DANIEL CARR RIBEIRO GULASSA

Estudo randomizado controlado do uso de técnicas psicodramáticas para tratamento ambulatorial de pacientes com transtorno de escoriação

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Hermano Tavares

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo 2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gulassa, Daniel Carr Ribeiro

Estudo randomizado controlado do uso de técnicas psicodramáticas para tratamento ambulatorial de pacientes com transtorno de escoriação / Daniel Carr Ribeiro Gulassa. -- São Paulo, 2019.

 ${\tt Dissertação(mestrado)--Faculdade\ de\ Medicina\ da} \\ {\tt Universidade\ de\ São\ Paulo.}$

Programa de Psiquiatria.

Orientador: Hermano Tavares.

Descritores: 1.Transtorno de escoriação

2.Psicoterapia 3.Psicodrama 4.Psicoterapia de grupo

5. Ensaio clínico controlado aleatório

USP/FM/DBD-145/19

Agradecimentos

A meu orientador, Prof. Dr. Hermano Tavares, pela oportunidade de aprendizado precioso que tem me oferecido ao longo destes anos.

A Roberta Sousa do Amaral, pela dedicação, tempo despedido e ajuda inestimável para a realização deste estudo.

Aos colegas Elen Cristina Batista de Oliveira, Edgar de Oliveira, Cristiano Nabuco de Abreu, Mirella Mariani, Katia Blanco, Vitor Tancredi, por me estenderem a mão nos (vários) momentos que precisei de ajuda.

A todos os profissionais do Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso (PRO-AMITI)) e do Programa Ambulatorial do Jogo Patológico (PRO-AMJO) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP), pelo apoio, ajuda e companheirismo.

Aos secretários do PROAMITI e PROAMJO, do departamento de pós-graduação, da biblioteca do Ipq-HCFMUSP, que sempre me atenderam muito bem quando precisei, exercendo seu trabalho sempre com muito profissionalismo e dedicação.

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

Normalização

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals

Sumário

Li	sta de	abrevia	aturas				
Li	sta de	tabelas					
Re	esumo						
Sı	ımmaı	ry					
1	INTF	INTRODUÇÃO1					
	1.1 Neuroanatomia e transtorno de escoriação				6		
	1.2 Comportamentos repetitivos com foco no corpo, emoções e regulemocional			1 , ,	8		
	1.3	O tratamento para o transtorno de escoriação			rno de escoriação	13	
		1.3.1	Tratame	nto farmaco	ológico para o transtorno de escoriação	13	
		1.3.2	Tratame	nto psicoter	ápico para o transtorno de escoriação	15	
			1.3.2.1	Psicoterapi	a de grupo	18	
			1.3.2.2	Psicoterapi	a psicodramática	19	
2	JUST	TIFICA'	TIVA			24	
3	OBJI	ETIVOS	S			26	
4	HIPĆ	TESES	S			28	
5	MAT	ERIAL	E MÉTO	ODO		30	
	5.1	Descri	ção do ar	nbulatório		31	
	5.2	Anális	e de risco	os e implica	ções éticas	32	
	5.3	Avalia	ção conti	rolada não ra	andomizada – grupos pilotos	33	
	5.3.1 Seleção da amostra				33		
			5.3.1.1	Critérios de	e inclusão	33	
			5.3.1.2	Critérios de	e exclusão	33	
		5.3.2 F			s grupos pilotos		
			5.3.2.1	As interver	nções psicoterápicas	35	
				5.3.2.1.1	Psicoterapia psicodramática em grupo (PPG) – grupos pilotos		
				5.3.2.1.2	Psicoterapia de apoio em grupo (PAG)	37	
			5.3.2.2	Dados para	a análise descritiva da amostra	39	
			5.3.2.3	Análise de	desfecho primário	40	

		5.3.2.4	Análise de	desfecho secundário	41
		5.3.2.5	Avaliação	de comorbidades psiquiátricas	43
	5.3.3	Análise	estatística d	os grupos pilotos	44
5.4	Estudo	controla	do randomi	zado – grupos principais	45
5.4.1 Seleção da amostra				45	
5.4.1.1 Critérios de inclusão			e inclusão	46	
		5.4.1.2	Critérios de	e exclusão	46
	5.4.2	Procedimentos para os grupos principais			47
		5.4.2.1	Estabilização da prescrição		
		5.4.2.2	Desenho do estudo, randomização e alocação nos grupos principais		47
		5.4.2.3	As interver	nções psicoterápicas	48
			5.4.2.3.1	Psicoterapia psicodramática em grupo (PPG) – grupos principais	48
			5.4.2.3.2	Psicoterapia de apoio em grupo (PAG)	52
		5.4.2.4	Dados para	a análise descritiva da amostra	53
		5.4.2.5	Análise de	desfecho primário	53
		5.4.2.6	Análise de	desfecho secundário	53
		5.4.2.7	Avaliação	de comorbidades psiquiátricas	55
	5.4.3	Atendin	nento psiqui	átrico	55
	5.4.4	Cálculo	de tamanho	amostral	55
	5.4.5	Análise	estatística		56
6 RESU	LTADO	OS	•••••		58
6.1	Resulta	ado dos g	grupos piloto	os	59
6.2	Result	ado dos g	grupos princ	ipais	66
7 DISC	USSÃO				74
7.1	Grupos	s pilotos.			75
7.2	Grupos	s principa	ais		78
8 CONS	SIDERA	ÇÕES F	INAIS		83
9 ANEX	KOS				85
Anexo A – TCLE86					86
escor	iação d	le pele –	versão rev	ão e validação transcultural da escala de risada (SPS-R) e da escala de impacto da rida para a português da Pracil	00
	-	-		tida para o português do Brasil	
	ı. seleçi	ao ua am	osua		70

	1.1. Critérios de inclusão	90
	1.2. Critérios de exclusão	91
	2. Procedimentos para tradução e validação psicométrica	91
	3. Resultados do processo de tradução, adaptação e validação das escalas para TE para o português do Brasil	92
	3.1. Escala de escoriação de pele - versão revisada (SPS-R)	92
	3.2. Escala de impacto da escoriação de pele – versão reduzida (SPIS-S)	104
	exo C – Artigo: Group therapy for excoriation disorder: psychodrama sus support therapy	107
10 RE	FERÊNCIAS	127

Listas

LISTA DE ABREVIATURAS

APA: American Psychiatry Association (Associação Americana de

Psiquiatria)

BAI: Beck Anxiety Inventory (Inventário de Ansiedade de Beck)

BDI: Beck Depression Inventory (Inventário de Depressão de Beck)

CaPPesq: Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

CGI: Clinical Global Impression (Escala de Impressão Clínica

Global)

CRFC: Comportamentos Repetitivos, com Foco no Corpo

DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale (Escala de Dificuldades

de Regulação Emocional)

DSM-IV-TR: Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders - Text

Revised (Manual Diagnóstico, e Estatístico, de Transtornos

Mentais - Versão revisada)

DSM-5: Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders - Fith

Edition (Manual Diagnóstico, e Estatístico, de Transtornos

Mentais – Quinta Edição)

EAS: Escala de Adequação Social

ITT: Intention to Treatament Principle (Princípio de Intenção de

Tratamento)

IPq-HC-FMUSP: Instituto de Psiquiatria, do Hospital das Clínicas, da Faculdade

de Medicina da Universidade de São Paulo

QDSD: Questionário de dados sociodemográficos

MINI: Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (Minientrevista

Neuropsiquiátrica Internacional)

PAG: Psicoterapia de Apoio em Grupo

PPG: Psicoterapia Psicodramática em Grupo

PRO-AMITI: Programa Ambulatorial Integrado de Transtornos do Impulso

SCID - TCIm: Structure Clinical Interview for DSM for Impulse

ControlDisorders (Entrevista Estruturada, para DSM, para

Transtornos do Controle do Impulso)

SPS-R: Skin Picking Scale – Revised (Escala de escoriação da pele –

versão revisada)

SPIS-S: Skin Picking Impact Scale – Short Version (Escala de

escoriação da pele - versão reduzida)

TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada

TCAP: Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico

TE: Transtorno de Escoriação

TOC: Transtorno Obsessivo Compulsivo

TTM: Tricotilomania

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 -	Fluxograma dos tratamentos pilotos	60
Figura 2 -	Fluxograma dos tratamentos principais	67
Figuras 3 a 8	- Resultados entre início e fim dos grupos oficiais	73
Tabela 1 -	Descrição das intervenções do programa de psicoterapia de	
	apoio em grupo	39
Tabela 2 -	Psicoterapia Psicodramática (PPG) - grupos principais	49
Tabela 3 -	Características sociodemográficas e clínicas dos grupos pilotos	
	de psicoterapia	61
Tabela 4 -	Principais comorbidades, risco de suicídio e adesão nos grupos	
	pilotos	62
Tabela 5 -	Variações de resultados entre início e fim dos grupos pilotos	64
Tabela 6 -	Análise de correlação de Spearman entre severidade do TE e	
	variáveis de desfecho nos grupos pilotos	65
Tabela 7 -	Características sociodemográficas e clínicas dos grupos	
	principais de psicoterapia	68
Tabela 8 -	Principais comorbidades e risco de suicídio e nos grupos	
	principais	69
Tabela 9 -	Uso de medicação nos grupos principais durante a intervenção	70
Tabela 10 -	Variação de resultados entre início e fim dos grupos principais	72
Tabela 11 -	Comparação entre a versão original, a retrotradução e a tradução	
	revisada em português da SPS-R	94
Tabela 12 -	Avaliação de compreensibilidade dos itens da versão traduzida	
	da SPS-R	.101
Tabela 13 -	Consistência interna para a SPS-R	.102
Tabela 14 -	Análise de Componentes Principais para os itens da SPS-R	.102
Tabela 15 -	Consistência interna dos Subfatores da SPS-R ^a – Sintomas de	
	Escoriação	.103

Tabela 16 -	Comparação entre a versão original, a retrotradução e a tradução			
	revisada em português da SPS-R			
Tabela 17 -	Avaliação de compreensibilidade dos itens da versão traduzida			
	da SPIS-S106			
Tabela 18 -	Consistência interna para a SPIS-S106			

Resumo

Gulassa DCR. Estudo randomizado controlado do uso de técnicas psicodramáticas para tratamento ambulatorial de pacientes com transtorno de escoriação. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

INTRODUÇÃO: O transtorno de escoriação (TE) é caracterizado pela escoriação recorrente da pele, ocasionando lesões, apesar de repetidas tentativas de cessar o comportamento. Dentre os tratamentos disponíveis, a psicoterapia demonstrando ser a alternativa mais eficaz, mas faltam evidências para se estabelecer um método definitivo de tratamento. Os indivíduos com TE têm dificuldade em identificar e manejar suas emoções, e a escoriação pode ser uma tentativa malsucedida de regulá-las. O objetivo do presente estudo foi investigar a eficácia da psicoterapia psicodramática em grupo para melhora da regulação emocional e redução de sintomas dos portadores de TE. MÉTODO: estudo randomizado e controlado, com grupo experimental submetido à psicoterapia psicodramática em grupo (PPG) e grupo controle, à psicoterapia de apoio em grupo (PAG). Cinquenta e três pacientes foram selecionados, 26 tratados com PPG e 27 com PAG. Duas escalas foram traduzidas, adaptadas, validadas para o português brasileiro e utilizadas para avaliação do desfecho – a skin picking scale revised e a skin picking impact scale short version. Além destas, foram utilizadas a escala de dificuldade de regulação emocional, escala de impressão clínica global, escala de depressão de Beck, escala de ansiedade de Beck e escala de adequação social. RESULTADOS: Não houve diferenças relevantes dos perfis sociodemográficos e clínicos entre os grupos experimental e controle. A maioria da amostra constituiu-se de mulheres caucasianas com formação cristã e diploma universitário, com alto índice de comorbidades, sendo depressão e ansiedade as mais recorrentes. Quando a analisada em conjunto, a amostra total apresentou redução significativa da escoriação ao longo do tempo (p=<0,001), mas não houve diferença significativa na comparação entre os grupos (p=0,410). Também houve melhora para a amostra total no impacto da escoriação (p=0,001), dificuldade de regulação emocional (p=0,023), ansiedade (p=0,001) e impressão clínica global (p=<0,001), porém na comparação entre grupos não houve diferença significativa nestes aspectos (respectivamente p=0,336; p=0,255; p=0,524; p=0,601). Sintomas depressivos e adequação social apresentaram melhora ao longo do tratamento, com tendência a significância (p=0,081 e p=0,066, respectivamente). DISCUSSÃO: O presente estudo apresenta um perfil de paciente em tratamento por TE compatível com o relatado em estudos anteriores no que diz respeito aos aspectos sociodemográfico e clínico, além de uma boa resposta clínica ao tratamento com psicoterapia de grupo, independentemente do método utilizado (PPG ou PAG). CONCLUSÃO: A PPG não foi superior ao PAG. O tratamento em grupo pode ser uma opção para indivíduos com TE, com benefícios que extrapolam a melhora do comportamento de escoriação da pele, como por exemplo a superação do isolamento social e a melhora da regulação emocional.

Descritores: Transtorno de escoriação; Psicoterapia; Psicodrama; Psicoterapia de Grupo; Ensaio clínico controlado aleatório.

Abstract

Gulassa DCR. A randomized controlled trial using psychodrama techniques for outpatient treatment with excoriation disorder. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2019.

INTRODUCTION: Excoriation disorder (ED) is characterized by recurring skin picking, resulting in lesions, despite frequent attempts to cease such behavior. Amongst available treatments, psychotherapy has shown to be the most efficacious alternative, but there is lack of evidence in order to establish a definitive treatment method. Individuals with ED have difficulty in identifying and dealing with their emotions and excoriation may be an unsuccessful attempt at trying to regulate them. The goal of this study was to investigate the efficacy of group psychodrama psychotherapy to improve emotional regulation and reduce the symptoms of individuals with ED. METHOD: the study design was a randomized controlled trial, with the experimental group submitted to psychodrama group psychotherapy (PGP) and the control group to support group psychotherapy (SGP). Fifty-three patients were selected, 26 treated with PGP and 27 with SGP. Two scales were translated, adapted and validated to Brazilian Portuguese and utilized for outcome evaluation the skin picking scale revised and the skin picking impact scale short version. In addition, it was used the difficulties in emotional regulation scale, the clinical global impression scale, the Beck depression inventory, the Beck anxiety inventory and the social adjustment scale. RESULTS: No relevant differences were found in the sociodemographic and clinical profiles amongst the experimental and control groups. The majority of the sample was Caucasian, female with a Christian background and university degree, with high rate of co-morbidities, the most recurrent being depression and anxiety. Both PGP and SGP were efficacious in terms of reduction of excoriation at the within subjects' comparison (p=<0,001), but there was no significant difference in the comparison between the groups (p=0,410). Improvement also was found for the whole sample for excoriation impact (p=0,001), difficulties in emotional regulation (p=0,023), anxiety (p=0,001) and clinical global impression (p=<0.001), but not between the groups (respectively p=0.336; p=0.255; p=0.524; p=0,601). Depressive symptoms and social adequacy presented an improvement throughout the treatment, with a tendency towards statistical significance (p=0,081 and p=0,066, respectively). DISCUSSION: This study presents a profile of the treatment-seeking ED patient that is compatible with reports from previous studies in regards to socio-demographic and clinical features, besides a good clinical response to group intervention was observed, regardless of the method utilized. CONCLUSION: PGP was not superior to SGP. Group treatment may be an option for ED individuals, with benefits that extrapolate the improvement of skin excoriation behavior, as for example overcoming social isolation and improvement in emotional control.

Descriptors: Excoriation disorder; Psychotherapy; Psychodrama; Group Psychotherapy; Randomized control trial

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O transtorno de escoriação (TE) é caracterizado pela escoriação recorrente da pele, ocasionando lesões nesta, apesar de repetidas tentativas de cessar o comportamento. Conforme a perspectiva evolutiva, um comportamento é sempre associado a seu caráter adaptativo, no qual, além da utilidade mais óbvia da remoção mecânica de agressores potenciais da pele, ele também se associa à necessidade de autorregulação e intermediação de conflitos interpessoais. As escoriações podem ocorrer associadas a vários sentimentos, dentre eles, a ansiedade ou o tédio. O limiar entre considerar um sintoma (como a escoriação) ser um comportamento adaptativo ou um transtorno é algo que o clínico, constantemente, depara-se. Sua diferenciação considera a duração, persistência, frequência ou intensidade que excede o nível do saudável, sendo o sintoma desproporcional ao respectivo contexto (Stein et al., 2016). Atualmente no DSM-5, TE está classificado na seção do transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e correlatos, porém nota-se ainda a falta de parâmetro de tempo (duração mínima dos sintomas) para melhor circunscrição da síndrome. Os critérios atuais são (APA, 2013, p. 254):

- Beliscar a pele de forma recorrente, resultando em lesões;
- Tentativas repetidas de reduzir ou parar o comportamento de beliscar a pele;
- O ato de beliscar a pele causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;

- O ato de beliscar a pele não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex. cocaína) ou a outra condição médica (p.ex., escabiose); e
- O ato de beliscar a pele não é melhor explicado pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., delírios ou alucinações táteis em um transtorno psicótico, tentativas de melhorar um defeito ou falha percebida na aparência do transtorno dismórfico corporal, estereotipias no transtorno de movimento estereotipado ou intenção de causar dano a si mesmo na autolesão não suicida).

O TE vem sendo considerado como parte de um conjunto de comportamentos repetitivos com foco no corpo, como a tricotilomania (TTM) e a onicofagia grave, por vezes referido na literatura de língua inglesa como *grooming disorders* (Bienvenu et al., 2008). A percepção consciente desses comportamentos vem sendo usada para classificá-los em "automáticos" ou "focados" (Walther et al., 2009), todavia as implicações clínicas dessa classificação ainda não são evidentes e muitos pacientes parecem oscilar entre uma forma e outra, dependendo da gravidade do quadro e de outros transtornos psiquiátricos associados (Du Toit et al., 2001). De fato, com frequência, esses comportamentos são associados a alterações do sono, durante o qual podem ser repetidos de forma automática (TE-27% e TTM-13%, -Ricketts et al., 2017), situação em que são associados com maior incidência de depressão, ansiedade e sintomas em geral.

Em geral, indivíduos com TE gastam tempo significativo do dia com comportamento característico de escoriação de pele, o que, com frequência, resulta em danos à pele e cicatrizes, necessitando de tratamento antibiótico para infecções e, eventualmente, até cirurgia (Odlaug; Grant, 2008a).

As regiões mais escoriadas por pessoas que preenchem critério para o quadro são, respectivamente, rosto (42%), cutículas e unhas (33%), braços (23%), couro cabeludo (17%), mãos e pés (16%) (Hayes et al., 2009).

A epidemiologia do quadro aponta de 1,4-5,4% da população geral (Hayes et al., 2009; Keuthen et al., 2010), sendo a maioria (77%) do gênero feminino (Hayes et al., 2009) e caucasiano (87%) (Tucker et al., 2011). O quadro pode iniciar em qualquer idade, mas, em geral, é na adolescência, muitas vezes a partir de um problema dermatológico como a acne (Grant; Odlaug, 2009). A idade média para início do comportamento de escoriação é 12 anos (Odlaug; Grant, 2008b). Um estudo feito no Brasil, a partir de 7.639 participantes que responderam escalas de autopreenchimento em uma plataforma na internet, revela que 3,4% destes pontuaram para TE, sendo a maioria mulheres (82%), solteiros (60%) e caucasianos (51%) (Machado et al., 2018), corroborando a literatura internacional. Em outro estudo brasileiro, com indivíduos com TOC, 16,7% destes tiveram comorbidade com TE (Miguel et al., 2008).

A maioria das pessoas com TE experimentam algum estado emocional negativo como ansiedade, tensão ou tédio logo antes de escoriarem-se. Estes diminuem, significativamente, entre antes e depois de escoriação. Alívio e gratificação são sensações que aumentam durante a escoriação, enquanto culpa aumenta depois desta. Este mesmo curso de sensações é descrito por pessoas sem TE quando se escoriam, mas em menor intensidade. Isto reforça a hipótese de que o ato repetitivo de escoriar a pele pode ter a função de regulação afetiva (Snorrason et al., 2010).

Um estudo sobre impulsividade e TE indicou uma tendência geral de indivíduos com TE diferenciarem-se do grupo controle pela impulsividade baseada em emoções, seja exagerando em comportamentos que geram emoções positivas, ou reagindo impulsivamente quando experimentam emoções negativas, mas não por outros tipos de impulsividade. Este também sugere a importância em se desenvolver para pacientes com TE um tratamento que enfoque o manejo de emoções (Snorrason et al., 2011).

O quadro de TE também é associado a um alto índice de comorbidade psiquiátrica (Arnold et al., 1998) e considerável nível de sofrimento (Keuthen et al., 2010); estudo com estudantes universitários com TE indicou que estes, ao longo da vida, sofrem com maior incidência de transtornos afetivos, ansiosos, alimentares, impulsivos e de uso de substâncias (Odlaug et al., 2013). As principais comorbidades são transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtornos de ansiedade e depressão (Hayes et al., 2009). Um levantamento realizado por Internet no Brasil com 7.639 pessoas encontrou associação de TE com depressão, ideação suicida, dependência de nicotina e álcool. Foram identificados também correlação entre indivíduos com TE e altas incidência de traumas em geral, abuso psicológico, abuso sexual na infância e prejuízo na qualidade de vida (Machado et al., 2018). De fato, há relatos de maior incidência do transtorno do estresse pós-traumático em indivíduos com TE e TTM do que em indivíduos sem estas condições (Özten et al., 2015).

1.1 Neuroanatomia e transtorno de escoriação (TE)

Um estudo com imagem de ressonância magnética não achou diferenças no volume da estrutura dos gânglios de base (caudal, putâmen e núcleo acumbens) dos indivíduos com TE comparados com o grupo controle, mas achou uma correlação positiva entre a gravidade desses indivíduos com TE e um espessamento cortical na ínsula esquerda, e a gravidade do TE foi associada negativamente com espessamento cortical nos giros supramarginais esquerdo e direito, além da região parietal inferior esquerda, semelhante a achados descritos para indivíduos com TOC e transtornos correlatos (Harries et al., 2017).

Alguns autores propõem que indivíduos com TTM e TE, possivelmente, tenham uma sobreposição de déficit de regulação afetiva, controle inibitório e processos envolvendo vieses no sistema de recompensa cerebral (Stein et al., 2006). Estudos de neuroimagem mostram prejuízo dos tratos nervosos que conectam o giro do cíngulo anterior (GCA) a outras estruturas frontais (Grant et al., 2013). Interessantemente o GCA também vem sendo associado à função de regulação afetiva e tomada decisão sob conflito emocional, particularmente, no contexto das relações interpessoais (Etkin et al., 2011).

Um estudo com imagem de ressonância magnética comparando indivíduos com e sem TE coçando-se e acariciando-se revelou que mulheres com TE, ao se acariciarem, tiveram uma baixa ativação no giro frontal médio (crucial para a discriminação de texturas em superfícies, além de monitoramento de processos cognitivos atencionais), e dos córtex somatossensoriais (responsáveis pela decodificação e integração de informações táteis) quando comparados às mulheres

sem TE, e não houve diferenças significativas nos homens. Isto mostra evidências de uma alteração no processamento neuronal do toque na pele para pacientes mulheres com TE, que mostraram baixa sensibilidade tátil se comparadas com o grupo controle (Schienle et al., 2017). Coerentemente, um estudo com estudantes do ensino médio encontrou correlação significativa entre autorrelato de limiar elevado para registro de sensações e a gravidade dos CRFC, sugerindo que o processamento e integração da experiência sensorial tátil esteja no centro da psicopatologia dos CRFC (Houghton et al., 2018).

Um estudo associando testes neurocognitivos e neuroimagem associa maior impulsividade motora em indivíduos com TE com anormalidades em estruturas do córtex insular, parietal e occipital (Blum, 2018), o que corrobora com estudo anterior envolvendo tarefas (*stop-signal*) que também identificou maior impulsividade motora em indivíduos com TE (Odlaug et al., 2010). Utilizando a técnica de neuroimagem de morfometria baseada em voxel, foi possível identificar uma redução no volume de massa cinzenta no córtex órbito-frontal de indívíduos com TE quando comparada com o grupo controle e na ínsula (região fundamental para a interocepção, integração de informações sensoriais e reconhecimento de emoções - Schienle et al., 2018a).

Estudo com imagem de ressonância magnética funcional mostrou que indivíduos com TE sentem mais aversão e dificuldade em regular sensação de nojo quando observam imagens de partes humanas com peles irregulares, havendo nesta uma maior ativação da amigdala, da ínsula e da conexão ínsula-putâmen do que o grupo controle (Schienle et al., 2018b). Outro estudo com ressonância magnética revelou que indivíduos com TE apresentaram uma ativação neuronal maior que o

grupo controle na amígdala, na ínsula e no córtex órbito-frontal quando apresentadas imagens que evocavam as emoções de medo, nojo e felicidade (Wabnegger et al., 2018). Estudo com imagem de ressonância magnética identificou em mulheres destras com TE um volume maior do estriado ventral bilateral e no núcleo accumbens bilateral, e um espessamento reduzido nas áreas frontais corticais, quando comparados com indivíduos com TTM e grupo controle. O circuito frontoestriatal é importante para a formação de hábitos de estímulo-resposta, para comportamentos estereotipados e de autocuidado (Roos et al., 2015). Outro estudo identificou em indivíduos com TE uma subativação do estriado dorsal bilateral, cíngulo bilateral anterior e regiões frontais mediais direitas comparados com grupo controle, enquanto os indivíduos realizavam tarefas que envolviam planejamento e execução de tarefas. Esta subativação ocorreu em áreas neuronais fora das, normalmente, consideradas para planejamento de tarefas (Odlaug et al., 2016).

Em resumo, os estudos de neuroimagem sugerem anormalidades na estrutura e funcionamento de diferentes regiões cerebrais associadas ao processamento de sensações corporais, regulação emocional e formação de hábito, isto é acoplamento entre estímulo e resposta motora.

1.2 Comportamentos repetitivos com foco no corpo, emoções e regulação emocional

Comportamentos repetitivos com foco no corpo (CRFC) são hábitos disfuncionais que causam prejuízo e sofrimento no indivíduo, a exemplo do TE,

9

TTM e onicofagia grave (Roberts et al., 2015). Diferentes modelos teóricos explicativos foram propostos para os CRFC. Os Modelos psicodinâmicos, por exemplo, sugerem a hipótese do comportamento repetitivo como uma representação simbólica de conflitos inconscientes, eventualmente, resultantes de um desenvolvimento psicossexual insatisfatório ou fruto de um trauma infantil de abuso físico ou sexual. No entanto, a especificidade da relação entre trauma e CRFC ainda necessita comprovação, visto que a experiência do trauma vem sendo associada a transtornos psiquiátricos na vida adulta de forma genérica (Roberts et al., 2013).

Já a linha cognitiva comportamental apresenta três principais modelos, não necessariamente excludentes. O modelo combinado (*Comb Model*) enfatiza que vários gatilhos favorecem os CRFC, incluindo gatilhos externos (presença de utensílios como uma tesoura) e ambientais (como estar no quarto), ou internos, como sensoriais (p. ex. a textura de uma casca de machucado), afetivos (p. ex. frustração ou tédio), cognitivos (p. ex. pensar que "eu nunca vou conseguir parar de me cutucar") ou motores (como o dirigir um carro). Estes em conjunto podem gerar um ciclo de retroalimentação contínua entre as emoções e o CRFC (Roberts et al., 2013).

No "modelo de regulação por estímulo", tanto excitações de alta intensidade (como tensão e ansiedade) como de baixa intensidade (como o tédio) seriam passíveis de tentativas de regulação pelos CRFC. A hipótese deste modelo é que indivíduos com CRFC buscam externamente regular uma sensação interna de desequilíbrio sensorial, em razão de experiências mal sucedidas do mecanismo do sistema nervoso de equilibrar internamente níveis de estresse. O CRFC teria, então, a função de distrair quando o indivíduo estivesse hiperestimulado e excitar quando tivesse subestimulado (Penzel, 2003).

O "modelo de regulação emocional" propõe que os CRFC propiciem esquiva, modulação ou alívio das experiências emocionais negativas. Os comportamentos persistem apesar das consequências negativas, pois são reforçados pelo escape ou distração da experiência indesejada. De fato, diferentes estudos demonstraram a redução das emoções negativas durante um ciclo de CRFC, confirmando seu papel central de gatilho e mediação destes comportamentos (Shusterman et al., 2009; Snorrason et al., 2010; Roberts et al., 2013; Roberts et al., 2016; Pozza et al., 2016).

