso da intervenção em crianças e adolescentes. É provável que existam especificidades em relação ao procedimento nessa população e isso precisa ser pesquisado para que intervenções possam ser realizadas de forma efetiva. Os procedimentos utilizados podem ser diferentes e envolver os pais e responsáveis. Por exemplo, algumas etapas podem ser intermediadas por adultos próximos ao cliente.

Em relação à efetividade da intervenção, observa-se que, em alguns estudos constatou-se que as intervenções foram efetivas para garantir a redução da frequência de comportamento de *skin picking*, mas que a sua manutenção não é tão clara. Este resultado

pode estar relacionado ao fato das intervenções serem bastante tecnológicas e realizadas sem uma descrição em detalhes da função desses comportamentos. Outro aspecto que pode ter relação com a falta de clareza sobre a manutenção do tratamento para *skin picking* é que o indivíduo ao passar pela intervenção parece ficar sob controle dela, apenas em curto prazo. A frequência do comportamento diminui imediatamente após a intervenção, porém, com o passar do tempo, ele passa a ficar sob controle de outros aspectos das contingências em operação e isso favorece que a frequência do comportamento aumente. Talvez seja necessário realizar intervenções que tornem a função do comportamento de tricotilomania durante o uso das técnicas mais relevante e que favoreçam que o indivíduo fique sob controle da intervenção por um período maior de tempo. Um estudo sobre a manutenção das intervenções pode colaborar em intervenções mais efetivas a longo prazo.

Portanto, as intervenções comportamentais para o tratamento de *skin picking* ainda precisam ser estudadas. São necessárias mais pesquisas em relação aos seguintes aspectos: 1) diversidade de métodos; 2) intervenções com participantes de diferentes faixas etárias; 3) função dos comportamentos de *skin picking*; e 4) manutenção de tratamento.

Referências

- American Psychiatric Association. (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV - TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1973). Habit-reversal: A method of eliminating nervous. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 141-149.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pp. 893-897.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory manual*. San Antonio: TX: The Psychological Corporation.
- Deckersbach, T., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Baer, L., & Jenike, M. (2002). Cognitive-behavior therapy for self-injurious skin picking. A case series. *Behavior Modification*, 26(3), 361-377.
- Flessner, C. A., Busch, A. M., Andrew, M., Heideman, P. W., & Woods, D. W. (2008). Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: Exploring the effects of component sequencing. *Behavior Modification*, 32(5), 579-594.
- Flessner, C. A., Mouton-Odum, S., Stocker, A. J., & Keuthen, N. J. (2007). StopPicking.com: Internet- based treatment for self-injurious skin picking. *Dermatology Online Journal*, 13(4).

- Gon, M. C., Rocha, M., & Gon, A. S. (2005). Análise do Conceito de Estigma em Crianças com Dermatoses Crônicas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3 (1), 15-20.
- Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2009). Update on Pathological Skin Picking. *Current Psychiatry Reports*, 11, 283-289.
- Grillo, M., Long, M., & Long, D. (2007). Habit reversal training for the itch-scratch cycle associated with pruritic skin conditions. *Dermatology Nursing*, 19(3), 243-248.
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por Contingências de Reforçamento. In: C. N. Abreu, & H. J. Guilhardi, *Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental Práticas Clínicas* (pp. 3-40). São Paulo: Roca.
- Guimarães, S. S. (2001). Técnicas cognitivas e comportamentais. In: B. Rangé, *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 113-129). Porto Alegre: Artmed.
- Gupta, M., & Gupta, A. K. (1996). Psychodermatology: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 1030- 1046.
- Harth, W., Taube, K. M., & Gieler, U. (2010). Factitious disorders in dermatology. *Journal of the German Society of Dermatology*, 8, 361-373.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An Experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bisset, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test for a working model. *The Psychological Record*, 54, pp. 553-578.
- Iwata, B., Pace, G. M., Kissel, R., Nau, P., & Farber, J. M. (1990). The Self Injury trauma (SIT) scale: A method for quantifying surface tissue damage caused by self-injury behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, pp. 99-110.
- Kelley, M. L., Gresham, F. M., & Elliot, S. N. (1989). Development of a modified treatment evaluation inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, pp. 235-247.
- Keuthen, N. J., O'Sullivan, R., Ricciardi, J. N., Shera, D., Savage, C. A., Borgmann, A. S., et al. (1995). The Massachusetts General Hospital (MGH) hair pulling Scale: 1. Development and factor analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, pp. 141-145.
- Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Endelhard, I., Folker, A., O'Sullivan, R. L., et al. (2001). The Skin Picking Impact Scale (SPIS): scale development and psychometric analyses. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 42(5), 307 - 403.
- Keuthen, N. J., Wilhelm, S. D., Engelhard, I. M., Forker, A. E., & Baer, L. J. (2001). The Skin Picking Scale: Scale construction and psychometric analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(6), 337-341.

- Long, D., Long, R., Grillo, M., & Marshman, G. (2006). Development of a psychological treatment service for pruritic skin conditions. *Australasian Journal of Dermatology*, 47(4), 237-241.
- Miltenberger, R. G., Faqua, R. W., & Woods, D. W. (1998). Applying Behavior Analysis to Clinical Problems: Review and Analysis of Habit Reversal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(3), 447-469.
- Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2010). Pathologic Skin Picking. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 296-303.
- Shah, K. N., & Fried, R. G. (2006). Facial dermatoses in children. *Current Opinion in Pediatrics*, 18, 403-409.
- Skinner, B. (1953/2003). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Souza, M. A. (2007). Prurigo Nodular, Prurigo Crônico do Adulto, Condrodermatite Nodular da Hélice . In: L. Azulay, A. Bonulumí, D. R. Azulay, & F. Leal, *Atlas de Dermatologia: Da semiologia ao diagnóstico* (pp. 609-610).
- Teng, E. J., Woods, D. W., & Twohig, M. P. (2006). Habit Reversal as a treatment for Chronic Skin Picking: A Pilot Investigation. *Behavior Modification*, 30, 411- 422.
- Twohig, M. P., & Woods, D. W. (2001). Habit Reversal as a treatment for chronic skin picking in typically developing male siblings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(2), 217-220.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1513-1522.
- Wetterneck, C. T., Teng, E. J., & Stanley, M. A. (2010). Current issues in the treatment of OC-spectrum conditions. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74 (2), 141-166.

ESTUDO 3 – AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DE TRICOTILOMANIA: ESTUDO DO CASO DE UMA ADOLESCENTE

RESUMO: O objetivo do presente estudo foi realizar uma avaliação comportamental em uma adolescente que apresentava comportamentos de tricotilomania. O estudo foi realizado em duas etapas: 1) divulgação da pesquisa e seleção de participantes; e 2) avaliação comportamental. Na etapa um, a pesquisa foi divulgada em contextos de saúde (postos de saúde, ambulatórios e clínicas-escola) por meio de folders, onde a referida participante foi selecionada. Na etapa dois, foi realizada uma avaliação comportamental com os seguintes instrumentos: roteiro de entrevista para pais/responsáveis de adolescentes que apresentam comportamentos de hábito, roteiro de entrevista para adolescentes que apresentam comportamentos de hábito, Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL), Inventário de Autoavaliação para Adolescentes de 11 a 18 anos (YSR), Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA) e Inventário de Práticas Parentais (IEP). A partir da avaliação comportamental foi possível realizar hipóteses funcionais do comportamento de tricotilomania, segundo as quais o comportamento ocorre de forma privada, apresentando consequências reforçadoras e punitivas. Concluiu-se, também, a partir dos escores do IHSA, que podem existir déficits no repertório social e que, pelos escores do YSR e CBCL, a adolescente pode apresentar problemas afetivos, de ansiedade e problemas de transtorno obsessivo compulsivo. Os dados do IEP sinalizaram que a mãe da adolescente apresenta a maioria das práticas parentais regulares abaixo da média ou de risco, condição que, junto com o dado obtido do YSR de que a adolescente pode apresentar transtorno de estresse pós-traumático, sinaliza a existência de uma condição aversiva na vida da adolescente no ambiente familiar. Discute-se ao final do estudo que a presente pesquisa, apenas, aponta possíveis variáveis que podem estar relacionadas ao comportamento de tricotilomania e que são necessárias futuras pesquisas sobre avaliação comportamental de tricotilomania e a relação entre práticas parentais e tricotilomania.

Palavras-chave: Tricotilomania. Avaliação comportamental. Análise do comportamento.

ABSTRACT: The purpose of this research was to conduct a behavioral assessment of a teenage girl presenting behaviors related to trichotillomania. The research was conducted in two stages: 1) research disclosure and participant selection; and 2) behavioral assessment. In the first stage, the research was advertised through healthcare services (clinics and healthcare centers) by means of folders, where the said participant was selected. In the second stage, a behavioral assessment was performed and the following instruments were used: interview guide for parents/guardians of teenagers presenting habit behaviors, interview guide for teenagers presenting habit behaviors, Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL), Youth Self-Report for ages 11-18 (YSR), Teenage Inventory for Social Skills (TISS) and Parenting Practices Inventory (PPI). Upon completion of the behavioral assessment, it was possible to develop functional hypotheses on the behavior related to trichotillomania, according to which the said behavior occurs privately, presenting reinforcing and punitive consequences. According to the TISS scores, the teenager may have social skills deficits. In addition, the YSR and CBCL scores indicate that the teenager may have emotional and compulsive problems, as well as anxiety problems. The IPP data indicates that the mother's teenager has most parenting practices regular, below average, or risk condition that, along with the data obtained from the YRS that the teenager may have a post-traumatic stress disorder, points out the existence of an aversive family environment. At the end of the research, it was agreed that

this research only suggests possible variables that may be linked to the behavior related to trichotillomania, and that further research on behavioral assessment of trichotillomania, as well as the relation between parenting practices and trichotillomania is therefore needed.

Keywords: Trichotillomania. Behavioral assessment. Behavioral analysis.

