EDSON LUIZ DE TOLEDO

**Avaliação do tratamento cognitivo-comportamental estruturado
para grupo de pacientes com tricotilomania**

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
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Toledo, Edson Luiz de

Avaliação do tratamento cognitivo-comportamental estruturado para grupo de
pacientes com tricotilomania / Edson Luiz de Toledo. -- São Paulo, 2014.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São
Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientador: Hermano Tavares.

Descritores: 1.Tricotilomania/terapia 2.Terapia cognitiva 3.Psicoterapia de
grupo 4.Transtorno obsessivo-compulsivo 5.Transtornos do controle de impulsos

USP/FM/DBD-007/14

DEDICATÓRIA

Para:

José Rodrigues que, na minha primeira infância, segurou minha mão ajudando-me a dar meus primeiros passos (*in memoriam*).

José Eduardo, que, embora não entenda dessas coisas da psique, respeita minhas escolhas.

José Guilherme, que, pelo seu apoio incondicional, tem-me propiciado a oportunidade de caminhar por trilhas desconhecidas.

AGRADECIMENTOS

Expressamos aqui o reconhecimento às inúmeras pessoas que colaboraram na elaboração deste estudo nas suas diferentes fases. De forma especial, agradecemos:

Ao Prof. Dr. Hermano Tavares, por ter acreditado e orientado este projeto desde o seu início e me ensinado tanto sobre pesquisa clínica. Um exemplo a ser seguido pela sua dedicação e pelo seu interesse em nossa formação acadêmica.

Ao Dr. Cristiano Nabuco de Abreu, por ter me apresentado à terapia cognitivo-comportamental e colaborado na elaboração do programa de TCC para o grupo deste projeto, bem como, o seu persistente estímulo e incentivo na busca do meu aprimoramento técnico e profissional. Um amigo inspirador.

A Enilde De Togni Muniz, minha querida parceira, não só por ser minha coterapeuta neste projeto, mas, também, por colaborar na logística relacionada à organização e formação dos grupos de atendimentos dos pacientes com tricotilomania. Uma excelente ouvinte de minhas angústias e indagações.

A Mirella Martins de Castro Mariani, psicóloga e assistente do Departamento de Psiquiatria da FMUSP, pelo seu carinho e empenho em sempre conseguir o tão precioso tempo na agenda do Prof. Dr. Tavares.

A todos os colaboradores do PRO-AMITI, que direta ou indiretamente contribuíram com este projeto. Em especial, à Daniela Rossini e equipe de psicólogas que triaram os pacientes, ao Dr. Antônio Marcelo Cabrita de Brito e equipe de psiquiatras e residentes, que fizeram as avaliações e acompanhamento médico, à Mariana Marques, em nome de todas as secretárias que passaram pelo ambulatório, que secretariaram ao longo deste projeto todas as fases dos agendamentos dos pacientes.

À Eliza Sumie Sogabe Fukushima e equipe, pela paciência em me abastecer de preciosas informações ao longo de todo o caminho da pós-graduação no IPq.

À Erika Hazome Hayashi e equipe da biblioteca do IPq, pela eficiência e presteza ao colaborar nas minhas buscas bibliográficas ao longo de todo esse percurso, bem como pela revisão bibliográfica.

A Valquíria Dias, pela revisão e diagramação deste texto, fases as quais os sentidos já estão contaminados pelo vício do tempo percorrido na elaboração deste estudo.

Ao José Guilherme Nogueira da Silva, pela paciência e compreensão durante todo o tempo que foi necessário para gerar este trabalho, principalmente, as noites mal dormidas.

Aos amigos presentes: Erick, Fafá, Fernando, Gastão, Mônica, Virginia, Cléo Daher, Cidinha e a todos aqueles não tão presentes, mas que, quando nos reencontramos, é sempre uma alegria só.

Aos pacientes, anônimos, sem os quais este estudo não seria possível.

E a Deus, por todos estes amigos e por mais esta conquista.

“Dizemos aos confusos, conhece-te a ti mesmo, como se conhecer-se a si mesmo não fosse a quinta e mais dificultosa operação das aritméticas humanas, dizemos aos abúlicos, querer é poder, como se as realidades bestiais do mundo não se divertissem a inverter todos os dias a posição relativa dos verbos, dizemos aos indecisos, começar pelo princípio, como se esse princípio fosse a ponta sempre visível de um fio mal enrolado que bastasse puxar e ir puxando até chegarmos à outra ponta, a do fim, e como se, entre a primeira e a segunda, tivéssemos tido nas mãos uma linha lisa e contínua em que não havia sido preciso desfazer nós nem desenredar estrangulamentos, coisa impossível de acontecer na vida dos romances e, se uma outra frase de efeito é permitida, nos romances da vida...”

Comecemos pelo princípio, e parecia que só faltava que um e outro se sentassem à bancada, a modelar bonecos entre uns dedos subitamente ágeis e exactos, como a antiga habilidade recuperada de uma longa letargia. Puro engano de inocentes e desprevenidos, o princípio nunca foi a ponta nítida e precisa de uma linha, o princípio é um processo lentíssimo, demorado, que exige tempo e paciência para se perceber em que direção que ir, que tentei o caminho como um cego, o princípio é só o princípio...”

José Saramago
(A caverna, 2000)

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

1 INTRODUÇÃO.....	2
1.1 A classificação da TTM.....	4
1.2 Comorbidades Psiquiátricas.....	9
1.3 Tratamentos da TTM.....	12
1.3.1 Psicofarmacologia.....	13
1.3.2 Hipnose.....	14
1.3.3 Psicoterapia.....	15
1.3.3.1 Abordagem Psicodinâmica.....	16
1.3.3.2 Abordagem Comportamental.....	17
1.3.3.3 Abordagem Cognitiva.....	26
1.3.3.4 Abordagem Cognitivo-comportamental.....	29
1.3.3.5 Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo.....	32
1.3.3.6 Considerações Acerca da Escolha pelo Ensaio Clínico.....	35
1.3.3.7 Proposta para Tratamento da TTM em Grupo.....	36
2 OBJETIVOS.....	40
2.1 Hipóteses.....	40
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	43
3.1 Descrição do Ambulatório.....	43
3.2 Seleção da Amostra.....	44
3.2.1 Critérios de Inclusão.....	44
3.2.2 Critérios de Exclusão.....	45
3.2.3 Distribuição da Amostra.....	46
3.2.4 Investigação das Variáveis de Pesquisa.....	48

3.2.5 Dados para análise descritiva da amostra.....	50
3.2.5.1 Questionário de Dados Sociodemográficos – QDSD.....	50
3.2.6 Análise de Desfecho Primário	51
3.2.6.1 Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale – MGH-HPS.....	51
3.2.7 Análise de Desfecho Secundário	52
3.2.7.1 Escala de Impressão Clínica Global - CGI.....	52
3.2.7.2 <i>Beck Depression Inventory</i> - BDI	52
3.2.7.3 <i>Beck Anxiety Inventory</i> - BAI.....	53
3.2.7.4 Escala de Adequação Social – EAS	54
3.2.8 Avaliação de Comorbidades Psiquiátricas e Controle de Variáveis Intervenientes	55
3.2.8.1 <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> - MINI	55
3.2.8.2 <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i> - SCID-1	55
3.2.9 As Intervenções Psicoterápicas	56
3.2.9.1 Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo -TCC-G.....	56
3.2.9.2 Terapia de Apoio em Grupo -TA-G	65
3.2.10 Atendimento Psiquiátrico.....	68
3.2.11 Cálculo de Tamanho Amostral	68
3.2.12 Análise Estatística	70
3.2.13 Análise de Risco e Implicações Éticas	71
4 RESULTADOS	73
5 DISCUSSÃO.....	86
6 CONCLUSÃO	92
7 ANEXOS.....	94
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94
ANEXO B – Questionário Sociodemográfico	98
ANEXO C – <i>Massachusetts General Hospital</i> – HPS.....	105
ANEXO D - Escala de Impressão Clínica Global.....	107
ANEXO E – <i>Beck Depression Inventory</i>	108
ANEXO F – <i>Beck Anxiety Inventory</i>	110
ANEXO G – Escala de Adequação Social	111
ANEXO H - <i>MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version 5,0 do DSM IV.</i>	131

ANEXO I - Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV-Transtorno de Controle do Impulso não Especificado.....	133
ANEXO J – Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Tratamento de Pacientes com Tricotilomania.....	134
8 REFERÊNCIAS	208

APÊNDICES

APÊNDICE A - Aprovação do Projeto de Pesquisa pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPESQ)

APÊNDICE B – Aprovação da Solicitação de Mudança do Pesquisador Responsável para o Prof. Dr. Hermano Tavares

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	<i>Acceptance and Commitment Therapy</i>
AEBT	<i>Acceptance-Enhanced Behavior Therapy</i>
ANOVA	Análise de Variância
APA	<i>American Psychiatry Association</i>
BA	Ativação Comportamental
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CaPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CBT	<i>Cognitive-Behavioral Therapy</i>
CGI	Escala de Impressão Clínica Global
CID-10	Classificação Internacional de Doenças Mentais, 10ª Edição
DBT	Terapia Comportamental Dialética
DP	Desvio-Padrão
DSM-III-R	Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – 3ª Edição Revisada
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – 4ª Edição
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – 4ª Edição Revisada
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – 5ª Edition</i>
EAS	Escala de Adequação Social
FAP	Psicoterapia Analítico-Funcional
GCBT	<i>Group Cognitive-behavioral therapy</i>
IPq-HCFMUSP	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ISRS	Inibidor Seletivo da Recapitação da Serotonina
MGH-HPS	<i>Massachusetts Geral Hospital – Hairpulling Scale</i>

MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0</i>
PRO-AMITI	Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso
QDSD	Questionário de Dados Sociodemográficos
SCID	<i>Structural Clinical Interview for DSM-IV</i>
SCID-TCIm	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-1) – Transtorno Controle do Impulso</i>
SGT	<i>Supportive Group Therapy</i>
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TA-G	Terapia de Apoio em Grupo
TC	Terapia Comportamental
TCog	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitivo-comportamental
TCC-G	Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo
TCI	Transtornos do Controle dos Impulsos
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEI	Transtorno Explosivo Intermitente
TOC	Transtorno Obsessivo-compulsivo
TRH	Treinamento de Reversão de Hábito
TTM	Tricotilomania/ <i>Trichotillomania</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Fluxograma da distribuição do Grupo Experimental e do Grupo Controle	48
Figura 2 -	Gráfico de interação entre grupos para MGH-HPS	83
Figura 3 -	Gráfico de interação entre grupos para BDI.	83
Figura 4 -	Gráfico de interação entre grupos para BAI.....	84
Figura 5 -	Gráfico de interação entre grupos para a EAS.	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição das intervenções típicas do Programa de Terapia de Apoio em Grupo.....	67
Tabela 2 –	Distribuição de variáveis sociodemográficas dos grupos experimental e controle de pacientes com tricotilomania.....	74
Tabela 3 -	Distribuição de características clínicas dos grupos experimental e controle.....	75
Tabela 4 -	Distribuição de comorbidades clínicas dos grupos experimental e controle (teste qui-quadrado).	76
Tabela 5 -	Distribuição das dosagens das medicações utilizadas no tratamento dos grupos controle e experimental	79
Tabela 6 -	Comparação do desfecho para os Grupos Experimental e Controle de pacientes com Tricotilomania, ANOVA para medidas repetidas.	81
Tabela 7 -	Distribuição das variáveis de avaliação da CGI do pós-tratamento dos grupos controle e experimental de pacientes com tricotilomania.....	82

Toledo EL. *Avaliação do tratamento cognitivo-comportamental estruturado para grupo de pacientes com tricotilomania* [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

Tricotilomania (TTM) é um transtorno prevalente e incapacitante caracterizado pelo repetitivo arrancar de cabelo, sendo, atualmente, classificada no grupo dos transtornos relacionados ao transtorno obsessivo-compulsivo (APA, 2013). Diversos estudos foram apresentados na literatura clínica, sugerindo que a TTM é mais comum do que se acreditava e várias propostas de tratamento foram apresentadas. As pesquisas do comportamento em pacientes com TTM têm focalizado seus fatores mantenedores. Entretanto, devemos considerar o potencial papel das cognições que podem operar junto com variáveis de comportamento, na etiologia e manutenção da TTM. Exceto por três estudos controlados para Terapia de Reversão de Hábito, até o momento, não foram publicados estudos controlados sobre o uso de Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) em TTM; apenas relatos e séries de casos. O presente estudo teve como objetivo testar um programa manualizado de TCC em Grupo (TCC-G) para portadores de TTM, diagnosticados de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – 4ª Edição (DSM-IV). Os pacientes com TTM foram alocados aleatoriamente em um dos dois grupos, sendo que um grupo experimental (n=22) participou de TCC-G e o outro grupo controle (n=22) participou de Terapia de Apoio em Grupo (TA-G). Durante o estudo, os participantes do grupo experimental participaram de vinte e duas sessões de um programa de TCC-G manualizado. A principal variável de desfecho foi a *Massachusetts General Hospital Hair Pulling Scale* (MGH-HPS), as demais variáveis secundárias de desfecho foram: Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory* - BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory* - BAI), Escala Adequação Social (EAS) e Escala de Impressão Clínica Global (CGI). Os grupos experimental e controle foram comparados em três momentos: na triagem, no início e no final das intervenções, utilizando-se análise de variância (ANOVA) para medidas repetidas. Ambos os grupos apresentaram melhora significativa dos sintomas de TTM e depressão ao longo do tratamento ($p < 0,001$). Sintomas ansiosos e ajustamento social não apresentaram variação significativa. O grupo experimental mostrou uma redução significativamente maior dos sintomas de TTM em comparação com o grupo controle ($p = 0,038$) ao fim do tratamento. Conclui-se que a TCC-G é um método válido para o tratamento da TTM. Revisões futuras e ampliações deste modelo devem ser realizadas para que esse possa abarcar de forma mais eficaz a sintomatologia concorrente, em especial, ansiedade, e o ajustamento social.

Descritores: Tricotilomania/terapia; Terapia cognitiva; Psicoterapia de grupo; Transtorno obsessivo-compulsivo; transtorno do controle de impulsos.

SUMMARY

Toledo EL. *Assessment of structured cognitive-behavioral therapy in a group of patients with trichotillomania* [Dissertation] São Paulo: University of São Paulo School of Medicine; 2014.

Trichotillomania (TTM) is a prevalent, disabling disorder, characterized by repetitive hair pulling, which is now included in the obsessive-compulsive and related disorders chapter of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition, DSM-V). There is now evidence that TTM is more common than previously believed, and various treatments have been proposed. Behavioral studies in TTM patients have focused on their maintaining factors. However, it is possible that variables related to cognition, as well as those related to behavior, play a role in etiology and maintenance of TTM. With the exception of three studies of habit reversal therapy, there have been no controlled studies of cognitive-behavioral therapy (CBT) in TTM. The present study aimed to investigate the effectiveness of manual-based group CBT (GCBT), in comparison with that of supportive group therapy (SGT), in 44 patients diagnosed with TTM according to DSM-IV criteria. Patients were randomly allocated to receive 22 sessions of manual-based GCBT (n=22) or SGT (n=22). The main outcome variable was the Massachusetts General Hospital - Hairpulling Scale score. Secondary outcome variables were the Beck Depression and Anxiety Inventory scores, as well as the Social Adjustment Scale-Self-Report score and the Clinical Global Impression score. Using analysis of variance for repeated measures, we compared the two groups at three time points: at the initial screening; at treatment initiation; and at the end of treatment. After treatment, both groups showed significant improvement in symptoms of TTM and depression ($p<0.001$), although there were no significant differences in terms of social adjustment or symptoms of anxiety. The improvement in TTM symptoms was more pronounced in the GCBT group than in the SGT group ($p=0.038$). We conclude that GCBT is a valid method for the treatment of TTM. However, the GCBT treatment model should be revised and expanded in order to treat TTM comorbidities, especially anxiety and social dysfunction, more effectively.

Descriptors: Trichotillomania/therapy; Cognitive Therapy; Psychotherapy group; Obsessive-compulsive disorder; Impulse control disorders.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Embora a tricotilomania (TTM) esteja presente nos textos hipocráticos (Epidemias I e III), foi só em 1889 que o quadro despertou interesse médico e psicológico quando o dermatologista francês François H. Hallopeau descreveu o comportamento de um jovem que arrancou os pelos do corpo e começou a arrancar os cabelos, sugerindo o nome de TTM. Termo derivado do grego [*thrix* (cabelo), *tillein* (arrancar) e mania (loucura)] descreve um comportamento caracterizado pelo impulso mórbido de arrancar os pelos corporais (Christenson & Mansueto, 1999). Porém, foi apenas em 1987, quase um século depois, que o quadro foi reconhecido como uma entidade distinta pela *American Psychiatric Association* (APA, 1987), sendo incluída no DSM-III-R na categoria dos transtornos dos impulsos não classificados em outro local.

Segundo o DSM-IV (APA, 1994), o diagnóstico para TTM requer: (a) comportamento recorrente de arrancar os cabelos, resultando em perda capilar perceptível; (b) sensação de tensão crescente, imediatamente antes de arrancar os cabelos ou quando o indivíduo tenta resistir ao comportamento; (c) prazer, satisfação ou alívio ao arrancar os cabelos; (d) o distúrbio não é melhor explicado por outro transtorno mental, nem se deve a uma condição médica geral (por exemplo: uma condição dermatológica) e (e) o distúrbio causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da

vida do indivíduo. Embora a descrição da CID-10 – Classificação Internacional de Doenças Mentais e do Comportamento, 10ª Edição (OMS, 1992) para TTM seja consistente com os critérios diagnósticos do DSM-IV, ela não menciona angústia associada ou prejuízo no funcionamento social.

Embora o DSM-IV não mencione, não é só o arrancar cabelo que caracteriza a TTM, o comportamento tricotilomaniaco pode acontecer em qualquer local do corpo que tenha pelos e, frequentemente, em locais múltiplos, como couro cabeludo, cílios, sobrancelhas, região púbica, extremidades, axila e abdômen (Christenson, 1995; Scholsser *et al.*, 1994), e estados afetivos negativos e atividades sedentárias ou contemplativas são referidos como desencadeadores iniciais ou exacerbadores do comportamento de arrancar cabelo (Christenson *et al.*, 1993).

Os prejuízos funcionais da TTM são pouco comentados sobre a TTM. Adultos com TTM relatam o impacto negativo causado na vida acadêmica, no trabalho e no funcionamento social, baixa perspectiva profissional e perda de dias de trabalho na carreira (Seedat & Stein, 1998, Woods *et al.*, 2006a). Adultos também relatam gastar consideráveis recursos financeiros com métodos para ocultar a falha causada, assim como tratamentos com diferentes graus de sucesso (Wetterneck *et al.*, 2006). A TTM pode também afetar negativamente o funcionamento familiar, reforçando o sigilo ou o envolvimento negativo da família na sua compreensão, o que pode contribuir para o estresse e exacerbar os sintomas da TTM (Moore *et al.*, 2009; Stemberger *et al.*, 2000).

A literatura existente em TTM é crescente, o aumento das pesquisas em TTM é resultado, em parte, pela maior consciência de que os sintomas são mais comuns do que se acreditava. Grandes estudos epidemiológicos sobre TTM precisam ser realizados, embora estudos menores sugiram afetar de 0,6 a 3,5% dos adolescentes e adultos jovens (Christenson *et al.*, 1991b), as taxas entre crianças mais jovens são desconhecidas (Tolin *et al.*, 2007).

Em um estudo da prevalência para transtornos do controle dos impulsos (TCIs) com 204 pacientes psiquiátricos, Grant *et al.* (2005) encontraram uma taxa de prevalência de 3,4% para TTM atual e 4,5% ao longo da vida, esta pequena diferença entre as duas taxas pode ser uma indicação indireta do caráter crônico da TTM.

Mais recentemente, Duke *et al.* (2009) avaliaram a prevalência de TTM em 830 adultos, embora eles relatem que apenas 0,6% do total da amostra preenchiam todos os critérios para TTM, 6,5% do total da amostra relatou que, em algum momento, tiveram comportamentos tricotilomaníacos e 1,2 % manifestaram comportamento clinicamente significativo.

1.1 A classificação da TTM

A TTM encontrava-se, até recentemente, classificada entre os Transtornos do Controle do Impulso (TCI). Os TCI caracterizam-se por um fracasso em resistir a um impulso ou tentação de executar um ato perigoso

para a própria pessoa, ou para outros. Em geral, o indivíduo sente uma tensão crescente antes da realização do ato e prazer ou alívio após a sua realização. Depois da realização deste ato, pode ou não haver arrependimento, autorrecriinação ou culpa. O DSM-IV-TR (APA, 2000) especifica cinco categorias de TCI: Transtorno Explosivo Intermitente, Cleptomania, Piromania, Jogo Patológico, TTM e uma sexta categoria residual denominada TCI sem outra especificação em que são classificados transtornos ainda sem critérios diagnósticos específicos definidos, como Oniomania, Impulso Sexual Excessivo, Dermatotilexomania, etc.

Encontramos estudos questionando a classificação da TTM, se seria um TCI ou seria uma variante do TOC, principalmente pela semelhança entre a natureza incontrolável e repetitiva do ato de arrancar cabelo com as compulsões do TOC. A classificação da TTM como um transtorno do espectro obsessivo-compulsivo também se baseia em elevadas taxas (10,7 a 16,0%) de comorbidade com TOC (Woods *et al.*, 2006b; Christenson, 1995; Swedo & Leonard, 1992a). Estes autores tendem a ver o comportamento de arrancar cabelo como uma compulsão irracional, vivenciada como um desejo irresistível acompanhado de ansiedade que leva o paciente a repetir o comportamento seguidamente (Christenson *et al.*, 1991a; Swedo & Leonard, 1992a).

Além disso, um estudo com 2.579 estudantes universitários encontrou uma taxa de prevalência de 0,6% de TTM, desses, somente 12% dos portadores de TTM endossavam os critérios B e C do DSM-IV, respectivamente, tensão prévia e alívio posterior à realização do ato

impulsivo (neste caso, arrancar cabelos). Este pareamento tensão/alívio é considerado um fenômeno central na definição dos TCI, por isso os autores concluem que os critérios diagnósticos do DSM-IV para TTM podem ser restritivos demais e que sua psicopatologia não se sobrepõe perfeitamente à estrutura diagnóstica dos TCI (Christenson *et al.*, 1991a). Alguns investigadores inclinam-se mesmo a conceituar TTM como uma variante do TOC e não como um TCI (Jenike, 1989; Swedo & Leonard, 1992a).

Por outro lado, pesquisadores também têm argumentado que TTM e TOC representam diagnósticos distintos, ao contrário da natureza repetitiva e intrusiva da obsessão no TOC, eles propõem que a TTM não é caracterizada por pensamentos intrusivos e persistentes em relação ao ato de arrancar cabelo e que ela é percebida como egossintônica (Franklin *et al.*, 2008).

A natureza do comportamento repetitivo na TTM é, geralmente, limitada ao ato de arrancar cabelo, já às compulsões do TOC são respostas repetitivas e/ou estereotipadas emitidas para prevenir ou eliminar obsessões e/ou a ansiedade, assim, deste ponto de vista, as compulsões ocorrem sob controle de reforçamento negativo, à medida que eliminam/aliviam as obsessões e a ansiedade (Vermes & Zamignani, 2002), enquanto a maioria dos pacientes descreve o ato de arrancar cabelo como agradável ou satisfatório de alguma forma. Assim, a TTM, por sua vez, é mais susceptível de ser mantida por reforço positivo, pois, habitualmente, seus portadores relatam experimentar prazer quando envolvidos em atividade lúdica ou

relaxante (ver TV, leitura, etc.) enquanto, simultaneamente, arrancam cabelos (Franklin *et al.*, 2008, Hollander *et al.*, 2000b; Stein *et al.*, 1993).

Estudos genéticos, apesar de não serem ainda conclusivos, podem propiciar uma melhor compreensão da natureza e da classificação da TTM. Trabalhos com modelos animais utilizaram cobaias cujo gene da proteína SAPAP3 foi especificamente suprimido (*knock-out mice*). Animais com estas características específicas apresentam sinais de ansiedade elevada e exacerbação de comportamentos de autocuidado (*grooming behaviors*), como lambeduras, arrancar de pelos e garras, ao ponto de produzirem autolesões, como dermatites e rarefação localizada da pelagem. Estes sintomas são reduzidos com a administração de fluoxetina (Wang *et al.*, 2011). Dois estudos investigaram a presença de polimorfismos genéticos para SAPAP3 em seres humanos.

Züchner e colaboradores (2009) encontraram uma frequência significativa de variações alélicas raras em portadores de TOC e TTM. Porém, Bienvenu *et al.* (2009) encontraram associação significativa com variações alélicas do SAPAP3 apenas para portadores de TTM e outros sintomas de transtornos de autocuidado, como dermatotilexomania e onicofagia grave. Estas variantes genéticas estavam presentes nos portadores de TOC apenas quando eles expressam sintomas de *grooming*. Estes achados sugerem uma terceira possibilidade para a classificação da TTM: conformação de uma categoria específica de transtornos do autocuidado (*grooming*), englobando TTM, dermatotilexomania e onicofagia grave.

Por ocasião da reformulação das classificações diagnósticas em Psiquiatria, Stein *et al.* (2010) especularam sobre a continuidade entre transtornos do autocuidado e o transtorno estereotípico do movimento na infância. Outra proposta é a de que a TTM passaria a ser também denominada de *Hair-Pulling Disorder* sob o argumento de que a nova denominação reduziria a confusão sobre essa condição, indo diretamente ao ponto (arrancar cabelo), ainda contribuiria para reduzir o estigma com a retirada do sufixo “mania” do seu nome. Além disso, na recente revisão do DSM (APA,2013), foram removidos os critérios diagnósticos de TTM que faziam menção à tensão presente na antecipação do ato de arrancar cabelo, o alívio e a gratificação após esses, visto que uma parcela significativa dos pacientes não refere estes sintomas e arranca cabelo em uma rotina automática e extraconsciente.

Outra importante mudança aconteceu na sua classificação, pois a TTM deixou de ser classificada como um Transtorno do Controle do Impulso não Classificado em outro lugar e juntou-se aos Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo-compulsivo, que inclui o transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno dismórfico corporal, transtorno do acúmulo (*hoarding disorder*), transtorno de escoriação (*skin-picking*, ou dermatolilexomania), transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substâncias/medicação, transtorno obsessivo-compulsivo sem outra especificação e, por fim, transtorno obsessivo-compulsivo inespecífico (APA,2013).

Assim, os critérios diagnósticos para TTM segundo o DSM-5 (APA, 2013) são: a) recorrente arrancar dos cabelos, resultando em perda de

cabelo; b) Repetidas tentativas para diminuir ou parar de arrancar o cabelo; c) O arrancar cabelo causa sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento; d) o cabelo arrancado ou a perda de cabelo não é atribuível a outra condição médica (por exemplo, uma condição dermatológica); e) O arrancar cabelo não é melhor explicado pelos sintomas de outro transtorno mental (por exemplo, tentativas de melhorar um defeito percebido ou uma falha na aparência no transtorno dismórfico corporal).

1.2 Comorbidades Psiquiátricas

Foi encontrada uma variedade de diagnósticos psiquiátricos comórbidos com TTM, assim como uma elástica porcentagem nas referidas taxas. No estudo pioneiro sobre comorbidade em TTM, Greenberg & Saner (1965) relataram que do total da amostra (n=19) de tricotilomaniacos, 36,8% apresentavam transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), 68% depressão de moderada a grave, 47% com hipocondria e 63% com preocupação com o peso.

Christenson et al., (1991) relataram em uma amostra com 16 pacientes com diagnóstico de TTM que 65% apresentavam transtorno de humor, 57% apresentavam transtorno ansioso, 22% abuso de substâncias e 20% transtorno alimentar. Em outro estudo, Christenson et al., (1995), com uma

amostra de 186 universitários encontraram taxas de 51,6% depressão maior, transtorno de ansiedade generalizada (27,0%), abuso de álcool (19,4%), fobia simples (18,8%), TOC (13,4%) e fobia social (11,3%). Schlosser *et al.* (1994) em uma amostra com 22 pacientes com TTM relataram 27% com TOC, 23% com transtorno de humor e 23% com transtorno ansioso. Taxas de 23% para Transtorno Dismórfico Corporal (Soriano *et al.*, 1996) foram referidas em uma amostra com 62 mulheres com TTM.

Em outro estudo com 22 tricotilomaniaco (Schlosser *et al.*, 1994) relataram que 27% apresentavam comorbidades com TOC. Cohen *et al.* (1995) relataram que de uma amostra com 123 pacientes com TTM 13% preenchiem critérios diagnósticos para TOC.

Em recente estudo, Woods *et al.* (2006a) encontraram taxas de 28,6% para depressão maior e de 10,7% para transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Em outro estudo realizado pela Internet, Woods *et al.* (2006b) encontraram 34% de relatos que buscavam ajuda para algum problema psicossocial diferente de TTM, como transtornos do humor (transtorno afetivo bipolar e depressão) e transtornos ansiosos (TOC, fobia social e agorafobia).

Taxas de 82% para prevalência de transtornos do eixo I foram encontradas (Christenson *et al.*, 1991a), transtornos afetivos, de ansiedade e de dependências são, frequentemente associados com TTM (Christenson *et al.*, 1991b; Swedo *et al.*, 1992a).

King *et al.* (1995a) em uma amostra com crianças (n=15) com diagnóstico de TTM, sete apresentavam transtorno disruptivo, dois

transtorno de humor, três transtorno ansioso sendo dois com TOC. Em outro estudo envolvendo tratamento para crianças com TTM (Tolin *et al*, 2007) encontrou-se taxa de 39,1% com diagnóstico comórbido, sendo que 30,4% apresentavam ansiedade, os mais comuns eram ansiedade generalizada (13,0%), fobia social (8,7%), TOC (6,5%), Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH, 8,7%), e transtorno desafiador de oposição (6,5%).

O estudo realizado por Franklin *et al.* (2008) encontrou 38,3% com outros diagnósticos, além de TTM, sendo que os mais comuns foram transtornos ansiosos (24,1%), transtornos de humor (18,8%) e TDAH (16,5%).

Quanto aos transtornos de eixo II, em pacientes com TTM, variam entre 25 e 55%, sendo mais descritos os Transtornos de Personalidade: Histriônico, *Borderline* e Obsessivo-compulsivo. Porém, os estudos apontam que a prevalência dos Transtornos de Personalidade são semelhantes a outras populações psiquiátricas (Schlosser *et al.*, 1994; Christenson *et al.*, 1992; Swedo *et al.*, 1992b).

