

Izabel Nilsa Brocco Cuginotti ¹
Aline Henriques Reis ²

Transtorno de Escoriação (Skin Picking): Revisão de Literatura.

Excoriation Disorder (Skin Picking): Literature Review.

RESUMO

O transtorno de escoriação é caracterizado pelo comportamento de beliscar, espremer ou morder de forma recorrente a própria pele, produzindo lesões que causam sofrimento e prejuízos em áreas importantes da vida. O objetivo do presente artigo é realizar uma revisão não sistemática de literatura, a partir de um levantamento da prevalência, incidência, fatores relacionados ao transtorno, escalas utilizadas para avaliação e de intervenções empiricamente validadas para o transtorno de escoriação (skin picking), considerando o destaque recebido a partir da incorporação do diagnóstico ao DSM-5 e da carência de literatura nacional na área. De acordo com o levantamento teórico realizado, a literatura destaca que 1,4% da população adulta apresenta o transtorno e que este vem comumente associado ao transtorno obsessivo compulsivo, tricotilomania e transtorno depressivo maior. Dentre os fatores relacionados ao desenvolvimento e manutenção da referida psicopatologia podem ser citadas condições dermatológicas como a acne, fatores de personalidade, conflitos emocionais na história de vida e comorbidades psiquiátricas. O tratamento envolve medicamentos: antidepressivos e antipsicóticos e psicoterapia: técnicas cognitivas e comportamentais.

Palavras-chave: Transtorno de Escoriação; Comportamento Autolesivo; Terapia Cognitivo-Comportamental

ABSTRACT

The excoriation disorder is characterized by the behavior of pinching, squeezing or biting the skin in a recurring form, producing lesions that cause suffering and damages in important areas of life. The aim of this article is to perform a non-systematic literature review, based on a survey of prevalence, incidence, factors related to the disorder, scales used for evaluation and empirically validated interventions for the excoriation disorder (skin picking), considering the emphasis received from the incorporation of the diagnosis to DSM-5 and the lack of national literature in the area. According to the theoretical survey, the literature shows that 1.4% of the adult population presents the disorder and that it is commonly associated with obsessive-compulsive disorder, trichotillomania and major depressive disorder. Among the factors related to the development and maintenance of the psychopathology can be cited dermatological conditions such as acne, personality factors, emotional conflicts in the history of life and psychiatric comorbidities. Treatment involves drugs: antidepressants and antipsychotics and psychotherapy: cognitive and behavioral techniques.

Keywords: SkinPicking; Excoriation Disorder; Cognitive Behavioral Therapy

¹ Especialista - (Psicóloga) - Cascavel - SP - Brasil.

² Doutora pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. - (Professora Adjunta do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul).

Instituto Paranaense de Terapia Cognitiva-IPTC

Correspondência:

Av. Unisinos, 950 Sala E01 110 - Bairro Cristo Rei - São Leopoldo/RS - CEP 93022-750

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 03 de novembro de 2015. cod. 386.

Artigo aceito em 07 de janeiro de 2018.

DOI: 10.5935/1808-5687.20160012

O transtorno de escoriação (*skin picking*) (TE) também conhecido por escoriação neurótica (*neurotic excoriation*), escoriação patológica, dermatotilexomania, acne escoriada (*acne excoriée*), ou escoriação psicogênica, é caracterizado pelo comportamento de arranhar, cutucar, cortar, escavar, realizar punção ou beliscar a pele normal ou com mínima irregularidade (Arnold, Auchenbach & McElroy, 2001). O beliscar recorrente da própria pele, segundo os critérios descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) da American Psychiatric Association (APA, 2014) é a característica essencial no diagnóstico deste transtorno. São focos das escoriações, além da pele saudável, pequenas irregularidades da pele e lesões preexistentes como: espinhas, calosidades ou cascas de lesões anteriores (APA, 2014). Também são focos das lesões as cicatrizes e mordidas de insetos (Arnold et al., 2001). A conduta de beliscar ocorre em resposta a prurido ou outras sensações na pele, como queimação, formigamento, ressecamento ou dor (Alves, Martelli, Prado & Fonseca, 2009). As partes do corpo mais comumente escoriadas são as de fácil acesso, principalmente o rosto, braços e mãos, mas podem ocorrer em qualquer outra região.

Além de beliscar com as unhas, conduta observada na maior parte dos casos, as lesões podem ser decorrentes de procedimentos como: morder, esfregar ou espremer a pele (APA, 2014). Quanto aos instrumentos utilizados para provocar os ferimentos, o mais comum é o emprego das próprias unhas e dedos, mas existem casos nos quais são utilizados os dentes ou objetos como: pinças, alfinetes, facas e lixas (Arnold et al., 2001). Envolvidos no comportamento de beliscar a pele, indivíduos com o transtorno podem empregar significativa quantidade de tempo, até diversas horas por dia, durante meses ou anos (APA, 2014). As escoriações ficam úmidas com crostas e cicatrizes (Arnold et al., 2001). Os indivíduos com o TE frequentemente utilizam-se de artifícios para disfarçar ou ocultar as lesões, cobrindo as áreas escoriadas com roupas ou maquiagem e relatam terem tentado diminuir ou cessar o comportamento de autolesão por diversos meios (APA, 2014).