Introdução

A tricotilomania, classificada na dermatologia como dermatite factícia e dermatite paraartefacta, é caracterizada pela perda significativa de cabelo e de pelos em decorrência de comportamentos repetitivos de arrancá-los (APA, 2003, Shah, Fried, 2006; Harth et al., 2010). É uma condição dermatológica na qual uma lesão é produzida pelo próprio paciente, sem que existam alterações biológicas ou genéticas que expliquem esta ocorrência (Shah, Fried, 2006). Na área da Psicologia e, mais especificamente, da Análise do Comportamento, pouco se sabe sobre a função da tricotilomania em indivíduos com desenvolvimento típico. Goulart-Junior e Britto (2010) em uma pesquisa de intervenção para tricotilomania, discutem que arrancar os fios de cabelos é um comportamento operante e, como tal, deve ser compreendido juntamente com as características do contexto no qual ocorrem. Por esta razão, é necessário especificar as relações compreendidas entre arrancar o fio de cabelo e os eventos ambientais que antecedem e mantem essa resposta. Apesar da importância de estudos analíticos-comportamentais para avaliação e intervenção, apenas quatro estudos que relacionaram eventos ambientais à ocorrência da tricotilomania foram localizados. Deaver, Miltenberger e Stricker (2001), em um estudo realizado com um participante com tricotilomania, concluíram que o comportamento de mexer o cabelo, que antecede o comportamento de arrancá-lo, estaria sendo mantido por reforçamento automático. Rapp, Miltenberger, Galensky, Ellingson e Long (1999), em um estudo que objetivou analisar funcionalmente o comportamento de arrancar o cabelo de um participante, concluíram que essa resposta não era mantida por reforços sociais, e sim por reforçamento sensorial. Os termos “reforçamento automático” e “reforçamento sensorial” são sinônimos e descrevem um reforço que independe da mediação social e que é produto direto do comportamento do indivíduo (Vaughan, Michael, 1982). Duke, Bodzin, Tavares, Geffken e Storch (2009), também, afirmaram que o comportamento de tricotilomania pode ter uma função de autorregulação, ou seja, de fornecer homeostase ao sistema nervoso quando há déficits ou excessos de estimulação no mesmo. Outra pesquisa, de Boughn e Holdon (2003) que objetivou verificar a relação entre tricotilomania em mulheres e violência, concluiu que

tricotilomania tem correlação com uma história de violência durante a infância, sendo que das 44 participantes do estudo, 91% relatou a ocorrência de trauma ou violência e 86% afirmou ter sofrido violência concomitantemente com o aparecimento da tricotilomania.

Apesar de não haver uma definição clara de quais são as contingências que favorecem a ocorrência da tricotilomania, alguns estudos a relacionaram com outros problemas de comportamento. Graber e Arndt (1993), em uma revisão de literatura, encontraram publicações (Greenberg, Sarner, 1965; Gray, 1979) que descreveram que a tricotilomania tem sido associada aos seguintes problemas de comportamento: depressão, hipocondria, distúrbios na alimentação, problemas escolares e dificuldade na expressão da agressão. Hanna (1997) concluiu que a tricotilomania está relacionada a uma história com diagnóstico de transtornos de humor ou outros transtornos de ansiedade diferentes do TOC.

A avaliação psicológica é uma ferramenta que objetiva a sistematização das informações dos vários aspectos do funcionamento do cliente (Capitão, Scortegagna, Baptista, 2005) e, como tal, pode ser relevante para auxiliar em casos como o da tricotilomania, no qual não há clareza sobre os determinantes do comportamento. Como o processo de avaliação psicológica visa identificar diferentes dimensões específicas do sujeito, do seu ambiente e da relação entre eles, por meio de instrumentos para obtenção de informações sistematizadas e individualizadas (Capitão et al., 2005), ele pode ser relevante. Diante disso, o presente estudo objetivou realizar uma avaliação comportamental em uma adolescente que apresentava comportamentos de tricotilomania.

Método

Participantes

Uma adolescente de 12 anos de idade, que apresentava comportamentos de arrancar os cílios, e sua mãe. No momento da coleta de dados, a adolescente apresentava falhas nos cílios em ambos os olhos (Figura 6), com predomínio no olho direito (Figura 7). A participante era filha caçula, morava com os pais, tinha uma irmã mais velha de 23 anos e estava cursando a 7^a série do Ensino Fundamental. Não há histórico de tratamento psicológico, dermatológico ou psiquiátrico para a tricotilomania. A mãe da participante, por sua vez, tinha 49 anos, era dona de casa, casada com o pai da participante há 28 anos.

Figura 6 –Fotografia dos cílios da participante.



Figura 7 –Fotografia aproximada dos cílios do olho direito da participante



A adolescente foi convidada a participar da pesquisa por atender aos seguintes critérios de inclusão: a) apresentar pelo menos uma das seguintes condições: tricotilomania, *skin picking*⁶ ou onicofagia; b) ter idade entre 12 e 18 anos; c) apresentar desenvolvimento típico; d) não apresentar dificuldades na leitura, fala ou audição; e e) não estar em tratamento psicológico. A mãe da adolescente foi convidada a participar da pesquisa com a finalidade de fornecer informações adicionais e o critério para sua participação foi o de apresentar repertório de leitura e escrita. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (Processo nº 18600/2012, CAAE: 05455554312.0.0000.5231).

⁶ *Skin picking* é um termo ainda sem tradução para o português, que caracteriza comportamentos repetitivos e compulsivos de picar, escoriar, coçar, arranhar ou furar determinadas regiões da própria pele, que resultam em danos no tecido.

Materiais

Instrumentos utilizados com a mãe da adolescente.

- Roteiro de entrevista para pais/responsáveis de adolescentes que apresentam comportamentos de hábito (Apêndice A): Consiste em um roteiro de entrevista, elaborado pela pesquisadora, que contém questões sobre dados familiares, dimensão do comportamento problema, eventos relacionados à ocorrência dos comportamentos de hábito e dados históricos do problema. O roteiro foi elaborado a partir da literatura sobre entrevista clínica (Silvares, Gongora, 1998), avaliação de tricotilomania (Rothabaum, Ninan, 1994) e instrumentos padronizados sobre *skin picking* (Keuthen, et al., 2001; Snorrason et al., 2012) e tricotilomania (Toledo et. al, 2011). Esses foram utilizados como bibliografia para elaboração do roteiro de entrevista. A referência sobre entrevista clínica auxiliou na organização do roteiro de perguntas e as referências sobre tricotilomania e *skin picking* foram relevantes para averiguar quais informações deveriam ser coletadas sobre estes comportamentos.

- Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes (Child Behavior Checklist for ages 6/18 - CBCL; Achenbach, Rescorla, 2001): é um instrumento que avalia o comportamento da criança ou adolescente por meio do relato dos pais. É dividido em duas partes: a primeira, que avalia a competência da criança ou do adolescente a partir de questões sobre prática de esportes, realização de atividades lúdicas, participação em grupos ou equipes, realização de tarefas de casa, relacionamentos pessoais e desempenho acadêmico; e a segunda, que investiga por meio de uma lista de 133 itens, problemas de comportamento a partir de escalas de ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de atenção, comportamento de quebrar regras, comportamento agressivo (Rocha, Araújo, Silvares, 2008). O T score obtido em cada escala é avaliado individualmente da seguinte forma: (a) como problema clínico, se o T score for maior ou igual a 70; (b) como problema limítrofe, se o T score for menor que 70 e maior ou igual a 65; ou (c); como problema não clínico, se o T score for menor que 65. A partir da avaliação dos problemas de comportamento, é possível avaliar o perfil de problemas de comportamento da criança ou adolescente como internalizante e/ou externalizante e realizar uma avaliação de problemas totais. (Rocha et al., 2008). O perfil externalizante e internalizante e os problemas totais são avaliados da seguinte forma: (a) Clínico, se o T score for maior ou igual a 65 ; (b) Limítrofe, se o T score for menor que 65 e maior ou igual a 60; ou (c) Problema Não Clínico, se o T

escore for menor que 60. O perfil internalizante é composto pelas escalas de ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas (Rocha et al. , 2008). Já os problemas externalizantes são comportos pelas escalas de comportamento de quebrar regras e comportamentos agressivos. Os problemas totais são avaliados por todas as escalas avaliadas (Rocha et. al. , 2008). A versão utilizada no estudo foi traduzida por Bordin, Silvaes, Rocha, Teixeira e Paula (2010) e é a terceira e atual versão do instrumento. O instrumento foi utilizado por descrever possíveis problemas de comportamento que podem descrever alguns aspectos do repertório da adolescente.

- Inventário de Estilos Parentais (IEP) (Gomide, 2006/2011): contém 42 questões que avaliam sete práticas parentais dos pais, são elas: monitoria positiva e comportamento moral (ou seja, práticas positivas), punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico (ou seja, práticas negativas). O inventário pode ser respondido pelos pais, que avaliam seus próprios comportamentos ou pelos filhos, que respondem perguntas sobre o comportamento dos pais. No estudo, utilizou-se a versão do instrumento que é respondida pelos pais. O instrumento foi utilizado, pois as práticas dos pais fazem parte do ambiente do adolescente e podem, assim, sinalizar possíveis contingências presentes na vida do adolescente.

Instrumentos utilizados com a adolescente.

- Roteiro de entrevista para adolescente que apresenta comportamentos de hábito (Apêndice B): Consiste em um roteiro de entrevista que foi elaborado pela pesquisadora a partir das mesmas referências utilizadas para elaborar o Roteiro de entrevista para responsáveis/pais de adolescentes que apresentam comportamentos de hábito e que contém questões semelhantes deste primeiro roteiro, com exceção das questões sobre os dados familiares.