Os estudos que investigam as comorbidades em populações mais jovens são ainda mais limitados que os relatos em adultos. Os achados na literatura sobre comorbidade em TTM sugerem uma variedade de diagnósticos em ambos, crianças e adultos. A análise do conjunto de estudos de comorbidade em TTM sugerem uma associação com instabilidade emocional verificada na elevada comorbidade com depressão e transtornos ansiosos, dificuldades na esfera da impulsividade revelada na frequente associação com abuso de álcool e substâncias em adultos e

transtornos disruptivos na infância e dificuldades globais nos relacionamentos interpessoais e ajuste social evidentes na associação com transtornos de personalidade. Em particular, a associação com TOC, embora presente é um achado que demonstrou maior discrepância, variando entre elevada em (Greenberg & Saner, 1965) e apenas moderada (Woods et al., 2006a). Tais variações podem ser atribuídas ao tamanho relativamente pequeno das amostras e variações na época de realização dos estudos que implicam em diferenças de contexto sócio-cultural, critérios diagnósticos e avaliação (entrevista clínica, escalas de autorrelato, etc.).

1.3 Tratamentos da TTM

TTM, normalmente, apresenta muitos desafios para um tratamento eficaz. A literatura existente sugere que uma minoria dos pacientes responde a uma única intervenção, por exemplo, a psicoterapia ou um agente farmacológico específico. A literatura sobre farmacoterapia para TTM está se expandindo, mas ainda é relativamente limitada. Apesar de suas limitações, estes ensaios foram importantes para aumentar o conhecimento do tratamento da TTM. No entanto, os resultados destes estudos foram contraditórios. É provável que existam numerosas razões para estas discrepâncias. Talvez o mais importante seja a grande variabilidade dentro e entre indivíduos com sintomas tricotilomaniacos.

1.3.1 Psicofarmacologia

A despeito das alegadas semelhanças com TOC e de numerosos relatos de tentativa de tratamento com inibidores da recaptação de serotonina, estudos mais recentes apontam para a provável ineficácia desta classe de medicamentos no tratamento da TTM (van Minnen *et al.*, 2003). Em um estudo clomipramina, um antidepressivo tricíclico com ação mais pronunciada sobre a serotonina, mostrou-se mais eficaz que placebo, porém menos eficaz do que terapia comportamental (Ninan *et al.*, 2000).

Semelhanças entre TTM e transtornos do movimento, particularmente Síndrome de Tourette, inspirou tentativas de tratamento com neurolépticos, porém a maioria são relatos de caso sem controle e a experiência clínica sugere que a melhora pode ser apenas transitória (Crescente Junior *et al.*, 2008). Apenas um estudo duplo-cego controlado comparou um neuroléptico atípico, olanzapina, *versus* placebo. Os resultados foram promissores com 85% de resposta à olanzapina contra apenas 17% do placebo (van Ameringer *et al.*, 2010).

Modelos alternativos têm explorado semelhanças entre TTM e comportamento de dependentes, especulando sobre um possível benefício do naltrexone no tratamento da TTM (Grant *et al.*, 2007). Contudo, as evidências ainda são escassas, a melhor delas é um estudo *open-label* de 14 casos pediátricos tratados com 50 a 100 mg/dia de naltrexone com

resposta positiva em, aproximadamente, 11 respondedores, ou seja 80% (de Souza *et al.*, 2008).

Evidência mais robusta vem das especulações sobre um possível envolvimento das vias glutamérgicas na TTM. Um estudo duplo-cego controlado comparou os efeitos da N-Acetil-Cisteína, um aminoácido modulador da glutamina, com placebo. Os resultados foram comparáveis a efeitos anteriormente relatados para terapia comportamental com 56% de resposta à N-Acetil-Cisteína contra 16% de resposta ao placebo (Grant *et al.*, 2009).

Em uma revisão sistemática, Bloch *et al.* (2007) concluíram que o tratamento farmacológico para TTM se trata de um campo promissor, entretanto, ainda incipiente, que necessita de mais estudos. Podemos também concluir que limitações metodológicas têm contribuído para as generalizações dos achados.

1.3.2 Hipnose

Dentre os tratamentos descritos para tratamento da TTM, encontramos a hipnose, que, por sua vez, é associada a outros tratamentos psicoterápicos (Covino & Frankel, 1993; Krishnan *et al.*, 1985; Swedo & Rapoport, 1991). Não se sabe com exatidão de que forma a hipnose é utilizada para tratar TTM, infelizmente, a ausência de estudos controlados e

pesquisas bem delineadas impedem a avaliação adequada da hipnose para TTM (Campbell & Stanley, 1963). A revisão de literatura sobre o uso de hipnose no tratamento da TTM revelou um número limitado de publicações, assim, a interpretação destes achados são prejudicados pela inadequada compreensão da relação entre procedimentos específicos da hipnose e mudanças do comportamento subsequente, operacionalização inadequada de procedimentos de hipnose e períodos de seguimento relativamente limitados (Penzel, 2003; Robiner *et al.*, 1999).

1.3.3 Psicoterapia

Os tratamentos mais comuns para pacientes com TTM são a farmacoterapia e psicoterapia (Woods *et al.*, 2006a). No entanto, é importante notar que nem todas as psicoterapias são idênticas e que diferentes tipos de terapias são baseados em diferentes modelos na compreensão dos problemas de saúde mental, e estes diferentes modelos têm diferentes graus de apoio empírico, quando não se utilizam de técnicas combinadas.

1.3.3.1 Abordagem Psicodinâmica

A abordagem psicodinâmica da TTM se concentra quase que, na sua totalidade, na interpretação do fenômeno. A teoria psicanalítica sugere que dois elementos significativos participam de fatores psicológicos. O primeiro é o papel crucial que a estimulação tátil da pele nos meses iniciais da vida desempenha no desenvolvimento presente e futuro em termos físicos e emocionais (Brazenton *et al.*, 1975; Greenacre, 1958; Hertmann *et al.*, 1946; Koblenzer, 1999; White & LaBarca, 1976), o segundo elemento é a visibilidade do cabelo, que o torna tão prontamente disponível como um meio para a representação simbólica do conteúdo emocional (Berg, 1936; D'Anzieu, 1989).

Diversos autores especulam sobre a associação da TTM com as dificuldades na relação mãe-filho, particularmente durante a fase oral-tátil do desenvolvimento. (Oraje *et al.*, 1986; Krishnan *et al.*, 1985; Galski, 1983; Oguchi & Miura, 1977; Manino & Delgado, 1969; Greenberg & Sarnes, 1965; Ilan & Alexander, 1965; Stadel, 1963). Segundo Monroe & Abse (1963) o ato de comer a raiz ou o cabelo (tricofagia) faria parte do ritual do paciente com TTM e sugeriria um significado fálico. Ansiedade e confusão sobre função sexual ou gravidez são temas recorrentes entre outros autores (Aleksandrowicz & Mares, 1978; Buxbaum, 1960; Ilan & Alexander, 1965; Schnurr & Davidson, 1989; Sperling, 1968).

Outros possíveis significados para TTM incluem a renúncia da feminilidade (Oguchi & Minura, 1977; Sperling, 1968); a depreciação do valor sexual pela menina, ou castração e identificação com a mãe castrada e depreciada (Koblenzer, 1999; Greenberg & Sarnier, 1965; Ilan & Alexander, 1965; Monroe & Abse, 1963; Winnik & Gabbay, 1965).

O ato de arrancar cabelo é visto por alguns autores como um equivalente masturbatório (Barahal, 1949; Greenberg & Sarnier, 1965; Graber & Arndt, 1993; Oguchi & Miura, 1977). Também a dor do ato de arrancar foi associada com o prazer com componentes masoquista (Fenichel, 1945). Em um estudo de caso de um menino, Schnurr & Davison (1989) relatam que TTM e sintomas de confusão de identidade de gênero poderiam estar envolvidos.

Conforme apontado, as contribuições do modelo psicanalítico para compreensão da TTM são limitadas pelo escopo de natureza mais interpretativa e poucas evidências de eficácia terapêutica limitadas a relatos de caso sem comparação com métodos alternativos de tratamento, ou mesmo controle.

1.3.3.2 Abordagem Comportamental

A Terapia Comportamental (TC) tem três princípios teóricos fundamentais: o condicionamento respondente de Pavlov, o comportamento

operante de Skinner e a aprendizagem de Bandura. A pesquisa em psicoterapia visa compreender os mecanismos e processos por meio dos quais o tratamento psicoterápico acontece e o seu impacto na modificação do desempenho não adaptado (Saffi *et al.*, 2008).

Teóricos comportamentais concentraram-se exclusivamente no comportamento do alvo. O comportamento de arrancar cabelo foi definido como o problema em vez de um sintoma de um conflito mais fundamental. Comportamentalistas têm visto o comportamento tricotilomaniaco como altamente patológico e não são pessimista quanto ao prognóstico de tratamento. Modelos de comportamento e o tratamento deles derivados foram baseados nos princípios da aprendizagem. A atenção está focada nos gatilhos situacionais e emocionais para o transtorno e sobre os mecanismos de reforço pelo qual o comportamento é mantido. Modelos comportamentais globais têm sido menos interpretativos, tratamentos têm sido mais focado e de curta duração (Keuthen *et al.*, 1999).

Existem várias formas de influência e colaboração da análise do comportamento e do behaviorismo radical quando se fala em metodologia que contribuem para o tratamento psicológico, como Terapia Analítico-Comportamental, Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP), Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Ativação Comportamental (BA) e Terapia Comportamental Dialética (DBT) (Corchs *et al.*, 2012). Além da abordagem mais tradicional, algumas dessas abordagens contemporâneas citadas têm contribuído com estudos para o tratamento da tricotilomania, como veremos mais adiante.

Mansueto *et al* (1997) apresentam um modelo que postula que a presença de fatores externos (por exemplo, ferramentas utilizadas para arrancar, como pinças; locais específicos, como banheiros ou quartos; ou certas atividades, como desenhar ou ler) e fatores internos (por exemplo, estados afetivos ou cognições) tornam-se sinais que disparam a TTM. O tratamento baseado neste modelo foca na identificação dos vários gatilhos e desenvolvimento de rotinas individuais para trocá-los por outros menos danosos.

A abordagem comportamental tem sido estudada usando pacientes motivados e com capacidade para praticar e executar técnicas de autoadministração. Assim, os estudos de tratamento comportamental necessitam ser interpretados à luz do fato de que relatos baseados em sujeitos que concluem este modelo de tratamento podem trazer embutido um viés de seleção em favor de indivíduos com funcionamento psicossocial acima do portador médio de TTM (Risck & Fergunson, 1981).

Abaixo, as principais técnicas comportamentais tradicionais usadas para tratar a TTM em adultos; ressaltamos que, na prática, a maioria das técnicas tem sido utilizada em combinação ou como parte de pacotes de tratamento (Keuthen *et al.*, 1999).

Automonitoramento: o objetivo do autocontrole em TTM é aumentar a autoconsciência, bem como fornecer a linha de base, e contínua de dados sobre impulsos e real cabelo arrancado (Otters, 1982; Christenson *et al.*, 1993; Anthony, 1978).

Punição – técnica aversiva: Estes procedimentos têm sido utilizados com sucesso em tricotilomaníacos, especialmente com crianças ou pacientes com atraso no desenvolvimento. A aplicação de técnicas aversivas para TTM são utilizadas apenas após tentar abordagens alternativas (Corte *et al.*, 1971; Gray, 1979). Estudos propõem como contingências de punição/técnica aversiva: aplicação de substância de gosto aversivo nas mãos, bater na mão, inalar amônia e um choque intermitente quando o paciente se ver arrancando cabelo em uma fita de vídeo (Keuthen *et al.*, 1999).

Técnicas de reforço - Vários estudos de casos aparecem na literatura comportamental, estratégias de reforço foram usadas para reduzir a TTM. Reforçadores primários incluem elogios do terapeuta (Saper, 1971), dos pais, dos parentes, uso de alimentos e a premiação com fichas, entregues imediatamente após a realização de comportamento alternativo desejado, que são trocadas pelo paciente por outros reforçadores (guloseimas, brindes, etc.) (Altman *et al.*, 1982; Massong *et al.*, 1980; Sanchez, 1979).

Quanto à maioria das técnicas comportamentais para TTM, pouco pode ser dito sobre a eficácia das estratégias de reforço, devido à ausência de estudos randomizados, que impede a avaliação da eficácia de tais estratégias em pacientes com TTM. Além disso, a maioria das técnicas de reforço dos estudos de caso não são utilizadas como a única ou mesmo principal intervenção já que elas quase sempre são aplicadas em associação com técnicas aversivas (Gray, 1979).

O Treinamento de Reversão de Hábito (TRH) foi o tratamento comportamental pioneiro para TTM (Azrin & Nunn, 1973), consiste em treze componentes principais descritos por Azrin & Nunn (1980):

- Formação de uma reação concorrente: os pacientes aprendem um comportamento incompatível e de preferência discreto, para competir com a resposta de segurar ou apertar as mãos por 3 minutos, quando o comportamento para arrancar cabelo ocorrer, ou seja, provável que ocorra.

- Treinamento de consciência: é ensinado aos pacientes a consciencia dos movimentos motores envolvidos no arrancar cabelo pela observação em um espelho.

- Identificação de precursores de resposta: observar e identificar os comportamentos que precedem o arrancar cabelo (por exemplo, tocar o cabelo).

- Identificação de situações propensas ao hábito: ajuda-se os pacientes a identificar as situações que precedem a puxar do cabelo (por exemplo, ver televisão, dirigir).

- Treinamento de relaxamento: os pacientes são treinados em técnicas de relaxamento, incluindo ajuste postural e respiração profunda.

- Treinamento de prevenção: os pacientes são orientados a praticar a resposta concorrente sempre que eles estão nervosos ou encontram um precursor de resposta ou uma situação propensa ao hábito de arrancar cabelo.

- Interrupção do hábito: é ensinado ao paciente praticar uma resposta concorrente para interromper imediatamente qualquer comportamento de arrancar cabelo que ocorre.

- Atenção positiva e sobrecorreção: os pacientes praticam métodos para cuidar dos cabelos (por exemplo, escovar ou pentear os cabelos) ou reparar a maquiagem dos olhos após cada episódio de arrancar pelos da sobrancelha, ou cílios.

- Prática rotineira de reações concorrentes: é solicitado ao paciente praticar a reação concorrente em casa diariamente da forma programada, bem como os cuidados positivos com os cabelos.

- Automonitoração: os pacientes identificam todas as instâncias de arrancar cabelo e compulsões para arrancar, a fim de proporcionar maior conscientização com reavaliação periódica do progresso.

- Exibição de melhoria: os pacientes são orientados a procurar situações anteriormente evitadas e praticá-las como respostas concorrentes.

- Apoio social: treino de familiares para lembrar e incentivar o paciente a inibir o hábito.

- Reavaliação de custo: os pacientes identificam todos os problemas associados ao arrancar cabelo para aumentar a motivação e determinar as fontes de reforço para controlar o arrancar cabelo.

Azrin *et al.* (1980) conduziram um estudo aleatório com 34 pacientes que eram auto-identificados com TTM e foram comparados utilizando TRH

versus práticas aversivas. Para o grupo de TRH (n=19), foram ensinadas as técnicas descritas anteriormente, ou seja, como fazer o treinamento de reversão de hábito, enquanto ao grupo de práticas aversivas (n=15) foi instruído a ficar na frente de um espelho olhando para ele por 30 segundos sem arrancar cabelo. O TRH reduziu a TTM em 90% por um período de quatro meses após o tratamento; na comparação, a prática aversiva resultou em redução da TTM entre 52% a 68% por um período de três meses de seguimento. Entretanto este estudo foi limitado pela falta de padronização na avaliação de resultados e pela falha em não estabelecer a TTM por critérios diagnósticos validados.

Rosenbaum & Ayllon (1981) testaram a eficácia da reversão de hábito em quatro sujeitos em três semanas em um estudo não controlado, aparentemente com boa resposta. Tarnowski *et al.* (1987) relataram o uso da reversão de hábito modificada em um estudo de caso realizado com uma menina de 11 anos de idade com TTM grave.

Em outro exemplo, temos um estudo controlado (van Minnen *et al.*, 2003), em que 40 pessoas com TTM foram distribuídas em uma de três condições: 1) seis sessões quinzenais, consistindo de TRH, combinada com autorreforçamento; 2) 12 semanas de fluoxetina (60mg/d); ou 3) 12 semanas na condição de lista de espera. No final, 64% do grupo TRH mostrou melhora clinicamente significativa, contra apenas 9% no grupo de fluoxetina e 20% no grupo de lista de espera. A diferença entre os últimos dois grupos não foi significativa. Os pacientes do grupo TRH mostraram uma redução significativamente maior nos sintomas de tricotilomania, com tamanhos de

efeito maiores (MGH-HPS): TRH, 3,80; fluoxetina, 0,42; e lista de espera, 1,09.

Em estudos mais recentes de abordagem comportamental contemporânea, encontramos uma variedade de abordagem e técnicas associadas para tratamento da TTM com estudos sistematizados, como em Twohig & Woods (2004), que propuseram um estudo de linhas de base múltiplas, utilizando uma combinação de ACT e TRH em seis pacientes adultos com TTM. Comparativamente o referido estudo foi bem sucedido na redução do comportamento tricotilomaníaco baixando os níveis para próximo de zero para 4 de 6 participantes e com redução de 50% para os outros dois pacientes, e os resultados de seguimento por três meses foram mantidos para 3 dos 4 sujeitos.

Entretanto, o estudo de Twohig & Woods (2004) aponta uma série de limitações, em que observamos algumas delas: 1) embora sugira a eficácia preliminar da ACT/TRH, o desenho de linha de base múltipla utilizado neste estudo não descartou uma série de outras possíveis explicações para efeitos de tratamento, especialmente o efeito placebo; 2) não está claro por que alguns participantes responderam tão rapidamente, enquanto outros não, sendo que o comportamento de certos pacientes só mudou depois que a TRH foi adicionada; e 3) casos de melhora espontânea, antes da introdução da intervenção terapêutica, foram observados. Além disso, o pequeno tamanho da amostra e ausência de grupo de comparação impedem generalizações.

Este pacote de tratamento foi, posteriormente, reproduzido e analisado em outro estudo controlado (Woods et al., 2006b) no qual uma amostra com 25 pacientes com TTM foram designados para dez sessões semanais de uma combinação de ACT e TRH nomeada *Acceptance-Enhanced Behavior Therapy* – AEBT (Terapia Comportamental de Aceitação Reforçada – n=12), ou para lista de espera (n = 13). Na comparação de uma escala padronizada de autorrelato de severidade no pré e pós-tratamento, mostrou-se que 66% do grupo de AEBT apresentaram melhora clinicamente significativa, em comparação com apenas 8% dos indivíduos do grupo controle.

Recentemente, Keuhten *et al.* (2010) relataram resultados de um ensaio aberto, não controlado em que 10 pacientes com TTM receberam 11 sessões semanais de *Dialectical Behavior Therapy* – DBT (Terapia Comportamental Dialética) – com TRH. Os sujeitos também receberam quatro sessões de manutenção após o tratamento de três meses. De acordo com o autorrelato e avaliações médicas independentes, oito sujeitos (80%) foram considerados respondedores no final, e todos eles mantiveram seus ganhos durante a fase de manutenção de três meses.

Linehan (1993) propôs a DBT no final da década de 1980, seu fundamento teórico básico vem do modelo comportamental com elementos do cognitivismo. Em linhas gerais, a DBT busca conciliar e/ou resolver conflitos de forma racional através da exposição direta, de priorizando a serenidade e qualidade de vida do paciente. Sua estrutura básica consiste em sessões organizadas em quatro módulos: atenção plena, regulação de emoções, tolerância a pressão e efetividade de relações interpessoais.

Finalmente, Bloch *et al.* (2007) realizaram uma meta-análise dos resultados de estudos randomizados controlados comparando tratamentos baseados em TRH (Ninan *et al.* 2000; van Minnen *et al.*, 2003; Woods *et al.*, 2006b) com clomipramina, ou inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS), ou lista de espera. Os dados do estudo encontraram que tratamentos de TRH foram superiores às condições de comparação e controle.

1.3.3.3 Abordagem Cognitiva

A Terapia Cognitiva (TCog) foi desenvolvida por Aaron T. Beck, na Universidade da Pensilvânia, no início da década de 1960, como uma psicoterapia de abordagem ativa, diretiva, estruturada, orientada ao presente de prazo limitado, para tratamento da depressão (Dobson, 1989; Beck, 1964).

Fundamenta-se numa base teórica subjacente, segundo a qual o afeto e o comportamento de um indivíduo são determinados principalmente pelo modo como ele estrutura o mundo (Beck, 1976). Suas cognições (“eventos verbais ou pictóricos em seu sistema consciente) baseiam-se em atitudes ou suposições (esquemas) desenvolvidas a partir de experiências prévias (Beck *et al.*, 1982).

Desde aquela época, a TCog vem sendo adaptada, com sucesso, para diversas populações com transtornos psiquiátricos (Freeman & Dattilio, 1992; Fairburn *et al.*, 1991; Scott *et al.*, 1989). Essas adaptações mudaram o foco, a técnica e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes. Resumidamente, o modelo cognitivo propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional seja comum a todos os distúrbios psicológicos. A avaliação realista e a modificação no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento. A melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes.

A TCog foi extensamente testada desde a publicação do primeiro estudo de resultado, em 1977 (Rush *et al.*, 1977). Estudos controlados demonstraram sua eficácia no tratamento do transtorno depressivo maior (Miller *et al.*, 1989), transtorno de ansiedade generalizada (Butler *et al.*, 1991), transtorno de pânico (Beck *et al.*, 1992; Barlow *et al.*, 1989), fobia social (Gelernter *et al.*, 1991; Heimberg *et al.*, 1990), abuso de substância (Woody *et al.*, 1983), transtornos alimentares (Garner *et al.*, 1993; Agras *et al.*, 1992; Fairburn *et al.*, 1991), problemas de casais (Baucom & Epsteinm 1990) e depressão de pacientes internados (Beck, 1997).

Alem disso, a aplicação da TCog tem acontecido em vários centros no mundo inteiro como o único tratamento ou como um tratamento adjunto para outros transtornos. Alguns exemplos são transtorno obsessivo-compulsivo (Salkovskis & Kirk, 1989), transtorno de estresse pós-traumático (Dancu & Foa, 1992; Parrott & Howes, 1991), transtornos de personalidade (Layden *et*

al., 1993; Beck & Freeman, 1990), dor crônica (Miller, 1991; Turk *et al.*, 1983), hipocondríase (Warwick & Salkovskis, 1989), e esquizofrenia (Kingdon & Turnington, 1994; Perris *et al.*, 1993).

Persons *et al.* (1988) verificaram que a TCog é efetiva para pacientes com diferentes níveis de educação, renda e antecedentes. Ela foi adaptada para trabalho com pacientes de todas as idades, da pré-escola até idosos; foi modificada para terapia de grupo (Freeman *et al.*, 1993, Heimberg *et al.*, 1990), para problemas de casais e para a terapia familiar (Bedrosian & Bozicas, 1994; Epstein *et al.*, 1988).

A terapia deve ser talhada para o indivíduo/grupo, não obstante, há determinados princípios que estão por trás da terapia cognitiva para todos os pacientes, os seus princípios são citados em Beck (1997): (1) A TCog se baseia em uma formulação em contínuo desenvolvimento do paciente e de seus problemas em termos cognitivos, (2) requer uma aliança terapêutica segura, (3) enfatiza colaboração e participação ativa, (4) é orientada e focalizada em problemas, (5) inicialmente, enfatiza o presente e a prevenção de recaída, (6) é educativa, (7) visa ter um tempo limitado, (8) as sessões são estruturadas, (9) ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais, por fim, (10) utiliza uma variedade de técnicas para mudar pensamento, humor e comportamento.

O modelo de Beck objetiva ensinar o paciente a: (1) observar e controlar os pensamentos automáticos negativos; (2) reconhecer os vínculos entre cognição, afeto e comportamento; (3) examinar as evidências a favor e contra pensamentos automáticos distorcidos; (4) substituir cognições

tendenciosas por interpretações mais orientadas para o real; e (5) aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que predisõem a distorção da experiência. Diversas técnicas são utilizadas para isso. As mais comuns são o diário de pensamentos, no qual o paciente registra pensamentos que alteraram suas emoções ao longo do dia a fim de avaliá-los de maneira mais objetiva, e o questionamento socrático, por meio do qual o terapeuta auxilia o cliente na identificação das distorções de seus pensamentos e de suas crenças (Beck, 1997).

1.3.3.4 Abordagem Cognitivo-comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é um termo genérico que abrange uma variedade de mais de 20 abordagens dentro do modelo cognitivo e cognitivo-comportamental. Os primeiros escritos importantes e as primeiras abordagens cognitivo-comportamentais para o tratamento dos transtornos emocionais começaram a surgir nos anos 1960 e 1970 com autores como Beck, Ellis, Lazarus, Meichenbaum e Mahoney, entre outros (Knapp, 2004).

A TCC enfatiza a interação entre cognições, comportamento, afeto e o ambiente social na manutenção do comportamento mal-adaptativo. Três proposições fundamentais definem as características que estão no núcleo das TCCs e mesmo da TCog: 1) a atividade cognitiva influencia o

comportamento; 2) a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; 3) o comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva (Dobson & Scherrer, 2004).

Abordagens modernas de TCC contêm várias estratégias de intervenções, que podem ser aplicadas de forma modular (Franklin & Tolin, 2007; Penzel, 2003; Woods & Miltenberger, 2001). De forma geral, as intervenções, sejam para crianças sejam para adultos, com TTM, incluem: 1) construção de *rapport* e informações; 2) psicoeducação; 3) formação de consciência usando o automonitoramento; 4) controle de estímulo; 5) treinamento de respostas concorrentes; e 6) estratégias de prevenção de recaída (Gianoli & Tolin, 2012).

A literatura existente é controversa quanto aos modelos TCC, TCog e TC, dificultando, assim, uma compreensão das especificidades das abordagens. O próprio Beck (1982) comenta que a TCog utiliza-se, também, de técnicas comportamentais com o objetivo de que essas técnicas produzam mudanças nas atitudes negativistas a fim de que o desempenho do paciente continue sendo aprimorado, ou seja, podem ser encaradas como uma série de experimentos destinados a testar a validade das hipóteses ou ideias do paciente acerca de si mesmo.

Assim, um exemplo é o pioneiro estudo de Azrin *et al.* (1980), citado anteriormente como uma TC que utiliza-se de TRH e técnicas aversivas, mas que, na busca em bancos de dados, aparece em ambas as abordagens (TCog, TC).

Rothbaum (1992) propôs um modelo de TCC para TTM que consiste de nove sessões de 45 minutos: Sessão 1 – coleta de informações; sessão 2 – formação de reversão de hábito; sessão 3 – relaxamento muscular profundo; sessão 4 – relaxamento mais técnica de respiração; 5 – parada do pensamento; sessão 6 – reestruturação cognitiva (Beck, Ellis); sessão 7 – guiando o autodiálogo; sessão 8 – *role-play* e modelagem encoberta; 9 – prevenção de recaída e término. Entretanto, a autora relatou um sucesso discreto ao tratar um grupo piloto e sugere que mais investigação seria necessário para documentar sua eficácia assim como comparar com TRH sozinho.

Lerner *et al.* (1998), em um ensaio não controlado, analisaram, a eficácia de um pacote de TCC tradicional e TRH. No final de nove semanas de tratamento, 12 de 14 pacientes (86%) foram classificados como respondentes ao tratamento, ou seja, apresentaram alguma melhora e 50% apresentaram redução na gravidade dos sintomas clínicos relatados.

Ninan *et al.* (2000) compararam a eficácia de um pacote TCC com clomipramina e placebo em um estudo randomizado 16 pacientes com TTM que completaram nove sessões semanais distribuídos em três grupos de tratamento. Na comparação, o grupo de TCC ($n = 5$) teve eficácia significativamente superior ($p=0,016$) em relação ao grupo que fez uso de clomipramina ($n = 6$) e em relação ao placebo ($n = 5$), com significância de $p=0,026$.

Podemos observar que, nos modelos existentes, a intervenção cognitiva é um elemento frequentemente citado, porém, ela participa quase

que marginalmente em modelos mistos em que predominam as técnicas comportamentais. Além disso, não há relato de teste aleatorizado controlado da eficácia deste e de outros modelos de TCC para TTM.

1.3.3.5 Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo

A TCC em grupo (TCC-G), assim como a maioria das psicoterapias de grupo, advém da adaptação das técnicas primeiramente utilizadas no formato individual (White & Freeman, 2003). Primordialmente, quando se aplica a TCC-G, tem-se por objetivo oferecer oportunidade de tratamento a um maior número de pacientes, em que os benefícios inerentes da terapia em grupo em si não são valorizados (Yalom & Leszcz, 2006).

Os autores acima mencionados referem que, na TCC-G, os fatores terapêuticos que são observados com maior frequência e que contribuem para um melhor resultado são: criação de um sentimento de esperança, compartilhamento de informação, a aprendizagem social e a coesão grupal.

As sessões de TCC-G são estruturadas e adaptadas a partir do modelo básico proposto por Beck (1997) para a TCC individual, já citados anteriormente. Heldt *et al.* (2008) comentam que a aplicação da TCC-G varia de acordo com cada condição clínica, embora existam características gerais em comum para que os benefícios da TCC-G ocorram de fato, é necessário um planejamento em relação à estrutura do grupo e das sessões.

Segundo White & Freeman (2003), o ambiente grupal favorece a abordagem cognitiva para identificação e revisão de crenças disfuncionais, assim como para o desenvolvimento de técnicas comportamentais, principalmente nos exercícios e nas lições de casa que testam os comportamentos desadaptativos, segundo os autores, a grande vantagem da TCC-G é o fato de ser o próprio grupo que gera as respostas adaptativas.

Quando se planeja a TCC-G para populações específicas, é fundamental que a inclusão de seus participantes inicie pela homogeneidade diagnóstica em sua formação. Entre os critérios de contraindicação, estão as ideias suicidas ativas, psicoses atuais, transtornos de personalidade grave, déficit cognitivo e deficiência física que interfiram nas atividades previstas durante a TCC-G (Heldt *et al.*, 2008).

Caballo (1996) cita as múltiplas vantagens do modelo de terapia em grupo, como: 1 - Os membros do grupo podem aprender que não são os únicos que têm um determinado problema. 2 - O grupo pode funcionar de maneira preventiva; um membro do grupo pode ouvir os outros discutirem sobre problemas com os quais ainda não se deparou. 3 - Os membros podem aprender a ajudar-se mutuamente; um princípio educativo bem estabelecido é que um bom modo de se aprender uma habilidade é ensinando-a a outra pessoa. 4 - Alguns exercícios de grupo são eficazes para produzir certas experiências emocionais, que logo podem ser tratadas ao vivo no grupo. 5 - Certos problemas, por exemplo, déficits interpessoais ou carências de habilidades sociais, podem ser tratados de forma mais eficaz em um formato grupal; o paciente pode praticar novos

comportamentos sociais e novas maneiras de relacionar-se com as pessoas.

6 - O grupo permite aos pacientes receber uma grande quantidade de *feedback* sobre seu comportamento, que pode ser mais persuasivo do que um terapeuta individual, para produzir a mudança. 7 - Quando o objetivo da terapia é a solução de problemas práticos, o grupo pode oferecer mais informações sobre o problema e mais sugestões para a sua solução do que o terapeuta sozinho poderia originar.

Uma grande variedade de transtornos mentais teve seus procedimentos de tratamento pela TCC sistematizados e manualizados, conforme citados anteriormente, o que facilita a pesquisa e o treinamento de terapeutas (Cordioli, 2008; Knaap, 2004).