Por encontrar-se intimamente relacionado a questões estéticas, o TE possivelmente tenha sido mais descrito e estudado na literatura dermatológica do que na psiquiátrica (Lovato, 2011). As escoriações autolesivas são conhecidas na área médica, pela denominação de dermatites factícias e classificadas em duas categorias: a dermatite paraartefacta e a dermatite artefacta. Na primeira, quando questionado, o indivíduo reconhece que provocou as lesões, sendo parcialmente consciente do comportamento. Ocorre, nesse caso, uma dificuldade ou ausência no controle de impulsos (Shah & Fried, 2006, como citado em Richartz, 2013). Por sua vez, na dermatite artefacta, o indivíduo nega ter realizado as lesões (Araújo, Oliveira, Carvalho, Gamonal, & Gamonal, 2008) e, aparentemente, demonstra ausência de conhecimento sobre ter provocado a escoriação, estando como em um quadro dissociativo. Este tipo de autolesão pode estar relacionado a

transtornos psiquiátricos como: o transtorno de personalidade borderline, narcisista ou histriônico e a transtornos psicóticos (Harth et al., 2010, como citado em Richartz, 2013). O paciente reconhece que provoca as lesões sem que haja, na base do problema, nenhuma doença dermatológica significativa (Alves et al., 2009). A psicodermatologia, que visa dentro da dermatologia integrativa agregar conhecimentos pertinentes entre campos diversos, tem buscado estudar dermatoses que apresentam na base determinantes mais psicológicos do que físicos. Doenças de pele provocam ansiedade, preocupação, medo, vergonha, sentimento de rejeição e outras emoções em seus portadores e, em contrapartida, a tensão psicológica é responsável pelo agravamento do curso destas doenças (Freitas, 2011).

Uma revisão sistemática de literatura constatou a escassez de produções científicas nacionais sobre o assunto na área da psicologia, apesar da correlação feita pela literatura dermatológica entre fatores afetivos e emocionais e as escoriações provocadas na pele, enquadrando-a como psicodermatose. A maior parte dos estudos foi encontrada em bases internacionais, tendo sido localizadas apenas duas publicações brasileiras sobre o TE. A diversidade de denominações atribuídas ao ato de escoriar a pele dificulta a busca por material, mas a denominação: "*skin picking*" tem sido a mais utilizada (Freitas, 2011).

Considerando o destaque recebido pelo TE a partir da incorporação do diagnóstico ao DSM-5 (APA, 2014), da carência de literatura na área e de poucas intervenções empiricamente validadas para o transtorno, o objetivo do presente artigo é realizar uma revisão não sistemática de literatura que visa apresentar critérios diagnósticos para o transtorno, de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), investigar os fatores relacionados, as técnicas utilizadas para avaliação e protocolos de tratamento.

DEFINIÇÃO, PREVALÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS DO TRANSTORNO DE ESCORIAÇÃO

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) da American Psychiatric Association (APA, 2002) o TE não era formalmente reconhecido, sendo apenas citado dentro do capítulo de transtorno de controle de impulsos sem outra especificação, e que não satisfazem os critérios apresentados no manual para qualquer outro transtorno de controle de impulsos. Era mencionado no DSM-IV TR (APA, 2002) como o ato de "beliscar a pele" que ocorre diante do fracasso de resistir a um impulso ou tentação de executá-lo. O ato de escoriar a pele acontece em resposta a um sentimento de tensão aumentada ou associada às tentativas de resistir a este sentimento. Apesar de encontrar-se classificado como transtorno de controle de impulsos, conclusões de estudos levaram os autores Ferrão, Ferrão e Cunha (1999) a incluir o TE dentro do espectro obsessivo compulsivo.

O DSM-5 (APA, 2014), incluiu o diagnóstico do Transtorno de Escoriação (*skin picking*) como parte do capítulo do Transtorno Obsessivo Compulsivo e outros transtornos relacio-

nados, descrevendo critérios diagnósticos que consistem em: comportamento de beliscar a pele recorrentemente causando lesões, sendo relatadas diversas tentativas de parar ou reduzir o comportamento autolesivo. Este comportamento causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida e não se apresenta como consequência fisiológica do uso de uma substância (por exemplo, cocaína), ou a outra condição médica que justifique (por exemplo, escabiose). O comportamento de beliscar a pele, não pode ser mais bem enquadrado como sintoma de outro transtorno mental, como: transtorno psicótico (delírios ou alucinações táteis), transtorno dismórfico corporal (tentativa de melhorar aparência corrigindo um defeito ou falha percebida), transtorno de movimento estereotipado (estereotípicas) ou autolesão não suicida (intenção de causar danos a si mesmo).

No DSM-5 (APA, 2014), o critério A (beliscar de forma recorrente a própria pele) é citado como a característica essencial deste transtorno. Para Kapczinski, Isquierdo e Quevedo (2011), o ato de escoriar-se passa a ser considerado patológico quando se torna habitual, recorrente ou atinge grandes extensões da pele, acarretando situações de embaraço, comportamentos disfuncionais ou prejuízo social.

Dentre as particularidades do transtorno, encontra-se o fato de que o ato de beliscar normalmente não acontece na presença de outras pessoas, ou apenas na presença de familiares. Pode envolver uma série de comportamentos ou rituais direcionados a um tipo específico de crosta ou irregularidade. Para alguns indivíduos o comportamento ocorre de forma mais focada (quando busca o alívio da tensão). Para outros, de forma automática (não é perceptível a tensão precedente). Ou ainda, pode ocorrer de forma mista. Os sentimentos relatados como desencadeantes relacionam-se ao tédio ou ansiedade e a uma tensão crescente que antecede o comportamento de beliscar ou de resistir a este impulso. São também relatadas lesões desencadeadas por uma sensação corporal desagradável, mas, na maior parte dos casos não é relatada dor em decorrência da escoriação (APA, 2014).

Pessoas de diferentes idades podem apresentar o TE. O início ocorre com maior frequência na adolescência e vinculado a uma condição dermatológica como a acne (APA, 2014). O curso geralmente é crônico e quando não tratado pode ser direcionado a partes alternadas do corpo e apresentar remissões e exacerbações durante a vida (Kapczinski et al., 2011). O diagnóstico dermatológico é dispensável, tendo em vista que os indivíduos admitem provocar as lesões, mas o quadro pode ser desencadeado ou acentuado por uma condição dermatológica já existente, situação que requer aprofundamento na avaliação para determinar a ocorrência ou não de comorbidade (APA, 2014).