- Inventário de Autoavaliação para Adolescentes de 11 a 18 anos (YSR) (Achenbach & Rescorla, 2001): Consiste em uma variação do CBCL que foi elaborada para obter uma avaliação do comportamento do adolescente a partir do seu próprio relato. Foi elaborado a partir da mesma metodologia usada no CBCL e é composto pelas mesmas duas partes do CBCL, sendo que ambos os instrumentos diferem, pois o YSR tem uma questão a menos. As escalas avaliadas e os valores de referência para a avaliação dessas são os mesmos do CBCL, condição que permite a comparação dos dados obtidos com os pais e o adolescente sobre os problemas de comportamento (Rocha et. al. , 2008). A versão utilizada no estudo foi

traduzida por Rocha, Silveiras, Paula, Teixeira e Bordin (2010). O instrumento foi utilizado por relatar possíveis problemas de comportamento que podem descrever alguns aspectos do repertório do adolescente.

- Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA – Del-Prette): (Del Prette, Del Prette, 2009): é um instrumento de autorrelato que avalia o repertório de habilidades sociais de adolescentes de 12 a 17 anos a partir de perguntas sobre a forma que o adolescente se comporta em situações de demandas interpessoais cotidianas nas relações familiares, escolares, de amizade, afetivo-sexuais, de lazer e de trabalho (Del Prette, Del Prette, 2009). São repertórios de habilidades sociais, por meio do escore total, e as subescalas de empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social (Del Prette, Del Prette, 2009). O inventário avalia o repertório de habilidades sociais em dois indicadores, frequência de respostas diante de situações de demanda social e dificuldade na emissão dessas respostas, sendo que a avaliação da dificuldade constitui uma informação adicional para os dados de frequência (Del Prette, Del Prette, 2009). Para a interpretação do indicador frequência é possível avaliar o repertório como: altamente elaborado, com resultados acima da média para praticamente todos os itens (100= > escore do percentil >=76); elaborado, com resultados acima da média para a maior parte dos itens (75= > escore do percentil >=66); bom, com resultados dentro da média para a maior parte dos itens ou equilíbrio entre recursos e déficits (65= > escore do percentil >=36); médio inferior, com resultado abaixo da média em grande parte dos itens com indicativo de necessidade de treinamento de habilidades sociais (35= > escore do percentil >=26); e repertório abaixo da média inferior de habilidades sociais, indicativo de necessidade de treinamento de habilidades sociais, especialmente naquelas subescalas e itens mais críticos para o ajustamento pessoal e profissional (25= > escore do percentil >=01). Para a interpretação do indicador dificuldade, é possível avaliar a emissão das respostas como: alto custo de resposta ou ansiedade para emissão das habilidades (100= > escore do percentil >=76); médio custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades (75= > escore do percentil >=36), baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades (35= > escore do percentil >=01). O instrumento foi utilizado por indicar possíveis aspectos do repertório do respondente que podem ter relação com o comportamento de tricotilomania.

Procedimento

A pesquisa foi realizada em duas etapas: 1) divulgação e seleção de participantes e 2) avaliação comportamental. Na primeira etapa, foi realizada a divulgação da pesquisa em postos de saúde, ambulatórios de dermatologia e clínicas-escola vinculadas a universidades, por meio de *folders* (Apêndice C). Foi realizada, também, uma seleção de participantes a partir da lista de espera em clínicas-escola, na qual as pessoas que atendiam aos critérios de inclusão do estudo foram convidadas a participar. Os interessados deveriam contatar a pesquisadora para agendar uma entrevista. Nesta etapa foi explicado o objetivo da pesquisa e o procedimento. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) e após a assinatura, dava-se início a etapa de avaliação comportamental. Esta constou de uma sessão individual de aproximadamente 90 minutos de duração que foi dividida em duas fases. Na primeira fase, a pesquisadora entrevistou a mãe, enquanto uma pesquisadora-assistente aplicou os instrumentos YSR e IHSA – Del Prette na adolescente. Na segunda fase, a pesquisadora entrevistou a adolescente, enquanto a pesquisadora-assistente auxiliou a mãe a responder o CBCL e o IEP. Durante a entrevista com a adolescente a pesquisadora tirou fotos da área afetada pelo comportamento de tricotilomania. As entrevistas foram gravadas em áudio e tabuladas pela pesquisadora.

Os dados obtidos nas entrevistas e nos inventários foram analisados em duas fases. Na primeira fase, as entrevistas foram analisadas, sendo que o conteúdo apresentado pela adolescente e sua mãe foram transcritos e organizados conforme as seguintes categorias que constam nos roteiros de entrevista: dimensão do comportamento problema, eventos relacionados à ocorrência do comportamento problema e dados históricos do problema. Na segunda fase, os inventários foram analisados e os dados foram categorizados da seguinte forma: Avaliação das habilidades sociais da adolescente, avaliação de possíveis problemas clínicos na adolescente e avaliação das práticas parentais da mãe da adolescente.

Resultados

Os resultados da avaliação comportamental são apresentados a seguir, de acordo com as respostas da mãe e da adolescente obtidas no roteiro de entrevista e nos inventários.

Dimensão do Comportamento Problema

Quanto à descrição do comportamento de arrancar os cílios, a adolescente e sua mãe não souberam descrever topograficamente o comportamento, relatando, apenas, que eram puxados com os dedos. Quanto à frequência do comportamento, ambas relataram que havia diminuído desde que os pais haviam descoberto e que, na ocasião da entrevista, já não ocorria há algum tempo, como mostram os relatos da mãe e da filha:

Adolescente: *“Ah, sei lá. Eu nem percebo, sabe, eu nem percebo, agora eu tô conseguindo parar, porque antes tava dando para ver. Agora tá mais comprido”*

Mãe: *“Não... nunca fez na minha frente... acho que eles não fazem na frente de ninguém na verdade”*

A adolescente e sua mãe, além disso, não souberam descrever os motivos para o comportamento de arrancar os cílios, como mostram os trechos das entrevistas:

Entrevistadora: *“Você acha que você faz isso por alguma razão? Tem alguma ideia?”*

Adolescente: *“Não... que eu saiba não”*

Mãe: *“Eu acho que não [pergunta sobre a existência de um motivo para emissão do comportamento autolesivo] ... alguma coisa dela mesmo... eu acho que não tem um motivo... que eu saiba não... a gente nunca sabe né... às vezes ela vai se abrir falar alguma coisa que talvez tenha...que eu esteja errada... a gente vai corrigir, mas, involuntariamente... não sei de nada assim que possa ter causado isso”*

A adolescente relatou, ainda, que para impedir a emissão do comportamento de arrancar os cílios passou a fazer outras coisas, como praticar exercícios e comer mais do que estava habituada. Relata que estas tentativas estão sendo bem sucedidas, pois atualmente não está emitindo o comportamento. Os relatos da adolescente a seguir evidenciam isso:

Adolescente: *“Tentei parar e fazer outras coisas, praticar exercício, tentei só fazer isso”*

Adolescente: *“Eu notei que eu comecei a comer mais... é... eu investi mais na escola... e pratiquei mais esportes na escola”*

Eventos Relacionados à Ocorrência do Comportamento Problema

A mãe não descreveu precisamente quais possíveis eventos antecedem o comportamento de arrancar os cílios, uma vez que ela não o presenciava. Já a adolescente, relatou que arrancava os cílios em situações em que estava sozinha e que isso acontecia no quarto, assistindo televisão ou ouvindo música. Acontecia, também, quando presenciava discussões em casa. Como se destaca no trecho da entrevista a seguir entre a adolescente e pesquisadora:

Entrevistadora: *“Diante de alguma discussão... de alguém na sua casa?”*

Adolescente: *“Sim”*

Entrevistadora: *“As discussões são entre quem?”*

Adolescente: *“Mãe e pai, é... mãe e irmã, pai e irmã.”*

Entrevistadora: *“E essas discussões que acontecem, qual é o conteúdo delas? Por que eles tão discutindo? Você consegue identificar?”*

Adolescente: *“A última com a minha irmã, foi por causa do carro, que ela chegou bêbada e ela tava com o carro... da minha mãe e do meu pai...”*

Entrevistadora: *“Entre a sua irmã e o seu pai essa [briga]?”*

Adolescente: *“É, na verdade, entre os três. Porque ela tinha chegado bêbada em casa e já tinha pego o carro, que o pai tinha vendido pra ela, e o pai tirou o carro dela, mesmo vendido pra ela, porque ela chegou bêbada sete horas da manhã em casa. E... deixa eu ver, da minha mãe e do meu pai, é porque ele... ele é tipo assim, ele faz muito negócio, é, por exemplo, ele sabe que o cara não é gente boa e ele faz o mesmo jeito e daí depois eles ficam brigando, brigando e ainda faz o que o cara quer.”*

Entrevistadora: *“Entendi”*

Adolescente: *“Mas é assim, porque ele vende carro antigo e aí ele reforma e aí ele gasta nosso dinheiro, que a gente precisa...”*

Houve divergências entre os relatos da mãe e da adolescente quanto aos os sentimentos que estariam associados ao comportamento de arrancar os cílios. Enquanto a mãe afirmou que a filha é ansiosa e que não nota diferença na manifestação desse sentimento quando ela está fazendo isso ou não, a adolescente relatou que se sente ansiosa, feliz, culpada e envergonhada, como evidencia o trecho a seguir:

Entrevistadora: *“Como que você se sente, participante... é, antes de arrancar? Você consegue identificar? Então temos algumas opções aqui...é antes de arrancar, você acha que você se sente, e você pode marcar mais de uma, você acha que você se sente ansiosa, triste, feliz, entediada, aliviada, com raiva, culpada, envergonhada?”*

Adolescente: *“Ansioso e culpado”*

Entrevistadora: *“Tem algum outro sentimento que você sente antes de arrancar?”*

Adolescente: *“Não”*

Entrevistadora: *“E aí quando você tá arrancando, o que você sente? Ansioso, triste, feliz...”*

Adolescente: *“Culpado e feliz”*

Entrevistadora: *E aí quando você para?*

Adolescente: *“Culpado ... e envergonhado”*

Sobre os consequentes sociais do comportamento problema, a mãe afirmou que tentou conversar com a filha após descobrir que ela arrancava os cílios e que o pai brigou com ela. A irmã, ao saber do problema contou para a mãe que já arrancou os cabelos durante um período da sua vida. Por sua vez, a adolescente relatou que os pais brigaram com ela quando descobriram que ela arrancava os cílios. Como exemplo, tem-se trechos do relato das participantes.