Algumas estratégias são comuns aos procedimentos utilizados na TCC dos transtornos psiquiátricos: educação sobre os transtornos e a terapia, definição do problema e objetivos, técnicas cognitivas e comportamentais, utilização de tarefas de casa entre as sessões, utilização de escalas e diários para monitorar comportamentos, pensamentos, sentimentos, atividades e sintomas (Saffi & Lotufo Neto, 2012).

O modelo básico de TCC adaptada para dependências, e transtornos de hábitos e impulsos inclui, habitualmente, as seguintes etapas: psicoeducação; intervenção motivacional breve para redução da ambivalência quanto ao tratamento; reestruturação das crenças subjacentes aos sintomas; aprimoramento das habilidades de enfrentamento (*coping skills*); e prevenção de recaída (Stein *et al.*, 2006).

1.3.3.6 Considerações Acerca da Escolha pelo Ensaio Clínico

No cenário contemporâneo em que vivemos, no qual implicações sociais, políticas e econômicas exigem a demonstração concreta de que os tratamentos em saúde mental são efetivos e necessários, avaliar um processo psicoterápico e o efeito das intervenções psicológicas continua sendo um desafio para clínicos e pesquisadores. É de fundamental importância para avaliar o processo terapêutico e verificar seu efeito a articulação de conhecimentos teóricos, técnicos, metodológicos e éticos.

Embora exista consenso na literatura quanto aos benefícios gerados pela psicoterapia (Roth & Fonagy, 2005), o mesmo não acontece na pesquisa clínica, pois encontramos uma variedade de metodologias (Hulley *et al.*, 2008) para investigar intervenções psicológicas

Autores têm defendido que os estudos experimentais, como os ensaios clínicos randomizados, constituem uma ferramenta essencial na construção de evidências científicas para a prática clínica (Coutinho & Cunha, 2005; Coutinho, Huf & Bloch, 2003).

Os ensaios clínicos randomizados vêm sendo descritos como o “*padrão-ouro*” na avaliação de questões terapêuticas em saúde (Soares & Castro, 1998). A principal vantagem do ensaio clínico em relação a um estudo observacional é a sua capacidade de demonstrar causalidade. Isso decorre, em especial, da alocação aleatória da intervenção, que pode eliminar a influência de variáveis confundidoras, e do cegamento, que pode

eliminar a possibilidade dos efeitos observados serem explicados por diferenças no uso de cointervenções nos grupos de tratamento e controle ou por vieses na mensuração ou adjudicação (i.e., solicitar que um especialista no assunto revise cada potencial caso e julgue se os critérios para o diagnóstico foram atendidos).

1.3.3.7 Proposta para Tratamento da TTM em Grupo

Dados de literatura apontam como principais objetivos do tratamento de pacientes com TTM a remissão do sintoma de arrancar cabelo; melhora e tratamento das complicações clínicas (i.e., tricobezoar, síndrome do túnel do carpo, lesão no couro cabeludo), das comorbidades psiquiátricas (i.e., depressão, ansiedade), redução do sofrimento subjetivo e do prejuízo adaptativo, como os já citados na introdução. Outros objetivos relacionados incluem a melhora na qualidade de vida e a resolução dos problemas pessoais, familiares e, principalmente, a redução da dor psicológica gerada pelo estigma que a TTM traz consigo. Portanto, o tratamento é complexo e há concordância de que são necessárias abordagens multidisciplinares (Hautmann *et al.*, 2002).

Como vimos, dados referentes ao uso de qualquer psicoterapia com adultos, sejam individuais sejam em grupo de portadores de TTM, ainda que crescentes, são bastante limitados, principalmente pela variedade de

métodos utilizados, resultados obtidos e pela limitação metodológica adotada. A maioria dos dados existentes provém de estudos não controlados e os poucos estudos controlados não incluem, na sua maioria, tratamentos estruturados, nem comparação com intervenção controle, limitando-se a comparação com lista de espera. Assim, técnicas para grupo de tratamento para portadores de TTM precisam ser mais bem desenvolvidas.

O trabalho terapêutico, em instituições, normalmente, é realizado em grupo, pois existe uma demanda muito grande de atendimento e poucos profissionais para realizá-lo. O atendimento grupal também proporciona a possibilidade de se trabalhar déficits gerados no relacionamento interpessoal, já que o grupo é formado por pessoas com um objetivo comum (Saffi & Lotufo Neto, 2012).

No 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), desenvolvemos um programa de Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo (TCC-G) para tratamento da TTM baseado na TC de Beck, em 22 sessões que cobrem os seguintes tópicos: apresentação do programa, intervenção psicoeducacional, compreendendo a vontade de arrancar cabelo, minha relação com a TTM e suas consequências, a TTM em minha vida, verificação de como está a habilidade de cada paciente frente à redução da TTM, verificação da efetiva redução da TTM, prevenção de recaída, preparação para o encerramento e a finalização do programa. Mais adiante, falaremos em detalhes sobre o programa.

No Brasil, não existem estudos sistematizados para investigação e tratamento da TTM, há necessidade de se realizar pesquisa nesta área para suprir esta falta e melhorar a compreensão tanto dos aspectos clínicos como terapêuticos da população brasileira de tricotilomaníacos. As conclusões deste trabalho poderão auxiliar no desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento específicas desta condição que, como vimos, é fonte de importante sofrimento e, provavelmente, mais prevalente do que previamente estimado.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Este estudo procurou avaliar a efetividade de uma intervenção psicoterápica em grupo de pacientes com TTM, com base na TCC, em um ambulatório terciário inserido no IPq-HCFMUSP. O projeto visa contribuir para o desenvolvimento de futuras intervenções para pessoas com TTM que procurem o sistema público de saúde, ao comparar o modelo de terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCC-G) com um modelo de terapia de apoio em grupo (TA-G), para verificar se o modelo de TCC-G fornece subsídios terapêuticos para a remissão dos sintomas de arrancar cabelo. Como objetivo secundário, pretendeu-se também fornecer subsídios terapêuticos para a remissão das comorbidades, especificamente depressão e ansiedade, bem como a melhora no ajuste psicossocial, bem como traçar um perfil de características sociodemográficas da população de tricotilomaníacos atendidos no PRO-AMITI do IPq-HCFMUSP.

2.1 Hipóteses

H1a. Os sintomas de TTM dos pacientes de TCC-G, ao fim do tratamento, será significativamente menor do que o dos pacientes de TA-G.

H0a. Os sintomas de TTM dos pacientes de TCC-G, ao fim do tratamento, não será significativamente maior do que o dos pacientes de TA-G.

H1b. Os sintomas depressivos dos pacientes de TCC-G, ao fim do tratamento, será significativamente menor do que o dos pacientes de TA-G.

H0b. Os sintomas depressivos dos pacientes de TCC-G, ao fim do tratamento, não será significativamente maior do que o dos pacientes de TA-G.

H1c. Os sintomas ansiosos dos pacientes de TCC-G, ao fim do tratamento, será significativamente menor do que o dos pacientes de TA-G.

H0c. Os sintomas ansiosos dos pacientes de TCC-G, ao fim do tratamento, não será significativamente maior do que o dos pacientes de TA-G.

H1d. O ajustamento social dos pacientes de TCC-G, ao fim do tratamento, será significativamente maior do que o dos pacientes de TA-G.

H0d. O ajustamento social dos pacientes de TCC-G, ao fim do tratamento, não será significativamente menor do que o dos pacientes de TA-G.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Descrição do Ambulatório

Em 2005, foi criado o PRO-AMITI no 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 8h às 12h no andar térreo do IPq-HCFMUSP. Inicialmente o paciente passa por uma pré-triagem telefônica em que se verifica o preenchimento dos critérios mínimos para TTM. 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.

3.2 Seleção da Amostra

O presente estudo foi realizado com pacientes que procuraram tratamento para TTM no PRO-AMITI no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010. Os pacientes fizeram sua inscrição pelo telefone do ambulatório, compareceram pessoalmente ou foram encaminhados por outros profissionais médicos diretamente para o ambulatório.

3.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos indivíduos maiores de dezoito anos que preencheram os critérios diagnósticos para TTM (APA,1994). O diagnóstico foi confirmado em entrevista clínica com, pelo menos, dois psiquiatras treinados em TCI. Para serem incluídos, os paciente que porventura estivessem em uso de qualquer medicação deveriam apresentar prescrição estável, isto é sem introdução de novos fármacos ou alteração de dose há pelo menos quatro semanas.

3.2.2 Critérios de Exclusão

Foram considerados os seguintes critérios para exclusão no momento da triagem:

1. Pacientes que pontuaram menos de dois pontos *na Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale* (MGH-HPS), pois esta pontuação representa que, na última semana, não apresentou um grau significativo de TTM;
2. Pacientes que apresentaram patologia clínica que demandassem tratamento emergencial em caráter de internação em outro serviço;
3. Pacientes portadores de retardo mental, ou afecção do sistema nervoso central, com prejuízo grave das funções cognitivas;
4. Pacientes portadores de transtornos psicóticos que pudessem comprometer as respostas às escalas em uso;
5. Pacientes que se recusaram a participar do protocolo de pesquisa pela não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

O primeiro item da lista acima foi verificado pelo pesquisador executante (ELT), os demais critérios de exclusão foram verificados durante a entrevista clínica efetuada pelo médico psiquiatra.

3.2.3 Distribuição da Amostra

No período indicado, foram convocados ao todo 84 indivíduos que procuraram tratamento por queixas compatíveis com TTM, desses seis pacientes não responderam à convocação por telefone. Os primeiros 12 respondentes foram triados, avaliados e submetidos a um tratamento piloto com os seguintes objetivos: estabelecer o número ideal de sessões de TCC, a duração do tratamento e finalizar a edição de um manual terapêutico.

Dezesseis semanas após a finalização do piloto, foram convocados mais 66 pacientes, dos quais 18 não responderam à convocação, ou não concluíram a avaliação. Não houve recusa de participação entre os pacientes que compareceram à triagem e todos assinaram o termo de consentimento livre e informado. O pesquisador executante esclareceu a todos os pacientes que a não assinatura do termo, bem como sua consequente recusa em participar da investigação não os impediria, sob qualquer circunstância, de receber tratamento no PRO-AMITI. Os 48 pacientes remanescentes foram encaminhados para tratamento de eventuais comorbidades psiquiátricas (ansiedade e depressão), permanecendo em seguimento em média por 12 semanas (mínimo de 6 e máximo de 18 semanas) para estabilização da prescrição. Foi dada preferência à prescrição de ISRS, primeiramente, fluoxetina, em caso de intolerância ou outra contraindicação, sertralina como segunda opção. Em caso de relato de uso prévio desses fármacos sem controle satisfatório dos

sintomas depressivos ou ansiosos, a venlafaxina foi usada como terceira opção. A dose do antidepressivo foi definida a critério do psiquiatra. O tipo e a quantidade de medicação prescrita foram registrados para controle estatístico *post-hoc*. Após o período de estabilização, estes pacientes foram agrupados em pares pela ordem de chegada ao ambulatório para serem alocados em um de dois grupos: um grupo experimental de Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo (TCC-G) e um grupo controle de Terapia de Apoio em Grupo (TA-G). O indivíduo do par que havia chegado a mais tempo no ambulatório era aleatoriamente designado para um dos grupos usando-se um dado (par – experimental, ímpar – controle), o outro membro do par era designado para o outro grupo. A figura 1 descreve o processo de triagem e distribuição dos pacientes nos grupos terapêuticos. Houve quatro desistências: no grupo controle dois pacientes começaram um novo trabalho, no grupo experimental um paciente trocou de turno no trabalho e outro começou a trabalhar. Assim, considerou-se 44 pacientes na análise estatística dos dados.

Figura 1 - Fluxograma da distribuição do Grupo Experimental e do Grupo Controle

3.2.4 Investigação das Variáveis de Pesquisa

Os pacientes foram avaliados em três momentos: na triagem, no início da intervenção psicoterápica e ao seu término. A variável de desfecho para comparação entre os grupos foi a redução do comportamento de arrancar cabelos conforme relato do paciente. As variáveis secundárias de desfecho

foram melhora clínica verificada por avaliador externo cego ao tratamento, sintomas depressivos, sintomas ansiosos e adequação social.

Como visto na introdução, a avaliação clínica da TTM pode ser realizada de diferentes formas. Ao contrário de outros diagnósticos psiquiátricos, a TTM tem o benefício da possibilidade de avaliação da evolução pelo exame direto – basta observar se o tratamento propiciou recuperação da cobertura capilar. Contudo, este método é seguro e melhor indicado para seguimento de um indivíduo em comparação com ele mesmo em momentos diferentes ao longo do tratamento. No caso da comparação de grupos de indivíduos, o exame da cobertura capilar pode sofrer influência indevida de variações individuais como: região específica do corpo onde se arrancam os pelos, qualidade da cobertura capilar prévia à TTM, cronicidade do transtorno e velocidade da recuperação capilar. Além disso, a recuperação da cobertura capilar requer mais tempo do que o necessário para realização de uma intervenção psicoterápica, como a planejada neste estudo. Então, avaliar o comportamento em si (arrancar cabelo) parece ser uma estratégia mais prática e confiável do que avaliar a sua consequência direta (prejuízo da cobertura capilar).

A opção pelo auto-relato como método de avaliação do desfecho primário se deu por algumas razões. O uso de uma escala padronizada permite que as informações colhidas na avaliação inicial e final sejam transformadas em um escore numérico que indicam a frequência e a gravidade dos sintomas, facilitando aplicações sucessivas ao longo do tratamento. Por último, o uso de escalas de auto-aplicação complementam outras formas de

avaliação, particularmente no caso de sintomas comportamentais passíveis de juízo moral, porque deixam o indivíduo mais confortável para responder sem a interferência da presença de um observador externo (Ito & Ramos, 1998; Yoshida, 1998).

3.2.5 Dados para análise descritiva da amostra

3.2.5.1 Questionário de Dados Sociodemográficos – QDSD

Trata-se de uma entrevista semi-estruturada para investigação de perfil demográfico e informações do histórico clínico do paciente (Tavares *et al.*, 2003) e foi utilizado para verificação da homogeneidade entre as amostras na linha de base (Anexo B). As seguintes variáveis sociodemográficas foram estudadas: gênero, idade, etnia, local de nascimento, estado civil, anos de educação formal, situação profissional, renda familiar média mensal, número de habitantes no domicílio, indicador socioeconômico¹, afiliação, prática e frequência religiosa. As variáveis de histórico clínico investigadas foram: idade de início da TTM, gravidade, região preferencial da qual arranca

¹ O Indicador Socioeconômico é calculado com a soma do número total de cômodos, banheiros, automóveis de passeio, televisões coloridas, empregados, aparelhos de som, máquinas de lavar, vídeo cassetes, computadores, geladeiras e aspiradores de pó ou equivalente, existentes na moradia do indivíduo, dividido pelo total de habitantes (IBGE, 1998).

cabelo/pelos, tratamentos prévios para outras condições psiquiátricas e tipo de tratamento.

3.2.6 Análise de Desfecho Primário

3.2.6.1 Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale – MGH-HPS

É um instrumento de sete itens (frequência do impulso, intensidade dos impulsos, habilidade para controlar os impulsos, frequência do arrancar cabelo, tentativas para resistir o arrancar cabelo, controle sobre o arrancar cabelo e angústia associada) de autopreenchimento na forma de escala *Likert* de pontos (tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários), variando de 0 a 4; sendo que, quanto maior sua pontuação, maior a gravidade dos sintomas da TTM (Keuthen *et al.*, 1995). Após autorização dos editores, a MGH-HPS foi traduzida e adaptada para o idioma Português (Brasil). Demonstrou ser de fácil compreensão e o valor da consistência interna correspondeu a $\alpha = 0,96$ (Toledo *et al.*, 2011), confiabilidade de 0,91 e reprodutividade de 0,83 (Toledo *et al.*, no prelo). O objetivo do emprego desta escala é indicar como variável primária de desfecho, ou seja, para avaliar se houve redução dos sintomas e desejos do comportamento de arrancar cabelo comparando a

triagem, o pré e o pós-tratamento dos dois grupos de pacientes com TTM (Anexo C).

3.2.7 Análise de Desfecho Secundário

3.2.7.1 Escala de Impressão Clínica Global -CGI

A Escala de Impressão Clínica Global (*Clinical Global Impression – CGI*, Guy, 1976) é uma escala que 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 aconteceu no final do tratamento, portanto, na sessão 22, e foi realizada por um médico psiquiatra (Anexo D).

3.2.7.2 Beck Depression Inventory - BDI

É composto de vinte e um itens, cuja intensidade varia de 0 a 3 e quanto maior o escore maior a severidade (Anexo E). 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, indecisão, à distorção da imagem corporal, à inibição para o trabalho, a distúrbio do sono, à fadiga, à perda de apetite, à perda de peso, à preocupação somática, à diminuição de libido, sendo que quanto maior o escore maior a gravidade (Beck *et al.*, 1961). É a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como na clínica. Foi validado para a população brasileira por Gorenstein & Andrade (1996, 2000a).

3.2.7.3 *Beck Anxiety Inventory* - BAI

Consiste em vinte e uma questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas 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), e a que se assemelha mais com o estado mental do indivíduo deve ser sinalizada (Anexo F). Quanto maior o escore maior a severidade da ansiedade (Beck *et al.*, 1988). Como os outros instrumentos, ela também tem versão adaptada para o Português (Cunha, 2001).

3.2.7.4 Escala de Adequação Social – EAS

Possui cinquenta e quatro questões, e é considerada a escala de ajuste social mais cuidadosamente desenvolvida, e a que mostra bons índices de confiabilidade e validade. Essa escala tem por objetivo 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 de 1 a 5 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, maior o escore de comprometimento (Weissman & Bothwell, 1976). A EAS tem versão validada para a Língua Portuguesa (Gorenstein *et al.*, 2000b). A utilização deste instrumento tem por finalidade a avaliação dos possíveis ganhos obtidos com a redução dos sintomas da TTM, que poderá trazer na esfera social e relacional do paciente participante na TCC-G e na TA-G (Anexo G).

3.2.8 Avaliação de Comorbidades Psiquiátricas e Controle de Variáveis Intervenientes

3.2.8.1 Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI

O 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 na Psiquiatria. A versão *Plus* do 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 utilizada para traçar o perfil de comorbidades psiquiátricas da amostra e para verificar a homogeneidade dos grupos na linha de base (Anexo H).

3.2.8.2 Structured Clinical Interview for DSM-IV -SCID-1

A entrevista *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-1)* para verificação dos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR é uma entrevista semiestruturada amplamente utilizada em estudos observacionais e clínicos (First, 2004). Para confirmação dos critérios diagnósticos de TTM e demais TCI, foi utilizada uma seção especial do SCID para transtornos impulsivos

(SCID-TCIm), cedida pelo professor Michael First, que se encontra em processo de validação no PRO-AMITI (Anexo I).

3.2.9 As Intervenções Psicoterápicas

3.2.9.1 Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo -TCC-G

No atendimento da TCC-G (22 semanas com uma hora e trinta minutos de duração cada encontro semanal), a condução ficou a cargo de dois psicólogos (terapeuta e coterapeuta) com experiência superior a cinco anos, e que apresentam vivência comprovada no manejo e na prática de TCC, bem como, nas técnicas a ela associadas. Vale lembrar que os profissionais clínicos que aplicaram o programa de TCC-G não foram os mesmos que efetuaram a avaliação psicológica inicial (t_1) e final (t_2). Estas avaliações foram feitas por avaliadores cegos à randomização e com experiência no uso dos instrumentos utilizados nesta pesquisa.

As sessões obedeceram a um protocolo desenvolvido pelo orientando e pelo Dr. Cristiano Nabuco de Abreu. Os participantes acompanhavam as sessões por meio de manual escrito para este projeto que descrevia cada sessão, e continha textos e exercícios para serem realizados entre sessões, intitulados de lição de casa.

A seguir, apresentamos um resumo das 22 sessões e o programa completo encontra-se no Anexo J:

Sessão 1: Apresentação dos membros, do programa e entrega do material.

- Apresentação do projeto de pesquisa, dos terapeutas e dos participantes;
- Definição de regras de participação no grupo e do tempo de tratamento;
- Entrega e discussão do “Manual de Lição de Casa” aos participantes;
- Discussão de metas da terapia;
- Preenchimentos de escalas (MGH-HPS, BDI, BAI e EAS);
- Exercício nº 1 do Manual de Lição de Casa: Manobra para sentir-se melhor rapidamente – técnica de relaxamento (Maultsby, 1984, p. 203);
- Exercício nº 2 do Manual de Lição de Casa: Relação dos direitos humanos básicos (Caballo, 1996, p. 189);
- Exercício nº 3 do Manual de Lição de Casa: Relato de terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57.

Sessões 2, 3 e 4: Temáticas das semanas – O que é TTM e compreendendo a vontade de arrancar cabelo.

- Esclarecimento sobre o que são transtornos do impulso e definições sobre a Tricotilomania: o que causa e início da doença, prevalência na população, classificação atual;
- Exercício nº 4 do Manual de Lição de Casa: Critérios diagnósticos para TTM do DSM-IV-TR;
- Exercício nº 5 do Manual de Lição de Casa: Espectro dos Transtornos do Impulso (Hollander, 1993);
- Discussão sobre a compreensão do grupo, frente à existência de distintas “necessidades pessoais” que evocam o ato de arrancar o cabelo (inicialmente por meio do *brain storm* dos participantes), seguido de explicação sobre as quatro necessidades (física, emocional, social ou habituação) do comportamento;
- Exercício nº 6 do Manual de Lição de Casa - Técnica ABC (Leahy, 2006, p. 28);
- Discussão sobre os fatores envolvidos na manutenção do hábito de arrancar o cabelo e suas relações de causa e efeito;
- Exercício nº 7 do Manual de Lição de Casa – Formulário de Autoajuda: Avaliação das Emoções e Crenças (Leahy, 2006, p. 43);
- Estabelecimento da quantidade de fios de cabelo arrancado por participante em uma semana *versus* as metas que julgam ser possíveis, visando a um compromisso de redução para cada participante nas semanas subsequentes;

- Tarefa de casa para sessão 2 do Manual de Lição de Casa: Questionário “Por que eu estou arrancando cabelo?”;
- Tarefa de casa, exercício nº 9 e 10 do Manual de Lição de Casa: Questionário “E se eu mudar?” e Questionário “Eu quero/preciso... eu não quero/preciso arrancar cabelo?” (adaptado de Leahy, 2006, p.57);
- Tarefa de casa: leitura do livro “Quem mexeu no meu queijo (Johnson, 2001)”.

Sessões 5, 6, 7, 8 e 9: Temáticas das Semanas – discussão da relação entre paciente e a TTM e suas consequências (crenças envolvidas e explicação do modelo cognitivo).

- Discussão das lições de casa;
- Explicação do processo de formação de crenças com ênfase na explicação do porquê de cada paciente possuir uma lógica distinta dos demais;
- Introdução e compromisso do exercício “Anjo da Guarda” (funcionamento, regras e escolha);
- Exercício nº 11 do Manual de Lição de Casa: Questionário “Meu sistema de crenças”;
- Levantamento junto aos pacientes do sucesso ou não na diminuição do comportamento tricotilomaníaco;
- Exercício nº 12 do Manual de Lição de Casa: Diário das Emoções (Greenberg, 2002);

- Explorar quais crenças estão envolvidas no processo da TTM;
- Explicação de como funciona o modelo cognitivo;
- Exercício nº 13 do Manual de Lição de Casa: O Modelo Cognitivo (Beck, 1997, p. 33);
- Introduzir a explicação de crenças irracionais e de pensamentos disfuncionais mais comuns e que poderiam estar relacionados com a TTM;
- Exercício nº 14 do Manual de Lição de Casa: Distorções Cognitivas (Beck, 1997, pp. 128-9);
- Pergunta para o grupo: “Como desafiar, então, esta estrutura de pensamento?”, questionando o pensamento automático;
- Discussão e introdução ao preenchimento do Registro de Pensamento Disfuncional e/ou Diário de Registro de Tricotilomania;
- Tarefa de casa nº 15 do Manual de Lição de Casa: Registro do Pensamento Disfuncional (Beck, 1997, p. 136);
- Tarefa de casa nº 16 do Manual de Lição de Casa: Diário de Registro de Tricotilomania;
- Verificação da habilidade ou não dos pacientes em fazer uma análise cognitiva frente ao comportamento de arrancar cabelo e, assim, proceder a sua diminuição;
- Discussão das crenças mais resistentes e situações mantenedoras dessas;

- Introdução à noção de características e/ou estilos pessoais que possam estar dificultando o processo de mudança (paradigma pessoal);
- Tarefa de casa nº 15 e 16 do Manual de Lição de Casa para as sessões 6, 7, 8, 9: Registro do Pensamento Disfuncional e/ou Diário de Registro de TTM;
- Discussão das tarefas de casa nº 15 e 16.

Sessão 10: A TTM em minha vida, aprofundar a análise do significado pessoal da TTM, gatilhos precipitadores e estratégias de enfrentamento.

- Discussão da tarefa de casa nº 16;
- Levantamento junto aos pacientes do sucesso (ou não) na redução da TTM da semana anterior a esta;
- Discussão dos aspectos situacionais e/ou emocionais disparadores da TTM ao longo da vida pregressa frente às estratégias disfuncionais de enfrentamento interpessoais;
- Aprofundar a noção de paradigma pessoal de cada participante;
- Reflexão a respeito do aproveitamento pessoal e de críticas e/ou sugestões a serem implementadas no programa.

Sessões 11, 12, e 13: Verificação de como está a habilidade de cada paciente frente à proposta de redução TTM.

- Revisão da sessão anterior e esclarecimento das principais dúvidas;

- Verificação da quantidade de cabelo arrancado semanalmente desde o início do programa até o presente momento;
- Verificação da habilidade exigida por cada um frente às situações disparadoras e sua capacidade de enfrentamento;
- Como cada um está se sentindo hoje em termos de autoeficácia;
- Qual é a avaliação que cada paciente faz do grupo em termos de instrumentalização emocional.

Sessões 14, 15, 16, 17, 18, 19: Habilidades sociais – estratégias de enfrentamento nas relações sociais.

- Revisão da sessão anterior e esclarecimento das principais dúvidas;
- Análise das crenças disfuncionais remanescentes e sua relação com a falta de habilidade em manter-se equilibrados nas situações sociais;
- Exercício nº 17 do Manual de Lição de Casa: Texto – definição do que se entende por habilidade social (Caballo, 1996);
- Exercício nº 18 do Manual de Lição de Casa: exercício para descobrir defesas e perceber como os pensamentos influenciam os sentimentos (Caballo, 1996);
- Retomada do exercício nº 2 do Manual de Lição de Casa: Relação dos direitos humanos básicos (Caballo, 1996, p. 189);
- Os estilos de respostas: assertiva, não assertiva e agressiva;

- Exercício nº 19 do Manual de Lição de Casa: Três estilos de respostas;
- Discussão dos procedimentos para iniciar e manter uma conversação;
- Pergunta aberta *versus* fechada, livre informação, autorrevelação e ouvir;
- Tarefa de casa nº 20 do Manual de Lição de casa: Pergunta aberta *versus* fechada (Caballo, 1996);
- Discussão dos procedimentos defensivos: Disco riscado, asserção negativa e recorte;
- Tarefa de casa nº 21 Manual de Lição de Casa: procedimentos defensivos (Caballo, 1996) sobre habilidade social;
- Discussão dos procedimentos de ataque: inversão, asserção negativa de ataque, reforçamento sanduíche e repetição;
- Tarefa de casa nº 22 do Manual de Lição de Casa: exercícios com inversão, asserção negativa de ataque, reforçamento “sanduíche” e repetição (Caballo, 1996) sobre habilidade social;
- Discussão de todas as tarefas de casa nas sessões posteriores a sua discussão.

Sessões 20 e 21: Prevenção e recaída.

- Revisão da sessão anterior e esclarecimento das principais dúvidas;

- Verificação da redução/extinção da TTM semanalmente desde o início do programa até o presente momento (expectativas iniciais *versus* resultados finais);
- Discussão: “O que pensar sobre a prevenção de recaídas?”;
- Discussão dos principais mitos sobre possível recaída;
- Discussão de como manejar os pensamentos sobre possíveis recaídas;
- Recomendação para grupo de manutenção os pacientes mais graves;
- Tarefa de casa nº 23 do Manual de Lição de Casa: Guia para as sessões de autoterapia (Beck, 1997, p. 283).

Sessão 22: Avaliação final e encerramento.

- Revisão da lição de casa nº 23 da sessão anterior e esclarecimento das principais dúvidas;
- Verificação final da redução/extinção da TTM semanalmente desde o início do programa até o presente momento;
- Aplicação de inventários específicos à população (MGH-HPS, BDI, BAI, EAS e CGI);
- *Feedback* verbal e encerramento.

3.2.9.2 Terapia de Apoio em Grupo (TA-G)

O grupo controle foi feito no modelo de TA-G, e consiste de vinte e duas semanas com uma hora e trinta minutos de duração cada encontro semanal, e foi conduzido por dois psicólogos (terapeuta e coterapeuta) com experiência superior a cinco anos, e que possuem vivência comprovada no manejo e na prática de terapia de apoio em grupo. Na busca da uniformização dos procedimentos, no grupo controle, os profissionais clínicos que aplicaram o programa de TA-G não foram os mesmos que efetuaram a avaliação psicológica inicial (t_1) e final (t_2). Estas avaliações foram também 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 na qual o terapeuta mantém um relacionamento terapêutico e uma aliança de trabalho baseados na realidade, oferecendo apoio, esclarecimento e auxílio na solução de problemas (Cordioli *et al.*, 2008).

A técnica vale-se de diversos métodos, isolados ou não, incluindo liderança afetuosa, amável, 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. Essa abordagem utiliza técnicas para ajudar os pacientes a se sentirem seguros, aceitos, protegidos, encorajados e não ansiosos (Sadock & Sadock, 2007).

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

Tabela 1 - Descrição das intervenções típicas do Programa de Terapia de Apoio em Grupo.

Intervenções	Mecanismos	Objetivo
Educação	Amplia o conhecimento.	Alivia os sintomas mediante o aumento da capacidade de controlá-lo.
Clarificação	Reforça as defesas do ego.	-
Confrontação	Aumenta a 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.	Restabelecimento 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 o controle de afetos intensos e reprimidos mediante sua expressão verbal. Exige uma boa relação com o terapeuta.	Alívio dos sintomas e melhora da relação terapeuta/paciente.

3.2.10 Atendimento Psiquiátrico

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

No pós-tratamento, isso é, na sessão vinte e dois, o médico psiquiatra colaborador da pesquisa realizou uma avaliação do estado clínico geral dos pacientes participantes do estudo, utilizando a CGI.