O ato de beliscar a pele frequentemente resulta em danos aos tecidos e em cicatrizes, podendo necessitar de tratamento antibiótico para infecções em decorrência de complicações médicas e da gravidade das lesões. O tempo

despendido diariamente no comportamento é significativo (cerca de uma hora) e abrange o ato em si ou o tempo gasto pensando em beliscar e resistindo ao impulso. As áreas sociais e profissionais da vida do indivíduo tendem a serem prejudicadas, apesar das constantes tentativas de disfarçar ou ocultar as lesões com roupas ou maquiagem. É comum a presença de afetos negativos como: sensação de perda de controle, constrangimento e embaraço que pode desencadear significativo sofrimento. Na área acadêmica, são encontrados relatos de prejuízos decorrentes de faltas à escola, dificuldade no manejo de atribuições escolares e problemas nos estudos, em virtude do tempo empregado no ato de escoriar a pele (APA, 2014).

Os prejuízos mais significativos sofridos pelos pacientes que provocam escoriações na pele são decorrentes da perceptível desfiguração relacionada às lesões (Freitas, 2011). São relatadas situações de evitação de sair em público, e recusa de comparecer em eventos sociais e de entretenimento, além de interferências semanais ou diárias na assiduidade profissional dos indivíduos diagnosticados com o transtorno (APA, 2014).

Indivíduos com a pele escoriada, principalmente em áreas descobertas do corpo, relatam vergonha, ansiedade e tristeza pelo distanciamento das pessoas provocado pelo impacto negativo da aparência, que desperta sensação de sujeira, imperfeição e possibilidade de contágio (Azulay & Azulay, 1992). Proporcionalmente ao grau de comprometimento da aparência, pessoas com a pele escoriada despertam sentimentos de repulsa, que geram prejuízos nas relações afetivas e profissionais. Em casos mais graves são observados impedimentos em situações cotidianas como: vestir-se, tomar banho ou olhar-se no espelho (Jorge, Muller, Ferreira & Cassal, 2004).

Para Richartz (2013) as marcas provocadas na pele repercutem negativamente na imagem corporal, podendo ocasionar preconceito e levar o indivíduo ao isolamento social, desencadeando um processo recorrente, uma vez que os comportamentos autolesivos tem relação com sentimentos de inadequação social, insegurança, sensação de vazio e solidão.

Práticas semelhantes à escoriação têm sido designadas coletivamente como *grooming disorders*, pois lembram comportamentos repetitivos observados em animais ao lamber as patas ou arrancar penas. O *grooming* é entendido como um comportamento inato, presente na maioria dos animais, inclusive no ser humano. Entre os animais caracteriza-se por uma tendência natural de enfeitar e arrumar as pelagens, podendo tornar-se patológico ao apresentar-se como excessivo ou compulsivo, causando lesões. O *grooming* patológico em animais foi estudado e os resultados constataram alterações genéticas e deficiência nos níveis de serotonina, dopamina e glutamato (Lovato, 2011).

O DSM-5 expõe que a prevalência do TE em adultos é de aproximadamente 1,4%, sendo que mais de três quartos dos indivíduos diagnosticados são do sexo feminino (APA, 2014). Este fato pode estar intimamente relacionado a preocupações estéticas, fatores socioculturais e níveis

hormonais (Ferrão et al., 1999). Quando não existem lesões prévias, as escoriações apresentam-se com maior frequência em pessoas do sexo feminino, na faixa dos 40 a 50 anos, e estão normalmente relacionadas a períodos de estresse emocional. Já a escoriação de lesões preexistentes, conhecida por acne escoriada, tende a aparecer mais frequentemente em mulheres jovens (Freitas, 2011).

Lovato (2011) defendeu a hipótese de que muitos casos de TE encontram-se subdiagnosticados ou pouco compreendidos, tendo em vista que o ato de beliscar a pele era classificado entre os transtornos de controle de impulso. Segundo o autor, quando considerados de forma individual na prática clínica, os transtornos de controle de impulso podem ser vistos como raros, mas quando agrupados apresentam-se de modo expressivo.

COMORBIDADES E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As condições psicopatológicas mais comuns, subjacentes ao TE, estão vinculadas a sintomas de depressão, ansiedade, transtorno de personalidade *borderline*, transtorno dismórfico corporal (TDC), transtorno de uso de substâncias, transtornos alimentares, tricotilomania e cleptomania. Normalmente são identificados comportamentos autodestrutivos, dificuldade em expressar raiva e sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo (Alves et al., 2009). O TE é mais encontrado em indivíduos diagnosticados com transtorno obsessivo-compulsivo e em membros de primeiro grau da família destes, do que na população em geral. É comum ainda, haver comorbidade diagnóstica com o transtorno depressivo maior, a tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) e outros sintomas repetitivos focados no corpo, como roer unhas (APA, 2014).

As escoriações patológicas da pele aparecem como sintoma de diversos transtornos psiquiátricos (APA, 2014). Dos pacientes que apresentam o TDC, 27% provocavam escoriações na própria pele. O diagnóstico diferencial deve levar em consideração que portadores do TDC não têm intenção de machucar-se, mas sim de melhorar a aparência. A motivação para o comportamento autolesivo é a queixa referente a um suposto defeito na aparência e a perspectiva de corrigi-lo (Conrado, 2009). Em pacientes com transtornos obsessivo-compulsivos podem ocorrer lesões semelhantes àquelas provocadas pelo ato de beliscar a pele, em decorrência de compulsões que envolvam lavagens excessivas, nas obsessões com contaminações. Indivíduos com síndrome de Prader-Willi, transtorno de *Tourette* e outros transtornos do neurodesenvolvimento podem apresentar comportamentos de automutilação. A diferenciação encontra-se nas características do comportamento e pelo início em período precoce do desenvolvimento. No transtorno de automutilação não suicida e nos transtornos factícios, a lesão provocada é decorrente da intenção de ferir-se, condição diferente da que ocorre no TE (APA, 2014).