Mãe: *“ Eu conversei com ela para ver... ficar observando melhor pra ver se né... ela ia para ou continuar, só que o pai brigou, né?... o pai ‘não... porque!!’ ... sabe como que é, né? O pai meio que não teve essa tentativa de conversar... e eu, ‘você não pode ficar brigando com ela, porque brigar é pior... ela vai ficar com raiva e aí que vai arrancar.’”*

Adolescente: *“Ela [mãe] ficou super braba [quando descobriu que a filha arrancava os cílios] e ela ligou pro meu pai... meu pai brigou comigo e falou pra eu parar, eu consegui e só que depois eu voltei e foi assim...”*

Adolescente: *“Ela [irmã da participante] falou que era para eu parar só.”*

Mãe: *“Não, não, ela [irmã da adolescente] não falou assim o que poderia ser, só falou pra mim que ela tinha um problema parecido [a irmã da participante arrancava o cabelo] , daí que ela falou, ‘mas minha filha, como que você nunca soube disso... você nunca falou’, ‘Eu nunca*

falei mãe, isso’ , eu falei ‘Mas quando você puxava, você parou’, ela falou, ‘parei o ano passado’”

A mãe explicou que a filha, diante da reação inicial dos pais ao comportamento de arrancar os cílios, tentava negar e esconder seu comportamento de arrancar os cílios. Ela relatou:

Mãe: “ *Na verdade foi ele [pai] que viu, daí ele falou, ‘eu disse para ela’, ‘filha deixa eu ver o seu cílio’ e aí ela fechava e pegava o de baixo e então não aparecia e aí eu resolvi olhar assim (com o olho aberto)... porque se você fechar o olho, aparece o de baixo, não aparece que tá sem cílios..só que eu vi que o olho dela tá muito diferente sabe? Não é... é um olhar mucho sabe? Daí falei ‘não, mas deixa a mãe ver assim’ ... e no começo eu pegava, quando ia tirar minha sombrancelha tinha um espelhinho de aumento ‘deixa a mãe ver aqui um coisa’... .porque daí o espelhinho vê de perto e ela ‘aqui ó mãe..não tô arrancando, não tô arrancando..tá crescendo’ ... e depois que ele viu ela parou de arrancar, porque vai que não nasce mais”... e nesse dia eu fui numa loja... acho que comprar um presentinho para uma amiga dela... e tinha um cílios postiço... mas aqueles.. .é... uns tufanzinho de cílio, que eles colam assim, não sei exatamente... e aí eu disse “Ó, vamos ter que comprar um desse aqui”... daí ela...” ai, capaz mãe, ele já cresce.”*

Mãe: “... *ele [pai da participante] falou... ele falou, ‘você tá arrancando o cílios’, ela falou ‘não tô pai , ele, ‘tá, você está arrancando os cílios, você pare com isso, tá muito feio, sabe? Eu não quero ver você arrancando o cílio!... porque isso não pode tar fazendo’, falei ‘isso filha...o cílio é a proteção do olho, se tem cílio você tem que ter, é a proteção do olho, se não você vai pegar uma infecção no olho, né?A claridade vai fazer mal para você, tudo vai fazer mal, então tem que pará com isso!’ , mas brigando, né?”*

Sobre os consequentes não sociais para o comportamento problema, a adolescente informou que já deixou de usar maquiagem por causa do seu comportamento e que, também, já tentou esconder a falha nos cílios com delineador. A mãe informou que a filha evita mostrar os cílios para as pessoas.

Entrevistadora: “*Você busca esconder, tenta evitar que apareça?”*

Adolescente: “*Escondo”*

Entrevistadora: *“Como que você esconde?”*

Adolescente: *“Eu pego aquele delineador e passo”*

Mãe: *“Não, ela só reage igual aquele dia que eu vim aqui [fazer triagem socioeconômica da clínica escola], eu falei para moça o problema dela e aí foi mostrar e ela, ‘não mãe, não mãe!’, eu falei, ‘tem que ver, né?’, então se for tentar, digamos, mostrar para alguém, para algum amigo, se eu fosse, né?, porque eu não fiz isso, né?, ela reagiria assim, ‘não!’, sabe? Não quer mostrar, como se tivesse vergonha mesmo, né?”*

Dados Históricos do Comportamento Problema

De acordo com o relato da mãe, o comportamento de arrancar os cílios estava acontecendo há, aproximadamente, quatro meses. Por sua vez, a participante informou que o fazia há mais de um ano. A adolescente e sua mãe informaram que depois que os pais descobriram que a adolescente arrancava os cílios, o comportamento deixou de acontecer e que então, a lesão produzida pelo comportamento diminuiu, como mostram os trechos a seguir:

Adolescente: *“Agora só melhorou, porque agora eu não faço por enquanto, acho que faz uns dois, três meses já.”*

Mãe: *“Ela não arrancou mais porque ele está crescendo, a não ser, eu fico em dúvida, em um olho, se ele tá crescendo menos ou ela tem arrancado, só que eu nunca vi.”*

A adolescente relatou que as pessoas que brigaram com ela ao descobrirem que arrancava os cílios, passaram a apoiá-la mais após a reação inicial de brigar, como mostram os relatos:

Entrevistadora: *“E a forma como as pessoas agiam quando você arrancava, permaneceu igual, mudou?”*

Adolescente: *“Acho que mudou, porque agora minha mãe dá apoio, antes ela não dava.”*

Entrevistadora: *“O seu pai mudou?”*

Adolescente: *“Um pouco.”*

Entrevistadora: *“Mudou como?”*

Adolescente: *“Agora ele tá mais querido do que antes.”*

Entrevistadora: *“E a sua irmã?”*

Adolescente: *“Ela nem comenta disso.”*

Entrevistadora: *“Então você acha que permaneceu o mesmo ou mudou?”*

Adolescente: *“Mudou... no começo ela me dava apoio, agora ela me dá mais.”*

Avaliação das Habilidades Sociais da adolescente

A avaliação das habilidades sociais foi realizada a partir da frequência e dificuldade com que a adolescente reage a diferentes situações de demanda social. A partir da Tabela 1, é possível notar, pelo percentil do escore total, que a adolescente apresenta, em relação à frequência de emissão de comportamentos diante de demanda social, um repertório médio inferior de habilidades sociais. Apesar disso, na avaliação da dificuldade, a adolescente apresenta baixo custo de resposta ou ansiedade para emissão do repertório de habilidades sociais.

A partir da interpretação das subescalas (Tabela 1), constatou-se que o repertório de empatia e civilidade foi avaliado como dentro da média para frequência e, para dificuldade, constatou-se que a adolescente apresenta baixo custo na emissão dessas respostas. As subescalas desenvoltura social e abordagem afetiva foram avaliadas como repertório altamente elaborado com baixo custo de resposta para emissão dessa habilidade.

Apesar dos resultados terem sinalizado que não há dificuldades no repertório de empatia, civilidade, desenvoltura social e abordagem afetiva, a adolescente apresenta déficits no repertório de autocontrole e assertividade. Os dados do IHSA sinalizam resultados abaixo da média na avaliação da frequência de autocontrole e assertividade da adolescente. Avaliou-se, também, que ela apresenta dificuldade alta ou ansiedade para emissão de respostas de autocontrole e média dificuldade para emissão de comportamentos assertivos. O repertório de autocontrole inclui comportamentos como, reagir com calma a situações aversivas em geral que produzem sentimentos de frustração, desconforto, raiva e humilhação (Del Prette, Del Prette 2009). Ter autocontrole, assim, significa reagir com calma a críticas de pais e amigos, ofensas de vários tipos, gozações, derrotas em jogos, tentativas mal sucedidas, por exemplo, expressando desagrado ou raiva de forma socialmente competente (Del Prette, Del Prette, 2009). Já o repertório de assertividade refere-se à habilidade social de lidar com situações interpessoais que demandam a afirmação e defesa de direitos da autoestima (Del Prette, Del Prette, 2009). Ao fazer isso o indivíduo está sujeito a

uma reação indesejável, como rejeição, réplica ou oposição, por parte do outro (Del Prette, Del Prette, 2009). A assertividade inclui as seguintes respostas: recusar pedidos abusivos e não abusivos, resistir a pressão do grupo, demonstrar desagrado, encerrar uma conversa, conversar com pessoas de autoridade (Del Prette, Del Prette, 2009). Dificuldades comportamentais com déficits de comportamentos de autocontrole e de assertividade, portanto, fazem parte do repertório da participante.

Tabela 1 – Avaliação do repertório de habilidades sociais e percentis dos escores da adolescente obtidos no IHSA- Del Prette.

Itens avaliados	Frequência	Dificuldade
Escore Total	Médio inferior (35)	Baixo custo de resposta (30)
Empatia	Dentro da média (50)	Baixa dificuldade (3)
Autocontrole	Abaixo da média (1)	Alto custo de resposta (95)
Civilidade	Dentro da média (45)	Baixa dificuldade (15)
Assertividade	Abaixo da média (20)	Média dificuldade (60)
Abordagem afetiva	Altamente elaborado (100)	Baixa dificuldade (1)
Desenvoltura Social	Altamente elaborado (80)	Baixa dificuldade (20)

Avaliação de Possíveis Problemas Clínicos: CBCL e YSR

A avaliação quanto aos possíveis problemas de comportamento diferiu muito entre as participantes, como evidenciado na Tabela 2. Enquanto a mãe avaliou todos os itens como não clínicos, a participante avaliou a ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas de pensamento, problemas sociais e comportamentos agressivos como problemas clínicos ou limítrofes. Em uma avaliação orientada para o DSM, a participante avaliou transtornos afetivos, de ansiedade e transtorno obsessivos compulsivos como problemas clínicos e transtornos somáticos, transtorno desafio opositor desafiante e transtorno de estresse pós-traumático como limítrofes.

Tabela 2 –Indicação dos problemas clínicos (C), não clínico (NC) e limítrofe (L) a partir do T escore dos problemas avaliados pelo YSR e CBCL.