3.2.11 Cálculo de Tamanho Amostral

Para a estimativa de tamanho de amostra, utilizamos como referência o estudo de van Minnem e colegas (2003) que também utilizou o escore da MGH-HPS como variável de desfecho primária. A seguinte equação foi utilizada (Rosner, 2011):

$$n = \sigma^2 * (Z_{1-\beta} + Z_{1-\alpha/2})^2 / (\mu_0 - \mu_1)^2$$

Onde:

n: total de indivíduos por grupo

μ_0 (média final na MGH-HPS do grupo controle) = 16,07

μ_1 (média final na MGH-HPS do grupo experimental) = 11,67

σ (desvio-padrão combinado) estimado pela fórmula

$$\sqrt{\frac{DP_0^2 + DP_1^2}{2}}$$

Onde:

Desvio-Padrão do grupo controle (DP_0) = 4,23

Desvio-Padrão do grupo experimental (DP_1) = 6,78

Então $\sigma = 5,6$

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

$$n = (5,65)^2 * (0,84 + 1,96)^2 \div (4,4)^2$$

$$n = 89,49 * 7,84 \div 59,44 = 12,92 \cong 13 \text{ indivíduos}$$

Ou seja, 13 indivíduos em cada grupo, perfazendo uma amostra total de no mínimo 26 sujeitos.

3.2.12 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 Student (ou U de Mann-Whitney quando aplicável) e qui-quadrado.

Finalmente, uma análise de variância (ANOVA) para medidas repetidas foi realizada, estabelecendo-se tempo como fator dentro sujeitos (*within subjects*), avaliado em três momentos: na triagem, no início e no fim de tratamento, e grupo (1 = experimental, 0 = controle) como entre sujeitos (*between subjects*). O tamanho estatístico de efeito de Cohen foi baseado em f e foram computadas para a análise de variância, valores abaixo de 0,15 são considerados um pequeno efeito, valores entre 0,15 e 0,35 moderada e valores acima de 0,35 um efeito elevado (Cohen, 1988, 1992). As variáveis dependentes verificadas foram escore da MGH-HPS (sintomas de TTM), escores da BDI e BAI (depressão e ansiedade) e escore da EAS (adequação social). Para a CGI utilizada no final do tratamento e comparada entre os dois grupo, foi utilizado o teste de U de Mann-Whitney.

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

3.2.13 Análise de Risco e Implicações Éticas

Este projeto foi devidamente aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CaPPesq), Protocolo nº 0013/08 (Apêndices A e B). Foram incluídos nesta pesquisa somente 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 poderia se retirar do protocolo sem qualquer prejuízo à continuidade do seu tratamento. Os pacientes também foram informados que, se a condição experimental se mostrasse mais efetiva, seria oferecida aos pacientes alocados na condição controle que não tivessem respondido satisfatoriamente ao tratamento a oportunidade de ingresso na TCC-G, ou vice-versa, caso a TA-G se mostrasse superior.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Com relação às características sociodemográficas, a amostra foi, predominantemente, do gênero feminino (relação entre gêneros de 6:1), com idades variando entre 18 e 61 anos, maioria de solteiro, brancos, nascidos na capital, com nível de educação médio ou superior. A Tabela 2 apresenta um resumo descritivo do perfil da amostra.

A Tabela 3 resume os principais achados, relativos às características prévias ao tratamento. Quase 90% da amostra apresenta grau moderado ou grave de TTM, com a mesma proporção de pacientes com o polo cefálico como a região mais atingida. Cerca de 40% da amostra já recebeu algum tratamento prévio de saúde mental, sendo depressão a causa mais comum. Apesar da relativa gravidade da amostra, internação psiquiátrica foi um evento raro, com apenas um paciente relatando esta ocorrência.

A análise não encontrou diferenças estatisticamente significativas nas condições pré-intervenção entre os grupos experimental e controle.

Tabela 2 – Distribuição de variáveis sociodemográficas dos grupos experimental e controle de pacientes com tricotilomania.

Característica	Grupo Experimental (n=22)		Grupo Controle (n=22)		Total (n=44)		Teste	P
Gênero							$\chi^2=0,193^a$	0,660
Masculino	4	(18,2%)	2	(9,1%)	6	(13,6%)		
Feminino	18	(81,8%)	20	(90,9%)	38	(86,4%)		
Idade								
Média (DP)	32,9	(8,1)	31,1	(11,3)	32,0	(9,7)	$t=0,600^b$	0,552
Etnia							$\chi^2<0,001^a$	1,000
Branco	16	(72,7%)	16	(72,7%)	32	(72,7%)		
Outros	6	(27,3%)	6	(27,3%)	12	(27,3%)		
Local de Nascimento							$\chi^2<0,001^a$	1,000
Capital	20	(90,9%)	21	(95,5%)	41	(93,2%)		
Outros	2	(9,1%)	1	(4,5%)	3	(6,8%)		
Estado Civil							$\chi^2=0,193^a$	0,543
Casado	8	(36,4%)	11	(50,0%)	19	(43,2%)		
Solteiro	14	(63,6%)	11	(50,0%)	25	(56,8%)		
Anos de Educação Formal								
Média (DP)	14,9	(3,8)	13,3	(4,4)	14,1	(4,1)	$t=1,281^b$	0,207
Situação Profissional							$\chi^2=1,458^a$	0,227
Trabalho Regular	14	(63,6%)	9	(40,9%)	23	(52,3%)		
Outros	8	(36,4%)	13	(59,1%)	21	(47,7%)		
Renda Média (em R\$)								
Média (DP)	3063,64	(2051,1)	3097,73	(2488,91)	3080,68	(2253,97)	$t=0,050^b$	0,961
Nº Habitantes Domicílio								
Média (DP)	3,55	(1,82)	3,32	(1,08)	3,43	(1,48)	$t=0,505^b$	0,617
Índice Econômico								
Média (DP)	5,44	(2,45)	5,29	(2,17)	5,33	(2,29)	$t=0,220^b$	0,827
Religião de Origem							$\chi^2=0,129^a$	0,719
Católica	18	(81,8%)	16	(72,7%)	34	(77,3%)		
Outras	4	(18,2%)	6	(27,3%)	10	(22,7%)		
Religião Praticada							$\chi^2=0,988^a$	0,610
Católica	8	(36,4%)	9	(40,9%)	17	(38,6%)		
Evangélica	4	(18,2%)	6	(27,7%)	10	(22,7%)		
Outras	10	(45,5%)	7	(31,8%)	17	(38,6%)		
Frequência da Prática Religiosa							$\chi^2=0,380^a$	0,827
Não Praticante	10	(45,5%)	8	(36,4%)	18	(40,9%)		
Mensal	5	(22,7%)	6	(27,3%)	11	(25,0%)		
Semanal	7	(31,8%)	8	(36,4%)	15	(34,1%)		

^aTeste qui-quadrado^bTeste t de student

Tabela 3 - Distribuição de características clínicas dos grupos experimental e controle

Tabela 3 - Distribuição de características clínicas dos grupos experimental e controle								
Características Clínicas	Grupo Experimental (n=22)		Grupo Controle (n=22)		Total (n=44)		Teste	P
Idade de Início da TTM								
Média (DP)	18,5	(7,7)	14,3	(9,9)	16,4	(9,0)	t=1,580 ^b	0,122
Grau de Gravidade da TTM								
	4	(18,2%)	1	(4,5%)	5	(11,4%)	x ² =2,737 ^a	0,255
Leve	11	(50,0%)	10	(45,5%)	21	(47,7%)		
Moderado	7	(31,8%)	11	(50,0%)	18	(40,9%)		
Grave								
Região que Arranca								
							x ² =0,275 ^a	0,600
Escalpo	19	(86,4%)	21	(95,5%)	40	(90,9%)		
Outras Regiões	3	(13,6%)	1	(4,5%)	4	(9,1%)		
Tratamento prévio para:								
Depressão	11	(50,0%)	6	(27,3%)	17	(38,6%)	x ² =1,524 ^a	0,216
Tr. Ansiedade Generalizada	1	(4,5%)	4	(18,2%)	5	(11,4%)	x ² =0,903 ^a	0,342
Tr. Obsessivo Compulsivo	2	(9,1%)	3	(13,6%)	5	(11,4%)	x ² <0,001 ^a	1,000
Transtorno de Pânico	3	(13,6%)	2	(9,1%)	5	(11,4%)	x ² <0,001 ^a	1,000
Tipo de tratamento prévio:								
	10	(45,5%)	11	(50,0%)	21	(47,7%)	x ² <0,001 ^a	1,000
Ambulatorial								
Psicoterapia	9	(40,9%)	7	(31,8%)	16	(36,4%)	x ² =0,098 ^a	0,754
Com Internação	1	(4,5%)	1	(4,5%)	2	(4,5%)	x ² <0,001 ^a	1,000
Alternativo	2	(9,1%)	3	(13,6%)	5	(11,4%)	x ² <0,001 ^a	1,000

^aTeste qui-quadrado^bTeste t de student

Em relação às comorbidades psiquiátricas, apenas 18,2% dos pacientes apresentaram apenas TTM, 31,8% apresentaram mais um transtorno comórbido, 29,5% dois a três diagnósticos psiquiátricos adicionais e 20,5% apresentou mais de três transtornos comórbidos além da TTM. Depressão foi o transtorno mais frequente acometendo um pouco mais da metade da amostra total. Contudo, analisados em conjunto os transtornos

ansiosos estavam presentes em, pelo menos, 63,6% dos pacientes, sendo Agorafobia, Fobia Social e Transtorno de Ansiedade Generalizada (cada um acometendo, aproximadamente, 16% da amostra) os transtornos ansiosos mais comuns. Novamente, os grupos terapêuticos mostraram-se consideravelmente homogêneos, exceto pelos diagnósticos de agorafobia e TAG que apresentaram tendência à significância, com agorafobia mais frequente no grupo experimental e TAG no grupo controle. Dentre os transtornos do controle do impulso, Dermatotilexomania (11,4%) e TEI (9,1%) foram as comorbidades mais comuns. As Tabelas 4 e 5 resumem os principais achados da análise de comorbidade.

Tabela 4 - Distribuição de comorbidades clínicas dos grupos experimental e controle (teste qui-quadrado).

Comorbidades Clínicas	Grupo Experimental (n=22)		Grupo Controle (n=22)		Total (n=44)		χ^2	P
EDM ^a	11	(50,0%)	14	(63,6%)	25	(56,8%)	0,371	0,543
EDM ^a com Melancolia	2	(9,1%)	4	(18,2%)	6	(13,6%)	0,193	0,660
Distímia	1	(4,5%)	1	(4,5%)	2	(4,5%)	<0,001	1,000
Episódio de Hipomania	2	(9,1%)	0	(0,0%)	2	(4,5%)	0,524	0,469
Transtorno de Pânico	5	(22,7%)	1	(4,5%)	6	(13,6%)	1,737	0,188
Agorafobia	6	(27,3%)	1	(4,5%)	7	(15,9%)	2,718	0,099
Fobia Social	5	(22,7%)	2	(9,1%)	7	(15,9%)	0,680	0,410
TOC ^b	2	(9,1%)	3	(13,6%)	5	(11,4%)	<0,001	1,000
TEPT ^c	2	(9,1%)	0	(0,0%)	2	(4,5%)	0,524	0,469
Dependência de Álcool	1	(4,5%)	0	(0,0%)	1	(2,3%)	<0,001	1,000
Dependência Substâncias	2	(9,1%)	0	(0,0%)	2	(4,5%)	0,524	0,469
Sintomas Psicóticos	0	(0,0%)	1	(4,5%)	1	(2,3%)	<0,001	1,000
Bulimia Nervosa	2	(9,1%)	1	(4,5%)	3	(6,6%)	<0,001	1,000

(continua)

(conclusão)								
Comorbidades Clínicas	Grupo Experimental (n=22)		Grupo Controle (n=22)		Total (n=44)		χ^2	P
TAG ^d	13	(59,1%)	6	(27,3%)	7	(15,9%)	2,718	0,099
TEI ^e	2	(9,1%)	2	(9,1%)	4	(9,1%)	<0,001	1,000
Cleptomania	1	(4,5%)	0	(0,0%)	1	(2,3%)	<0,001	1,000
Oniomania	1	(4,5%)	1	(4,5%)	2	(4,5%)	<0,001	1,000
Impulso Sexual	2	(9,1%)	0	(0,0%)	2	(4,5%)	0,524	0,469
Uso de Internet	2	(9,1%)	0	(0,0%)	2	(4,5%)	0,524	0,469
Dermatotilexomania	3	(13,6%)	2	(9,1%)	5	(11,4%)	<0,001	1,000
TCAP ^f	2	(9,1%)	1	(4,5%)	3	(6,8%)	<0,001	1,000

^a EDM - Episódio Depressivo Maior

^b TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo

^c TEPT- Transtorno de Estresse Pós-Traumático

^d TAG= Transtorno Ansioso Generalizado

^e TEI= Transtorno Explosivo Intermitente

^f TCAP = Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

Durante a fase de estabilização, os sujeitos elegíveis para o estudo que necessitavam medicação receberam sertralina (de 25 a 200 mg/dia, n=21), fluoxetina (de 20 a 80 mg/dia, n=10), ou venlafaxina (de 75 a 300 mg/dia, n=10).

Os grupos apresentaram diferença quanto à prescrição de sertralina previamente à intervenção, sendo que um maior número de pacientes e doses mais altas foram observadas para esta medicação no grupo experimental. Não houve diferenças quanto à prescrição dos outros medicamentos no momento da triagem. Após a fase de estabilização da prescrição, ao início da intervenção psicoterápica, não foram observadas

diferenças significativas para prescrição farmacológica entre os grupos. Na Tabela 5, apresentamos as medicações e as respectivas distribuições das dosagens prescritas.

Tabela 5 - Distribuição das dosagens das medicações utilizadas no tratamento dos grupos controle e experimental

Dosagem mg/d	Prescrição farmacológica no momento da triagem					Prescrição farmacológica no início da psicoterapia				
	Grupo controle (n=22)	Grupo experimental (n=22)	Total (n=44)	U de Mann-Whitney	p	Grupo controle (n=22)	Grupo experimental (n=22)	Total (n=44)	U de Mann-Whitney	p
Sertralina				154,0	0,024				182,5	0,129
0	13 (59,1%)	8 (36,4%)	21 (47,7%)			14 (63,9%)	9 (40,9%)	23 (52,3%)		
25	3 (13,6%)	0	3 (6,8%)			0	0	0		
50	6 (27,3%)	10 (45,5%)	16 (36,4%)			3 (13,6%)	5 (22,7%)	8 (18,2%)		
100	0	3 (13,6%)	3 (6,8%)			3 (13,6%)	2 (9,1%)	5 (11,4%)		
150	0	1 (4,5%)	1 (2,3%)			0	2 (9,1%)	2 (4,5%)		
200	0	0	0			2 (9,1%)	4 (18,2%)	6 (13,6%)		
Fluoxetina				234,5	0,830				234,5	0,810
0	15 (68,2%)	15 (68,2%)	30 (68,2%)			17 (77,3%)	17 (77,3%)	34 (77,3%)		
20	6 (27,3%)	4 (18,2%)	10 (22,7%)			1 (4,5%)	1 (4,5%)	2 (4,5%)		
40	1 (4,5%)	2 (9,1%)	3 (6,8%)			3 (13,6%)	0	3 (6,8%)		
60	0	0	0			1 (4,5%)	1 (4,5%)	2 (4,5%)		
80	0	1 (4,5%)	1 (2,3%)			0	3 (13,6%)	3 (6,8%)		
Venlafaxina				217,0	0,382				224,0	0,564
0	19 (86,4%)	17 (77,3%)	36 (81,8%)			16 (72,7%)	18 (81,8%)	34 (77,3%)		
75	3 (13,6%)	3 (13,6%)	6 (13,6%)			2 (9,1%)	1 (4,5%)	3 (6,8%)		
150	0	1 (4,5%)	1 (2,3%)			1 (4,5%)	0	1 (2,3%)		
225	0	0	0			3 (13,6%)	2 (9,1%)	5 (11,4%)		
300	0	1 (4,5%)	1 (2,3%)			0	1 (4,5%)	1 (2,3%)		

A ANOVA para medidas repetidas mostrou que tanto os sintomas de TTM quanto de depressão sofreram reduções significativas, particularmente robusta para o escore da MGH-HPS. Entretanto, ansiedade e adequação social não apresentaram efeitos significativos de nenhum dos modelos de tratamento (vide Tabela 6). A análise de interação de tempo por grupo mostrou que a TCC-G foi mais eficaz que a TA-G na redução dos sintomas de TTM ($p = 0,038$). As figuras 2, 3, 4 e 5 ilustram estas diferenças de respostas terapêuticas entre os grupos durante os três momentos avaliados.

Dois modelos alternativos de ANOVA para medidas repetidas foram construídos tendo Agorafobia e TAG como fatores entre sujeitos. Não foram observados efeitos significativos destas comorbidades sobre qualquer variável de desfecho.

Por fim, na comparação da pontuação do pós-tratamento entre os sujeitos do grupo experimental e do controle encontrou-se diferença significativa entre as variáveis da CGI, especificamente melhora da gravidade e efeito terapêutico, a análise estatística completa está descrita na Tabela 7.

Tabela 6 - Comparação do desfecho para os Grupos Experimental e Controle de pacientes com Tricotilomania, ANOVA para medidas repetidas.

Variáveis	Grupo Experimental			Grupo Controle			Evolução (Tempo)			Interação Grupo x Tempo		
	TCC-G			TA-G			F	p	η^*	F	p	η^*
	Triagem Média (DP)	Início Média (DP)	Término Média (DP)	Triagem Média (DP)	Início Média (DP)	Término Média (DP)						
^a MGH-HPS	19,9 (4,7)	19,0 (5,6)	12,3 (6,6)	18,0 (7,6)	20,0 (5,1)	14,4 (6,3)	23,762	<0,001	0,536	3,545	0,038	0,147
^b BDI	17,5 (11,0)	21,9 (10,2)	16,3 (10,4)	18,4 (10,7)	21,9 (10,2)	16,3 (10,4)	6,579	0,003	0,248	0,007	0,993	<0,001
^c BAI	17,5 (11,6)	16,5 (12,4)	16,4 (11,8)	17,8 (12,4)	19,6 (13,2)	16,0 (12,5)	0,828	0,444	0,040	0,385	0,683	0,019
^d EAS	2,3 (0,6)	2,4 (0,7)	2,3 (0,6)	2,5 (0,6)	2,3 (0,6)	2,1 (0,4)	1,745	0,187	0,078	2,164	0,128	0,095

^aMassachusetts General Hospital – Hair Pulling Scale. ^bBeck Depression Inventory. ^cBeck Anxiety Inventory. ^dEscala de Adequação Social.

*Coeficiente de Cohen para estimativa de tamanho de efeito baseado em F.

Tabela 7 - Distribuição das variáveis de avaliação da CGI^a do pós-tratamento dos grupos controle e experimental de pacientes com tricotilomania.

Variáveis	Grupo Controle (n=22)	Grupo Experimental (n=22)	Total (n=44)	Teste	p
Gravidade				U=90,0	<0,001
Ausente	0	3 (13,6%)	3 (6,8%)		
Presente	1 (4,5%)	8 (36,4%)	9 (20,5%)		
Leve	10 (45 %)	9 (40,9%)	19 (43,2%)		
Moderada	10 (45 %)	2 (9,1%)	12 (27,3%)		
Intensa	1 (4,5%)	0	1 (2,3%)		
Melhora				U=103,5	<0,001
Muito grande	0	10 (45,5%)	10 (22,7%)		
Muito melhor	13 (59,1%)	10 (45,5%)	23 (52,3%)		
Melhora mínima	7 (31,8%)	1 (4,5%)	8 (18,2%)		
Sem melhora	2 (9,1%)	0	2 (4,5%)		
Um pouco pior	0	1 (4,5%)	1 (2,3%)		
Efeito Terapêutico				U=107,0	0,001
Mínimo	9 (40,9%)	2 (9,1%)	11 (25 %)		
Moderado	11 (50 %)	8 (36,4%)	19 (43,2%)		
Intenso	2 (9,1%)	12 (54,5%)	14 (31,8%)		
Efeito colateral da medicação				U=206,0	0,348
Nenhum	8 (36,4%)	4 (18,2%)	12 (27,3%)		
Não interferiu	10 (45,5%)	14 (63,6%)	24 (54,5%)		
Interferiu	4 (18,2%)	4 (18,2%)	8 (18,2%)		

^aClinical Global Impression.

Figura 2 - Gráfico de interação entre grupos para MGH-HPS.

Figura 3 - Gráfico de interação entre grupos para BDI.

Figura 4 - Gráfico de interação entre grupos para BAI.

Figura 5 - Gráfico de interação entre grupos para a EAS.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Os resultados acima atestam que ambos os tratamentos foram eficazes na redução de sintomas de TTM e de depressão, porém TCC-G foi superior à TA-G na redução de sintomas tricotilomaniacos.

Ao analisarmos os dados sociodemográficos, observamos que os participantes do estudo têm bom nível de educação formal, equivalente ao nível superior incompleto, o que pode ter influência na renda familiar média, assim como facilidade de acesso a serviços terciários especializados. Com relação às características clínicas dos pacientes que procuram tratamento para TTM, nossos achados, no que se refere ao gênero, são consistentes com os da literatura que apresentam taxas predominantemente de mulheres (Christenson *et al.*, 1991a; Cohen *et al.*, 1995; Schlosser *et al.*, 1994; King *et al.*, 1995a; Reeve *et al.*, 1992). Outro achado que é consistente com a literatura é a região preferencial para arrancarem cabelo, ou seja, o escalpo (Woods *et al.*, 2006; Christenson, 1995; Christenson *et al.*, 1991a). Os estudos apontam a idade média de início da TTM levemente abaixo da nossa média (Christenson, 1991a; Swedo & Leonard, 1992b; Muller & Winkelman, 1972). Porém, podemos pensar que, em nossa realidade, a TTM ainda é pouco conhecida e/ou não é vista como um problema de saúde mental, o que pode ter retardado o reconhecimento do seu início. De fato, a idade de procura por tratamento é similar à apresentada em estudo como o de Woods e colaboradores (2006a). Portanto, a comparação do perfil da

nossa amostra com os descritos na literatura disponível sugere que nossos achados podem ser generalizados para portadores de TTM de outros serviços ambulatoriais.

Quando analisadas isoladamente, depressão foi a categoria diagnóstica comórbida mais frequente em TTM. No estudo pioneiro de Greenberg & Sarner (1965), já foram relatadas altas taxa de prevalência de depressão nessa população psiquiátrica (68%). Em estudos posteriores, taxas de depressão, embora ainda altas, apresentaram índices menores (Franklin *et al.*, 2008; Tolin *et al.*, 2007; Woods *et al.*, 2006a; Christenson, 1995; Christenson *et al.*, 1991; Swedo & Leonard, 1992a). Variações ao longo do tempo nos critérios diagnósticos de depressão e na metodologia para sua avaliação podem explicar a grande variação da frequência de depressão na população de portadores de TTM em tratamento, aproximadamente de 20 a 70%. De qualquer modo, a frequência de depressão encontrada em nossa amostra (~60%), está dentro dessa faixa.

Por outro lado, se analisados em conjunto, os transtornos ansiosos se mostraram ainda mais frequentes do que depressão entre portadores de TTM (63,6%). Os números encontrados para esta amostra também reproduzem taxas descritas em estudos anteriores que sugerem estreita correlação entre TTM e transtornos ansiosos, ainda que, neste caso, a variação das taxas de associação seja também muito ampla oscilando entre, aproximadamente, 20 e 60% (Franklin *et al.*, 2008; Tolin *et al.*, 2007; Woods *et al.*, 2006a; Christenson, 1995; Christenson *et al.*, 1991). Interessantemente os transtornos ansiosos mais frequentes foram

Agorafobia, Fobia Social e TAG, apesar da TTM ser imputada como um diagnóstico do espectro obsessivo-compulsivo. TOC foi apenas o quarto entre os transtornos ansiosos mais prevalentes em nossa amostra (11%). Em estudos anteriormente relatados, quatro estudos apresentaram taxas de comorbidade com TOC similares às nossas (Cohen *et al.*, 1995; Christenson, 1995; Woods *et al.*, 2006a; Tolin *et al.*, 2007), enquanto o estudo de Schlosser *et al.* (1994) apresentou porcentagem mais elevada (27%).

Os resultados descritos acima reforçam a percepção de que fenômenos ansiosos em TTM merecem mais investigações, pois se, de um lado, eles são muito frequentes, de outro, a terapêutica com ISRS parece não ser muito eficaz tanto para os sintomas próprios da TTM quanto para os sintomas ansiosos nesta população (Bloch *et al.*, 2007). As evidências de envolvimento das vias glutamatérgicas em TTM (Grant *et al.*, 2009) sugerem que os sintomas ansiosos nestes pacientes possam ser oriundos de um processo psicobiológico particular, onde os tratamentos habituais pautados em modulação serotoninérgica têm pouco efeito. São necessários mais estudos para delineamento e tratamento dos fenômenos ansiosos em TTM e nos transtornos de autocuidado (*grooming*) de uma maneira geral. Como observado nesta amostra, o tratamento com antidepressivos usualmente prescritos para controle de sintomas ansiosos não surtiu efeito sobre estes sintomas, tampouco contribuiu para os resultados positivos encontrados para sintomas de TTM tratados com TCC-G, uma vez que ambos os grupos receberam quantidades equivalentes de medicação.

O fato de que, dentre os TCI, a comorbidade mais frequente em nossa amostra foi a dermatotilexomania (Skin-picking) reforça a suposição de que, neste grupo, TTM e dermatotilexomania componham um subgrupo específico de transtornos associados aos comportamentos de autocuidado (*grooming*). Stein e colaboradores (2010) sugerem que se TTM e *skin picking* forem identificados como transtornos associados e independentes de outros transtornos psiquiátricos (TCI, TOC, etc.), abre-se uma interessante possibilidade de organização de um novo grupo de transtornos caracterizados por comportamentos motores repetitivos com foco no corpo, hoje apenas marginalmente contemplados como variação de Transtorno Estereotípico do Movimento. Por outro lado, eles advertem que poderia se produzir uma banalização do diagnóstico psiquiátrico com a “patologização” indevida de hábitos como roer as unhas (onicofagia leve), morder os lábios, ou cutucar o nariz.

O efeito focal do tratamento proposto para TTM, poupando em certo grau outras esferas sintomáticas, pode ser um efeito da especificidade do foco da TCC, mas, também, pode ser efeito do tempo relativamente breve de seguimento, uma vez que particularmente variáveis como adequação social podem levar mais tempo para exibirem melhora consistente. De toda forma, seria recomendável rever o nosso programa de tratamento para torná-lo mais abrangente, ou complementá-lo com medidas pós-terapêuticas visando à promoção de saúde mental e de qualidade de vida, além de expandir o seguimento dos pacientes abrangendo um intervalo significativo de tempo depois da conclusão do tratamento formal.

Como limitação desse protocolo de pesquisa, gostaríamos de ressaltar que o número limitado de participantes pode ter interferido no resultado negativo de alguns achados (ansiedade e ajustamento social). Outra limitação foi o fato de que não foi feito o seguimento do pós-tratamento para um acompanhamento a longo prazo dos ganhos obtidos com a redução da TTM. Pesquisas adicionais precisam ser conduzidas para avaliar a eficácia comparada a tratamentos farmacológicos, tratamentos comportamentais e modelos híbridos. Além disso, pesquisas que documentem a interação entre características do paciente e do terapeuta na predição de resposta ao tratamento também podem contribuir para consolidação de modelos terapêuticos mais eficazes.

Por fim, podemos concluir que, a despeito das limitações apontadas, a TCC-G mostrou-se um procedimento útil, eficaz, e que, com pequenos ajustes e treinamento dos profissionais, poderia ser difundido pelas redes assistenciais, ajudando a melhorar a abrangência dos programas de cobertura à saúde mental.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Dos achados descritos e das considerações derivadas, podemos concluir que:

1. A TCC-G, com ênfase em técnicas cognitivas, é eficaz e superior à TA-G no tratamento da TTM;
2. Ambas, TCC-G, com ênfase em técnicas cognitivas, e TA-G são eficazes no tratamento de sintomas depressivos associados à TTM;
3. Nenhum dos modelos terapêuticos testados foi eficaz na redução dos sintomas ansiosos associados à TTM;
4. Nenhum dos modelos terapêuticos testados foi eficaz na melhora do ajustamento social de portadores de TTM, no período de observação estabelecido;
5. Novos modelos terapêuticos ampliados para abarcar aspectos do ajustamento e qualidade de vida de portadores de TTM precisam ser desenvolvidos e testados, com períodos de seguimento maiores para que se tenha uma visão apropriada dos efeitos do tratamento ao longo do tempo.

7 ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

DA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

1. NOME DO PACIENTE

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº. : SEXO : M () **Ž** F () **Ž**

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº. APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M () **Ž** F () **Ž**

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº. APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “Avaliação do tratamento cognitivo-comportamental estruturado para grupo de pacientes com tricotilomania”.

ORIENTADOR: Profº Dr. Hermano Tavares

CARGO/FUNÇÃO: Médico/ Psiquiatra, Docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, orientador no Programa de Pós-graduação e Coordenador Geral 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.

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - Nº. CRM 75471

Orientando: Edson Luiz de Toledo

CARGO/FUNÇÃO: Psicólogo, pós graduado e pesquisador no Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso (PRO-AMITI) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - Nº. CRP/06 27139

UNIDADE DO HCFMUSP: Psiquiatria – PRO-AMITI

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO	()	RISCO MÍNIMO	(X)	RISCO MÉDIO	()
RISCO BAIXO	()	RISCO MAIOR	()		

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: dezoito meses.

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa:

O tratamento ambulatorial para Tricotilomania quando composto de atendimento médico e psicoterápico pode reduzir seus sintomas. O objetivo da pesquisa é estudar se a terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCC-) pode ser usada como recurso psicoterapêutico para pacientes com tricotilomania, uma vez que esse tipo de psicoterapia já vem auxiliando o tratamento de varias psicopatologias.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais:

O tratamento ambulatorial para os pacientes com tricotilomania será composto de atendimento médico (psiquiatra) e psicoterápico em grupo (psicólogo).

O paciente passará por avaliação inicial e pós-tratamento, sendo que será feita por entrevista, testes psicológicos e medicação será feita se necessário. O que estará sendo testado no estudo é a efetividade da psicoterapia em grupo a qual o paciente estará sendo submetido.

3. Desconfortos e riscos esperados

O tratamento psicoterápico não apresenta desconforto ou risco para o paciente.