Odlaug e Grant (2010), além de relacionarem o TE com o transtorno obsessivo compulsivo, descrevem semelhanças com a condição de dependência de substâncias. Como nos casos de

dependência, os indivíduos que produzem escoriações na pele, apesar das consequências aversivas, continuam a emitir os comportamentos autolesivos. Estes indivíduos têm o controle reduzido sobre o comportamento de lesionar a pele, sentem necessidade de fazê-lo e apresentam sentimentos de prazer durante a emissão. Os sentimentos de tensão prévia e prazer posterior se assemelham a uma condição de dependência de álcool e drogas.

FATORES DESENCADEADORES

A pele é reconhecida por representar a camada reguladora da temperatura do organismo e o órgão responsável pelo tato. Os primeiros contatos do corpo humano com o mundo externo ocorrem a partir da pele tornando-a uma barreira protetora, individual e responsável pela apresentação do indivíduo nas relações sociais. Por meio de comunicadores químicos do sistema neuroendócrino, do sistema imunológico e dos órgãos e seus receptores celulares, mente e corpo se encontram em interação permanente, justificando a participação da pele nesse grande sistema, como órgão avançado de imunovigilância. A pele, sendo o maior órgão do corpo humano e tendo a mesma origem embrionária que o sistema nervoso central, apresenta-se altamente sensível às emoções. Tanto os problemas cutâneos podem ter impacto emocional sobre o indivíduo, quanto a pele pode manter um contato estreito com os medos profundos, necessidades e desejos (Freitas, 2011; Montagu, 1988). O ato de escoriar a própria pele representa uma manifestação simbólica de conteúdos psíquicos e uma manifestação somática de expressões verbais não formalizadas. Pode representar ainda a reação a um desequilíbrio psicofisiológico, funcionando como canalizador da energia do estresse gerado por tensões e adversidades, levando a pessoa a buscar alívio por meio do gesto repetitivo de esfregar, coçar, arranhar ou arrancar a pele (Alves et al., 2009; Azambuja, 2009).

Freitas (2011) em sua revisão sistemática da literatura sobre o TE relata a dificuldade dos indivíduos que autolesionam a pele, em lidar com os impulsos e a compulsão. O paciente admite ser o causador das lesões, mas descreve o comportamento como sendo involuntário. A autora constatou conflitos emocionais na história de vida destas pessoas, geralmente vinculados à violência e agressões, tanto na família de origem quanto na atual. Estudo desenvolvido por Alves et al. (2009) concluiu que, quando a escoriação da pele se apresenta como sintoma, ainda que diante de diagnósticos diferentes de transtornos psiquiátricos, foram observados problemas emocionais comuns na história de vida dos pacientes, envolvendo traumas emocionais como: violência e agressões, abandono durante o desenvolvimento infantil; adolescência mal adaptada, vínculos afetivos prejudicados, bem como falhas na maturidade emocional. Misery et al. (2011) concluíram que o início do comportamento de escoriação, na maior parte dos casos, está associado a problemas pessoais decorrentes de abuso na infância ou adolescência. Em mulheres jovens, o comportamento autolesivo pode estar relacionado a abuso sexual ou estupro

na infância. O ato de lesionar a pele aparece como um gesto involuntário, para remover algo que é percebido como sujeira, sendo que a pele representa este conteúdo interno.

Segundo Freitas (2011) os portadores do TE apresentam uma tendência a conduzirem suas vidas por uma perspectiva emocional e possuem dificuldades extremas em dosar o vínculo afetivo, gerando conflitos nas relações afetivas em geral. Evidenciam o desejo de serem vistos e elevada necessidade, não atendida, de receberem apoio emocional. Tendem a oferecer maior suporte e proteção às pessoas com as quais convivem, mas por outro lado, apresentam uma tendência a controlar o comportamento dos pares, em busca de suprir as próprias carências. O ato de escoriação apresenta-se diversas vezes associado a vivências de solidão, ansiedade e angústia. São comuns, nas pessoas com TE, sentimento de culpa e inferioridade, bem como traços obsessivos, expressos por necessidade de manter a ordem e persistência incansável nas tarefas, da mesma forma que fazem com o processo de escoriar a pele.

AVALIAÇÃO

O estudo piloto com estudantes de medicina realizado por Ferrão et al. (1999) demonstrou que a maior parte dos entrevistados considerava a escoriação da pele um mau hábito, comum entre os jovens e que não deveria acontecer. Interessante destacar, que os participantes do estudo que já haviam apresentado comportamento autolesivo ou continuavam apresentando, não consideravam o ato de lesionar a pele como uma doença. Aqueles que nunca haviam apresentado comportamentos de escoriação consideraram a escoriação da pele como sintoma de um possível transtorno psiquiátrico.

Indivíduos com TE raramente buscam tratamento dermatológico ou psiquiátrico para resolverem sua condição. Esta evitação da busca de tratamento deve-se ao constrangimento social, ou à crença de que sua condição não é tratável ou é apenas um mau hábito. Decorre deste fato, a necessidade de serem adotadas estratégias pelos profissionais das diversas áreas, ao atenderem indivíduos com sintomas do transtorno: obter uma avaliação psiquiátrica completa para estabelecimento do diagnóstico e comorbidades; buscar avaliação dermatológica, com a finalidade de avaliar condições subjacentes que possam estar causando ou piorando o TE; indicar psicoterapia e medicamentos (Grant et al., 2012; Misery et al., 2011).

Para Misery et al. (2011) a experiência clínica evidenciou a importância de questionar os pacientes acerca da possível relação entre as escoriações e eventos pessoais difíceis, especialmente abuso (sexual ou não-sexual), propiciando na maior parte dos casos, a primeira oportunidade de falarem sobre estes eventos e poderem ser encaminhados para a psicoterapia. Richartz (2013) salientou a necessidade da interação do trabalho profissional de psiquiatras, dermatologistas e psicólogos ao identificarem comportamentos autolesivos, visando à melhora nas condições do

paciente. As divergências nestas áreas acerca de definições e tratamentos não devem ser consideradas impeditivas de um trabalho multidisciplinar, mas sim como possibilidade de ampliar o conhecimento dos profissionais envolvidos.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL.