Os indivíduos com CRFC têm uma dificuldade global em manejar sua regulação afetiva, sendo esta dificuldade, sensivelmente, maior do que em grupos controle (Shusterman et al., 2009; Snorrason et al., 2010). Habitualmente, os indivíduos tendem, então, a efetuar mais o comportamento de CRFC por meio dos gatilhos emocionais de frustração, tédio, estresse, insatisfação e impaciência (Roberts et al., 2015). Culpa, vergonha, tristeza e raiva podem se desenvolver durante ou depois do comportamento, assim como sensações de indiferença ou alívio (Bohne et al., 2002). Um estudo revelou como os maiores gatilhos em indivíduos com CRFC são ansiedade (78%), tensão (70%) e tédio (52%) e os menores são raiva (9%), indiferença (9%) e vergonha (13%) (Roberts et al., 2016). Outro estudo sugere, especificamente, uma relação inversa entre vergonha e qualidade de vida para estes indivíduos, e conclui que a vergonha é mais preditora para a qualidade de vida do indivíduo com TOC e correlatos do que propriamente para a gravidade dos sintomas (Singh et al., 2016).

Alguns indivíduos com CRFC demonstram uma forma de organização perfeccionista caracterizada pela indisponibilidade em relaxar, inabilidade de planejamento de realização de tarefas, em razão de expectativas pouco realistas de

serem produtivos o tempo todo, criando metas irreais e tentando realizar tudo de uma vez só. Consequentemente, estes ficam suscetíveis à frustração, impaciência e insatisfação quando as metas não são cumpridas e tédio quando a meta é impossível. O modelo de ação frustrada sugere que o comportamento repetitivo ocorre com a função de aliviar a tensão gerada por estas emoções (O'Connor, 2002). Os CRFC reforçam a sensação de diminuição dos afetos negativos, ao mesmo tempo em que há um reforço da sensação de que se está "realizando algo" (Roberts et al., 2015). O modelo de ação frustrada tem suas raízes em estudos sobre gatilhos para tiques e CRFC (O'Connor, 2002). O indivíduo adota um estilo de estar "superpreparado" (investe mais esforço do que o necessário) e "superativo" (tenta conquistar coisas demais), o que gera uma sensação de "não estar ocupado o suficiente", "não ter conquistado o suficiente", "deveria estar fazendo mais". Desenvolve-se com isto uma alta tendência à tensão e frustração, gerada especificamente pela insatisfação com a própria performance (O'Connor, 2005).

A dissociação também é um sintoma da desregulação emocional e ocorre tipicamente em situações de estresse grave, quando as emoções estão em seu extremo e atravessam o limite de tolerância do indivíduo. Dissociação é definida como o rompimento das funções normalmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção. Pacientes com comportamento de dermatose autoinfligida estão significativamente relacionados com problemas crônicos de regulação emocional e altos índices de dissociação (Gupta, 2013). A dissociação costuma ocorrer em contexto de extremo estresse psicossocial juntamente com uma vida de abuso e negligência severa na infância. Pacientes com TE severo e histórico de

dissociação podem negar que estejam autoinflingindo-se e, eventualmente, até fazêlo durante o sono (Gupta et al., 2017).

Por outro lado, a "janela de tolerância" é a denominação que se refere à capacidade do paciente de regular com sucesso suas emoções sem se envolver em manipulação excessiva de sua pele (Gupta, 2013). A pele tem um papel importante na regulação emocional no desenvolvimento do indivíduo. O conforto obtido pela estimulação táctil no contato materno durante a infância ajuda a regular aspectos do comportamento e fisiologia do indivíduo. Estimulação tátil adequada durante a infância garante experiências de segurança e aconchego proporcionados e induz modificações na liberação de corticotropina, um dos hormônios envolvidos na regulação de resposta ao estresse (Schore, 2003).

O estresse agudo pode ativar um efeito fisiológico que tem como efeito tornar a pele mais suscetível a prejuízos (Wilson, 2004); e pode ativar nas células uma liberação de histamina, o que pode tornar a pele mais suscetível a sensação de coceiras e ao ato de coçar-se. Também pode suprimir a imunidade cutânea e desacelerar uma cicatrização da pele. Logo, o paciente vulnerável em termos de estresse está mais propenso a estimular e manipular a pele que, por sua vez, é mais suscetível a machucados – fatores que podem contribuir para o aparecimento das patologias de comportamentos voltados à própria pele (Gupta, 2013). Acredita-se que parte da pouca eficácia dos tratamentos pode ser atribuída à ausência de uma abordagem específica para esta deficiência de regulação emocional (Gupta, 2013; Roberts et al., 2016).

1.3 O tratamento para o transtorno de escoriação (TE)

Embora seja um quadro cada vez mais pesquisado, ainda existem poucos estudos envolvendo TE com ensaios clínicos controlados e com amostras significativas, o que torna qualquer conclusão difícil quanto ao melhor tipo de tratamento. No entanto, já começam a surgir caminhos para serem aprofundados, como veremos a seguir.

1.3.1 Tratamento farmacológico para o transtorno de escoriação (TE)

Dentre os estudos com fármacos para tratamento de TE, notamos haver duas grandes linhas de pesquisa em andamento. A primeira envolvendo inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) (Lochner et al., 2017). A segunda envolve moduladores de glutamato como a N-acetilcisteína e a lamotrigina. A disfunção glutamatérgica vem sendo associada à fisiopatologia do TOC, quadro com semelhanças neurobiológicas e fenomenológicas com o TE, e estudos vêm demonstrando que a melhora da modulação do glutamato auxilia no tratamento de quadros associados à repetição e à compulsão (Grant et al., 2007).

Em relação aos ISRS, em estudo duplo-cego documentado para TE, a fluoxetina foi administrada por 10 semanas, havendo um resultado superior dentre o grupo medicado se comparado com o grupo placebo (Simeon et al., 1997). Em outro estudo com fluoxetina realizado em duas etapas, na primeira etapa em estudo aberto, metade dos pacientes apresentou remissão sintomática após 6 semanas. Estes prosseguiram um segundo estágio duplo-cego randomizado de mais 6 semanas, em que uma metade manteve a medicação e a outra teve a medicação trocada para

placebo. Os pacientes que permaneceram na medicação mantiveram a melhora clínica, e os indivíduos do grupo placebo retornaram ao status clínico prévio à intervenção (Bloch et al., 2001). Todavia, o possível entusiasmo com o uso da fluoxetina no tratamento da TE é, parcialmente, moderado pelo fato de que ambos os estudos usaram amostras bastante limitadas (N=17 e N=15) e não houve estudos subsequentes que relatassem a replicação desses achados. Já o citalopram foi administrado, comparando-se o grupo de tratamento com o grupo placebo durante apenas 4 semanas, não havendo diferença significativa entre os grupos (Arbabi et al., 2008).

Em relação aos moduladores de glutamato, a lamotrigina foi utilizada em estudo duplo-cego durante 12 semanas, comparando-se o grupo de tratamento com o de placebo, sem relatos de diferenças significativas entre os grupos (Grant et al., 2010). Em outro estudo duplo-cego, com N-acetilcisteína também durante 12 semanas, quase metade do grupo experimental teve melhora significativa (47%), e no grupo placebo a melhora foi de, aproximadamente, um quinto dos indivíduos (19%), diferença esta estatisticamente significativa (Grant et al, 2016).

Finalmente, dois estudos de revisão sistemática e metanálise consideraram que os tratamentos medicamentosos para TE não tiveram melhora estatisticamente significativa quando comparados com grupos controles quando analisados em conjunto, um resultado negativo que poderia em parte ser atribuído à natureza incipiente destes estudos e às suas fragilidades metodológicas (Selles et al., 2016; Schumer et al., 2016). Mesmo no caso auspicioso da N-acetilcisteína, cabe lembrar que mais do que a metade dos pacientes tratados ainda não tiveram resposta clínica satisfatória.

1.3.2 Tratamento psicoterápico para o transtorno de escoriação (TE)

A literatura atual sobre tratamento de TE foca principalmente em técnicas e métodos comportamentais (Flessner et al., 2007; Flessner et al., 2008; Lang et al., 2010; Schuck et al., 2011; Grant et al., 2012; Selles et al., 2016; Schumer et al, 2016), ou no método comportamental associado ao uso de medicação (Stein et al., 2006). Nos últimos anos, houve um aumento de estudos controlados randomizados, em particular, com a terapia de aceitação e compromisso e a terapia de reversão de hábitos (Lochner et al., 2017).

A seguir apresentamos algumas dos métodos mais utilizados:

- Terapia cognitivo-comportamental: envolve psicoeducação, reestruturação cognitiva, estabelecimento de medidas para prevenção de recaídas e desenvolvimento de comportamentos autoeficazes. Em estudo controlado randomizado (N=34) comparando terapia cognitivo-comportamental com lista de espera, avaliando pré-tratamento, pós-tratamento e dois meses após o término, constatou-se melhora do grupo experimental em relação ao grupo controle (Schuck et al, 2010). As taxas estimadas de recuperação clínica variaram entre 40 e 60% dos pacientes no grupo experimental em contraste com as taxas de 7 a 13% no grupo controle, porém o uso de lista de espera como método de controle foi a principal limitação deste estudo.
- Terapia de reversão de hábitos: o indivíduo aprende a lidar com o TE através de três etapas. A primeira envolve uma conscientização do momento em que ele efetua o TE e o gatilho que o antecede. Na segunda etapa, é inserida uma resposta que compete com o comportamento indesejado (como cerrar as mãos por um minuto). Na terceira etapa, é

eleita uma ou mais pessoas do universo social do indivíduo que possam reforçar quando este efetuar a resposta correta e alertar quando este a faz incorretamente ou deixa de fazê-la. Em estudo de auto-ajuda, comparou-se a terapia de reversão de hábitos com o método de "desacoplamento" (decoupling – em que o indivíduo é ensinado a "desaprender" a escoriar, efetuando um comportamento parecido ao da escoriação, porém voltado para uma atividade inofensiva). O resultado foi positivo para a terapia de reversão de hábitos, mas não para o "desacoplamento" (Moritz et al, 2012). Outro estudo controlado randomizado comparando terapia de reversão de hábitos com lista de espera (N=19) foi avaliado prétratamento, pós-tratamento e três meses após o término, com superioridade dos resultados para o grupo experimental em relação ao grupo controle (Teng et al, 2006).

Terapia de aceitação e compromisso: de maneira geral, este método busca a promoção de aceitação de sentimentos e pensamentos negativos como parte a experiência humana (aceitação) e encoraja o pensar formas de responder a estes pensamentos e sentimentos negativos de forma compatível com os valores e metas do indivíduo (compromisso) (Lochner et al, 2017). Não encontramos estudos controlados para esta intervenção. Em estudo aberto com cinco participantes, quatro diminuíram drasticamente a escoriação durante o tratamento, mas apenas um deles manteve os resultados três meses após o término, em avaliação de *follow up* (Twohig et al, 2006).

Terapia de aceitação reforçada: trata-se de uma união entre a terapia de aceitação e compromisso e a terapia de reversão de hábitos. Em dois estudos abertos com baixo número de indivíduos envolvidos (N=5 e N=4) houve resultado positivo, com sua maioria obtendo redução significativa imediatamente após o término do tratamento (Flessner et al, 2008; Capriotti et al 2015).

A revisão de literatura para tratamento de TE é insuficiente e com baixo número de participantes. A maioria dos estudos sugere que o tratamento comportamental é promissor, porém não exploram suficientemente outras possibilidades de tratamento (Lang et al., 2010). Dois estudos de revisão sistemática e metanálise indicaram bons resultados de tratamentos psicoterapêuticos comparados com grupos controle, no entanto sem grandes diferenças em relação ao tipo de psicoterapia utilizada (Selles et al., 2016; Schumer et al, 2016). Além disso, faltam estudos que indiquem claramente evidências sobre qual o formato preferível de intervenção, se focado no paciente, na família, se individual ou em grupo. Além disso, a eleição de uma condição controle adequada é um dos principais desafios dos estudos de intervenção psicoterápica, tanto no TE quanto em outros transtornos do comportamento, visto que ao contrário dos ensaios farmacológicos, não se dispõe de um método como o placebo capaz de mimetizar o tratamento experimental em todos os seus aspectos, exceto pela presenca do ingrediente ativo.

A literatura existente tende a valorizar excessivamente o comportamento repetitivo manifesto do indivíduo que produz lesões na sua pele, e não se preocupa em focar os fatores psicopatológicos que estão subjacentes ao quadro. Os tratamentos poderiam ser mais eficazes caso valorizarem a importância da relação direta que

existe entre gravidade e frequência do comportamento patológico com os problemas de regulação emocional, dissociação afetiva e dificuldades de relacionamento e característicos destes indivíduos (Gupta, 2013). Assim, a pesquisa de outros métodos de intervenção psicossocial e psicoterápica com ênfase em afetos e relacionamentos interpessoais é necessária. Especulamos que a ampliação da auto-percepção, a compreensão das emoções e aquisição de novas habilidades pelo paciente promovidas por este tipo de abordagem poderia ser útil na melhora do comportamento de escoriar-se, bem como na redução de comorbidade psiquiátricas associadas, e na melhoria da qualidade de vida.

1.3.2.1 Psicoterapia de grupo

O foco interacional e o desenvolvimento de habilidades sociais básicas é um fator terapêutico que ocorre em todas as formas de psicoterapia de grupo. Perceber o aspecto interpessoal da patologia é lidar com aspectos subjacentes, para além do sintoma. Os grupos homogêneos (com o mesmo perfil populacional) tendem a se unir mais rapidamente, se tornar mais coesos, proporcionar apoio imediato aos seus membros, ter menos conflitos e aliviar mais rápido os sintomas. Seus membros ao perceberem que não são os únicos com seu tipo de problema tem a sensação de serem "bem-vindos a raça humana". Os indivíduos aprendem a reconhecer e corrigir vieses de comunicação e relacionamento. Para aqueles que lidam com estigmas ou isolamento social, ou que procuram desenvolver novas habilidades de enfrentamento, a terapia de grupo pode oferecer mais benefícios do que a individual. A psicoterapia de grupo oferece um espaço protegido e privilegiado para este aprendizado que pode, então, ser expandido para outros contextos de sua vida (Yalon; Leszcz, 2006).

A psicoterapia tematizada grupal por tempo limitado é uma modalidade de psicoterapia de grupo com algumas características específicas: o tratamento dura um curto espaço de tempo, se preocupa com a remoção ou melhora do sintoma, com utilização de técnicas diversas que visam a readaptação e reequilíbrio do indivíduo. A população atendida tem o mesmo transtorno, sintoma ou motivo que as levou a buscar ajuda. O objetivo é ampliar a consciência da pessoa sobre seu problema e desenvolver formas mais adequadas para lidar com ele. A atitude do psicoterapeuta é mais ativa neste processo. Ele enfatiza e identifica os temas principais que devem ser abordados, uma vez que estes que já são conhecidos a priori. O tempo limitado do tratamento pode ser utilizado terapeuticamente. O indivíduo, ciente deste limite temporal, pode desenvolver um senso de responsabilidade pessoal, com efeito catalizador para as mudanças desejadas. O término do grupo pode ser experimentado como uma finalização, com vivência de integração dos conteúdos absorvidos (Navarro et al., 1999).

Por fim, estudos prévios demonstraram que psicoterapia de grupo tem efeitos mais consistentes no trato da regulação emocional e alexitimia do que a psicoterapia individual (Rufer et al., 2004) e também podem proporcionar maior alivio para a vergonha experimentada por indivíduos com TOC e transtornos relacionados (como o TE) (Weingarden et al., 2015).

1.3.2.2 Psicoterapia psicodramática

Os métodos psicodramáticos são ricos em expressão e transcendem a mera expressão verbal. As informações referentes aos indivíduos do grupo são exploradas e consideradas em dimensões para além do que é dito, mas também o como é dito, a

expressão corporal de cada um e do grupo, o silêncio, o movimento, etc. Considerar as várias dimensões da comunicação nos dá mais elementos para buscar o que é mais relevante em cada um e no grupo. Por exemplo, um indivíduo pode relatar que aprecia algo, mas sua expressão enquanto diz isto é de enfado. Várias possibilidades de expressão humana podem ser exploradas, inclusive as imaginárias (Brito, 2006).

Nas bases filosóficas do psicodrama encontra-se o conceito de espontaneidade-criativa, que tem valor terapêutico e o seu oposto, a falta do seu desenvolvimento, onde a maioria das doenças se enraizaria. Logo, faz parte das funções da psicoterapia resgatar no paciente sua espontaneidade-criativa (Martin, 1984), que pode ser definida como a habilidade do indivíduo de criar uma resposta adequada para uma nova situação ou criar uma resposta nova para uma situação já conhecida (Moreno, 1992).

A prática no psicodrama se estrutura tendo como parâmetro três elementos: os contextos, os instrumentos e as etapas. O contexto é a contingência espaço-temporal na qual as pessoas se inter-relacionam. Ele é subdividido em contexto social (que é a própria "realidade social", regida por leis e normas sociais que impõe condutas e compromissos), o contexto grupal (constituído pelo próprio grupo, incluídos pacientes e terapeutas, suas interações, costumes, normas e leis particulares constituídos em seu processo histórico) e o contexto psicodramático (constituído pela realidade dramática do "como se", em que na cena montada pelo protagonista e pelo diretor, cria-se um ambiente especial que permite ao paciente a segurança e proteção necessárias para a expressão, através dos papéis desempenhados, de seus sentimentos ocultos e atos temidos) (Rojas-Bermúdez, 1977).

Os instrumentos são as formas de execução dos métodos e técnicas psicodramáticas, sendo cinco ao todo (Gonçalves et al, 1988): I) o cenário (lugar onde se constrói o contexto dramático e se realiza a dramatização); II) o protagonista (pessoa que traz o tema para dramatizar, sendo ao mesmo tempo autor e ator); III) o diretor (responsável pelas funções de produtor da dramatização, mantenedor do enfoque terapêutico em todo o processo da sessão e analista social do material trazido pelos componentes do grupo); IV) o ego-auxiliar (integrante da equipe terapêutica, é uma espécie de intermediário entre diretor e paciente com as funções de ator que encarna o papel requerido pelo protagonista, de agente terapêutico que transforma as ideias do diretor em ação e de investigador social que detecta detalhes das reações interpessoais em jogo); e V) o auditório (pessoas que se encontram no contexto grupal, ou seja, fora do cenário da dramatização, dando riqueza e intensidade aos atos realizados em cena) (Rojas-Bermúdez, 1977).

As etapas são divididas em três momentos: o aquecimento (procedimentos que preparam um organismo para estar em ótimas condições para a ação, sendo dividido em inespecífico, que diminui o estado de tensão do auditório e facilita sua interação, e específico, que prepara o protagonista para a dramatização); a dramatização (é a ação e realização do material trazido pelo protagonista no aqui e agora); e comentários (última etapa em que a atenção se volta ao auditório e se extrai deste sua opinião em relação a dramatização, visando significações para o tema dramatizado e a integração de aspectos individuais e grupais) (Rojas-Bermúdez, 1977).

O psicodrama na sua abordagem psicoterapêutica foca o "aqui/agora" nas relações e a experiência emocional em conjunto com uma compreensão cognitiva da

experiência vivida. A presentificação da experiência a torna emocionalmente mais intensa e, portanto, mais suscetível a uma transformação e fixação da nova experiência. As técnicas do duplo/solilóquio, espelho e inversão de papéis auxiliam o indivíduo a identificar e nomear o que pensa e o que sente, a se perceber como age nas mais variadas circunstâncias e a se posicionar e se perceber pela perspectiva do outro. Isto amplia a percepção do indivíduo sobre si próprio e o seu contexto, favorecendo a este uma maior compreensão da sua responsabilidade por suas ações e consequências das mesmas (Moreno, 1999).

O treinamento de papéis, um dos recursos do psicodrama, auxilia o indivíduo a desenvolver habilidades para lidar com determinadas situações, que podem ser simuladas de maneira semelhante a como aconteceria na vida real. Esse vivencia e treina um determinado papel, em que podem ser discutidas pelo grupo suas falhas e acertos, aprimorando o desempenho daquilo que tem dificuldade de maneira mais rápida e protegidas do que na vida real (Soeiro, 1995).

Além de treinar e ampliar repertório social, um estudo demonstra bem como o desempenho de papéis (*role-playing*) pode aumentar a consciência do indivíduo e alterar seu comportamento através do impacto emocional que se pode ocasionar. Neste, indivíduos fumantes foram divididos em dois grupos. No primeiro grupo foi solicitado que cada indivíduo representasse, durante uma hora, cenas em que recebem a notícia por um médico de que adquiriram câncer no pulmão e as mudanças que ocorrerão em suas vidas a partir dessa nova realidade. No segundo grupo, cada indivíduo observou por uma hora as cenas que foram desempenhadas por aqueles do primeiro grupo. Os indivíduos de ambos os grupos diminuíram drasticamente o consumo diário de cigarro no período de um mês, sendo que a

diminuição daqueles do primeiro grupo foi sensivelmente maior. Mesmo após dezoito meses (averiguado pelo *follow-up*) nenhum dos indivíduos voltou ao patamar de antes do experimento, sendo que a média de consumo dos indivíduos do primeiro, que desempenhou a cena, continuou acentuadamente mais baixa se comparada com a dos indivíduos que observaram a cena de fora (Mann; James, 1968).



Justificativa 25

2 JUSTIFICATIVA

O fato de não haver ainda um serviço público no Brasil que trate exclusivamente pacientes com TE pressupõe a existência de uma demanda reprimida de pessoas com este quadro que necessitam de tratamento. A implementação de um protocolo de tratamento em grupo para pacientes com este quadro já se justifica por este fato, afinal, em grupo um número maior de pessoas pode ser tratado simultaneamente. Com isto, também se inaugura a pesquisa de tratamento deste quadro na modalidade grupal, já que inexiste publicação mencionando intervenção com esta característica. Mas estas não são as únicas vantagens para a implementação e pesquisa deste tratamento em grupo. O tratamento sugerido em psicodrama justifica-se pelo fato de que a literatura científica que descreve intervenções psicoterapêuticas para TE é ainda escassa e refere-se apenas à abordagem cognitiva ou comportamental, sem oferecer uma conclusão consistente e definitiva sobre sua eficácia. O tratamento de base comportamental é focado nos sintomas e com isto pode negligenciar outros fatores determinantes para manutenção do transtorno em questão, como por exemplo as dificuldades de elaboração das emoções e a socialização.

Quanto à tradução e validação de escalas específicas de TE, até o início deste estudo não havia nenhuma escala para TE validada para o português do Brasil. Elegemos uma escala bastante aceita e utilizada nos estudos relevantes internacionais e com boa consistência interna, que foi a *Skin Picking Scale – Revised* (SPS-R) e, posteriormente, acrescentamos uma escala complementar à primeira, a *Skin Picking Impact Scale – Short Version* (SPIS-S), que avalia especificamente os impactos de escoriação no indivíduo que sofre de TE.



3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar comparativamente a eficácia de um programa de psicoterapia psicodramática em grupo com uma psicoterapia de apoio em grupo para pacientes com TE.

Objetivos específicos

- A. Avaliar comparativamente a eficácia do programa piloto de psicoterapia psicodramática em grupo com uma psicoterapia de apoio em grupo para pacientes com TE para, a partir dos resultados preliminares, elaborar e conduzir um grupo experimental de psicoterapia psicodramática para pacientes com TE.
- B. Avaliar a eficácia de um grupo experimental de psicoterapia psicodramática comparado à psicoterapia de apoio em grupo para pacientes com TE.

4 HIPÓTESES

Hipóteses 29

4 HIPÓTESES

- A. A psicoterapia psicodramática em grupo (PPG) é mais eficaz que a psicoterapia de apoio em grupo (PAG) para o paciente com TE no que se refere à redução do comportamento de escoriação de pele.
- B. A PPG é mais eficaz do que a PAG para o paciente com TE no que se refere a melhora dos quadros associados de ansiedade e depressão.
- C. A PPG é mais eficaz do que a PAG para o paciente com TE no que se refere à melhora da desregulação emocional.



5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Descrição do ambulatório

Em 2005, foi criado o Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso (PRO-AMITI) no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP). Os responsáveis pela coordenação das atividades assistenciais do PRO-AMITI são o Prof. Dr. Hermano Tavares (Médico Psiquiatra) e o Dr. Cristiano Nabuco de Abreu (Psicólogo). O ambulatório é composto por uma equipe multiprofissional: psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Os atendimentos do PRO-AMITI acontecem todas as quintas-feiras das 8 às 12hs no andar térreo do IPq-HCFMUSP. Inicialmente, o paciente passa por uma prétriagem telefônica em que se verifica o preenchimento dos critérios mínimos para a TE. Em caso afirmativo, agenda-se a triagem. Na triagem, um psicólogo recebe o paciente e o conduz para o local das avaliações de triagem. Uma avaliação psicológica é conduzida por um profissional com experiência clínica em transtornos do impulso. Uma vez triado, o paciente é encaminhado para avaliação psiquiátrica, onde se finaliza a triagem com a confirmação diagnóstica e avaliação de comorbidades.

5.2 Análise de riscos e implicações éticas

Este projeto foi devidamente examinado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CaPPesq), estando inscrito e aprovado na Plataforma Brasil (registro no.56434816.1.0000.0068) assim como no www.clinicaltrials.com (ID: NCT03073135).

Nesta pesquisa, foram incluídos somente os pacientes deste ambulatório que, voluntariamente, concordaram em participar, respondendo aos instrumentos de avaliação acima citados, após devidamente esclarecidos sobre os objetivos e métodos do estudo. Todos assinaram o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", também aprovado pela CaPPesq (Anexo A).

Foi garantido ao paciente, a qualquer momento, a seu juízo, ou por necessidade clínica, que ele pudesse se retirar do protocolo sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento. Os pacientes também foram informados que, se a condição experimental se mostrasse mais efetiva, seria oferecido aos pacientes alocados na condição-controle que não tivessem respondido satisfatoriamente ao tratamento a oportunidade de ingresso no programa de psicoterapia psicodramática em grupo (PPG), ou vice-versa, caso a psicoterapia de apoio em grupo (PAG) se mostrasse superior.

5.3 Avaliação controlada não randomizada – grupos pilotos

Este foi um estudo piloto aberto com uma amostra de conveniência de indivíduos que buscaram tratamento para TE no Programa Ambulatorial dos Transtornos dos Impulsos (PRO-AMITI).

5.3.1 Seleção da amostra

Um processo de triagem de pacientes com TE no PRO-AMITI foi realizado para participação destes grupos entre junho de 2014 até setembro de 2015.

5.3.1.1 Critérios de inclusão

- Idade mínima de 18 anos;
- Grau mínimo de instrução: fundamental I completo (até o 5° ano);
- O paciente deve preencher todos os critérios diagnósticos para TE conforme o DSM-5;
- O paciente deve pontuar, pelo menos, nove na SPS-R, ou seja, apresentar sintomas ativos de TE na semana anterior ao início do tratamento.
- Concordância em participar do estudo, atestada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.3.1.2 Critérios de exclusão

 Paciente que apresentar patologia clínica que demande atendimento emergencial em caráter de internação em outro serviço;

- Paciente portador de retardo mental, ou afecção no sistema nervoso central, com prejuízo grave das funções cognitivas;
- Paciente portador de transtorno psicótico que possa comprometer as respostas às escalas em uso;
- Paciente portador de alguma síndrome genética (ex. Síndrome de Prader-Willi) ou condição dermatológica incorrendo em prurido intenso e recorrente (por exemplo, escabiose ou outra condição que explique seu comportamento de escoriação); e
- O comportamento de escoriação não é a queixa principal ou sintoma primordialmente exibido pelo(a) paciente.

5.3.2 Procedimentos para os grupos pilotos

Entre setembro de 2014 e janeiro de 2015, os primeiros 10 pacientes com TE que procuraram tratamento e preencheram os critérios de inclusão foram direcionados à psicoterapia psicodramática (PPG). No último momento, um dos pacientes selecionados abandonou o estudo, então, o PPG iniciou com nove participantes. Em seguida, pacientes que procuraram tratamento entre maio/2015 a setembro/2015 e preencheram os critérios de inclusão foram direcionados à psicoterapia de apoio em grupo (PAG) (n=10). Ao todo, 38 pacientes foram avaliados para participar do tratamento piloto. No início e fim dos tratamentos pilotos, os clínicos que fizeram a avaliação (CGI) não estiveram cegos ao tratamento recebido, mas também não participaram do processo de cada tratamento (HT e EO). (Ver os dados da Figura 1).