4. Benefícios que poderão ser obtidos:

O benefício esperado do tratamento será o de contribuir para a melhora dos sintomas da tricotilomania e da qualidade de vida em prazo menor que os pacientes que não receberam tratamento com a terapia cognitivo-comportamental.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo:

Os pacientes serão submetidos a tratamento médico (farmacológico) e psicológico (psicoterapia em grupo) divididos em dois grupos de atendimentos.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Você estará iniciando um tratamento com profissionais de duas especialidades (Psiquiatra e Psicólogo) vinculados ao PROAMITI/IPq.
2. O PROAMITI tem sua sede atual no 3º andar do Instituto de Psiquiatria, nosso telefone é (011) 2661 7805;
3. Todas as etapas do seu tratamento serão igualmente importantes por isto sempre que indicado procure frequentá-las regularmente, caso contrário nos comunique sua falta com antecedência pelo telefone acima;
4. Seu tratamento terá duração aproximada de um ano e será composto por atendimento ambulatorial com médico psiquiatra (agendado pelo próprio) e atendimento semanal psicoterápico em grupo (agendado pelo psicólogo) com duração de vinte e duas (22) sessões de uma hora e trinta minutos (1:30 h) cada uma, que acontecerá todas as quintas-feiras em local fixo que será definido e informado pelo psicólogo;
5. Faltar a qualquer uma destas atividades será comunicado à coordenação do ambulatório, sendo neste caso o paciente comunicado por telefone a comparecer na semana seguinte à sua falta;
6. Três (03) faltas consecutivas após convocação a qualquer uma das atividades do PROAMITI em que esteja participando (consulta psiquiatra, psicoterapia), o paciente será novamente convocado por telefone, para comparecer a uma entrevista que avaliará a possibilidade de prosseguir o tratamento prescrito. Persistindo sem contato com o PROAMITI, será considerado que houve abandono da sua participação na pesquisa.
7. Caso não concorde ou não deseje participar deste protocolo de pesquisa durante a sua realização e após sua concordância, será assegurado o seu direito de fazê-lo sem que isso implique em perda do vínculo com a instituição.
8. Dúvidas e informações adicionais serão fornecidas pelos profissionais (médico e psicólogo) que o estiver atendendo.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Edson Luiz de Toledo, psicólogo, pós-graduando, coordenador do atendimento psicoterápico dos pacientes com Tricotilomania do PROAMITI, fone: (11) 2661 7805 e (11)9 9154 0943

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 2008.

assinatura do sujeito da pesquisa
ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

ANEXO B – Questionário Sociodemográfico.

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

1. DATA DA AVALIAÇÃO: □□/□□/□□

2. NOME DA PACIENTE:

3. ENDEREÇO:

CEP:

4. TELEFONES PARA CONTATO:

Residencial: _____

Comercial: _____

Celular / BIP: _____ código: _____

Recados: _____ falar com: _____

5. RAÇA: ☐

1 - branca

4 - amarela

2 – negra

5- outra

3 – parda

6 - não disponível

6. IDADE: □□

7. DATA DE NASCIMENTO:

8. ESTADO CIVIL DE FATO: ☐

1 - casada

2 - solteira

8 - não se enquadra

9 - não disponível

9. Nº DE FILHOS VIVO: ☐

10. ORIENTAÇÃO SEXUAL: ☐

1 - homossexual

2 - heterossexual

3 - bissexual

7. SITUAÇÃO PROFISSIONAL (ÚLTIMOS 30 DIAS): ☐☐

1 – trabalha 30 horas semanais ou mais

2 – trabalha menos que 30 horas semanais

3 – estudante

4 – prendas domésticas

5 – desempregado

6 – aposentado

8. PROFISSÃO: ☐

Especificar: _____

1 – Alto executivo, profissionais liberais (médico, advogado, engenheiro, psicólogo, dentista, professor universitário, etc.)

2 – Gerentes ou proprietários de empresa média (mais de 20 funcionários), profissionais médios (professor de ensino fundamental e médio, enfermeiro, assistente social, etc.)

3 – Cargos administrativos (sem curso superior), gerente ou proprietário de pequena empresa (padarias, restaurantes, venda de automóveis, agente de viagens, etc.)

4 – Nível técnico, ofício religioso, vendas, bancário, secretária, etc.

5 – Curso profissionalizante (não exige ensino médio), cabeleireiro, manicure, padeiro, mecânico, policiais, bombeiro, encanador, alfaiate, etc.)

6 – Semi-especializado, auxiliar de enfermagem, pedreiro, garçom, motorista, vigilante, operador de maquinário

7 – Não especializado: zelador, ajudante de pedreiro, porteiro, serviços gerais

8 – estudante

9. PROFISSÃO EXERCIDA NOS ÚLTIMOS 6 MESES: _____

Obs.: em caso de mais de uma considerar a mais recente

10. RENDA MENSAL FAMILIAR MÉDIA DOS ÚLTIMOS 12 MESES:

□□□□□□□□,□□

INDICES DA MORADIA (ESPECIFICAR NÚMERO):

11. Habitantes ☐

12. Cômodos (quartos, salas e cozinha, excluir banheiros) ☐

13. Banheiros ☐

14. Automóvel de passeio ☐

15. TV a cores ☐

16. Empregada mensalista ☐

17. Aparelho de som ☐

18. Máquina de lavar ☐

19. Vídeo cassete ou DVD ☐

20. Microcomputador ☐

21. Geladeira e/ ou freezer ☐

22. Forno de micro-ondas ☐

23. GRAU DE INSTRUÇÃO: ☐

1. Analfabeto

2. Ensino Fundamental Nível I (primário) incompleto

3. Ensino Fundamental Nível I (primário) completo

E.F. NI completo: 4 anos

4. Ensino Fundamental Nível II (ginásio) incompleto

5. Ensino Fundamental Nível II (ginásio) completo

E.F. NII completo: 8 anos

6. Ensino Médio (colegial - segundo grau) incompleto

7. Ensino Médio (colegial - segundo grau) completo E.M. completo: 11 anos
8. Ensino Superior incompleto
9. Ensino Superior completo E.S. completo: de acordo com a graduação

24. N° DE ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL: ☐☐ não contabilizar repetências ou cursinho

25. GRAU DE INSTRUÇÃO DO PAI: ☐

Obs.: usar a mesma escala de pontuação da questão 23

26. GRAU DE INSTRUÇÃO DA MÃE: ☐

Obs.: usar a mesma escala de pontuação da questão 23

27. LOCAL DE NASCIMENTO: 1 - CIDADE:

2 - ESTADO:

3 - PAÍS:

28. FILIAÇÃO: ☐

1 - Filho natural

2 - Adotado

29. RELIGIÃO DE ORIGEM: ☐☐

1 - Católica

2 - Evangélica

4 - Espírita

8 - Outras: _____

9 - Ateu

Obs.: no caso de adesão a duas práticas religiosas somar os números, por ex. Católica + Espírita = 1 + 4 = 5

30. RELIGIÃO ATUAL: ☐☐

Obs.: usar código anterior

31. FREQUÊNCIA DA PRÁTICA RELIGIOSA: ☐

- 1 - Não é praticante
- 2 - Frequenta igreja ou templo apenas nas datas religiosas
- 3 - Frequenta pelo menos 1 vez por mês
- 4 - Frequenta pelo menos 1 vez por semana
- 5 - Frequentador assíduo (mais que uma vez por semana)

USO DE OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

32. Você já fez ou faz tratamento para algum outro problema emocional?

DIAGNÓSTICO: ☐☐☐☐

- 1. Alcoolismo
- 2. Tabagismo
- 4. Farmacodependência
- 8. Depressão
- 16. Transtorno Afetivo Bipolar
- 32. Transtorno de Ansiedade Generalizada
- 64. Transtorno do Pânico
- 128. Transtorno Obsessivo Compulsivo
- 256. Anorexia Nervosa
- 512. Bulimia Nervosa
- 1024. Outros: _____
- 98. Não Houve

Obs.: no caso de haver mais de um tipo de diagnóstico, deve-se somá-los. Ex.: alcoolismo + bulimia = 1 + 256 = 257

33. TIPO DE TRATAMENTO: ☐☐

1 - ambulatorial

2 - internação psiquiátrica

4 - psicoterapia

8 - religioso

16 - alternativos

98 - não houve

Obs.: no caso de haver mais de um tipo de tratamento, deve-se somá-los. Ex.: ambulatorial + psicoterapia = 1 + 4 = 5

34. Por favor, diga-me os nomes e idade de seu pai e mãe biológicos.

Agora, diga-me os nomes, idade e sexo de todos os irmãos biológicos. Por favor, comece com o mais velho e inclua na você lista.

	Nome	Identidade do Membro	Idade (ou idade qdo faleceu) 0 = < 1	Sexo F = 0 M = 1 NS = 9	Ordem certa de nascimento Não = 0 Sim = 1 NS = 9
Mãe biológica		1		0 1 9	
Pai biológico		2		0 1 9	
Filho 1		3		0 1 9	0 1 9
Filho 2		4		0 1 9	0 1 9
Filho 3		5		0 1 9	0 1 9
Filho 4		6		0 1 9	0 1 9
Filho 5		7		0 1 9	0 1 9

Tipo de Dependência	Identidade dos Membros Afetados
Dependência de Álcool	
Dependência de Drogas	
Tabagismo	
Jogo Patológico	
Oniomania – compra compulsiva	
Impulso Sexual Excessivo	
Outras dependências (sexo, comida, etc.)	

35. TENTATIVA DE SUICÍDIO: ☐☐

1 - não

2 - sim

Obs.: no caso de haver mais de um, devem ser somados.

36. Nº DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: ☐☐

37. Você já esteve tão deprimido, que mesmo sem tentar acabar com sua vida, você tentou facilitar a morte? Por exemplo: caminhar sozinho por rua escura e perigosa, dirigir descuidadamente em alta velocidade, etc.

1 – não

☐☐

2 – sim

38. COMPORTAMENTO DE RISCO PARA AIDS: ☐☐

1 - relações sexuais desprotegidas com parceiras (os) eventuais nos últimos dois anos

2 - a parceira (o) habitual têm comportamento de risco para AIDS

4 - compartilha ou compartilhou seringa na administração de drogas EV

8 - não ocorreu

Obs.: no caso de haver mais de um, devem ser somados

ANEXO C – Massachusetts General Hospital – HPS.

ESCALA DE ARRANCAR CABELO – EAC-MGH	
NOME:	DATA: __/__/__
<p>INSTRUÇÕES: Para cada questão, escolha uma afirmação do grupo de respostas, a qual melhor descreve seus comportamentos e/ou sentimentos durante a última semana. Se você tem tido altos e baixos, tente estimar uma média para a última semana. Certifique-se de ler todas as afirmações em cada grupo antes de fazer sua escolha.</p>	
<p>NAS QUESTÕES 1, 2 e 3, AVALIE APENAS OS IMPULSOS PARA ARRANCAR SEU CABELO E/OU PELO.</p>	
<p>1. Em um dia normal, com que frequência você sentiu o impulso de arrancar seu cabelo e/ou pelo?</p> <p>Esta semana eu...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não senti vontade de arrancar meu cabelo e/ou pelo. 2. Poucas vezes senti vontade de arrancar meu cabelo e/ou pelo. 3. Frequentemente senti vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo. 4. Muito frequentemente senti vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo. 5. Senti uma vontade constante de arrancar o meu cabelo e/ou pelo. 	
<p>2. Em um dia normal, quão intensos ou fortes foram os impulsos de arrancar seu cabelo e/ou pelo?</p> <p>Esta semana eu...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não senti nenhuma vontade de arrancar meu cabelo e/ou pelo. 2. Senti uma leve vontade de arrancar meu cabelo e/ou pelo. 3. Senti uma moderada vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo. 4. Senti uma forte vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo. 5. Senti uma extrema vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo. 	
<p>3. Em um dia normal, quanto controle você tem sobre os impulsos para arrancar seu cabelo?</p> <p>Esta semana eu...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sempre pude controlar os impulsos, ou eu não senti vontade de arrancar o meu cabelo e/o pelo. 2. Na maioria do tempo fui capaz de desviar a minha atenção dos impulsos para arrancar o meu cabelo e/ou pelo. 3. Em alguns momentos, fui capaz de desviar a minha atenção dos impulsos para arrancar o meu cabelo e/ou pelo. 4. Raramente fui capaz de desviar a minha atenção dos impulsos para arrancar o meu cabelo e/ou pelo. 5. Não fui capaz, nenhuma vez, de desviar minha atenção dos impulsos para arrancar meu cabelo e/ou pelo. 	

NAS QUESTÕES 4, 5 E 6 AVALIE SOMENTE O COMPORTAMENTO ATUAL DE ARRANCAR O CABELO E/OU PELO.	
<p>4. Em um dia normal, quantas vezes você efetivamente arrancou seu cabelo e/ou pelo?</p> <p>Esta semana eu...</p>	
1.	Não arranquei meu cabelo e/ou pelo.
2.	Poucas vezes arranquei meu cabelo e/ou pelo.
3.	Frequentemente arranquei meu cabelo e/ou pelo.
4.	Muito frequentemente arranquei meu cabelo e/ou pelo.
5.	Arranquei o meu cabelo e/ou pelo excessivamente, a ponto de sentir que estava arrancando-o sempre.
<p>5. Em um dia normal, com que frequência você tentou, de fato, impedir-se de arrancar seu cabelo e/ou pelo?</p> <p>Esta semana eu...</p>	
1.	Não senti nenhum impulso para arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
2.	Quase o tempo todo tentei resistir ao impulso para arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
3.	Em algum momento tentei resistir ao impulso para arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
4.	Raramente tentei resistir ao impulso para arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
5.	Não tentei resistir ao impulso para arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
<p>6. Em um dia normal, com que frequência você foi, efetivamente, bem sucedido ao impedir-se de arrancar o seu cabelo e/ou pelo?</p> <p>Esta semana eu...</p>	
1.	Não arranquei o meu cabelo e/ou pelo.
2.	Durante quase todo o tempo, fui capaz de resistir ao ato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
3.	Na maior parte do tempo, fui capaz de resistir ao ato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
4.	Em alguns momentos, fui capaz de resistir ao ato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
5.	Raramente fui capaz de resistir ao ato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
PARA A ÚLTIMA QUESTÃO, AVALIE AS CONSEQUÊNCIAS DE SEU COMPORTAMENTO DE ARRANCAR O CABELO E/OU PELO.	
<p>7. Arrancar o cabelo e/ou pelo pode fazer algumas pessoas sentirem-se mal-humoradas, "com os nervos à flor da pele", ou tristes. Durante a semana passada, o quanto de desconforto você sentiu com o fato de arrancar o cabelo e/ou pelo?</p> <p>Na semana passada eu...</p>	
1.	Senti-me muito pouco desconfortável com o fato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
2.	Senti-me pouco desconfortável com o fato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
3.	Senti-me moderadamente desconfortável com o fato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
4.	Senti-me muito desconfortável com o fato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
5.	Senti-me excessivamente desconfortável com o fato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
<p>Toledo EL, et al. Adaptação transcultural da Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale para o idioma português (Brasil). Rev Psiquiatr Clin. 2011;38(5):178-83.</p>	

ANEXO D - Escala de Impressão Clínica Global.

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL – CGI	
Nome: _____	
Nº Registro: _____	Data: ____ / ____ / ____
1. GRAVIDADE DA DOENÇA: 0. AUSENTE 1. PRESENÇA DUVIDOSA 2. LEVE 3. MODERADA 4. INTENSA 5. GRAVE 6. EXTREMAMENTE GRAVE	
2. MELHORA GLOBAL: 0. MELHORA MUITO GRANDE 1. MUITA MELHORA 2. MELHORA MÍNIMA 3. NÃO HOUE MELHORA 4. UM POUCO PIOR 5. MUITO PIOR 6. PIORA MUITO ACENTUADA	
3. EFEITOS TERAPÊUTICOS: 1. INALTERADO OU PIOR 2. MINIMO, MELHORA DISCRETA 3. MODERADO; REMISSÃO PARCIAL 4. INTENSO; REMISSÃO COMPLETA OU QUASE COMPLETA	
4. EFEITOS COLATERAIS: 1. NENHUM 2. NÃO INTERFERIU SIGNIFICATIVAMENTE COM O FUNCIONAMENTO 3. INTERFERIU SIGNIFICATIVAMENTE COM O TRATAMENTO 4. INTENSO, ALARMANTE	
Guy W. Clinical Global Impression (CGI). In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. <i>US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research branch</i> . Rockville, MD: National Institute of Mental Health; 1976. p.218-222.	

ANEXO E – Beck Depression Inventory.

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

<p>1 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.</p> | <p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p> |
|---|---|

Subtotal da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do Psicólogo®

© 2001 Casapal Livraria Editora e Gráfica Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BDI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

ANEXO F – Beck Anxiety Inventory.

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absoluta- mente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderada- mente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

**Casa do
Psicólogo®**

© 2001 Casapeli Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

ANEXO G – Escala de Adequação Social.

NOME: _____ DATA: ____/____/____

ESCALA DE ADEQUAÇÃO SOCIAL – EAS

Gostaríamos de saber como você se sentiu no seu trabalho, lazer e vida familiar as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

Não existem respostas certas ou erradas neste questionário.

Escolha as respostas que melhor descrevam como você esteve nas duas últimas semanas.

TRABALHO FORA DE CASA

Assinale a resposta que melhor se adapte à sua condição.

Eu: 1 ☐ sou um trabalhador assalariado e/ou autônomo

2 ☐ trabalho em casa sem remuneração (prendas domésticas)

3 ☐ sou estudante

4 ☐ sou aposentado

5 ☐ estou desempregado

Você geralmente trabalha mais de 15 horas por semana com remuneração?

1 ☐ sim 2 ☐ não

Você trabalhou nestas duas últimas semanas com remuneração?

1 ☐ sim 2 ☐ não

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas duas últimas semanas.

1. Quantos dias de trabalho remunerado você perdeu nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não perdi nenhum dia
- 2 ☐ perdi um dia
- 3 ☐ perdi cerca de metade do tempo de trabalho
- 4 ☐ perdi mais da metade do tempo de trabalho, mas trabalhei pelo menos um dia
- 5 ☐ não trabalhei nenhum dia
- 8 ☐ estive em férias nesse período

Se você não trabalhou com remuneração em nenhum dia das duas últimas semanas, pule para a questão 7.

2. Você foi capaz de realizar seu trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ fiz meu trabalho muito bem
- 2 ☐ fiz meu trabalho bem, porém tive algumas pequenas dificuldades
- 3 ☐ necessitei de auxílio no trabalho e cerca de metade do tempo não o fiz adequadamente
- 4 ☐ fiz meu trabalho de maneira inadequada na maior parte do tempo
- 5 ☐ fiz meu trabalho de maneira inadequadamente durante o tempo todo

3. Você se sentiu envergonhado de seu desempenho no trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não
- 1 ☐ em nenhum momento me senti envergonhado
- 2 ☐ uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado
- 3 ☐ cerca de metade do tempo me senti envergonhado
- 4 ☐ senti-me envergonhado a maior parte do tempo
- 5 ☐ senti-me envergonhado o tempo todo

4. Você teve algum tipo de discussão com as pessoas com quem você trabalha nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
- 2 ☐ no geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ tive mais de uma discussão
- 4 ☐ tive várias discussões
- 5 ☐ tive discussões constantemente

5. Você se sentiu chateado, preocupado ou desconfortável enquanto realizava seu trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ em nenhum momento me senti assim
- 2 ☐ senti-me assim uma ou duas vezes
- 3 ☐ senti-me assim cerca de metade do tempo
- 4 ☐ senti-me assim a maior parte do tempo
- 5 ☐ senti-me assim o tempo todo

6. Você achou seu trabalho interessante nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ meu trabalho foi interessante praticamente o tempo todo
- 2 ☐ uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
- 3 ☐ cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
- 4 ☐ meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
- 5 ☐ meu trabalho não foi interessante o tempo todo

TRABALHO EM CASA

As donas de casa devem responder às questões de **7 a 12** – os demais sigam para a questão **13**.

7. Quantos dias você realizou tarefas domésticas nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ diariamente
- 2 ☐ realizei tarefas domésticas quase todos os dias
- 3 ☐ realizei tarefas domésticas cerca de metade do tempo
- 4 ☐ no geral não realizei tarefas domésticas
- 5 ☐ fui totalmente incapaz de realizar tarefas domésticas
- 8 ☐ estive ausente de casa nas duas últimas semanas

8. Nas duas últimas semanas, você foi capaz de realizar suas tarefas domésticas, tais como cozinhar, limpar, lavar, fazer compras, consertos caseiros, etc.?

- 1 ☐ realizei as tarefas muito bem
- 2 ☐ realizei as tarefas bem, porém tive pequenas dificuldades
- 3 ☐ necessitei de auxílio nas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
- 4 ☐ fiz minhas tarefas de maneira inadequada na maior parte do tempo
- 5 ☐ fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

9. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho nas tarefas domésticas, nas duas últimas semanas

- 1 ☐ em nenhum momento me senti envergonhado(a)
- 2 ☐ uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado(a)
- 3 ☐ cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
- 4 ☐ senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
- 5 ☐ senti-me envergonhado(há) o tempo todo

10. Você teve algum tipo de discussão com vendedores, comerciantes ou vizinhos, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
- 2 ☐ no geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ tive mais de uma discussão
- 4 ☐ tive várias discussões
- 5 ☐ tive discussões constantemente

11. Você se sentiu incomodado(a) com o seu trabalho doméstico, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ em nenhum momento me senti incomodado(a)
- 2 ☐ senti-me incomodado(a) uma ou duas vezes
- 3 ☐ senti-me incomodado(a) cerca de metade do tempo
- 4 ☐ senti-me incomodado(a) a maior parte do tempo
- 5 ☐ senti-me incomodado(há) o tempo todo

12. Você achou seu trabalho doméstico interessante, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ meu trabalho foi interessante na maior parte do tempo
- 2 ☐ uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
- 3 ☐ cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
- 4 ☐ meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
- 5 ☐ meu trabalho não foi interessante o tempo todo

ESTUDANTES

Responda às questões de **13** a **18** se você frequenta escola por meio período ou mais. Caso contrário, pule para a questão **19**.

Quanto tempo você permanece na escola?

- 1 ☐ período integral
- 2 ☐ mais que meio período
- 3 ☐ meio período

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.

13. Quantos dias de aula você perdeu nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não perdi nenhum dia
- 2 ☐ perdi poucos dias de aula
- 3 ☐ perdi cerca de metade do tempo de aula
- 4 ☐ perdi mais da metade do tempo de aula
- 5 ☐ não fui à escola nenhum dia
- 8 ☐ estive de férias nesse período

14. Você foi capaz de realizar suas tarefas escolares nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ fiz minhas tarefas muito bem
- 2 ☐ fiz minhas tarefas, porém tive pequenas dificuldades
- 3 ☐ necessitei de ajuda nas minhas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
- 4 ☐ fiz minhas tarefas de maneira inadequada à maior parte do tempo
- 5 ☐ fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

15. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho escolar nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ em nenhum momento me senti envergonhado(a)
- 2 ☐ uma ou duas vezes me senti envergonhado(a)
- 3 ☐ cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
- 4 ☐ senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
- 5 ☐ senti-me envergonhado(há) o tempo todo

16. Você teve algum tipo de discussão com pessoas ligadas à escola nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
- 2 ☐ no geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ tive mais de uma discussão
- 4 ☐ tive várias discussões
- 5 ☐ tive discussões constantemente
- 8 ☐ não se aplica, não frequentei a escola nesse período

17. Você teve algum aborrecimento na escola nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ em nenhum momento senti-me aborrecido(a)
- 2 ☐ senti-me aborrecido(a) uma ou duas vezes
- 3 ☐ senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
- 4 ☐ senti-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
- 5 ☐ senti-me aborrecido(há) o tempo todo
- 8 ☐ não se aplica, não frequentei a escola nesse período

18. Você achou suas tarefas escolares interessantes nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ minhas tarefas escolares foram interessantes o tempo todo
- 2 ☐ uma ou duas vezes minhas tarefas escolares não foram interessantes
- 3 ☐ cerca de metade do tempo minhas tarefas escolares não foram interessantes
- 4 ☐ no geral, minhas tarefas escolares não foram interessantes a maior parte do tempo
- 5 ☐ minhas tarefas escolares não foram interessantes o tempo todo

LAZER

Todos devem responder às questões de **19 a 27**

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.

19. Quantos amigos você viu ou conversou ao telefone nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ nove ou mais amigos
- 2 ☐ cinco a oito amigos
- 3 ☐ dois a quatro amigos
- 4 ☐ um amigo
- 5 ☐ nenhum amigo

20. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um amigo nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ posso sempre falar sobre meus sentimentos
- 2 ☐ no geral, posso falar sobre meus sentimentos
- 3 ☐ consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 ☐ com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 ☐ em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos
- 8 ☐ não se aplica, não tenho amigos.

21. Nas duas últimas semanas, quantas vezes você saiu socialmente com outras pessoas? Por exemplo, visitou amigos, foi ao cinema, a restaurantes, à igreja, convidou amigos para sua casa?

- 1 ☐ mais de três vezes
- 2 ☐ três vezes
- 3 ☐ duas vezes
- 4 ☐ uma vez
- 5 ☐ nenhuma vez

22. Quanto tempo você dedicou a suas atividades de lazer, nas duas últimas semanas? Por exemplo, esportes, leitura, ouvir música, etc.

- 1 ☐ dediquei a maior parte do tempo livre ao lazer praticamente todos os dias
- 2 ☐ dediquei parte do tempo livre em alguns dias
- 3 ☐ dediquei pouco tempo livre ao lazer
- 4 ☐ no geral, não dediquei nenhum tempo ao lazer, mas assisti à televisão
- 5 ☐ não dediquei nenhum tempo ao lazer, nem assisti à televisão

23. Você teve algum tipo de discussão com seus amigos nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
- 2 ☐ no geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ tive mais de uma discussão
- 4 ☐ tive várias discussões
- 5 ☐ tive discussões constantes
- 8 ☐ não se aplica, não tenho amigos

24. Se seus sentimentos foram feridos ou se você foi ofendido por um amigo durante as duas últimas semanas, quanto isso o afetou?

- 1 ☐ isso não me afetou ou não aconteceu
- 2 ☐ superei em poucas horas
- 3 ☐ superei em poucos dias
- 4 ☐ superei em uma semana
- 5 ☐ vai levar meses até que eu me recupere
- 8 ☐ não se aplica, não tenho amigos

25. Você se sentiu tímido(a) ou desconfortável quando em companhia de outras pessoas nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ sempre me senti confortável
- 2 ☐ algumas vezes me senti desconfortável, mas relaxei depois de pouco tempo
- 3 ☐ senti-me desconfortável cerca de metade do tempo
- 4 ☐ no geral me senti desconfortável
- 5 ☐ senti-me desconfortável o tempo todo
- 8 ☐ não se aplica, não estive com outras pessoas

26. Você se sentiu solitário(a) e desejando ter mais amigos durante as duas últimas semanas?

- 1 ☐ não me senti solitário(a)
- 2 ☐ senti-me solitário(a) algumas vezes
- 3 ☐ senti-me solitário(a) cerca de metade do tempo
- 4 ☐ no geral me senti solitário(a)
- 5 ☐ o tempo todo me senti solitário(a) e desejando ter mais amigos

27. Você se sentiu aborrecido(a) em seu tempo livre durante as duas últimas semanas?

- 1 ☐ nunca me senti aborrecido(a)
- 2 ☐ no geral não me senti aborrecido(a)
- 3 ☐ senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
- 4 ☐ no geral me senti aborrecido(a)
- 5 ☐ senti-me aborrecido(há) o tempo todo

Você é solteiro, separado ou divorciado e não mora com um parceiro sexual?

- 1 ☐ SIM, responda às questões **28** e **29**
- 2 ☐ NÃO, pule para a questão **30**

28. Quantas vezes você teve um encontro com intenções amorosas nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ mais de três vezes
- 2 ☐ três vezes
- 3 ☐ duas vezes
- 4 ☐ uma vez
- 5 ☐ nenhuma vez

29. Você se interessou por ter encontros amorosos nas duas últimas semanas? Se você não os teve, gostaria de tê-los tido?

- 1 ☐ interessei-me por encontros o tempo todo
- 2 ☐ a maior parte do tempo me interessei por encontros
- 3 ☐ cerca de metade do tempo me interessei por encontros
- 4 ☐ não me interessei por encontros à maior parte do tempo
- 5 ☐ estive totalmente desinteressado por encontros

FAMÍLIA

Responda às questões de **30** a **37** sobre seus pais, irmãos, irmãs, cunhados, sogros e crianças que não moram em sua casa. Você esteve em contato com alguns deles nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ SIM, responda às questões de **30** a **37**
- 2 ☐ NÃO, pule para a questão **36**

30. Você teve algum tipo de discussão com seus parentes nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ relacionamo-nos bem o tempo todo
- 2 ☐ no geral nos relacionamos bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ tive mais de uma discussão com pelo menos um parente
- 4 ☐ tive várias discussões
- 5 ☐ tive discussões constantemente

31. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um parente nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ posso sempre falar sobre meus sentimentos com pelo menos um parente
- 2 ☐ no geral posso falar sobre meus sentimentos
- 3 ☐ consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 ☐ com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 ☐ nunca consegui falar sobre meus sentimentos

32. Você evitou contato com seus familiares nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ procurei meus familiares regularmente
- 2 ☐ procurei algum familiar pelo menos uma vez
- 3 ☐ esperei que meus familiares me procurassem
- 4 ☐ evitei meus familiares, mas eles me procuraram
- 5 ☐ não tenho contato com nenhum familiar

33. Você dependeu de seus familiares para obter ajuda, conselhos, dinheiro ou afeto nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ em nenhum momento preciso ou dependo deles
- 2 ☐ no geral não dependi deles
- 3 ☐ dependi deles cerca de metade do tempo
- 4 ☐ dependo deles a maior parte do tempo
- 5 ☐ dependo completamente de meus familiares

34. Você quis contrariar seus familiares a fim de provocá-los nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não quis contrariá-los
- 2 ☐ uma ou duas vezes quis contrariá-los
- 3 ☐ quis contrariá-los cerca de metade do tempo
- 4 ☐ quis contrariá-los a maior parte do tempo
- 5 ☐ eu os contrariei o tempo todo

35. Você se preocupou, sem nenhuma razão, com coisas que pudessem acontecer a seus familiares nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não me preocupei sem razão
- 2 ☐ preocupei-me uma ou das vezes
- 3 ☐ preocupei-me cerca de metade do tempo
- 4 ☐ preocupei-me a maior parte do tempo
- 5 ☐ preocupei-me o tempo todo
- 8 ☐ não se aplica, não tenho familiares

TODOS respondem as questões **36** e **37**, mesmo que não tenham familiares.

36. Nas duas últimas semanas, você achou que decepcionou ou foi injusto(a) com seus familiares?

- 1 ☐ não achei que os decepcionei em nada
- 2 ☐ no geral não achei que os decepcionei
- 3 ☐ cerca de metade do tempo achei que os decepcionei
- 4 ☐ a maior parte do tempo achei que os decepcionei
- 5 ☐ o tempo todo achei que os decepcionei

37. Em algum momento nas últimas duas semanas você achou que seus familiares o decepcionaram ou foram injustos com você?

- 1 ☐ em nenhum momento achei que eles me decepcionaram
- 2 ☐ no geral achei que eles não me decepcionaram
- 3 ☐ cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram
- 4 ☐ a maior parte do tempo achei que eles me decepcionaram
- 5 ☐ tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

Você mora com seu cônjuge ou está morando com um parceiro sexual?