Segundo Meyer et al. (2010), o êxito do tratamento depende de serem geradas alterações no ritual do comportamento, mas as dificuldades geradas por estas alterações resultam no aumento da ansiedade. A entrevista motivacional mostra-se como um eficaz instrumento no sentido de incrementar a motivação no processo de mudança, ao utilizar-se das estratégias descritas por Miller e Rollnick (2002, como citado em Meyer et al., 2010) como: expressão de empatia: compreensão dos sentimentos do paciente de forma neutra, sem julgamentos ou avaliações; clarificação das diferenças entre a situação atual e aquela que se pretende alcançar; flexibilização das tarefas, de forma a se adaptar às necessidades do paciente; persistência diante de resistências que forem surgindo, com a finalidade de provocar auto questionamentos; fortalecimento da autoeficácia (convicção do paciente de ser capaz de realizar as mudanças necessárias).

ESCALAS.

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), indivíduos com o TE, de forma geral reconhecem que provocam as lesões, mas relatam dificuldade em deixar de efetuá-las. Este reconhecimento dispensa uma avaliação mais criteriosa para detectar o transtorno. Para avaliar a frequência dos comportamentos autolesivos podem ser utilizadas técnicas de autoregistro e fotografias. Foram desenvolvidas ainda, diversas escalas com a finalidade de avaliar a frequência, intensidade e os impactos psicossociais da escoriação (Çalikusu & Tecer, 2010).

The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Neurotic Excoriation (NE-YBOCS) foi desenvolvida à partir da *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)* (Goodman et al., 1989 como citado em Siev, Reese, Timpano & Wilhelm, 2011). Esta adaptação da escala é composta por 10 itens semiestruturados, sendo que os cinco primeiros avaliam o impulso de provocar a escoriação ou pensamentos sobre escoriar a pele. Os demais itens avaliam o comportamento de escoriar a pele durante a última semana. Cada item recebe uma classificação de zero a quatro e mensura, entre outras variáveis, o tempo gasto, a aflição e a interferência funcional. Embora não tenham sido produzidos estudos mais aprofundados, a utilização da escala vem demonstrando níveis confiáveis de aceitação, a partir de retestes e boa validade dos constructos quando comparada com resultados de estudos semelhantes (Siev et al., 2011).

The Skin Picking Scale (SPS) elaborada por Keuthen et al. (2001, como citados em Siev et al., 2011) é composta por um questionário com seis itens de medidas descritivas, que visam avaliar a frequência do impulso de escoriar a pele,

a intensidade, o tempo dispendido, interferências funcionais, aflição e sofrimento associados aos danos produzidos. Para cada item, o respondente atribui um escore de zero (comportamento nulo) a quatro (comportamento extremo). A validade do construto foi demonstrada por correlações significativas entre os escores da escala e o autorrelato da duração média e intensidade emocional percebida nos episódios de escoriação.

A *Skin Picking Impact Scale* (SPIS) (Keuthen et al., 2001) composta por 10 itens concebidos para avaliar, a partir do autorrelato, as consequências emocionais, sociais e comportamentais das escoriações provocadas na pele. Avalia ainda, comportamentos de vergonha, evitação e sequelas comportamentais. O respondente indica o quanto cada item se aproxima mais dos indicadores da última semana numa escala de zero a cinco (Siev et al., 2011). Snorrason et al. (2013) adaptaram esta escala para uma versão mais curta, composta por quatro itens, visando a utilização em situações nas quais haja necessidade de avaliações mais rápidas, como o uso clínico e em grandes pesquisas. Os autores avaliaram as propriedades psicométricas de ambas as versões, com uma amostra significativa de indivíduos e concluíram alta consistência interna e confiabilidade. De acordo com Siev et al. (2011), tanto a SPS quanto a SPIS ao apresentarem resultado de sete pontos ou mais, definem a presença de sintomas do TE.

A *Skin Picking Treatment Scale* (Simeon et al., 1997 como citado em Çalikusu & Tecer, 2010) também foi desenvolvida a partir da modificação da Y-BOCS, reduzindo-a para cinco itens que mensuram a frequência e a duração do ato de escoriar, a severidade da escoriação, a intensidade do impulso, o grau de percepção do controle sobre o ato de escoriação, as consequências e interferências da escoriação da pele. Cada item recebe uma classificação de zero a quatro. Para esta escala não foram desenvolvidos estudos psicométricos, porém sua utilização encontra-se descrita em resultados de dois ensaios clínicos (Çalikusu & Tecer, 2010).

Teng et al. (2002, como citado em Siev et al., 2011) desenvolveram *The habit Questionnaire* o qual, a partir de autorrelato avalia a presença de diversos impulsos. Para cada impulso confirmado, o paciente é questionado sobre a frequência e a duração do impulso.

A escala mais recente, criada por Walther, Flessner, Conelea e Woods (2009) com a finalidade de mensurar o TE é a *The Milwaukee Inventory For The Dimensions of Adult Skin Picking* (MIDAS) composta por seis itens, que visam distinguir entre a escoriação automática e a focalizada. Cada item recebe uma classificação de um a cinco. Testes iniciais desenvolvidos demonstraram consistência interna e validade de construtos adequados.

TRATAMENTO

MEDICAMENTOS.

Alves et al. (2009) constataram que indivíduos que provocam escoriação na pele apresentam, como

característica comum, a dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso. Este fato limita a possibilidade de avaliar a eficácia dos medicamentos por meio de estudos e sugere que, para a escolha do medicamento a ser prescrito, sejam observadas as particularidades de cada paciente referentes às comorbidades e fatores desencadeadores do transtorno. Os autores enfatizam ainda, a importância da realização de estudos de caso em equipe interdisciplinar para definição do tratamento mais adequado para cada indivíduo. Quanto ao tipo de medicação prescrita, antidepressivos e antipsicóticos têm sido amplamente utilizados.