Problema/Transtorno	Adolescente (YSR)	Mãe da adolescente (CBCL)
Escalas de problemas de comportamento		
Ansiedade/ Depressão	C (81)	NC (57)
Isolamento/ Depressão	NC (52)	NC (60)
Queixas somáticas	L (68)	NC (56)
Problemas sociais	L (68)	NC (50)
Problemas de pensamento	C (86)	NC (64)
Problemas de atenção	NC (63)	NC (51)
Problemas de violar as regras	NC (59)	NC (57)
Comportamento agressivo	L (67)	NC (54)
Problemas de comportamento orientados a partir do DSM		
Transtornos afetivos	C (75)	NC (63)
Transtornos de ansiedade	C (70)	NC (60)
Transtornos somáticos	L (66)	NC (59)
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade	NC (63)	NC (52)
Transtorno opositor desafiante	L (65)	NC (56)
Problemas de conduta	NC (56)	NC (51)
Transtorno obsessivo-compulsivo	C (77)	NC (51)
Transtorno de estresse pós-traumático	L (69)	NC (56)

A avaliação do perfil de problemas de comportamento apresentados pela adolescente divergiu entre as participantes, como evidencia a Tabela 3. Enquanto a mãe da adolescente avaliou o perfil de problemas internalizantes, externalizantes e problemas totais como não clínicos (escores 59, 55 e 55 respectivamente), a adolescente avaliou o perfil externalizante como não clínico (escore= 52) e os perfis internalizantes e problemas totais como clínicos (escores de 81 e 73 respectivamente).

Tabela 3 – Indicação de perfil de problemas do comportamento da adolescente como clínicos (C), não clínico (NC) e limítrofe (L) a partir do T escore obtidos no YSR e CBCL.

Perfil de problemas	Adolescente (YSR)	Mãe da adolescente (CBCL)
Internalizante	C (71)	NC (59)
Externalizante	C (65)	NC (55)
Problemas Totais	C (73)	NC (55)

Avaliação das práticas parentais dos pais (IEP)

Constatou-se que as práticas parentais da mãe totalizaram um escore de nove, índice que, segundo Gomide (2006/2011), representa um estilo parental regular, acima da média, o qual sinaliza necessidade de orientações para aprimoramento das práticas

parentais. As práticas positivas, de monitoria positiva e comportamento moral, apresentadas pela mãe tiveram escores de 11 e 10 respectivamente, índice que se aproxima do valor máximo possível para essas subescalas, que é de 12. Apesar da presença dessas práticas positivas, a mãe apresenta escores nas práticas de punição inconsistente (escore 1), negligência (escore 3), disciplina relaxada (escore 3) e monitoria negativa (escore 5). Na prática de abuso físico o escore da mãe foi zero. A Tabela 4 especifica os escores de cada categoria avaliada, o escore total, a interpretação do escore⁷ e os comportamentos assinalados pela mãe da adolescente.

Tabela 4 –Escore das práticas parentais avaliados pelo IEP e comportamentos relatados pela mãe da adolescente por meio do instrumento

Categoria	Escore	Interpretação do escore	Comportamentos relatados
Monitoria Positiva	11	Estilo parental regular, acima da média	Quando minha filha sai, ela conta espontaneamente aonde vai; Pergunto como foi seu dia na escola e ouço atentamente; Quando minha filha está triste ou aborrecida me interessa em ajudá-la a resolver o problema; Mesmo quando estou ocupada ou viajando, telefono para saber como minha filha está; Após uma festa quero saber se minha filha se divertiu; Estabeleço regras (o que pode e o que não pode ser feito) e explicando as razões sem brigar;
Comportamento Moral	10	Estilo parental regular, acima da média	Ensino minha filha a devolver objetos ou dinheiro que não pertencem a ela; Se minha filha colar na prova explico que é melhor tirar nota baixa do que enganar a professora ou a si mesma; Se minha filha estragar alguma coisa de alguém, ensino a contar o que fez e pedir desculpas; Aconselho minha filha a ler livros, revistas ou ver programas de TV que mostrem os efeitos negativos do uso de drogas; Converso com minha filha sobre o que é certo ou errado no comportamento dos personagens dos filmes e dos programas de TV; Converso sobre o futuro do trabalho ou profissão de minha filha mostrando

⁷ Para a interpretação dos escores foi utilizada a denominação proposta por Gomide (2006/2011), no Inventário de Estilos Parentais (IEP): Modelo Teórico – Manual de aplicação, apuração e interpretação. Encontrou-se, na literatura, outras denominações para interpretação dos escores (Sampaio & Gomide, 2007; Gomide, 2009)

			os pontos positivos ou negativos de sua escolha;
Punição Inconsistente	1	Estilo parental ótimo	Sou mal-humorada com minha filha;
Negligência	3	Estilo parental de risco	Minha filha fica sozinha em casa a maior parte do tempo; Percebo que minha filha sente que não dou atenção a ela; Não sei dizer do que minha filha gosta;
Disciplina Relaxada	3	Estilo parental regular, porém abaixo da média	Ameaço que vou bater ou castigar e depois não faço nada; Quando castigo minha filha e ela pede para sair do castigo, após um pouco de insistência, permito que saia do castigo; Quando mando minha filha estudar, arrumar o quarto ou voltar para casa, e ela não obedece, eu “deixo pra lá”;
Monitoria Negativa	5	Estilo parental regular, porém abaixo da média	Critico qualquer coisa que minha filha faça, como o quarto estar desarrumado ou estar com os cabelos despenteados; Quando minha filha sai, telefono atrás dela muitas vezes; Controlo com quem minha filha fala ou sai; Se minha filha estiver aborrecida fico insistindo para ela contar o que aconteceu, mesmo que ela não queira contar.
Abuso Físico	0	Estilo parental regular, porém abaixo da média	Nenhum
Score Total	9	Estilo parental regular, acima da média	Todos os comportamentos relatados nas categorias citadas anteriormente

Discussão

A adolescente apresenta respostas de arrancar os cílios, condição relatada pelas participantes e visualizada pelas fotos apresentadas no estudo. De acordo com Hanna (1997) no qual foi realizada uma avaliação com adolescentes com tricotilomania, 73% dos participantes apresentavam o comportamento de tricotilomania na forma de comportamentos de arrancar os cílios. Em outro estudo (Duke et al., 2009), 29,6% dos participantes apresentaram o comportamento de arrancar os pêlos ou cabelos dessa forma.

Em relação aos locais ou situações onde o comportamento de arrancar os cílios era emitido, a adolescente relatou que o fazia quando estava sozinha, em locais que as pessoas não pudessem observá-la, como seu quarto. Disse que esse comportamento não ocorria quando estava na escola. Este relato corrobora com resultados da literatura, como por

exemplo, nos estudos de Hanna (1997), no qual 82% dos participantes relataram ser mais propensos a arrancar o cabelo ou pêlos em casa do que na escola, e a pesquisas de Deaver et al. (2001), nas quais a participante arrancava o cabelo, principalmente, no momento em que a participante estava na cama e sozinha.

Sobre os eventos que antecedem à emissão do comportamento de arrancar os cílios, tanto a mãe quanto a adolescentes relataram que eles poderiam relacionar-se àqueles que eliciam ansiedade. Em sua pesquisa, Duke et al. (2009) constataram que 27,8% das pessoas relataram sentir-se ansiosas antes de emitir o comportamento de tricotilomania. Por sua vez, sentimentos de felicidade foram relatados pela adolescente durante a emissão do comportamento. Conforme dados apresentados por Duke et al. (2009), 3,7% dos participantes da pesquisa conduzida pelos autores também relataram este sentimento durante a emissão do comportamento de tricotilomania. A condição sentida pela adolescente e que ela relata como sendo de “felicidade” pode estar relacionada ao efeito automático e sensorial que o comportamento de tricotilomania produz no organismo. Para a participante do estudo de Deaver et al. (2001), o comportamento de arrancar o cabelo, além de produzir reforço social em forma de atenção, também, ocorria na ausência de outras pessoas e por isso, era mantida por algum tipo de reforçamento automático. Rapp et al. (1999) concluíram que o comportamento de arrancar e manipular o cabelo da participante do estudo era mantido por reforçamento sensorial, e não por reforçamento social imediato.

Por outro lado, a adolescente relatou que se sentia envergonhada e culpada após arrancar o cílios. Duke et al. (2009) observaram em seu estudo que 3,7% das pessoas que apresentam comportamentos de arrancar os cílios sentem vergonha após emití-lo. As emoções de culpa ou vergonha são geradas sob controle de contingências aversivas e um indivíduo pode sentir-se dessa forma em situações em que foi anteriormente punido (Skinner, 1953/2003). No caso da adolescente, os sentimentos de culpa e vergonha relatados por ela podem estar sob controle das consequências punitivas dos pais, que brigaram após descobrirem que ela arrancava os cílios, e também, da punição de alteração estética que o comportamento de tricotilomania produz.

Por meio do YSR, CBCL e IHSA, pode-se notar que a participante apresenta outros problemas de comportamento, além do comportamento de arrancar os cílios, condição que corrobora com o estudo de Hanna (1997), segundo o qual a tricotilomania está associada a outros transtornos psiquiátricos. A partir dos escores obtidos no YSR, constatou-se que o perfil de problemas de comportamento da adolescente é tanto internalizante quanto externalizante, sendo que o perfil internalizante teve um escore maior do que o externalizante.

Por meio do CBCL, respondido pela mãe da adolescente, esses perfis foram constatados como não clínicos, sendo que o perfil internalizante teve escore maior do que o externalizante, apesar da pouca diferença entre os escores. Hanna (1997) utilizou o CBCL para avaliar participantes com tricotilomania e evidenciou que os comportamentos de arrancar os cabelos e pelos estão associados a uma maior preponderância de problemas de comportamento internalizantes, condição que foi encontrada nos relatos da adolescente do presente estudo.