- 1 ☐ SIM, responda às questões de **38** a **46**
- 2 ☐ NÃO, pule para a questão **47**

38. Você teve algum tipo de discussão com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não tive nenhuma discussão e relacionamo-nos muito bem
- 2 ☐ no geral nos relacionamos bem, mas tivemos pequenas discussões
- 3 ☐ tivemos mais de uma discussão
- 4 ☐ tivemos várias discussões
- 5 ☐ tivemos discussões constantemente

39. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ pude sempre falar sobre meus sentimentos livremente
- 2 ☐ no geral pude falar sobre meus sentimentos
- 3 ☐ consegui falar sobre meus sentimentos acerca de metade do tempo
- 4 ☐ com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 ☐ em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos

40. Você exigiu que as coisas em casa fossem feitas do seu jeito nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 2 ☐ no geral eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 3 ☐ cerca da metade do tempo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 4 ☐ no geral eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 5 ☐ o tempo todo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito

41. “Você sentiu que seu companheiro(a) foi autoritário com você ou ficou ‘pegando no seu pé’ nas duas últimas semanas?”

- 1 ☐ quase nunca
- 2 ☐ de vez em quando
- 3 ☐ cerca de metade do tempo
- 4 ☐ a maior parte do tempo
- 5 ☐ o tempo todo

42. Você se sentiu dependente de seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ senti-me independente
- 2 ☐ no geral me senti independente
- 3 ☐ senti-me um tanto dependente
- 4 ☐ no geral me senti dependente
- 5 ☐ dependi do meu companheiro(a) para tudo

43. Como você se sentiu em relação a seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ senti afeto o tempo todo
- 2 ☐ no geral senti afeto
- 3 ☐ cerca de metade do tempo senti afeto e cerca de metade do tempo senti desagrado
- 4 ☐ no geral senti desagrado
- 5 ☐ senti desagrado o tempo todo

44. Quantas vezes você e seu companheiro(a) tiveram relações sexuais?

- 1 ☐ mais de duas vezes por semana
- 2 ☐ uma ou duas vezes por semana
- 3 ☐ uma a cada duas semanas
- 4 ☐ menos de uma vez a cada duas semanas, mas pelo menos uma vez no último mês
- 5 ☐ nenhuma vez no último mês ou mais

45. Você teve algum problema durante relações sexuais, tal como dor, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ nenhum
- 2 ☐ uma ou duas vezes
- 3 ☐ cerca de metade das vezes
- 4 ☐ a maior parte das vezes
- 5 ☐ todas às vezes
- 8 ☐ não se aplica, não tive relações sexuais nas duas últimas semanas

46. Como você se sentiu quanto às relações sexuais nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ senti prazer todas às vezes
- 2 ☐ no geral senti prazer
- 3 ☐ senti prazer cerca de metade das vezes
- 4 ☐ no geral não senti prazer
- 5 ☐ não senti prazer nenhuma das vezes

FILHOS

Nas duas últimas semanas, estiveram morando com você filhos solteiros, adotivos ou enteados?

- 1 ☐ SIM, responda às questões de **47** a **50**
- 2 ☐ NÃO, pule para a questão **51**

47. Você tem se interessado(a) pelas atividades de seus filhos, escola, lazer, durante as duas últimas semanas?

- 1 ☐ interessei-me e estive ativamente envolvido(há) o tempo todo
- 2 ☐ no geral me interessei e estive envolvido(a)
- 3 ☐ cerca de metade do tempo interessei-me
- 4 ☐ no geral não me interessei
- 5 ☐ estive desinteressado(há) o tempo todo

48. Você foi capaz de conversar e ouvir seus filhos nas duas últimas semanas? (crianças maiores de 2 anos)

- 1 ☐ sempre consegui comunicar-me com eles
- 2 ☐ no geral consegui comunicar-me com eles
- 3 ☐ cerca de metade das vezes consegui comunicar-me com eles
- 4 ☐ no geral não consegui comunicar-me com eles
- 5 ☐ não consegui comunicar-me com eles
- 8 ☐ não se aplica, não tenho filhos maiores de 2 anos

49. Como você se relacionou com seus filhos nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
- 2 ☐ não geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ tive mais de uma discussão
- 4 ☐ tive várias discussões
- 5 ☐ tive discussões constantemente

50. Como você se sentiu em relação a seus filhos nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ senti afeto o tempo todo
- 2 ☐ no geral senti afeto
- 3 ☐ cerca de metade do tempo senti afeto
- 4 ☐ no geral não senti afeto
- 5 ☐ em nenhum momento senti afeto

VIDA FAMILIAR

Você já foi casado, viveu com um parceiro sexual ou teve filhos

1 ☐ SIM, responda às questões de **51** a **53**

2 ☐ NÃO, pule para a questão **54**

51. Você se preocupou com seu companheiro(a) ou com algum de seus filhos sem nenhuma razão nas duas últimas semanas, mesmo não estando morando junto atualmente?

1 ☐ não me preocupei

2 ☐ preocupei-me uma ou duas vezes

3 ☐ preocupei-me cerca de metade do tempo

4 ☐ preocupei-me a maior parte do tempo

5 ☐ preocupei-me o tempo todo

8 ☐ não se aplica, não tenho companheiro ou filhos vivos

52. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que decepcionou o seu parceiro ou algum de seus filhos?

1 ☐ não achei que os decepcionei em nada

2 ☐ no geral não senti que os decepcionei

3 ☐ cerca de metade do tempo achei que os decepcionei

4 ☐ a maior parte do tempo achei que os decepcionei

5 ☐ eu os decepcionei completamente

53. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que seu companheiro ou algum de seus filhos o decepcionou?

1 ☐ em nenhum momento achei que eles me decepcionaram

2 ☐ no geral achei que eles não me decepcionaram

3 ☐ cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram

4 ☐ no geral achei que eles me decepcionaram

5 ☐ tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

SITUAÇÃO FINANCEIRA

Todos respondam à questão **54**

54. Você teve dinheiro suficiente para suprir suas necessidade e as de sua família nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ tive dinheiro suficiente para as necessidades básicas
- 2 ☐ no geral tive dinheiro suficiente, porém com pequenas dificuldades
- 3 ☐ cerca de metade do tempo tive dificuldade financeiras, porém não precisei pedir dinheiro emprestado
- 4 ☐ no geral não tive dinheiro suficiente e precisei pedir dinheiro emprestado
- 5 ☐ tive sérias dificuldades financeiras

ANEXO H - MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version 5,0 do DSM IV.

**M.I.N.I.: MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW BRAZILIAN
VERSION 5,0.0 DSM IV**

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A): _____

PROTOCOLO NÚMERO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA: _____

NOME DO (A) ENTREVISTADOR(A): _____

HORA DO FIM DA ENTREVISTA: _____

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA: _____

MÓDULOS

PERÍODOS EXPLORADOS

CUMPRE OS CRITÉRIOS

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas + vida inteira)	☐
A.' EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas) - <i>opcional</i>	☐
B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)	☐
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual + vida inteira	☐
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual (12 últimos meses)	☐
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)	☐

F. AGORAFOBIA	Atual	☐
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)	☐
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	☐
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último <i>opcional</i> mês)	☐
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)	☐
K. DEPENDÊNCIA/ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)	☐
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + Atual	☐
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	☐
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	☐
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	☐
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida Inteira <i>opcional</i>	☐

ANEXO I - Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV-Transtorno de Controle do Impulso não Especificado.

SCID – TCIm

(Setembro 2004)

Michael B. First, M.D.

DX código	Diagnóstico	Prevalência durante a vida				Preencheu critério diagnóstico no mês passado		
		Info. inadequada.	Ausente	Sub- Clínico	Clínico	Ausente	Presente	
TRANSTORNO DO CONTROLE DE IMPULSO								
01	Transtorno Explosivo Intermitente (K. 1)	?	1	2	3	☐ 1 →	3	S8 S9
02	Cleptomania (K. 10)	?	1	2	3	☐ 1 →	3	S10 S11
03	Piromania (K. 21)	?	1	2	3	☐ 1 →	3	S12 S13
04	Jogo Patológico (K. 32)	?	1	2	3	☐ 1 →	3	S14 S15
05	Tricotilomania (K. 50)	?	1	2	3	☐ 1 →	3	S16 S17
06	Oniomania (K. 61)	?	1	2	3	☐ 1 →	3	S18 S19
08	Impulso Sexual Excessivo Não Parafílico (K. 85)	?	1		3	☐ 1 →	3	S20 S21
09	Transtorno do Uso da Internet Impulsivo- Compulsivo (K. 115)	?	1		3	☐ 1 →	3	S22 S23
10	Transtorno "Skin Picking" (K. 146)	?	1		3	☐ 1 →	3	S24 S25
11	Uso de video-game Impulsivo-Compulsivo (adaptação AMITI) (K. 163)	?	1		3	☐ 1 →	3	S26 S27
12	Transtorno da Auto-Mutilação (adaptação AMITI) (K. 194)	?	1		3	☐ 1 →	3	S28 S29
13	Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico (adaptação AMITI) (K. XXX)	?	1		3	☐ 1 →	3	S30 S31

ANEXO J – Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Tratamento de Pacientes com Tricotilomania.

INFORMAÇÕES INICIAIS:

1- Horário das Reuniões:

As reuniões do Grupo de Terapia Cognitivo-comportamental para pacientes com Tricotilomania serão realizadas **SEMPRE** às QUINTAS-FEIRAS, das 08h00min às 09h30min e acontecerão na SALA DE REUNIÃO DO ANDAR TÉRREO (ala dos ambulatórios) do Instituto de Psiquiatria (IPq) da FMUSP.

2- Número de sessões:

Será realizado um total de 22 sessões semanais.

3- Escalas de avaliação:

Por se trata de um protocolo de pesquisa que tem como objetivo avaliar o tratamento será realizado avaliações através do uso de escalas. Essas avaliações serão semelhantes àquelas realizadas antes do início do tratamento em grupo. Elas ocorrerão, portanto na primeira e vigésima segunda sessão. Lembre-se que não é você que está sendo avaliado, e sim o tratamento, por isso é fundamental comparecer às sessões de aplicação de escalas.

4- Ausências:

Cada uma das sessões deste protocolo tratará de um tema diferente sobre o tratamento da Tricotilomania. Por isso a sua presença em todas as sessões é muito importante. Caso precise faltar, procure avisar com antecedência a equipe através do telefone 2661-7805 (secretária do PROAMITI). Pessoas com mais de TRES FALTAS tão de

ser desligado do grupo, porém será mantido o tratamento psiquiátrico. Procure respeitar o horário agendado, mas não deixe de comparecer se estiver atrasado. Caso precise contatar a equipe utiliza o número acima.

5- Manual de terapia:

Não se esqueça de trazer seu manual de terapia em todas as sessões. Nele estão contidos os exercícios que serão trabalhados ao longo das sessões. Após o fim do tratamento este material será seu, portanto procure mantê-lo da melhor forma possível. Ele poderá servir como um futuro material de consulta.

INTRODUÇÃO:

Embora já presente nos escritos do filósofo grego Hipócrates, isso por volta do século III A.C., foi apenas em 1889, que o dermatologista francês Henri Hallopeau ao descrever o comportamento de um jovem que arrancou os pelos do corpo e começou a arrancar os cabelos, identificou o ato como uma síndrome médica e sugeriu o nome derivado do grego de tricotilomania (TTM), que significa *thrix* (cabelo), *tillein* (arrancar) e mania (loucura), que denota um comportamento anormal por não parar o impulso mórbido por algum motivo específico.

No último século, diversos estudos foram apresentados na literatura clínica, embora a grande maioria das pesquisas date da última década, recentes pesquisas sugerem que a TTM é mais comum do que se acreditava.

Caracterizada como um Transtorno do Controle do Impulso Não Especificado de acordo com o manual de classificação de doenças mentais da Associação Psiquiátrica Americana, conhecido como DSM-IV-TR, o diagnóstico para TTM requer: comportamento recorrente de arrancar os cabelos, sensação de tensão crescente, prazer, satisfação ou alívio ao

arrancar os cabelos, não é explicado por outro transtorno mental, nem se deve a uma condição médica geral e causa sofrimento clinicamente significativo, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional.

Arrancar cabelo/pelo pode acontecer em qualquer local do corpo, e frequentemente em locais múltiplos. Confirmada por alguns estudos feitos com pacientes com tricotilomania a ordem de preferência por região ficou assim distribuída: couro cabeludo, cílios, sobrancelhas, região púbica, extremidades, axila e abdômen.

As situações mais frequentemente associadas com o arrancar cabelo incluem: leitura, assistir televisão, falar ao telefone, dirigir ou deitado na cama. Pacientes relatam que o arrancar cabelo parece de forma não consciente, embora informem uma combinação de “foco” e “automatismo” do ato de arrancar cabelo.

Relatos de pacientes informam que episódios de arrancar o cabelo podem ocorrer em qualquer lugar e durar minutos ou horas, sendo que alguns pacientes informam preferência para cabelos com textura ou qualidades diferentes e outros tiram de uma maneira ritualística. Estudos relatam que alguns pacientes depois de puxar o fio de cabelo se ocuparão de comportamentos orais, como correr o cabelo entre os lábios, morder e arrancar a raiz, ou comer o fio ou parte dele, que é chamado de tricofagia.

Não buscar tratamento por desconhecimento, forte sentimento de vergonha ou embaraço social também é citado. Já disfarçar a perda do cabelo usando peruca, fazendo penteados especiais, maquiagem, usando chapéu/touca, lenço ou boné é comum. Não é incomum para estes pacientes evitarem natação, dançar, exercitar, fazer esportes, ou se exporem a situações as quais a perda de cabelo ficará evidente, alguns podem evitar lugares públicos e desculpas às vezes são oferecidas como uma explicação para a alopecia.

Não há estudos epidemiológicos na população geral. Em uma pesquisa com estudantes de nível superior, 13% informaram hábito crônico de arrancar cabelo, mas só 1% indicou este comportamento como resultado de aflição em níveis clínicos significativos da/ou perda de cabelo (Rothbaum *et al.*, 1993). Assim, assumiu-se a prevalência de 1%, projetando-se mais de 2,5 milhões

arrancadores de cabelo só nos Estados Unidos, entretanto, estudos mais recentes estimam de 2 a 3% da população (Penzel, 2003); no Brasil não temos nenhum estudo epidemiológico até o presente momento.

A idade média de início para TTM em uma grande amostra com adultos arrancadores de cabelo era de 13 anos. Foi observado que se o começo aparecer na infância a TTM pode representar uma forma relativamente benigna, de fácil resolução, com pequena ou nenhuma intervenção terapêutica, enquanto TTM de início tardio é uma condição mais severa, é resistente a tratamentos e é mais frequentemente associado com comorbidades psicopatológicas.

Estudos de casos informaram resultados positivos que tratam da tricotilomania usando uma variedade de medicamentos.

A Terapia Cognitivo-Comportamental, também conhecida por TCC, é uma forma de psicoterapia que se utiliza da cognição para identificar comportamento negativo disfuncional e substituí-lo por um comportamento positivo ou oferecendo uma perspectiva nova para pensamentos e comportamentos.

A Terapia Cognitivo-comportamental vem sendo aplicada em uma grande variedade de transtornos. No tratamento da tricotilomania ela vem sendo utilizada no formato individual e em grupo, alcançando alguns resultados promissores, pois ela enfoca as cognições disfuncionais (padrões de pensamento) ou comportamentos (ações) que causam danos à pele ou ao cabelo.

A TCC em grupo além de se mostrar eficaz, favorece algumas vantagens quando comparada ao tratamento individual, além do óbvio fato de tratar de um maior número de pessoas ao mesmo tempo:

- Cria um clima colaborativo entre os membros do grupo que favorece uma maior aceitação do transtorno, aumentando a adesão ao tratamento.
- Troca de estratégias pessoais entre os membros do grupo. Cada pessoa se adapta de forma diferente a Tricotilomania e a troca destas experiências pode ser benéfica para os demais membros do grupo.

- Aquisição de habilidades específicas. A maior parte dos tratamentos em pesquisa hoje aborda temas que podem ser mais bem trabalhados em grupo, como o treino em assertividade, por exemplo.

Por outro lado, quando realizamos terapia em grupo precisamos estar atentos a alguns detalhes, como, por exemplo, a questão do uso do tempo. Será solicitado que cada um dos membros fale na sua vez, e que isso seja respeitado por todos.

Além disso, é pedido para que todos pacientes tenham atenção à agenda das sessões, que foi construída dentro de uma ordem lógica. Cada uma das sessões abordará um tema específico sobre a tricotilomania, e por isso, mais uma vez, é importante que os membros não falem a elas.

Como a intenção de aumentar a eficácia da terapia será solicitado aos membros do grupo que realizem tarefas em casa. Essas tarefas envolverão, por exemplo, a leitura de algum livro ou o preenchimento de uma folha de registro. O objetivo destas tarefas é tornar as habilidades e estratégias apreendidas no grupo em atividades diárias, de modo a torná-las parte do dia-a-dia do indivíduo. Desta forma será fundamental tentar realizar as tarefas perdidas para a próxima sessão. Não se preocupe em trazê-las com exatidão: o importante aqui é tentar fazer. Traga, por favor, as dúvidas em sua próxima sessão, na qual sempre haverá um espaço de tempo para esclarecê-las.

Nas páginas a seguir está a sequência do programa que seguiremos, bem como, a descrição detalhada de todas as vinte e duas sessões e no final tem todas as lições de casa sob a forma de EXERCÍCIOS.

Esclarecemos ainda que o presente manual foi exclusivamente desenvolvido para tratamento de tricotilomania.

SEMANA 1

TEMÁTICA DA SEMANA: Apresentando o programa

JUSTIFICATIVA: Tratando-se da semana inicial do programa, será apresentada aos pacientes a rotina do mesmo. Assim como quais as expectativas esperadas pelo programa frente às mesmas para que a redução do comportamento de TRICOTILOMANIA (TTM) seja obtida; também serão focos desta semana: explicação do cronograma e das atividades a serem realizadas em casa. Buscar-se-á também o favorecimento da criação da aliança de trabalho (vínculo) entre o profissional e o grupo.

ESTRATÉGIAS:

1- Aplicação de inventários específicos à população (EAS, MGH-HPS, BDI, BAI). Serão entregues pelos psicoterapeutas no início da sessão e recolhidos após o preenchimento.

2- Apresentação pessoal de cada participante frente ao grupo e do profissional encarregado pela condução do programa incluindo a explanação em grupo do por que de cada participante estar neste programa (demandas pessoais – o que cada um espera, história prévia do comportamento de arrancar cabelo, tentativas (fracassadas ou não) de interrupção do comportamento e etc.). Se necessário aplicar a técnica de relaxamento (Exercício A - Manobra para Sentir-se Melhor Rapidamente. Maultsby, 1984, p. 203). Esta técnica poderá ser usada toda vez que o profissional perceber que o grupo não está relaxado/tensão.

3- Explicação do tratamento psicológico (no que consistem, expectativas do profissional, das tarefas de casa, questionários, preenchimento do diário pessoal e etc.).

4- Levantamento das expectativas pessoais de cada paciente frente ao tratamento.

5- Considerar que a construção de um sistema de crenças para manter o respeito pelos próprios direitos pessoais e pelos direitos dos demais, identificando a premissa básica de que o programa é humanista, ou seja, não busca produzir estresse desnecessário nos demais e apoiar a autorrealização de cada paciente. (Exercício 2 - Relação dos Direitos Humanos Básicos. Caballo, 1996, p. 189).

6- Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

EXERCÍCIO 1

MANOBRA PARA SENTIR-SE MELHOR RAPIDAMENTE

Esta técnica é um procedimento de respiração lenta, diafragmática. Para realizá-la, seguem-se os seguintes passos:

Primeiramente ponha-se à vontade fisicamente enquanto está de pé, sentado ou (de preferência) deitado.

Feche os olhos, esboce um ligeiro sorriso em seu rosto e diminua seu ritmo de respiração entre quatro e seis ciclos completos de inspiração/expiração por minuto. É uma respiração com o “estômago”, de modo que o abdômen se elevará quando inspira.

Comece inspirando tranquilamente durante 3 ou 4 segundos, enquanto pensa ao mesmo tempo:

1. “estou inspirando”. Imediatamente, expire durante 3 ou 4 segundos, enquanto pensa lentamente:
2. “estou expirando”. Ao final da expiração, descansa durante 3 ou 4 segundos, enquanto pensa:
3. “Estou relaxando-me”. Logo, repete-se essa seqüência de respiração lentamente, uma e outra vez, até que perceba que está claramente relaxado.

Maultsby, 1984, p. 203. In: Caballo, 1996.

EXERCÍCIO 2

RELAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS BÁSICOS

-
1. O direito a manter sua dignidade e respeito, comportando-se de forma hábil ou assertiva – inclusive se a outra pessoa sente-se ferida – desde que não viole os direitos humanos básicos dos demais.

2. O direito a ser tratado com respeito e dignidade.
3. O direito a recusar pedidos sem ter de se sentir culpado ou egoísta.
4. O direito a experimentar e expressar seus próprios sentimentos.
5. O direito a deter-se e pensar antes de agir.
6. O direito de mudar de opinião.
7. O direito a pedir o que quiser (levando em conta que a outra pessoa tem o direito de dizer não).
8. O direito a fazer menos do que humanamente é capaz de fazer.
9. O direito a ser independente.
10. O direito a decidir o que fazer com seu próprio corpo, tempo e propriedade.
11. O direito a pedir informação.
12. O direito a cometer erros – e ser responsáveis por eles.
13. O direito a se sentir satisfeito consigo.
14. O direito a ter suas próprias necessidades, e que essas necessidades sejam tão importantes como as necessidades dos demais. Além disso, temos o direito de pedir (não exigir) aos demais que respondam a nossas necessidades e de decidir se satisfazemos as necessidades dos demais.
15. O direito a ter opiniões e expressá-las.
16. O direito a decidir se quer satisfazer as expectativas de outras pessoas ou se prefere agir seguindo seus interesses – desde que não viole os direitos dos demais.
17. O direito a falar sobre o problema com a pessoa envolvida e esclarecê-lo, em casos-limite, em que os direitos não estão totalmente claros.
18. O direito a obter aquilo pelo que paga.
19. O direito a escolher não se comportar de maneira assertiva ou socialmente hábil.
20. O direito a ter direitos e defendê-los.
21. O direito a ser escutado e a ser levado a sério.
22. O direito a estar só, quando assim o escolher.
23. O direito a fazer qualquer coisa, desde que não viole os direitos de outra pessoa.

Caballo, 1996, p. 189.

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?

2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje?
Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANAS 2, 3 E 4

TEMÁTICA DA SEMANA: PSICOEDUCATIVO E COMPREENDENDO A VONTADE DE ARRANCAR CABELO

JUSTIFICATIVA: Explorar/esclarecer ao grupo as características dos Transtornos do Impulso e da Tricotilomania, bem como introduzir os conceitos dos quatro tipos possíveis de situações existentes (físicas, emocional, social ou simples habituação) que precipitam o ato de arrancar cabelo, ou seja, através desta discussão buscar-se-á ajudar os participantes a diferenciarem qual é o tipo de “gatilho” existente nas mais distintas condições nas quais se encontram. Além disso, tais semanas têm como objetivo fortalecer a criação da coesão grupal como uma forma adicional de enfrentamento e da superação do hábito/comportamento de arrancar o cabelo.

ESTRATÉGIAS:

SEMANA 2:

1 – Apresentar as características da Tricotilomania segundo os critérios do DSM-IV-TR (APA) e sobre o espectro dos Transtornos do Impulso – Exercícios 4 e 5, respectivamente.

2 – Levantar a compreensão do grupo, frente à existência de distintas “necessidades pessoais” que evocam o ato de arrancar o cabelo (inicialmente através do *brain storm* dos participantes), seguido de uma explicação mais aprofundada das quatro necessidades (física, emocional, social ou habituação). (Exercício 6 - Técnica ABC. Leahy, 2006, p. 28)

3 – Discutir os fatores envolvidos na manutenção do hábito de arrancar o cabelo e suas relações de causa e efeito, ou seja, “arrancar cabelo porque isso me ajuda a...” e “como consequência sinto-me ou me torno menos...”, ou mesmo “comecei a arrancar cabelo pois...” “e agora sinto que não posso mais parar por medo de...” (Exercício 7 - Formulário de Autoajuda: Avaliação das Emoções e Crenças. Leahy, 2006, p. 43)

4 – Estabelecimento da quantidade de fios de cabelo arrancado por cada participante *versus* as metas que julgam ser possíveis, visando um compromisso de redução para cada participante nas semanas subseqüentes.

5 – Feedback verbal da sessão.(Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

TAREFA DE CASA:

1 – Questionário utilizado “Por que eu estou arrancando cabelo?” (Exercício 8)

MATERIAL DE SUPORTE:

1 – Folha de papel tipo “sulfite” para o “*brain storm*” e cartões explicativos para explicação da Tricotilomania, Transtornos do Impulso e as quatro necessidades.

EXERCÍCIO 4**Critérios do DSM-IV-TR**

Comportamento recorrente, resultando em perda capilar perceptível;

- Sensação de tensão crescente antes ou quando tenta resistir ao comportamento;**
- Prazer, satisfação, ou alívio ao arrancar os cabelos;**
- Não é explicado por outro transtorno mental e**
- Causa sofrimento significativo, prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida.**

EXERCÍCIO 5

Espectro dos Transtornos do Impulso

O modelo axial unidimensional tenta sistematizar e descrever essa hipotética relação entre o TOC e outras síndromes marcadas pela repetição e por comportamentos excessivos.

Compulsividade

Impulsividade

TOC- Transtorno Obsessivo Compulsivo

HIP - Hipocondria

TDC – Transtorno Dismórfico Corporal

AN – Anorexia Nervosa

TD – Transtorno de Despersonalização

ST – Síndrome de Tourette

TTM - Tricotilomania

JP – Jogo Patológico

ISE – Impulso Sexual Excessivo

TBP – Transtorno Borderline de Personalidade

EXERCÍCIO 6

TÉCNICA A-B-C

O mesmo evento origina diferentes pensamentos, que levam a diferentes sentimentos e comportamentos. Você pode determinar se o seu pensamento é verdade ao examinar os fatos

A = Evento ativado	B = Pensamento	C = Sentimento	C= Comportamento
Escuto a janela sacudindo	Alguém está tentando entrar na minha casa	Ansioso	Tranco a porta, chamo a polícia
Escuto a janela sacudindo	Está ventando lá fora. E a janela está velha	Levemente irritado	Tento fechar a janela, volto a dormir

Leahy, 2006, p. 28.

EXERCÍCIO 7

FORMULÁRIO DE AUTOAJUDA: AVALIAÇÃO DAS EMOÇÕES E CRENÇAS

O grau em que você acredita nos pensamentos negativos pode mudar de acordo com diferentes eventos e em momentos diferentes. Escreva o evento ou situação que você está vivenciando quando tem um pensamento negativo. “Por exemplo, eventos e situações repetidos poderiam incluir: ‘estar sentado sozinho’, “pensar em ir a uma festa” ou “tentar trabalhar um pouco”. Depois escreva os pensamentos negativos, quanto você acredita neles e o grau de suas emoções.

Evento/Pensamento Situação	Negativo e Grau da Crença (0-100%)	Emoção e Grau da Emoção (0-100%)

Leahy, 2006, p. 46.

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje?
Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 3:

1 – Levantamento junto aos pacientes da facilidade em cumprir as metas estabelecidas semana anterior quanto à diminuição do comportamento de arrancar o cabelo (reforçamento ou reconsideração de metas mais realistas).

2 – Retomar a explicação da função individual que o hábito cumpre na vida de cada um (espera-se que os participantes saibam criar esta lógica, ainda que superficial, após estas explicações este será o “gancho” para a análise de crenças a ser proposto na semana seguinte).

3 – Feedback verbal da sessão: Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57, (Exercício 3).

TAREFA DE CASA:

1 – Questionário utilizado: “E se eu mudar?” (Exercício 9).

2 – Questionário utilizado “Eu quero/preciso... eu não quero/preciso arrancar cabelo?” (Exercício 10 - Adaptado de Leahy, 2006, p. 57).

EXERCÍCIO 9

E SE EU MUDAR?

Escreva sobre o que você acredita que terá de enfrentar, fazer e sentir se você não mais arrancar cabelo.

O que as outras pessoas vão esperar de você? Que sentimentos podem surgir? O que vai acontecer se você tiver estes sentimentos?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

EXERCÍCIO 10

VANTAGENS E DESVANTAGENS DO PORQUE EU (NÃO) QUERO E (NÃO) PRECISO ARRANCAR CABELO

Aqui estão alguns exemplos. Acrescente as suas razões.

EU QUERO OU PRECISO DO MEU HÁBITO DE ARRANCAR CABELO POR QUE...

VANTAGENS Aqui estão alguns exemplos. Acrescente as suas razões.	DESVANTAGENS Aqui estão alguns exemplos, acrescente as suas razões.
Acalma-me	Fico mal
Faz-me sentir seguro(a)	Fico com medo

Adaptado de Leahy, 2006, p. 57

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje?
Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 4:

1 – Analisar explicando de forma mais sucinta a noção de “paradigma pessoal” em relação com a TTM (explicar a formação de paradigmas e os valores que são utilizados para mantê-lo, ou seja, que possam identificar as situações e/ou condições geradoras do ato).

2 – Explicação da noção de diário pessoal onde serão feitas tentativas de registro dos momentos nos quais é maior a necessidade de arrancar cabelo (deverão trazer na semana seguinte para discussão em grupo).

3 – Feedback verbal da sessão.(Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

TAREFA DE CASA:

1– Leitura para a próxima semana do livro: “Quem mexeu no meu queijo” (Johnson, 2001).

- Entregar o livro Quem mexeu no meu queijo para os pacientes.

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje?
Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANAS 5, 6, 7, 8 E 9

TEMÁTICA DAS SEMANAS: TRICOTILOMANIA – minha relação com ela e suas consequências (as crenças envolvidas e explicação do modelo cognitivo).

JUSTIFICATIVA: uma vez esclarecido os tipos de necessidades existentes (física, emocional, social ou habituação), estas cinco semanas terão como meta ajudar os participantes a observar quais são as consequências de cada aspecto em sua vida sob a ótica da formação e valoração das crenças (a favor e contra a manutenção destes comportamentos).

ESTRATÉGIAS:

SEMANA 5

1 – discussão das tarefas de casa e onde será feita uma rápida revisão da semana anterior frente ao questionário e ao diário preenchido em casa.

2 – Levantamento junto aos pacientes do sucesso (ou não) na diminuição do arrancar cabelo da semana anterior a esta.

3 – Discussão do livro “Quem mexeu no meu queijo”.

Devolver o livro após discussão.

4 – Explicação do processo de formação de crenças com ênfase na explicação do por que de cada paciente possuir uma lógica distinta dos demais (descrever ainda que superficialmente o papel da doença). Vide nota abaixo.

5 – Introdução e compromisso do “Anjo da Guarda” (funcionamento, regras e escolha).

6 – Feedback verbal da sessão, (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997).

MATERIAL DE SUPORTE:

1. Canetas, *flip chart*, cartazes.

2. Questionário utilizado Meu sistema de crenças (Exercício 11).

NOTA

Formação de crenças

Começando na infância, as pessoas desenvolvem determinadas crenças sobre si mesmas, outras pessoas e seus mundos. Suas crenças mais centrais são entendimentos que são tão fundamentais e profundos que as pessoas frequentemente não os articulam. Sequer para si mesmas.