5.3.2.1 As intervenções psicoterápicas

5.3.2.1.1 Psicoterapia psicodramática em grupo (PPG) – grupos pilotos

No atendimento da PPG (20 semanas com 1 hora e 30 minutos de duração cada encontro semanal), a condução ficou a cargo de dois psicólogos com experiência superior a 10 anos de vivência comprovada no manejo e prática de psicoterapia psicodramática, bem como das técnicas a ela associadas.

A seguir, um resumo das 20 sessões do programa de tratamento da PPG para o tratamento dos pacientes com TE neste estudo. Note-se que há uma alternância entre dois objetivos gerais, que são (I) a exploração de parâmetros de relação interpessoal dos pacientes e (II) a ampliação da consciência dos pacientes perante seus processos emocionais. Além disso, temos sessões específicas dedicadas ao início do processo grupal, a avaliações em momentos intermediários ao processo de tratamento e à finalização do processo como um todo. Vale mencionar ainda que, como princípio geral, alguma liberdade na ordem das atividades foi permitida, desde que acordada entre terapeutas e participantes, para acolher necessidades pontuais, quando necessárias. Por exemplo, durante um dos processos terapêuticos grupais, o marido de uma paciente veio a falecer, o que o grupo concordou em trabalhar o luto (tanto desta paciente como quaisquer lutos que viessem a surgir naquela sessão).

Sessões 1, 2 e 3: Apresentação do grupo (incluindo os terapeutas), estabelecimento do contrato de funcionamento do grupo e aplicação dos instrumentos de avaliação de desfecho primário e secundário. Além disso, utilizamos vivências para facilitar a apresentação (Moreno, 1999) dos participantes e integração do grupo.

Sessões 4, 6, 9, 11, 13, 16 e 18: Estas sessões têm como objetivo geral a exposição, compreensão e adaptação do indivíduo em relação a seu universo social (suas inter-relações) por meio de vivências psicodramáticas (Moreno, 1999). Para isto, são trazidas e exploradas dramaticamente as relações mais significativas destes, investigadas e ainda estabelecidas relações com seu comportamento patológico. Busca-se aqui que o indivíduo amplie seu repertório social, procurando manejos mais adaptados e satisfatórios de relação.

Sessões 7 e 14: Momentos para avaliação parcial do processo de tratamento: o que aprenderam/desenvolveram até agora, o que esperam atingir até o final do tratamento.

Sessões 5, 8, 10, 12, 15, 17 e 19: Estas sessões têm como objetivo geral a exposição, compreensão do universo interno do indivíduo e da relação deste com sua patologia (intrarrelações). Para isto, facilita-se a expressão e integração das emoções dos indivíduos, sobretudo, as emoções negativas, como ansiedade e estresse, compreendendo sua reação a estas e experimentando dramaticamente (Moreno, 1999) manejos mais adaptados.

Sessão 20: Finalização do processo e avaliação do trabalho. Destinada à análise retrospectiva e prospectiva do trabalho, com o reconhecimento de conquistas feitas pelo grupo e por seus membros, além de possíveis encaminhamentos a partir do levantamento de eventuais demandas suscitadas pelo processo psicoterapêutico. Aplicam-se também os instrumentos de avaliação de desfecho primário e secundário.

5.3.2.1.2 Psicoterapia de apoio em grupo (PAG)

Em geral, a avaliação de eficácia de um tratamento envolve a comparação de uma intervenção experimental com uma intervenção controle que, idealmente, deveria ser em tudo semelhante à primeira, exceto pela presença da técnica que se deseja avaliar. Por isso, a escolha de listas de espera, ou outra condição passiva não é considerada um método de controle satisfatório (Brigham et al., 2010), sendo recomendado nestes casos o controle ativo, a exemplo da administração de medicação placebo nos estudos farmacológicos (Safer; Hugo, 2006). Além disso, existe o impasse ético potencial de se negar assistência aos indivíduos designados para a condição controle, que pode ser agravado se já existirem intervenções estabelecidas para o quadro clínico pesquisado (Schwartz et al., 1997).

Para este estudo, o controle ativo baseou-se no modelo de psicoterapia de apoio em grupo (PAG), e consistiu de 20 sessões, em caráter de grupo-controle piloto, e 15 sessões, como grupo controle oficial, ambos com duração de 1 hora e 30 minutos de duração em encontros semanais. Estes foram conduzidos por dois psicólogos com experiência superior a 15 anos, com vivência comprovada no manejo e prática como psicoterapeutas. Na busca de uniformização dos procedimentos, no grupo controle, os profissionais clínicos que aplicaram o programa de PAG não foram os mesmos que efetuaram a avaliação clínica inicial (t1) e final (t2). Estas avaliações foram realizadas por avaliadores cegos à randomização e com experiência no uso dos instrumentos utilizados nesta pesquisa.

A psicoterapia de apoio é um modelo de psicoterapia praticado tanto em instituições como em consultórios privados. É utilizada tanto em momentos de crise ou descompensações temporárias, com o objetivo de restaurar ou reforçar as defesas

e integrar capacidades que foram prejudicadas, como também em psicopatologias nas quais há déficit das funções do ego. Caracteriza-se por ser uma modalidade de tratamento no qual o terapeuta mantém um relacionamento terapêutico e uma aliança de trabalho com base na realidade, oferecendo apoio, esclarecimento e auxílio na solução de problemas (Cordioli et al., 2008).

O método vale-se de diversas técnicas, isoladas ou não, incluindo liderança afetuosa, amável e forte; gratificação parcial de necessidades de dependência; apoio no desenvolvimento final de independência legítima; ajuda para desenvolver atividades prazerosas; descanso e diversão adequados; remoção de pressão excessiva, quando possível; orientação e conselho para lidar com problemas atuais. Tal abordagem utiliza técnicas para ajudar os pacientes a se sentirem seguros, aceitos, protegidos, encorajados e não ansiosos (Sadock; Sadock, 2007).

As intervenções em PAG foram baseadas na psicoterapia de apoio que se destinam, basicamente, a reforçar determinadas funções do ego, utilizando a influência que o terapeuta exerce sobre o paciente por intermédio da sugestão e do aumento de autoconhecimento. Embora o programa de PAG não apresente um programa estruturado, como a PPG, Cordioli et al. (2008) apresentaram um resumo das intervenções em PAG, os mecanismos e os objetivos que a psicoterapia pretende alcançar, que foram utilizados no presente estudo com o grupo controle. A descrição das intervenções, mecanismos e objetivos encontram-se nos dados da Tabela 1 abaixo:

Tabela 1 - Descrição das intervenções do programa de psicoterapia de apoio

INTERVENÇÕES	MECANISMOS	OBJETIVO
Educação	Amplia o conhecimento	Aliviar sintomas mediante o aumento da capacidade de controlá-lo.
Clarificação	Reforço das defesas do ego	_
Confrontação	Aumento da integração dos processos mentais	-
Aconselhamento: sugestão, persuasão e reafirmação	Uso dos aspectos não racionais da relação (transferência positiva) para influenciar o paciente. Reforço da autoimagem mediante o apoio externo.	Redução dos sintomas como insegurança e ideia de desvalia, promovendo a autoestima.
Controle ativo	Uso da autoridade, assumindo, temporariamente, funções decisórias.	Reestabelecimento do controle em situações emergenciais e afastamento de situações estressantes.
Confrontação	Promoção do autoconhecimento e do juízo de realidade.	Aumento da capacidade de discriminar a realidade interna da externa e redução do afeto e condutas inadequadas ou incongruentes.
Ventilação	Busca de controle de afetos intensos e reprimidos mediante sua expressão verbal.	Alívio dos sintomas e melhora da relação terapeuta/paciente.

5.3.2.2 Dados para a análise descritiva da amostra

- Questionário de dados sociodemográficos (QDSD)

Trata-se de uma entrevista semiestruturada para investigação de perfil demográfico e informações do histórico clínico do paciente (Tavares et al., 2003) e foi utilizada para verificação da homogeneidade entre as amostras na linha de base. As seguintes variáveis sociodemográficas foram registradas: gênero, idade, etnia, local de nascimento, estado civil, anos de educação formal, situação profissional, renda familiar média mensal, número de habitantes no domicílio, indicador socioeconômico, afiliação, prática e frequência religiosa. As variáveis de histórico-

clínico investigadas foram: idade de início do TE, gravidade, região preferencial da qual escoria a pele, tratamentos prévios para outras condições psiquiátricas e tipos de tratamento.

5.3.2.3 Análise de desfecho primário

- Escala de escoriação de pele revisada (SPS-R)

A escala de escoriação de pele revisada (*Skin Picking Scale – Revised –* Snorrason et al., 2012) é um instrumento de oito itens de autopreenchimento. Mensura a frequência do desejo de escoriar a pele, a intensidade, o tempo gasto na escoriação, o controle sobre o comportamento, a interferência na vida pessoal e profissional, o sofrimento emocional associado ao comportamento, a evitação de alguma atividade em razão do comportamento ou suas lesões e o grau de danos da pele pelas escoriações. A SPS-R oferece cinco opções de resposta para cada pergunta, variando de 0 a 4; e quanto maior a pontuação, maior será a gravidade dos sintomas de TE. O escore da SPS-R foi usado como variável primária de desfecho, ou seja, para avaliar se houve redução dos sintomas e desejos do comportamento de escoriar a pele antes e depois da intervenção terapêutica. A SPS-R foi usada, então, nas primeira e última sessões e também como instrumento de avaliação intermediária da metade do tratamento dos grupos principais (7ª sessão), por ser também uma medida de evolução do processo terapêutico.

5.3.2.4 Análise de desfecho secundário

- Escala de impressão clínica global (CGI)

A Escala de Impressão Clínica Global (*Clinical Global Impression – CGI*; Guy, 1976) avalia a gravidade da doença, os efeitos terapêuticos, os efeitos colaterais e a melhora clínica global. Trata-se de um instrumento de aplicação simples e rápida, sendo utilizada, frequentemente, em estudos naturalísticos e na prática clínica, sua aplicação foi realizada no início e final do tratamento, ou seja, nos primeiro e último dias de sessão psicoterapêutica, por um médico psiquiatra.

- Escala de depressão de Beck (BDI)

A Escala de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*) é composta de 21 itens, cuja intensidade varia entre 0 e 3; quanto maior o escore maior será a severidade. Os itens referem-se à tristeza, ao pessimismo, à sensação de fracasso, à falta de satisfação, à sensação de culpa, à sensação de punição, à autodepreciação, a autoacusações, a ideias suicidas, a crises de choro, à irritabilidade, à retração social, à indecisão, à distorção da imagem corporal, à inibição para o trabalho, ao distúrbio do sono, à fadiga, à perda de apetite, à perda de peso, à preocupação somática e à diminuição de libido (Beck et al., 1961). É a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como na clínica. Foi validada para a população brasileira por Gorenstein e Andrade (1996). A BDI foi utilizada no início e fim do tratamento.

- Escala de ansiedade de Beck (BAI)

A Escala de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory*) consiste em 21 questões sobre como o indivíduo vem se sentido na última semana, é expressa em sintomas comuns de ansiedade (como sudorese e sentimentos de angústia). Cada questão apresenta quatro possíveis respostas [ausente (0), suave (não me incomoda muito – 1), moderado (desagradável, mas consigo suportar – 2) e severo (quase não consigo suportar – 3), a que se assemelha mais com o estado mental do indivíduo deve ser sinalizada. Quanto maior o escore maior será a severidade da ansiedade (Beck et al., 1988). Como os outros instrumentos, ela também tem versão adaptada para o Português (Cunha, 2001). A BAI foi utilizada no início e fim do tratamento.

- Escala de adequação social (EAS)

Esta escala possui 54 questões, é considerada a escala de ajuste social mais cuidadosamente desenvolvida e a que mostra bons índices de confiabilidade e validade. Seu objetivo é atuar como uma variável de desfecho, assim, avaliar o desempenho instrumental nas áreas de trabalho, lazer, família, filhos, vida familiar e sexual e um escore total. Trata-se de uma escala do tipo *Likert* com variação entre 1 e 5 pontos, assim, quanto maior a pontuação maior será o escore de comprometimento (Weissman; Bothwell, 1976). A EAS tem versão validada para a língua portuguesa (Gorenstein et al., 2000). A utilização deste instrumento tem por finalidade a avaliação dos possíveis ganhos obtidos com a redução dos sintomas de TE, que poderá trazer na esfera social e relacional do paciente participante na PPG e PAG. A EAS foi utilizada no início e fim do tratamento.

- Escala de dificuldades de regulação emocional (DERS)

Esta escala possui 36 questões, busca avaliar a regulação emocional de forma multidimensional, considerando, por exemplo, a consciência, compreensão, aceitação das emoções e ajuste das emoções, visando ao cumprimento do objetivo desejado. A escala apresenta bons índices de consistência interna, boa fidelidade teste-reteste e validade preditiva (Gratz; Roemer, 2004). Após sua publicação, outras pesquisas aplicaram o mesmo teste, confirmando-se sua boa qualidade psicométrica, inclusive em sua adaptação para o português de Portugal (Coutinho et al., 2010). No momento, a DERS encontra-se em processo de validação no Brasil por duas equipes independentes, ambas nos cederam suas versões, foi feita uma comparação com a tradução utilizada neste estudo. A análise do conteúdo semântico e caráter conotativo do conteúdo destas três versões não apresentaram qualquer discrepância relevante. A DERS foi utilizada no início e fim do tratamento e também na avaliação intermediária da metade do tratamento nos grupos principais (7ª sessão), como uma medida de evolução do processo terapêutico.

5.3.2.5 Avaliação de comorbidades psiquiátricas

- Mini international neuropsychiatric interview (MINI)

A MINI é uma entrevista diagnóstica breve padronizada, compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10 (Sheehan et al., 1998), destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária Psiquiatria. A versão *plus* da MINI, mais detalhada, gera diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV e possui versão validada para a língua portuguesa (Amorim, 2000). A MINI foi usada para traçar o perfil de comorbidades

psiquiátricas da amostra e para verificar a homogeneidade dos grupos na linha de base.

- Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (SCID-1)

A entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV - SCID-1) para verificação dos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR é semiestruturada, amplamente utilizada para estudos observacionais e clínicos (First, 2004). Para confirmação dos critérios de TE e demais transtornos de controle dos impulsos (TCIs), foi usada uma sessão especial do SCID para transtornos impulsivos (SCID-TCIm), cedida pelo professor Michael First, que se encontra em processo de validação no PRO-AMITI.

5.3.3 Análise estatística dos grupos pilotos

O tamanho pequeno da amostra não permite a suposição de distribuição normal para as variáveis contínuas, assim sendo foi decidido empregar testes não paramétricos para todas as comparações entre grupos e análises de correlação. Primeiro, a homogeneidade dos grupos foi testada considerando os perfis demográfico e clinico como base usando o Qui-quadrado e o teste de Fisher (quando os valores esperados forem menores que 5 em mais do que uma célula em matrizes 2x2) para variáveis categoriais e teste U de Mann-Whitney para variáveis contínuas.

Para as análises de desfecho, foi utilizada a análise não paramétrica para variáveis categoriais ordenadas em observações longitudinais para amostras pequenas (Bruner; Langer, 2000), usando um algoritmo do Excel disponível do

Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo (Rosa, 2001). Para que os desistentes não gerassem um viés de resultado utilizamos análise por intenção de tratamento (*intention-to-treat analysis* – ITT), o dispositivo por intenção de tratamento (ITT) para a variável de desfecho primário. Sendo assim, mesmo os pacientes que não finalizaram o tratamento foram contatados por telefone e responderam à escala SPS-R (Heritier et al., 2003). O ITT não foi usado para os desfechos secundários, pois demoraria muito tempo para ser respondido por telefone. Finalmente, a análise de correlação de *Spearman* foi utilizada, comparando todas as variáveis de desfecho (Rosner, 1993).

5.4 Estudo controlado randomizado – grupos principais

Nos grupos principais deste estudo, a seleção da amostra foi feita simultaneamente para a psicoterapia psicodramática e a psicoterapia de apoio em razão da necessidade de randomização para a distribuição dos pacientes, assim como também houve o controle da variável dos pacientes estarem medicados ou não, como será melhor explicado mais adiante.

5.4.1 Seleção da amostra

Um processo de triagem de pacientes com TE no PRO-AMITI foi realizado para participação destes grupos entre setembro de 2015 e fevereiro de 2018.

5.4.1.1 Critérios de inclusão

- Idade mínima de 18 anos;
- Grau mínimo de instrução: fundamental I completo (até o 5° ano);
- O paciente deve preencher todos os critérios diagnósticos para TE conforme o DSM-5;
- Em caso de uso de qualquer medicação, o paciente deve apresentar prescrição estável, ou seja, sem introdução de novos fármacos ou alteração de dosagem por, pelo menos, 4 semanas;
- O paciente deve pontuar, pelo menos, nove na SPS-R, ou seja, apresentar sintomas ativos de TE na semana anterior ao início do tratamento; e
- Concordância em participar do estudo, atestada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.4.1.2 Critérios de exclusão

- Paciente que apresentar patologia clínica que demande atendimento emergencial em caráter de internação em outro serviço;
- Paciente portador de retardo mental, ou afecção no sistema nervoso central, com prejuízo grave das funções cognitivas;
- Paciente portador de transtorno psicótico que possa comprometer as respostas às escalas em uso;
- Paciente portador de alguma síndrome genética (ex. Síndrome de Prader-Willi) ou condição dermatológica incorrendo em prurido intenso

- e recorrente (por exemplo, escabiose ou outra condição que explique seu comportamento de escoriação); e
- O comportamento de escoriação não é a queixa principal ou sintoma primordialmente exibido pelo(a) paciente.

5.4.2 Procedimentos para os grupos principais

5.4.2.1 Estabilização da prescrição

Os pacientes que tiveram necessidade de serem encaminhados para tratamento de eventuais comorbidades psiquiátricas (ansiedade e depressão), permaneceram em seguimento por, no mínimo, 4 semanas para estabilização da prescrição. Foi dada preferência à prescrição de ISRS, primeiramente, fluoxetina. Em caso de relato de uso prévio destes fármacos sem controle satisfatório dos sintomas depressivos ou ansiosos, a venlafaxina foi usada como segunda opção. A dose do antidepressivo foi definida a critério do psiquiatra. O tipo e a quantidade da medicação prescrita foram registrados para controle estatístico *post-hoc*. Após o período de estabilização, estes passaram pelo processo de randomização.

5.4.2.2 Desenho do estudo, randomização e alocação nos grupos principais

O desenho do estudo apoiou-se na alocação randomizada dos pacientes após o período de estabilização em uma de duas possibilidades: psicoterapia psicodramática em grupo (condição experimental) ou psicoterapia em grupo (condição controle). O modelo de randomização seguido foi o de blocos, para

garantir grupos de tamanhos iguais; para tal utilizou-se uma tabela de números aleatórios com apoio do site <u>www.randomization.com</u>.

5.4.2.3 As intervenções psicoterápicas

5.4.2.3.1 Psicoterapia psicodramática (PPG) – grupos principais

Nos atendimentos da PPG (15 semanas com 1 hora e 30 minutos de duração cada encontro semanal), a condução ficou a cargo dos mesmos dois psicólogos que realizaram os grupos pilotos deste estudo. Vale lembrar estes não foram os mesmos que fizeram a avaliação psicológica inicial (t1) e final (t2). Estas avaliações foram feitas por avaliadores cegos à randomização e com experiência no uso dos instrumentos a serem utilizados nesta pesquisa.

As adaptações feitas nos grupos principais PPG em relação aos grupos pilotos foram descritas na seção "Resultados".

Nos dados da Tabela 2 a seguir, um resumo das 15 sessões dos grupos principais PPG foi apresentado.

. Avaliação do processo

SESSÃO	ЕТАРА	MÉTODOS/ATIVIDADES*	OBJETIVO
1-3 Início	. Jogo de apresentação	. Apresentação do trabalho	
	. Exploração de um personagem construído pelo grupo	 Formulação do contrato de funcionamento do grupo. 	
		 Apresentação dos integrantes e integração. 	
4-9 Meio	 Exploração de átomo social dos integrantes 	 Ampliação de repertório social. 	
	 . Cadeira vazia: relações pendentes . Concretização de ciclos viciosos de comportamento e emoção 	 Expressão, consciência e integração das próprias emoções 	
	Tribuna livre Aprofundamento de cena dramática	 Aquisição de novas respostas para problemas antigos 	
10-15 Finalização	. Psicodrama interno: cena regressiva/criança interna ferida	 Compreensão sobre a doença e sobre heranças de valores intergeracionais 	
	. Cadeira vazia: Conversa com a "doença"		
	. Jogo de projeção do futuro	. Levantamento da instrumentalização adquirida	
	. Cenas temidas		
	. Encerramento	. Prevenção de recaídas	

Tabela 2 - Psicoterapia Psicodramática (PPG) - grupos principais

A seguir, uma explanação das principais atividades propostas e dos métodos que as embasam:

Exploração de um personagem construído: Construir um personagem com elementos trazidos por todos os integrantes do grupo faz com que este personagem, suas características, conflitos, sua dinâmica, passe a ser patrimônio da cultura grupal (Calvente, 2002). Esta construção comum facilita a integração grupal, revela características do grupo e de cada indivíduo que produz - tanto na elaboração de um personagem principal como na produção dos outros personagens com os quais este

^{*} As atividades propostas dentro de cada etapa poderiam ter sua ordem adaptada de acordo com a demanda e o momento específico do processo de cada grupo em particular, sem deixar que todos os objetivos fossem contemplados.

- se relaciona. É uma forma de revelar sem fazer o indivíduo sentir-se exposto, contornando defesas e, ainda, familiarizando os integrantes com o método psicodramático;
- Exploração do átomo social dos integrantes: o indivíduo apresenta-se a partir das pessoas emocionalmente significativas neste momento em sua vida (Santos, 1993). Esta atividade proporciona ao indivíduo perceber como está seu universo social quantitativa e qualitativamente, o que falta socialmente a ele e quais relações estão em pendência, por si só já possibilita alguns insights, além de dar dicas sobre quais relações trabalhar com ele nas próximas sessões;
- Método da cadeira vazia: proporciona a possibilidade do paciente confrontar partes suas conflituosas ou pessoas com as quais ele tem pendências a acertar. O paciente disponibiliza-se em frente a uma cadeira vazia e imagina que nela está a pessoa ou sua parte com a qual ele deseja dialogar. Neste exercício, o paciente pode trocar de lugar com a cadeira e assumir o lugar e o ponto de vista da contraparte com a qual está se relacionando (Cukier, 1992).
- Concretização: Esta é a materialização, sua representação de forma concreta, dos vínculos conflitivos do indivíduo, de forma a torná-las visíveis ao cliente, aos terapeutas e ao grupo (Santos, 1993). Em nosso caso, fazemos um círculo para representar o ciclo comportamental e emocional do indivíduo, e este o preenche com os comportamentos e emoções que constituem este ciclo em sua rotina. Membros do grupo

- são convidados para ocupar e representar cada momento do ciclo, além de poderem ver este também de fora, em uma visão distanciada.
- Tribuna livre: A tribuna livre tem em sua origem o sentido de proporcionar aos indivíduos a divulgação de seus projetos existenciais (Mezher, 2002). Utilizamos aqui uma adaptação deste recurso, organizado de maneira para que todos do grupo tenham um tempo predeterminado destinado a se expressarem livremente, repetidas vezes para cada indivíduo em uma mesma sessão. Seu intuito é dar voz aos mais tímidos, exigir síntese aos que falam muito, sobretudo, dar a oportunidade de aparecer informações importantes que não tinham sido ditas anteriormente. Com isto, conseguimos extrair dos membros do grupo demandas e necessidades que, quando pertinentes a nosso objetivo terapêutico grupal, foram incluídas e acolhidas;
- Jogo de projeção do futuro: Neste, o paciente representa a si mesmo, mas algum momento do futuro, como se este já estivesse acontecendo no aqui-agora. Desta forma, quando o futuro projetado é ruim, podemos já averiguar e comprometer o paciente a uma mudança atual que diminua sua angústia e o ajude a construir um futuro significativo (Crelier, 1993);
- Cenas temidas: originalmente, foram desenvolvidas para, no contexto
 de formação de coordenadores de grupos, lidar com cenas temidas
 destes coordenadores cenas familiares irresolutas cujo não
 enfrentamento poderia até estar bloqueando o desenvolvimento de seu
 papel de coordenador (Menegazzo, 1995). Aqui fizemos uma adaptação

no sentido de trabalhar as cenas temidas pelos portadores de TE – cenas de manejo de desafios relacionais – cujo não enfrentamento poderia ser um impeditivo de ter uma vida livre da escoriação;

- Psicodrama interno: Visa a aquietar o paciente do mundo externo e fazê-lo prestar atenção em seu mundo interno, favorecendo uma introspecção. Em geral, inicia-se com um relaxamento corporal por meio de orientações verbais de conduta feitas pelo terapeuta. A dramatização que se segue não é executada externamente, mas visualizada e imaginada internamente (Cukier, 1992); e
- Criança interna ferida: esta atividade procura ajudar o indivíduo a
 identificar, compreender, descobrir ou redecidir em relação ao manejo
 de suas partes infantis que, eventualmente, ainda tomam decisões ou
 ainda são fiéis a acordos antigos e desatualizados sobre como se portar
 na vida diante de determinadas circunstâncias (Cukier, 1998).

5.4.2.3.2 Psicoterapia de apoio em grupo (PAG)

A descrição da psicoterapia de apoio em grupo encontra-se detalhada no item 5.3.2.1.2 deste estudo. No entanto, para a PAG dos grupos principais, os dois psicoterapeutas que realizaram, tanto a PPG como a PAG foram submetidos a uma supervisão externa para garantir que as psicoterapias experimentais e de controle ocorressem em suas respectivas especificidades. Em supervisão, definiu-se uma adaptação da proposta de Cordioli e colegas que, originalmente, foi estruturada como atendimento individual, portanto, sem contemplar aspectos específicos de uma intervenção psicoterápica de grupo como, por exemplo, a circularização da

conversa para além da comunicação exclusiva entre paciente e terapeuta. Foi definido, então, que características genéricas de psicoterapia grupal seriam permitidas e incentivadas em ambas as formas de intervenção, tais como: o compartilhamento de experiências e soluções entre os pacientes para os desafios inerentes ao TE, para os desafios da vida cotidiana e um melhor ajuste das interações interpessoais entre os participantes. Dessa forma, imaginou-se aproximar as duas propostas de intervenção, PPG e PAG, excetuando-se a presença das técnicas psicodramáticas presentes apenas na PPG, conforme proposto por Safer e Hugo (2006) e exposto anteriormente neste mesmo texto.

5.4.2.4 Dados para a análise descritiva da amostra

O questionário de dados sociodemográficos (QDSD) utilizado neste estudo encontra-se descrito no item 5.3.2.2.

5.4.2.5 Análise de desfecho primário

A escala de escoriação de pele revisada (SPS-R) utilizada neste estudo encontra-se descrita no item 5.3.2.3. (p. 32).

5.4.2.6 Análise de desfecho secundário

As escalas usadas nos grupos principais para análise do desfecho secundário, que são a escala de impressão clínica global (CGI), a escala de depressão de Beck (BDI), a escala de ansiedade de Beck (BAI), a escala de adequação social (EAS) e a escala de dificuldade de regulação social (DERS) encontram-se descritas no item 5.3.2.4. (p. 33 a 35).

Ademais, introduzimos nos grupos principais outra escala também referente ao TE, mas com uma função complementar à SPS-R, pois no caso a nova escala presta-se apenas a avaliar o impacto que o TE exerce na vida dos indivíduos. A descrição desta escala está a seguir.

- Escala de impacto de escoriação de pele - versão reduzida (SPIS-S)

A escala de impacto de escoriação de pele – revisada (*Skin Picking Impact Scale – Short Version* – Snorrason et al., 2013) é um instrumento de quatro itens de autopreenchimento. Mensura o impacto gerado pelo ato de escoriar a pele no que se refere à autopercepção de qualidade da vida social e de se sentir atraente, além de constrangimento e prejuízo social. A SPIS-S oferece seis opções de resposta para cada pergunta, variando de 0 a 5; quanto maior a pontuação, maior será a gravidade dos sintomas da TE. A escala da SPS-R foi usada como variável secundária de desfecho, sendo aplicada nas primeira e última sessões e também como instrumento de avaliação intermediária da metade do tratamento nos grupos principais (7ª sessão), como uma medida de evolução do processo terapêutico.