Dos problemas internalizantes do YSR, a adolescente avaliou a ansiedade/depressão e problemas de pensamento como problemas clínicos. No estudo de Hanna (1997), no qual o CBCL foi utilizado como instrumento para realizar comparação entre pessoas com tricotilomania, TOC e sem transtorno de ansiedade, os escores dos problemas de pensamento foram mais altos no grupo com TOC quando comparados aos dois outros grupos, e mais altos no grupo de tricotilomania quando comparados ao grupo sem nenhum transtorno de ansiedade.

Os dados do YSR evidenciam que a adolescente pode apresentar transtorno de ansiedade, transtornos afetivos, transtorno opositor desafiante e transtorno de estresse pós-traumático. Assim, uma avaliação psiquiátrica poderia ser de interesse no sentido de verificar possíveis relações entre a tricotilomania e outros transtornos. A relação entre tricotilomania e transtornos de ansiedade e afetivos foi encontrada no estudo de Hanna (1997), no qual aproximadamente metade dos participantes com tricotilomania apresentaram histórico de transtorno de humor ou outros transtorno de ansiedade não relacionado ao TOC. Resultado de estudo mais recente, de Duke et al. (2009), associou o comportamento de tricotilomania a estados de ansiedade, tédio, tristeza, raiva, frustração e solidão. Mas, além da possibilidade de a adolescente apresentar transtorno de ansiedade e transtornos afetivos, o resultado obtido no YSR indica que ela pode apresentar também transtorno obsessivo-compulsivo. De acordo com Stein e Hollander (1992) e Torres, Smaira e Tiosso (1995), que relacionaram a tricotilomia ao TOC, o comportamento de arrancar os pêlos e cabelos pode ser compreendido como uma compulsão e comparada ao TOC.

A indicação de transtorno de estresse pós-traumático como uma condição psiquiátrica da adolescente pode indicar que ela está exposta alguma situação aversiva. Uma história de violência, que de acordo com Boughn e Holdon (2003), tem correlação com a tricotilomania, por exemplo, pode ser essa condição aversiva. Os dados obtidos no IEP evidenciaram que as práticas parentais maternas em sua maioria são abaixo da média ou de risco moderado e isso pode indicar um ambiente familiar aversivo, que pode estar relacionado tanto ao comportamento de arrancar os cílios como a outras dificuldades comportamentais. A

mãe da adolescente, ao responder o IEP, obteve altos escores nas categorias de monitoria positiva e comportamento moral, porém, ela obteve escores, também, na maioria das práticas negativas (negligência, monitoria negativa, punição inconsistente e disciplina relaxada) e diante disso, pode-se questionar se a mãe, ao responder o IEP estava sob controle de critérios do que seria adequado responder e não da sua relação com a filha. O fato de a mãe ter demorado a perceber o comportamento de arrancar os cílios e a forma como ela lidou com a situação, punindo-a e entendendo que poderia ser um efeito, apenas, do uso de rímel, corrobora com isso. A partir do IEP pode-se concluir que as práticas parentais negativas são mais frequentes na interação da mãe com a filha. O fato do YSR ter indicado o transtorno de estresse pós-traumático como limítrofe, juntamente com esse dado de práticas negativas, sinaliza a possibilidade de alguma condição aversiva, como violência doméstica ou abuso psicológico, na vida da adolescente. Não foram encontrados na literatura analisada estudos que relacionaram as práticas parentais à tricotilomania, porém os dados obtidos na avaliação indicam que práticas parentais negativas estão presentes na vida da adolescente e essas podem ser um fator ambiental importante para o aparecimento da tricotilomania. O fato da irmã da adolescente, que vive no mesmo ambiente e sob as mesmas práticas parentais, já ter apresentado comportamentos de arrancar os cabelos pode fortalecer essa hipótese.

Os dados obtidos no IHSA evidenciaram que a adolescente apresenta *déficits* no repertório social. Pode-se, questionar, diante disso, se o comportamento de arrancar os cílios pode se relacionar com essas dificuldades mais amplas do repertório. Como evidenciado anteriormente por Hanna (1997) e Duke et al. (2009), a tricotilomania está associada a outros transtornos psiquiátricos e, por isso, *déficits* no repertório social podem estar relacionados, tanto a tricotilomania como outros transtornos psiquiátricos.

A partir dos dados obtidos pela avaliação comportamental, foi possível realizar hipóteses funcionais do comportamento de arrancar os cílios. Como eventos antecedentes do comportamento de arrancar os cílios estão as situações nas quais a adolescente está sozinha e condições que eliciam ansiedade, como a presença de uma discussão entre os familiares. Pode haver dois tipos de consequências para o comportamento problema da participante. Inicialmente, parece haver uma consequência reforçadora automática e imediata ao comportamento de arrancar os cílios, que produz sentimentos de felicidade no momento que a resposta é emitida, como foi relatado pela adolescente. Juntamente com isso, existem consequências aversivas não imediatas, como alterações físicas nos cílios, das quais a participante se esquivava ao evitar usar maquiagem e ao usar delineador e a reação da família com repreensões verbais, as quais a cliente tentava evitar

negando a ocorrência da tricotilomania. A punição social dos pais, entretanto, não parece ser uma consequência consistente, uma vez que os pais também conversaram com a filha após a descoberta do comportamento problema e isso pode ser considerado como uma consequência reforçadora e não punitiva. Se conversar é um comportamento pouco observado entre os pais e a adolescente, e se para ela conversar é reforçador, então é possível, também, que o comportamento de arrancar os cílios tenha produzido uma consequência de reforço social, após a punição.

Quando as consequências punitivas tornam-se mais frequentes, talvez, seja possível que as reforçadoras, que já ocorrem em menor frequência, não tenham o efeito esperado de fortalecer o comportamento. A partir do momento em que os pais descobriram o comportamento de arrancar os cílios e puniram o comportamento inicialmente com briga, consequência que não se manteve por muito tempo, a resposta de arrancar os cílios parou de acontecer. As consequências sociais para o comportamento, portanto, alteram a probabilidade de sua ocorrência, e isso pode ser comparado à fase de suporte social do procedimento de reversão de hábito, na qual pessoas da comunidade verbal consequenciam com elogios e incentivos a não ocorrência dos comportamentos de hábito (Rapp et. al, 1998; Twohig, Woods, 2001; Teng et al., 2006; Flessner et al., 2008)

Portanto, a emissão do comportamento de tricotilomania parece produzir tanto consequências reforçadoras quanto aversivas para a adolescente. Estas podem ocorrer, também, uma vez que ela apresenta alguns déficits nos repertórios sociais de autocontrole e assertividade, como foi sinalizado pelo IHSA. A existência de problemas sociais e comportamento agressivo, sinalizados como condições limítrofes pelo YSR, também podem indicar déficits de repertório social. O fato da adolescente, de acordo com o YSR, apresentar problemas de comportamento, como depressão e ansiedade, indica que a adolescente pode não apresentar comportamentos que produzam consequências reforçadoras para si mesma e alívio diante de condições que eliciam ansiedade e comportamentos assertivos e de autocontrole. A ausência deste repertório, juntamente com mais queixas do tipo internalizante, evidenciada no YSR, sinaliza que além da tricotilomania, a adolescente pode apresentar outros problemas de comportamento. Além disso, práticas parentais negativas foram constadas, e isso pode indicar que talvez exista relação entre um ambiente familiar aversivo e a tricotilomania. Os dados de práticas parentais negativas podem, além disso, ter relação com os outros problemas de comportamento sinalizados pelo YRS e IHSA. O ambiente familiar é uma variável que se influencia à aprendizagem de comportamentos e, caso esse seja aversivo,

pode influenciar o surgimento de diferentes problemas de déficit e excessos no repertório do indivíduo.

Os dados obtidos por meio de fotos, inventários e entrevistas com a adolescente e sua mãe foram medidas importantes para a elaboração das hipóteses funcionais. Houve uma diversidade na coleta de dados e isso possibilitou o acesso a informações de vários aspectos sobre o comportamento da adolescente a partir de duas fontes de relato distintas, a da adolescente e da sua mãe, que puderam ser comparadas. Apesar do presente estudo ter possibilitado a realização de hipóteses funcionais, o fato da participante e sua responsável não conseguirem descrever o comportamento detalhadamente impossibilitou que uma descrição mais detalhada dos antecedentes e consequentes da tricotilomania fosse realizada. O fato das informações terem sido coletadas por meio de duas entrevistas impossibilitou também o acesso a informações detalhadas sobre outros possíveis problemas de comportamento que a cliente pode apresentar. Diante disso, novos estudos sobre avaliação comportamental da tricotilomania precisam ser desenvolvidos para que novas informações sobre os determinantes do comportamento de arrancar os cabelos e pelos sejam obtidas, bem como dados sobre outros comportamentos problemas que podem ter relação com a tricotilomania. É relevante, também, uma investigação específica sobre a relação entre práticas parentais negativas e a tricotilomania. O presente estudo indicou que pode existir uma relação entre esses dois aspectos e que compreender melhor isso auxilia tanto no tratamento do problema como na prevenção. Se um dos fatores que favorece a tricotilomania é o ambiente com práticas parentais negativas, a análise do comportamento pode intervir tanto com o objetivo de alterar o comportamento problema de tricotilomania, quanto com o foco de favorecer práticas parentais positivas e alterar o ambiente aversivo no qual o indivíduo com tricotilomania está inserido.

Referências

American Psychiatric Association. (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV - TR*. Porto Alegre: Artmed.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Bordin, I., Silveiras, E., Rocha, M., Teixeira, M., & Paula, C. S. (2010). *Versão brasileira do "Child Behavior Checklist for ages 6-18" (Achenbach, 2001)*.