Freitas (2011) analisou estudos que investigavam, a partir da análise de relatos, estudos de casos e estudos controlados com utilização de placebos, a redução dos sintomas do TE, quando utilizados os seguintes medicamentos: fluoxetina, fluvoxamina, escitalopram e paroxetina (fármacos da classe dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina); aripiprazol e olanzapina (antipsicóticos); lamotrigina (medicação antiepiléptica); riluzol (medicamento proposto para atuar na regulação dos processos relacionados ao glutamato) e inositol (suplemento de vitamina do complexo B). A maior parte destes estudos comprovou que o uso da fluoxetina trouxe benefício significativamente superior a placebos, na redução dos comportamentos de escoriar a pele, porém alertaram para o retorno dos sintomas, após algumas semanas da suspensão do tratamento. Somente foi relatada a remissão total dos sintomas, quando a fluoxetina foi associada a psicoterapia, com técnicas cognitivas e comportamentais.

Pacientes que apresentavam o TE em comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, ao utilizarem Fluvoxamina, escitalopram ou paroxetina relataram melhora na avaliação global dos sintomas, sugerindo que a presença destes transtornos favorece o surgimento de comportamentos autolesivos, ocorrendo a redução proporcional da escoriação, quando tratados. Em casos nos quais também havia comorbidade com outros transtornos psiquiátricos e não houve resposta ao uso de inibidores da recaptção de serotonina-noradrenalina, foi observada melhora significativa, quando antipsicóticos como aripiprazol e olanzapina foram adicionados ao tratamento. Em um único estudo com o antiepiléptico lamotrigina, após 12 semanas de uso, pacientes relataram redução no tempo gasto com a escoriação e melhora no funcionamento social. O riluzol, mostrou-se efetivo no tratamento da escoriação apresentada em comorbidade com TOC e transtorno do humor. Efeitos do uso de inositol no tratamento dos sintomas do TE e tricotilomania sugeriram a eficácia deste medicamento, para pacientes que apresentam efeitos colaterais ou rejeição ao uso de medicamentos psicotrópicos (Freitas, 2011).

Freitas (2011) sugere a necessidade de serem desenvolvidos mais estudos controlados com uso de placebos, avaliando a real eficácia dos inúmeros medicamentos indicados para o tratamento do TE.

PSICOTERAPIA.

Richartz (2013) destacou a importância do atendimento psicoterapêutico para pacientes diagnosticados com o TE. O indivíduo, ao buscar tratamento, reconhece sua incapacidade de mudar por si mesmo os comportamentos inconvenientes e perigosos, vendo no terapeuta um agente desta mudança. Algumas técnicas têm sido empregadas no tratamento para o TE e serão descritas na sequência.

Long, Long, Grillo e Marshman (2006) descreveram um programa de intervenção para pacientes com doenças de pele que geram pruridos. Foram selecionados indivíduos que apresentavam algum problema de pele, incluindo o TE, sem que houvesse uma condição orgânica de base. Trata-se de um programa estruturado de intervenção, que utiliza técnicas de reversão de hábito combinada com uma avaliação psiquiátrica preliminar. São propostas quatro sessões (uma de *follow-up*). Fazem parte das técnicas utilizadas: o treino de conscientização, no qual o paciente recebe informações sobre a terapia; instruções sobre o ciclo coceira-coçar e é incentivado a construir seu próprio ciclo que envolve: descrever antecedentes, resposta e consequências do comportamento de escoriação. No treino de resposta concorrente o paciente estabelece uma resposta a ser emitida quando surgir o impulso ou o comportamento de escoriação; treina a resposta concorrente na sessão e é instruído a realizá-la durante três sessões de dez minutos por dia e emitir esta resposta durante três a cinco segundos sempre que sentir o impulso. Finalmente, incentiva-se o paciente a persistir, ainda que a pele demore um tempo para curar, e revisam-se os procedimentos. Os autores sugerem análise empírica da intervenção, para determinar se o tratamento agrega benefícios no controle global dos sintomas de forma superior ao tratamento dermatológico isolado.

Grillo, Long, e Long (2007) elaboraram um protocolo de intervenção para o TE ou outras doenças da pele, utilizando a técnica da reversão de hábito. A premissa para a proposta da intervenção baseia-se na hipótese de que um velho hábito pode ser substituído por um novo, mais desejável, bem como de que enfermeiros na área da dermatologia, quando treinados em terapia de reversão de hábitos, podem colaborar na melhoria da gestão do sistema e qualidade de vida dos pacientes. O programa de tratamento foi elaborado a partir da experiência prática dos autores no tratamento de doenças de pele e do atendimento de 17 pacientes com problemas de prurido cutâneo, dez do sexo feminino, com idade entre 30 e 70 anos, dentre os quais um com diagnóstico de TE. A proposta utiliza escalas para avaliação e quatro sessões com *follow-up* utilizando técnicas de reversão de hábito, treino de conscientização, autoregistro e treino de resposta concorrente. O programa visa proporcionar ao paciente, oportunidade de contar seus episódios concomitantemente à execução de uma resposta concorrente. Ao término dos encontros é proposta a realização de revisão do procedimento e uma sessão de *follow up*, um ou dois meses

após a última sessão de tratamento.