As escalas SPS-R e SPIS-S passaram por rigoroso processo de tradução, adaptação e validação para o português brasileiro, como parte de um projeto de iniciação científica da aluna Larissa Diaconiuc, sob orientação e co-orientação do orientador e do autor da presente dissertação, respectivamente (vide Anexo B).

5.4.2.7 Avaliação de comorbidades psiquiátricas

As avaliações de comorbidades psiquiátricas utilizadas foram a Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (SCID-1) que se encontram descritas no item 5.4.2.5.

5.4.3 Atendimento psiquiátrico

Os pacientes em atendimento nos programas de PPG e PAG foram assistidos por um médico psiquiatra, colaborador do projeto que, além da aplicação da MINI, prescreveu medicação (se necessário) e fez acompanhamento para controle da medicação durante o protocolo clínico.

No pós-tratamento, isto é, no último dia do processo psicoterápico, seja este PPG ou PAG, os médicos psiquiatras colaboradores da pesquisa realizaram uma avaliação do estado clínico geral dos pacientes participantes do estudo, utilizando a CGI.

5.4.4 Cálculo de tamanho amostral

Para a estimativa de tamanho de amostra, utilizamos como referência o estudo de Schuck e colegas (2011) que também usaram o escore da SPS-R, como variável de desfecho primário. A seguinte equação foi utilizada:

$$n \equiv \sigma^2 * (Z_{\text{1-}\beta} + {}_{Z\text{1-}\alpha/2})^2 \, / \, (\mu_0$$
 - $\mu_1)^2$

Onde:

n: total de sujeitos por grupo

μ0 (média final na SPS-R do grupo controle) = 7,81

μ1 (média final na SPS-R do grupo experimental) = 4,93

σ (desvio-padrão combinado) estimado pela fórmula:

$$\sigma = \sqrt{\frac{(DP_0)^2 + (DP_1)^2}{2}}$$

Desvio-Padrão do grupo controle (DP_0) = 4,92

Desvio-Padrão do grupo experimental $(DP_1) = 2,76$

Então
$$\sigma = 3.99$$

Fixados α (probabilidade de erro tipo 1) = 5% e β (poder da amostra) = 80%, teremos:

$$n = (3.99)^2 * (0.84 + 1.96)^2 \div (2.88)^2$$

$$n = 15,92 * 7,84 \div 8.29 = 15,05 \implies 16 \text{ sujeitos}$$

Ou seja, 16 sujeitos em cada grupo, perfazendo uma amostra total de, no mínimo, 32 sujeitos. Considerando-se o risco de perda amostral, decidimos acrescentar uma margem de 50%, levando o total de sujeitos para 48 (24 em cada grupo).

5.4.5 Análise estatística

Inicialmente, a distribuição normal das variáveis contínuas foi verificada e confirmada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Em seguida, os grupos experimental e controle foram comparados entre si para verificação da homogeneidade na linha de base para variáveis demográficas e de histórico clínico. As variáveis contínuas e categoriais foram comparadas usando-se, respectivamente, os testes t de *Student* (ou U de Mann-Whitney quando aplicável) e Qui-quadrado.

Finalmente, a análise de desfecho foi baseada no princípio de intenção de tratamento (ITT), com eventuais perdas amostrais compensadas pelo método da

última observação levada adiante. Foram realizadas análises de variância (ANOVA) para medidas repetidas, estabelecendo-se tempo como fator dentre os sujeitos (*within subjects*), avaliados em três momentos: na triagem, no início e no fim de tratamento, e grupo (1 = experimental, 0 = controle) como entre sujeitos (*between subjects*). Apenas no caso da CGI, dada sua natureza ordinal, foi usada novamente a análise não paramétrica para variáveis categoriais ordenadas em observações longitudinais para amostras pequenas (Bruner; Langer, 2000).

A análise estatística foi realizada com apoio do Software SPSS, versão 16.0, para sistema operacional Windows (2008).



RESULTADOS

Resultado dos grupos pilotos 6.1

No fluxograma dos grupos pilotos apresentado na Figura 1, pudemos observar que as desistências ocorridas ao longo dos tratamentos deram-se por motivos externos ao tratamento em si, com incompatibilidade com o trabalho ou com o cuidar da família, ou ainda, problema de saúde (n=4). Ainda houve dois pacientes com maiores dificuldades nas relações sociais e que foram designados para o PPG, um com fobia social e outro com Transtorno Borderline de Personalidade, que não completaram o tratamento.

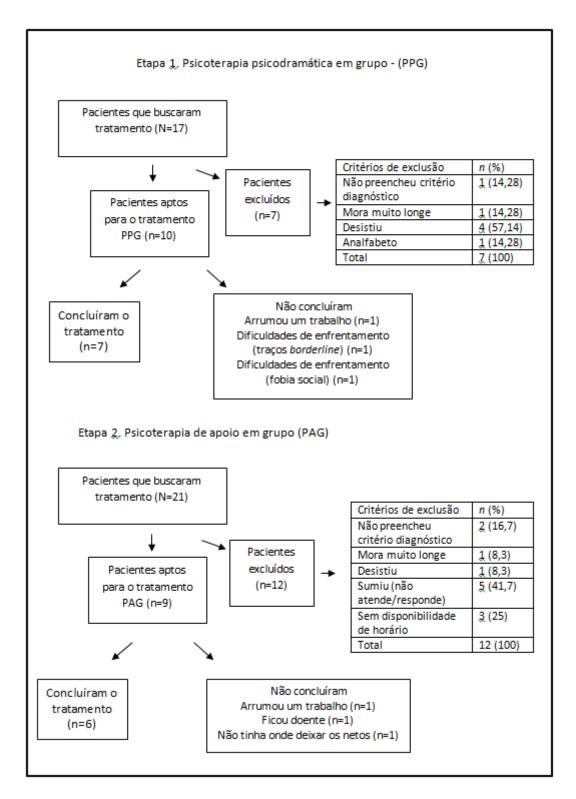


Figura 1 - Fluxograma dos tratamentos pilotos

No início do estudo, os grupos pilotos PPG e o PAG mostraram-se grupos homogêneos quanto aos perfis sociodemográficos e clínicos. A amostra completa foi de três quartos de mulheres caucasianas, trabalhoras, com média de 40 anos, formação cristã e diploma universitário, sendo metade vivendo com um parceiro. Em relação à adesão ao tratamento, houve uma frequência média de 13 sessões e um índice de abandono de 31,6%, sem diferenças estatísticas entre os grupos (ver Tabela 3).

Tabela 3 – Características sociodemográficas e clínicas dos grupos pilotos de psicoterapia

Característica	PPG ^a (N=10)	PAG ^b (N=9)	Total (N=19)	Coef.	p
Gênero, n (%)				$\chi^2 = <0,001^{\circ}$	1,000
Masculino	3 (30)	2 (22,2)	5 (26,3)		
Feninino	7 (70)	7 (77,8)	14 (73,7)		
Idade, média (DP)	38,6 (11,3)	40,1 (13,9)	39,3 (12,3)	$U=50,0^{d}$	0,720
Etnia, n (%)				$\chi^2 = 0.019$	0,891
Caucasiano	8 (80)	6 (66,7)	14 (73,7)		
Outros	2 (20)	3 (33,3)	5 (26,3)		
Anos de escolaridade, média				U=58,5	0,278
(DP)	12,4 (3,8)	13,8 (4,1)	13,1 (3,9)		
Estado Civil, n (%)				$\chi^2 = 0.048$	0,827
Com companheiro	4 (40)	5 (55,6)	9 (47,4)		
Sem companheiro	6 (60)	4 (44,4)	10 (52,6)		
Situação profissional,				$\chi^2 = 0.019$	0,891
n (%)					
Trabalha	8 (80)	6 (66,7)	14 (73,7)		
Não trabalha	2 (20)	3 (33,3)	5 (26,3)		
Religião, n (%)				$\chi^2 = 0.031$	0,861
Cristão	7 (70)	5 (55,6)	12 (63,2)		
Sem designação religiosa	3 (30)	4 (44,4)	7 (36,8)		
Frequência de sessões:				U=38,5	0,604
Media (DP)	13,0 (6,1)	12,8 (3,7)	12,9 (4,9)		

^a Psicoterapia psicodramática de grupo;

^bPsicoterapia de apoio de grupo;

^c Teste Qui-quadrado;

^d Teste U de Mann-Whitney.

Em relação ao perfil clínico, dos 19 pacientes, apenas um não possuía comorbidade psiquiátrica, assim, a mediana de comorbidades foi 3,5, com seis pacientes (31,6%) apresentando uma a duas comorbidades, 05 (26,3%) apresentando três comorbidades e 07 (36,8%) apresentando quatro a cinco. As mais comuns foram depressão (84,2%) e transtorno de ansiedade generalizada (73,7%). Comportamentos impulsivos também estiveram presentes, sobretudo compulsão alimentar (31,6%), risco de suicídio (31,6%) e compra compulsiva (21,1%). Outras comorbidades foram identificadas, mas os números pequenos não produziram análise estatística: no PPG, um paciente preenchia os critérios para transtorno de personalidade *borderline* (TPB), outro paciente para fobia social e um terceiro para bulimia nervosa; no PAG, um paciente apresentou fobia social, outro vício em substância (maconha) e um terceiro, particularmente grave, apresentou abuso de drogas, sexo compulsivo e transtorno explosivo intermitente (ver os dados da Tabela 4).

Tabela 4 – Principais comorbidades e risco de suicídio nos grupos pilotos

Diagnósticos	PPG ^a (n=10)	PAG ^b (n=9)	TOTAL (N=19)	χ ^{2 e}	р
Depressão	9 (90,0%)	7 (77,9%)	16 (84,2%)	$0,010^{d}$	0,921
TAG^{c}	8 (80,0%)	6 (66,7%)	14 (73,7%)	0,019	0,891
Agorafobia	3 (30,0%)	4 (44,4%)	7 (36,8%)	0,031	0,861
$TCAP^d$	3 (30,0%)	3 (33,3%)	6 (31,6%)	<0,001	1,000
Oniomania	3 (30,0%)	1 (11,1%)	4 (21,1%)	0,198	0,656
Risco de suicídio	4 (40,0%)	2 (22,2%)	6 (31,6%)	0,114	0,735

^a Psicoterapia psicodramática em grupo;

^b Psicoterapia de apoio;

^c Transtorno de ansiedade genaralizada;

^d Transtorno compulsivo alimentar periódico;

^e Teste Qui-quadrado;

Quanto à análise dos resultados de desfecho, tanto o grupo piloto PPG (Z=-2,053, p=0,040, n=10) como o PAG (Z=-2,366, p=0,018, n=9) apresentaram reduções significativas de escoriação de pele, de acordo com o SPS-R, além disso, o PPG mostrou melhora no CGI (Z=-2,121, p=0,034, n=7), mas não o PAG (Z=-1,633, p=0,102, p=1,033, p

Tabela 5 – Variações de resultados entre início e fim dos grupos pilotos (N=19) ^a

	PP	G^b	PA	$^{\prime}\mathrm{G}^{\mathrm{c}}$	Compa ao longo d	•	Compa Entre g (tempo x	rupos
Escalas	Início	Fim	Início	Fim	χ^2 de Wald	p	χ^2 de Wald	p
SPS-R ^d	(n=10)	(n=10)	(n=9)	(n=9)	12.07	.0.001	0.504	0.445
Média(DP)	18,9 (5,8)	15,6 (6,6)	18,7 (5,2)	13,8 (6,1)	13,07	<0,001	0,584	0,445
DERS ^e Média(DP)	(n=7) 103,7 (22,2)	(n=7) 96,0 (26,2)	(n=6) 102,2 (27,9)	(n=6) 99,3 (35,0)	1,219	0,270	1,779	0,182
BAI ^f Média(DP)	(n=7) 17,7 (5,3)	(n=7) 17,6 (8,9)	(n=6) 18,2 (11,4)	(n=6) 21,0 (14,0)	0,048	0,827	1,334	0,248
BDI ^g Média(DP)	(n=7) 20,7 (8,2)	(n=7) 15,1 (9,2)	(n=6) 24,2 (9,6)	(n=6) 22,8 (11,4)	2,113	0,146	0,623	0,430
EAS ^h Média(DP)	(n=7) 2,2 (0,4)	(n=7) 2,1 (0,7)	(n=6) 2,4 (0,7)	(n=6) 2,2 (0,6)	6,428	0,011	0,313	0,576
Severidade do quadroi					7,342	0,007	0,003	0,955
 Não preenchido 	-	4 (40,0%)	-	3 (33,3%)	,	,	,	,
Normal-limítrofe	0	2 (20,0%)	0	1 (11,1%)				
• Leve	2 (20,0%)	2 (20,0%)	4 (44,4%)	4 (44,4%)				
 Moderado-intenso 	5 (50,0%)	2 (20,0%)	2 (22,2%)	0				
Grave-extremo	3 (30,0%)	0	3 (33,3%)	1 (11,1%)				

^a Análise não-paramétrica ordenada por dados categoriais; ^c Psicoterapia de apoio;

^e Escala de dificuldade de regulação emocional;

g Escala de Beck para depressão;

ⁱMedido pela escala de impressão clínica global (CGI).

b Psicoterapia psicodramática em grupo;
 d Escala de escoriação de pele – revisada;
 f Escala de Beck para ansiedade;
 h Escala de adequação social;

A análise de correlação revelou associações significativas entre o escore da SPS-R e os escores das escalas CGI, DERS e EAS no início do tratamento. No final do tratamento, a maioria dos coeficientes de correlação manteve sua magnitude, mas perderam sua significância, provavelmente, em razão da perda do poder da amostra, com exceção da correlação entre a SPS-R e a DERS, que caiu de 0,470 (p = 0,042, N = 19) no início para 0,167 (p = 0,586, n = 13) no final do tratamento. Além disso, os escores da DERS e da EAS tiveram correlações significativas entre si e com os escores do BAI e do BDI, tanto no início como no final do tratamento. Os dados da Tabela 6 apresentam os principais resultados.

Tabela 6 – Análise de correlação de *Spearman* entre severidade do TE e variáveis de desfecho nos grupos pilotos

Início do tratamento (N=19)							
Correlações	DERSa	BAI^b	BDIc	EASd	CGIe		
SPS-R ^f	Rho=0,470 p=0,042	Rho=0,303 p=0,208	Rho=0,260 p=0,282	Rho=0,472 p=0,041	Rho=0,588 p=0,008		
-		Fim do trata	mento (n=13)	-			
Correlações	DERS	BAI	BDI	EAS	CGI		
SPS-R	Rho=0,167 p=0,586	Rho=0,310 p=0,302	Rho=0,319 p=0,288	Rho=0,438 p=0,155	Rho=0,722 p=0,008		

^a Escala de dificuldade de regulação emocional;

Os resultados desse estudo piloto foram submetidos e aceitos para publicação no periódico *Annals of Clinical Psychiatry* (vide Anexo C).

^bEscala de ansiedade de Beck;

^c Escala de depressão de Beck;

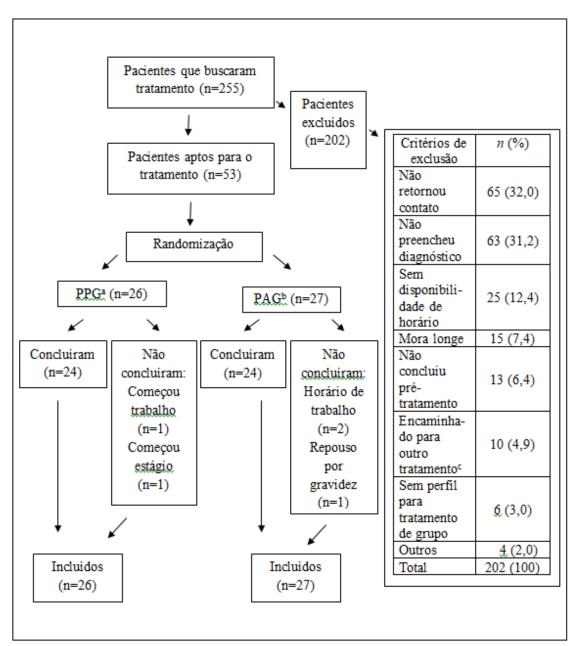
^dEscala de adequação social;

^e Impressão clínica global;

^fEscala de transtorno de escoriação – revisada.

6.2 Resultados dos grupos principais

Pudemos observar no fluxograma dos grupos principais apresentado nos dados da Figura 2 que as desistências ocorridas ao longo de ambos os tratamentos deram-se por motivos externos ao tratamento em si, por incompatibilidade com o trabalho ou estudo (n=4) e recomendação médica de repouso durante gravidez (n=1).



^a Psicoterapia psicodramática em grupo;

Figura 2 – Fluxograma dos tratamentos principais

^b Psicoterapia de apoio;

^c Três pacientes encaminhados para tratamento de Transtorno *Borderline* de personalidade, dois com transtorno compulsivo alimentar periódico, um com compras compulsivas, um com impulso sexual excessivo, um com transtorno obsessivo compulsivo, um com cleptomania e um com tricotilomania.

As características sociodemográficas investigadas (vide os dados da Tabela 7) indicam que houve diferença estatisticamente relevante entre o perfil dos integrantes dos grupos principais de PPG e PAG no que se refere aos anos de escolaridade (o PPG mostrou-se mais escolarizado), assim como na frequência das sessões (em que o PPG mostrou-se um pouco mais assíduo). Uma análise à parte foi realizada para investigação de uma possível associação destas duas variáveis com as variáveis de desfecho estudadas. Como não foram encontradas associações significativas, foi descartada a necessidade de controle estatístico *post-hoc* para os anos de educação formal e para o total de sessões frequentadas.

Tabela 7 – Características sociodemográficas e clínicas dos grupos principais de psicoterapia

	PPG ^a	PAG ^b	TOTAL		
Características	n=26	n=27	N=53	Coef.	p
Gênero, n (%)				$\chi^2 = 0^{c}$	1,000
Masculino	0 (0)	1 (3,7)	1(1,9)		
Feminino	26 (100)	26 (96,3)	52 (98,1)		
Idade				$t=0,140^{d}$	0,889
Média (DP)	36,0 (13,4)	35,5 (11,4)	35,7 (12,3)		
Etnia, n (%)				$\chi^2 = 0.003$	0,957
Caucasiano	22 (84,6)	24 (88,9)	46 (86,8)		
Outros	4 (15,4)	3 (11,1)	7 (13,2)		
Anos de escolaridade				$U=467,0^{e}$	0,034
Média (DP)	16,2 (2,9)	14,2 (3,4)	15,1 (2,8)		
Estado civil, n (%)				$\chi^2 = 0.976$	0,323
Com companheiro	10 (38,5)	6 (22,2)	16 (30,2)		
Sem companheiro	16 (61,5)	21 (77,8)	37 (69,8)		
Situação profissional, n (%)				$\chi^2 = 0.314$	0,575
Trabalha	21 (80,8)	19 (70,4)	40 (75,5)		
Não trabalha	5 (19,2)	8 (29,6)	13 (24,5)		
Religião, n (%)				$\chi^2 = 0$	1,000
Cristão	17 (65,4)	17 (63,0)	34 (64,2)		
Não-cristão	9 (34,6)	10 (37,0)	19 (35,8)		
Impressão clínica global				U=18,5	0,445
Mediana (amplitude)	3,0 (2-5)	4,0 (2-5)	4,0 (2-5)		
Frequência de sessões				U=476,5	0,025
Média (DP)	12,1 (2,8)	10,6 (2,7)	11,30 (2,8)		

^aPsicoterapia psicodramática em grupo;

^bPsicoterapia de apoio de grupo;

^c Teste Qui-quadrado;

^d Teste t de Student;

^e Teste U de Mann-Whitney

Nos dados da Tabela 8, podemos ver, quanto às comorbidades apresentadas pelos pacientes nos grupos principais, que as com maior ocorrência em ambos os grupos foi o TAG (no PPG com 58% e no PAG 63%), sendo no PPG a depressão em segundo lugar (54%) e no PAG, a agorafobia (52%).

Tabela 8 – Principais comorbidades e risco de suicídio e nos grupos principais

Diagnósticos	PPG ^a (n=26)	PAG ^b (n=27)	TOTAL (N=53)	$\chi^{2\mathrm{e}}$	p
TAG ^c n (%)	15 (57,7)	17 (63,0)	32 (60,4)	1,511	0,219
Depressão n (%)	14 (53,8)	9 (33,3)	23 (43,4)	0,001	0,965
Agorafobia n (%)	6 (23,1)	14 (51,9)	20 (37,7)	0,369	0,544
Risco de suicídio n (%)	4 (15,4)	7 (25,9)	11 (20,8)	3,523	0,061
Transt. Pânico n (%)	7 (26,9)	2 (7,4)	9 (17,0)	1,195	0,274
Hipomania/mania n (%)	6 (23,1)	2 (7,4)	8 (15,1)	0,012	0,911
Fobia social n (%)	2 (7,7)	6 (22,2)	8 (15,1)	0	1,000
TCAP ^d n (%)	4 (15,4)	4 (14,8)	8 (15,1)	0,313	0,576

^a Psicoterapia psicodramática em grupo;

Previamente à intervenção, 10 (18,9%) indivíduos estavam tomando alguma medicação psiquiátrica, 4 (14,8%) no grupo controle e 6 (23,1%) no grupo experimental, diferença não estatisticamente significativa (χ^2 =0,174; p=0,676). No início da intervenção, após o período de estabilização da prescrição, 25 (47,2%) indivíduos estavam tomando alguma medicação psiquiátrica, 12 (44,4%) no grupo controle e 13 (50,05%) no grupo experimental. As medicações utilizadas pelos indivíduos durante a intervenção foram sobretudo antidepressivos, sete ao todo (fluoxetina, sertralina, escitalopram, venlafaxina, duloxetina, bupropiona e

^bPsicoterapia de apoio de grupo;

^c Transtorno de ansiedade generalizada;

^d Transtorno compulsivo alimentar periódico;

^e Teste Qui-quadrado;

amitriptilina) e outras três medicações (ácido valproico, topiramato e metilfenidato). Os grupos foram comparados quanto à dose e frequência da prescrição de cada um dos fármacos durante a intervenção; não foi encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa (todos os valores de p>0,15). Os dados da Tabela 9 apresentam um resumo dos principais resultados.

Tabela 9 – Uso de medicação nos grupos principais durante a intervenção

Medicação	PPG ^a (n=26)	PAG ^b (n=27)	TOTAL (N=53)	Teste	p
Antidepressivos				$\chi^2 = 0,161$	0,688
Não	13 (50,0%)	16 (59,3%)	29 (54,7%)		
Sim	13 (50,0%)	11 (40,7%)	24 (45,3%)		
Outras medicações				*	1,000
Não	24 (92,3%)	25 (92,6%)	49 (92,5%)		
Sim	2 (7,7%)	2 (7,4%)	4 (7,5%)		

^a Psicoterapia psicodramática em grupo;

Inicialmente, as variáveis de desfecho foram avaliadas quanto à sua distribuição. A variável SPS-R apresentou distribuição normal. Em seguida, análises de correlação com as variáveis total de sessões realizadas (correlação de Pearson) e anos formais de educação (correlação de Spearman, porque anos de educação formal não apresentaram distribuição normal) foram realizadas. Não houve correlação significativa destas variáveis demográficas com nenhum dos escores da SPS-R, seja no início, meio ou final de tratamento.

^b Psicoterapia de apoio de grupo.

^{*}Teste de Fisher

No mais, tanto o PPG como o PAG apresentaram reduções significativas de escoriação de pele, de acordo com o SPS-R, o SPIS-S e avaliação clínica pela CGI, além de haver uma melhora na regulação emocional e em sintomas ansiosos, considerando-se a comparação entre indivíduos, porém apenas com tendência à significância para sintomas depressivos e à escala de adequação social. No entanto, no que se refere à comparação entre os grupos (i.e. interação tempo x grupo) não houve mudança estatisticamente significativa (ver dados da Tabela 10).

Tabela 10 – Variação de resultados entre início e fim dos grupos principais

		PPG ^a			PAG ^b		Compara ao longo do	•	Compara Entre gru (tempo x gr	ipos
Escalas	Início	Meio	Fim	Início	Meio	Fim	Coef.	p	Coef.	p
SPS-R ^c	(n=26)	(n=26)	(n=26)	(n=25)	(n=25)	(n=25)				
Média(DP)	16,4 (4,7)	15,4 (4,9)	12,3 (5,7)	16,6 (4,0)	14,5 (4,3)	12,2 (4,8)	$F=20,64^{j}$	<0,001	F=0,908	0,410
SPIS-S ^d	(n=26)	(n=26)	(n=26)	(n=25)	(n=25)	(n=25)				
Média(DP)	12,6 (4,6)	11,9 (5,1)	9,6 (5,6)	11,2 (5,0)	10,3 (5,0)	9,8 (5,4)	F=7,709	0,001	F=1,116	0,336
DERS ^e	(n=24)	(n=24)	(n=24)	(n=22)	(n=22)	(n=22)				
Média(DP)	87,3 (21,7)	94,1 (21,7)	81,7 (20,4)	90,7 (28,0)	98,2 (26,5)	89,3 (28,1)	F=4,122	0,023	F=1,411	0,255
BAI^f	(n=24)		(n=24)	(n=25)		(n=25)				
Média(DP)	13,3 (7,6)	-	10,4 (7,8)	18,1 (11,0)	-	13,8 (12,2)	F=12,08	0,001	F=0,413	0,524
BDI^g	(n=24)		(n=24)	(n=25)		(n=25)				
Média(DP)	17,2 (9,0)	-	12,6 (9,3)	15,5 (10,7)	-	11,6 (9,7)	F=3,173	0,081	F=0,416	0,522
EAS^h	(n=24)		(n=24)	(n=25)		(n=25)				
Média(DP)	2,1 (0,5)	-	2,0 (0,5)	2,0 (0,5)	-	1,9 (0,5)	F=3,577	0,066	F=0,186	0,668
Severidade do quadroi										
 Não preenchido 	-		2 (7,7%)	-		2 (7,4%)				
 Normal-limítrofe 	1 (3,8%)		4 (16,7%)	0		4 (16,0%)	W.11 24 24k	.0.001	W.11 0 274	0.601
• Leve	6 (23,1%)	-	11 (45,8%)	6 (22,2%)	-	7 (28,0%)	Wald=34,24 ^k	<0,001	Wald=0,274	0,601
 Moderado-intenso 	13 (50,0%)		8 (33,3%)	15 (55,6%)		14 (56,0%)				
Grave-extremo	6 (23,1%)		1 (4,2%)	6 (22,2%)		0				

^a Psicoterapia psicodramática em grupo;

^c Escala de escoriação de pele revisada;

^e Escala de dificuldade de regulação emocional;

g Escala de Beck para depressão;

ⁱ Medido pela escala de impressão clínica global (CGI). ^k Análise não paramétrica ordenada por dados categoriais

^bPsicoterapia de apoio de grupo;

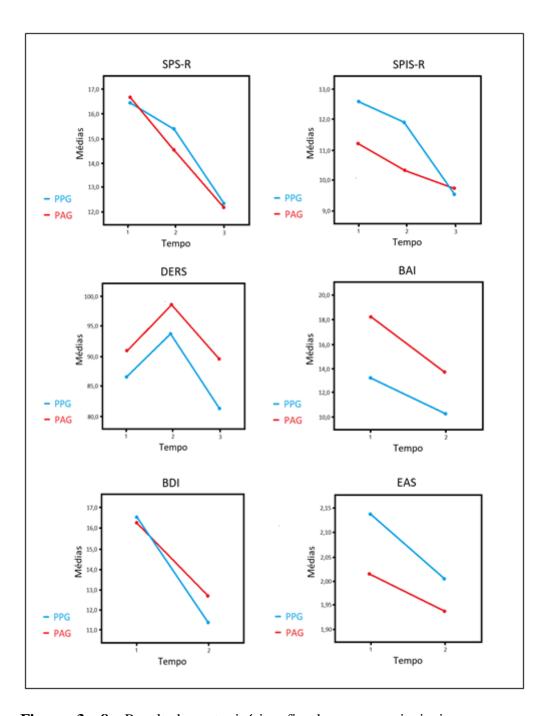
^d Escala de impacto de escoriação de pele reduzida;

^fEscala de Beck para ansiedade;

^hEscala de adequação social;

^j Análise de Variância

A seguir, a variação dos resultados das escalas aplicadas é apresentada sob a forma de gráficos, considerando os tempos de início, meio e fim dos tratamentos, comparando-se ambos os tratamentos principais (PPG e PAG).



Figuras 3 a 8 – Resultados entre início e fim dos grupos principais

7 DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

7.1 Grupos pilotos

Quanto às características sociodemográficas, os grupos de PPG e PAG constituíram-se de maioria caucasiana e feminina, apresentaram comorbidades psiquiátricas frequentes, especialmente, depressão e ansiedade, em concordância com relatos prévios de amostras clínicas de TE (Arnold et al., 1998; Grant et al., 2009; Keuthen et al., 2010; Tucker et al., 2011).

Quanto ao tratamento do TE, tanto a PPG como a PAG mostraram-se eficientes no que se refere à diminuição de escoriação de pele. No entanto, não foram encontradas diferenças estatísticas de melhora entre os grupos. Isto contraria a hipótese inicial de que a PPG seria mais eficaz do que a PAG, mas vem ao encontro de estudos que indicam que a psicoterapia melhora os sintomas de escoriação no indivíduo com TE, independentemente do tipo de tratamento psicoterapêutico utilizado (Selles et al., 2016). Em ambos os tratamentos também não houve melhora nos quadros de depressão, ansiedade ou regulação emocional. Contudo, o ajuste social melhorou para a amostra como um todo.

Curiosamente, a gravidade de escoriação correlacionou-se significativamente com a desregulação emocional e o ajuste social no início do tratamento, mas não com os escores de ansiedade e depressão. A magnitude dessas correlações foi mantida no final do tratamento, apesar da perda de significância estatística em razão da redução da amostra, exceto pela correlação entre a gravidade de escoriação e a desregulação

emocional, que caiu para quase um terço de seu valor original. Embora especulativo, pode-se supor que, apesar de o tratamento não apresentar uma redução significativa na desregulação emocional, pode ter provocado uma ruptura em sua associação com o comportamento de escoriação. Estes achados também reforçam a percepção de que a gravidade de escoriação tem relação direta com o desajuste social independentemente dos efeitos de comorbidade com ansiedade e depressão. Quanto ao fato de a regulação emocional não ter melhorado com o tratamento, possivelmente, isto possa se dar por ser uma característica de difícil ou lenta transformação ou, ainda, por conter múltiplas dimensões, da qual possa haver alguma dimensão relevante para essa condição que a escala não tenha capturado.

O fato de dois pacientes – um com traço de personalidade *borderline* e outro com fobia social – abandonarem o grupo PPG por dificuldades de enfrentamento pode significar que essa modalidade seja, particularmente, sensível para indivíduos com dificuldade exacerbada de interação interpessoal.

A grande maioria dos pacientes de ambos os grupos relatou ter sido positivo para eles conhecerem outras pessoas com os mesmos problemas, o que reitera a validade e importância da modalidade de grupo para este público. De fato, muitos trocaram informações de contato e criaram grupos no *Whatsapp*. Membros do PPG chegaram a realizar encontros e até mesmo viagens juntos após o término do grupo.

Quanto às limitações deste estudo piloto, trata-se de um estudo aberto, com amostra pequena, de conveniência e sem randomização. No entanto, ele realizou seu objetivo como estudo piloto, de oferecer subsídios para refinar a estrutura dos tratamentos propostos para o ensaio clínico randomizado subsequente. Nesse sentido, é importante ressaltar alguns aprendizados com essa experiência. Em primeiro lugar,

Discussão 77

o número de sessões foi reduzido a 15, considerando que o total médio de comparecimento às sessões foi cerca de 13 neste estudo piloto.

Em segundo lugar, a divisão entre sessões dedicadas ao indivíduo em relação a seu universo social (suas inter-relações) e sessões dedicadas ao indivíduo em relação às suas emoções e à patologia (suas intrarrelações) revelou-se artificial e foi descartada, uma vez que ambos os tópicos ao final acabaram sobrepondo-se.

Em terceiro, embora mantendo certa flexibilidade, que é inerente ao psicodrama e às chamadas terapias de ação, o fato de o programa ser de tempo limitado forçou certa estruturação da PPG, com priorização de atividades específicas para as três etapas do processo. Por exemplo, percebemos que, no início do tratamento, alguns pacientes tinham dificuldades em encenar e expor seus momentos desafiadores da vida. Notavelmente, dois pacientes do grupo PPG com maiores dificuldades nas relações sociais não concluíram a intervenção. Para tais situações, os psicodramatistas propõem que se comece por dramatizar a partir de personagens fictícios que emerjam do grupo (Calvente, 2002), para depois progredir para dramatizações que revelem mais diretamente suas próprias vidas.

Em quarto lugar, observamos que, na maioria das vezes, os pacientes não trazem espontaneamente para as sessões as cenas que retratam o comportamento de autoescoriação. Nestes casos, aceitamos o foco no conflito referido e aproveitamos a intervenção psicodramática para explorar a potencial vinculação do mesmo com o comportamento de escoriação, auxiliando o paciente a construir paulatinamente uma compreensão alternativa em substituição à sua compreensão circular e superficial, prévia ao tratamento, onde ele/ela crê que se escoria porque está ansioso e está ansioso porque se escoriou. Avançando para a fase intermediária, o terapeuta,

gentilmente, propõe atividades dedicadas a explorar mais os relacionamentos centrais dos pacientes, por meio do exercício do átomo social, em que o paciente identifica relacionamentos afetivamente significativos de sua vida (Santos, 1993), e pelo exercício da cadeira vazia, em que o paciente senta em frente a uma cadeira vazia e imagina uma pessoa ou um aspecto significativo seu, e aprofunda um diálogo com essa pessoa, assumindo os dois lados para dar voz às partes (Cukier, 1992). Com esta compreensão mais abrangente de como o paciente lida com seus conflitos, o terapeuta terá os subsídios para construção junto com o paciente das ligações entre a maneira como ele lida com seus desafios de vida e seu comportamento escoriativo.

Finalmente, o fechamento do grupo mostrou-se relevante, visto que quase metade dos pacientes relataram sentir o final do tratamento, como um retorno ao estado de vulnerabilidade semelhante ao pré-tratamento. Então, foi incluída uma sessão de prospecção do futuro seguida de um exercício de dramatização e vizualização deles mesmos 6 meses à frente, visando a identificar situações de alto risco, prevenção de recaída e construção de autoconfiança (Crelier, 1993). Esta sessão foi incorporada na segunda intervenção com os grupos principais.

7.2 Grupos principais

Sobre os grupos principais, quando comparados aos grupos pilotos, nota-se que houve uma frequência maior de exclusões da amostra (79,2% versus 50,0%). Diferenças no processo de encaminhamento de candidatos entre as intervenções podem explicar esta discrepância. Nos grupos pilotos, os pacientes chegaram,

sobretudo via encaminhamento interno do hospital, ou por outros profissionais de saúde familiarizados com o tratamento para TE no PRO-AMITI. Já nos grupos principais, em razão do tempo mais curto e da necessidade de um volume maior de pacientes para a realização dos grupos, foi realizada uma convocação por meio da imprensa, onde se divulgou o serviço para o público leigo. Isso aumentou muito a procura, mas também de indivíduos que não apresentavam o limiar crítico de sintomas para um diagnóstico de TE, ou ainda de pessoas com uma menor disponibilidade para o tratamento. Portanto, isto pode comprometer em parte a generalização dos resultados para o universo de portadores de TE, porém ainda retém a representatividade amostral no caso dos indivíduos que apresentam TE como sintoma principal e que demandam tratamento específico para essa condição.

A amostra designada para os grupos principais constituiu-se quase exclusivamente por mulheres, com apenas um indivíduo do gênero masculino, o que vai de encontro a estudos epidemiológicos sobre TE (Hayes et al., 2009; Machado et al., 2018). O transtorno de ansiedade generalizada foi a comorbidade mais encontrada (60,4%), seguido de depressão (43,4%) e agorafobia (37,7%), novamente alinhando-se com a literatura (Grant et al., 2009). Em ambos os casos, as comparações mostram que ambos os grupos, PPG e PAG, eram homogêneos quanto às condições prévias à intervenção, exceto por uma pequena diferença nos anos de educação. Houve, ainda, uma diferença quanto à média de sessões frequentadas em ambos os grupos. Todavia, conforme já relatado, estas diferenças foram de pequena monta e sem efeito relevante para a análise de desfecho.

Quanto à resposta terapêutica, observou-se uma melhora relevante da amostra global, independente das modalidades de psicoterapia, consolidando os resultados

obtidos no estudo piloto de que não houve eficácia superior da PPG em relação à PAG e reafirmando estudos que relatam que as psicoterapias melhoram os sintomas do indivíduo com TE independentemente do método utilizado (Selles et al., 2016). Nos grupos principais, foi possível observar uma melhora também dos sintomas de regulação emocional e dos sintomas ansiosos, o que não se observou nos grupos pilotos, talvez em função do maior poder da amostra. Ainda assim, sintomas depressivos e de adequação social, permaneceram sem alterações estatisticamente significativas. No primeiro caso, em razão do processo de estabilização prescritiva, é plausível e provável que os pacientes já tenham adentrado à intervenção consideravelmente melhor da depressão, deixando pouca margem para melhoras adicionais. No segundo caso, o mais provável é que uma melhora sustentada da adequação social depende de outros fatores que vão além da melhora sintomática mais recente e requerem um período maior de observação para além do término da intervenção. Tomados em conjunto, estes resultados encorajam a continuidade de pesquisas sobre tratamento em grupo para TE.

No caso da PPG, entendemos que ainda se pode fazer alterações no sentido de aprimorar a eficácia da PPG, como intervenção para indivíduos com TE, assim como a manutenção daquilo que está se mostrando útil. A utilização de personagens fictícios utilizados nos grupos pilotos para lidar com a resistência e inibição de alguns pacientes, manteve-se útil nos grupos experimentais (Calvente, 2002). Por outro lado, fica claro a partir dos resultados apresentados que a PPG necessita revisar ou ampliar o escopo da intervenção, para que ela se mostre uma técnica útil e com eficácia superior a um tratamento de grupo genérico. Estudos sugerem que a abordagem de sentimentos de rejeição, como nojo e vergonha, poderiam receber

atenção especial em atividades específicas, com o intuito de favorecer sua emergência, identificação e manejo. De fato, estudos têm descrito que o paciente com TE é particularmente sensível ao nojo (Schienle et al., 2018b); este sentimento pode ser um gatilho relevante para o comportamento escoriativo (Schienle et al., 2018c). A vergonha, por sua vez, está associada inversamente à qualidade de vida do paciente (Singh et al., 2016).

Outra possibilidade seria incluir atividades que demonstrem a relação entre os conflitos internos e/ou interpessoais e o ímpeto de autoescoriação, introduzindo-se neste cenário a possibilidade de construção de uma resposta alternativa. Também se pensou em inserir atividades específicas que trabalhem a consciência corporal destes pacientes, permitindo um reconhecimento e integração mais efetivo das emoções, já que estudos recentes vêm destacando a importância desta variável na psicopatologia dos indivíduos com TE (Schienle et al., 2017; Houghton et al., 2018).

Em relação à regulação emocional, é interessante notar que a DERS foi a única medida que mostrou piora dos pacientes na primeira metade do tratamento para depois, na segunda, eles melhorarem neste quesito. Isto pode se dar pelo fato de serem pacientes com dificuldade em reconhecer e nomear sentimentos e que a intervenção psicoterápica produziu no primeiro momento um contato com emoções antes negadas, ou reprimidas, para somente depois propiciar uma melhora efetiva na regulação das mesmas.

Este foi um estudo inovador, uma vez que indica que a psicoterapia de grupo pode ser uma opção para o tratamento de TE, com a possibilidade de oferta de tratamento a um grupo maior de pacientes simultaneamente, além de outros benefícios já descritos para intervenções de grupo, como a troca de experiências

entre os participantes, o sentimento de pertencimento e diminuição da solidão existencial, que mesmo não sendo características nucleares da psicopatologia do TE, podem ser um fator importante a contribuir para a persistência do comportamento de escoriação (Gupta, 2013).

Todavia, o entusiasmo com o potencial do formato de intervenção em grupo deve ser contemporizado com o fato de que, neste estudo, não houve intervenção individual, ou condição alternativa que pudesse estabelecer um padrão de comparação para este quesito. Além disso, outra limitação importante a ser considerada é: as escalas de avaliação específica de TE, SPS-R e SPIS-S não apresentam ainda um ponto de corte para identificação da remissão diagnóstica, que ficou relegada à avaliação clínica por meio da CGI.



8 CONSIDERACOES FINAIS

Trata-se de um estudo relevante e inovador no sentido de contribuir para a avaliação de novos tratamentos psicoterapêuticos para TE, como a modalidade de tratamento grupal, que não havia sido testada antes, assim como uma modalidade psicoterapêutica não comportamental, no caso o psicodrama, que enfoca mais as questões emocionais e interacionais do indivíduo.

O fato da psicoterapia de grupo ter tido uma boa eficácia favorece a viabilidade que um número maior de pessoas possa ser tratado por um número reduzido de profissionais de saúde, o que pode ser particularmente importante em se tratando de um quadro ainda pouco conhecido (mesmo pelos profissionais de saúde), mas, que acomete de 1% a 5% da população mundial e que sem tratamento tende a adquirir cronicidade, gerando perda significativa na qualidade de vida do sujeito.

O presente estudo não encontrou diferença significativa na eficácia do tratamento em PPG em comparação com PAG nos quesitos do sintoma de escoriação, impactos de escoriação, regulação emocional, ansiedade, depressão e adequação social. No entanto, ambos os tratamentos avaliados demonstraram melhora dos indivíduos com TE nos quesitos sintoma de escoriação, impacto de escoriação, regulação emocional, ansiedade e melhora clínica global. Tais resultados encorajam que novos estudos sejam realizados no sentido da busca de um tratamento mais completo e definitivo para TE, talvez combinando técnicas de terapias expressivas em grupo com o tratamento padrão atual de reversão de hábitos.

86

8 ANEXOS

ANEXO A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1.NOME DO PACIENTE:	
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:	SEXO: M □ F □
DATA NASCIMENTO://	
ENDEREÇO	N°APTO:
BAIRRO:	CIDADE
CEP:TELEFONE: DI	OD ()
2.RESPONSÁVEL LEGAL	
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curado	or etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE N°:	
DATA NASCIMENTO:/	
ENDEREÇO	N°APTO:
BAIRRO:CIDADE	
CEP:TELEFONE: DI	DD ()
II - DADOS SOBRE A PI	ESQUISA CIENTÍFICA
1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQ	UISA:
"Estudo randomizado e controlado do uso d ambulatorial de pacientes com dermatotilexoma	
2. PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:	
 Daniel Carr Ribeiro Gulassa CARGO/FUNÇÃO: psicólogo colaborador e poinscrição Conselho Regional Nº 06 UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiqui Prof. Dr. Hermano Tavares; CARGO/FUNÇÃO: Livre Docente do Departa CONSELHO REGIONAL NÚMERO: 75.471 UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiqui 	/62128-0 atria mento de Psiquiatria; INSCRIÇÃO
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:	:
RISCO MÍNIMO □	RISCO MÉDIO □
RISCO BAIXO \square	RISCO MAIOR \square
4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 2 anos	
2 010.13/10 2/11 Lb X 0 Lb/1 . 2 unos	
	Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável
	Rubrica do pesquisador

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convite a participação - Convidamos o (a) Sr (Sra) para participar da pesquisa "Estudo randomizado e controlado do uso do método psicodramático para o tratamento ambulatorial de pacientes com dermatotilexomania" e da pesquisa de "adaptação, validação e tradução transcultural da escala de skin picking (The Skin Picking Scale) e da escala de impacto do skinpicking (Skinpicking impact scale) para o português do Brasil".

Justificativa e objetivos do estudo - Essas informações são fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. Sabemos que na população existem indivíduos com problemas em escoriar sua própria pele. Essas pessoas frequentemente têm sua vida atrapalhada e apresentam sofrimento emocional. Este trabalho envolverá pessoas com esses problemas.

O objetivo desse estudo é entender melhor algumas variáveis que possam influenciar positivamente nos indivíduos que sofram de dermatotilexomania e ajudar no desenvolvimento de tratamentos mais específicos e eficazes, além de adaptar escalas para a avaliação desta respectiva patologia para o português do Brasil.

Procedimentos e métodos - o (a) Sr (Sra) preencherá questionários, escalas, responderá a entrevistas padronizadas realizadas pelo pesquisador ou colaboradores e terá fotos tiradas das regiões mais lesadas pelo transtorno em questão. As perguntas feitas ao Sr (Sra) avaliarão possíveis problemas de saúde mental e/ou dificuldades de regulação afetiva. Por exemplo, investigaremos características de personalidade, intensidade e/ou controle relacionados às suas emoções, agressividade, sintomas ansiosos e depressivos. É garantido ao Sr (Sra) o direito de participar deste projeto mesmo caso o Sr (Sra) recuse a responder a perguntas que ocasionem constrangimentos de alguma natureza.

Após responder esse protocolo, o Sr (Sra) será encaminhado para uma avaliação médica, e ao confirmar-se o seu diagnóstico, receberá acompanhamento psicológico em grupo (psicoterapia psicodramática grupal ou terapia de apoio).

Desconfortos e riscos decorrentes da participação da pesquisa - Com relação aos processos de avaliação inicial (responder questionários e entrevistas), são desconhecidas formas de desconforto ou risco físico.

Benefícios esperados para o participante - O Sr (Sra) que for voluntário neste estudo se beneficiará do tratamento específico para o seu problema (a dermatotilexomania), sob a forma de psicoterapia em grupo e acompanhamento clínico psiquiátrico. O conhecimento desenvolvido sobre a escoriação da pele e os tratamentos desenvolvidos neste estudo também poderão beneficiá-lo, assim como a outros que apresentem Dermatotilexomania.

Rubrica do sujeito de pesquisa ou respons	ável
Rubrica do pesquis	ador

88

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimento sobre a assistência a que terão direito os participantes da pesquisa – O Sr (Sra) terá acesso ao acompanhamento de um psiquiatra da equipe durante a sua participação na pesquisa, e também a um tratamento psicoterapêutico com pessoas também têm o problema da dermatotilexomania, com duração de quinze semanas, frequência semanal e uma hora de duração.

Garantia de liberdade - Não há obrigatoriedade da participação do Sr (Sra) no projeto para a inclusão no tratamento o qual também poderá ser iniciado sem o preenchimento do protocolo de pesquisa. O Sr (Sra) receberá as informações sobre o protocolo e terá o direito de esclarecer qualquer dúvida antes e durante o estudo, inclusive sobre os resultados parciais das pesquisas ou de outros resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Não há despesas pessoais para o Sr (Sra) em qualquer fase deste estudo, incluindo preenchimento de protocolos e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. É garantido ao Sr (Sra) o direito de recusar a responder a perguntas que lhe ocasionem constrangimentos de alguma natureza e também de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma, de sigilo e privacidade. O Sr (Sra) poderá limitar as informações àquelas que queira fornecer. Os pesquisadores se responsabilizam sobre os dados obtidos e garantem a proteção da imagem do Sr (Sra), sem utilizar as informações em seu prejuízo. Os dados serão analisados em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação do Sr (Sra) nem de nenhum voluntário, e as informações serão utilizadas apenas para os fins propostos no protocolo.

Explicitação das garantias de ressarcimento por despesas decorrentes da pesquisa e explicitação da garantia de indenização por eventuais danos decorrentes da pesquisa - Não se aplica.

Em qualquer etapa do estudo, o Sr (Sra) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é o Prof. Dr. Hermano Tavares, que pode ser encontrado no endereço: rua Ovídio Pires de Campos, 785 – Ipq – Cappesq, telefone: 2661-7805. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5° andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável	
Rubrica do pesquisador	

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Gostaríamos de pedir a autorização do Sr (Sra) para que os seus dados sejam utilizados no estudo "Estudo randomizado e controlado do uso do método psicodramático para o tratamento ambulatorial de pacientes com dermatotilexomania" e para a finalidade de validação das escalas "escala de escoriação da pele- revisada" e "escala de impacto da escoriação de pele – reduzida".

O Sr (Sra) tem o direito de discutir com o psicólogo Daniel Carr Ribeiro Gulassa ou o com o Prof. Dr. Hermano Tavares sobre sua decisão em participar nesse estudo, ou sobre quaisquer dúvidas que venha a ter em relação a estes estudos, como os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, ou a isenção de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar. Sua participação é voluntária e o Sr (Sra) pode retirar o seu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou perda de qualquer benefício adquirido, ou no seu atendimento neste Serviço.

Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento.

Assinatura do paciente/representante legal	Data / /
Assinatura da testemunha	Data / /
Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfa deficiência auditiva ou visual.	abetos, semi-analfabetos ou portadores de
(Somente para o responsável do projeto)	
Declaro que obtive de forma apropriada e voluntár deste paciente ou representante legal para a partici	
Assinatura do responsável pelo estudo	Data / /
	Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável
	Rubrica do pesquisador

ANEXO B. Tradução, adaptação e validação transcultural da escala de escoriação de pele – versão revisada (SPS-R) e da escala de impacto da escoriação de pele – versão reduzida (SPIS-S) para o português do Brasil

Até o início deste estudo não havia nenhum instrumento validado para o que pudesse mensurar objetivamente o português brasileiro comprometimento dos indivíduos portadores de TE, sendo isto fundamental para aprofundarmos nossos estudos sobre este transtorno. Algumas escalas foram desenvolvidas em outros países e são largamente utilizadas para avaliação do comprometimento do TE dentre as quais a The Skin Picking Scale – Revised (SPS-R), que avalia sintomas deste transtorno e a The Skin Picking Impact Scale – Short Version (SPIS-S), que avalia os impactos do TE na vida do indivíduo. Utilizando escalas já utilizadas em outros países, temos a vantagem de conseguir comparar a população brasileira com as diferentes populações onde estas já são utilizadas. Logo, desenvolvemos a tradução, adaptação e validação da SPS-R e da SPIS-S sob a forma de um projeto de iniciação científica vinculada a este estudo, realizada pela aluna Larissa Diaconiuc (pesquisadora executante) e sob a orientação do Prof. Dr. Hermano Tavares e supervisão do autor do presente relato (DCRG).

1. Seleção da amostra

Este processo de tradução e validação foi realizado com pacientes que estiveram em tratamento para TE no PRO-AMITI entre maio de 2017 e janeiro de 2019.

1.1. Critérios de inclusão

- Idade mínima de 18 anos;
- Grau mínimo de instrução: fundamental I completo (até o 5° ano);
- O paciente deve preencher todos os critérios diagnósticos para TE segundo o DSM-5;

- O paciente deve pontuar pelo menos nove na SPS-R, ou seja, apresenta sintomas ativos de TE na semana anterior ao início do tratamento.
- Concordância em participar do estudo, atestada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1.2. Critérios de exclusão

- Paciente que apresentar patologia clínica que demande atendimento emergencial em caráter de internação em outro serviço;
- Paciente portador de retardo mental, ou afecção no sistema nervoso central, com prejuízo grave das funções cognitivas;
- Paciente portador de transtorno psicótico que possa comprometer as respostas às escalas em uso.
- Paciente portador de alguma síndrome genética (ex. Síndrome de Prader-Willi) ou condição dermatológica incorrendo em prurido intenso e recorrente (por exemplo, escabiose ou outra condição que explique seu comportamento de escoriação).
- O comportamento de escoriação não é a queixa principal ou sintoma primordialmente exibido pelo(a) paciente.

2. Procedimentos para tradução e validação psicométrica

Para este fim, utilizamos um estudo metodológico baseado nas propostas sugeridos por Herdman et al. (1998) e aplicados por Conti et al. (2009, 2010), Teixeira et al. (2011) e Toledo et al. (2011). Foram realizadas cinco etapas:

Primeira Etapa: Converter o instrumento original do inglês para a língua portuguesa por profissional de línguas experiente e fluente em inglês.

Segunda Etapa: Retrotradução do português para a língua inglesa por um professor de línguas nativo do inglês.

Terceira Etapa: Avaliação da equivalência semântica entre as versões e uma revisão técnica feita por profissionais especialistas em TE que compõe a equipe do Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso (PRO-AMITI) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP).

Quarta etapa: Avaliação da compreensibilidade do instrumento por profissionais de saúde do Ipq-HCFMUSP, feitas através da utilização de um questionário verbal-numérico adaptado, de acordo com procedimentos realizados em outros estudos de validação e adaptação transcultural, conforme especificado no projeto inicial. Este questionário iniciou-se com a pergunta: "Sua participação consistirá em seu preenchimento, após uma leitura criteriosa, avaliando o quanto você entendeu de cada item que compõe este questionário". As respostas são do tipo escala Likert: 0 – não entendi nada; 1 – entendi só um pouco; 2 – entendi mais ou menos; 3 – entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas; 4 – entendi quase tudo; 5 – entendi perfeitamente e não tenho dúvidas. Sendo as respostas 0, 1, 2 e 3 consideradas como sinais de compreensão insuficiente, o estudante pôde sugerir alterações, justificando seus motivos.

Quinta Etapa: Análise da consistência interna do instrumento traduzido, preenchido por pacientes do PRO-AMITI que preenchem diagnóstico de TE, calculando-se o alfa de Cronbach (Bland; Altman, 1997).

3. Resultados

3.1. Escala de escoriação de pele - versão revisada (SPS-R)

Na primeira etapa de tradução da SPS-R foram feitas algumas adaptações para privilegiar a equivalência denotativa, conforme o programado. Assim, o termo "past week" foi substituído por "última semana" e não "semana passada", como em uma tradução mais direta, pois a frase "escolha uma resposta que melhor descreve a semana passada" não tem o mesmo sentido semântico que a frase em inglês e causaria confusão. Outro desafio da primeira etapa foi a tradução dos termos "pick

your skin", "skin pick" ou "skin picking" que no original em inglês muitas vezes são usados como equivalentes, porém em português exigem respectivamente um verbo e um substantivo. A tradução mais direta e natural no primeiro caso seria "cutucar a pele", porém nos dois outros casos seria "cutucação" que existe, mas não é usual, ou escoriação, semanticamente mais apropriado, porém com o inconveniente da troca do radical da palavra. A solução foi usar expressões combinadas entre um termo mais formal e outro mais coloquial sempre que necessário, exemplo: "provocar escoriações (cutucar)", para melhor entendimento da escala. No primeiro item, e nos itens subsequentes em que a construção "feel the urge" aparece, foi escolhido substituir por "desejo incontrolável" para tentar uma melhor aproximação entre os sentidos da frase em ambas as línguas. Por todo o questionário tentou manter-se os termos de frequência em português com seu sentido o mais próximo possível do termo original em inglês ("no" para "nenhum/nenhuma", "mild" para "leve", "moderate" para "moderado", "severe" para "severo", "extreme" para "extremo", "constantly" para "constantemente" e "almost always" para "quase sempre").

No item 4, a construção "To what degree can you stop yourself from picking" foi substituída para "Até que ponto você pode se impedir de provocar escoriações (cutucar) na pele", pois "até que ponto" aproxima-se mais semanticamente de "to what degree" nessa situação do que uma tradução mais literal como, por exemplo, "em que grau" e também por essa construção ("até que ponto") ser mais comumente empregada no português coloquial brasileiro. No mesmo item, escolheu-se novamente traduções com sentido o mais próximo possível do termo original em inglês ("always" para "sempre", "usually" para "geralmente", "sometimes" para "algumas vezes", "rarely" para "raramente", e "never" para "nunca"), no intuito de manter preservado o sentido original das alternativas. Anda neste item, a construção "able to stop myself" foi traduzida para "capaz de me impedir", como melhor opção semântica.

A versão traduzida do item 6 teve uma pequena alteração da estrutura da pergunta para melhor retratar o significado denotativo.

Na segunda e terceira etapas, onde se comparam as duas versões em inglês (a original e a retrotraduzida) e se propõem os ajustes à versão traduzida, logo nas instruções, observamos a discrepância entre os termos "highs" e "lows" em comparação com o original "ups" e "downs", entretanto, essa alteração não modifica o sentido da frase, então mantivemos os termos "altos" e "baixos" da tradução.