- Boughn, S., & Holdon, J. J. (2003). The Relation of Violence and Trichotillomania. *Journal of Nursing Scholarship, 35*(2), 165-170.
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A., & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica, 4*(1), 75-82.
- Deaver, C. M., Miltenberger, R. G., & Stricker, J. M. (2001). Functional analysis and treatment of hair twirling in a young child. *Journal of Applied Behavior Analysis, 34*(4), 535-538.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. (2009). *Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA - Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Itatiba/SP: Casapsi Livraria e Editora Ltda.
- Duke, D. C., Bodzin, D. K., Tavares, P., Geffken, G. R., & Storch, E. (2009). The phenomenology of hair pulling in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 1118-1125.
- Gomide, P. I. (2006/2011). *Inventário de Estilos Parentais (IEP): Modelo Teórico - Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Gomide, P. I. (2009). A influência da profissão no estilo parental materno percebido pelos filhos. *Estudos em Psicologia, 26* (1), 25-34.
- Goulart-Junior, R. M., & Britto, I. G. (2010). Intervenção Analítico-Comportamental em Tricotilomania. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 12*(1/2), 224-237.
- Graber, J., & Arndt, W. B. (1993). Trichotillomania. *Comprehensive Psychiatry, 34*(5), 340-346.
- Gray, J. (1979). Positive reinforcement and punishment in the treatment of childhood trichotillomania. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 10*, 125-129.
- Greenberg, H., & Sarner, C. (1965). Trichotillomania. *Archives of General Psychiatry, 12*, 482-489.
- Hanna, J. L. (1997). Trichotillomania and Related Disorders in Children and Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development, 27*(4), 255-268.
- Harth, W., Taube, K. M., & Gieler, U. (2010). Factitious disorders in dermatology. *Journal of the German Society of Dermatology, 8*, 361-373.
- Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Engelhard, I., Forker, A., O'Sullivan, R. L., et al. (2001). The Skin Picking Impact Scale (SPIS): Scale Development and Psychometric Analyses. *Psychosomatics, 42*, 397-403.
- Rapp, J. T., Miltenberger, R., Galensky, T. L., Ellingson, A., & Long, E. (1999). A functional analysis of hair pulling. *Journal of Applied Behaviour Analysis, 32*(3), 329-337.
- Rocha, M. M., Araújo, L. G., & Silveiras, E. F. (2008). Um estudo comparativo de duas traduções brasileiras do Inventário de Auto-avaliação para jovens (YSR). *Psicologia: Teoria e Prática, 10*(1), 14-24.

- Rocha, M., Silvaes, E. F., Paula, C., Teixeira, M., & Bordin, I. (2010). Versão brasileira do "Youth Self Report for ages 11-18" (Achenbach, 2001).
- Rocha, M., Silvaes, E. F., Paula, C., Teixeira, M., & Bordin, I. (2010). Versão brasileira do "Child Behavior Check List" (Achenbach, 2001).
- Rothabaum, B. O., & Ninan, P. T. (1994). The Assessment of trichotillomania. *Behaviour Reserach and therapy*, 32(6), 651-662.
- Sampaio, I. T., & Gomide, P. I. (2007). Inventário de Estilos Parentais (IEP) - Gomide (2006) Percurso de Padronização e Normatização. *Psicologia Argumento*, 25 (48), 15-26.
- Shah, K. N., & Fried, R. G. (2006). Factial dermatoses in children. *Current Opinion in Pediatrics*, 18, 403-409.
- Skinner, B. (1953/2003). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Silvaes, E. F., & Gongora, M. A. (1998). *Psicologia Clínica Comportamental: A inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo - SP: Edicon.
- Stein, D. J., & Hollander, E. (1992). Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 26, 237-242.
- Snorrason, I., Ólafsson, R. P., Flessner, C. A., Keuthen, N. J., Frankiln, M. E., & Woods, D. W. (2012). The Skin Picking Scale-Revised: Factor structure and psychometric properties. *Journal of Obsessive-Compulsive and Relater Disorders*, 1, 133-137.
- Teng, E. J., Woods, D. W., & Twohig, M. P. (2006). Habit Reversal as a treatment for Chronic Skin Picking: A Pilot Investigation. *Behavior Modification*, 30, 411- 422.
- Toledo, E. L., Taragano, R., Cordás, T. A., Abreu, C. N., Hearst, N., & Conti, M. A. (2011). Adaptação transcultural da Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale para o idioma português (Brasil). *Revistra de Psiquiatria Clínica*, 38(5), 178-183.
- Torres, A., Smaira, S., & Tiosso, A. (1995). Distúrbio Obsessivo-compulsivo e quadros correlatos na clínica dermatológica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 70 (3), 239-243.
- Twohig, M. P., & Woods, D. W. (2001). Habit Reversal as a treatment fos chornic skin picking in typically developing male siblings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(2), 217-220.
- Vaughan, M. E., & Michael, J. L. (1982). Automatic Reinforcement: an important but ignored concept. *Behaviorism*, 10, 217-227.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PAIS/RESPONSÁVEIS DE ADOLESCENTES QUE APRESENTAM COMPORTAMENTOS DE HÁBITO

Nome do Filho: _____

Data de Nascimento do Filho: _____

Nome do entrevistado: _____

DADOS FAMILIARES

1) Nome, data de nascimento e profissão dos pais do adolescente:

Nome	Data de Nascimento	Profissão

2) Situação conjugal dos pais do adolescente:

() Casados () Separados () União estável () Mãe viúva () Pai Viúvo

3) Há quanto tempo estão nessa situação? _____

4) No caso dos pais dos participantes serem separados/viúvos, eles têm outro relacionamento atualmente?

Mãe: () Não () Sim. Se sim, há quanto tempo? _____

Pai: () Não () Sim. Se sim, há quanto tempo? _____

5) O seu filho tem irmãos: () Sim () Não

Nome	Data de Nascimento/Idade	Mesmo Pai e Mesma mãe

6) Com quem o seu filho mora?

Nome	Data de Nascimento/Idade	Grau de Parentesco

ESPECIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE HÁBITO

I) Dimensões do Comportamento Problema

- 1) Como é o comportamento de hábito do seu (sua) filho (a)? (Solicitar descrever a topografia do comportamento e fazer uma simulação do comportamento).

- 2) Ele usa algum tipo de instrumento para realizar esse comportamento?

() Sim () Não () Nunca observei

- 3) Se sim, quais instrumentos ele costuma utilizar?

() Agulha () Pinça () Palito de dente () Tesoura () Cortador de unha
 () Cotonetes () Outros. Quais? _____

- 4) Considerando o tempo que você está com o seu filho, na última semana, quantas vezes você viu o seu filho apresentar este comportamento?

Menos de duas vezes por semana	
Cerca de duas vezes por semana	
Cerca de quatro vezes por semana	
Cerca de seis vezes por semana	
Pelo menos uma vez por dia	
Não observei	

- 5) Considerando o tempo que você está com o seu filho, no último dia que você observou, quanto o seu filho gasta se comportamento dessa forma? (por dia)

Menos de trinta minutos	
Mais de trinta minutos	
De 01 hora a 02 horas	
Mais de duas horas	
Não observei	

- 6) Como você classificaria o grau de comprometimento/ lesão produzido pelo comportamento do seu filho, considerando uma escala de 0 a 10, sendo zero nada intenso e 10 extremamente intenso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7) Você acha que o seu filho apresenta esse comportamento por alguma razão?

() Não () Sim. Qual é na sua opinião? _____

8) Desde o aparecimento do comportamento houve tentativas para solucionar o problema?
Quais?

9) Atualmente, o seu filho faz algum tratamento para o problema?

Tipo	Sim	Não	Descrição do tratamento
Psicológico			
Dermatológico			
Psiquiátrico			

II) Eventos relacionados à ocorrência do problema, ou seja, circunstâncias nas quais o problema ocorre e não ocorre

1) Em que locais o seu filho emite os comportamentos de hábito?

Locais	Sim	Não	Não observei
Escola			
Casa			
Locais de lazer			
Outro: _____			
Outro: _____			

2) Em quais circunstâncias você já presenciou este tipo de comportamento?

Quando ele está...	Sim	Não	Não observei
Dormindo			
Assistindo TV			
Fazendo tarefas escolares. Qual(is)? _____			
Diante de discussões. Entre quem? (brigas entre familiares, amigos ou pessoas desconhecidas, etc.) _____			
Lendo livros, jornais			
Ouvindo música			
Outros:			
Outros			

3) Como você acha que ele se sente diante destas circunstâncias?

	Ansioso	Triste	Feliz	Entediado	Aliviado	Com raiva	Culpado	Envergonhado	Outro: _____	Outro: _____
Antes da emissão do comportamento										
Durante a emissão do comportamento										
Ao parar o comportamento										

4) Nestas situações, além do comportamento de hábito, ele fala ou faz alguma outra coisa?
(Se sim, pedir para entrevistado descrever a situação)

() Não () Sim. O quê? _____

5) O que você e outras pessoas falam e/ou fazem quando ele está apresentando este comportamento e o que ele faz diante disso?

Quem?	Antecedente	Resposta que a pessoa emite diante do comportamento de hábito do adolescente	Consequência que o adolescente emite diante da resposta da pessoa	Resposta que a pessoa emite após a consequência do adolescente	Consequência que o adolescente emite diante da resposta da pessoa
Mãe	Comportamento de Hábito do adolescente				
Pai					
Irmãos					
Outros Familiares					
Amigos próximos					
Colegas em geral					
Professor					
Dermatologista					
Psiquiatra					
Outro: _____					
Outro: _____					

6) Ele deixa de fazer alguma coisa por causa dos seu comportamento de hábito?

() Não () Sim. O que? _____

7) Ele deixa de ir a algum lugar em que ele gostaria de ir por causa deste comportamento?

() Não () Sim. Onde? _____

8) Quando deve/precisa ir a algum lugar, ele evita mostrar os efeitos (cicatrizes, marcas, etc.) que seu comportamento de hábito produzem?

() Não () Sim. O que ele faz?

O que faz?	Não	Sim	Descreva a situação
Maquiagem			
Band-aids			
Cabelo			
Outros			

III) Dados Históricos do Problema:

1) Quando você observou que seu filho começou a apresentar este comportamento?