Essas idéias são consideradas pela pessoa como verdades absolutas, exatamente o modo como as coisas “são”.

As crenças centrais são o nível mais fundamental de crença; elas são globais, rígidas e supergeneralizadas. Os pensamentos automáticos, as palavras ou imagens reais que passam pela cabeça da pessoa, são específicos à situação e pode ser considerados o nível mais superficial de cognição.

Como elas surgem? As pessoas tentam extrair sentido do seu ambiente desde os seus primeiros estágios desenvolvimentais. Elas precisam organizar a sua experiência de uma forma coerente para funcionar de forma adaptativa.

Suas interações com o mundo e com outras pessoas conduzem a determinados entendimentos ou aprendizagens, suas crenças, as quais podem variar em precisão e funcionalidade.

EXERCÍCIO 11**SISTEMAS DE CRENÇAS**

O objetivo deste exercício é ajudá-lo(a) a reconhecer seus sistemas de crenças e identificar as maneiras de combater as crenças falhas ou inadequadas perante o comportamento de arrancar cabelo.

Exemplo:

Crença atual: Se eu não arrancar cabelo não vou conseguir ser aceito(a).

Crença contrária: Entendo que posso estar ansioso(a) em pensar que não vou conseguir ser aceito(a) se não parar de arrancar o cabelo. Pode ser que eu precise pensar em alternativas para me ajudar a me soltar.

1. **Crença atual:** _____

Crença contrária: _____

2. **Crença atual:** _____

Crença contrária: _____

3. **Crença atual:** _____

Crença contrária: _____

4. **Crença atual:** _____

Crença contrária: _____

5. **Crença atual:** _____

Crença contrária: _____

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 6

1 – Levantamento junto aos pacientes do sucesso (ou não na diminuição do arrancar cabelo da semana anterior a esta).

2 – Verificação do preenchimento do diário pessoal.

3 – Explorar quais crenças (a favor e contra) que estão envolvidas no processo da TTM (anotar as crenças mais comuns para futura discussão).

4 – Explicação de técnicas adicionais de ajuda (Exercício 12 - Formulário - Diário das Emoções. Greemberg, 2002b In: Leahy, 2006, p. 297).

5 – Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997).

EXERCÍCIO 12**DIÁRIO DAS EMOÇÕES**

Tipo de Emoção	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo	2ª feira	3ª feira
Feliz							
Interessado							
Excitado							
Cuidadoso							
Afeição							
Amor							
Amado							
Compaixão							
Grato							
Orgulho							
Seguro							
Ferido							
Triste							
Arrependido							
Irritado							
Zangado							
Ressentido							
Nojo							
Desprezo							
Envergonhado							
Culpado							
Invejoso							
Enciumado							
Ansioso							
Amedrontado							

Greenberg, 2002

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 7

1 – Levantamento junto aos participantes do sucesso (ou não na diminuição da TTM na semana anterior a esta).

2 – Explicação de como funciona o modelo cognitivo (Exercício 13 - O Modelo Cognitivo) com os seguintes componentes: situação (ou evento ativante) → pensamento automático → crenças → consequências (ou comportamento).

3 – Retomada da explicação do modelo cognitivo seguido da execução de algum exemplo prático que o elucide de maneira a ser posteriormente analisado sob a ótica das crenças que mantém o ciclo da TTM.

4 – Introdução da explicação de algumas das crenças irracionais e dos pensamentos disfuncionais (Exercício 14 - Distorções Cognitivas) mais comuns e que poderiam estar relacionados ao hábito de arrancar o cabelo.

5 – Pergunta a ser feita aos pacientes: Como desafiar então esta estrutura de pensamento? (Principalmente aquelas que mantêm a TTM). (Questionando o pensamento automático)

6 – Introdução ao preenchimento do Registro de Pensamento Disfuncional – (RPD) (Exercício 15 - RPD. Beck, 1997, p. 136) ou Diário de Registro de Tricotilomania (Exercício 16).

6 – Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997).

EXERCÍCIO 13**FUNCIONAMENTO DO MODELO COGNITIVO**

(Beck, 1997, p.33)

EXERCÍCIO 14

IDENTIFICANDO AS DISTORÇÕES COGNITIVAS

1. **Pensamento do tipo tudo ou nada** (também chamado de pensamento preto-e-branco, polarizado ou dicotômico: Você vê uma situação em apenas duas categorias em vez de em um contínuo.
Exemplo: “se eu não for um sucesso total, eu sou um fracasso.”
2. **Catastrofizando** (também denominado adivinhação): Você prevê o futuro negativamente sem considerar outros resultados mais prováveis.
Exemplo: “Eu ficarei tão aborrecida que não serei capaz de agir direito.”
3. **Desqualificando ou desconsiderando o positivo**: Você irrazoavelmente diz para si mesmo que experiências, atos ou qualidades positivos não contam.
Exemplo: “Eu fiz bem aquele projeto, mas isso não significa que eu seja competente; eu apenas tive sorte.”
4. **Argumentação emocional**. Você pensa que algo deve ser verdade porque você “sente” (em realidade, acredita) isso de maneira tão convincente que acaba por ignorar ou desconsiderar evidências contrárias.
Exemplo: “Eu sei que eu faço muitas coisas certas no trabalho, mas eu ainda me sinto como se eu fosse um fracasso.”

5. **Rotulando**: você coloca um rótulo global e fixo sobre si mesmo ou sobre os outros sem considerar que as evidências poderiam ser mais razoavelmente conduzidas a uma conclusão menos desastrosa.
Exemplo: “Eu sou um perdedor. Ele não presta”.
6. **Magnificação/minimização**: quando você avalia a si mesmo, outra pessoa ou uma situação, você magnifica irracionalmente o negativo e/ou minimiza o positivo.
Exemplo: “Receber uma nota medíocre prova quão inadequada eu sou. Obter notas altas não significa que eu sou inteligente.”
7. **Filtro mental (também denominado abstração seletiva)**: Você presta atenção indevida a um detalhe negativo em vez de considerar o quadro geral.
Exemplo: “Porque eu tirei uma nota baixa na minha avaliação [que também continha várias notas altas] isso significa que eu estou fazendo um trabalho deplorável.”
8. **Leitura mental**: Você acha que sabe o que os outros estão pensando, falhando assim ao considerar outras possibilidades mais prováveis.
Exemplo: “Ele está pensando que eu não sei nada sobre esse projeto.”
9. **Supergeneralização**: Você tira uma conclusão negativa radical que vai muito além da situação atual.
Exemplo: “[Porque eu me senti desconfortável no encontro] eu não tenho o que é necessário para fazer amigos.”

10. **Personalização**: Você acredita que os outros estão se comportando negativamente devido a você, sem considerar explicações mais plausíveis para o seu comportamento.
Exemplo: “O encanador foi rude comigo porque eu fiz algo errado.”
11. **Declarações do tipo ‘eu deveria’ e ‘eu devo’ (também chamadas imperativas)**: Você tem uma ideia exata estabelecida de como você ou os outros deveriam comportar-se e você superestima quão ruim é que essas expectativas não sejam preenchidas.
Exemplo: “É terrível que eu tenha cometido um erro. Eu deveria sempre dar o melhor de mim.”
12. **Visão em túnel**: Você vê apenas os aspectos negativos de uma situação.
Exemplo: “O professor do meu filho não sabe fazer nada direito. Ele é crítico, insensível e ensina mal.”

EXERCÍCIO 15

REGISTRO DE PENSAMENTO DISFUNCIONAL

Instruções: Quando você percebe que seu humor está piorando, pergunte a si mesmo “O que está passando pela minha cabeça agora” e o mais brevemente possível anote o pensamento ou imagem mental na coluna **Pensamento Automático**.

Data/hora	Situação	Pensamento(s) automático(s)	Emoção (ões)	Resposta adaptativa	Resultado
	1. Que evento real, fluxo de pensamentos, devaneios ou recordação levou à emoção desagradável? 2. Qual (se houver) sensação física aflitiva você teve?	1. Que pensamento(s) e/ou imagem (ns) passou pela sua cabeça? 2. Quanto você acreditou em cada um no momento?	1. Que emoção(ões) (tristeza/ansiedade/r aiva, etc.) você sentiu no momento? 2. Quão intensa (0-100%) foi a emoção?	1. (opcional) Que distorção cognitiva você realizou? 2. Use as perguntas do roda-pé para compor uma resposta ao(s) pensamento(s) automático(s). 3. Quanto você acredita em cada resposta?	1. Quanto você acredita agora em cada pensamento automático? 2. Que emoção(ões) você sente agora? Quão intensa (0-100%) é a emoção? 3. O que você fará (ou fez)?
6ª feira – 10 h.	Conversando no telefone com um amigo	Ele não deve gostar mais de mim. 90%	Triste. 80%		

Perguntas para ajudar a compor uma resposta alternativa: (1) quais são as evidências de que o pensamento automático é verdadeiro? Não verdadeiro? (2) Há uma explicação alternativa? (3) Qual é a pior que poderia acontecer? Eu poderia superar isso? Qual é o melhor que poderia acontecer? Qual é o resultado mais realista? (4) qual é o efeito da minha crença no pensamento automático? Qual poderia ser o efeito de mudar o meu pensamento? (5) O que eu deveria fazer em relação a isso? (6) Se[nome do amigo] estivesse na situação e tivesse esse pensamento, o que eu diria para ele?

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 8

1 – Levantamento junto aos pacientes do sucesso (ou não na diminuição da TTM da semana anterior a esta).

2 – Discussão do RPD e seu efeito sobre o hábito de arrancar cabelo.

3 – Explicação completa das crenças disfuncionais (tudo ou nada, absolutistas e etc.).

4 – Verificação da habilidade ou não dos pacientes em fazer uma análise cognitiva frente ao comportamento de arrancar cabelo e assim proceder a sua diminuição.

5 – Feedback verbal da sessão.(Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

MATERIAL DE SUPORTE:

Canetas, *flip chart*, cartazes.

TAREFAS DE CASA:

Preencher o RPD.

EXERCÍCIO 16

DIÁRIO DE REGISTRO DE TRICOTILOMANIA

[illegible]

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 9

1 – Levantamento junto aos pacientes do sucesso (ou não na diminuição da TTM na semana anterior a esta).

2 – Verificação do RPD de cada um.

3 – Discussão em grupo das crenças mais resistentes (Pensamentos automáticos, crenças, tipos de erros cognitivos e etc.) e situações mantenedoras das mesmas.

4 – Introdução à noção de “paradigma pessoal” (Características e/ou estilos pessoais que possam estar dificultando o processo de mudança).

5 – Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997).

MATERIAL DE SUPORTE:

Canetas, *flip chart*, cartazes.

EXERCÍCIO 16**DIÁRIO DE REGISTRO DE TRICOTILOMANIA**

DATA	HORA	Duração do episódio de arrancar	Número de cabelo arrancado e área do corpo*	Classificar o impulso para arrancar (0-10)	Situação (onde você estava e o que estava acontecendo)	Descreva emoções, pensamentos e experiências fisiológicas	O que você fez com o cabelo depois de arrancar?	Quando você notou o arrancar do cabelo? Porque você parou?

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 10:

TEMÁTICA DA SEMANA: A TTM e(m) minha vida

JUSTIFICATIVA: Ajudar os pacientes a aprofundar sua análise a respeito do significado pessoal da TTM (e de sua estratégia geral de enfrentamento) em sua história pessoal (a luz das crenças), isto é, quais foram as (possíveis) situações que precipitaram (ou fomentaram) o aparecimento da TTM segundo a ótica pessoal de cada um. Além disso, identificar suas funções (propiciar alívio, fuga, enfrentamento e etc.) que tais comportamentos tiveram e atualmente apresentam na vida de cada um a partir destas mudanças comportamentais e emocionais.

ESTRATÉGIAS:

1 – Levantamento junto aos pacientes do sucesso (ou não) na redução da TTM da semana anterior a esta.

2 – Discutir os aspectos situacionais e/ou emocionais disparadores do comportamento de arrancar cabelo ao longo da vida pregressa (ou no caso de pura habituação) frente às estratégias disfuncionais de enfrentamento interpessoais (evitação, refração, submissão, autoritarismo e etc.), ou seja, como eu sou enquanto pessoa.

3- Aprofundar a noção de paradigma pessoal de cada participante.

4 – Solicitar a cada paciente que reflita a respeito de seu aproveitamento pessoal e de críticas e/ou sugestões a serem implementadas.

5 – Reaplicação de inventários específicos aos pacientes (opcional).

6 – Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

EXERCÍCIO 16**DIÁRIO DE REGISTRO DE TRICOTILOMANIA**

DATA	HORA	Duração do episódio de arrancar	Número de cabelo arrancado e área do corpo*	Classificar o impulso para arrancar (0-10)	Situação (onde você estava e o que estava acontecendo)	Descreva emoções, pensamentos e experiências fisiológicas	O que você fez com o cabelo depois de arrancar?	Quando você notou o arrancar do cabelo? Porque você parou?

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 11

TEMÁTICA DA SEMANA: Verificação de como esta a habilidade de cada paciente frente à proposta de redução da TTM.

JUSTIFICATIVA: O objetivo desta semana será o fazer uma pausa para reflexão conjunta onde será verificada a capacidade de cada participante em lidar com o objetivo estabelecido e as possíveis dificuldades que estão sendo encontradas. Neste sentido, será feita uma pausa para que uma reflexão conjunta tome lugar.

ESTRÁTEGIAS:

1 – Verificação da quantidade de cabelo arrancado semanalmente desde o início do programa até o presente momento.

2 - Verificação da habilidade exibida por cada um, frente às situações disparadoras (tensão pessoal) e sua capacidade de enfrentamento (pergunta: A TTM ainda é a forma de enfrentamento mais comum ou já foi desenvolvida por cada um alguma alternativa de resposta?)

3 – Como cada um está se sentido hoje em termos de autoeficácia?

4 – Qual é a avaliação que cada paciente faz do grupo em termos de instrumentalização emocional?

5 – Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 12 e 13

TEMÁTICA DA SEMANA: Verificação da habilidade de cada paciente e a efetiva redução da TTM.

JUSTIFICATIVA: O objetivo desta semana será o fazer uma pausa para uma reflexão conjunta onde será verificada a capacidade de cada paciente em lidar com o objetivo estabelecido e as possíveis dificuldades que estão sendo encontradas. Neste sentido será feito uma pausa para que uma reflexão conjunta tome lugar.

ESTRÁTEGIAS:**SEMANA 12**

1 – Verificação da redução da quantidade de cabelo ocorrida semanalmente desde o início do programa até o presente momento.

2 - Verificação da habilidade exibida por cada um frente às situações disparadoras (tensão pessoal) e sua capacidade de enfrentamento (pergunta: arrancar cabelo ainda é a forma de enfrentamento mais comum ou já foi desenvolvida por cada paciente alguma alternativa de resposta?)

3 – Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 13

- 1 – Como cada um está se sentido hoje em termos de autoeficácia?
- 2 – Qual é a avaliação que cada um faz do grupo em termos de instrumentalização emocional?
- 3 – Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANAS 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

TEMÁTICA DAS SEMANAS: Prevenção de recaída.

JUSTIFICATIVA: o objetivo destas semanas será o de fazer uma reflexão conjunta onde será verificada a capacidade de cada participante em lidar com o objetivo estabelecido no início do tratamento e as possíveis dificuldades que foram encontradas. Bem como, iniciar os pacientes nas estratégias de enfrentamento nas relações sociais.

SEMANA 14

ESTRATÉGIAS:

1 – Verificação da redução/extinção da TTM semanalmente desde o início do programa até o presente momento (expectativas iniciais *versus* resultados).

2 – Verificação da habilidade exibida por cada paciente frente às situações disparadoras (tensão pessoal) e sua capacidade de enfrentamento atual (pergunta: A TTM ainda é a forma de enfrentamento mais comum ou já foi desenvolvida por cada um alguma alternativa de resposta?)

3 – Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

TAREFA DE CASA:

Não tem

MATERIAL DE SUPORTE:

Não tem

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 15

ESTRATÉGIAS:

1 – Verificação da redução/extinção da TTM semanalmente desde o início do programa até o presente momento (melhora, manutenção e/ou recaída).

2 - Análise das crenças disfuncionais remanescentes e sua relação com a falta de habilidade em manter-se equilibrados nas situações sociais.

3 - Definição do que se entende por habilidade social (Exercício 17)

4 – Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

TAREFA DE CASA:

Não tem

MATERIAL DE SUPORTE:

1 - Exercício para o paciente descobrir defesas e perceber como os pensamentos influenciam os sentimentos. (Apêndice R)

1 – Descrição da técnica, Caballo,1996)

2 - Canetas, *flip chart*, cartazes.

EXERCÍCIO 17

Definição do que se entende por habilidade social

“O comportamento socialmente habilidoso é um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa os sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo, de um modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas”. (Caballo, 1986)

EXERCÍCIO 18

Um exercício muito útil para introduzir os pacientes nos princípios racional-emotivos, descobrir defesas, mostrar-lhes como os pensamentos influenciam os sentimentos e fazer com que se deem conta de que uma grande parte desses pensamentos é automática é o seguinte:

Diz-se aos membros do grupo que se sentem confortavelmente, que fechem os olhos, inspirem profundamente pelo nariz, retenham o ar durante certo tempo nos pulmões e soltem-no lentamente pela boca. A seguir, são dadas as seguintes instruções (Caballo, 1996):

- Vou pedir-lhes que pensem em algo secreto. Algo sobre vocês mesmos que não contariam normalmente a ninguém mais. Pode ser algo que tenham feito no passado, algo que estejam fazendo no presente. Algum hábito secreto ou alguma característica física [pausa]. Estão pensando nisso? [pausa]. Muito bem. Agora vou pedir a alguém que diga ao grupo em que pensou... Que o descreva com detalhes. [pausa curta] Mas, como sei que todo o mundo gostaria de fazer isso, e não temos tempo suficiente para que todos o afaçam, escolherei alguém. [pausa – olhando para os membros do grupo] Bem, acho que já escolhi alguém. [pausa]. Mas, antes que eu chame essa pessoa, permitam-me perguntar: o que estão experimentando nesse momento?

Normalmente, as pessoas experimentam uma elevada ansiedade (se de fato viveram o exercício).

Nesse momento, o terapeuta mostra ao grupo que é o pensamento de fazer algo, não o fazê-lo, o que conduz aos seus sentimentos. Então, o terapeuta pergunta sobre os tipos de pensamentos que conduzem tais sentimentos. Caballo, 1996.

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 16

ESTRATÉGIAS:

1 – Verificação da redução/extinção da TTM semanalmente desde o início do programa até o presente momento (melhora, manutenção e/ou recaída).

2 - Lista dos Direitos Humanos Básicos (retomar o Exercício 2)

3 – Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

TAREFA DE CASA:

Não tem

MATERIAL DE SUPORTE:

1 - Exercício para os direitos humanos

EXERCÍCIO 2

RELAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS BÁSICOS

1. O direito a manter sua dignidade e respeito, comportando-se de forma hábil ou assertiva – inclusive se a outra pessoa sente-se ferida – desde que não viole os direitos humanos básicos dos demais.
2. O direito a ser tratado com respeito e dignidade.
3. O direito a recusar pedidos sem ter de se sentir culpado ou egoísta.
4. O direito a experimentar e expressar seus próprios sentimentos.
5. O direito a deter-se e pensar antes de agir.
6. O direito de mudar de opinião.
7. O direito a pedir o que quiser (levando em conta que a outra pessoa tem o direito de dizer não).
8. O direito a fazer menos do que humanamente é capaz de fazer.
9. O direito a ser independente.
10. O direito a decidir o que fazer com seu próprio corpo, tempo e propriedade.
11. O direito a pedir informação.
12. O direito a cometer erros – e ser responsáveis por eles.
13. O direito a se sentir satisfeito consigo.
14. O direito a ter suas próprias necessidades, e que essas necessidades sejam tão importantes como as necessidades dos demais. Além disso, temos o direito de pedir (não exigir) aos demais que respondam a nossas necessidades e de decidir se satisfazemos as necessidades dos demais.
15. O direito a ter opiniões e expressá-las.
16. O direito a decidir se quer satisfazer as expectativas de outras pessoas ou se prefere agir seguindo seus interesses – desde que não viole os direitos dos demais.

17. O direito a falar sobre o problema com a pessoa envolvida e esclarecê-lo, em casos-limite, em que os direitos não estão totalmente claros.
18. O direito a obter aquilo pelo que paga.
19. O direito a escolher não se comportar de maneira assertiva ou socialmente hábil.
20. O direito a ter direitos e defendê-los.
21. O direito a ser escutado e a ser levado a sério.
22. O direito a estar só, quando assim o escolher.
23. O direito a fazer qualquer coisa, desde que não viole os direitos de outra pessoa.

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quanto propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 17:

ESTRATÉGIAS:

1- Três estilos de respostas (assertiva, não-assertiva e agressiva)
(Exercício 19)

2 - Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

TAREFA DE CASA:

Não tem

MATERIAL DE SUPORTE:

- Exercício para a distinção do comportamento assertivo/não assertivo

EXERCÍCIO 19

Três estilos de respostas (assertiva, não-assertiva e agressiva)

Passiva	Assertiva	Agressiva
Mostra escassa ambição, poucos desejos e opiniões.	Coopera com os demais para alcançar objetivos pessoais. Ser assertivo compreende uma mensagem: “Estou contigo!”	Sacode a cabeça e comunica a mensagem: “A minha maneira ou nada”.

Três estilos de resposta

Não Assertivo	Assertivo	Agressivo
Comportamento não verbal		
Olhos que fitam para baixo, voz baixa, vacilação, gestos desvalidos, negando importância à situação, postura abatida, pode evitar totalmente a situação, retorce as mãos, tom vacilante ou de queixa, risadinhas “falsas”.	Contato ocular direto, nível de voz natural de conversa, fala fluente, gestos firmes, postura ereta, mensagens na primeira pessoa, honesto/a, verbalizações positivas, respostas diretas à situação, mãos soltas.	Olha fixo, voz alta, fala fluente/rápida, enfrentamento, gestos de ameaça, postura intimidativa, desonesto/a, mensagens impessoais.

Comportamento verbal		
Talvez, suponho, me pergunto se poderíamos, se importaria muito, somente, não crê que, ehh, bom, realmente não é importante, não se incomode.	Penso, sinto, quero, façamos, como podemos resolver isto? O que pensa? O que você acha?	Faria melhor em, faz, tenha cuidado, deve estar brincando, se não o fizer..., não sabe, deveria, mal.
Efeitos		
Conflitos interpessoais, depressão, desamparo, imagem pobre de si mesmo, maltrata-se, perde oportunidades, tensão, sente-se sem controle, solidão, não gosta de si mesmo nem dos demais, sente-se enfadado	Resolve os problemas, sente-se à vontade com os demais, sente-se satisfeito, sente-se à vontade consigo mesmo, relaxado, sente-se com controle, acredita, cria e promove a maioria das oportunidades, gosta de si mesmo e dos demais, é bom para si e para os demais.	Conflitos interpessoais, culpa, frustração, imagem pobre de si mesmo, prejudica os demais, perde oportunidades, tensão, sente-se sem controle, solidão, não gosta dos demais, sente-se enfadado.

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

5. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
6. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
7. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
8. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 18

ESTRATÉGIAS:

- 1- Procedimentos para iniciar e manter conversação
- 2 - Perguntas abertas X fechada.
- 3 - Livre informação.
- 4 - Autorrevelação.
- 5 – Ouvir.
- 6 – Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

TAREFA DE CASA:

Não tem

MATERIAL DE SUPORTE:

Exercícios com Perguntas Abertas X Fechada, livre informação, autorrevelação e escuta. (Exercício 20 - Caballo, 1996).

EXERCÍCIO 20

Perguntas Abertas X Fechada, livre informação, autorrevelação e escuta.

Perguntas fechadas

São aquelas às quais quem responde não tem alternativa em sua resposta que a oferecida por quem pergunta.

Este tipo de pergunta tem geralmente uma resposta correta ou uma resposta curta selecionada a partir de um número limitado de possíveis respostas.

As perguntas que começam por “onde”, “quem” e “quando” são normalmente fechadas.

Também são fechadas as perguntas que podem ser respondidas adequadamente por “sim” e “não”, as que podem ao sujeito que selecione entre duas ou mais alternativas, ou que lhe pedem que identifique algo.

Perguntas abertas são aquelas que podem ser contestadas de diversas maneiras, deixando a resposta aberta a quem responde. Com estas perguntas, quem responde tem um elevado grau de liberdade para decidir que resposta dar.

Este tipo de perguntas são de carácter amplo e requerem mais de uma ou duas palavras. Igualmente, têm a vantagem de permitir dirigir uma conversa para o nível de comunicação que se deseje.

As perguntas que começam com “o que”, “como”, e “por que” são normalmente abertas

Livre informação

Refere-se à informação que não foi requerida especificamente pela pergunta. Seja ou não de forma consciente, as pessoas compartilham aquela parte de si mesmas da qual querem falar.

Neste sentido, a livre informação é, frequentemente, uma espécie de convite para falar sobre aquilo que a pessoa que a oferece ser apropriado.

Pode-se fazer perguntas abertas sobre a livre informação, fazer comentários sobre ela ou que sirva para propiciar a própria autorrevelação.

Exemplo:

A: O que você estuda?

B: Psicologia. A semana que vem tenho um exame muito difícil. (livre informação).

Autorrevelação

Refere-se “ao ato de compartilhar verbal ou não verbalmente com outra pessoa os aspectos do que o converte em uma pessoa, aspectos que o outro indivíduo não conhecerá ou compreenderá sem a sua ajuda”.

As autorrevelações verbais são verbalizações nas quais o indivíduo revela informação pessoal sobre ele mesmo.

As autorrevelações não verbais são comportamentos manifestos por um indivíduo que transmite aos outros uma impressão de suas atitudes ou sentimentos.

Em qualquer conversação é importante que os dois (ou mais) participantes façam pelo menos alguma autorrevelação, visto que uma relação pode desenvolver-se somente quando as pessoas envolvidas compartilham algo sobre elas mesmas.

A autorrevelação normalmente é simétrica, assinalando com isso que as pessoas geralmente se auto revelam aproximadamente no mesmo ritmo.

Escuta

A escuta ativa acontece quando o ouvinte fala frases curtas e ocasionais, ou exclamações como “Ah-hah”, “Oh”, “Ah, sim?”, etc., que dá a entender a quem fala que se está prestando atenção nele e o animam também a continuar falando.

Neste tipo de escuta podem refletir-se igualmente os pensamentos e/ou os sentimentos de quem fala, resumindo seus comentários às próprias palavras de quem escuta.

Esta classe de escuta é uma maneira excelente de incentivar os demais a falarem. A escuta ativa pode ser feita também das mensagens não verbais de quem fala, por exemplo, “assentindo com a cabeça”, “sorrindo”, etc.

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 19

ESTRAÉGIAS:

Procedimentos defensivos:

- 1 - Disco riscado.
- 2 - Asserção negativa.
- 3 - Recorte.
- 4 - Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

TAREFA DE CASA:

Não tem

MATERIAL DE SUPORTE:

Exercícios com Procedimentos defensivos: disco riscado, asserção negativa e recorte. (Exercício 21 – Caballo, 1996).

EXERCÍCIO 21

Procedimentos defensivos:

Costumam ser empregados quando procuramos recusar algo, defendermo-nos de outro indivíduo (defendendo nosso espaço, nosso tempo, etc.) ou, em geral, interromper um padrão de interação destrutivo e injusto, substituindo-o por uma comunicação justa e mutuamente respeitosa. Quando as habilidades de defesa são utilizadas pela primeira vez, é provável que o receptor dessa interação se sinta mais ou menos frustrado por não ser capaz de nos influenciar da maneira desejada.

Devido a essas possíveis consequências, é muito importante, ao aprender as técnicas de defesa, que nos demos conta da possibilidade de tais consequências, de modo que possamos escolher se agimos ou não defensivamente.

Disco Riscado

Esse procedimento normalmente é empregado para fazer pedido se/ou recusar um pedido pouco razoável ou ao qual não queremos atender. Desse modo, não temos de dar longas explicações, desculpas ou justificativas para recusar um pedido ou para pedir algo. O procedimento consiste na repetição contínua só ponto principal que queremos expressar. Não prestamos atenção a outros temas da conversação que não sejam a questão que nos interessa.

O indivíduo soa como um disco riscado, repetindo uma e outra vez sua posição de forma tão precisa quanto possível. O indivíduo escuta, mas não responde a algo que saia questão que deseja tratar.

Com efeito, essa técnica permite-nos ser persistentes, repetindo uma e outra vez o que queremos, sem que nos aborreçamos, irrite-mos, nem levantemos a voz. Não devemos dar razões, desculpadas ou explicações acerca do “porque” de nosso interesse; temos de fazer ouvidos moucos para tudo o que nos digam para infundir-nos sentimentos de culpa. Nada do que diga a outra pessoa poderá conosco e continuaremos dizendo com voz

tranquila o que desejamos dizer, até que a outra pessoa atenda a nosso pedido ou aceite um compromisso.

A frase-chave é do tipo ‘sim, mas...’ ou “mas o fato é que...”.

Asserção Negativa

Esse procedimento é empregado quando o indivíduo é atacado e se enganou. A técnica implica fazer com que o indivíduo admita seu erro e mude imediatamente para auto verbalizações positivas. O indivíduo não está na defensiva se está errado.

Caballo (1996) a define como a “técnica que nos ensina a aceitar nossos erros e faltas (sem ter de nos desculpar-nos por eles) mediante o reconhecimento decidido e compreensivo das críticas, hostis ou construtivas, que se formulam a propósito de nossas qualidades negativas.

Temos de corrigir nossa crença de que a culpa está associada automaticamente a um erro. A maioria de nós deve modificar a maneira de reagir quando enfrenta um erro, para poder dessensibilizar-se emocionalmente frente às possíveis críticas próprias ou dos demais.

Recorte

Essa técnica é apropriada tanto se somos atacados e não estamos certos de ter cometido um erro, quanto se imaginamos ser atacados por meio de sinais não-verbais, mas o conteúdo que se expressa não é claramente de enfrentamento.

Quando recortamos, respondemos sim ou não com mínima ‘livre informação’, esperamos que a outra pessoa esclarecesse o assunto.

Por exemplo, preparamos o café de manhã todos os dias, mas nessa manhã não o fizemos e alguém nos diz: “**o café da manhã não está preparado**”; podemos responder: “**Sim, é verdade**” e esperamos. O recortar é uma forma de fazer com que o indivíduo esclareça uma questão antes de responder; mas não é uma maneira de substituir uma comunicação mais natural.

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 20:

ESTRATÉGIAS:

- 1 - Procedimentos de ataque
- 2 – Inversão.
- 3 - Asserção negativa de ataque.
- 4 - Reforçamento “sanduíche”.
- 5 - Repetição.
- 6 - Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

TAREFA DE CASA:

Não tem

MATERIAL DE SUPORTE:

Exercício com Inversão, Asserção Negativa de Ataque, Reforçamento “Sanduíche” e Repetição. (Exercício 22 – Caballo, 1996)

EXERCÍCIO 22

Inversão

É empregada quando o indivíduo pede algo e parece óbvio que o pedido será recusado, porém a outra pessoa não disse ainda “não”, mas está dando toda uma série de razões pelas quais o pedido será provavelmente recusado.