Nos itens 1 e 2 e suas respectivas opções de resposta, a expressão "desejo incontrolável" foi retrotraduzida para "uncontrollable urge", trazendo uma pequena mudança de sentido, então na revisão da tradução revisada o termo "urge" passou a ser referido apena como "desejo". No demais, a retrotradução mostrou uma equivalência semântica e gramatical adequada, não sofrendo alterações. A tabela 11 exibe as duas versões em inglês (original e retrotraduzida) e a tradução revisada da SPS-R para o português.

Tabela 11 – Comparação entre a versão original, a retrotradução e a tradução revisada em português da SPS-R

	Versão Original – Inglês	Retrotradução - Inglês	Tradução Revisada - Português
	Instructions: For each item, pick the one answer which best describes the past week. If you have been having ups and downs , try to estimate an average for the past week. Please be sure to read all answers in each group before making your choice.	Instructions: for each item, choose an answer that best describes the past week. If you have been presenting "highs" and "lows", try to estimate an average for the past week. Please make sure you read all the answers to each question before making your choice.	Instruções: para cada item, escolha uma resposta que melhor descreve a última semana. Se você tem apresentado "altos" e "baixos", tente estimar uma média para a última semana. Por favor, tenha certeza de ler todas as respostas de cada pergunta antes de fazer a sua escolha.
#1	How often do you feel the urge to pick your skin? 0 No urges 1 Mild , occasionally experience urges to skin pick , less than 1 hr/day 2 Moderate, often experience urges to skin pick , 1-3 hrs/day 3 Severe. Very often experience urges to skin pick, greater than 3 and up to 8 hrs/day. 4 Extreme, constantly or almost always have an urge to skin pick	How often do you feel an uncontrollable urge to provoke excoriations (pick) your skin? 0 No uncontrollable urge. 1 Light, I occasionally feel an uncontrollable urge to provoke skin excoriations (to pick) my skin, less than 1hr/day. 2 Moderate, frequently feel an uncontrollable urge to provoke skin excoriations (to pick) my skin, 1-3hrs/day. 3 Severe, very frequently feel an uncontrollable urge to provoke excoriations (to pick) my skin, 3-8hrs/day. 4 Extreme, constantly/almost always feel an uncontrollable urge to provoke excoriations (to pick) my skin.	Com qual frequência você sente desejo de provocar escoriações (cutucar) na sua pele? 0 Nenhum desejo 1 Leve, ocasionalmente sinto desejo de provocar escoriações (cutucar) na pele, menos que 1h/dia. 2 Moderado, frequentemente sinto desejo de provocar escoriações (cutucar) na pele, 1-3h/dia. 3 Severo, com muita frequência sinto desejo de provocar escoriações (cutucar) na pele, 3-8h/dia. 4 Extremo, constantemente/quase sempre sinto desejo de provocar escoriações (cutucar) na pele.

Tabela 11 – Comparação entre a versão original, a retrotradução e a tradução revisada em português da SPS-R (continuação)

Versão Original – Inglês	Retrotradução – Inglês	Tradução Revisada – Português
#2 How intense or "strong" are the urges to pick your skin? 0 Minimal or none 1 Mild 2 Moderate 3 Severe 4 Extreme	How intense is the uncontrollable urge to provoke excoriations (to pick) your skin? 0 None or minimal 1 Light 2 Moderate 3 Severe 4 Extreme	Qual a intensidade do desejo de provocar escoriações (cutucar) na sua pele? 0 Nenhuma ou mínima 1 Leve 2 Moderada 3 Severa 4 Extrema
#3 How much time do you spend picking your skin per day? 0 None 1 Mild, spend less than 1 hr/day picking my skin, or occasional skin picking. 2 Moderate, spend 1-3 hrs/day picking my skin, or frequent skin picking. 3 Severe, spend more than 3 and up to 8 hrs/day picking my skin, or very frequent skin picking. 4 Extreme, spend more than 8 hrs/day picking my skin, or near constant skin picking.	How much time a day do you "spend" excoriating (picking) your skin? O None or minimal Light, I spend less than 1hr/day excoriating (picking) my skin, or only occasionally provoke excoriations. Moderate, I spend 1-3hrs/day excoriating (picking) my skin, or frequently provoke excoriations. Severe, I spend 3-8hrs/day excoriating (picking) my skin, or very often provoke excoriations. Extreme, I spend more than 8hrs/day excoriating (picking) my skin, or almost always provoke	Quanto tempo por dia você "gasta" escoriando (cutucando) a sua pele? O Nenhum ou mínimo Leve, gasto menos que 1h/dia escoriando (cutucando) minha pele, ou ocasionalmente provoco escoriações. Moderado, gasto 1-3h/dia escoriando (cutucando) minha pele, ou frequentemente provoco escoriações. Severo, gasto 3-8h/dia escoriando (cutucando) minha pele, ou com muita frequência provoco escoriações. Extremo, gasto mais que 8h/dia escoriando (cutucando) minha pele, ou quase sempre provoco escoriações.

Tabela 11 – Comparação entre a versão original, a retrotradução e a tradução revisada em português da SPS-R (continuação)

	Versão Original – Inglês	Retrotradução – Inglês	Tradução Revisada – Português
#4	How much control do you have over	How much control do you have over excoriation of	Quanto controle você tem sobre a escoriação da sua pele?
	your skin picking? To what degree	your skin? Up to what point are you able to prevent	Até que ponto você pode se impedir de provocar
	can you stop yourself from picking?	yourself from provoking excoriations (picking) your	escoriações (cutucar) na pele?
	0 Complete control. I am always able	skin?	0 Completo controle. Sou sempre capaz de me impedir de
	to stop myself from picking.	0 Complete control. I am always able to prevent	provocar escoriações (cutucar).
	1 Much control. I am usually able to	myself from provoking excoriations (picking) on my	1 Muito controle. Geralmente sou capaz de me impedir de
	stop myself from picking	skin.	provocar escoriações (cutucar).
	2 Some control. I am sometimes able	1 Great control. I am generally able to prevent myself	2 Algum controle. Algumas vezes sou capaz de me impedir
	to stop myself from picking.	from provoking excoriations (picking my skin).	de provocar escoriações (cutucar).
	3 Little control. I am rarely able to	2 Some control. At times I am able to prevent myself	3 Pouco controle . Raramente sou capaz de me impedir de
	stop myself from picking.	from provoking excoriations (picking) my skin.	provocar escoriações (cutucar).
	4 No control. I am never able to stop	3 Slight control. I am rarely able to prevent myself	4 Nenhum controle. Nunca sou capaz de me impedir de
	myself from picking .	from provoking excoriations (picking) my skin.	provocar escoriações (cutucar).
		4 No control. I am never able to prevent myself from	
		provoking excoriations (picking) my skin.	

Tabela 11 – Comparação entre a versão original, a retrotradução e a tradução revisada em português da SPS-R (continuação)

	Versão Original – Inglês	Retrotradução – Inglês	Tradução Revisada – Português
#5	How much emotional distress	How much emotional suffering (anxiety/concern,	Quanto sofrimento emocional (ansiedade/preocupações,
	(anxiety/worry, frustration, depression,	frustration, depression, despair, low self-esteem) do	frustrações, depressão, desesperança, baixa autoestima) você
	hopelessness, or feelings of low self-	you undergo due to the excoriations (lesions or	apresenta em decorrência das escoriações (lesões ou feridas)
	esteem) do you experience from your	wounds) provoked?	provocadas?
	skin picking?	0 No emotional suffering due to the excoriations	0 Nenhum sofrimento emocional em decorrência das
	0 No emotional distress from picking.	(lesions or wounds).	escoriações (lesões ou feridas).
	1 Mild, only slight emotional distress	1 Light, only slight emotional suffering due to the	1 Leve, apenas pequeno sofrimento emocional em
	from my picking. I occasionally feel	excoriations (lesions or wounds). I occasionally go	decorrência das escoriações (lesões ou feridas).
	emotional distress because of my	through emotional suffering due to the excoriations,	Ocasionalmente tenho sofrimento emocional em decorrência
	picking, but only to a small degree.	but only to a small degree.	das escoriações, mas somente num pequeno grau.
	2 Moderate, a fair amount of	2 Moderate, a reasonable amount of emotional	2 Moderado, quantidade razoável de sofrimento emocional
	emotional distress from my picking . I	suffering due to the excoriations (lesions or wounds).	em decorrência das escoriações (lesões ou feridas). Muitas
	often feel emotional distress because	I very often suffer emotionally due to the	vezes tenho sofrimento emocional em decorrência das
	of my picking.	excoriations (lesions or wounds).	escoriações (lesões ou feridas).
	3 Severe, a large amount of emotional	3 Severe, a great amount of emotional suffering due	3 Severo, grande quantidade de sofrimento emocional em
	distress. I almost always feel	to the excoriations (lesion or wounds). I always	decorrência das escoriações (lesões ou feridas). Quase
	emotional distress because of my	suffer emotionally due to the excoriations (lesions	sempre tenho sofrimento emocional em decorrência das
	picking.	or wounds).	escoriações (lesões ou feridas).
	4 Extreme, constant emotional	4 Extreme, I constantly suffer emotionally. I am	4 Extremo, constante sofrimento emocional. Tenho constante
	distress. I feel constant emotional	constantly suffering emotionally and do not see any	sofrimento emocional e não vejo esperança para esta mudança.
	distress and see no hope of this	hope of changing this.	
	changing.		

Tabela 11 – Comparação entre a versão original, a retrotradução e a tradução revisada em português da SPS-R (continuação)

Versão Original – Inglês #6 How much does your skin picking interfere with your social, work (or role functioning)? (If currently not working determine how much your performance would be affected if you were employed.) 0 None 1 Mild, slight interference with social or occupational activities but overall performance not impaired 2 Moderate, definite interference with social or occupational performance, but still manageable.

#7 Have you been avoiding doing anything, going any place, or being with anyone because of your **skin picking**? If yes, then how much do you avoid?

or occupational performance.

4 Extreme, incapacitating

3 Severe, causes substantial impairment in social

- 0 None
- 1 **Mild**, occasional avoidance in social or work settings.
- 2 Moderate, **frequent** avoidance in social or work settings.
- 3 Severe, **very frequent** avoidance in social or work settings.
- 4 Extreme, avoid all social and work settings as a result of the **skin picking/scratching.**

Retrotraducão - Inglês

What extent of interference do the **excoriations** (**lesions or wounds**) provoked on your skin exert on your social life, on your work and/or on overall functions? (If you are not working at present, determine how much of your performance would be affected if you were working).

0 Nothing

- 1 **Light**, slight interferences in social or occupational activities, but without losses on overall performance. 2 Moderate, significant interference on social and occupational performance, but still manageable.

 3 Severe, substantial deterioration on my social and
- 3 Severe, substantial deterioration on my social and occupational performance.
- 4 Extreme, incapacitating.

Have you avoided doing something, going somewhere, or being with someone due to the **excoriations provoked**?

0 **No**

- 1 Light, I occasionally avoid social or workplace environments.
- 2 Moderate, I **frequently** avoid social or workplace environments.
- 3 Severe, I **very often** avoid social or workplace environments.
- 4 Extreme, I avoid all social or workplace environments due to the **excoriation** (**lesions or wounds**) provoked.

Tradução Revisada - Português

Qual o grau de interferência que as **escoriações** (**lesões ou feridas**) provocadas na pele exercem na sua vida social, no seu trabalho e/ou no funcionamento global? (Se não estiver trabalhando atualmente, determine quanto seu desempenho seria afetada se estivesse trabalhando)

0 Nada

- 1 **Leve**, pequena interferência em atividades sociais ou ocupacionais, mas sem prejuízos no desempenho global.
- 2 Moderado, interferência significativa no desempenho social e ocupacional, mas ainda administrável.
- 3 Severo, deterioração substancial na performance social e ocupacional.
- 4 Extremo, incapacitante.

Você tem evitado fazer algo, ir a algum local, ou estar com alguém por causa das escoriações provocadas?

0 Não

- 1 **Leve, ocasionalmente** evito ambientes sociais ou de trabalho.
- 2 Moderado, frequentemente evito ambientes sociais ou de trabalho.
- 3 Severo, **com muita frequência** evito ambientes sociais ou de trabalho.
- 4 Extremo, evito todos os ambientes sociais ou de trabalho devido às **escoriações** (**lesões ou feridas**) provocadas.

Tabela 11 – Comparação entre a versão original, a retrotradução e a tradução revisada em português da SPS-R. (conclusão)

Versão Original – Inglês

#8 How much skin damage do you currently have because of your **skin picking**? Only consider the damage produced by the behavior of **picking**.

0 None (no skin damage from picking)

- 1 **Mild** (Slight damage in the form of small scabs, sores, scrapes etc. Damage covers a very small area and no attempts are made to cover or treat the damage).
- 2 Moderate (Noticeable scars, scabs, or small open sores (<1 cm in diameter). **Picking** results in attempts to cover or treat the damage with in-home remedies (e.g., bandages, creams, ointments) that do not require the assistance of a physician.
- 3 Severe. (Large scars, scabs or open sores (>1 cm in diameter), infected areas and/or noticeably disfigured skin. **Picking** results in extensive attempts to cover the damage and may require periodic treatment by a medical professional (e.g., prescription antibiotics, dermabrasion, etc.)
- 4 Extreme. (Large open wounds or craters, frequent bleeding, large scarred areas. Damage may require extensive covering and medical intervention (e.g., plastic surgery, stitches, hospitalization, etc.).

Retrotradução - Inglês

How much cutaneous damage do you have due to the **excoriations** (**lesions or wounds**) provoked? Consider only the damage produced by your behavior of provoking **excoriations** (picking) at your own skin.

0 **No** tissue damage due to the excoriations (lesions or wounds).

- 1 **Light**, slight tissue damage formed by small scabs, wounds/ulcers, scratches etc. The **lesions** affect a small area and there is not attempt to try to cover or treat them.
- 2 Moderate, considerable scars, scabs or ulcers (<1cm diameter). There are attempts to cover or treat the **lesions** with home remedies (ex. Band aids, creams, balms), that do not require medical attention.
- 3 Severe, large scars, scabs or ulcers (> 1cm diameter), infected areas and/or visibly disfigured skin. Constant attempts to cover up the **lesions**, possibly requiring periodical medical treatment (ex. Prescription of antibiotics, derma-abrasion, etc.).
- 4 Extreme, large open wounds, ulcers, craters, large scarred areas and/or frequent bleeding. Constant covering up of the **lesions** and medical intervention (ex. Plastic surgery, suture, stitches, hospitalization, etc.).

Tradução Revisada - Português

Qual grau de dano de tecido cutâneo você apresenta atualmente devido às **escoriações** (**lesões ou feridas**) provocadas? Considere apenas os danos produzidos pelo comportamento de provocar **escoriações** (**cutuca**r) na própria pele.

0 Nenhum dano tecidual devido às escoriações (lesões ou feridas).

- 1 **Leve**, pequeno dano tecidual formado de pequenas crostas, feridas/úlceras, arranhaduras etc. As **lesões** acometem uma pequena área e não é realizada nenhuma tentativa de cobrir ou tratá-las.
- 2 Moderado, notáveis cicatrizes, crostas ou úlceras (<1cm de diâmetro). Há tentativa de cobrir ou tratar as **lesões** com tratamentos caseiros (por ex. curativos, cremes, pomadas), que não requerem acompanhamento médico.
- 3 Severo, grandes cicatrizes, crostas ou úlceras (> 1cm de diâmetro), áreas infectadas e/ou pele visivelmente desfigurada. Constantes tentativas de cobrir as **lesões**, podendo necessitar de tratamento médico periódico (por ex. prescrição de antibióticos, dermoabrasão, etc.) 4 Extremo, grandes feridas abertas, úlceras, crateras, grandes áreas de cicatrizes e/ou frequente sangramento. Constante cobertura das **lesões** e intervenção médica (por ex. cirurgia plástica, pontos de sutura, hospitalização, etc.).

Na quarta etapa, os questionários de compreensibilidade da escala SPS-R foram entregues para profissionais de saúde mental do IPq-HCFMUSP, e obtivemos 35 avaliações preenchidas. Os resultados encontram-se na tabela 12.

Em geral, todos os itens foram bem avaliados, a média mais baixa foi 4,74 (item #6) e a mais alta foi 4,97 (item #4); comparados entre si nenhum item se significativamente dos demais quanto à sua avaliação compreensibilidade. Todavia, os itens #3 e #6 foram avaliados por um indivíduo da amostra de profissionais de saúde mental com escore 2 ("entendi mais ou menos") e o item #5 foi avaliado uma vez com escore 1 ("entendi só um pouco"). Em todos os outros casos as notas foram iguais ou maiores que 3 ("entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas) para todos os itens. Sugestões foram feitas quanto à escolha de palavras para melhorar a coerência e fluência do texto, porém nenhuma implicava em modificação semântica relevante. Assim, uma escolha foi feita no sentido de manter o texto traduzido original por ser ele mais próximo do texto original em inglês.

Tabela 12 – Avaliação de compreensibilidade dos itens da versão traduzida da SPS-R^a (N=35)

Item	Média de compreensibilidade (0 a 5)	Valor Máximo	Valor Mínimo	Teste de Wilcoxon (Z)*	p
#1	4,80	5	3	-1,897	0,058
#2	4,89	5	3	-1,134	0,257
#3	4,86	5	2	-1,134	0,257
#4	4,97	5	4	_**	_**
#5	4,77	5	1	-1,473	0,141
#6	4,74	5	2	-1,807	0,071
#7	4,94	5	4	-0,577	0,564
#8	4,89	5	3	-1,134	0,257

^aEscala para transtorno de escoriação – revisada

Para a quinta etapa, o instrumento foi testado em pacientes com TE do ambulatório PRO-AMITI no IPq-HCFMUSP (n=97). A análise dos oito itens revelou um alfa de Cronbach global de 0,794, com todos os itens contribuindo para a consistência interna da escala (valores de alfa se retirado o item abaixo do alfa

^{*}Todos os escores de compreensibilidade dos itens foram comparados com o escore do de maior compreensibilidade (#4)

^{**}Item de referência

global), exceto para o item #7. De fato, o item #7 apresentou o menor valor de correlação item x total de toda a escala, sugerindo a possibilidade de que, ao contrário da proposição original, a SPS-R tivesse não tivesse apenas uma dimensão. A tabela 13 resume os principais achados.

Tabela 13 – Consistência interna para a SPS-Ra (N=97)

Itens da escala de escoriação	Correlação de item total corrigida	Correção de alpha com o item excluído
#1 – Frequência do desejo	0,618	0,752
#2 – Intensidade do desejo	0,578	0,759
#3 – Tempo gasto	0,680	0,743
#4 – Controle da escoriação	0,388	0,787
#5 – Sofrimento emocional	0,640	0,750
#6 – Interferência social	0,544	0,765
#7 – Esquiva social	0,260	0,821
#8 – Danos cutâneos	0,401	0,786
Alpha Global: 0.794		

^aEscala para transtorno de escoriação – revisada

Para testar a hipótese da complexidade fatorial da SPS-R, foi realizada uma análise componentes principais com rotação por máxima variância. Foi encontrada uma solução fatorial de dois fatores descrita na tabela 14.

Tabela 14 – Análise de Componentes Principais para os itens da SPS-Ra

Variáveis	Comunalidade	Correlação matriz-componente (solução rotacionada)	
		Fator 1	Fator 2
#1 – Frequência do desejo	0,804	<u>0,882</u>	0,163
#2 – Intensidade do desejo	0,695	<u>0,819</u>	0,156
#3 – Tempo gasto	0,737	<u>0,806</u>	0,295
#4 – Controle da escoriação	0,487	<u>0,698</u>	0,010
#5 – Sofrimento emocional	0,641	0,386	<u>0,701</u>
#6 – Interferência social	0,654	0,188	<u>0,786</u>
#7 – Esquiva social	0,773	-0,202	<u>0,856</u>
#8 – Danos cutâneos	0,320	0,237	<u>0,514</u>

Variância explicada do fator 1 = 35,8%; valor de ponto de referência (Eigenvalue) = 2,87

Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin=0,769.

Variância explicada do fator 2 = 28,1%; valor de ponto de referência (Eigenvalue) = 2,24

Variância explicada acumulada = 63,9%

Teste de esfericidade de Bartlett, $\chi^2_{[28]}=304,4$; p<0,001.

^aEscala de transtorno de escoriação revisada

Como mostra a tabela 6, a análise de componentes principais sugere uma subdivisão da SPS-R em dois subfatores abrangentes (variância total acumulada superior a 50%) e com um bom equilíbrio entre si (valores próximos de porcentagens de variância explicada por fator). O primeiro subfator agrega os itens de #1 a #4 e parece focado na mensuração dos sintomas de escoriação, chamado daqui em diante Subfator – Sintomas de Escoriação, enquanto o segundo subfator agrega os itens de #5 a #8 e foca nas consequências do TE, chamado daqui em diante de Subfator – Consequências da Escoriação. Para um teste final desta solução, foi realizada uma análise da consistência interna de cada subfator, apresentados na tabela 15.

Tabela 15 – Consistência interna dos Subfatores da SPS-R^a – Sintomas de Escoriação (N=97)

Subfator – Sintomas de Escoriação Global Alpha: 0.844	Correlação de item total corrigida	Correção de alpha com o item excluído
#1 – Frequência do desejo	0,795	0,749
#2 – Intensidade do desejo	0,708	0,790
#3 – Tempo gasto	0,748	0,772
#4 – Controle da escoriação	0,493	0,873
Subfator – Consequências da Escoriação Global Alpha: 0.718	Correlação de item total corrigida	Correção de alpha com o item excluído
#5 – Sofrimento emocional	0,562	0,622
#6 – Interferência social	0,599	0,602
#7 – Esquiva social	0,538	0,651
#8 – Danos cutâneos	0,365	0,728

^aEscala para transtorno de escoriação – revisada

A análise dos subfatores propostos mostra que o Subfator "Sintomas de Escoriação" tem uma consistência interna superior ao da escala total e que o Subfator "Consequências da Escoriação" tem uma consistência interna equiparável ao da escala total, embora levemente inferior. Os itens #4 e #8 parecem destoar levemente dos seus respectivos conjuntos, mas sem prejuízo relevante para a consistência global de cada subfator. Então, uma decisão foi tomada de manter esses itens na escala para manter a comparabilidade da versão traduzida com os estudos que utilizaram e que podem vir a utilizar a versão original em inglês. De acordo com os resultados acima, dois usos da SPS-R são factíveis, o primeiro utilizando-se um escore único resultante da somatória de todos os itens da escala, ou a produção de dois escores separados relativos aos Subfatores Sintomas de Escoriação (Σ#1, #2, #3 e #4) e Consequências da Escoriação (Σ#5, #6, #7 e #8).

3.2 Escala de impacto da escoriação de pele – versão reduzida (SPIS-S)

Na primeira etapa (de tradução do instrumento original em inglês para o português) optou-se na escala de auto preenchimento pela expressão "cutucar a pele" para a tradução de "pick my skin", ao invés de outro termo como "escoriar" (dado o nome da doença em português ser "Transtorno de Escoriação") para melhor compreensão por parte dos pacientes, pois o termo "escoriação" não é muito utilizado no dia a dia (escala de auto preenchimento). Utilizou-se a expressão "pouco atraente" para substituir "unattractive" pela não existência de palavra do idioma português que expressasse o mesmo sentido.

Na segunda etapa (retrotradução do português para a língua inglesa), no segundo item, o termo "por" em "por cutucar minha pele" foi traduzido para "since". No quarto item, a expressão "me sinto pouco atraente" foi traduzida como "I hardly feel attractive" ao invés do original "I feel unattractive", o que não gera alteração do sentido conotativo da frase.

Na terceira etapa (avaliação da equivalência semântica entre as versões e uma revisão técnica) por conta das interpretações mencionadas pelo nativo da língua inglesa, optamos por trocar no item 2 a construção "por cutucar a minha pele" para "porque eu cutuco a minha pele" para retificar o sentido de volta para o sentido original "because of". No item 4 substituímos "eu me sinto pouco atraente porque cutuco a minha pele" para "eu não me sinto atraente por causa do meu transtorno de escoriação" para manter o sentido original de "I feel unattractive e because of" da escala original em inglês. A tabela 16 exibe as duas versões em inglês (original e retrotraduzida) e a tradução revisada da SPIS-S para o português.

Tabela 16 – Comparação entre a versão original, a retrotradução e a tradução revisada em português da SPIS-S^a

	Versão Original – Inglês	Retrotradução - Inglês	Versão Revisada - Português
	Instructions: Please indicate degree of severity (0-5) over the PRECEDING WEEK.	Instructions: Please indicate the degree of gravity (0-5) during the Previous week:	Instruções: Por favor, indique o grau de gravidade (0-5) na SEMANA ANTERIOR:
#1	I think my social life would be better if I didn't pick my skin.	I believe my social life would be better if I didn't pick my skin.	Eu acredito que a minha vida social seria melhor se eu não cutucasse a minha pele.
#2	I feel embarrassed because of my skin picking.	I feel embarrassed since I pick my skin.	Eu me sinto constrangido porque eu cutuco a minha pele.
#3	There are some things I can't do because of my skin picking.	There are some things I cannot do because I pick my skin.	Existem algumas coisas que eu não posso fazer porque eu cutuco a minha pele.
#4	I feel unattractive because of my skin picking.	I hardly feel attractive since I pick my skin.	Eu não me sinto atraente porque eu cutuco a minha pele.

^aEscala de impacto da escoriação de pele – versão reduzida

Como se vê na tabela 16, as variações de conteúdo entre as versões originais e as versões retrotraduzidas são mínimas, não comprometem o significado denotativo e preservam a semântica original. Por isso mesmo, foram necessários ajustes mínimos nas traduções da SPS-R e SPIS-S e ambos os instrumentos se encontram em condição de prosseguir para as duas últimas etapas de validação, ou seja, avaliação de compreensibilidade por profissionais de saúde mental e avaliação de consistência interna.

Na quarta etapa, de avaliação da compreensibilidade do instrumento por profissionais de saúde, obtivemos 35 avaliações preenchidas. Os resultados encontram-se na tabela 17. Em geral, todos os itens foram bem avaliados, a média mais baixa foi 4,54 (item #1) e a mais alta foi 4,80 (item #2); comparados entre si nenhum item se diferenciou significativamente dos demais quanto à sua avaliação de compreensibilidade. Todavia, o itens #1 recebeu um escore 0 ("não entendi nada"), duas vezes o escore 1 ("entendi só um pouco") e uma avaliação com o escore 2 ("entendi mais ou menos"); o item #2 teve duas avaliações o escore 2 ("entendi mais ou menos"); item #3 foi avaliado uma vez com um escore 1 ("entendi só um pouco") e duas avaliações o escore 2 ("entendi mais ou menos"); por fim 0 item #4 foi avaliado três vezes com o escore 2 ("entendi mais ou menos"). Em todos os outros

casos as notas foram iguais ou maiores que 3 ("entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas) para todos os itens. Sugestões foram feitas quanto à escolha de palavras para melhorar a coerência e fluência do texto, porém nenhuma implicava em modificação semântica relevante. Assim, uma escolha foi feita no sentido de manter o texto traduzido original por ser ele mais próximo do texto original em inglês.

Tabela 17 – Avaliação de compreensibilidade dos itens da versão traduzida da SPIS-S^a (N=35)

Item	Média de compreensibilidade (0 a 5)	Valor Mínimo	Valor Máximo	Teste de Wilcoxon (Z)*	р
#1	4,54	0	5	-1,604	0,109
#2	4,80	2	5	_**	_**
#3	4,63	1	5	-1,414	0,157
#4	4,71	1	5	-1,000	0,317

^a Escala de impacto da escoriação de pele - versão reduzida

Para a quinta etapa, o instrumento foi apresentado para pacientes com TE do ambulatório PRO-AMITI no IPq-HCFMUSP (n=97) e foi calculada consistência interna das questões, utilizando a análise do coeficiente alfa de Cronbach (valores de alfa se retirado o item abaixo do alfa global, na tabela 18).

Tabela 18 – Consistência interna para a SPIS-Sa (N=97)

Itens da escala de escoriação	Correlação de item total corrigida	Correção de alpha com o item excluído
#1 – Comprometimento da vida social	0,618	0,752
#2 – Constrangimento devido à cutucação	0,578	0,759
#3 – Evitação devido à cutucação	0,680	0,743
#4 – Comprometimento da atratividade	0,388	0,787
41.1 G1.1 1.0 000	_	_

Alpha Global: 0,800

Na análise da escala total da SPIS-S, o cálculo da correção de Alpha que considera a possibilidade de exclusão de cada um dos itens mostrou-se positiva, com todos os itens contribuindo para a consistência interna da escala, e sendo o escore de 0,800 sendo considerado satisfatório para a validação do instrumento.

^{*}Todos os escores de compreensibilidade dos itens foram comparados com o escore do de maior compreensibilidade (#2)

^{**}Item de referência

^a Escala de Impacto de Escoriação – Reduzida

ANEXO C. Group therapy for excoriation disorder: psychodrama versus support therapy

Gulassa, Daniel; USP, Faculdade de Medicina, Instituto de Psiquiatria

Amaral, Roberta; USP, Faculdade de Medicina, Instituto de Psiquiatria

Oliveira, Edgar; USP, Faculdade de Medicina, Instituto de Psiquiatria

Tavares, Hermano; USP, Faculdade de Medicina, Instituto de Psiquiatria

Abstract

BACKGROUND: Excoriation Disorder (ED) is a disorder characterized by recurring excoriation of the skin resulting in tissue damage, usually associated with emotional deregulation. Psychotherapy is a valuable treatment, however no studies emphasizes the patients' interactional aspect, nor the potential benefit of group treatment. METHODS: We recruited a convenience sample of 38 individuals with ED according to the DSM-5, in which 19 individuals proceeded to treatment, ten with psychodrama group therapy (PGT) and nine with support group therapy (SGT) in an open pilot study. RESULTS: The whole sample presented improvement of skin excoriation on both self-report and clinician rating and improvement of social adjustment, however with no differences between groups (i.e. time x group interaction). Also, there was no relevant change for anxiety, depression and emotional regulation throughout treatment. Emotional deregulation was associated with excoriation severity as well as depression, anxiety and social maladjustment both at beginning and end of treatment. CONCLUSIONS: The results contradict our primary hypothesis that PGT would have a superior efficacy than SGT concerning subjects with ED, although both groups showed improvement of the skin picking. The findings encourage future studies of group interventions for ED in larger samples with a focus on emotional regulation enhancement.

Key words: excoriation disorder; group therapy; support therapy; psychodrama therapy.

1. Introduction

Excoriation Disorder (ED) is characterized by recurring picking, skin lesions and frequent and frustrated attempts to cease this behavior. Excoriations may occur associated to several feelings, amongst which anxiety and boredom. The subjects with ED may present different levels of awareness as to this behavior, varying from focused and even automatic excoriation, with low awareness level. According to DSM-5 (APA, 2013, p. 254), ED is diagnosed according to the following criteria: ¹

- Recurrent skin picking resulting in skin lesions.
- Repeated attempts to decrease or stop skin picking.
- The skin picking causes clinically significant distress or impairment in social, occupation, or other important areas of functioning.
- The skin picking is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g. cocaine) or other medical condition (e.g. scabies).
- The skin picking is not better explained by symptoms of other mental disorder (e.g., delusions or tactile hallucinations in a psychotic disorder, attempts to improve a perceived defect or flaw in appearance in body-dysmorphic disorder, stereotypes in stereotypic movement disorder, or intention to harm oneself in non-suicidal self-injury).

Studies indicate a prevalence of 1.4-5.4%^{2,3} ED amongst the general population, the majority being of the female gender (65.5%)² and of Caucasian ethnicity (87.5%).⁴ ED may initiate at any age, but generally begins in adolescence between 12-15 years of age.^{5,6} Not rarely, it develops as a result of a dermatological problem like acne, for example.⁷

ED is associated to a high index of comorbidities,⁸ the main disorders being anxiety, depression and obsessive-compulsive disorder (OCD).³ ED also generates psychosocial difficulties, including the avoidance of social events, engaging in intimate relations (due to the excoriations)⁹, and a considerable suffering, due to feelings such as guilt and shame.¹⁰

One of the hypotheses as to the repetitive excoriating of the skin is that this has the function of affect regulation. ED, just as with trichotillomania and nail biting are part of the denominated body-focused repetitive behavior (BFRB), which constitute recurring, problematic and self-harming habits. Subjects with BFRB have difficulty in handling their affect regulation and, when they undergo negative feelings, use BFRB in order to dodge, modulate, or alleviate negative feelings. The behavior persists despite the negative consequences, since they are reinforced by the escape or distraction from the undesired emotional state. Frequently, as emotional triggers, the

BFRB have: frustration, boredom, dissatisfaction and impatience. Guilt, shame, sadness and anger may develop during or after the behavior, as well as feelings of indifference or relief.¹¹⁻¹⁴

Some individuals with BFRB demonstrate a form of perfectionism characterized by the difficulty in relaxing, inability of planning and accomplishing tasks, and hardly realistic expectations of always being productive. Consequently, they are susceptible to frustration, impatience and dissatisfaction when their goals are not completed and boredom when the goal is impossible. Therefore, the frustration of the subject with BFRB is generated specifically by the dissatisfaction with his or her own performance ¹⁶ and the repetitive behaviors alleviate the negative effects, at the same time in which they offer the feeling of "accomplishing something". ¹³

Emotional deregulation also has dissociation as a symptom, which typically occurs in severe stress situations, when emotions are at their extreme. Dissociation is defined as the rupture of the normally integrated functions of awareness, memory, identity, or perception. The slight efficacy of the treatments for BFRB may be attributed to the absence of a specific approach for this emotional regulation deficiency.¹⁷

Present literature on psychotherapeutic treatment for ED focuses on behavioral techniques and methods, associated or not to the use of medication. ¹⁸ Amongst the behavioral methods utilized is the differential reinforcement of incompatible behavior (DRI), which focuses on the reinforcement of physically conflicting behavior with undesirable behavior (in this case skin excoriation)¹⁹ and the differential reinforcement of other behavior (DRO) in which some behavior is stimulated, after the cessation of the undesirable behavior. 20 Studies also mention the acceptance and commitment therapy (ACT), which involves procedures for the strengthening of values and life goals, preparation to accept and deal with internal adverse feelings and management of rigidity of thought associated to the excoriation behavior, as well as the acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT), which consist in the union between ACT and a traditional behavioral approach called the habit reversal treatment (HRT).²¹ HRT is the most studied treatment for ED, it covers several strategies that aims at the immediate and lasting reduction of the undesirable habit, by raising the individual's awareness of the moment when the excoriation behavior is most likely to happen, through the identification triggers and the acquisition of new and competing behaviors (such as fist clenching), as well as aid from close people, who may help pointing when a excoriation moment has started.²²

Despite this being increasingly researched, there are yet few studies involving ED with controlled clinical trials and significant samples, which makes any conclusion difficult, both regarding pharmacological treatment as well as psychotherapy. A systematic review and meta-analysis concluded that insufficient evidence exists to

safely affirm that specific treatment is clearly superior to control, mainly in relation to medicated treatment.²³

Existing literature tends to value manifest repetitive behavior of the individual that produces lesions on his or her skin, without being concerned with psychopathological factors that are subjacent to this state. The efficacy of treatments that target the potential relationship between the severity and frequency of the excoriation behavior with problems of emotional regulation, affective dissociation and interpersonal difficulties, which are characteristic of these individuals have not been tested.¹⁷

Also, to our knowledge there has been no previous report on the use of group psychotherapy for ED. Some of the advantages of group treatment involve an interactive focus, which facilitates the development of basic social abilities, the possibility of recognition, learning and correction of communication deviations in the participants' interpersonal interactions. Homogeneous groups, with a focus on one disorder only, have the advantage of more rapidly providing cohesion, support and the relief of its members' symptoms.²⁴ The treatment structure with a pre-determined quantity of sessions facilitates the acquisition of a sense of personal responsibility, with a catalyzing effect for the desired changes, besides the opportunity of taking responsibility over one's well-being towards the end of the process, with the integration of the contents approached during the psychotherapy course.²⁵ Upon becoming aware of their interactive deficits and their relation to ED, the individuals start dealing with these underlying features and may achieve improvements beyond the target symptoms.²⁶

Psychodrama methods are rich in expression and transcend mere verbal expression. The information referring to the group's individuals are explored and considered in dimensions beyond what is said, but also in how it is said, considering elements like corporal expression of each participant and of the group, its movement or its silence.²⁶

Psychodrama in its psychotherapeutic approach operates with facts and situations brought by the patient, mainly taking into consideration the "here/now" in the relations and the emotional experience together with a cognitive comprehension of the lived experience. The present quality of the experience makes it emotionally more intense and, therefore, more susceptible to transformation and the fixation of the new experience. ²⁷

Role playing, one of psychodrama methods, helps the participant to develop abilities to deal with specific situations, which may be simulated similarly to how they would occur in real life. The person experiences and plays a specific role, perfecting the performance of that with which he or she has difficulty, in the quickest and most protected manner than in real life.²⁸

Another advantage of psychodrama is the principle of therapeutic interaction, that is, the establishment of a group culture, which considers that any group member may generate a therapeutic effect, and not only the therapist.²⁷

With the goal of creating bases for a future controlled and randomized investigation of psychodrama group therapy (PGT) for the treatment of ED patients, the authors formulated a PGT program for ED and another for controlled condition support group therapy (SGT). Both interventions have been constituted in 20 sessions and were tested in a group of patients who sought treatment for ED in a public university treatment center.

The goal of this present communication is to report the therapists' experience in carrying out the treatment and preliminarily offering some comparative measures of efficacy about those two pilot interventions. As a secondary goal, we compared severity of the excoriation behavior to measures of emotion deregulation, anxiety, depression and social adjustment in order to further test the hypothesis of an association between ED, affect regulation and interpersonal difficulties.

2. Methods

This was an open pilot study on a convenience sample of individuals who sought treatment for skin self-excoriation. Thirty-eight patients were assessed, the first 10 individuals who sought treatment from September/2014 to January/2015 and fulfilled the study inclusion criteria were designated to PGT. Then, the next 10 patients who sought treatment between May/2015 and September/2015 and fulfilled the inclusion criteria as well were designated to SGT. At the last moment, one patient who had been selected dropped-off the study, therefore the SGT started with nine participants. At the beginning and at the end of each treatment, clinicians who were not blind to the type of treatment received, but who did not take part on treatment delivery assessed the patients (HT and EO). Figure 1 shows the study flow diagram.

Stage 1. Psychodrama group treatment Subjects assessed for eligibility (N=17)**Exclusion Criteria** n (%) Excluded Did not fill out 1 (14.3) diagnostic criteria (n=7) Subjects fit for 1 (14.3) Lives too far treatment4 (57.2) No-show PGT (n=10) 1 (14.3) Illiterate Total 7 (100) Did not conclude treatment: Concluded Found a job (n=1) treatment Difficulty coping (n=7)(borderline traits) (n=1) Difficulty coping (social phobia) (n=1) Stage 2. Support group treatment Subjects assessed for eligibility **Exclusion Criteria** n (%) (N=21)Did not fill out 2 (16.7) diagnostic criteria Lives too far 1 (8.3) Excluded No-show 6 (50.0) (n=12)Subjects fit for No time available 3 (25) treatment Total 12 (100) SGT (n=9) Did not conclude treatment: Concluded Found a job (n=1) treatment Got sick (n=1) (n=6)Could not leave grandchildren alone (n=1)

Figure 1. Study flow diagram

2.1 Subjects

The subjects of this study were volunteers who sought treatment in the 'Programa Ambulatorial dos Transtornos dos Impulsos (PRO-AMITI)', (Impulse Control Disorder Outpatient Clinic Program) of the 'Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo' (IPq-HC-FMUSP), (Department and Institute of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of São Paulo, Brazil). These subjects became aware of the treatment through Internet and oral disclosure by the professionals and patients of the Institute. This study was approved by the local ethics committee and participants signed an informed consent form.

The inclusion criteria were:

- Being at least 18 years old;
- Primary diagnosis of ED according to DSM-5 criteria¹, assessed by registered psychologist and psychiatrists using structured clinical interviews;
- At least four years of formal education to ensure literacy and free consent with the purpose of the study.

The exclusion criteria were:

- Severe psychiatric disorder or any other medical condition requiring inpatient treatment, or;
- Bearer of mental retardation, psychosis, or any condition affecting the central nervous system, with severe harm to cognitive functions.

2.2 Instruments

To gather descriptive analysis data and evaluation of the homogeneity of the sample we utilized the socio-demographic data questionnaire (QDSD).²⁹ For evaluation of the psychiatric comorbidities and the control of the intervenient variables we utilized the brief standardized interview = *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI)³⁰ and the structured clinical interview for impulse disorders of DSM-IV (SCID-ID).³¹ For primary outcome analysis, we utilized the skin picking scale revised (SPS-R).³² For secondary outcome analysis, we utilized the Beck Anxiety Inventory (BAI)³³, Beck Depression Inventory (BDI),³⁴ Social Adjustment Scale (SAS)³⁵ and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS).³⁶ All the scales are adapted and validated for Brazilian Portuguese, with the exception of SPS-R,

DERS and SCID-ID which are under validation process. The QDSD, MINI and SCID-ID were applied to the patient upon their arrival at the outpatient clinic. All the other were self-report scales and applied at the beginning and at the end of the treatment.

2.3 Interventions

2.3.1 Psychodrama Group Therapy (PGT)

The PGT was structured based upon its two main goals: I) exploring patterns of interpersonal interactions, and II) raising awareness of the internal emotions processing. The first three sessions were dedicated to establishing the therapeutic contract and the group formation. Then, the following sessions alternated between goals I and II, with two sessions dedicated to reviewing the therapeutic at the end of the first and second thirds, and finally the final session dedicated to the therapy's closure. Below, we present a résumé of the sessions content:

Sessions 1, 2 and 3: Presentation of the group (including the therapists), establishing the operating group contract and the application of the primary and secondary evaluation instruments. In addition, we utilized psychodramatic exercises to facilitate the participants' presentation²⁷ and integration of the group. As a general principal, some freedom of content was desirable and allowed, upon agreement between the therapists and the patients, in order to adapt therapy to the patients' timely demands, whenever needed. For example, during the course of the intervention, one patient lost her husband and the session was dedicated to embrace her mourning, as well as any other similar experience ever lived by other participants.

Sessions 4, 6, 9, 11, 13, 16 and 18: The general goal of these sessions was the exposure, comprehension and adaptation of the individual in relation to his or her social universe (their interpersonal interactions) through psychodramatic exercises²⁷. In order to accomplish this, their most significant relationships should be brought and explored dramatically, investigated and analyzed regarding their relation to the excoriation behavior. The goal was to expand the subject's social repertoire, searching for more adapted and satisfactory relationships.

Sessions 7 and 14: First and second third of the treatment, utilized for partial evaluation of the treatment process, the patients had to think about and report what they had learned/developed so far and what they expected to achieve until the end of the treatment.

Sessions 5, 8, 10, 12, 15, 17 and 19: The general goal of these sessions is exposition, comprehension of the patient's emotions and their relation to the excoriation behavior (internal relationships). First, participants were directed to self-exam their emotions at the moment, to name and recognize them. Then, through psychodramatic

exercises they were trained to find alternative healthy ways to express those emotions. ²⁷

Session 20: Termination of the process and evaluation of the work. Dedicated to retrospective analysis of the therapeutic process and prospection of the patients near future.

2.3.2 Support Group Therapy (SGT)

A Support therapy (ST) is an eclectic model of psychotherapy, indicated both for treating patients with severe and chronic disorders (psychotic or with patients with severe social disability) as well as for patients psychiatrically considered healthy, but under emotional crisis or severe distress. ST aims to reinforce defenses and reestablish capacities that have been harmed. It is characterized as a modality of treatment centered in therapeutic relationship and work alliance where the therapist offers support, enlightenment and help in solving problems.³⁷

Studies indicate that this modality of psychotherapeutic treatment, largely utilized both in institutions as well as in private clinics, offers results similar to those of other methods of specific approach, such as dynamic approaches.

The ST method suggests several techniques to be utilized by the therapist to help the patients feel safe, accepted, protected and encouraged in emergency situations, including: ³⁷

- Affectionate and strong leadership;
- Help to develop pleasant activities;
- Adequate rest and diversion;
- Removal of excessive pressure;
- Orientation and advice to deal with present problems.

Some of the interventions are:

- Confrontation (in a friendly manner, aims at dealing with something that the patient is avoidant or non-receptive);
- Encouraging elaboration (the therapist openly requests the patient to develop more on a specific theme);
- Empathic validation (the therapist demonstrates that he or she understands the individual's subjective experiences);
- Advice (the therapists gives direct suggestions as to how the patient should behave or deal with a given situation);

- Praise (reinforcing the patient's initiatives);
- Clarification (re-elaboration or retransmission of a patient's view, organized in a coherent manner).

Support Group therapy (SGT) is an adaptation for the support therapy (ST), utilizing the same techniques and interventions described above.

Both the PGT as well as the SGT were conducted by two experienced therapists in both methodologies.

2.4 Data analysis

The small sample size precluded the assumption of normal distribution for the continuous variables, therefore a decision was made to use non-parametric statistics for all data comparisons. First, the groups homogeneity was tested regarding demographic and clinical profiles at baseline, using either qui-square test or Fisher's test (when expected values were below 5 in more than to cells) for categorical data and Mann-Whitney's U test for continuous or categorical data.

For the outcome analysis, we used nonparametric analysis of ordered categorical data for longitudinal observations for small sample sizes³⁸, using an Excel algorithm available from the Math and Statistical Institute of the University of São Paulo, Brasil.³⁹ To deal with drop-outs and avoid self-selection bias, we used an intention-to-treat (ITT) approach to the primary outcome variable, therefore even if the patient had not finished psychotherapy, at the end of the programmed intervention contact was established by phone-call and the individual was invited to participate in a final assessment with the SPS-R.⁴⁰ ITT was not used with the secondary outcome measures because it would be too lengthy to be carried over by phone. Finally, Spearman's correlation analyses were performed between all outcome variables.⁴¹

3. Results

At baseline, PGT and SGT were homogenous regarding both sociodemographic and clinical profiles. Generally, the full sample was three-quarters Caucasian working females, on their forties, with a Christian background and some college degree, half of them living with a partner (see table 1).

Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of therapy groups

Characteristic	PGT ^a	SGT^b	Total	Test	n
Characteristic	(n=10)	(n=9)	(N=19)	Test	p
Gender:				$\chi^2 = <0.001^{\circ}$	1.000
-Male	3 (30.0%)	2 (22.2%)	5 (26.3%)		
-Female	7 (70.0%)	7 (77.8%)	14 (73.7%)		
Age:				$U=50.0^{d}$	0.720
-Mean (SD)	38.6 (11.3)	40.1 (13.9)	39.3 (12.3)		
Ethnicity:				$\chi^2 = 0.019$	0.891
-Caucasian	8 (80.0%)	6 (66.7%)	14 (73.7%)		
-Others	2 (20.0%)	3 (33.3%)	5 (26.3%)		
Years of formal education:				U=58.5	0.278
-Mean (SD)	12.4 (3.8)	13.8 (4.1)	13.1 (3.9)		
Marital State:				$\chi^2 = 0.048$	0.827
-With partner	4 (40.0%)	5 (55.6%)	9 (47.4%)		
-Without partner	6 (60.0%)	4 (44.4%)	10 (52.6%)		
Work status:				$\chi^2 = 0.019$	0.891
-Working regularly	8 (80.0%)	6 (66.7%)	14 (73.7%)		
-Not working	2 (20.0%)	3 (33.3%)	5 (26.3%)		
Religion:				$\chi^2 = 0.031$	0.861
-Christian	7 (70.0%)	5 (55.6%)	12 (63.2%)		
-Without religious designation	3 (30.0%)	4 (44.4%)	7 (36.8%)		
Frequency of sessions:				U=38.5	0.604
-Mean (SD)	13.0 (6.1)	12.8 (3.7)	12.9 (4.9)		

^a Psychodrama Group Therapy

Regarding the clinical profile, out of the 19 patients, only one had ED only, the median number of psychiatric comorbidities was 3.5, with 06 patients (31.6%) presenting one to two comorbidities, 05 (26,3%) presenting three comorbidities and 07 (36.8%) presenting four to five. The most common were depression (84.2%) and generalized anxiety disorder (73.7%). Impulsive behaviors were also present, mainly binge eating (31.6%), suicide risk (31.6%), and compulsive buying (21.1%). Other comorbidities were identified, but the small numbers did not yield statistical analysis: in the PGT one patient fulfilled criteria for borderline personality disorder (BPD), another patient for social phobia and a third one for bulimia nervosa; in SGT one patient had social phobia, another one substance addiction (cannabis), and a third one particularly severe presented polydrug abuse, compulsive sex and intermittent explosive disorder. Compliance to treatment was fair, with an overall attendance rate of thirteen sessions, and a drop-out rate of 31.6%, with no statistical differences between groups (see table 2). Symptomatically, the two patients with greater difficulties in social relationships and who were designated to the PGT, the one with social phobia and the other with BPD did not complete treatment.

^b Support Group Therapy

^c Qui-square test

^d Mann-Whitney's U test

Table 2. Psychiatric comorbidities, suicide risk and treatment compliance for psychodrama and support therapy groups (N=19)

Variables	PGT (n=10)	SGT (n=9)	Total (N=19)	Test	p
Depression	9 (90.0%)	7 (77.9%)	16 (84.2%)	$\chi^2 = 0.010^d$	0.921
$\mathrm{GAD}^{\mathrm{a}}$	8 (80.0%)	6 (66.7%)	14 (73.7%)	$\chi^2 = 0.019$	0.891
Agoraphobia	3 (30.0%)	4 (44.4%)	7 (36.8%)	$\chi^2 = 0.031$	0.861
$\overline{\mathrm{BED^b}}$	3 (30.0%)	3 (33.3%)	6 (31.6%)	$\chi^2 < 0.001$	1.000
CBD^{c}	3 (30.0%)	1 (11.1%)	4 (21.1%)	$\chi^2 = 0.198$	0.656
Suicide risk	4 (40.0%)	2 (22.2%)	6 (31.6%)	$\chi^2 = 0.114$	0.735
Sessions completed:				$U=38.5^{e}$	0.604
-Mean (SD)	13.0 (6.1)	12.8 (3.7)	12.9 (4.9)		

^a Generalized Anxiety Disorder

About the outcome analysis, both PGT (Z=-2.053, p=0.040, n=10) and SGT (Z=-2.366, p=0.018, n=9) presented significant reductions of skin excoriation according to the SPS-R, additionally the PGT presented improvement at the CGI (Z=-2.121, p=0.034, n=7), but not the SGT (Z=-1.633, p=0.102, n=6). When the groups were analyzed together, the whole sample presented improvement at the SPS-R (p<0.001, N=19), at the CGI (p<0.007, n=13) and at the SAS (p=0.011, n=13), however with no differences between groups (i.e. time x group interaction). Also, there was no statistically relevant change for anxiety, depression symptoms, and emotional regulation throughout treatment (n=13, all ps>0.05, see table 3).

^b Binge Eating Disorder

^c Compulsive Buying Disorder

d Qui-square test

^e Mann-Whitney's U test

Table 3. Outcome analysis of group therapies for excoriation disorder (N=19)^a

Outcome measures	Psychodrama Group Therapy		Support Group Therapy		Within subjects comparison		Interaction (time vs. group)	
	Pre- intervention	Post- intervention	Pre- intervention	Post- intervention	Wald's χ^2	p	Wald's χ^2	p
SPS-R ^b	n = 10	n = 10	n = 9	n = 9	13.068	< 0.001	0.584	0.445
Mean (SD)	18.9 (5.8)	15.6 (6.6)	18.7 (5.2)	13.8 (6.1)				
DERS ^c	n = 7	n = 7	n = 6	n = 6	1.219	0.270	1.779	0.182
Mean (SD)	103.7 (22.2)	96.0 (26.2)	102.2 (27.9)	99.3 (35.0)				
BAI^d	n = 7	n = 7	n = 6	n = 6	0.048	0.827	1.334	0.248
Mean (SD)	17.7 (5.3)	17.6 (8.9)	18.2 (11.4)	21.0 (14.0)				
BDI ^e	n = 7	n = 7	n = 6	n = 6	2.113	0.146	0.623	0.430
Mean (SD)	20.7 (8.2)	15.1 (9.2)	24.2 (9.6)	22.8 (11.4)				
SAS ^f	n = 7	n = 7	n = 6	n = 6	6.428	0.011	0.313	0.576
Mean (SD)	2.2 (0.4)	2.1 (0.7)	2.4 (0.7)	2.2 (0.6)				
Illness severity ^g :					7.342	0.007	0.003	0.9552
 Not assessed 	-	4 (40.0%)	_	3 (33.3%)				
• Absent-borderline	0	2 (20.0%)	0	1 (11.1%)				
Mildly ill	2 (20.0%)	2 (20.0%)	4 (44,4%)	4 (44.4%)				
 Moderate-markedly ill 				0				
Severe-extremely ill	5 (50.0%)	2 (20.0%)	2 (22,2%)	1 (11.1%)				
	3 (30.0%)	0	3 (33,3%)					

^a Nonparametric analysis of ordered categorical data.

^b Skin Picking Scale-Revised

^c Difficulties in Emotion Regulation Scale

^d Beck Anxiety Inventory

^e Beck Depression Inventory

^f Social Adjustment Scale

^g Measured by the Clinical Global Impression scale

The correlational analysis revealed significant correlations between the SPS-R score and the CGI, the DERS and the SAS scores at the beginning of treatment. At the end of treatment, most correlation coefficients retained their magnitude but lost their significance, probably due to the loss of sample power, with the exception of the correlation between the SPS-R and the DERS, that dropped from 0.470 (p=0.042, N=19) at the beginning to 0.167 (p=0.586, n=13) at end of treatment. Moreover, the DERS and the SAS scores had significant correlations between each other and with the BAI and BDI scores both at the beginning and end of treatment. Table 4 presents the main results.

Table 4 - Spearman's correlation analysis between skin picking severity and outcome variables

Beginning of treatment (N=19)							
Correlations	Difficulties in Emotion Regulation Scale	Beck Anxiety Inventory	Beck Depression Inventory	Social Adjustment Scale	Clinician Global Impression		
Skin Picking Scale Revised:	Rho = 0.470 p= 0.042	Rho = 0.303 p= 0.208 End of treatmen	Rho = 0.260 p=0.282 t (n=13)	Rho = 0.472 p= 0.041	Rho = 0.588 p= 0.008		
Correlations	Difficulties in Emotion Regulation Scale	Beck Anxiety Inventory	Beck Depression Inventory	Social Adjustment Scale	Clinician Global Impression		
Skin Picking Scale Revised:	Rho = 0.167 p=0.586	Rho = 0.310 p= 0.302	Rho = 0.319 p=0.288	Rho = 0.438 p=0.155	Rho = 0.722 <u>p=0.008</u>		

4. Discussion

As for the socio-demographic characteristics, the PGT and SGT groups constituted themselves as being in majority Caucasian and female, which matches with the profile previously reported for ED patients.^{2,4} Also in accordance with previous reports, ED patients presented high rates of comorbidities⁸, being more frequent depression and anxiety.⁷

With regards to the treatment, both PGT as well as SGT were effective at treating ED, i.e. both reduced the skin excoriation significantly. However, no statistical difference in improvement was found between the groups. This contradicts the initial hypothesis that PGT would be more efficient than SGT, although it is in accordance with previous studies that indicate that psychotherapy improves excoriation symptoms in ED, regardless of the type of psychotherapy.²³ For both treatments there was no improvement in the status of depression, anxiety or emotional regulation. However, the social adjustment improved for the whole sample.

Interestingly, the excoriation severity correlated significantly with emotional deregulation and social adjustment at the beginning of treatment, but not with anxiety

and depression scores. The magnitude of such correlations were kept at the end of treatment, despite the loss of statistical significance due to the reduction of the sample, except for the correlation between excoriation severity and emotional deregulation, which dropped to almost a third of its original value. Although speculative, one could hypothesize that despite the fact that the treatment did not present a significant reduction in emotional deregulation, it may have provided a disruption on its association with the excoriation behavior. These findings also reinforce the perception that the excoriation severity has a direct relationship to social maladjustment that is independent from the effects of comorbidity with anxiety and depression. As to the fact that emotional regulation did not improve with treatment, possibly it has a characteristic of difficult transformation, or of slow transformation, or even, since it contains multiple dimensions, it may have some relevant dimension for this condition that the scale has not captured. Nevertheless, since it is a pilot study with a small sample, it still is early to conclude for the similarity in efficacy between the treatment models, especially because PGT could be reviewed and modified aiming at a greater specificity and efficacy in the treatment.

It is an innovative study since it indicates that group psychotherapy may be an option for ED treatment. Group treatment has the advantage of being able to treat a larger quantity of people at the same time and with several additional benefits such as exchange of experiences between participants, the feeling of belonging and a decrease in existential solitude. This has been confirmed by the fact that, by the end of the treatment, the great majority of the patients of both groups reported that it had been positive for them to get to know other people with the same problems. Indeed, many exchanged contact information and, especially some of the members of PGT, carried out meetings and even trips together after the termination of the group. The fact that two patients, one with a *borderline* personality trait and another with social phobia, abandoned the psychodrama psychotherapy group due to difficulties of coping may mean that this modality is particularly sensitive for individuals with an exacerbated difficulty of interpersonal interaction.

As to the limitations of the study, it is an open study with a small, convenience sample and without randomization. However, it accomplished its goal as a pilot study, which was to refine the structure of the proposed treatments for future randomized controlled trials. In that regard, it is important to underscore several lessons learned with this experience. First, the number of sessions may be reduced to 15, considering that the average total of sessions attended was around 13 for the whole sample.

Second, the division between sessions dedicated to interpersonal interactions and sessions dedicated to emotions turned out to be artificial and should be dropped since both topics seemed to always overlap.

Third, while retaining some flexibility, which is inherent to psychodrama and the so-called expressive therapies, the time-limited nature of the proposed PGT program for ED treatment may benefit from some structuring by the election of specific activities throughout the start, the middle and the end of intervention. For instance, we perceived that at the beginning of treatment some patients had difficulties in enacting and exposing their challenging life moments. Notably, two patients from the PGT group with the greatest difficulties in social relationships did not finish the intervention. For such situations, psychodrama therapists have proposed that the patient may start by enacting a fictional character and then smoothly progress from talking about a third party to talk about onself.⁴²

Fourth, we observed that usually patients do not bring to therapy the scenes and context in which they engage in self-excoriation. If it happens spontaneously it should be embraced, but the opposite, i.e. early attempts at dramatizing the excoriation behavior must be avoided, because it could reinforce the entrapment in a loop of false understanding: "I excoriate myself because I am distressed, and I am distressed because I excoriate myself". Instead, as the PGT leaves behind the inhibitions of the start and approaches its middle phase, the therapist should gently introduce exercises dedicated to explore patients' core relationships, the so-called social atom. ⁴³ This can be achieved by the empty-chair exercise, in which the patient seats in front of an empty chair and imagines a person, then switch chairs and develops a dialogue with his/her significant other. ⁴⁴ Then, afterwards the therapist has the patients in a good position to suggest the potential links between the way they cope with their life challenges and the excoriation behavior.

Finally, the group's closure must not be neglected, as the patients usually look towards the end of treatment as a return to the vulnerability state prior to treatment, we suggest including an imaginary prospection of the future followed by a dramatizing exercise in which the patients try to envisage his/her situation six months ahead. This exercise aims at identifying high-risk situations, relapse prevention and building self-confidence.⁴⁵

In conclusion, the results do not yield any inference as to whether PGT may have a specific contribution to the treatment of ED. However, the fact that both treatment models were group based and that both achieved a significant clinical response, opens the opportunity for further studying the contribution of group therapy in the treatment of ED. Indeed, group interventions yield the approach of other aspects of the patients' emotions and social interactions, which although are not features of ED core psychopathology, they might as well be important factors in the persistence of the excoriation behavior, as previously suggested.¹⁷ Thus, alongside with the adjustments for PGT pointed above, our findings encourage future studies with larger samples on the ability of group interventions to promote clinical and social improvement in ED by promoting better emotional regulation.

5. Acknowledgements

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

6. References

- (1) Association AP. Diagnostic ans Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Pub; 2013.
- (2) Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. Compr Psychiat. 2010;51:183-186.
- (3) Hayes S, Storch E, Berlanga L. Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. J Anxiety Disord. 2009;23:314-319.
- (4) Tucker BTP, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The skin picking impact project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. J Anxiety Disord. 2011;25:88-95.
- (5) Odlaug BL, Grant JD. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. Gen Hosp Psychistry. 2008b;30:61-66.
- (6) Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, et al. Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. J Clin Psychiatry. 1999;60:454-459.
- (7) Grant JE, Odlaug BL. Update on pathological skin picking. J Anxiety Disord. 2009;11:283-288.
- (8) Arnold M, McElroy SL, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. J Clin Psychiatry. 1998;59: 509-14.
- (9) Flessner CA, Woods DW. Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. Behav Modif . 2006;30: 944-66.
- (10) Neziroglu F, Rabinowitz D, Breytman A, Jacofsky M. Skin picking phenomenology and severity comparisson. J Clin Psychiatry. 2008;40:306-312.
- (11) Snorrason I, Smári J, Olafsson RP. Emotional regulation in pathological skin picking: findings from a non-treatment seeking sample. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2010;172:238-245.
- (12) Roberts S, O'Connor K, Bélanger C. Emotional regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. Clin Psychol Rev. 2013;33:745-762.

- (13) Roberts S, O'Connor K., Aardema F, Bélanger C. The impact of emotions on body-focused repetitive behaviours: evidence from a non-treatment-seeking sample. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2015;46:189-97.
- (14) Bohne A, Wilhelm S, Keuthen N, Baer L, Jenike M. Skin picking in german students: prevalence, phenomenology, and associate charactetistics. Behav Modif. 2002;26,320-339.
- (15) O'Connor KA. Cognitive-behavioral/psychophysiological model of tic disorders. Behav Res Ther. 2002;40:1113-1142.
- (16) O'Connor KA. Cognitive-behavioral management of tic disorders. London: John Wiley; 2005.
- (17) Gupta MA. Emotional regulation, dissociation, and the self-induced dermatoses: clinical features and implications for treatment with mood stabilizers. Clin Dermatol. 2013;31:110-117.
- (18) Stein DJ, Chamberlain SR, Fineberg N. An A-B-C model of habit disorders: Hair-pulling, skin-picking, and other stereotypic conditions. CNS Spectr. 2006;11: 824–827.
- (19) Lang R, Didden R, Machalicek W, et al. Behavioral treatment of chronic skin-picking in individuals with developmental disabilities: a systematic review. Res Dev Disabil. 2010;31:304-315.
- (20) Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin picking disorder. Am J Psychiatry. 2012;169:1143-1149.
- (21) Capriotti MR, Ely LJ, Snorrason I et al. Acceptance-enhanced behavior therapy for excoriation (skin-picking) disorder in adults: a clinical case series. Cognitive and Behavioral Practice. 2015;22:230-239.
- (22) Teng H, Woods D, Twohig M. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: a pilot investigation. Behav Modif. 2006;30:411-422.
- (23) Selles RR, McGuire JF, Small BJ, Storch EA. A sistematic review and metaanalysis of psychiatric treatments for excoriation (skin picking) disorder. Gen Hosp Psychistry. 2016;41:29-37.
- (24) Yalon YD, Leszcz M. Psicoterapia de grupo: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- (25) Navarro MP, Brito B, De Marco D, et al. Terapia tematizada grupal por tempo limitado In: Almeida WC. Grupos: a proposta do psicodrama. São Paulo: Ágora; 1999:127-139.

- (26) Brito V. Um convite à pesquisa: epistemologia qualitativa e psicodrama In: Monteiro AM, Merengué D, Brito V. Pesquisa qualitativa e psicodrama. São Paulo: Ágora; 2006:13-56.
- (27) Moreno JL. Psicoterapia de grupo e psicodrama. Campinas: Livro Pleno; 1999.
- (28) Soeiro A. Psicodrama e psicoterapia. São Paulo: Ágora; 1995.
- (29) Tavares H, Martins SS, Lobo DS, Silveira CM, Gentil V, Hodgins D. Factors at play in faster progression for famae pathological gamblers: an exploratory analysis. J Clin Psychiatry. 2003;464:433-438.
- (30) Amorim P. MINI International Neuropsychiatric Interview: validação de entrevista breve para diagnóstico de transfornos mentais. Rev Bras Psiquiatr. 2000;3:106-115.
- (31) First MB. Structural clinical interview for DSM-IV-TR impulse control disorders not elsewhere classified (SCID-TCIm). New York: Biometrics Research Department/ New York State Psychiatric Institute; 2004.
- (32) Snorrason I, Ólafsson RP, Flessner CA, Keuthen NJ, Franklin ME, Woods DW. The skin picking scale-revised: factor structure and psychometric properties. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2012b;1:133-137.
- (33) Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- (34) Gorenstein C, Andrade A. Inventário de Depressão de Beck Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW (eds.). Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000a:89-95.
- (35) Gorenstein C, Andrade L, Moreno R, et al. Escala de auto-avaliação de adequação Social validação da versão em língua portuguesa. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW (eds.). Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000b:401-414.
- (36) Gratz LG, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26:41-54.
- (37) Cordioli AV, Wagner CJP, Cechin EM, Almeida EA. Psicoterapia de apoio. In: Cordioli AV. Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008:188-203.

- (38) Brunner E, Langer F. Nonparametric Analysis of Ordered Categorical Data in Designs with Longitudinal Observations and Small Sample Sizes. Biom J, 2000;42:663–675.
- (39) Rosa P. Análise não-paramétrica de dados ordinais com medidas repetidas. [Non-parametric analysis of ordered categorical data for repeated measures]. Masters dissertation presented to the Institute of Math and Statistics of the University of São Paulo, Brazil, 2001.
- (40) Heritier SR, Gebski VJ, Keech AC. Inclusion of patients in clinical trial analysis: The intention-to-treat principle. Med J Aust, 2003;179: 438–440.
- (41) Rosner B. Fundamentals of Biostatistics. 3rd. ed. PWS-Kent, Boston: https://doi.org/10.1002/bimj.4710350205, 1993.
- (42) Calvente C. O personagem na psicoterapia. São Paulo: Ágora; 2002.
- (43) Santos AG. Auto-apresentação, apresentação do átomo social, solilóquio, concretização e confronto. In: Monteiro org. Técnicas fundamentais do psicodrama. São Paulo: Brasiliense; 1993.
- (44) Cukier R. Psicodrama bipessoal. São Paulo: Ágora; 1992.
- (45) Crelier, V. Projeção para o futuro. In Monteiro R org. Técnicas fundamentais do psicodrama. São Paulo: Brasiliense; 1993.

9 REFERÊNCIAS

9 REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th Edition. Washington, DC: APA; 2013.

Amorim P. Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22:106-15.

Arbabi M, Farnia V, Balighi K, Mohammadi MR, Nejati-Safa A, Yazdchi K. Efficacy of citalopram in treatment of pathological skin picking, a randomized double blind placebo controlled trial. *Acta Med Iran*. 2008;46:367-72.

Arnold M, Mcelroy SL, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry*. 1998;59: 509-14.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4: 53-63.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56: 893-7.

Bermudez JR. Introdução ao psicodrama. São Paulo: Ágora; 1977.

Bienvenu OJ, Wang Y, Shugart YY, Welch JM, Grados MA, Fyer AJ, Rauch Sl, Mccracken Jt, Rasmussen Sa, Murphy Dl, Cullen B, Valle D, Hoehn-Saric R, Greenberg Bd, Pinto A, Knowles Ja, Piacentini J, Pauls Dl, Liang Ky, Willour Vl, Riddle M, Samuels Jf, Feng G, Nestadt G. *Sapap3* and pathological grooming in humans: results from the OCD collaborative genetics study. *AM J Med Genet*. 2008;150B: 710-20.

Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. BMJ. 1997;314:572.

Bloch M, Elliott M, Thompson H, Koran L. Fluoxetine in pathologic skin-picking: open-label and double-blind results. *Psychosom*. 2001;42:314-9.

Blum AW, Chamberlain SR, Harries MD, Odlaug BL, Redden SA, Grant JE. Neuroanatomical correlates of impulsive action in excoriation (skin-picking) disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2018;30:237-41.

Bohne A, Wilhelm S, Keuthen N, Baer L, Jenike M. Skin picking in German students: prevalence, phenomenology, and associate characteristics. *Behav Modif.* 2002;26: 320-39.

Brigham GS, Feaster DJ, Wakim PG, Dempsey CL. Choosing a control group in effectiveness trials of behavioral drug abuse treatments. *J Subst Abuse Treat*. 2009;37:388-97.

Brito V. Um convite à pesquisa: epistemologia qualitativa e psicodrama. In: Monteiro AM, Merengué D, Brito V. *Pesquisa qualitativa e psicodrama*. São Paulo: Ágora; 2006. p.13-56.

Calvente C. O personagem na psicoterapia. São Paulo: Ágora, 2002.

Capriotti MR, Ely LJ, Snarrason I. Acceptance-enhanced behaviour therapy for excoriation (skin-picking) disorder in adults: a clinical case series. *Cogn Behav Pract*. 2015;22: 230-9.

Conti MA, Scagliusi F, Queiroz GKO, Hearst N, Cordas TA. Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo para o idioma português do modelo da Tripartite Influence Scale de insatisfação corporal. *Cad Saude Publica*. 2010;26:503-13.

Conti MA, Slater B, Latorre MRDO. Tradução, validade e reprodutibilidade da EEICA - Escala de Evaluacion da Insatisfacion Corporal para Adolescentes - no Brasil. *Rev Saude Publica* 2009;43:515-24.

Cordioli AV, Wagner CJP, Cechin EM, Almeida EA. Psicoterapia de apoio. In: Cordioli AV. *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.188-203.

Coutinho J, Ribeiro E, Ferreirinha R, Dias P. Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clin*. 2010;37:145-51.

Crelier V. Projeção para o futuro. In: Monteiro R. (Org.). *Técnicas fundamentais do psicodrama*. São Paulo: Brasiliense; 1993.

Cukier R. *Psicodrama bipessoal: sua técnica, seu terapeuta e seu paciente.* São Paulo: Ágora; 1992.

Cukier R. Sobrevivência emocional: as dores da infância revividas no drama adulto. São Paulo: Ágora; 1998.

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Du Toit PL, Van Kradenburg J, Niehaus DJ, Stein DJ. Characteristics and phenomenology of hair-pulling: an exploration of subtypes. *Compr Psychiatry*. 2001;42(3):247-56.

Etkin A, Egner T, Kalisch R. Emotional processing in anterior cingulate and medical prefrontal cortex. *Trends Cogn Sci.* 2011;15:85-93.

First MB. Structural clinical interview for DSM-IV-TR impulse control disorders nor elsewhere classified (SCID-TCIm). Biometrics Research Department; New York State Psychiatric Institute; 2004.

Flessner CA, Busch AM, Heideman PW, Woods DW. Acceptance enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: Exploring the effects of component sequencing. *Behav Modif.* 2008;32:579-94.

Flessner CA, Mouton-Odum S, Stocker AJ, Keuthen NJ. StopPicking.com: internet-based treatment for self-injurious skin picking. *Dermatol Online J.* 2007;13:3.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996;29:453-7.

Gorenstein C, Andrade L, Moreno R, Bernik M, Nicastri S, Cordás T, Camargo APP. Escala de auto-avaliação de adequação social — validação da versão em língua portuguesa. In: Gorenstein C, Andrade LHSC, Zuardi AW. (eds.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p.401-14.

Grant JE, Chamberlain SR, Redden SA, Leppink BA, Odlaug BL, Kim SW. Nacetylcysteine in the treatment of excoriation disorder. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2016;73: 490-6.

Grant JE, Odlaug BL, Hampshire A, Schreiber LR, Chamberlain SR. White matter abnormalities in skin picking disorder: a diffusion tensor imagins study. *Neuropsychopharmacol.* 2013;38: 763-9.

Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin picking disorder. *Am J Psychiatry*. 2012;169: 1143-9.

Grant JE, Odlaug BL. Chamberlain S, Kim S. A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathological skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30: 396-403.

Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. Lamotrigine treatment of pathologicalskin picking: an open-label study. *J Clin Psychiatry* 2007;68: 1384-91.

Grant JE, Odlaug BL. Update on pathological skin picking. *J Anxiety Disord*. 2009: 283-8.

Grant JE, Redden SA, Chamberlain SR. Cold pressor pain in skin picking disorder. *Psychiatry Res.* 2017;249: 35-8.

Gratz LG, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26: 41-54.

Greenberg L, Paivio S. Working with Emotions in Psychotherapy. New York: Guilford; 1997.

Gupta MA. Emotional regulation, dissociation, and the self-induced dermatoses: clinical features and implications for treatment with mood stabilizers. *Clin Dermatol*. 2013;31: 110-7.

Gupta MA, Vujcic B, Gupta KA. Dissociation and conversion symptoms in dermatology. *Clin Dermatol*. 2017;35: 267-72.

Guy W. Clinical global impression (CGI). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology: revised 1976*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health; 1976. p. 218-22.

Harries MD, Chamberlain SR, Redden SA, Odlaug BL, Blum AW, Grant JE. A structural MRI study of excoriation (skin picking) disorder and its relationship to clinical severity. *Psychiatry Res.* 2017;269:26-30.

Hayes S, Storch E, Berlanga L. Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *J Anxiety Disord*. 2009;23:314-19.

Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res.* 1998;7:323-35.

Heritier SR, Gebski VJ, Keech AC. Inclusion of patients in clinical trial analysis: the intention-to-treat principle. *Med J Aust*. 2003;179:438-40.

Houghton DC, Alexander R, Bauer CC, Woods DW. Abnormal perceptual sensitivity in body-focused repetitive behaviours. *Compr Psychiatry*. 2018;82:45-52.

Keuthen N, Wilhelm S, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, Jenike MA. The Skin Picking Scale: scale construction and psychometric analyses. *J Psychosom Res.* 2001;50: 337-41.

Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr Psychiat*. 2010;51183-6.

Lang R, Didden R, Machalicek W, Rispoli M, Sigafoos J, Lancioni G, Mulloy A, Regester A, Pierce N, Kang S. Behavioral treatment of chronic skin-picking in individuals with developmental disabilities: a systematic review. *Res Dev Disabil*. 2010;31:304-15.

Lochner C, Roos A, Stein DJ. Excoriation (skin picking) disorder; a systematic review of treatment options. *Neuropsych Dis Treat*. 2017;13:1867-72.

Machado MO, Köhler CA, Stubbs B, Nunes-Neto PR, Koyanagi A, Quevedo J, Soares JC, Hyphantis TN, Marazziti D, Maes M, Stein DJ, Carvalho AF. Skin picking disorder: prevalence, correlates, and associations with quality of life in a large sample. *CNS Spectr*. 2018; 23:311-20.

Mann L, James IL. A follow up study on the long-term effect of emotional roleplaying. *J Pers Soc Psychol*. 1968;8:339-42.

Martin EG. *Psicologia do encontro: J. L. Moreno*. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1984.

Mezher A. A abordagem dos valores ético-culturais pelo axiodrama. In: Weil P (org). *A ética dos grupos: contribuição do psicodrama*. São Paulo: Ágora; 2002.

Menegazzo CM, Zuretti MM, Tomasini MA. *Dicionário de psicodrama*. São Paulo: Àgora; 1995.

Miguel EC, Ferrão YA, Rosário MC, Mathis MA, Torres AR, Fontenelle LF, Hounie AG, Shavitt RG, Cordioli AV, Gonzalez CH, Petribú K, Diniz JB, Malavazzi DM, Torresan RC, Raffin AL, Meyer E, Braga DT, Borcato S, Valério C, Gropo LN, Prado HS, Perin EA, Santos SI, Copque H, Borges MC, Lopes AP, Silva ED. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30:185-96.

Moreno JL. Psicoterapia de grupo e psicodrama. Campinas: Livro Pleno; 1999.

Moreno JL. Quem sobreviverá? Goiânia: Dimensão, 1992. v.1.

Moritz S, Fricke S, Treszl A, Wittekind CE. Do it yourself! Evaluation of self-help habit reversal training versus decoupling in pathological skin picking: a pilot study. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2011:41-7.

Navarro MP, Brito B, De Marco D, Monteiro L, Mascarenhas M, Ribeiro M, Blecher M, Mancini R, Jubelini S, Guedes V. Terapia tematizada grupal por tempo limitado In: Almeida WC. *Grupos: a proposta do psicodrama*. São Paulo: Ágora; 1999.

O'Connor KA. Cognitive-behavioral/psychophysiological model of tic disorders. *Behav Res Ther.* 2002;40:1113-42.

O'Connor KA. Cognitive-behavioral management of tic disorders. London: John Wiley; 2005.

Odlaug BL, Grant JD. Trichotillomania and pathologic skin picking: clinical comparisson with an examination of comorbidity. *Ann. Clin. Psychiatry*. 2008a;20:57-63.

Odlaug BL, Grant JD. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *Gen Hosp Psychistry*. 2008b;30: 61-6.

Odlaug BL, Hampshire A, Chamberlain SR, Grant J. Abnormal brain activation in excoriation in excoriation (skin picking) disorder; evidence from an executive planning fMRI study. *Br J Psychiatry*. 2016;168-74.

Odlaug BL, Lust K, Schreider BA, Christenson G, Derbyshire K, Grant J. Skin picking disorder in university students: health correlates and gender differences. *Gen Hosp Psychistry*. 2013;35:168-73.

Odlaug BL, Chamberlain SR, Grant JE. Motor inhibition and cognitive flexibility in pathologic skin picking. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010;34:208-11.

Özten E, Sayar GH, Eryilmaz G, Kagan G, Isik S, Karamustafalioglu O. The relationship of psychological trauma with trichotillomania and skin picking. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:1203-10.

Penzel F. *The hair-pulling problem: a complete guide to trichotillomania*. New York: Oxford University Press; 2003.

Pozza A, Giaquinta N, Dèttore D. Borderline, avoidant, sadistic personality traits and emotional dysregulation predict different pathological skin picking subtypes in a community sample. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12: 1861-7.

Ricketts EJ, Snorrason I, Rozenman M, Colwell CS, Mccracken JT, Piacentini J. Sleep functioning in adults with trichotillomania (hair-pulling disorder), excoriation (skin-picking) disorder, and a non-affected comparison sample. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2017;13:49-57.

Roberts S, O'Connor K, Bélanger C. Emotional regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. *Clin Psychol Rev.* 2013;33:745-62.

Roberts S, O'Connor K., Aardema F, Bélanger C. The impact of emotions on body-focused repetitive behaviours: evidence from a non-treatment-seeking sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2015;46:189-97.

Roberts S, O'Connor K, Aaderma F, Bélanger C, Courchesne C. The role of emotional regulation in body-focused repetitive behavior. *Cogn Behav Ther*. 2016;9:1-17.

Roos A, Grant JE, Fouche JP, Stein DJ, Lochner C. A comparison of brain and cortical thickness in excoriation (skin picking) disorder and trichotillomania (hair pulling disorder) in women. *Behav Brain Res.* 2015;279:255-8.

Rosa P. Análise não-paramétrica de dados ordinais com medidas repetidas [dissertação]. São Paulo: Instituto de Matemática e Estatística, Universidade de São Paulo; 2001.

Rosner B. Fundamentals of biostatistics. 3a. ed. Boston: PWS-Kent; 1993.

Rufer M, Hand I, Braatz A, Alsleben H, Fricke S, Peter H. A prostective study of alexithymia in obsessive-compulsive patients treated with multimodal cognitive-behavioral therapy. *Psychother Psychosom*. 2004;73:101-6.

Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.986-8.

Safer DL, Hugo EM. Designing a control for a behavioral group therapy. *Behav Ther.* 2006;37:120-30.

Santos AG. Auto-apresentação, apresentação do átomo social, solilóquio, concretização e confronto. In: Monteiro R (org.). *Técnicas fundamentais do Psicodrama*. São Paulo: Brasiliense; 1993.

Schwartz CE, Chesney MA, Irvine MJ, Keefe FJ. The control group dilemma in clinical research: applications for psychosocial and behavioral medicine trials. *Psychosom Med.* 1997;59:362-71.

Schienle A, Übel S, Wabnegger A. Neuronal responses to the scratching and caressing of one's own skin in patients with skin-picking disorder. *Hum Brain Mapp*. 2017; 39:1263-9.

Schienle A, Potthoff J, Wabnegger A. Voxel-based morphometry analysis of structural brain scans in skin-picking disorder. *Compr Psychiatry*. 2018;84:82-6.

Schienle A, Übel S, Wabnegger A. Visual symptom provocation in skin picking disorder: an fMRI study. *Brain Imaging Behav.* 2018;12:1504-12.

Schienle A, Zorjan S, Übel S, Wabnegger A. Prediction of automatic and focused skin picking based on a trait disgust and emotion dysregulation. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2018;16:1-5.

Schore A. Affected dysregulation and disorders of the self. New York: W. W. Norton; 2003.

Schuck K, Keijsers PJ, Rinck M. The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: a randomized comparison to wait-list control. *Behav Res Ther.* 2011;49:11-7.

Schumer MC, Bartley CA, Bloch MH. Systematic review of pharmacological and behavioral treatments for skin picking disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2016;36:147-51.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Herguetta T, et al. Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:20-33.

Shusterman A, Feld L, Baer L, Keuthen N. Affective regulation in trichotillomania: evidence from a large-scale internet survey. *Behav Res Ther*. 2009;47:637-44.

Selles RR, Mcguire JF, Small BJ, Storch EA. A sistematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation (skin picking) disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;41:29-37.

Singh S, Wetterneck CT, Williams MT, Knott LE. The role of shame and symptom severity on quality of life in obsessive-compulsive and related disorders. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2016;11:49-55.

Simeon D, Stein D, Gross S, Islam N, Schmeidler J, Hollander E. A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *J Clin Psychiatry*. 1997;58:341-7.

Snorrason I, Smári J, Olafsson RP. Motor inhibition, reflection impulsivity, and trait impulsivity in pathological skin picking. *Behav Ther*. 2011;42:521-32.

Snorrason I, Smári J, Olafsson RP. Emotion regulation in pathological skin picking: findings from a non-treatment seeking sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010;4:238-45.

Snorrason Í, Ólafsson RP, Flessner CA, Keuthen NJ, Franklin ME, Woods DW. The skin picking scale-revised: factor structure and psychometric properties. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2012;1:133-7.

Snorrason I, Olafsson R, Flessner C, Keuthen C, Franklin M, Woods D. The Skin Picking Impact Scale: factor structure, validity and development of a short version. *Scand J Psychol.* 2013,54:344-8.

Soeiro A. Psicodrama e psicoterapia. São Paulo: Ágora; 1995.

Stein DJ, Chamberlain SR, Fineberg N. An A-B-C model of habit disorders: hair-pulling, skin-picking, and other stereotypic conditions. *CNS Spectr.* 2006;11:824-7.

Stein DJ, Hermesh H, Eilam D, Segalas C, Zohar J, Menchon J, Nesse RM. Human compulsivity: a perspective from evolutionary medicine. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016;26:869-76.

Tavares H, Martins SS, Lobo DS, Silveira CM, Gentil V, Hodgins D. Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:433-8.

Teixeira PC, Matsudo S, Hearst N, Cordas TA, Conti AM. Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo da versão brasileira do "The Commitment Exercise Scale". Rev Psiquiatr Clin. 2011;38:24-8.

Teng H, Woods D, Twohig M. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: a pilot investigation. *Behav Modif.* 2006;30:411-22.

Toledo EL, Taragano R, Cordás TA, Abreu CN, Hearst N, Conti MA. Adaptação transcultural da "Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale" para o idioma português (Brasil). *Rev Psiq Clín*. 2011;38:178-83.

Tucker BTP, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The skin picking impact project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord*. 2011;25:88-95.

Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for cronic skin picking. *Behav Res Ther*. 2006;44:1513-22

Wabnegger A, Übel S, Suchar G, Schienle A. Increased emotional reactivity to effective pictures in patients with skin-picking disorder: evidence from a functional magnetic resonance imaging. *Behav Brain Res.* 2018;336:151-5.

Walther MR, Flessner CA, Conelea CA, Woods DW. The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. *J Behav Ther & Exp Psychiat*. 2009;40:127-35.

Weingarden H, Renshaw KD. Shame in the obsessive compulsive related disorders: a conceptual review. *J Affect Disord*. 2015;171:74-84.

Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33:1111-5.

Wilson J. PTSD and complex PTSD. Symptoms, syndromes and diagnoses. In: Wilson J, Keane T. ed. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press, 2004.

Yalon YD, Leszcz M. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2006.