2) Desde o tempo de início até o momento, houve alguma alteração deste comportamento, em relação a:

a) Dimensões do Comportamento

Dimensões do Comportamento	Aumentou a frequência	Permaneceu da mesma forma	Diminuiu a frequência	Não observei
Quantidade de vezes realizadas por dia				
Quantidade de tempo gasto por dia				
Intensidade do comprometimento/lesão da pele				

b) Locais em que ocorre:

Locais	Aumentou a ocorrência	Permaneceu da mesma forma	Diminuiu Ocorrência	Não observei
Escola				
Casa				
Locais de lazer				
Outro: _____				
Outros: _____				

c) Circunstâncias em que ocorre:

Circunstância em que ocorre	Aumentou Ocorrência	Permaneceu da mesma forma	Diminuiu Ocorrência	Não observei
Dormindo				

Assistindo TV				
Fazendo tarefas escolares.				
Diante de discussões.				
Lendo livros, jornais.				
Dormindo				
Assistindo TV				

d) Forma como as pessoas agiam antes e agora:

Quem?	Permaneceu o mesmo	Mudou	Descrever	Não mudou	Não observei
Mãe					
Pai					
Irmãos					
Outros Familiares					
Amigos próximos					
Colegas em geral					
Professor					
Dermatologista					
Psiquiatra					
Outro: _____					
Outro: _____					

APÊNDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ADOLESCENTE QUE APRESENTA
COMPORTAMENTOS DE HÁBITO

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

ESPECIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE HÁBITO

I) Dimensões do Comportamento Problema

- 1) Como é o seu comportamento de hábito? (Solicitar a descrição da topografia do comportamento e fazer uma simulação do comportamento).

- 2) Você usa algum tipo de instrumento para realizar esse comportamento?

() Sim () Não () Nunca observei

- 3) Se sim, quais instrumentos você costuma utilizar?

() Agulha () Pinça () Palito de dente () Tesoura () Cortador de unha
 () Cotonetes () Outros. Quais? _____

- 4) Na última semana, quantas vezes você emitiu este comportamento?

Menos de duas vezes por semana	
Cerca de duas vezes por semana	
Cerca de quatro vezes por semana	
Cerca de seis vezes por semana	
Pelo menos uma vez por dia	
Não observei	

- 5) Quanto tempo você gasta se comportamento dessa forma? (por dia)

Menos de trinta minutos	
Mais de trinta minutos	
De 01 hora a 02 horas	

Mais de duas horas	
Não observei	

- 6) Como você classificaria o grau de comprometimento/ lesão produzido pelo seu comportamento, considerando uma escala de 0 a 10, sendo zero nada intenso e 10 extremamente intenso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 7) Você acha que apresenta esse comportamento por alguma razão?

() Não () Sim. Em sua opinião, qual é essa razão? _____

- 8) Desde o aparecimento do comportamento houve tentativas para solucionar o problema? Quais?

- 9) Atualmente, você faz algum tratamento para o problema?

Tipo	Sim	Não	Descrição do tratamento
Psicológico			
Dermatológico			
Psiquiátrico			

- 10) Você percebe quando está se comportando dessa forma?

() Não () Às vezes () Sim. Se sim, o que você faz? _____

- 11) Você tenta controlar este comportamento?

() Não () Sim. De que forma? _____

- 12) Qual é a consequência da sua tentativa?

Continuei a emitir o comportamento de hábito	
Parei de emitir o comportamento de hábito, mas momentaneamente apenas	
Interrompi totalmente a emissão do comportamento de hábito	

- 13) Se sim, com que frequência o faz?

Todas as vezes que percebo que estou emitindo o comportamento de hábito	
Às vezes, apenas. Algumas vezes, mesmo que eu perceba que estou emitindo o comportamento contínuo	

Apenas quando eu percebo as lesões na minha pele	
Não faço	

II) Eventos Relacionados à ocorrência do problema, ou seja, circunstâncias nas quais o problema ocorre e não ocorre

1) Em que locais você emite os comportamentos de hábito?

Locais	Sim	Não	Não observei
Escola			
Casa			
Locais de lazer			
Outro: _____			
Outro: _____			

2) Em quais circunstâncias você emite esse comportamento?

Quando ele está...	Sim	Não	Não observei
Dormindo			
Assistindo TV			
Fazendo tarefas escolares. Qual(is)? _____			
Diante de discussões. Entre quem? (brigas entre familiares, amigos ou pessoas desconhecidas, etc.) _____			
Lendo livros, jornais			
Ouvindo música			
Outros:			
Outros			

3) Como você se sente nestes diante destas circunstâncias?

	Anioso	Triste	Feliz	Entediado	Aliviado	Com raiva	Culpado	Envergonhado	Outro: _____	Outro: _____
Antes da emissão do comportamento										
Durante a emissão do comportamento										
Ao parar o comportamento										

4) Nestas situações, além do comportamento de hábito, você faz alguma outra coisa? (Se sim, pedir para entrevistado descrever a situação)

() Não () Sim. O quê? _____

5) O que outras pessoas falam e/ou fazem quando você está apresentando este comportamento e o que você faz após isso?

Quem?	Antecedente	Resposta que a pessoa próxima emite diante do seu comportamento de hábito	Consequência que você emite diante da resposta da pessoa	Resposta que a pessoa próxima emite após a sua consequência para ela	Consequência que você emite diante da resposta da pessoa
Mãe	Seu comportamento de Hábito				
Pai					
Irmãos					
Outros Familiares					
Amigos próximos					
Colegas em geral					
Professor					
Dermatologista					
Psiquiatra					
Outro: _____					
Outro: _____					

6) Você deixa de fazer alguma coisa por causa do seu comportamento de hábito?

() Não () Sim. O que? _____

7) Você deixa de ir a algum lugar em que gostaria de ir por causa deste comportamento?

() Não () Sim. Onde? _____

8) Quando deve/precisa ir a algum lugar, você evita mostrar os efeitos (cicatrizes, marcas, etc.) que seu comportamento de hábito produzem?

() Não () Sim. O que você faz?

O que faz?	Não	Sim	Descreva a situação
Maquiagem			
Band-aids			
Cabelo			
Outros			

III) Dados Históricos do Problema

1) Quando você observou que começou a apresentar este comportamento?

2) Desde o tempo de início até o momento, houve alguma mudança deste comportamento em relação a:

a) Dimensão do comportamento:

Dimensões do Comportamento	Aumentou a frequência	Permaneceu da mesma forma	Diminuiu a frequência	Não observei
Quantidade de vezes realizadas por dia				
Quantidade de tempo gasto por dia				
Intensidade do comprometimento/lesão da pele				

b) Locais em que ocorre:

Locais	Aumentou a ocorrência	Permaneceu da mesma forma	Diminuiu Ocorrência	Não observei
Escola				
Casa				
Locais de lazer				
Outro: _____				
Outros: _____				

c) Circunstâncias em que ocorre

Circunstância em que ocorre	Aumentou Ocorrência	Permaneceu da mesma forma	Diminuiu Ocorrência	Não observei
Dormindo				
Assistindo TV				
Fazendo tarefas escolares.				
Diante de discussões.				
Lendo livros, jornais.				
Dormindo				
Assistindo TV				

d) Forma como as pessoas agiam quando você emitia esse comportamento antes e agora?

Quem?	Permaneceu o mesmo	Mudou	Descrever	Não mudou	Não observei
Mãe					
Pai					
Irmãos					
Outros Familiares					
Amigos próximos					
Colegas em geral					
Professor					
Dermatologista					
Psiquiatra					
Outro: _____					
Outro: _____					

APÊNDICE C
FOLDER PARA DIVULGAÇÃO DA PESQUISA



PORQUE EU NÃO CONSIGO PARAR DE CUTUCAR AS ESPINHAS?

VOCÊ SABIA QUE CUTUCAR A PELE PODE SER UM PROBLEMA?

A acne escoriada acontece quando não conseguirmos parar de espremer e cutucar as espinhas que aparecem em nossa pele, e isso, pode nos deixar com marcas e cicatrizes no rosto, além de trazer sentimentos de vergonha e baixa autoestima. Entender o porque isso acontece pode ajudar a parar de espremer e cutucar as espinhas e produzir novos sentimentos mais positivos

SE CUTUCAR A PELE É UM PROBLEMA PARA VOCÊ, VENHA PARTICIPAR DE UMA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA GRATUITA

- ✓ Quem pode participar: Adolescentes de 12 a 18 anos
- ✓ Quando: A combinar
- ✓ Horário: A combinar
- ✓ Local: Av. Visconde de Guarapuava, 3444 – sala 607 - Centro (em frente ao corpo de bombeiros e próximo ao shopping Curitiba)



INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES

Marisa Richartz -
(41) 9975-0117 /
marichartz@gmail.com



APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Avaliação comportamental de comportamentos de hábito autolesivos”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“Avaliação comportamental de comportamentos de hábito autolesivos”**, realizada na **Universidade Estadual de Londrina**. O objetivo da pesquisa é **realizar uma avaliação comportamental dos comportamentos de hábito**. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: **a) participar de uma sessão de avaliação; b) responder a um questionário e realizar autorregistro de comportamento; c) permitir que os seus pais participem de uma sessão de avaliação e respondam a um questionário a seu respeito; b) permitir que as sessões sejam gravadas em arquivos digitais como forma de registro de coleta de dados; c) permitir que sejam tiradas fotos da áreas da pele que são afetadas pelo comportamento de hábito como forma de registro de dados; d) permitir que os dados coletados sejam apresentados e divulgados em eventos e revistas científicas, respeitando o anonimato de todas as pessoas envolvidas**. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. **Os dados de áudio e as fotos serão armazenados no computador e após o fim da pesquisa, serão deletados**. Os benefícios esperados são um **aumento do conhecimento sobre o próprio comportamento de hábito**. Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar (**Marisa Richartz, Rodovia Celso Garcia Cid, 445, CEP 86051-990, Londrina – PR, (41) 9975- 0117, marichartz@gmail.com**) ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Curitiba, ___ de _____ de 2013.

Marisa Richartz (RG: 81397465)

Pesquisadora Responsável

 _____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa),
 tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura do responsável: _____

Assinatura do participante: _____

Data: _____