Flessner, Busch, Heideman e Woods (2008) elaboraram estudo no qual foi utilizada a técnica da terapia de aceitação e compromisso combinada com procedimentos de reversão de hábito para tratamento de tricotilomania e TE. Esta pesquisa consistiu na análise individual de seis participantes, com idade maior ou igual a 18 anos, QI acima de 80 e desenvolvimento típico. Totalizaram-se dez sessões de 50 minutos de duração cada uma. Dentro dos procedimentos de reversão de hábito são propostos: treino de conscientização: instrução do participante para mudar de atividade e realizar atividades prazerosas e treino de suporte social, no qual o paciente é instruído a pedir ajuda, escolhendo uma pessoa próxima para auxiliar na manutenção do tratamento. Dentro dos procedimentos da terapia de aceitação e compromisso, é estimulada a busca de identificação dos próprios valores e a compreensão da forma como o comportamento repetitivo afeta a capacidade de alcançar metas; exame das tentativas de controlar os impulsos e experiências negativas envolvidas com o comportamento de escoriação e desenvolvimento de novas estratégias de controle. Os participantes foram divididos em dois grupos, sendo que o primeiro grupo recebeu inicialmente a técnica de reversão de hábito, seguido pela técnica de terapia de aceitação e compromisso. O segundo grupo recebeu as técnicas na sequência inversa, de modo a verificar o impacto da alteração da ordem de apresentação das técnicas. Os autores concluíram que a ordem de apresentação dos procedimentos de ACT e reversão de hábito, não influenciou na efetividade da intervenção. A reversão de hábito isoladamente mostrou-se relativamente mais eficiente, proporcionando redução na frequência dos comportamentos autolesivos e melhoras visuais na pele.

Deckersbach, Wilhelm, Keuthen, Baer e Jenike (2002) desenvolveram trabalho que consistiu na apresentação de três estudos de caso com delineamento AB e avaliação de seguimento, nos quais foram utilizadas técnicas de terapia cognitivo-comportamental e componentes da terapia de reversão de hábito para tratamento de pacientes que apresentavam TE em comorbidades psiquiátricas. Os participantes: dois do sexo feminino e um masculino, com idades de 57, 26 e 51 anos, participaram de quatro, seis ou sete sessões após avaliações funcionais do comportamento de escoriação. Foram utilizadas escalas para avaliação e a reversão de hábito foi combinada com técnicas de terapia cognitiva. Procedimentos utilizados incluíram o treino de conscientização com autorregistro; treino de resposta concorrente; instrução a praticar exercícios visando redução de ansiedade e estresse; manejo de consequências reforçadoras: instrução de engajar-se em atividades reforçadoras (evento social, comprar algo após um período sem escoriação e promover reestruturação cognitiva). De acordo com os autores, constatou-se melhora da condição a partir da diminuição de escores das escalas SPS e *Beck Depression Inventory* entre as fases de pré-tratamento e pós-tratamento e manutenção da melhora constatada em avaliação de *follow up*.

O estudo desenvolvido por Flessner, Mouton-Odum, Stocker, e Keuthen (2007) *StopPicking.com: Internet-based treatment for self-injurious skin picking* contou com 372 participantes com TE, que relataram dois episódios de comportamento auto lesivo durante o uso de um programa de intervenção *on line*. Entre os participantes, 83,6% eram do sexo feminino; com idade maior ou igual a 19 anos. Os autores utilizaram como medida indireta para avaliação: o autorregistro. Foi utilizada técnica de reversão de hábito combinada com um tratamento autoaplicável pela internet em três módulos (avaliação, intervenção e manutenção), com duração variável entre os participantes. No treino de conscientização, foi proposto aos participantes que tomassem conhecimento do seu comportamento de autoescoriação (antecedente, resposta e consequência). No treino de resposta concorrente foi proposto estabelecer uma resposta concorrente ao ato de escoriar a pele, para ser emitida durante a escoriação ou ante o impulso de escoriação (por exemplo, manter as mãos afastadas dos locais que costuma escoriar; mudar a postura e instruir as pessoas que utilizavam a boca para emitir o comportamento, a mascar chicletes). A intervenção empregou ainda relaxamento e reestruturação cognitiva, sendo que esta enfocou pensamentos sobre o comportamento de escoriação da pele (por exemplo, "eu sou um fracasso porque eu não posso parar" e "Minha pele está horrível") bem como para as situações estressoras da vida. Após a intervenção, os autores verificaram redução significativa na frequência dos episódios de escoriação. Nos participantes que utilizaram o programa por maiores períodos de tempo, apesar de não ter sido constatada redução na severidade dos sintomas, observou-se redução na frequência do ato de escoriar a pele, quando comparados àqueles que o utilizaram por períodos menores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TE pode ser definido como o ato de lesionar a própria pele através de comportamentos de beliscar, arranhar ou espremer compulsivamente. Os pacientes admitem provocar as escoriações e relatam dificuldades em conter o hábito. O transtorno acomete principalmente mulheres, desde a adolescência até a vida adulta. Durante anos o comportamento de escoriação e suas consequências foram mais amplamente estudados na área dermatológica, por terem sido enquadradas entre as psicodermatoses. Na área da psicologia é grande a carência de estudos nacionais sobre o assunto. Destaca-se a íntima relação do comportamento autolesivo da pele com questões emocionais não elaboradas, traumas na infância e fatores de personalidade, bem como os prejuízos decorrentes da escoriação para a vida do indivíduo.

Quanto aos medicamentos, a fluoxetina ainda é o mais utilizado, embora seja recomendada a necessidade de estudos mais aprofundados acerca da eficácia deste e de outros medicamentos. Acerca do tratamento específico para o TE, na área de psicoterapia, existem raras intervenções empiricamente validadas e pouco se sabe sobre a eficácia das técnicas comportamentais ou tratamentos cognitivo-comportamentais neste campo. Os estudos já desenvol-

vidos demonstraram maior eficácia dos protocolos que empregam técnicas comportamentais, sendo a reversão de hábitos e terapia de aceitação e compromisso as mais utilizadas. Estudo que associou técnica comportamental com reestruturação cognitiva, e outros procedimentos da terapia cognitivo-comportamental, demonstrou a importância dessa combinação para a eficácia do tratamento. Destaca-se a necessidade de um trabalho interdisciplinar objetivando diagnóstico e tratamento, bem como a condução de pesquisas que verifiquem a eficácia de protocolos de intervenção na TCC para o TE e a adaptação, validação e normatização de escalas internacionais que mensurem o transtorno para a população brasileira.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM IV TR*. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5*. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. 1. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Alves, C. J. M., Martelli, A. C. C., Prado, R. B. R., & Fonseca, M. S. (2009). Variabilidade de diagnósticos psicológicos frente à avaliação dermatológica da escoriação psicogênica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 84(5), 534-537. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n5/v84n05a16.pdf>
- Araújo, J. M. F., Oliveira, A. R. M. R. d., Carvalho, M. T. F. d., Gamonal, S., & Gamonal, A. (2008). Dermite artefacta simulando vasculite necrotizante. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 83, 163-165. doi: 10.1590/S0365-05962008000200011
- Arnold, L. M., Auchenbach, M. B., & McElroy, S. L. (2001). Psychogenic Excoriation: Clinical Features, Proposed Diagnostic Criteria, Epidemiology and Approaches to Treatment. *CNS Drugs*, 15(5), 351-359. doi: 10.2165/00023210-200115050-00002
- Azambuja, R. D. (2009). Prurido Psicogênico e Escoriações Neuróticas. In: M. Ramos, M. C. R. Castro (Eds). *Fundamentos da Dermatologia* (pp.1483-1493). São Paulo: Atheneu.
- Azulay, R. D., & Azulay, D. R. (1992). *Dermatologia* (2. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Conrado, L. A. (2009). Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 84(6), 569-581. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n6/v84n06a02.pdf>
- Çalikusu, C., & Tecer, O. (2010). Skin Picking: clinical aspects. In E. Aboujaoude, L.M. Koran (Eds.), *Impulse Control Disorders* (pp 124-137). Recuperado de: <http://kispis.net/users/library/0521898706.pdf>
- Deckersbach, T., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Cognitive-behavior therapy for self-injurious skin picking. A case series. *Behavior Modification*, 26(3), 361-377. doi: 10.1177/0145445502026003004.
- Ferrão, Y. A., Ferrão, T. A., & Cunha, D. da (1999). Dermatitilexomania em estudantes de medicina: um estudo piloto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 109-113. doi: 10.1590/S1516-44461999000200008.
- 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), 3. Recuperado de: <https://escholarship.org/uc/item/1dx97474>.

- Flessner, C.A., Busch, A.M., Heideman P.W., Woods, D.W. (2008). Acceptance-enhance behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing. *Behavior Modification*, 32(5), 579-594. doi: 10.1177/0145445507313800.
- Freitas, D. E. P. de. (2011). Escoriação psicogênica: aspectos psicológicos e fatores de personalidade. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista. Recuperado de: <http://base.repositorio.unesp.br/handle/11449/97489>
- 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. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17626502>
- Grant, J. E, Odlaug, B. L, Chamberlain, S. R., Keuthen N. J., Lochner, C., & Stein D. J. (2012). Skin Picking Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 169(11), 1143-1149. Recuperado de: <http://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2012.12040508>
- Jorge, H. Z., Muller, M.C., Ferreira, V. R., Cassal, C. (2004). Pacientes portadores de dermatoses: relações iniciais e autoagressividade. *Psic: Revista da Vetor Editora*, 5(2), 22-25. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v5n2/v5n2a04.pdf>
- Kapczinski, F., Izquierdo, I., & Quevedo, J. (2011). *Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos: Uma Abordagem Translacional*. Porto Alegre: Artmed.
- Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Engelhard, I., Forker, A., O'Sullivan, R. L., Jenike, M. A., & Baer, L. (2001). The Skin Picking Impact Scale (SPIS): scaled development and psychometric analyses. *Psychosomatics*, 42(5), 397 - 403. doi:10.1176/appi.psy.42.5.397
- Long, D. Long, R. A., Grillo, M. P., & Marshman, G. (2006). Development of a psychological treatment service for pruritic skin conditions. *Australasian Journal of Dermatology*, 47(4), 237-241. doi: 10.1111/j.1440-0960.2006.00288.x
- Lovato, L. M. (2011). Skin picking disorder e tricotilomania em adultos portadores de transtorno obsessivo-compulsivo. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Programa de pós-graduação em psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Meyer, E., Shavitt, R. G, Leukefeld, C., Heldt, E., Souza, F. P., Knapp, P., & Cordoli, A. V. (2010). Adding motivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: results from a randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 20-29. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32n1/v32n1a06.pdf>
- Misery, L., Chastaing, M., Touboul S., Callot V., Schollhammer M., Young, P., Feton-Danou, N., Dutray, S. (2011). Psychogenic skin excoriation: diagnostic criteria, semiological analysis and psychiatric profiles. *Acta Dermato Venereologica*, 92(4), 416-418. doi: 10.2340/00015555-1320
- Montagu, A. (1988). *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo: Summus.
- Odlaug, B., & Grant, J. D. (2010). Pathologic Skin Picking. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 296-303. doi: 10.3109/00952991003747543.
- Richartz, M. (2013). Comportamentos autolesivos da pele e seus anexos: definição, avaliação comportamental e intervenção. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências Biológicas, Universidade Estadual de Londrina. Recuperado de: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000188092>
- Siev, J., Reese, H. E., Timpano, K., & Wilhelm, S. (2011). Pathological Skin Picking. (Pp. 360-374) In J. E Grant, & M. N Potenza. *The Oxford Handbook of Impulse Control Disorders*. doi: 10.1093/oxfordhb/9780195389715.001.0001
- Snorrason, I., Olafsson, R. P., Flessner, C. A., Keuthen, N. J., Franklin, M. E., & Woods, D.W. (2013). The Skin Picking Impact Scale: Factor structure, validity and development of a short version. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(4), 344-348. doi: 10.1111/sjop.12057
- Walther, M. R., Flessner, C. A., Conelea, C. A., Woods, D. W. (2009). The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): Initial development and psychometric properties. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 40(1), 127-135. doi:10.1016/j.jbtep.2008.07.002