O indivíduo pede simplesmente que lhe digam “sim” ou “não”. Desta forma, é mais provável que da próxima vez obtenha um “sim”, já que as pessoas parecem recordar melhor suas respostas negativas diretas que as indiretas, é, em suas tentativas de serem justas com os demais, equilibrarão as respostas ‘sim’ e “não” (Caballo, 1996).

Asserção Negativa de Ataque

Se tememos que um pedido ou uma recusa pudesse incomodar o outro, podemos empregar a asserção negativa de ataque para minimizar o mal-estar potencial. Assim, revelamos nosso temo sobre a reação da outra pessoa antes do pedido ou da recusa.

Por exemplo, em uma situação de recusa, na qual não queremos emprestar o carro a um amigo(a), podemos dizer: “Não quero que pense que não gosto de você e que não sou seu amigo; porém, não empresto o carro a ninguém, e espero que você compreenda” (Caballo, 1996).

Reforçamento “Sanduíche”

Esse procedimento implica apresentar uma expressão positiva antes e/ou depois de uma expressão negativa. Faz-se isso para suavizar a

expressão negativa e para aumentar a probabilidade de que o receptor escute claramente a mensagem negativa com um incômodo mínimo.

Frequentemente, as pessoas tornam-se hostis ou põem-se na defensiva quando criticadas. Pode-se suavizar a crítica e continuar dizendo o que se quer, colocando-a entre duas mensagens positivas.

Por exemplo: “Como está o sanduíche?” “Gostei! Preferiria menos mostarda na próxima vez. Mas está bom”.

Repetição

Este procedimento é empregado quando o sujeito pensa que a outra pessoa não está escutando ou entendendo o que ela está dizendo. A utilização deste procedimento implica em que o sujeito peça à outra pessoa que repita o que ele está dizendo. Isto requer tato, por isso empregam-se frases como “O que acha do que estou dizendo?”, “Entende minha posição?”, etc. (Caballo, 1996).

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 21

TEMÁTICA DA SEMANA: Preparação para o encerramento.

JUSTIFICATIVA: o objetivo desta semana será o de fazer uma reflexão final conjunta onde será verificada a capacidade de cada participante em lidar com o objetivo estabelecido no início do tratamento e as possíveis dificuldades que foram encontradas. Fazer também o encerramento/desligamento para os pacientes que atingiram os objetivos do programa, bem como propor a aqueles que não atingiram os objetivos que se engajem no Programa de Manutenção.

ESTRATÉGIAS:

1 – Verificação da redução/extinção da TTM semanalmente desde o início do programa até o presente momento (expectativas iniciais *versus* resultados finais).

2 – Autoeficácia?

3 – Preparação para o encerramento.

4 – Recomendação de novos grupos e/ou manutenção (funcionamento, datas, expectativas e etc.).

5 – Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

MATERIAL DE SUPORTE:

Guia para as sessões de autoterapia. (Exercício 23 - J. Beck, 1997, p. 283-284)

EXERCÍCIO 23

GUIA PARA AS SESSÕES DE AUTOTERAPIA

- 1. Estabelecer o roteiro**
 - . Sobre que tópicos/situações importantes eu deveria pensar?**
- 2. Revisar tarefa de casa**
 - . O que eu aprendi?**
 - . Se eu não fizer a tarefa de casa, o que me atrapalhou (problemas práticos; pensamentos automáticos)?**
 - . O que eu posso fazer para me tornar mais propenso à realização da tarefa de casa desta vez?**
 - . O que eu devo continuar a fazer como tarefa de casa?**
- 3. Revisão da(s) semana(s) passada(s)**
 - . Além da tarefa de casa específica, eu usei alguma ferramenta da terapia cognitiva?**
 - . Olhando para trás, teria sido vantajoso ter usado mais intensamente as ferramentas da terapia cognitiva?**
 - . Como eu me lembrarei de usar as ferramentas da próxima vez?**
 - . Que coisas positivas aconteceram durante a semana? Pelo que eu mereço crédito?**
 - . Algum problema surgiu? Se sim, quão bem eu o administrei? Se o problema reincidir, como eu o manejarei da próxima vez?**

4. **Pense sobre tópicos/situações problemáticas atuais**
 - . Eu estou vendo isso realisticamente? Eu estou reagindo exageradamente?
 - . Há outro modo de ver isso?
 - . O que eu deveria fazer?
5. **Prever problemas possíveis que podem vir a ocorrer.**
 - . Que problemas podem surgir nos próximos dias ou semanas?
 - . O que eu deveria fazer se o problema de fato surgir?
 - . Ajudaria imaginar-me enfrentando o problema?
 - . Que eventos positivos eu tenho para esperar no futuro?
6. **Estabelecer novas tarefas de casa**
 - . Que tarefas de casa seria útil? Eu deveria considerar:
 - a. Fazer RPDs
 - b. Monitorar minhas atividades
 - c. Agendar atividades de prazer ou que domino
 - d. Trabalhar sobre uma hierarquia comportamental
 - e. Relembrar de situações da terapia
 - f. Praticar habilidades como relaxamento

EXERCÍCIO 3

RELATO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?
3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?
4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...

Beck, 1997, p. 57

SEMANA 22

TEMÁTICA DA SEMANA: Encerramento

JUSTIFICATIVA: O objetivo desta semana será o de fazer uma avaliação final onde será mensurada a capacidade de cada participante em lidar com o objetivo estabelecido no início do tratamento e como os pacientes estão no final do programa, bem como reforçar para aqueles que não atingiram os objetivos para que se engajem no Programa de Manutenção.

ESTRATÉGIAS:

1 – Verificação final da redução/extinção da TTM semanalmente desde o início do programa até o presente momento (expectativas iniciais *versus* resultados finais).

2 – Aplicação de inventários específicos à população.

3 – Feedback verbal da sessão. (Exercício 3 - Relato de Terapia, adaptado de Beck, 1997, p. 57).

MATERIAL DE SUPORTE:

Inventários específicos aplicados no início do programa (MGH-HPS, EAS, BDI, BAI)

EXERCÍCIO 3**RELATO DE TERAPIA**

- 1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?**
- 2. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje? Se houve, o que foi?**
- 3. Quão propenso você está a fazer a tarefa de casa?**
- 4. Será abordado na próxima semana os seguintes temas...**

Beck, 1997, p. 57

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Schneider JA, Telch CF, Raeburn SD, Bruce B, Perl M, Koran LM. Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *Am J Psychiatry*. 1992;194:82-7.

Aleksandrowicz MK, Mares AJ. Trichotillomania and trichobezoar in an infant. Psychological factors underlying this symptom. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1978;17:533-9.

Altman K, Grahs C, Friman P. Treatment of unobserved trichotillomania by attention-reflection and punishment of an apparent covariant. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1982;13:337-40.

American Psychiatric Association – APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-III-R*. 3.ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1987.

American Psychiatric Association – APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV*, 4.ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.

American Psychiatric Association – APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR*, 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

Amorim P. MINI International Neuropsychiatric Interview: validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;3(22):106-15.

Anthony WZ. Brief intervention in a case of childhood trichotillomania by self-monitoring. *J Behav Ther Exp Psychiat*. 1978;9(2):173-5.

Azrin NH, Nunn RG. Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behav Res Ther*. 1973;11(4):619-28.

- Azrin NH, Nunn RG, Frantz SE. Treatment of hairpulling (trichotillomania): A comparative study of habit reversal and negative practice training. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1980;11(1),13-20.
- Barahal HS. The psychopathology of hair-plucking (trichotillomania). *Psychoanal Rev*. 1949;27:291-310.
- Barlow D, Craske MG, Cerny JA, Klosko JS. Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*. 1989;20(2):261-82.
- Berg C: The unconscious significance of hair. *Int J Psychoanal*. 1936;17:73-88.
- Baucon D, Epstein N. *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel; 1990.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:53-63.
- Beck, A T. Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1964;10:561-71.
- Beck, AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
- Beck AT, Rush AJ, Show BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1982.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-7.
- Beck AT, Freeman A and Associates. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press; 1990.
- Beck JS. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- Beck AT, Sokol L, Clark DA, Berchick RJ, Wright FD. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1992;149(6):778-83.
- Bedrosian RC, Bozicas GD. *Treating family of origin problems: a cognitive approach*. New York: Guilford Press; 1994.
- 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 genetic study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2009;150B(5):710-20.

Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, Pittenger C, Leckman JF, Coric V. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biol Psychiatry*. 2007;62(8):839-46.

Brazelton TB, TronicE, Adamson L, Als H, Wise S. Early mother-infant reciprocity in parent-infant interaction. *Ciba Foundation Symposium*. 1975;33:137-54.

Butler G, Fennel M, Robson P, Gelder M. Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59:167-75.

Buxbaum E: Hair-pulling and fetishism. *Psychoanal Study Child*. 1960;15:243-60.

Caballo VE. *Manual de técnicas e modificação do comportamento*. São Paulo: Editora Santos; 1996.

Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and quasi-expermental desingns for research*. Chicago, IL: Rand McNally; 1963.

Christenson GA. Trichitillomania: from prevalence to comorbidity. *Psychiatric Times*. 1995;12:44-8.

Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE, Callies AL. A placebo controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1566-71.

Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry*. 1991a;148(3):365-70.

Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry*. 1991b;52(10):415-7.

Christenson GA, Chernoff-Clementz E, Clementz BA. Personality and clinical characteristics in patients with trichotillomania. *J Clin Psychiatry*. 1992;53:407-13.

Christenson GA, Ristvedt SL, Mackenzie TB. Identification of trichotillomania cue profiles. *Behav Res Ther*. 1993;31(3):315-20.

Christenson GA, Mansueto CS. Trichotillomania: descriptive characteristics and phenomenology. In: Stein DJ, Christenson GA, Hollander E. (eds.). *Trichotillomania*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999.

Cohen JC. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2.ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.

Cohen JC. A power primer. *Psychological Bulletin*. 1992;112:155-9.

Cohen LJ, Stein DJ, Simeon D, Spadaccini E, Rosen J, Aronowitz B, Hollander E. Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. *J Clin Psychiatry*. 1995;56(7):319-26.

Corchs F, Del Prette, Wielenska RC, Perroni CE, Lotufo Neto F. Análise do comportamento e suas contribuições à psiquiatria. In: Forlenza VC, Miguel EC. Barueri, SP: Manole, 2012.

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

Corte HE, Wolf MM, Locke BJ. A comparison of procedures for eliminating self-injurious behavior of retarded adolescents. *J Appl Behav Anal*. 1971;4(3):201-13.

Coutinho ESF, Cunha GM. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. *Rev Bras Psiquiatria*. 2005;27(2):146-51.

Coutinho ESF, Huf G, Bloch KV. Ensaios clínicos pragmáticos: uma opção na construção de evidência em saúde. *Cad Saúde Pública Rio de Janeiro*, 19(4):1189-1193, jul-ago, 2003.

Covino NA, Frankel FH. Hypnosis and relaxation in the medically ill. *Psychother Psychosom*. 1993;60(2):75-90.

Crescente Junior JA, Guzman CS, Tavares H. Quetiapine for the treatment of trichotillomania. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(4):402.

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

Dancu CV, Foa EB. Posttraumatic stress disorder. In: Freeman A & Dattilio FM. (eds). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press; 1992. p.79-99.

D'Anzieu D. *The skin ego*. New Haven: Yale University Press; 1989. p.96-113.

De Souza A. An open-label pilot study of naltrexone in childhood onset trichotillomania. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008;18(1):30-3.

Diefenbach GJ, Tolin DF, Hannan S, Crocetto J, Worhunsky P. Trichotillomania: impact on psychosocial functioning a quality of life. *Behav Res Ther*. 2005;43(7):869-84.

Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57(3):414-9.

Dobson KS, Scherrer MC. História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. In: Knapp P. (org.). *Psicoterapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Duke DC, Bodzin DK, Tavares P, Geffken GR, Storch EA. The phenomenology of hairpulling in a community sample. *J Anxiety Disord*. 2009;23(8):1118-25.

Epstein N, Schesinger SE, Dryden W. *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel; 1988.

Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J, Hope RA. Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(5):463-9.

Fenickel O: *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: WW Norton; 1945.

Franklin ME, Flessner CA, Woods DW, Keuthen NJ, Piacentini JC, Moore P, Stein DJ, Cohen SB, Wilson MA; Trichotillomania Learning Center-Scientific Advisory Board. The child and adolescent trichotillomania impact project: descriptive psychopathology, comorbidity, functional impairment, and treatment utilization. *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29(6):493-500.

Franklin ME, Tolin DF. Treatment trichotillomania cognitive behavioral therapy for hair pulling and related problems. New York: Springer; 2007.

Freeman A, Dattilio FM. (ed.). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press; 1992.

Freeman A, Schrodtt G, Gilson M, Ludgate J. Group cognitive therapy with inpatients. In: Wright J, Thase M, Beck A T & Ludgate, JW (eds.). *Cognitive therapy with inpatients: developing a cognitive Milieu*. New York: Guilford Press; 1993. p. 121-53.

First MB. *Structural clinical interview for DSM-IV-TR impulse control disorders not elsewhere classified (SCID-TCIm)*. Biometrics Research Department; New York State Psychiatric Institute; 2004.

Galski T. Hair pulling (trichotillomania). *Psychoanal Rev*. 1983;70(3):331-46.

Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner NV, Olmstead MP, Eagle M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1993;150:37-46.

Gelernter CS, Uhde TW, Cimbolich P, Arnkoff DB, Vittone BJ, Tanger M E, Bartko JJ. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment of social phobia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:938-45.

Gianoli MO, Tolin DF. Cognitive-behavioral therapy for pediatric trichotillomania. In: Grant EJ, Stein DJ, Woods DW, Keuthen NJ (eds) *Trichotillomania, skin picking & other body-focused repetitive behaviors*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2012.

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;29:453-57.

Gorenstein C, Andrade A. Inventário de Depressão de Beck - Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, AW Zuardi (eds.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial São Paulo; 2000a. p. 89-95.

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: C Gorenstein, LHSG Andrade, AW Zuardi (eds.). *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial. São Paulo; 2000b. p. 401-14.

Graber J, Arndt WB. Trichotillomania. *Compr Psychiatry*. 1993;34:340-6.

Grant JE. Medications for trichotillomania and pathologic skin picking (2007). In: Available from: <http://www.trich.org/treatment/article-medications-grant.html>. accessed em 25 sept 2012.

Grant JE, Levine L, Kim D, Potenza MN. Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2184-8.

Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. N-acetylcysteine, a glutamatic modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):756-63.

Gray JJ: Positive reinforcement and punishment in the treatment of childhood trichotillomania. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1979;10(2):125-9.

Greenberg LS. Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings. Washington, DC: American Psychological Association. 2002

Greenberg HR, Sarner CA. Trichotillomania: symptom and syndrome. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12:482-9.

Greenacre P: Early physical determinants in the development of the sense of identity. *J Am Psychoanal Assoc*. 1958;6(4):612-27.

Guy W. Clinical global impression (CGI). In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research branch. Rockville, MD: National Institute of Mental Health; 1976. p.218-222.

Hartmann H, Kris E, Lowenstein RM: Comments on the formation of psychic structure. *Psychoanal Study Child*. 1946 2:11-38.

Hautmann G, Hercogova J, Lotti. Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:807-821.

Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA, Kennedy CR, Zollo LJ, Becker RE. Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*. 1990;14:1-23.

Heldt E, Cordioli AV, Knijnik DZ, Manfro GG. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. In: Cordioli AV (org.). *Psicoterapias abordagens atuais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Hollander E. Obsessive-compulsive related disorders. American Psychiatry Press. Washington DC. 1993, p.3-4.

Hollander E, DeCaria CM, Finkell JN, Begaz T, Wong CM, Cartwright C. A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biol Psychiatry*. 2000b;47(9):813-7.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delimitando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Ilan E, Alexander E, Eyelash and eyebrow pulling (trichotillomania): treatment of two adolescent girls. *Israel Annals of Related Disciplines*. 1965; 3(2):267-81.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. [citado nov 2008]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicador_esminimos/sinteseindicsoais2008/indic_sociais2008.pdf.

Ito LM, Ramos RT. Escalas de avaliação clínica: transtorno de pânico. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25:294-302.

Jenike MA. Obsessive-compulsive and related disorders: a hidden epidemic. *N Engl J Med*. 1989;321:539-41.

Johnson S. Quem mexeu no meu queijo? 28ª ed. Rio de Janeiro: Record. 2001.

Keuthen NJ, Aronowitz B, Badenoch J, Wilhelm S. Behavioral treatment for trichotillomania. In: Stein DJ, Christenson GA, Hollander E(eds.). *Trichotillomania*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999.

Keuthen NJ, O'Sullivan RL, Ricciardi JN. The Massachussets General Hospital (MGH) Hairpulling Scale, 1: development and factor analysis. *Psychother Psychosom*. 1995;64:141-5.

Keuthen NJ, Rothbaum BO, Welch SS, Taylor C, Falkenstein M, Heekin M, Jordan CA, Timpano K, Meunier S, Fama J, Jenike MA. Pilot trial of dialectical behavior therapy-enhanced habit reversal for trichotillomania. *Depress Anxiety*. 2010;27(10):953-9.

King RA, Scahill L, Virtulano LA, Schwab-Stone M, Tercyak KP Jr, Riddle MA. Childhood trichotillomania: clinical phenomenology, comorbidity, and familiar genetic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995a;34(11):1451-9.

Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press; 1994.

Knapp P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: Knapp P. (org.) *Psicoterapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Koblenzer CS. Psychoanalytic perspectives on trichotillomania. In: Stein DJ, Christenson GA, Hollander E (eds.). *Trichotillomania*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999.

Krishnan KRR, Davidson JRT, Guajardo C. Trichotillomania: a review. *Compr Psychiatry*. 1985; 26:123-8.

Layden MA, Newman CF, Freeman A, Morse SB. *Therapy of borderline personality disorder*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 1993.

Leahy RL. Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Lerner J, Franklin ME, Meadows EA, Hembree E, Foa EB. Effectiveness of a cognitive-behavioral treatment program for trichotillomania: an uncontrolled evaluation. *Behavior Therapy*. 1998;29(1):157-71.

Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press. 1993.

Manino FV, Delgado RA: Trichotillomania in children: a review. *Am J Psychiatry*. 1969;126:505-11.

Mansueto CS, Townsley-Stemberger RM, Thomas A, Golomb RG. Trichotillomania: a comprehensive behavioral model. *Clin Psychol Rev*. 1997;17(5):567-77.

Massong SR, Edwards RP, Sittton LR, Hailey B Jo. A case of trichotillomania in a three year old treated by response prevention. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1980;11(3):223-5.

Maultsby MCJr. Rational behavior therapy. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.

Miller P. The application of cognitive therapy to chronic pain. In: Vallis, TM, Howes JL, Milles PC (eds). *The challenge of cognitive therapy: application to nontraditional populations*. New York: Plenum Press; 1991. p. 159-82.

Miller IW, Norman WH, Keitner GI. Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients: six- and twelve-month follow-up. *Am J Psychiatry*. 1989;146(10):1274-9.

Monroe JT, Abse DW. Psychopathology of trichotillomania and trichophagy. *Psychiatry*. 1963;26:95-103.

Moore PS, Franklin ME, Keuthen NJ, Flessner CA, Woods DW, Piacentini JA, Stein DJ. Family functioning in pediatric trichotillomania. *Child Fam Behav Ther*. 2009;31:225-269.

Muller SA, Winkelmann RK. Trichotillomania. A clinic pathologic study of 24 cases. *Arch Dermatol*. 1972;105:535-40.

Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, Knight B, Eccard MB. A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:47-50.

Oguchi T, Miura S: trichotillomania: its psychopathological aspect. *Compr Psychiatry*. 1977;18:177-82.

Oranje AP, Peereboom-Wynia JDR, De Raeymaecker DMJ: Trichotillomania in childhood. *J Am Acad Dermatol*. 1986;15:614-9.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Internacional das Doenças Mentais e do Comportamento – CID-10*, 1992.

Otters AJ: A cognitive-behavioral modification treatment of trichotillomania. *J Am Coll Health*. 1982;31:78-81.

Parrott CA, Howes JL. The application of cognitive therapy to post-traumatic stress disorder. In: Vallis TM, Howes JL, Miller PC. (ed). *The challenge of cognitive therapy: applications to nontraditional population*. New York: Plenum Press; 1991. p.85-109.

Perris C, Ingelson U, Johnson D. Cognitive therapy as a general framework in the treatment of psychotic patients. In: Kuehlwein KT, Rosen H. (eds). *Cognitive therapy in action: evolving innovative practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 1993. p.379-402.

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

Persons JB, Burns DD, Perlope JM. Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*. 1988;12:557-75.

Reeve EA, Bernstein GA, Christenson GA. Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31:132-8.

Risch CR, Fergusson JM: Behavioral treatment of skin disorders, In: Fergusson JM, Taylor CB (eds.). *The comprehensive handbook of behavioral medicine*. New York: Spectrum; 1991. p.263-78.

Robiner WN, Edwards PE, Christenson GA. Hypnosis in the treatment of trichotillomania. In: Stein DJ, Christenson GA, Hollander E (eds). *Trichotillomania*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999.

Rosenbaum MS, Ayllon T: The habit-reversal technique in treating trichotillomania. *Behavior Therapy*. 1981;12:473-81.

Rosner BA. Fundamentals of Biostatistics. 7th edition. Boston MA, Books/Cole Cengage Learning. 2011.

Roth A, Fonagy P. *What works for whom: a critical review of psychotherapy research*. London: The Guildford Press. 2005.

Rothbaum BO. The behavioral treatment of trichotillomania. *Behavioral Psychotherapy*. 1992;20:85-90.

Rush AJ, Beck AT, Kovacs M, Hollon SD. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*. 1977;1(1):17-37.

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

Saffi F, Savoia M, Lotufo Neto F. Terapia Comportamental e cognitivo-comportamental. In: Cordioli A (org.). *Psicoterapias abordagens atuais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Saffi F, Lotufo Neto F. Terapia cognitivo-comportamental. In: Forlenza OV, Miguel EC. *Compêndio de clínica psiquiátrica*. Barueri, SP: Manole; 2012.

Salkovskis PM, Kirk J. Obsessional disorders. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. (ed). *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: a practical guide*. New York: Oxford University Press; 1989. p.129-68.

Sanchez V.: Behavioral treatment of chronic hair pulling in a two year old. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1979;10:241-5.

Saper B. A report on behavior therapy with outpatient clinic patients. *Psychiatr Q*. 1971;45(2):209-15.

Schlosser S, Black DW, Blum N, Goldstein RB. The demography, phenomenology, and family history of 22 persons with compulsive hair pulling. *Annals of Clinical Psychiatry*. 1994;6:147-52.

Schnurr RG, Davidson S Trichotillomania in a 1 year old boy: gender identity issues formulated in terms of individual and family factors. *An J Psychiatry*. 1989;34:721-4.

Scott J, Willians JMG, Beck AT. *Cognitive therapy in clinical practice: an illustrative casebook*. New York: Routledge; 1989.

Seedat S, Stein DJ. Psychosocial and economic implications of trichotillomania: a pilot study in a South African sample. *CNS Spect.* 1998;3:40-3.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Becker R, Dunbar GC. 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[suppl 20]: 20-33.

Soares KVS, Castro AA. Projeto de pesquisa para ensaios clínicos randomizados. In: Atallah AN, Castro AA, editores. *Medicina baseada em evidências: fundamentos da pesquisa clínica*. São Paulo: Lemos-Editorial; 1998.

Soriano JL, O'Sullivan RI, Phillips KA, McNally RJ, Jenike MA. Trichotillomania and self-esteem: A survey of 62 females hair pullers. *J Clin Psychiatry*. 1996;57:77-82.

Sperling M: Trichotillomania, trichophagy and cyclic vomiting. *Int J Psychoanal*. 1968;49:682-90.

Stadelli H: The choice of symptom in trichotillomania. *Praxis der Kinderpsychologie*. 1963;12:122-7.

Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, Keuthen N, Lochner C, Singer HS, Woods DW. Trichotillomania (Hair Pulling Disorder), Skin Picking Disorder, and Stereotypic movement Disorder: toward DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010; 27:611-26.

Stein DJ, Hervey B, Seedat S, Hollander E. Treatment of impulse-control disorders. In: Hollander & Stein (eds.). *Clinical manual of impulse-control disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2006. p.319-21.

Stein DJ, Hollander E, Liebowitz MR. Neurobiology of impulsivity and the impulse control disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1993;5:9-17.

Stemberger RMT, Thomas AM, Mansueto CS, Carter JG. Personal toll of trichotillomania: behavioral and interpersonal sequelae. *J Anxiety Disord*. 2000;14:97-104.

Swedo SE, Leonard HL. Trichotillomania: an obsessive compulsive spectrum disorders? *Psychiatr Clin North Am*. 1992a;15:777-90.

Swedo SE, Leonard HL, Lenane MC, Rettew DC. Trichotillomania: a profile of the disorder from infancy through adulthood. *International Pediatrics*. 1992b;7:144-50.

Swedo SE, Rapoport JL. Trichotillomania. *J Child Psychol Psychiatry*. 1991;32:401-9.

Tarmowski KJ, Rosen LA, McGrath ML, *et al.*: A modified habit reversal procedure in a recalcitrant case of trichotillomania. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1987;18:157-63.

Tavares H, Martins SS, Lobo DS, Silveira CM, Gentil V, Hodgins D. Factors at play in faster progression for famaie pathological gamblers: an exploratory analysis. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(4):433-8.

Toledo EL, Costa LS, Muniz EDT, Abreu CN, Cordás TA, Tavares H, Conti AA. The Massachusetts General Hospital (MHG) Hairpulling Scale: validity and test-retest reliability of the brasilian portuguese version. *Psychother Psychosom* (no prelo).

Toledo EL, Taragano RO, Cordás TA, Abreu CN, Hearst N, Conti MA. Adaptação transcultural da Massachusetts General Hospital (MGH) Harpulling Scale para o idioma português (Brasil). *Rev Psiq Clin*. 2011;38(5):178-83.

Tolin DF, Franklin ME, Diefenbach GJ, Anderson E, Meunier SA. Pediatric trichotillomania: descriptive psychopathology and an open trial of cognitive-behavioral therapy. *Cogn Behav Ther*. 2007;36(3):129-44.

Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. *Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford Press; 1983.

Twohig MP, Woods DW: A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behav Ther*. 2004;35:803-20.

van Ameringer M, Mancini C, Patterson B, Bennett M, Oakman J. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine in the treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:1336-43.

van Minnem A, Hoogduin kAL, Keijsers GPJ, Hellenbrand L, Hendriks G J. Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or Fluoxetine: a randomized, waiting-list controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(5):517-22.

Vermer JS, Zamignani DR. A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. *Rev Bras de Ter Comp Cogn*. 2002;IV(2):135-49.

Wang Y, Feng G, Calakos J. Sapep3 deletion causes mGluRS-dependent silencing of AMAPA Synapses. *J Neurosci*. 2011;31(46):1685-91.

Warwick HMC, Salkovskis PM. Hypochondriasis. In: Scott J, Williams M G, Beck A T (eds). *Cognitive therapy in clinical practice: an illustrative casebook*. London: Routledge; 1989. p.50-77.

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

Wetterneck CT, Woods DW, Norberg MM, Begotk AM. The social and economic impact of trichotillomania: results from two nonreferred samples. *Behav Interven*. 2006;21:97-109.

White JR, Freeman AS, (eds) *Terapia cognitiva-comportamental para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca; 2003.

White GL, LaBarca RC: the effect of tactile and kinesthetic stimulation on neonatal development in the premature infant. *Dev Psychobiol*. 1976;9:569-77.

Winnik HZ, Gabbay F. On trichotillomania: two case histories. A study in minor auto-aggression. *Isr Ann Psychiatr Relat Discip*. 1965;3:131-47.

Woods DW, Flessner C, Franklin ME, Wetterneck CT, Walther MR, Anderson ER, Cardona D. Understanding and treating trichotillomania: what we know and what we don't know. *Psychiatr Clin North Am*. 2006a;29(2):487-50.

Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behav Res Ther*. 2006b;44:639-56.

Woods DW, Miltenberger RG. *Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behavior disorders: behavioral approaches to analysis and treatment*. Norwell: Kluwer Academic Publishers; 2001.

Woody GE, Luborsky L, McClellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J, Herman I, Hole A. Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40:1081-6.

Yalon ID, Leszcz M. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Yoshida, E. M. P. *Avaliação de mudança em processos terapêuticos*. Psicologia Escolar e Educacional, Campinas, 1998; 2, 115-127. [Links]

Züchner S, Wendland JR, Ashley-Kock AE, Collins AL, Trans-Viet KN, Quinn K, Timpano KC, Cuccaro ML, Pericak-Vance MA, Steffens DC, Krishnan DR, Feng G, Murphy DL. Multiple rare SAPAP3 missense variants in trichotillomania and OCD. *Mol Psychiatry*. 2009;14(1):6-9.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - Aprovação do Projeto de Pesquisa pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPESQ).

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 23/04/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0013/08**, intitulado: **"AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL ESTRUTURADO PARA GRUPO DE PACIENTES COM TRICOTILOMANIA"** apresentado pelo Departamento de **PSQUIATRIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Dr Táki Athanássios Cordás**
Pesquisadores Executantes: **Edson Luiz Toledo, Hermano Tavares, Cristiano Nabuco de Abreu, Rogéria Taragano, Danielle Rossini, Aderbal Vieira, Fabiana Chamelet Nogueira, Jackeline Suzie Giusti, Marco Tubino Scanavino**

CAPPesq, 25 de Abril de 2008

Recebido: 23/04/08, às 15h
Assinatura de Prometeia de FMUSP

Prof. Dr. Eduardo Massad
**Presidente da Comissão
de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa**

APÊNDICE B – Aprovação da Solicitação de Mudança do Pesquisador Responsável para o Prof. Dr. Hermano Tavares.

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPPesq

Nº Protocolo: 0013/08

Título: "AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL ESTRUTURADO PARA GRUPO DE PACIENTES COM TRICOTILOMANIA"

Pesquisador Responsável: Dr Táki Athanássios Cordás

Pesquisador Executante: Edson Luiz Toledo

Finalidade Acadêmica: Pós-Graduação

Departamento: PSQUIATRIA

O Coordenador da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **APROVOU *ad-referendum*** em 12/09/2011, do(s) documento(s) abaixo mencionado(s):

- Carta datada de 12.07.11 - Solicitação de mudança de pesquisador responsável de Prof. Dr. Taki Athanássios Cordás para Prof. Dr. Hermano Tavares devido o referido projeto tornar-se objeto de pós-graduação do aluno Edson Luiz de Toledo;
- Relatório de andamento do estudo.

A CAPPesq em obediência à Resolução CNS 196/96, solicita ao pesquisador (a) s elaboração de relatório parcial e final.

No caso de relatório parcial é necessário informar o tempo previsto para a conclusão do protocolo e breve resumo dos resultados obtidos.

CAPPesq, 13 de Setembro de 2011

Recebido: 4/09/11, às 8h
Departamento de Psiquiatria da FMUSP

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq