ELEN CRISTINA BATISTA DE OLIVEIRA

**Os aspectos psicopatológicos
e fenomenológicos do
Transtorno de Escoriação**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor 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

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Oliveira, Elen Cristina Batista de
Os aspectos psicopatológicos e fenomenológicos do
transtorno de escuriação / Elen Cristina Batista de
Oliveira. -- São Paulo, 2018.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.
Orientador: Hermano Tavares.

Descritores: 1.Transtorno de escuriação
2.Transtorno obsessivo-compulsivo 3.Transtornos
disruptivos, de controle do impulso e da conduta
4.Transtorno de jogo 5.Comorbidade 6.Manual
diagnóstico e estatístico de transtornos mentais

USP/FM/DBD-360/18

Responsável: Eidi Raquel Franco Abdalla - CRB-8/4901

DEDICATÓRIA

À minha amada, acolhedora e abençoada família.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, por acreditar sempre em minhas capacidades e me encorajar a atingir metas cada vez mais elevadas, propiciando o meu aprendizado e o meu progresso;

A toda equipe do PRO-AMITI e do PRO-AMJO, pelo constante apoio, especialmente a Ana Yaemi Hayashiuchi, a Juan David Tovar Velásquez e a Antônio Marcelo Cabrita de Brito, que proporcionaram a realização de todo este projeto;

À miniequipe de *Skin Picking* do PRO-AMITI, Daniel Carr Ribeiro Gulassa, Roberta Souza do Amaral e Katia Branco, que me apoiaram em todos os momentos e acreditam na relevância deste tema para a melhor assistência dos acometidos pelo transtorno;

A toda equipe do PROTOC, que me recebeu com apreço. Especialmente a Roseli Gedanke Shavitt, que acreditou neste projeto e tornou possível a parceria entre os serviços; a Marines Joaquim, que sempre me recebeu com extrema solicitude e afeição; a Antônio Carlos Lopes, a Juliana Diniz, a Daniel Costa, a Renata Melo e a Maria Cecília Toledo, que atenciosamente despenderam um pouco de seu tempo de trabalho para me auxiliar;

Às bibliotecárias Erika Hayashi e a Maria Umbelina, pela atenção e disposição nos atendimentos;

Ao Programa de Pós-graduação do departamento de Psiquiatria, em especial a Eliza Fukushima e a Isabel Ataíde, pelo carinho e atenção durante toda minha trajetória na pós-graduação;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro para realização desse trabalho. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001;

Aos pacientes que gentilmente me cederam o seu tempo e sua atenção para participarem deste estudo;

Aos amigos, pela compreensão da minha frequente ausência;

À minha família pelo constante e incondicional apoio;

Aos meus pais, por me ensinarem a ser quem eu sou.

ÍNDICE

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS.....	12
LISTA DE DIAGRAMAS, GRÁFICOS E QUADROS.....	15
LISTA DE TABELAS.....	16
RESUMO.....	19
ABSTRACT.....	23
 1. INTRODUÇÃO.....	 26
1.1. Nomenclatura, história, classificação e critérios diagnóstico do Transtorno de Escoriação.....	 27
1.2. Epidemiologia do Transtorno de Escoriação.....	29
1.3. Hipóteses etiopatogênicas do Transtorno de Escoriação.....	31
1.3.1. Estudos Psicológicos.....	31
1.3.2. Estudos de Funções Cognitivas.....	32
1.3.3. Estudos de Neuroimagem.....	33
1.3.4. Estudos Genéticos.....	33
1.4. Aspectos Clínicos, e Fenomenológicos, do Transtorno de Escoriação.....	 34
1.5. Comorbidades psiquiátricas do Transtorno de Escoriação.....	39
1.6. As dimensões psicopatológicas do Transtorno de Escoriação.....	41
1.6.1. A dimensão obsessivo-compulsiva.....	41
1.6.2. As dimensões da impulsividade e as adições.....	43
1.7. Proposta de verificação categorial do Transtorno de Escoriação.....	48
1.8. Proposta de verificação dimensional, dos aspectos psicopatológicos do Transtorno de Escoriação.....	 50

2. OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	52
2.1. Objetivos.....	53
2.1.1. Objetivos gerais.....	53
2.1.2. Objetivos específicos.....	53
2.2. Hipóteses.....	54
3. METODOLOGIA.....	56
3.1. Amostras.....	57
3.1.1. Critérios de Inclusão.....	58
3.1.2. Critérios de Exclusão.....	58
3.2. Instrumentos de Avaliação.....	59
3.2.1. Características sociodemográficas e clínicas.....	59
3.2.2. Escala de Adequação Social.....	60
3.2.3. Escala de sintomas de TE.....	60
3.2.4. 3Avaliação de comorbidades psiquiátricas.....	61
3.2.5. Avaliação de obsessividade e compulsividade.....	62
3.2.6. Avaliação de impulsividade.....	62
3.2.7. Avaliação de personalidade.....	63
3.2.8. Avaliação de variáveis potencialmente confundidoras.....	64
3.3. Análise dos dados.....	66
3.3.1. Análise de dados sociodemográficos e clínicos.....	66
3.3.2. Análise de verificação de sobreposição diagnóstica.....	66
3.3.3. Análise de variáveis categoriais.....	66
3.3.4. Análise de verificação dimensional.....	67
3.3.5. Estimativa do tamanho da amostra.....	68

4. RESULTADOS.....	70
4.1. Perfil sociodemográfico.....	71
4.2. Características clínicas.....	74
4.3. Análise de distribuição de Comportamentos Repetitivos com o Foco no Corpo.....	75
4.4. Antecedentes familiares psiquiátricos.....	75
4.5. Análise do comprometimento laboral, social, familiar e econômico.....	76
4.6. Análise descritiva do grupo TE.....	77
4.7. Análise de verificação de sobreposição diagnóstica.....	78
4.8. Análise de variáveis categoriais: comorbidades psiquiátricas.....	80
4.9. Análise de verificação dimensional.....	85
4.9.1. Análise de distribuição de sintomas obsessivo-compulsivos.....	85
4.9.2. Análise de distribuição de características impulsivas.....	87
4.9.3. Análise de distribuição de dimensões de personalidade.....	87
4.9.4. Seleção dos indicadores de obsessividade/compulsividade, impulsividade e temperamento, controle de covariação e redução de variáveis.....	88
4.9.5. Análise dimensional final de compulsividade, impulsividade e regressão multinomial logística para os três grupos diagnósticos.....	90
5. DISCUSSÃO.....	96
5.1. Perfil sociodemográfico.....	98
5.2. Características clínicas.....	99
5.3. Análise de distribuição de Comportamentos Repetitivos com Foco no Corpo.....	100
5.4. Antecedentes familiares psiquiátricos.....	100
5.5. Análise do comprometimento laboral, social, familiar e econômico.....	100
5.6. Análise descritiva do grupo TE.....	101
5.7. Análise de verificação de sobreposição diagnóstica.....	102
5.8. Análise de variáveis categoriais – comorbidades psiquiátricas.....	103

5.9. Análise de verificação dimensional – análise de distribuição de características de obsessividade/compulsividade e impulsividade....	104
5.10. Considerações Finais.....	105
6. CONCLUSÃO.....	107
7. ANEXOS.....	109
Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	110
Anexo B. Escala de escoriação de pele – revisada, versão em português/brasileiro.....	114
Anexo C. Inventário de Pádua – versão em português/brasileiro.....	118
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA: *American Psychiatry Association* – Associação Americana de Psiquiatria

BAI: *Beck Anxiety Inventory* – Inventário de Ansiedade de *Beck*

BDI: *Beck Depression Inventory* – Inventário de Depressão de *Beck*

BIS-11: *Barratt Impulsivity Scale version 11* – Escala de Impulsividade de *Barratt*, versão 11

BN: Busca de Novidade

CRFC: Comportamentos Repetitivos, com Foco no Corpo

DG: Dependência de Gratificação

DSM: *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* – Manual Diagnóstico, e Estatístico, de Transtornos Mentais

DSM-5: *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition* – Manual Diagnóstico, e Estatístico, de Transtornos Mentais – Quinta Edição

DSM-IV: *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Quarta Edição

DSM-IV-TR: *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition / Text Revised* – Manual Diagnóstico, e Estatístico, de Transtornos Mentais – Quarta Edição / Versão revisada

DSM-IV-TR: *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revised* –
Manual Diagnóstico, e Estatístico, de Transtornos Mentais –
Versão revisada

DP: Desvio Padrão

DVD: *Digital Video Disc* - Disco Digital de Vídeo

ED: Esquiva ao Dano

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPq-HC-FMUSP: Instituto de Psiquiatria, do Hospital das Clínicas, da Faculdade
de Medicina da Universidade de São Paulo

ISRS: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

MINI: *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* – Minientrevista
Neuropsiquiátrica Internacional

P: Persistência

PI: *Padua Inventory* – Inventário de Pádua

PRO-AMITI: Programa Ambulatorial Integrado de Transtornos do Impulso

PROTOC: Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-compulsivo

RC: Razão de Chances

SCID – II: *Structure Clinical Interview for DSM for Axes II Personality Disorders*
– Entrevista Estruturada, para DSM, para Transtornos de
Personalidade do Eixo II

SCID – TCIm: *Structure Clinical Interview for DSM for Impulse Control Disorders* – Entrevista Estruturada, para DSM, para Transtornos do Controle do Impulso

SNP: *Single Nucleotide Polimorphism* – Polimorfismo de Nucleotídeo Único

SPS: *Skin Picking Scale* – Escala de escoriação da pele

TCAP: Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico

TCI: *Temperament and Character Inventory* – Inventário de Temperamento e Caráter

TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TDC: Transtorno Dismórfico Corporal

TE: Transtorno de Escoriação

TEPT: Transtorno de Estresse Pós-traumático

ACP: Análise de Componentes Principais

TJ: Transtorno de Jogo

TOC: Transtorno Obsessivo-Compulsivo

TTM: Tricotilomania

LISTA DE DIAGRAMAS, GRÁFICOS E QUADROS

Diagrama 1 – Ciclo de retroalimentação positiva proposto para o hábito de escoriação da pele.....	37
Diagrama 2 – Equilíbrio nas relações entre TE e TOC.....	49
Diagrama 3 – Desequilíbrio nas relações entre TE e TOC.....	50
Diagrama 4 – Modelo de interpenetração das categorias diagnósticas para TE, TOC e TJ.....	79
Diagrama 5 – Desequilíbrio nas relações entre TOC e TE.....	101
Gráfico 1 – Distribuição do Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo de acordo com os escores combinados de Compulsividade e Impulsividade.....	92
Quadro 1 – Resumo das semelhanças e divergências psicopatológicas entre TE e TOC.....	43
Quadro 2 – Semelhanças e divergências psicopatológicas entre TE e TJ.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 – Descrição de variáveis do perfil sociodemográficas dos grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).....	72
Tabela 1.2 – Descrição de variáveis do perfil sociodemográficas dos grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017, continuação).....	73
Tabela 2 – Descrição de variáveis de psicofármacos em uso entre os grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).....	74
Tabela 3 – Descrição de variáveis de características de Comportamentos Repetitivos com Foco no Corpo dos grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).....	75
Tabela 4 – Descrição de variáveis dos antecedentes familiares psiquiátricos entre os grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).....	76
Tabela 5 – Descrição de variáveis das características clínicas de comprometimento laboral, social, familiar e econômica dos grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017)	77
Tabela 6 – Características do Transtorno de Escoriação (período: 2014 – 2017)	78
Tabela 7 – Sobreposição dos diagnósticos entre TE, TOC e TJ.....	80

Tabela 8.1 – Descrição de variáveis das comorbidades psiquiátricas dos grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).....81

Tabela 8.2 – Descrição de variáveis das comorbidades psiquiátricas correlacionadas aos Transtornos do Controle do Impulso e Adições dos grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).....82

Tabela 8.3 – Regressão logística Multinomial Multivariada de variáveis categoriais para TE, TOC e TJ.....84

Tabela 8.4 – Classificação original Vs. classificação pela regressão logística.....85

Tabela 9 – Descrição de variáveis de sintomas obsessivo-compulsivos dos grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).....86

Tabela 10 – Descrição de variáveis de características impulsivas entre os grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).....87

Tabela 11 – Descrição de variáveis de características de temperamento, depressão e ansiedade entre os grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).....88

Tabela 12 – Análise de Componentes Principais para indicadores de obsessividade/compulsividade e impulsividade (N=121).....90

Tabela 13 – Comparação de compulsividade e impulsividade para os grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).....91

Tabela 14 – Regressão logística Multinomial Multivariada de variáveis dimensionais para TE, TOC e TJ.....93

Tabela 15 – Classificação original vs. Classificação pela regressão logística.....94

Tabela 16 – Comparação do escore de escoreiação para os grupos Transtorno de Escoreiação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).....94

Tabela 17 – Análise de correlação de Spearman entre sintomas de escoreiação e compulsividade e impulsividade.....95

RESUMO

Oliveira, ECB. Os aspectos psicopatológicos e fenomenológicos do Transtorno de Escoriação [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2018. 139 f.

Introdução: O Transtorno de Escoriação (TE) é caracterizado pelo comportamento repetitivo e excessivo de escoriar a pele saudável, resultando em dano tecidual e significativo sofrimento, associado a ânsia incontrolável e falha em controlar tal comportamento repetitivo. Atualmente o TE é classificado na seção de transtornos relacionados aos Transtornos Obsessivo-compulsivos (TOC) da 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM). No entanto, ainda existem debates a respeito da sua classificação, se o mesmo está relacionado a transtornos relacionados ao TOC, ou se é melhor conceituado como uma dependência comportamental.

Objetivos: O presente estudo comparou um grupo de indivíduos com TE com dois paradigmas dos transtornos obsessivo-compulsivos, i.e., TOC, e dos transtornos impulsivo-aditivos, i.e., Transtorno do Jogo (TJ), analisando suas características sociodemográficas, clínicas, categorias diagnósticas, perfil de comorbidades, sintomas obsessivo-compulsivos, traços impulsivos e atributos de personalidade. O objetivo de tal comparação foi avaliar se o TE estaria mais relacionado aos transtornos relacionados ao TOC ou ao TJ.

Métodos: Participaram do estudo 121 pacientes, que procuraram o tratamento no Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (HCFMUSP), Brasil. Do total de 121 participantes, 40 foram diagnosticados com TE, 41 com TOC e 40 com TJ. Foram utilizadas entrevistas clínicas estruturadas para diagnosticar e comparar os três grupos na sobreposição diagnóstica e nas comorbidades psiquiátricas atuais, e escalas de autopreenchimento padronizadas para avaliar os sintomas dimensionais e comparar os três grupos em análise dimensional.

Resultados: O grupo TE apresentou maior preponderância de mulheres, mais jovens e com maior instrução acadêmica. Na análise categorial TE se aproximou, significativamente, mais de TOC ($n = 14$) do que de TJ ($n = 3$), se sobrepondo ao primeiro. Os grupos TE e TOC também foram mais propensos a apresentar outros Comportamentos Repetitivos Focados no Corpo (CRFC) e transtornos ansiosos em geral. A presença de CRFC diferenciou TE de TJ, por outro lado, TE se diferenciou de TOC pela presença de comportamentos aditivos. A análise dimensional demonstrou que TE se apresenta como um modelo híbrido de obsessividade-compulsividade e impulsividade. Finalmente, a análise de correlação mostrou que os escores de obsessividade-compulsividade e impulsividade não foram correlacionados à gravidade dos sintomas de escoriação da pele.

Discussão: Os dados da análise categorial apoiam a classificação de TE como um transtorno correlato ao TOC. Já os achados das análises dimensionais sugerem que uma apresentação psicopatológica híbrida de TE, contendo tanto elementos obsessivo-compulsivos, como com traços impulsivos. No entanto, nenhum desses aspectos foram correlacionados à gravidade dos sintomas de escoriação no grupo TE, sugerindo que o comportamento de escoriação da pele é independente desses fatores nestes indivíduos. O conjunto de tal apresentação sucinta a alocação de TE junto ao grupo dos chamados CRFC.

Conclusão: TE apresenta um perfil demográfico e clínico próprios. TE e TOC compartilham mais similaridades no perfil de comorbidades psiquiátricas do que TJ, a maioria baseada nos transtornos ansiosos. Por outro lado, TE se diferencia de TOC, por uma associação mais frequente com os transtornos aditivos. TE apresentou níveis intermediários de compulsividade e impulsividade na abordagem dimensional. O comportamento de escoriação não mostrou correlação relevante com as medidas dimensionais de compulsividade nem impulsividade. TE, de uma forma geral, teve uma associação robusta com os outros CRFC, diferenciando-se de TOC e de TJ. TE poderia ser classificado em uma sessão à parte juntamente com outros CRFC.

Descritores: Transtorno de Escoriação; Transtorno Obsessivo-compulsivo; Transtornos Disruptivos do Controle de Impulsos e da Conduta; Transtorno de Jogo; Comorbidade; Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

ABSTRACT

Oliveira, ECB. Psychopathological and phenomenological features associated with Excoriation Disorder [dissertation]. Sao Paulo: Universidade de Sao Paulo, Faculdade de Medicina, 2018. 139 p.

Introduction: Excoriation Disorder (ED) is characterized by repetitive and excessive picking on healthy skin, resulting in significant skin damage and psychological distress associated with uncontrollable urge and failure to control this repetitive behavior. ED is currently classified under the Obsessive-compulsive and Related Disorders (OCD) section of the Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders - 5th edition. Nevertheless, there is still no consensus whether ED is more closely related to OCDs or it would be better conceptualized as a behavioral addiction.

Objectives: Compare ED patients with two paradigms of obsessive-compulsive disorders (OCD) and impulsive-addictive disorders (gambling disorder), analyzing their sociodemographic and clinical characteristics, diagnostic categories, comorbidity profile, obsessive-compulsive symptoms, impulsive traits, and personality features. The purpose of this comparison was to assess whether ED was more related to OCD-related disorders (OCDRD) or to behavioral addictions, e.g., Gambling Disorder (GD).

Methods: Study participants were 121 patients seeking treatment at Instituto de Psiquiatria (IPq), Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade Sao Paulo (HCFMUSP), Sao Paulo, Brasil. Of the 121 participants, 40 were diagnosed with ED, 41 with OCD, and 40 with GD. Structured clinical interviews were used to diagnose and compare the three groups in diagnostic overlap and current psychiatric-comorbidities, and standardized self-reports were used to evaluate the dimensional variables.

Results: Participants in the ED group were more likely to be women, young, and with higher levels of education compared with those of the other groups. In the categorical analysis, ED was more significantly approached to OCD (n=14) than to GD (n=3), overlapping the first. In general, ED and OCD were also more likely to exhibit other body-focused repetitive behaviors (BFRB) and anxiety disorders.

The presence of BFRB differentiated ED from GD. In contrast, ED differed from OCD by the presence of addictive behaviors. The dimensional analysis found that ED is a hybrid model of obsessive-compulsivity and impulsivity.

Discussion: Categorical analysis supports the classification of ED as OCDRD; however, ED presented differences that may share underlying characteristics with OCD (e.g., compulsivity) and behavioral addiction (e.g., impulsivity). Dimensional analysis suggests a heterogeneous psychopathological in ED with both obsessive-compulsive and impulsive features. Correlation analysis shows that obsessive-compulsivity and impulsivity scores were not correlated to skin excoriation severity symptoms. The overall viewpoints to the allocation of ED points to its own diagnostic category, that is, Body-focused Repetitive Behaviors (BFRB).

Conclusion: ED shows a peculiar demographic and clinical profile. ED and OCD share more similarities in the profile of psychiatric comorbidities than GD, mostly based on anxiety disorders. In contrast, ED differs from OCD by a more frequent association with addictive disorders. ED presented intermediate levels of compulsivity and impulsivity between OCD and GD in the dimensional approach. The excoriation behavior showed no relevant correlation with dimensional measures of compulsivity or impulsivity.

Keywords: Excoriation Disorder; Obsessive-compulsive Disorder; Disruptive, Impulse Control and Conduct Disorders; Gambling Disorder; Comorbidity; Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders

1 Introdução

1.1. Nomenclatura, História, Classificação e Critérios Diagnósticos do Transtorno de Escoriação

A pele é o maior e o mais exposto órgão humano. É o que reveste e separa o indivíduo concretamente do ambiente externo. A sua porção mais externa, a epiderme, apresenta a mesma origem embrionária que o sistema neurológico: a ectoderme. A pele também é um meio para o contato físico interpessoal e para a captação de sensações físicas e, à grosso modo, de emoções. É importante no processo de desenvolvimento da identidade, pois uma de suas funções é representar o indivíduo como um ser único, com aquela constituição e “revestimento” corporal. Em suma, pode-se dizer que a pele atuaria com um órgão de comunicação e de representação da autoimagem. Portanto, não é surpreendente que haja uma sobreposição em condições que afetam a mente e a pele (Magid et al., 2008; Montagu, 1988; Silva, 2007).

Uma das sobreposições de afecção mente-pele entre as duas áreas da medicina dá-se no Transtorno de Escoriação ou Dermatotilexomania. O termo Dermatotilexomania deriva do grego *dermato*=pele, *tillexi*=picar algo e *mania*=loucura, significando assim “loucura de picar a pele”.

A primeira descrição do transtorno foi do dermatologista britânico Erasmus Wilson, em 1875, com a nomenclatura “*Neurotic Excoriation*”, em português, Escoriação Neurótica. Pouco depois, na França, o dermatologista Louis Brocq nomeou o quadro como “*L’acné Excoriée*”, em um artigo publicado em 1898. Apenas em 1994, com a publicação do DSM-IV, o transtorno foi contemplado em um manual diagnóstico internacional, sendo denominado “*skin picking*” e citado na seção de Transtornos do Controle do Impulso não classificadas em outro local, porém sem designação de critérios diagnósticos específicos (APA, 1994).

De acordo com o mesmo manual, a essência dos Transtornos do Controle do Impulso era centrada na falha em resistir a um desejo incontável ou um impulso de realizar um ato que possa ser prejudicial a si mesmo ou aos outros. Na maioria dos quadros em que estão agrupados nesta sessão, os indivíduos sentem um aumento progressivo de tensão ou excitação antes de iniciar o ato, seguido de prazer, gratificação ou alívio. No entanto, momentos após segue-se o arrependimento e a culpa. Dentro desta sessão eram encontrados os seguintes

transtornos não classificados em outro local: Transtorno Explosivo Intermitente, Cleptomania, Piromania, Jogo Patológico, Tricotilomania e Transtornos do Controle do Impulso Não Especificado. (APA, 1994; APA, 2000).

Paralelo às publicações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*), a partir da década de 70 passaram a surgir diversas publicações com outras nomenclaturas: “*skin picking disorder*” ou “*self-inflicted skin picking*”, ou seja, “transtorno de cutucar a pele” ou “cutucar da pele auto-inflingido”. Apesar de descrever bem o comportamento, tais nomenclaturas pareciam muito coloquiais. Em 2013 foi publicada a quinta edição do DSM-5 com uma nova proposta de nomenclatura: “*Excoriation Disorder*”, em português, “Transtorno de Escoriação”. Assim é mantida a diretriz inicial do manual: descrever que existe um transtorno, ou perturbação, expondo ainda, que tal perturbação se dá pelo escoriar excessivo da pele. A partir de então, será empregada neste texto a nomenclatura oficial Transtorno de Escoriação (TE; APA, 2013).

Além da nova nomenclatura, o DSM-5 trouxe uma proposta de reconfiguração da seção de transtornos do impulso, renomeada para Transtornos Disruptivos do Controle de Impulsos e da Conduta. A nova seção adotou um escopo mais restritivo para transtornos do impulso com foco em categorias diagnósticas marcadas por comportamentos dissociais, confrontativos ou agressivos, que podem incorrer em agressão a objetos ou terceiros. Além disso, três outras decisões merecem destaque. Primeiro, foi a migração do Jogo Patológico, renomeado Transtorno do Jogo (TJ), para a seção de Transtornos Aditivos, configurando-se como a primeira dependência comportamental assim reconhecida. Segundo, foi a transferência da Tricotilomania (TTM) para a seção de transtornos relacionados ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Terceiro, TE ganhou, pela primeira vez, critérios diagnósticos específicos e foi alojado juntamente com a TTM na seção de transtornos relacionados ao TOC.

Nesta nova seção foram incluídos TOCs, Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), Transtorno de Acumulação, TTM, TE, Transtorno Relacionado induzido por substância ou medicamento e Transtorno Relacionado devido a outra condição médica. Todos esses quadros apresentam em comum comportamentos repetitivos ou rituais mentais, no entanto as características e a

apresentação desses fenômenos são diferentes. No TOC, os comportamentos repetitivos e os rituais mentais são chamados de compulsões e ocorrem em resposta aos pensamentos, impulsos ou imagens invasivas recorrentes e persistentes, chamadas de obsessões. No TDC, as preocupações são todas voltadas à percepção de defeitos ou falhas na aparência física, seguido de comportamentos repetitivos (para checar a aparência ou arrumar-se) e de rituais mentais (como comparar-se com outras pessoas). Na TTM e no TE, não há a presença de pensamentos obsessivos ou preocupações, mas se observa comportamentos repetidos com foco no próprio corpo (APA, 2013).

1.2. Epidemiologia do Transtorno de Escoriação

Os estudos populacionais americanos apresentam variação considerável da prevalência encontrada de TE entre 1,4% (Keuthen et al., 2010) e 5,4% (Keuthen et al., 2000). Existem algumas explicações para essa discrepância. O primeiro ponto é o uso diferentes metodologias nos estudos. É importante considerar se o estudo utilizou questionários de autopreenchimento (Keuthen et al., 2000), entrevistas telefônicas (Keuthen et al., 2010) ou entrevistas médicas (Heyes et al., 2009). Além disso, é relevante observar que os estudos citados foram realizados antes da publicação do DSM-5, utilizando propostas de critérios diagnósticos que não padronizados. Por último, deve-se considerar o tipo de amostra investigada. A população universitária, comumente utilizada nos estudos por sua facilidade de acesso, apresenta faixa etária mais jovem, maior nível sociocultural e é submetida a maior estresse acadêmico, não sendo assim representativa na comunidade geral. Um estudo com 105 estudantes universitários norte-americanos, utilizando escalas de autopreenchimento, encontrou prevalência de 3,8% (Keuthen et al., 2000). Outro estudo realizado na comunidade geral, com avaliação presencial 354 indivíduos, encontrou prevalência de 5,4% (Heyes et al., 2009). Um único estudo brasileiro, realizado com amostra de 7.639 indivíduos em base de dados eletrônica, encontrou prevalência de 3,4% (Machado et al, 2018).

Há maior predominância do TE no gênero feminino, sendo que a distribuição da proporção entre os gêneros varia de acordo com a amostra utilizada e o contexto cultural: 87% em amostra clínica norte-americana (Wilhelm, et al. 1999), 73,7% em universitários alemães (Bohne, 2002), 80% em universitários norte-americanos (Odlaug et al., 2013), 59,2%, em universitários turcos (Calikuşu et al., 2012) e 70% em universitários iranianos (Arbabi et al. 2008). A única exceção foi um estudo israelense, em uma população universitária, que encontrou 35,7% de mulheres (Leibovici et al., 2014). Mesmo em levantamentos à distância o predomínio feminino é claro, variando entre 92-94,2% nos Estados Unidos (Flessner, et al. 2006; Tucker, et al. 2011) e em torno de 82,5% no Brasil em amostra coletada pela Internet (Machado, et al. 2018) e finalmente, 65,5% em levantamento por telefone nos Estados Unidos (Keuthen et al. 2010).

O pico de incidência do TE é na adolescência. A média de início da doença encontrada entre estudantes universitários foi de 12,4 anos (Keuthen et al., 2000; Siddiqui et al., 2012; Calikuşu et al., 2012 Leibovici et al., 2014) e entre a comunidade geral foi de 15 anos (Keuthen et al., 2010; Wilhelm et al., 1999), sem diferença estatística entre as amostras. A média encontrada para a duração do TE é de 21 anos, apontando para o seu curso crônico. Apesar da longevidade da doença, apenas 30-45% dos pacientes buscam tratamento específico. O principal motivo para esquiva ao tratamento, segundo os próprios indivíduos acometidos, é o constrangimento diante da exposição de sua condição. (Neziroglu, 2008).

Em relação ao estado civil, a maioria dos acometidos com TE é solteira (60,6%), dentre estes, 27,3% nunca foram casados, com uma diferença estatísticas em relação aos não acometidos. A maioria dos acometidos apresentam uma renda anual mais alta e um nível educacional maior que a média (28,8% ganhavam \$76,000/ano - 36,4% tinham curso superior) (Keuthen, 2010; Tucker, 2011).

1.3. Hipóteses etiopatogênicas do Transtorno de Escoriação

O comportamento de inspecionar a superfície corporal, com intenção de remover crostas e excessos de pele, é comum em todos os mamíferos. Tal hábito recebe a denominação em inglês de *grooming*, sem tradução adequada para o português, e que significa “enfeitar”, “arrumar” e “preparar”. Há uma importância evolutiva deste comportamento, já que quando praticado individualmente (*self grooming*) possibilita os cuidados pessoais, como limpeza e higiene da superfície corporal. Em humanos, poderíamos citar a prática de lavar e pentear o cabelo, barbear-se, aparar as unhas, entre outros. Já quando praticado em grupo (*social grooming*), este hábito adquire um caráter de atividade social, que promove a interação entre os membros do grupo, contato íntimo e excitação, com alívio de tensões e sensações desagradáveis, possibilitando reafirmação da estrutura social, construção de relações, reconciliação e confiança mútua (McGrew e Tutin, 1978). Os gibões, por exemplo, formam grupos de *grooming*, com diferentes quantidades de animais e diferentes níveis complexidade de acordo com a sua hierarquia, de forma que os machos dominantes recebem mais cuidado, enquanto os menos dominantes promovem mais cuidado (Guan et al., 2013).

A doença surge quando o comportamento de *grooming* se torna excessivo, sem controle e acompanhado de prejuízos. No entanto, até o momento, não há causa definida para o TE. Ao longo das duas últimas décadas foram desenvolvidas algumas linhas de pesquisa de prováveis etiopatogenias, que podem ser considerados complementares e não excludentes. Os principais achados até o momento serão apresentados nos próximos parágrafos.

1.3.1. Estudos Psicológicos

Segundo Cormia (1950; 1951), os indivíduos com TE e outras afecções psicodermatológicas apresentam habilidade prejudicada para lidar com situações de tensão e estresse, como conflitos conjugais, perda de entes queridos, gravidez indesejada, entre outros. Já Zaindens (1951) acreditava que

a origem dos sintomas estava no medo e na raiva reprimida diante de pais autoritários e excessivamente punitivos.

Assim, o comportamento de escoriação representaria os impulsos agressivos reprimidos, a culpa, o medo, a autopunição, a autodestruição para rejeitar a autoridade parental da infância e a busca por libertação. Para os indivíduos acometidos, a dor produzida na escoriação é leve, com uma sensação de prazer e gratificação, chamada de “prazer cutâneo-erótico masturbatório” (Krupp, 1997; Fruensgaard, 1978).

Snorrason e colaboradores (2010) encontraram que 67% dos indivíduos com TE apresentavam uma forte sensação de pelo menos um dos sentimentos negativos pesquisados (ansiedade, tédio ou tensão) antes de escoriar a pele e uma notável redução após a escoriação. Tais achados indicam que os sentimentos negativos podem desencadear os episódios de escoriação que poderiam modular, tanto sentimentos de alta excitação, quanto ansiedade e tensão, assim como os sentimentos de baixa excitação como o tédio. Porém, também foram relatados o aumento da culpa e da vergonha após a experiência do alívio. Outro aspecto que os pesquisadores também investigaram foram a reatividade emocional e a regulação emocional no grupo TE. Os indivíduos com TE apresentaram níveis maiores de reatividade emocional e maior dificuldade na regulação emocional, comparados aos controles saudáveis. No entanto, não houve correlação entre os níveis de reatividade emocional e a regulação emocional com a gravidade do TE, sugerindo que a regulação emocional seja um fator de vulnerabilidade para o TE, mas que outros fatores também estejam implicados na gênese e na gravidade dos sintomas.

1.3.2. Estudos de Funções Cognitivas

Indivíduos com TE apresentam maior prejuízo no controle de respostas motoras inibitórias quando comparados com os controles saudáveis e com os indivíduos com TTM, evidenciado por um teste neurocognitivo eletrônico (CANTAB *Stop Signal Test*) (Odlaug et al., 2010). Tal resposta inibitória é uma função cognitiva que depende da integridade de circuitos da rede neural frontoestriatal lateral direita, especialmente do giro do cíngulo frontal inferior

direito e do córtex cingulado anterior bilateral. Os achados sugerem que os circuitos frontoestriatais citados podem apresentar disfunções na presença de TE (Grant et al., 2011).

No relato de um caso, houve uma melhora de TE apresentando comorbidade com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em uso de Metilfenidato 20mg, com alívio dos sintomas em ambos os transtornos. A resposta positiva ao tratamento corrobora os achados de prejuízo de controle inibitório no TE, sugerindo que o benefício com o tratamento estaria associado à melhora da impulsividade, do prejuízo no controle inibitório e da desatenção correlacionadas ao próprio TE (Bernardes et al., 2018).

1.3.3. Estudos de Neuroimagem

Um estudo de neuroimagem de TE evidenciou, através de uma Ressonância Nuclear Magnética com Tensão de Difusão, a presença de redução da fração de anisotropia, característica de desorganização de vias neurais e danos em tratos de substância branca em regiões envolvidas na geração e supressão de respostas (tratos do córtex cingulado anterior bilaterais, córtex orbitofrontal direito e córtex frontal inferior direito). Tais achados são congruentes com os achados prévios do estudo de função cognitiva (Grant et al., 2013).

1.3.4. Estudos Genéticos

A SAPAP 3 é uma família de proteínas pós-sinápticas que constituem um complexo estrutural de sinapses excitatórias glutamatérgicas expressas no estriato. Um estudo com camundongos *knockout* (com mutações específicas induzidas) no gene da SAPAP3 revelou um aumento na apresentação de comportamentos ansiosos e maior intensidade de comportamento de autocuidado (*grooming*), com produção de lesões cutâneas por escoriação semelhantes ao TE. Houve melhora dos sintomas após 6 dias de tratamento com fluoxetina (Welch et al., 2007). Outro estudo analisou a variação da apresentação fenotípica de comportamentos repetitivos com foco no corpo (CRFC) – TE, TTM

e roer de unhas – e o polimorfismo do gene da SAPAP3 em humanos. Os pesquisadores encontraram que 4 dos 6 pares de alelos (*single nucleotide polymorphisms* – SNPs) pesquisados foram associados a pelo menos um CRFC (SNP1 – roer de unhas, SNP3 e SNP6 – TTM, SNP4 – TE) e os 3 haplótipos (haplótipo: combinação de um grupo de alelos adjacentes do mesmo cromossomo) pesquisados foram associados a pelo menos um CRFC (1-roer de unhas; 2- roer de unhas, TE e TTM; 3-TTM). Não foi encontrada nenhuma correlação dessas variantes gênicas com o TOC (Bienvenu et al., 2008).

O gene *Hoxb8* é um membro da família *Antbe Homeobox*, incluído em um conjunto de genes *Homeobox B* localizados no cromossomo 17 e é expresso no giro do cíngulo anterior, no estriado e no sistema límbico em células da glia. Acredita-se que as variantes alélicas defectivas do gene possam comprometer as funções neuroprotetoras das células gliais, aumentando o risco de lesões ao tecido nervoso (Chen et al., 2010), conforme sugerido no estudo de neuroimagem por tensão de difusão anteriormente citado (Grant et al., 2013). O gene *Hoxb8* está associado a maior intensidade do comportamento de autocuidado (*grooming*), com produção de lesões cutâneas por escoriação, com características semelhantes ao TE em camundongos *knockout*. Embora o número de estudos seja limitado, a hipótese de etiologia genética de TE é reforçada pelo achado de maior frequência da patologia em indivíduos com parentes de primeiro grau acometidos (Greer e Capecchi, 2002). Além disso, uma análise da proximidade genética entre os TOCs e correlatos evidenciou a presença de um fator de risco comum para o desenvolvimento de CRFC, especificamente TTM e TE, correlacionado a influências genéticas específicas (Mozani et al, 2014).

1.4. Aspectos Clínicos e Fenomenológicos do Transtorno de Escoriação

O TE é caracterizado pelo comportamento repetitivo, excessivo e sem controle de provocar lesões sobre a pele saudável, resultando em lesões dermatológicas significativas, prejuízos diversos e/ou sofrimento. Isto é, as lesões cutâneas apresentadas não são decorrentes de uma afecção

dermatológica. Os indivíduos acometidos referem, com frequência, impulso e desejo incontrollável de escarificar a pele, com tentativas malogradas de interromper estes comportamentos repetitivos e inapropriados (Grant e Odlaug, 2009; Stein et al., 2010; Odlaug et al., 2010; Chamberlain et al., 2006; Wilhelm, 1999).

Os gatilhos dos episódios podem ser classificados em emoções, percepções visuais ou táteis e ambientais. Dentre as emoções descritas pelos indivíduos com TE há relatos de estresse (95%), ansiedade prévia a situações de exposição social (50%), sensação de vazio (42%), sentimento de rejeição (20%) e resposta à provocação recebida (18%). As percepções visuais ou táteis que desencadeiam os episódios de escoriação podem ser o “olhar a própria pele” (72,2-87%), “receber picadas de insetos” (18-63,9%), “perceber imperfeições na pele”, como acnes e crostas (57,1-75%), “lidar com insatisfações gerais com a aparência da pele” (60%), “tocar a pele” (29,9-45,5%), “perceber assimetrias da pele” (35%) e “olhar ou sentir cicatrizes” (25%). Os gatilhos também podem ser situacionais como “chegar a superfície corporal no espelho” (49,6-52%), “falar ao telefone” (49,6%), “deitar na cama” (47,4%), “esperar por algo” (45,9%), “ler” (43,6%), “trabalhar” (40,6%) e “assistir televisão” (37,6%) (Neziroglu et al., 2008; Grant e Odlaug, 2009; Stein et al., 2010; Odlaug et al., 2010; Chamberlain et al., 2006; Wilhelm, 1999; Bohne et al., 2002; Tucker et al., 2011).

A maioria dos indivíduos (74%) apresenta consciência no momento do início do episódio e em mais da metade do tempo de escoriação da pele (Neziroglu et al., 2008; Grant e Odlaug, 2009; Stein et al., 2010; Odlaug et al., 2010; Chamberlain et al., 2006; Wilhelm, 1999; Bohne et al., 2002). Existe uma maior preferência por provocar as escoriações em ambientes isolados (77,4%), sendo que alguns preferem escoriar a pele exclusivamente quando estão sozinhos (22,6%). Mais da metade dos indivíduos (68,8%) provoca escoriações, em mais de um local, revezando-os para permitir que se cicatrizem. A média de tempo diário despendido com esse comportamento é de 83 minutos, com maior dedicação no período noturno. Após um episódio de escoriação, 45% dos indivíduos relataram manipular a pele (ou crosta) entre os dedos e ingeri-la (19,5-35%). Tais comportamentos não são excludentes e ambos podem ser apresentados pelo mesmo indivíduo (Odlaug e Grant, 2008; Bohne et al., 2002;

Wilhelm et al., 1999; Grant e Odlaug, 2009; Stein et al., 2010; Odlaug et al., 2010; Chamberlain et al., 2006; Flessner e Woods, 2006; Neziroglu et al., 2008).

Os indivíduos preferem fazer uso das próprias unhas (76,8-80,5%) ou dos dentes (25,9-35,3%) para provocar as escoriações. Quando fazem uso de algum objeto, os mais utilizados são tesouras (28,3-74,7%), agulhas (32-49,3%) ou navalhas (5%). As formas mais comuns de provocar escoriações são comprimindo (85%), coçando (77,4%), escavando (73,6%), friccionando (32,2-49,2%) ou mordendo (28,2-32,3%) a pele. Os locais mais frequentemente acometidos são face (65,2-94,7%), cutículas (27,2-55,0%), braços (26,5-51,1%), cabeça (25,0-60,0%), orelhas (3,3-60,0%), peito e abdômen (21,7-55,0%), pernas (30-44,6%), costas (27,2-36,2%), ombros (6,5-29,1%), nuca (27,4-30%), região púbica (6,5-26,4%), pés (19,6-20,3%) e nádegas (19,6%) (Neziroglu et al., 2008; Tucker et al., 2011; Grant e Odlaug, 2009; Stein et al., 2010; Odlaug et al., 2010; Chamberlain et al., 2006; Wilhelm, 1999; Bohne et al., 2002; Calikusu et al., 2012; Flessner e Woods, 2006).

Segundo Wilhelm e colaboradores (1999) e Snorrason e colaboradores (2010), o curso das emoções durante os episódios de escoriação transcorre com aumento da sensação de satisfação e de “estar se sentindo hipnotizado” durante os episódios. Tal curso segue com a redução das sensações de tensão, satisfação, “estar se sentindo hipnotizado” e com aumento de vergonha e culpa imediatamente após os episódios. A hipótese, neste caso, é que os episódios de escoriação ocorrem em resposta a estados emocionais negativos, que seriam aliviados durante a escoriação. No entanto, os sentimentos negativos como “vergonha”, “culpa” e “dor”, que surgem após a observação dos efeitos deletérios da escoriação sobre a pele, terminariam por reconduzir o indivíduo a um estado de tensão que propiciaria a reincidência futura do hábito, em um ciclo ininterrupto de retroalimentação positiva. Esse ciclo era considerado central na descrição dos Transtornos do Controle do Impulso, tal como definidos no DSM-IV-TR (APA, 2000), tendo sido descrito também em comportamentos repetitivos de natureza aditiva como compras e engajamento em jogos de azar (Wilhelm et al., 1999; Snorrason et al., 2010; Tavares, 2011; Grant et al., 2009; APA, 2013), conforme ilustrado no diagrama a seguir:

Diagrama 1 – Ciclo de retroalimentação positiva proposto para o hábito de escoriação da pele.

Todavia, a preponderância e centralidade deste ciclo, no caso dos comportamentos repetitivos com foco no corpo, têm sido questionadas. De fato, a evidência contrária foi utilizada para justificar a exclusão da TTM e do TE da seção dos transtornos do impulso e a sua realocação na seção dos transtornos relacionados ao TOC no DSM-5. Duke e colaboradores (2009) descrevem que apenas 20% dos portadores de TTM referem uma tensão crescente imediatamente antes de iniciar um episódio de arrancar os cabelos. O mesmo pode ocorrer em TE, sendo que em dois estudos foram encontrados que menos da metade dos indivíduos (43,5%) referiram a sensação de tensão ou a ânsia de escoriar a pele imediatamente antes dos episódios de escoriação. Apenas 38% experimentaram a sensação de prazer, 42% gratificação, 44% alívio de desconforto, 43% alívio de sensação de coceira na pele e 37% alívio de tensão após a escarificação da pele (Tucker et al., 2011; Calikusu et al., 2012).

Quase metade das mulheres acometidas (44%) relatam piora do quadro de escoriação nos períodos pré-menstrual e menstrual. Isto tem sido atribuído a uma provável influência dos hormônios femininos no comportamento de escoriação, como se observa no início da doença, que se dá majoritariamente na adolescência, quando há uma explosão hormonal. No entanto, o mecanismo de ação dos hormônios no desenvolvimento do quadro de TE ainda não está claro (Wilhelm et al., 1999).

As lesões evoluem, frequentemente, com complicações como úlceras (28,3%), infecções (18-31,6%) e cicatrizes (21,1-45%). No caso de infecções é necessário uso de antibióticos tópicos e orais (30%) ou até mesmo endovenosos (5%). Apenas 3,3% necessitaram de hospitalização devido às lesões. Alguns se submetem a procedimentos dermatológicos estéticos (25,9%), através de terapia com laser ou dermoabrasão ou até mesmo recorrem a cirurgias corretivas (6%) para tratarem as cicatrizes deixadas pelo TE. A presença de lesões ativas recorrentes gera cicatrizes e desfigurações, resultando em estigma, desadaptação social e profundo sofrimento. Um grande número de indivíduos acometidos pelo TE (85%) se esforçam para esconder as lesões e as cicatrizes decorrentes das escoriações. Dentre estes, 29% dedicam pelo menos 15 minutos do seu dia cobrindo as lesões com maquiagem, roupas ou acessórios. A grande maioria faz uso de cosméticos (60,2%) para cobrir as áreas escoriadas, outros fazem uso de roupas (20,3%) ou até mesmo de curativos (17,3%) para cobrir as lesões e as cicatrizes (Odlaug e Grant, 2007; Neziroglu et al., 2008; Bohne et al., 2002; Grant e Odlaug, 2009; Stein et al., 2010; Odlaug et al., 2010; Chamberlain et al., 2006; Flessner e Woods, 2006).

Os prejuízos decorrentes do TE são inúmeros e intensos, como “constrangimento em público” devido às lesões (87%), “esquiva de eventos sociais” (40,2-62,5%), de “eventos formais” (32,6%), de “atividades em grupo” (38-57,7%), de “atividades de entretenimento” (26,1%), “restaurantes” (20,7%), “viagens e passeios de férias” (10,9%) e “cancelamento compromissos importantes” (3,2%) por causa das lesões da pele (Flessner e Woods, 2006; Keuthen 2010; Tucker et al., 2011).

O constrangimento decorrente do TE também levou cerca de metade dos indivíduos acometidos (54,3%) a se absterem do envolvimento em relações íntimas, afetando também, de forma moderada, a qualidade das relações já existentes (Flessner e Woods, 2006; Keuthen 2010; Tucker et al., 2011).

Os danos laborais e econômicos também são significativos. Mais de um terço relatou “interferência no trabalho” decorrente da escoriação da pele e 28,3% relataram que essa interferência foi no mínimo diária. O número médio anual de dias de falta ao trabalho foi de 2,27 dias. Alguns indivíduos (5%) até mesmo “deixaram um trabalho” ou “não alcançaram uma progressão laboral”

(12%), como uma promoção ou um aumento, devido ao transtorno (Flessner e Woods, 2006; Keuthen 2010; Tucker et al., 2011).

No ambiente acadêmico, 36,8% relataram dificuldades em “lidar com as responsabilidades acadêmicas”, 47,1% relataram “dificuldades de estudar” e 26,7% relataram “faltar à escola” devido às lesões ou ao comportamento de escoriação (Flessner e Woods, 2006). Um estudo, que avaliou o impacto econômico do transtorno, encontrou que um indivíduo com TE tem um gasto médio de US\$160 por ano com produtos cosméticos para cobrir as lesões e as cicatrizes, um gasto médio ao longo da vida de US\$900 [50-4,000] com profissionais da saúde e US\$1,000 [50-100,000] com medicamentos, ambos exclusivamente para tratamento do TE (Tucker, 2011).

1.5.Comorbidades Psiquiátricas do Transtorno de Escoriação

Conforme já foi mencionado, TE apresenta uma evolução crônica, com prejuízos recorrentes, sofrimento e constrangimentos persistentes. Neste cenário, não são surpreendentes os achados de altas taxas de comorbidades com outros transtornos psiquiátricos. Mais da metade (56,7%) dos indivíduos apresentam pelo menos uma comorbidade ao longo da vida e 38,3-60,4% apresentam pelo menos um transtorno atual (Odlaug, 2008; Grant et al., 2010).

A distribuição dos transtornos difere de acordo com o tipo da amostra utilizada. Em amostras clínicas, o TOC foi o transtorno mais encontrado (15-52%), seguido pelo Transtorno Depressivo Maior (15-26%), Distímia (23%), Transtorno Bipolar (6,7-10%), abuso ou dependência de álcool (39%) e de outras substâncias (26%), Transtorno Dismórfico Corporal (5-32%), Cleptomania (16%), Transtorno de Ansiedade Generalizada (3,03-16%), Transtorno do Pânico (13%), Transtorno do Estresse Pós-traumático (13%), Fobia Social (3,3-7%), Transtorno de Déficit de Atenção (5,7-6,7%), Esquizofrenia (6%) e os Transtornos Alimentares (1,6%). Do total, 5,7-9% tentaram o suicídio e 12-23% dos indivíduos relataram ideação suicida relacionada às consequências do comportamento de escoriar a pele (Grant et al., 2010; Odlaug et al., 2008; Arbabi et al., 2008; Wilhelm, 1999; Arnold et al., 1998).

Os transtornos de personalidade são encontrados na maioria dos indivíduos (71%) (utilizando instrumento SCID-II, roteiro de entrevista para DSM-IV). O mais encontrado é o Transtorno de Personalidade Obsessivo-compulsivo (48%), seguido por *Borderline* (26%) e Evitativo (23-26,3%) (Keuthen et al., 2000; Wilhelm et al., 1999; Lochner et al., 2005).

Em relação aos CRFC, sabe-se que a presença de um comportamento aumenta a chance de um segundo em comparação a um indivíduo saudável. Dentre os indivíduos com TE, 13,5%-36,7% apresentam Tricotilomania, 23-61% roem a unha, 23-26,7% mastigam a bochecha e 10% mordem os lábios (Wilhelm et al., 1999; Odlaug, e Grant, 2008; Grant et al., 2010; Keuthen et al., 2010).

Já em amostra não clínica universitária, preponderou um perfil de transtornos comórbidos mais voltados para a impulsividade, a adição e a instabilidade emocional, como abuso de álcool (25,76%), e de outras substâncias (4,69%), seguidos por Transtorno de Ansiedade Generalizada (3,03%), Transtorno Alimentar (3,03%), Dependência de Compras (3,03%), Transtorno do Interesse Sexual Excessivo (3,03%), Transtorno Depressivo Maior (1,52%) e Cleptomania (1,52%) (Leibovici et al., 2014). No único estudo brasileiro do gênero, um levantamento feito pela Internet com 7.639 indivíduos, o Transtorno Depressivo Maior foi a principal comorbidade (28,8%), seguida por Transtorno Bipolar (7,7%), Dependência de Álcool (23%) e Tabagismo (6%). Nesta investigação eletrônica, TE mostrou uma associação positiva com Episódio Depressivo Maior (RC = 1,854), Dependência Alimentar (RC = 2,02), Tabagismo (RC = 2,058) e Dependência de Álcool (RC = 1,570). A associação com ideação suicida também foi significativa (RC = 1,427), com 41% dos portadores de TE referindo a ocorrência desse fenômeno (Machado et al., 2018).

Em resumo, os estudos sobre TE e comorbidades psiquiátricas parecem oscilar entre duas possibilidades: de um lado os transtornos relacionados ao TOC e transtornos ansiosos em geral (Wilhelm, 1999; Odlaug e Grant, 2008; Keuthen et al., 2000; Lochner et al., 2005) e do outro os transtornos aditivos e/ou impulsivos (Wilhelm, 1999; Leibovici et al., 2014; Machado et al., 2018; Keuthen et al., 2000; Lochner et al., 2005).

1.6.As dimensões Psicopatológicas do Transtorno de Escoriação

1.6.1. A dimensão obsessivo-compulsiva

Obsessões são ideias persistentes, que surgem como pensamentos, impulsos ou imagens experimentadas como intrusivas e inadequadas, que provocam angústia e sofrimento intensos. Diante desta vivência desconfortável, o indivíduo tenta ignorar ou abolir tais pensamentos (ou impulsos), com alguma ação ou outro pensamento, o que chamamos de compulsão. As compulsões são caracterizadas por comportamentos (ou pensamentos) repetitivos, que têm como objetivo a prevenção ou a redução do sofrimento e da angústia dos pensamentos (ou impulsos) obsessivos (APA, 2000; Oliveira et al., 2007).

Alguns rituais compulsivos têm apresentações que lembram comportamentos evolutivamente importantes. Os rituais de limpeza se assemelham ao *grooming*, descrito anteriormente, praticado por mamíferos, que garante a limpeza da superfície corporal e reforça a hierarquia do grupo. Os rituais de verificação se assemelham a demarcação do território. Já o colecionismo se assemelha à coleta de nozes dos esquilos e à coleta de galhos secos, painas e outros, que as aves utilizam para fazerem seus ninhos. Pode-se dizer que os valores como limpeza, organização, controle de impulsos agressivos e sexuais são universais e foram importantes para o desenvolvimento da humanidade, permeiam todas as culturas e religiões. No entanto, a doença surge quando há excesso e prejuízo (Swedo, 1989; Oliveira et al., 2007).

O DSM, em sua quinta edição, inaugura a primeira categoria própria do TOC em “TOC e Transtornos Correlatos”. Nesta categoria, o lugar comum entre o TOC e os transtornos correlatos é a presença de comportamentos repetitivos, como observado no TE (APA, 2013; Ameringen et al., 2014).

Os estudos relatam uma associação frequente entre TE e TOC, com prevalência de 15% de TE em populações com TOC. Também é encontrada uma associação entre a dimensão de acumulação e CRFC (RC: 1,7 entre TE e a dimensão de acumulação do TOC; Samuels et al., 2002, 2007; Torres et al., 2016) e entre TE e a dimensão de agressividade (RC: 2,33; Torres et al., 2016). Também há relato de maior taxa de TE dentre os familiares de primeiro grau de indivíduos com TOC, quando comparados aos controles saudáveis (Wilhelm,

1999; Niehaus et al., 2005; Grant et al., 2007; Hajcak et al., 2006; Cullen et al., 2001).

Os indivíduos com TE referem uma compulsão à escarificação da pele, com episódios repetidos e sofrimento importante diante da inabilidade de controlá-los, todavia sem associação clara com pensamentos obsessivos. Tal apresentação se assemelha ao subtipo de TOC, com expressão exclusiva de rituais, com pouca ou nenhuma associação com pensamentos obsessivos (Cullen et al., 2001). De fato, um estudo entre estudantes universitários mostrou que os estudantes com TE apresentavam mais preocupação patológica, ansiedade e reação ao estresse, porém sem associação específica com TOC ou sintomas obsessivo-compulsivos (Hajcak et al., 2006).

Por outro lado, existem diferenças entre TOC e TE que devem ser consideradas. O TOC acomete os gêneros em proporções iguais, enquanto o TE é mais frequente, no sexo feminino. O tempo dedicado aos rituais compulsivos e pensamentos obsessivos é maior no TOC em comparação ao TE, mesmo quando os transtornos se equiparam em gravidade (Grant et al., 2010). Os indivíduos com TOC são frequentemente acometidos por pensamentos (imagens ou impulsos) obsessivos intrusivos, raramente encontrados no TE. Além disso, é frequente o relato de prazer durante e após os episódios de escoriação. Tais relatos se antagonizam com a descrição de atos compulsivos, que são aflitivos e exigem resistência pelos indivíduos, diante dos prejuízos e do sofrimento que provocam (APA, 2010; Grant et al., 2010; Oldham et al., 2010). Outro dado é que, até o momento, nenhum estudo demonstrou correlação entre a gravidade dos sintomas de TE e a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivo apresentados pelos indivíduos acometidos (Hajcak et al., 2006; Arbabi, 2008). Finalmente, no TE há pouca resposta ao tratamento com inibidores seletivos da recaptação da serotonina, ao contrário do que se observa no tratamento para TOC (Grant e Odlaug, 2009; McGrew e Tutin, 1978).

Em resumo, no TOC existe a presença de um comportamento estereotipado. Neste caso, o comportamento tem como objetivo prevenir um evento ou uma situação temida e aliviar a angústia da obsessão, sem obtenção de prazer ou gratificação. O ato de escarificação no TE, também tem por objetivo o controle, neste caso mais restrito, o controle das irregularidades da superfície da pele. No entanto, existem diferenças, como a vivência de presença de prazer,

e gratificação em quase metade dos episódios de escoriação e a ausência de pensamentos obsessivos intrusivos. Abaixo, o quadro 1 resume as semelhanças e divergências psicopatológicas, entre TE e TOC:

Quadro 1 – Resumo das semelhanças e divergências psicopatológicas entre TE e TOC.

CARACTERÍSTICA	TE	TOC
Comportamento estereotipado	Sim	Sim
Prazer e gratificação	Frequente	Infrequente
Intenção por trás do comportamento	Retificar irregularidades na pele	Diversas
Em resposta a um pensamento obsessivo	Não	Sim
Para prevenir evento, ou situação temida	Não	Sim

1.6.2. As Dimensões da Impulsividade e as Adições

Kraepelin (1896) foi um dos primeiros estudiosos a destacar a relevância da impulsividade na psiquiatria, incluindo na sexta edição do primeiro sistema classificatório internacional o diagnóstico de “loucura impulsiva”.

Eysenck & Eysenck (1991) apontaram para o aspecto multidimensional da impulsividade, dividindo-a inicialmente em quatro fatores: “impulsividade estreita”, “tomada de risco”, “ausência de planejamento” e “vivacidade”. Mais tarde, quando desenvolveu a sua teoria sobre a personalidade, Eysenck encontrou correlação entre as dimensões da impulsividade e os fatores da personalidade denominados “psicoticismo” e “extroversão” (Eysenck, 1967).

Cloninger (1987) entende a impulsividade como uma interação dos componentes básicos e inatos da personalidade, nomeados como temperamento e divididos em quatro fatores: Busca de Novidade (BN), Esquiva ao Dano (ED), Dependência de Gratificação (DG) e Persistência (P). Ele propôs que a impulsividade seria uma combinação principal de elevada BN e baixa ED, com eventual, mas não necessária, redução de DG e P (Cloninger et al., 1994; Cloninger, 1994).

Barratt (1985; 1994) manteve o conceito de multidimensionalidade da impulsividade, que incorpora falha na inibição de respostas, rápido processamento de informações, busca de novidade e incapacidade de adiar a gratificação. Dividiu a impulsividade em três fatores: “atenção” (ou “cognitiva”), “motora” e “ausência de planejamento”.

Um estudo investigou a correlação entre a impulsividade e o comportamento aditivo, dividindo o fenômeno em dois componentes: “motivação” e “precipitação”. A motivação é o impulso para obter e fazer uso de substâncias que promovem o prazer e está relacionada ao sistema de recompensa. Já a precipitação é a impulsividade espontânea, a tendência de agir sem antes refletir sobre os riscos e consequências do ato. Segundo os autores, os dois componentes atuam em cadeia e em sinergismo, levando ao desenvolvimento de distúrbios relacionados ao uso de substâncias e contribuindo para a gravidade e a cronicidade dos quadros (Dawe et al., 2004). Estudos usando medidas comportamentais demonstraram evidências de que há uma prevalência maior de um estilo de tomada de decisão “impulsivo” e “precipitado” nos usuários de substâncias (dependentes de nicotina, opiáceos e álcool). Nestes estudos, quando foram oferecidas as possibilidades de escolhas, os usuários de substância mostraram, consistentemente, uma maior preferência por opções com recompensas pequenas e imediatas, do que recompensas maiores e tardias (Mitchell, 1999; Madden et al., 1997; Petry, 2002; Vuchinich e Simpson, 1998; Dawe et al., 2004).

Diversos estudos reforçam a implicação da impulsividade nos transtornos relacionados às substâncias. Quatro estudos transversais, comparando usuários abusivos de álcool com controles saudáveis, encontraram níveis mais elevados de impulsividade e de busca por novidade entre os usuários. Tais achados são semelhantes àqueles encontrados em comparação de usuários abusivos de

substâncias não alcoólicas com controles saudáveis, encontrando-se maiores níveis de impulsividade precipitada ou espontânea. Um estudo longitudinal também encontrou maior busca de novidade entre abusadores de álcool, sendo que essa condição já estava presente sete anos antes de apresentarem o problema (Grau e Ortet, 1999; Sher et al., 2000; Sher et al. 1995; Pidcock et al., 2000; Gombert e Lisansky, 1984; Wills et al. 1994; Masse e Tremblay, 1997; Howard et al., 1997).

Como citado previamente, TJ já foi incluído entre os Transtornos do Controle do Impulso devido à sua característica impulsiva. Em decorrência das semelhanças entre TJ e Transtornos Aditivos Relacionados às Substâncias, que envolvem psicopatologia, genética, marcadores biológicos e o envolvimento do sistema de recompensa cerebral, TJ foi reclassificado como transtorno aditivo (APA, 2013). Da mesma forma que o uso de substâncias psicoestimulantes, a atividade de jogo é estimulante, levando à sensibilização e à busca reiterada por estimulação. Surge então a tolerância, com a necessidade do aumento da frequência e da intensidade do jogar (com jogos de maior rapidez de resultado ou maior aposta). Também surge a perda do controle sobre o comportamento e a fissura ou a avidez para jogar, com persistência do jogar, apesar dos prejuízos e das consequências negativas (Zack e Poulos, 2009; Tavares, 2011).

Além dessas características universais compartilhadas por todos os transtornos aditivos, o TJ apresenta ainda outros sintomas peculiares. O primeiro deles é o escapismo, o comportamento de jogar para lidar com sentimentos negativos. Apesar de estar presente em outras dependências, apresenta maior relevância no TJ, ao ponto de ser alçado à condição de critério diagnóstico. O segundo sintoma particular é o “jogar para se recuperar”, caracterizado pela tendência de jogar para sanar o prejuízo financeiro que o próprio jogo causou (Zack e Poulos, 2009; Tavares, 2011).

Todavia, a percepção dessa natureza aditiva não anula a relação entre TJ e a impulsividade. Ao contrário, são frequentes os relatos de impulsividade elevada em jogadores, quando comparados a indivíduos sem essa condição (Tavares e Gentil, 2007; Blanco et al. 2009; Lorains et al., 2014). Além dos estudos transversais, estudos prospectivos revelam um papel significativo da impulsividade no desenvolvimento de TJ. Um estudo encontrou maior risco de envolvimento com jogos de azar em alunos cursando o início do ensino

fundamental, que aos quatro anos de idade (na pré-escola) foram avaliados como impulsivos por seus professores (Pagani et al. 2009). Um segundo estudo descreveu maior risco de desenvolvimento de problemas com o jogo em adultos jovens, que durante o ensino fundamental apresentavam maior impulsividade e/ou envolvimento com apostas (Vitaro et al., 1999).

Esta associação entre o comportamento aditivo e a impulsividade é recorrente e não se limita ao TJ, sendo descrita em outros comportamentos marcados pela perda de controle, como compra (Filomensky et al., 2011), sexo (Scanavino et al., 2013) e comida (Pivarunas e Conner, 2015). Evidências apontam a presença de aspectos semelhantes do ponto de vista fenomenológico, etológico, neurobiológico e no perfil de comorbidades psiquiátricas, formando um conjunto de transtornos que se convencionou chamar de dependências comportamentais (Chamberlain et al., 2016).

Tais características aditivas de TJ também são observadas em TE. Há uma alta prevalência de familiares de primeiro grau com Transtornos Aditivos entre os indivíduos com TE. Odlaug e Grant (2010) encontraram uma prevalência de 38% de abuso ou dependência de álcool e/ou outras substâncias entre os familiares de portadores de TE.

Da mesma forma, TE também apresenta elementos impulsivos associados a prejuízos no controle inibitório (impulsividade motora) (Odlaug et al., 2010). Tal prejuízo foi associado com maior gravidade dos sintomas de TE e com maior intensidade de sintomas depressivos e ansiosos. Foi encontrada uma correlação positiva especificamente entre a impulsividade motora e a urgência de provocar escoriações na pele e a gravidade de TE. Os achados sugerem que TE não seria um transtorno com um grupo homogêneo de indivíduos acometidos, podendo existir um grupo mais impulsivo. Neste grupo com maior impulsividade, o prejuízo no controle inibitório explicaria a gravidade dos sintomas de TE (Grant et al., 2011; Oliveira et al., 2015). Outro estudo encontrou níveis de impulsividade significativamente maior em TE, comparado com os controles saudáveis – especificamente nas subescalas de urgência positiva e negativa (Hays et al., 2009).

Por outro lado, as semelhanças entre TJ e TE são limitadas pelo fato de que nem todos os pacientes com TE, na verdade, um pouco menos da metade, apresenta tensão prévia à realização do comportamento de escoriação. Da

mesma forma a minoria apresenta fissura, seguida de alívio e prazer após o ato, com posterior culpa e autocensura. Além disso, não há relatos de desenvolvimento de tolerância em TE como em TJ. O Quadro 2, abaixo, resume as semelhanças e divergências psicopatológicas entre TE e TJ:

Quadro 2 – Semelhanças e divergências psicopatológicas entre TE e TJ.

COMPARAÇÃO PSICOPATOLÓGICA ENTRE TE X TJ		
CARACTERÍSTICA	TJ	TE
Tensão prévia	Sim	Parcialmente
Prazer, gratificação e alívio	Sim	Parcialmente
Culpa, autocensura	Sim	Sim
Escapismo	Sim	Parcialmente
Fissura	Sim	Parcialmente
Tolerância	Sim	Não

1.7 Proposta de Verificação Categorical do Transtorno de Escoriação

Modelos de classificação categoriais de transtornos mentais surgem a partir da convergência de várias linhas de pensamento. A força tarefa do DSM-5, ao classificar (e reclassificar) os transtornos mentais, tentou agrupá-los de acordo com a presença em comum de onze validadores científicos, que atuariam como diretrizes empíricas para qualificar a tomada de decisão: substratos neurais compartilhados, traços familiares, fatores de risco genéticos, fatores de risco ambientais específicos, biomarcadores, antecedentes temperamentais, anormalidades de processamento emocional ou cognitivo, similaridade de sintomas, curso da doença, comorbidade elevada e resposta terapêutica compartilhada. Ao longo da história da psiquiatria moderna, é possível observar que as categorias diagnósticas são mutáveis. As revisões contínuas do DSM demonstram a sua abertura para novas mudanças diante de futura descobertas científicas no campo da neurobiologia, genética e epidemiologia (Oldham et al., 2005; APA, 2013; Amerigen, 2014).

A inclusão do TE como categoria nosológica despertou inegáveis dúvidas acerca da sua classificação. Os aspectos obsessivo-compulsivos do TE são sugestivos e favorecem a sua manutenção dentro da categoria dos transtornos relacionados ao TOC (Wilhelm, 1999; Niehaus et al., 2005; Grant et al., 2007; Hajcak et al., 2006; Cullen et al., 2001; Hajcak et al., 2006; Cullen et al., 2001). No entanto, as suas correlações com comportamentos aditivos são igualmente significativas (Odlaug, 2010; Grant et al., 2011; Oliveira et al., 2015; Hays et al., 2009).

O primeiro intuito do presente estudo foi comparar TE com dois paradigmas clínicos de comportamento obsessivo-compulsivo e aditivo, respectivamente TOC e TJ. Se é verdade que a TE é um membro do espectro TOC, então deveria se sobrepor ao TOC em maior extensão do que com outros transtornos fora desse espectro, ou seja, TJ e ambos (TE e TOC) deveriam apresentar uma maior associação com outros CRFC. Da mesma forma, TE deveria apresentar um perfil de comorbidades psiquiátricas mais próximas ao TOC.

Inversamente, se TE tiver uma natureza subjacente aditiva, seria de se esperar uma maior sobreposição com transtornos por uso de substâncias, bem como comportamentos aditivos como TJ e uma associação maior com comportamentos impulsivos, como suicídio (Martins et al., 2004; Giner et al., 2016; Machado et al., 2018). Da mesma forma, deveria apresentar um perfil de comorbidades psiquiátricas semelhante ao apresentado por TJ.

Para realizar a verificação empírica categorial, deve-se à princípio verificar se há equilíbrio entre as três categorias. Se houver estabilidade na associação, é possível inferir que a associação pareada entre elas não deve variar significativamente (Filomensky, 2011). Isto é, a proporção de indivíduos com TE entre portadores de TOC não é maior do que a proporção de indivíduos com TOC entre portadores de TE. Da mesma forma, a proporção de indivíduos com TJ entre portadores de TOC não é maior do que a proporção de indivíduos com TOC entre portadores de TJ. Por fim, a proporção de TE entre portadores de TJ não é maior que a proporção de TJ entre os portadores de TE. Assim, a distribuição entre os indivíduos acometidos com TE e TOC se daria conforme o diagrama a seguir:

Diagrama 2 – Equilíbrio nas relações entre TE e TOC.

Por outro lado, caso ocorra um desequilíbrio na associação, na qual TE seja um transtorno subsidiário do TOC, seria de se esperar uma maior fração de indivíduos com TE apresentando comorbidade com TOC do que o contrário, segundo a representação gráfica exibida abaixo no Diagrama 3:

Diagrama 3 – Desequilíbrio nas relações entre TE e TOC.

1.8 Proposta de Verificação Dimensional dos Aspectos Psicopatológicos do Transtorno de Escoriação

Enquanto as categorias nosológicas são consensos científicos e são mutáveis, os aspectos psicopatológicos são mais estáveis, sofrendo poucas interferências nas intervenções classificatórias.

O segundo escopo do presente estudo foi comparar TE com TOC e TJ, investigando os aspectos das dimensões psicopatológicas apresentadas pelo TE dentro da dimensão obsessivo-compulsiva e da dimensão impulsiva/aditiva. Se é verdade que o TE está situado dentro da dimensão obsessivo-compulsiva, então TE deveria apresentar características de obsessividade/compulsividade superiores ao TJ, equiparáveis ao TOC e a gravidade dos sintomas de escoriação seria proporcional aos seus indicadores de

obsessividade/compulsividade. Inversamente, se TE tiver uma natureza impulsiva, TE apresentaria características impulsivas superiores ao TOC e semelhantes ao TJ e a gravidade dos sintomas de escoriação seria proporcional aos indicadores de impulsividade. Ainda haveria uma terceira possibilidade, TE poderia apresentar um perfil dimensional diverso de ambos, TOC e TJ, configurando-se dessa forma como um fenômeno clínico independente.

2 Objetivos e Hipóteses

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivos Gerais:

O presente trabalho tem como objetivo geral investigar as características clínicas dominantes do TE, principalmente o perfil de comorbidades, impulsividade/compulsividade e personalidade, comparando os portadores de TE, TOC e TJ, para verificar se a configuração psicopatológica de TE o aproximaria do TOC e, por extensão, à dimensão compulsiva, ou se o TE se aproximaria do TJ e, por conseguinte, de uma dimensão aditiva/impulsiva.

2.1.2. Objetivos Específicos

Com base nos dados expostos acima, podemos resumir os objetivos específicos deste plano de pesquisa, nos seguintes itens:

- Identificar um perfil sociodemográfico de pacientes com TE em tratamento no Programa Ambulatorial Integrado de Transtornos do Impulso (PRO-AMITI) do Instituto de Psiquiatria (IPq) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP);
- Verificar se indivíduos com TE apresentam perfil de comorbidades psiquiátricas que os aproximariam de portadores de TOC, de portadores de TJ, de ambos ou de nenhum destes transtornos;
- Realizar investigação clínica e psicopatológica em indivíduos com TE mantendo enfoque particular em impulsividade, compulsividade e dimensões de temperamento comparando-os à psicopatologia de pacientes portadores de TOC e TJ.

2.2. Hipóteses

A) Proposta de Verificação Categorical

H1a: TE e TOC apresentam uma maior associação com Comportamentos Repetitivos Focados no Corpo do que TJ;

H0a: TE e TOC não apresentam uma maior associação com Comportamentos Repetitivos Focados no Corpo do que TJ;

H1b: TE se sobrepõem ao TOC em maior extensão do que ao TJ;

H0b: TE não se sobrepõem ao TOC em maior extensão do que ao TJ;

H1c: Portadores de TE apresentam perfil de comorbidades psiquiátricas que os diferenciam de portadores de TJ e de TOC;

H0c: Portadores de TE não apresentam perfil de comorbidades psiquiátricas que os diferenciam de portadores de TJ e de TOC;

H1d: TJ apresenta uma maior associação com comportamentos impulsivos e aditivos do que TE e TOC;

H0d: TJ não apresenta uma maior associação com comportamentos impulsivos e aditivos do que TE e TOC.

B) Proposta de Verificação Dimensional dos Aspectos Psicopatológicos do Transtorno de Escoriação

H1e: TE apresenta características de obsessividade/compulsividade superiores ao TJ;

H0e: TE não apresenta características de obsessividade/compulsividade superiores ao TJ;

H1f: TOC apresenta características de obsessividade/compulsividade superiores a TE;

H0f: TOC não apresenta características de obsessividade/compulsividade superiores a TE;

H1g: TE apresenta características impulsivas superiores ao TOC;

H0g: TE não apresenta características impulsivas superiores ao TOC;

H1h: TJ apresenta características impulsivas superiores a TE;

H0h: TJ não apresenta características impulsivas superiores a TE;

H1i: Portadores de TE apresentam traços de personalidade que os diferenciam de portadores de TJ e de TOC;

H0i: Portadores de TE não apresentam traços de personalidade que os diferenciam de portadores de TJ e de TOC;

H1j: A gravidade dos sintomas do TE se correlacionam significativamente com indicadores de compulsividade;

H0j: A gravidade dos sintomas do TE não se correlacionam significativamente com indicadores de compulsividade;

H1k: A gravidade dos sintomas do TE se correlacionam significativamente com indicadores de impulsividade;

H0k: A gravidade dos sintomas do TE não se correlacionam significativamente com indicadores de impulsividade.

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, com a proposta de descrição clínica e psicopatológica dos sintomas e dos fenômenos psíquicos apresentados pelos portadores de TE em uma comparação transversal com portadores de TOC e TJ.

3.1. Amostras

A oportunidade de pesquisa e tratamento foi anunciada na comunidade geral para os médicos residentes e assistentes da USP, através de meios de comunicação (rádio e televisão), em grupos de e-mail, *website*, mídias sociais, *folders* e cartazes. Foram aceitos, tanto pacientes encaminhados pelos profissionais de saúde, como indivíduos da comunidade, que procuraram espontaneamente o tratamento para TE, TOC ou TJ no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (IPq-HC-FMUSP).

Os pacientes elegíveis foram convidados e explicitamente informados de que o tratamento não dependia da participação na pesquisa. Todos foram devidamente esclarecidos e foi obtido um consentimento informado por escrito. A seleção da amostra foi realizada entre os indivíduos adultos voluntários da seguinte forma:

- **Grupo TOC:** indivíduos com TOC em acompanhamento e novos casos triados no Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-compulsivo (PROTOC) do IPq-HC-FMUSP;
- **Grupo TJ:** indivíduos com JP, triados do Programa Ambulatorial de Jogo (PRO-AMJO) do IPq-HC-FMUSP;
- **Grupo TE:** indivíduos com TE, triados do Programa Ambulatorial de Integrado de Transtornos do Impulso (PRO-AMITI) do IPq-HC-FMUSP.

3.1.1. Critérios de Inclusão

Foram selecionados 121 pacientes do IPq-HC-FMUSP, que voluntariamente procuraram o tratamento, divididos em grupos da seguinte forma:

- **Grupo TE:** 40 pacientes, com apresentação clínica que correspondiam aos critérios de TE do DSM-5, provenientes do PRO-AMITI;
- **Grupo TOC:** 41 pacientes, com apresentação clínica que correspondia aos critérios de TOC, de acordo com o DSM-5, provenientes do PROTOC;
- **Grupo TJ:** 40 pacientes, com apresentação clínica que correspondia aos critérios de TJ, de acordo com o DSM-5, provenientes do PRO-AMITI.

3.1.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídos da amostra, mediante avaliação clínica face a face, os pacientes que apresentassem:

- Retardo do desenvolvimento neuropsicomotor e/ou pacientes incapazes de compreender e consentir com os procedimentos da pesquisa;
- Antecedentes e/ou presença de patologias neurológicas, com prejuízo de funções cognitivas;

- Indivíduos com sintomas psicóticos agudos, incluindo delírio de infestação, que possam comprometer a compreensão e resposta à avaliação proposta;
- Indivíduos cuja produção de lesões dermatológicas seja fruto exclusivo de outra condição psiquiátrica, como automutilação repetitiva, transtorno dismórfico corporal ou transtorno alimentar associado à alteração de imagem corporal;
- Pacientes cujas lesões dermatológicas sejam fruto exclusivo de morbidade dermatológica primária;
- Recusa em participar do protocolo de pesquisa pela não assinatura do termo de consentimento.

3.2. Instrumentos de Avaliação

Além da entrevista clínica, os pacientes da amostra selecionada também foram submetidos a questionários e escalas de autopreenchimento.

3.2.1. Características Sociodemográficas e Clínicas

As características sociodemográficas avaliadas foram: sexo, idade, estado civil, orientação sexual, religião, escolaridade, trabalho/ocupação, renda mensal e Indicador de Classe Econômica (calculado através da soma do número total de cômodos, banheiros, automóveis de passeio, televisores coloridos, empregados diaristas/mensalistas, aparelhos de som, máquinas de lavar roupas, DVDs, computadores, geladeiras e aspiradores de pó ou equivalentes existentes na moradia do indivíduo, dividido pelo número de habitantes - IBGE, 1998).

As características clínicas avaliadas foram: início do transtorno que motivou a busca por tratamento (TE, TOC ou TJ), uso de medicamentos psicotrópicos, presença de outros CRFC (TTM, roer de unhas e morder de lábios e bochechas), prejuízos ocupacionais, prejuízo social, financeiro e laboral do transtorno em questão, fenomenologia do TE (somente para o grupo TE, que inclui: gatilhos, uso de objetos, ingestão de material arrancado, escoriação terceiros e locais de escoriação) e antecedentes familiares psiquiátricos.

3.2.2. Escala de Adequação Social

Esta é a escala de ajustamento social que apresenta maior validade e confiabilidade (McDowell e Newell, 1996). Constitui-se de um questionário de autopreenchimento com 54 itens, que avalia os domínios específicos (1) trabalho (externo ou doméstico) e estudo, (2) vida social e lazer, (3) relação familiar (pais, irmãos, cunhados e outros), (4) relacionamento conjugal, (5) relação com os filhos, (6) vida doméstica e (7) situação financeira. Fornece uma pontuação total e uma pontuação individual para cada domínio, calculada a partir da média aritmética. Os itens avaliam aspectos do desempenho, da qualidade das relações interpessoais, dos sentimentos e das satisfações pessoais nas duas últimas semanas (Weissman & Bothwell, 1976; Gorenstein, 2002).

3.2.3. Avaliação de Sintomas do TE

Skin Picking Scale – Escala de escoriação da pele (SPS)

Até o momento, não existem escalas oficialmente traduzidas e validadas para o português para a avaliação de sintomas do TE. A utilização desta escala se faz necessária para a investigação psicopatológica do comportamento de escoriação da pele e está em processo de validação para o português pela própria autora, apresentando alta consistência interna (Alfa de Cronbach=0,821) e uma boa correlação inter-intens.

A SPS é uma escala de autopreenchimento, que contém oito itens que avaliam a escoriação provocada na pele. Cada item recebe a pontuação de 0-4, sendo 32 o valor máximo de pontuação. A sensibilidade e especificidade das análises já realizadas sugerem que a pontuação de corte acima de sete diferencia graus severos (Snorrasson, 2013).

3.2.4. Avaliação de Comorbidades Psiquiátricas

A. *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)*

A MINI é uma entrevista diagnóstica estruturada de aplicação rápida (aproximadamente 15 minutos) compatível com os critérios do DSM-IV (Sheehan, 2006). O seu objetivo é a verificação e padronização dos principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (APA, 1994). Ela é realizada por clínicos após um rápido treinamento (1 a 3 horas). A sua validação mostrou uma confiabilidade globalmente satisfatória (Amorim, 2000).

B. Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV – Transtornos de Controle do Impulso não especificado (SCID – TCIm)

A **SCID** é uma entrevista semiestruturada, que foi concebida para servir de instrumento aos profissionais médicos pesquisadores, para o diagnóstico de doenças incluídas nos eixos diagnósticos I e II do DSM-IV, possibilitando uma maior padronização e correspondência de achados entre as pesquisas (First, 2004). Neste estudo, foi utilizado somente o módulo com foco em Transtornos do Controle do Impulso **SCID – TCIm**.

3.2.5. Avaliação de Obsessividade e Compulsividade

Padua Inventory

O *Padua Inventory* é um instrumento de autopreenchimento, constituído de 39 itens e destinado para identificar os sintomas obsessivos e compulsivos, bem como diferenciar as preocupações de obsessões e compulsões. É dividida em cinco subescalas que abordam vários grupos de sintomas de TOC. Na primeira subescala são verificadas obsessões de contaminação e compulsões de limpeza (itens de 1 a 10); na segunda subescala são contemplados rituais de vestimenta e arrumação (itens de 11 a 13). A terceira subescala envolve rituais de checagem (itens 14 a 23). A quarta subescala envolve pensamentos obsessivos de injúria a si mesmo e a outros (itens 24 a 30). Por fim, a quinta subescala envolve impulsos obsessivos de injúria a si mesmo e a outros (Burns, 1996).

Esse instrumento também se encontra em processo de tradução e validação pela autora, apresentando altos níveis de confiabilidades de suas subescalas e boa correlação inter-itens: contaminação e limpeza (alfa de Cronbach=0,939), vestimenta e arrumação (alfa de Cronbach=0,857), checagem (alfa de Cronbach=0,926), pensamentos de injúria (alfa de Cronbach=0,629) e impulsos obsessivos de injúria (alfa de Cronbach=0,766).

3.2.6. Avaliação de Impulsividade

Barratt Impulsivity Scale versão 11 (BIS-11)

A BIS-11 é uma escala de autopreenchimento de 30 itens, que descrevem formas habituais de agir. As opções de resposta são “nunca”, “às vezes”, “frequentemente” ou “quase sempre/sempre”.

Esta escala fornece um escore total (mínimo de 30 e máximo de 120), resultante da soma dos seus 30 itens para cada um dos três aspectos principais que a compõem:

- Impulsividade Atencional (escore mínimo de oito e máximo de 32). Ex.: “Eu tenho pensamentos rápidos”;
- Impulsividade Motora (escore mínimo de 10 e máximo de 40). Ex.: “Eu faço coisas sem pensar”;
- Impulsividade por Falta de Planejamento (escore mínimo de 12 e máximo de 48). Ex.: “Eu sou mais interessado no presente do que no futuro” (Barratt, 1993; Malloy-Diniz, 2010).

3.2.7. Avaliação de Personalidade

Temperament and Character Inventory (TCI)

A TCI é uma escala de autopreenchimento elaborada por Cloninger (1993), traduzida e validada para o português por Fuentes e colaboradores (1999). Ela é composta por 240 questões com opções de respostas “verdadeiro” ou “falso”. No presente estudo, foram investigados quatro fatores de temperamento, como descritos abaixo:

- **Busca de Novidades (BN):** BN 1: inclinação a explorar novas situações; BN 2: impulsividade, instável e intolerante com a monotonia, sem olhar a consequências; BN 3: extravagância, comportamento perdulário e BN 4: desorganização e falta de método;

- **Esquiva ao Dano (ED):** ED1: cautela, receio, antecipando situações de dano; ED2: medo da incerteza, apreensão, pessimismo extremo, inibição perante situações não familiares e pequenos riscos; ED3: timidez com desconhecidos; ED4: fadiga e astenia, propensão a cansaço, enfrentamento limitado de tarefas;
- **Dependência de Gratificação (DG):** DG1: sentimentalismo; DG2: relacionado à persistência, realocado como fator independente; DG3: ligação, amizade, ambiciosos, esforçam-se até à exaustão; DG4: dependência (importância do afeto e da intimidade com os outros).
- **Persistência (P):** persistência para alcançar gratificação, apesar das frustrações para obter benefícios.

3.2.8. Avaliação de Variáveis Potencialmente Confundidoras: Ansiedade e Depressão

Ansiedade e depressão são duas condições recorrentemente relatadas como variáveis potencialmente confundidoras, particularmente na avaliação das dimensões de personalidade, dada a possibilidade da influência das variações de estado na expressão dos traços constitutivos do indivíduo. Então, para o melhor controle deste viés potencial, os indivíduos incluídos no presente estudo responderam também os questionários descritos abaixo:

A. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

O BAI é um questionário de autopreenchimento que apresenta 21 questões no estilo múltipla escolha referentes à última semana, incluindo o dia do preenchimento da escala. As opções de resposta são:

- ausente (0)
- suave (não me incomoda muito-1)
- moderado (desagradável, mas consigo suportar-2)
- severo (quase não consigo suportar-3)

O escore total é realizado pela somatória dos itens que foram descritos acima (Beck et al., 1988).

B. Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um questionário de autopreenchimento que apresenta 21 questões no estilo múltipla escolha referentes à última semana, incluindo o dia do preenchimento da escala. O Centro de Terapia Cognitiva recomenda os seguintes pontos de corte para as amostras de pessoas previamente diagnosticadas (Beck et al., 1996; Gorenstein et al., 1999):

- < 10 = sem depressão ou depressão mínima;
- 10-18 = depressão leve a moderada;
- 19-29 = depressão moderada a grave;
- 30-63 = depressão grave

3.3. Análise dos dados

3.3.1. Análise de Dados Sociodemográficos e Clínicos

As variáveis sociodemográficas (gênero, idade, etnia, estado civil, orientação sexual, religião, anos de educação formal, situação profissional, profissão, renda e indicador de classe econômica) e clínicas (início do transtorno, ocorrência de outros CRFC, antecedentes psiquiátricos, tipos de tratamentos prévios, antecedentes familiares, prejuízo laboral, social, familiar e econômico) dos três grupos diagnósticos (TE, TOC e TJ) foram comparados entre si em uma análise univariada. Os testes de qui-quadrado ou Fisher, quando apropriado, foram utilizados para a comparação de dados categoriais. A distribuição das variáveis contínuas foi analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e quase totalidade delas apresentaram uma distribuição diversa da normalidade estatística. Neste caso, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. As variáveis que atingiram o nível de significância igual ou menor que 10% ($p \leq 0,1$) foram selecionados para a análise múltipla posterior, com regressão logística multinomial.

3.3.2. Análise de Verificação de Sobreposição Diagnóstica

A investigação da sobreposição entre os três principais grupos diagnósticos (TE, TOC e TJ) foi realizada comparando-se com que frequência os indivíduos de um grupo apresentavam comorbidade com uma das outras duas condições (diagnóstico secundário). Os grupos foram comparados entre si, dois a dois, utilizando-se o teste de qui-quadrado.

3.3.3. Análise de Variáveis Categroriais

As comorbidades psiquiátricas e o comportamento suicida foram comparados entre TE, TOC e TJ, utilizando-se os testes de qui-quadrado ou Fisher, quando apropriado.

Em uma análise adicional, os transtornos comórbidos foram divididos em blocos, de acordo com a seguinte lógica: Transtornos Ansiosos (Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno do Estresse Pós-traumático, Transtorno do Pânico, Agorafobia e Fobia Social), CRFC (TTM, roer unhas e morder lábios e bochechas), Transtornos Aditivos (abuso/dependência de álcool, abuso/dependência de outras drogas, tabagismo, dependência Internet/videogame, Oniomania e Impulso Sexual Excessivo) e Transtornos do Controle do Impulso (Transtorno Explosivo Intermitente, Cleptomania e Automutilação sem finalidade suicida). A frequência de Transtorno Bipolar não foi incluída na análise dos dados, pois a comorbidade com este transtorno é critério de exclusão para TJ.

Em seguida, as variáveis sociodemográficas, clínicas e de comorbidade que atingiram um nível de significância igual ou menor que 0,10 nas análises univariadas descritas previamente foram selecionadas para a construção de uma regressão logística multinomial, tendo como variável dependente a classificação diagnóstica (1-TE, 2-TOC e 3-TJ). As variáveis independentes foram introduzidas no modelo, em um processo passo-a-passo (*stepwise*). As variáveis que não atingiram significância estatística foram progressivamente retiradas do modelo até que restaram no modelo final as variáveis independentes com significância menor que 5% ($p < 0,05\%$), que expressaram melhor as diferenças observadas entre os grupos diagnósticos estudados (Tabachnik e Fidell, 2001).

3.3.4. Análise de Verificação Dimensional

Os três grupos foram comparados para a ocorrência de sintomas obsessivo-compulsivos, traços impulsivos, dimensões de temperamento e escores de depressão e ansiedade, usando-se o teste de Kruskal-Wallis.

Em seguida, as variáveis que atingiram o nível de significância igual ou menor que 0,05 no teste de Kruskal-Wallis foram testadas novamente para os três grupos, com controle para as variações nos perfis demográfico e clínico, através de regressão logística multinomial.

As variáveis que retiveram sua significância após o controle prosseguiram para a construção do modelo final. Para evitar a covariação entre as variáveis dimensionais selecionadas, foi utilizada uma análise de componentes principais, na qual as variáveis interdependentes foram agregadas em escores combinados finais. Os três grupos foram comparados entre si para os escores finais, utilizando-se a análise de variância (ANOVA). Em seguida, esses escores foram introduzidos no modelo logístico final, juntamente com as variáveis de controle (Tabachnik e Fidell, 2001).

Por último, os três grupos foram comparados entre si para o escore de escoriação. Em seguida, esse escore foi comparado aos escores combinados em uma análise de correlação para os três grupos e para a amostra total.

3.3.5. Estimativa de Tamanho da Amostra

O cálculo para a estimativa do tamanho da amostra foi baseado em uma avaliação dos portadores de TOC, pela escala *Padua Inventory*, descrita em Filomensky e colaboradores (2011). Este estudo, que comparou os portadores de TOC com os portadores de Oniomania e de Transtorno Afetivo Bipolar tipo I, encontrou como aspectos mais característicos do TOC as preocupações e os rituais envolvendo limpeza e checagem, cujos escores médios correspondentes na *Padua Inventory* foram respectivamente 16,1 (DP=10,9) e 15,5 (10,4). Considerando-se a nossa hipótese inicial de que os portadores de TOC apresentariam características obsessivo-compulsivas mais salientes do que portadores de TE, a estimativa da amostra foi baseada no número de indivíduos suficientes para validar uma diferença de pelo menos meio desvio padrão nos escores médio da subescala de limpeza da *Padua Inventory* (PI-Limpeza), de acordo com a fórmula (Rosner, 2000):

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

Na qual:

n: total de indivíduos por grupo

σ : (desvio padrão dos portadores de TOC na PI-Limpeza) = 10,9

μ_0 : (média de PI-Limpeza para portadores de TOC) = 16,1

μ_1 : (média prevista na PI-Limpeza para os portadores de TE) =
 $16,1 - [0,5*(10,9)] = 10,7$

α : (probabilidade de erro tipo 1) = 5%;

β : (poder da amostra) = 80%;

Então, temos:

$$n = (10,9)^2 * (0,84 + 1,96)^2 \div (5,4)^2 \quad (1)$$

$$n = 118,81 * 7,84 \div 29,16 = 31,94 \cong 32 \text{ indivíduos} \quad (2)$$

Ou seja:

32 indivíduos em cada grupo, perfazendo uma amostra total de 96 pessoas.

4 Resultados

No total, foram entrevistados 298 pacientes, dos quais 177 foram excluídos: 70 portadores de TE, por não terem completado o protocolo, dois por serem analfabetos e não conseguirem compreender os questionários, um por apresentar sintomas psicóticos, dois por apresentarem comorbidade com lesões dermatológicas por outras causas e um por apresentar Transtorno de Personalidade *Borderline*, que explica melhor o quadro psiquiátrico; 78 portadores de TJ foram excluídos por não completarem o protocolo, um não assinou o termo de consentimento de sujeito de pesquisa, uma apresentava sintomas psicóticos, uma era estrangeira e não compreendia os questionários e um apresentava remissão parcial de TJ; 19 portadores de TOC não completaram o protocolo.

Foram avaliados e incluídos 121 pacientes em tratamento ambulatorial, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2017: 40 portadores de TE, 41 portadores de TOC e 40 portadores de TJ.

4.1. Perfil Sociodemográfico

O grupo TE é predominantemente mais jovem, do gênero feminino, com maior nível acadêmico, sem religião ou com outra religião (que não seja católica, evangélica ou espírita) declarada. As tabelas 1.1 e 1.2 descrevem os achados sociodemográficos para os três grupos.

Tabela 1.1 – Descrição de Variáveis do Perfil Sociodemográficas dos Grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).

Características	Transtorno de Escoriação (n=40)	Transtorno Obsessivo-compulsivo (n=41)	Transtorno do Jogo (n = 40)	Teste	p
Gênero				$\chi^2_{[2]}=9,209^a$	<u>$p=0,010^c$</u>
Masculino	5(12,5%)	16(39,0%)	16(40,0%)		
Feminino	35(87,5%)	25(61,0%)	24(60,0%)		
Idade				$\chi^2_{[2]}=87,069^b$	<u>$p<0,001^d$</u>
Mediana (Mín.-Máx.)	38,5 (21-79)	40 (21-59)	50 (26-74)		
Etnia				$\chi^2_{[2]}=3,913^a$	$p=0,141$
Branco	32 (80,0%)	26 (63,4%)	32 (80,0%)		
Outros	8 (20,0%)	15 (36,6%)	8 (20,0%)		
Estado Civil				$\chi^2_{[2]}=0,022^a$	$p=1,000$
Casado	17 (42,5%)	18 (43,9%)	17 (42,5%)		
Solteiro	23 (57,5%)	23 (56,1%)	23 (57,5%)		
Orientação Sexual				$\chi^2_{[2]}=1,951^a$	$p=0,377$
Heterossexual	37 (92,5%)	40 (97,6%)	36 (90,0%)		
Outras (homossexual ou bissexual)	3 (7,5%)	1 (2,4%)	4 (10,0%)		
Religião				$\chi^2_{[6]}=1,951^a$	<u>$p=0,002^{e,f}$</u>
Católico	13 (32,5%)	27 (65,9%)	20 (50,0%)		
Evangélico	6 (15,0%)	7 (17,1%)	7 (17,5%)		
Espírita	4 (10,0%)	5 (12,2%)	7 (17,5%)		
Outras ou sem religião	17 (42,5%)	2 (4,9%)	6 (15,0%)		

^aTeste de qui-quadrado

^bTeste de Kruskal-Wallis

^cAnálise *post-hoc* para gênero Feminino: TE > TOC e TJ

^dAnálise *post-hoc* para Idade: TE < TOC e TJ

^eAnálise *post-hoc* para Católico: TE < TOC

^fAnálise *post-hoc* para Outras ou sem religião: TE > TOC e TJ

Tabela 1.2 – Descrição de Variáveis do Perfil Sociodemográficas dos Grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017, continuação).

Características	Transtorno de Escoriação (n = 40)	Transtorno Obsessivo-compulsivo (n=41)	Transtorno do Jogo (n = 40)	Teste	p
Anos de Educação Formal					
Mediana (Mín.-Máx.)	15 (3-22)	14 (7-21)	11 (2-26)	$\chi^2_{[2]}=50,122^a$	$p=0,061$
Situação Profissional				$H=1,771^a$	$p=0,412$
Trabalho regular	20 (50,0%)	24 (51,5%)	19 (47,5%)		
Não trabalha (aposentado, afastado, dona-de-casa ou estudante)	20(50,0%)	15(38,5%)	21(52,5%)		
Profissão				$\chi^2_{[6]}=4,407^b$	$p=0,622$
• Executivo ou liberal	8 (22,2%)	8 (19,5%)	5 (13,5%)		
• Gerente ou administrativo	13 (36,1%)	11 (26,8%)	10 (27,0%)		
• Técnico, profissionalizante e semiespecializado	9 (25,0%)	14 (34,1%)	10 (27,0%)		
• Não-especializado e estudante	6 (16,7%)	8 (19,5%)	12 (32,4%)		
Renda Média (em R\$)					
Mediana (Mín.-Máx.)	3.000 (300-2.000)	3.900 (1.000-30.000)	3.500 (750-40.000)	$\chi^2_{[2]}=1,468^a$	$p=0,480$
Indicador de Classe Econômica					
Mediana (Mín.-Máx.) ^c	6,2 (2-14)	5,3 (2,8-26)	6,5 (2,3-17)	$\chi^2_{[2]}=3,274^a$	$p=0,195$

^aTeste de Kruskal-Wallis

^bTeste de qui-quadrado

^cIndicador de Classe Econômica: é calculado através da soma do número total de cômodos, banheiros, automóveis de passeio, televisores coloridos, empregados diaristas/mensalistas, aparelhos de som, máquinas de lavar roupas, DVDs, computadores, geladeiras e aspiradores de pó ou equivalentes, existentes na moradia do indivíduo, dividido pelo número de habitantes (IBGE, 1998).

4.2. Características Clínicas

Dos três grupos, o TJ apresentou um início mais tardio ($M = 35,5$; $\chi^2_{[2]}=50,12$; $p<0,001$ – teste de Kruskal-Wallis) do que TE ($M = 13$) e TOC ($M = 17$). O grupo TOC apresentou uma maior frequência de uso de medicações psiquiátricas no início do estudo, especialmente antipsicóticos e inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS). A tabela 2 apresenta os psicofármacos em uso entre os três grupos por ocasião da inclusão no estudo.

Tabela 2 – Descrição de Variáveis de Psicofármacos em uso entre os Grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).

Características	Transtorno de Escoriação (n = 40)	Transtorno Obsessivo-compulsivo (n=41)	Transtorno do Jogo (n = 40)	Teste	p
Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)	9 (22,5%)	34 (82,9%)	17 (42,5%)	$\chi^2_{[2]}=30,774^a$	$p<0,001^c$
Outros antidepressivos não-ISRS	5 (12,5%)	9 (22,0%)	6 (15,0%)	$\chi^2_{[2]}=1,412^a$	$p=0,494$
Benzodiazepínicos e análogos	2 (5,0%)	4 (9,8%)	5 (15,0%)	^-b	$p=0,333^c$
Antipsicóticos	1 (2,5%)	15 (36,6%)	3 (7,5%)	$\chi^2_{[2]}=20,808^a$	$p<0,001^c$
Outros (topiramato, naltrexona e N-acetilcisteína)	4 (10,0%)	6 (14,6%)	6 (15,0%)	$\chi^2_{[2]}=0,543^a$	$p=0,762$

^aTeste de qui-quadrado

^bTeste de Fisher

^cAnálise *post-hoc* para ISRS: TOC > TJ e TE

^cAnálise *post-hoc* para Antipsicóticos: TOC > TJ e TE

4.3. Análise de distribuição de Comportamentos Repetitivos com Foco no Corpo

Em relação aos CRFC, o grupo TE apresentou mais morder de lábios e bochechas que os outros grupos. Quando os CRFC foram agrupados (TTM, roer unhas e morder de lábios), a frequência foi similar nos grupos TE e TOC (55,0% e 47,5%, respectivamente) e maior que no grupo TJ (23,1%; $\chi^2=9,00$; $p=0,011$). A tabela 3 apresenta as características dos CRFC nos três grupos.

Tabela 3 – Descrição de Variáveis de Características de Comportamentos Repetitivos com Foco no Corpo dos Grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).

Características	Transtorno de Escoriação (n = 40)	Transtorno Obsessivo-compulsivo (n=41)	Transtorno do Jogo (n = 40)	Teste	p
• Tricotilomania (%)	2 (5,0%)	4 (9,8%)	2 (5,0%)	- ^b	$p=0,728$
• Roer unhas (%)	11 (27,5%)	11 (26,8%)	5 (12,5%)	$\chi^2_{[2]}=3,325^c$	$p=0,190$
• Morder lábios e bochechas (%)	18 (45,0%)	11 (26,8%)	2 (5,0%)	$\chi^2_{[2]}=16,840^c$	$p<0,001^d$

^aTeste de Kruskal-Wallis

^bTeste de Fisher

^cTeste de Qui-Quadrado

^dAnálise *post-hoc* para Morder lábios e bochechas: TJ < TE e TOC

4.4. Antecedentes Familiares Psiquiátricos

O grupo TJ apresenta uma maior frequência de familiares com problemas com jogos de azar. Por outro lado, de uma forma geral, os familiares dos portadores de TJ apresentaram uma menor frequência de CRFC, quando comparados à portadores de TE e de TOC. A tabela 4 apresenta um resumo dos principais resultados.

Tabela 4 – Descrição de Variáveis dos Antecedentes Familiares Psiquiátricos entre os Grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).

Suspeita de qualquer familiar com problemas com:	Transtorno de Escoriação (n = 40)	Transtorno Obsessivo-compulsivo (n=41)	Transtorno do Jogo (n = 40)	Teste	p
Bebidas alcoólicas	17 (42,5%)	13(32,5%)	16 (42,1%)	$\chi^2_{[2]}=1,071^a$	$p=0,594$
Bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas	19 (47,5%)	16 (40,0%)	18 (47,4%)	$\chi^2_{[2]}=0,591^a$	$p=0,800$
Tabaco	30 (75,0%)	26 (65,0%)	34 (85,0%)	$\chi^2_{[2]}=4,267^a$	$p=0,118$
Jogos de azar	8 (20,0%)	1 (2,5%)	17 (43,6%)	$\chi^2_{[2]}=19,646^a$	$p<0,001^c$
Compras compulsivas	5 (12,5%)	3 (7,5%)	6 (15,8%)	$-^b$	$p=0,525$
Sexo compulsivo	2 (5,0%)	0	2 (5,3%)	$\chi^2_{[2]}=2,127^a$	$p=0,465$
Cutucar da pele	18 (45,0%)	8 (19,5%)	4 (10,0%)	$\chi^2_{[2]}=14,067^a$	$p=0,001^d$
Roer unhas	10 (25,0%)	6 (14,6%)	2 (5,0%)	$\chi^2_{[2]}=6,320^a$	$p=0,044^e$
Arrancar cabelos	3 (7,5%)	2 (4,9%)	2 (5,0%)	$-^b$	$p=0,897$
Morder lábios e bochechas	5 (12,8%)	8 (19,5%)	1 (2,5%)	$-^b$	$p=0,045^f$

^aTeste de qui-quadrado

^bTeste de Fisher

^cAnálise *post-hoc* para Jogos de azar: TOC < TE e TJ

^dAnálise *post-hoc* Cutucar da pele: TE > TOC e TJ

^eAnálise *post-hoc* Roer unhas: TE > TJ

^fAnálise *post-hoc* Morder lábios e bochechas: TOC > TJ

4.5. Análise do Comprometimento Laboral, Social, Familiar e Econômico

De acordo com o escore global de inadequação social, os três grupos não mostraram diferenças significativas. Todavia, o grupo TE apresentou maior preservação do lazer do que TOC e TJ, enquanto os portadores de TOC apresentaram o maior prejuízo neste quesito. As relações familiares parecem significativamente comprometidas em TJ, mas na comparação entre os grupos, dois a dois, não foram encontradas diferenças específicas. A tabela 5 mostra um resumo dos achados mais relevantes.

Tabela 5 – Descrição de Variáveis das Características Clínicas de Comprometimento Laboral, Social, Familiar e Econômica dos Grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).

Medidas de Adequação Social	Transtorno de Escoriação (n = 40)	Transtorno Obsessivo-compulsivo (n=41)	Transtorno do Jogo (n = 40)	Teste^a	p
Trabalho					
Mediana (Mín.-Máx.)	2,2 (1,0-4,8)	2,6 (1,0-4,4)	2,2 (1,0-4,2)	$\chi^2_{[2]}=2,004$	$p=0,367$
Lazer					
Mediana (Mín.-Máx.)	2,4 (1,5-4,0)	2,9 (1,5-5,0)	2,6 (1,1-4,1)	$\chi^2_{[2]}=8,883$	$p=0,012^b$
Família estendida					
Mediana (Mín.-Máx.)	1,9 (1,0-3,5)	2,0 (1,2-3,5)	2,4 (1,0-4,2)	$\chi^2_{[2]}=7,162$	$p=0,028^c$
Relacionamento conjugal					
Mediana (Mín.-Máx.)	2,5 (2,0-3,5)	3,0 (3,0-3,0)	2,0 (1,0-4,0)	$\chi^2_{[2]}=1,213$	$p=0,545$
Relacionamento com filhos					
Mediana (Mín.-Máx.)	1,0 (1,0-2,0)	2,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-4,0)	$\chi^2_{[2]}=5,649$	$p=0,059^d$
Família nuclear					
Mediana (Mín.-Máx.)	2,0 (1,0-4,0)	2,0 (1,0-4,0)	3,0 (1,0-5,0)	$\chi^2_{[2]}=1,756$	$p=0,416$
Situação financeira					
Mediana (Mín.-Máx.)	2,0 (1,0-5,0)	2,0 (1,0-5,0)	2,0 (1,0-5,0)	$\chi^2_{[2]}=1,756$	$p=0,416$
Total					
Mediana (Mín.-Máx.)	2,2 (1,2-3,5)	2,4 (1,4-3,6)	2,4 (1,2-4,3)	$\chi^2_{[2]}=3,788$	$p=0,150$

^aTeste de Kruskal-Wallis

^bAnálise *post-hoc* para Medidas de Adequação Social – Lazer: TE < TJ < TOC

^cAnálise *post-hoc* para Medidas de Adequação Social – Família estendida: não houve diferença entre os grupos

4.6. Análise descritiva do grupo TE

Os locais de escoriação mais frequentes apresentados pelos indivíduos do grupo TE foram a face e o pescoço (57,5%), sendo que a maioria (75,0%) escoriava mais de um local. Os gatilhos situacionais mais apresentados foram a percepção de sensação ou a visão de defeito na pele e o gatilho emocional mais comum foi o de sentimentos negativos. A minoria ingeriu material arrancado (30%) e cutucou terceiros (30%). A tabela 6 apresenta as principais

características dos indivíduos que procuraram o ambulatório com uma queixa primária de TE.

Tabela 6 – Características do Transtorno de Escoriação (período: 2014 – 2017).

Características Clínicas		Transtorno de Escoriação (n=40)
• Gatilhos:		
– Sentimentos negativos		36 (90,0%)
– Visão ou sensação defeito na pele		39 (97,5%)
• Uso de objetos (tesouras, agulhas, alicates e outros)		16 (40,0%)
• Ingestão do material arrancado		8 (20,0%)
• Cutuca terceiros		12 (30,0%)
• Locais de escoriação	Face e pescoço	23 (57,5%)
	Braços	21 (52,5%)
	Pernas	21 (52,5%)
	Cutículas	20 (50,0%)
	Peito/abdômen	17 (42,5%)
	Nádegas	15 (37,5%)
	Pés	11 (27,5%)
	Região púbica	10 (25,0%)
Couro cabeludo		8 (20,0%)
• Total de locais de escoriação		30 (75,0%)

4.7. Análise de Verificação de Sobreposição Diagnóstica

Quatro indivíduos (10%) do total de 40, que eram originalmente do grupo TE, preencheram critério para o TOC e nenhum apresentou os sintomas de TJ. Dentre os 41 indivíduos originalmente classificados com o TOC, 10 (24,4%) preencheram critério apenas para TE, um (2,4%) preencheu critério apenas para TJ e dois (4,9%) preencheram critérios para ambos os transtornos. Dentre os 40 indivíduos do grupo TJ, três (7,5%) foram diagnosticados também com TE e um

(2,5%) foi diagnosticado também com TOC. A figura demonstra a distribuição da amostra de acordo com os três grupos diagnósticos.

Diagrama 4 – Modelo de interpenetração das categorias diagnósticas para TE, TOC e TJ.

Na comparação da ocorrência de comorbidades entre os três principais grupos diagnósticos, TE foi mais frequente no grupo TOC (29,3%) do que no grupo TJ (7,5%, $p=0,025$). TOC e TJ não foram significativamente associados entre si. No grupo TOC, TE foi mais frequentemente apontado como segunda comorbidade (29,3%) do que o contrário, com apenas quatro indivíduos do grupo TE (10,0%) preenchendo critério para TOC. Essa diferença foi estatisticamente significativa ($\chi^2=4,742$; $p=0,029$), com razão de chances estimada para essa diferença de 3,724 (intervalo de 95% de confiança: 1,086 –12,78). Em outras palavras, foi encontrado que é quase quatro vezes mais provável que um indivíduo com TOC apresente também TE do que o contrário, ou seja, que um indivíduo com TE apresente TOC. A tabela 7 apresenta os principais achados.

Tabela 7 – Sobreposição dos Diagnósticos entre TE, TOC e TJ.

Comorbidade	Grupos		χ^2	<i>p</i>
	TOC (n=41)	TJ (n=40)		
Transtorno de Escoriação	12 (29,3%)	3 (7,5%)	4,998	<u>0,025</u>
Comorbidade	TE (n=40)	TJ (n=40)	χ^2	<i>p</i>
Transtorno Obsessivo-compulsivo	4 (10,0%)	1 (2,5%)	0,853	0,356
Comorbidade	TE (n=40)	TOC (n=41)		
Transtorno de Jogo	0	2 (4,9%)	0,488	0,485

4.8. Análise de Variáveis Catoriais – Comorbidades Psiquiátricas

O grupo TOC apresentou maior frequência de Episódio Depressivo Maior ao longo da vida que o grupo TE e este grupo, por sua vez, apresentou maior frequência do mesmo diagnóstico que o grupo TJ.

No geral, os grupos TE e TOC apresentaram mais transtornos ansiosos que o grupo TJ. Apesar do grupo TJ apresentar significativamente maior frequência de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), a análise post-hoc não revelou diferença estatística entre os grupos. Quando todos os transtornos ansiosos foram agrupados (Transtorno de Pânico, ao longo da vida, Agorafobia, Fobia Social, TEPT e Transtorno de Ansiedade Generalizada), TJ teve uma taxa mais baixa de transtornos ansiosos (52,5%) do que TE (82,5%) e TOC (90,2%; $\chi^2=17,17$, $p<0,001$).

Vinte pacientes preencheram critérios para o Transtorno Alimentar (16,5%), sendo que 19 apresentavam Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico, um apresentava Bulimia Nervosa e nenhum relatou Anorexia. Nenhuma diferença estatística foi encontrada entre os grupos. A tabela 8.1 apresenta os achados das comorbidades psiquiátricas relativas à depressão e aos transtornos ansiosos.

Tabela 8.1 – Descrição de Variáveis das Comorbidades Psiquiátricas dos Grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).

Comorbidades	Transtorno de Escoriação (n = 40)	Transtorno Obsessivo-compulsivo (n=41)	Transtorno do Jogo (n = 40)	Teste	p
• Episódio Depressivo Maior, ao longo da vida	28 (70,0%)	33 (80,5%)	21 (52,5%)	$\chi^2_{[2]}=7,397^a$	$p=0,025^c$
• Transtorno de Pânico, ao longo da vida	8 (20,0%)	12 (29,3%)	3 (7,5%)	$\chi^2_{[2]}=6,270^a$	$p=0,043^d$
• Agorafobia	17 (42,5%)	15 (36,6%)	7 (17,5%)	$\chi^2_{[2]}=6,261^a$	$p=0,044^e$
• Fobia Social	6 (15,0%)	15 (36,6%)	6 (15,0%)	$\chi^2_{[2]}=7,286^a$	$p=0,029^f$
• Transtorno de Estresse Pós-traumático	0	1 (2,4%)	5 (12,5%)	^-b	$p=0,031^g$
• Transtorno de Ansiedade Generalizada	24 (60,0%)	21 (51,2%)	13 (32,5%)	$\chi^2_{[2]}=6,329^a$	$p=0,043^h$
• Transtornos Alimentares	7 (17,5%)	5 (12,5%)	8 (20,0%)	$\chi^2_{[2]}=0,935^a$	$p=0,619$

^aTeste do qui-quadrado

^bTeste de Fisher

^cAnálise *post-hoc* para Episódio Depressivo Maior: TOC > TE > TJ

^dAnálise *post-hoc* para Transtorno de Pânico Passado e Atual: TOC > TJ

^eAnálise *post-hoc* para Agorafobia: TE > TJ

^fAnálise *post-hoc* para Fobia Social: nenhum grupo se diferenciou entre si

^gAnálise *post-hoc* para Transtorno de Estresse Pós-traumático: nenhum grupo se diferenciou entre si

^hAnálise *post-hoc* para Transtorno de Ansiedade Generalizada: TE > TJ

Quanto às dependências de substâncias, o grupo TJ apresentou mais abuso/dependência de álcool (22,5%) que o grupo TOC (nenhum) e mais tabagismo (53,8%) que TE (25%) e TOC (7,3%). Em relação às dependências comportamentais, não foram encontradas diferenças entre os grupos, nem quando as mesmas foram avaliadas separadamente, nem em conjunto (dependência de internet, dependência de videogame, Oniomania e Impulso Sexual Excessivo – $\chi^2=1,085$; $p=0,581$). Quando todas as dependências foram analisadas em conjunto (químicas e comportamentais), o TJ apresentou uma maior frequência (55,0%) que o TOC (14,6%; $\chi^2=14,8$; $p<0,001$), enquanto o TE (32,5%) apresentou um valor intermediário, sem diferenças estatísticas quando comparado aos outros dois grupos.

Em relação aos Transtornos do Controle do Impulso e transtornos relacionados à elevada impulsividade, não foram encontradas diferenças quando analisados tanto separadamente, quanto em conjunto (Cleptomania, Transtorno Explosivo Intermitente e Automutilação – $\chi^2=2,24$; $p=0,326$).

Quanto ao comportamento suicida, o grupo TJ apresentou uma frequência significativamente maior (30%) de risco de suicídio de moderado à severo que o grupo TE (12,5%), que apresentou uma frequência intermediária. Por sua vez, o grupo TOC apresentou a menor frequência de risco de suicídio (2,4%). A tabela 8.2 resume os principais achados.

Tabela 8.2 – Descrição de Variáveis das Comorbidades Psiquiátricas Correlacionadas aos Transtornos do Controle do Impulso e Adições dos grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).

Comorbidades	Transtorno de Escoriação (n = 40)	Transtorno Obsessivo-compulsivo (n=41)	Transtorno do Jogo (n = 40)	Teste	p
• Abuso/dependência de álcool	3 (7,5%)	0	9 (22%)	$\chi^2_{[2]}=11,864^a$	$p=0,003^c$
• Abuso/dependência tabaco	10 (25,0%)	3 (7,3%)	21 (53,8%)	$\chi^2_{[2]}=21,639^a$	$p<0,001^d$
• Abuso/dependência de drogas	2 (5,0%)	0	2 (5,0%)	$\chi^2_{[2]}=2,120^a$	$p=0,394$
• Dependência de Internet	2 (5,0%)	2 (4,9%)	3 (7,5%)	- ^b	$p=0,897$
• Dependência de videogame	0	2 (4,9%)	2 (5,0%)	- ^b	$p=0,544$
• Oniomania	3 (7,5%)	4 (9,8%)	3 (7,5%)	- ^b	$p=1,000$
• Impulso Sexual Excessivo	0	2 (4,9%)	1 (2,5%)	- ^b	$p=0,772$
• Cleptomania	0	3 (7,3%)	0	- ^b	$p=0,106$
• Transtorno Explosivo Intermitente	1 (2,5%)	2 (4,9%)	5 (12,5%)	- ^b	$p=0,220$
• Automutilação	1 (2,5%)	2 (4,9%)	1 (2,5%)	- ^b	$p=1,000$
• Grau de risco de suicídio				$\chi^2_{[2]}=20,650^a$	$p=0,001^e$
❖ Ausente a leve	35 (87,5%)	40 (97,6%)	28 (70,0%)		
❖ Moderado a severo	5 (12,5%)	1 (2,4%)	12 (30,0%)		

^aTeste do qui-quadrado

^bTeste de Fisher

^cAnálise *post-hoc* para Abuso/Dependência de álcool: TJ > TOC

^dAnálise *post-hoc* para Abuso/Dependência de tabaco: TJ > TOC e TE

^eAnálise *post-hoc* para Grau de risco de suicídio moderado a severo: TJ > TE e TOC

Por último, foi construído um modelo de regressão logística nominal multivariada. Inicialmente, foram introduzidas as variáveis demográficas e clínicas que atingiram significância estatística na análise univariada (gênero, idade atual, anos de educação formal, religião, idade de início do transtorno e uso de medicamentos ISRS e antipsicóticos). Durante a análise em conjunto, quase todas as variáveis mantiveram significância (variação do valor de p de $<0,001$ a $0,018$), exceto por anos de educação formal ($p=0,334$). Além disso, as variáveis idade atual e idade de início do transtorno apresentavam elevada covariação ($Rho = 0,639$; $p<0,001$; $N=121$). A variável idade de início do transtorno contribuiu mais para o modelo ($p<0,001$) do que a variável idade ($p=0,027$), então as variáveis anos de educação formal e idade não foram incluídas no bloco de variáveis-controle. Em seguida, cada variável de comorbidade e cada conjunto de comorbidades foi comparado separadamente entre os grupos, juntamente com o bloco de variáveis-controle (gênero, religião, idade de início do transtorno e uso de medicamentos ISRS e antipsicóticos). Neste procedimento, observamos que apenas o conjunto comportamentos aditivos, risco de suicídio, tabagismo e morder de lábios e bochechas manteve significância (variação do valor de p de $0,012$ a $0,034$). Como o conjunto comportamentos aditivos ($p=0,012$) e tabagismo ($p=0,022$) se sobrepunham, então optou-se por manter o primeiro e excluir o segundo. Os fatores remanescentes foram introduzidos num procedimento passo-a-passo progressivo (*stepwise forward*), do mais significativo (comportamentos aditivos) para o menos significativo (morder de lábios e bochechas; $p=0,034$). A variável suicídio não contribuiu significativamente para o modelo ($p=0,120$) e foi excluída. Finalmente, morder de lábios e bochechas foi adicionado ao modelo, mantendo a significância. Nesta configuração final, todos os fatores e covariáveis retiveram significância (valores de p variando entre $<0,001$ e $0,020$).

Numa construção alternativa do modelo, todas as três variáveis selecionadas foram introduzidas em bloco, junto com as variáveis demográficas e clínicas. Foi adotado um procedimento passo-a-passo regressivo (*stepwise backward*), retirando a variável menos significativa até todas as variáveis remanescentes no modelo apresentarem significância menor que $0,05$. O resultado encontrado foi o mesmo.

Comparado aos outros dois grupos, os indivíduos com o TE apresentam um risco quase 10 vezes maior de apresentar um transtorno aditivo do que o grupo TOC e um risco quase 25 vezes maior de apresentar morder de lábios e bochechas do que o grupo TJ.

Tabela 8.3 – Regressão Logística Multinomial Multivariada de Variáveis Categorias para TE, TOC e TJ.

	Variável (TE como categoria de referência)	χ^2 de Wald	<i>p</i>	Razão de Chances (RC)	Intervalo de confiança para RC (95%)	
					Limite inferior	Limite superior
TOC	Constante	0,002	0,966	-	-	-
	Comportamento aditivo	3,941	0,047	9,893	1,029	95,06
	Morder de lábios e bochechas	0,166	0,684	1,445	0,245	8,511
TJ	Constante	4,145	0,042	-	-	-
	Comportamento aditivo	0,958	0,328	0,444	0,087	2,257
	Morder de lábios e bochechas	6,238	0,013	24,94	1,999	311,2

^aIdade de início do transtorno foi adicionada ao modelo como covariante; gênero, religião, uso de medicamentos inibidores seletivos da recaptação da serotonina e antipsicóticos foram adicionados ao modelo como cofatores.

^bInformação do modelo: $\chi^2_{[18]} = 166,6$; $p < 0,001$; R^2 de Nagelkerke = 0,841

A concordância entre as classificações originais dos grupos e as classificações previstas a partir do modelo logístico foram elevadas. A tabela 8.4 mostra esta comparação.

Tabela 8.4 – Classificação Original Vs. Classificação pela Regressão logística.

Observado	Grupo previsto		
	TE	TOC	TJ
TE (n=40)	31 (77,5%)	2 (5,0%)	7 (17,5%)
TOC (n=41)	5 (12,2%)	35 (85,4%)	1 (2,4%)
TJ (n=40)	2 (5,0%)	3 (7,5%)	35 (87,5%)

Acurácia global = 83,5%

4.9. Análise de Verificação Dimensional

4.9.1. Análise de distribuição de sintomas Obsessivo-compulsivos

O grupo TOC exibiu escores superiores ao grupo TJ para todos os sintomas obsessivo-compulsivos e superiores ao grupo TE nos escores de contaminação, autocuidado, checagem e o escore total. Além disso, o grupo TE apresentou maior escore que TJ na subescala de checagem. A tabela 9 apresenta a comparação de sintomas obsessivo-compulsivos entre os três grupos.

Tabela 9 – Descrição de Variáveis de Sintomas Obsessivo-compulsivos dos Grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).

Características	Transtorno de Escoriação (n = 40)	Transtorno Obsessivo-compulsivo (n=41)	Transtorno do Jogo (n = 40)	Teste	p
Contaminação					
Mediana (Mín.-Máx.)	9 (0-34)	15 (3-40)	5 (0-23)	$\chi^2_{[2]}=22,187^a$	<u>$p<0,001^b$</u>
Autocuidado					
Mediana (Mín.-Máx.)	1 (0-9)	3 (0-12)	0 (0-9)	$\chi^2_{[2]}=27,130^a$	<u>$p<0,001^b$</u>
Checagem					
Mediana (Mín.-Máx.)	8 (0-29)	16 (0-40)	4 (0-31)	$\chi^2_{[2]}=31,802^a$	<u>$p<0,001^c$</u>
Preocupação com risco de ferir outros					
Mediana (Mín.-Máx.)	4 (0-11)	6 (0-17)	2 (0-17)	$\chi^2_{[2]}=18,480^a$	<u>$p<0,001^d$</u>
Preocupação com impulsos agressivos					
Mediana (Mín.-Máx.)	2 (0-11)	4 (0-16)	1,5 (0-21)	$\chi^2_{[2]}=8,501^a$	<u>$p=0,014^e$</u>
Total					
Mediana (Mín.-Máx.)	23 (1-83)	45 (9-109)	16 (0-84)	$\chi^2_{[2]}=31,436^a$	<u>$p<0,001^c$</u>

^aTeste de Kruskal-Wallis

^bAnálise *post-hoc* para Contaminação e Autocuidado: TOC > TE e TJ

^cAnálise *post-hoc* para Checagem e Total: TOC > TE > TJ

^dAnálise *post-hoc* para Preocupação com risco de ferir outros: TJ < TOC e TE

^eAnálise *post-hoc* para Preocupação com impulsos agressivos: TOC > TJ

4.9.2. Análise de Distribuição de Características Impulsivas

O grupo TJ apresenta escores superiores ao TOC e ao TE em todos os indicadores de impulsividade, exceto na dimensão impulsividade motora. A tabela 10 apresenta o resumo dos principais achados.

Tabela 10 – Descrição de Variáveis de Características Impulsivas entre os Grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).

Escala de Impulsividade de Barratt (BIS):	Transtorno de Escoriação (n = 40)	Transtorno Obsessivo-compulsivo (n=41)	Transtorno do Jogo (n = 40)	Teste	p
Desatenção				$\chi^2_{[2]}=6,348^a$	<u>$p=0,042^b$</u>
Mediana (Mín.-Máx.)	20 (15-29)	20 (13-26)	22 (13-30)		
Inquietação motora				$\chi^2_{[2]}=3,949^a$	$p=0,139$
Mediana (Mín.-Máx.)	21 (14-34)	22 (26:12-38)	24,5 (15-34)		
Falta de Planejamento				$\chi^2_{[2]}=18,053^a$	<u>$p<0,001^b$</u>
Mediana (Mín.-Máx.)	27,4 (15-38)	25 (19:16-35)	32 (17-42)		
Total				$\chi^2_{[2]}=12,056^a$	<u>$p=0,002^b$</u>
Mediana (Mín.-Máx.)	70 (46-92)	68 (48-89)	77,5 (48-102)		

^aTeste de Kruskal-Wallis

^bAnálise *post-hoc* para Desatenção, Falta de Planejamento e Total: TJ > TE e TOC

4.9.3. Análise de Distribuição de Dimensões Personalidade

Dentre as dimensões de temperamento, BN e ED foram as que melhor discriminaram os três grupos, sendo que TOC, TE e TJ apresentaram escores progressivos e diferenciados de BN, enquanto TE e TOC apresentaram escores superiores ao TJ de ED. Não foram encontradas diferenças nos escores de ansiedade e depressão entre os grupos. A tabela 11 apresenta os principais resultados.

Tabela 11 – Descrição de Variáveis de Características de Temperamento, Depressão e Ansiedade entre os Grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).

Características	Transtorno de Escoriação (n = 40)	Transtorno Obsessivo-compulsivo (n=41)	Transtorno do Jogo (n = 40)	Teste	p
• Temperamento:					
❖ Busca de Novidades					
Mediana (Mín.-Máx.)	19 (7-36)	15 (3-27)	22 (11-35)	$\chi^2_{[2]}=25,066^a$	$p<0,001^b$
❖ Esquiva ao Dano					
Mediana (Mín.-Máx.)	24,5 (10-33)	25 (11-33)	19 (6-30)	$\chi^2_{[2]}=16,871^a$	$p<0,001^c$
❖ Dependência de Gratificação					
Mediana (Mín.-Máx.)	15 (6-20)	14 (5-24)	14,5 (4-21)	$\chi^2_{[2]}=0,678^a$	$p=0,713$
❖ Perseverança					
Mediana (Mín.-Máx.)	4 (0-8)	5 (1-8)	4 (0-8)	$\chi^2_{[2]}=4,882^a$	$p=0,087^d$
❖ Sintomas depressivos					
Mediana (Mín.-Máx.)	20 (0-37)	18 (5-52)	20 (2-57)	$\chi^2_{[2]}=1,011$	$p=0,603$
❖ Sintomas ansiosos					
Mediana (Mín.-Máx.)	11 (0-36)	16 (3-42)	16 (2-63)	$\chi^2_{[2]}=1,739$	$p=0,419$

^aTeste de Kruskal-Wallis

^bAnálise *post-hoc* para Busca de Novidades: TJ > TE > TOC

^cAnálise *post-hoc* para Esquiva ao Dano: TE e TOC > TJ

^dAnálise *post-hoc* para Perseverança: TOC > TJ

4.9.4. Seleção dos Indicadores de Obsessividade/Compulsividade, Impulsividade e Temperamento, Controle de Covariação e Redução de Variáveis

Os grupos foram novamente testados para cada variável dimensional, controlando-se para idade de início, gênero, religião e uso de medicamentos (ISRS e antipsicóticos), através de regressão logística multinomial. Dentre os indicadores de obsessividade-compulsividade, as variáveis contaminação ($p=0,020$), autocuidado ($p=0,001$), checagem ($p=0,007$) e escore total ($p=0,007$) atingiram significância.

As variáveis contaminação, autocuidado e checagem seguiram para a próxima etapa de análise e o escore total foi suprimido por ser redundante com as outras três. Dos indicadores de impulsividade, as variáveis desatenção ($p=0,001$), falta de planejamento ($p=0,001$) e escore total da BIS ($p<0,001$) atingiram significância. O escore total foi o indicador selecionado dentre as medidas de impulsividade por ser o mais significativo. Os outros dois escores foram eliminados por serem redundantes com o escore total. Finalmente, dentre dimensões de temperamento, BN ($p=0,001$) e ED ($p=0,044$) foram as variáveis selecionadas.

Então, as seis variáveis descritas acima seguiram para o procedimento de controle de covariação e redução de variáveis. Para essa finalidade, foi realizada uma análise fatorial exploratória ou análise de componentes principais (ACP). A matriz de correlações das variáveis introduzidas no modelo mostrou um padrão bastante discriminativo, no qual as variáveis de obsessividade/compulsividade se correlacionaram positiva e significativamente entre si, com coeficientes de correlação variando entre 0,611 e 0,710 (todos os valores de $p<0,001$), enquanto o escore total da BIS e da BN apresentaram uma associação significativa entre si ($r=0,642$; $p<0,001$). Por sua vez, ED apresentou correlações significativas com contaminação ($r=0,190$; $p<0,018$), checagem ($r=0,290$; $p=0,001$) e BN ($r=-0,251$; $p=0,003$), porém todas de magnitude pequena ou moderada. Mais ainda, nesta primeira versão da ACP, as comunalidades atribuídas às variáveis oscilaram entre 0,718 e 0,846 (bem acima do valor de 0,6 convencionado como um ponto de corte para estimativa de contribuição relevante para o modelo; Tabachnick & Fidell, 2001), exceto para ED, cujo valor foi 0,180. Ou seja, todos os coeficientes apontavam para o fato de que ED estava deslocada, em relação aos outros componentes da ACP. Assim sendo, optou-se pela exclusão de ED e pela construção de um modelo final de ACP com as demais variáveis. Este segundo modelo mostrou-se robusto e coerente como se pode ver na tabela 12.

Tabela 12 – Análise de Componentes Principais para os Indicadores de Obsessividade/Compulsividade e Impulsividade (N=121).

Variáveis	Comunalidade	Correlação matriz-componente	
		Fator 1	Fator 2
Contaminação	0,761	<u>0,862</u>	0,133
Autocuidado	0,767	<u>0,876</u>	-0,005
Checagem	0,828	<u>0,908</u>	0,061
Escore total BIS ^a	0,826	-0,047	<u>0,908</u>
Busca de Novidade	0,818	-0,139	<u>0,894</u>

Variância explicada do fator 1 = 47,1%; valor de ponto de referência (*Eigenvalue*) = 2,36

Variância explicada do fator 2 = 32,9%; valor de ponto de referência (*Eigenvalue*) = 1,64

Variância explicada acumulada = 80,0%

Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin=0,646.

Teste de esfericidade de Bartlett, $X^2_{[10]}=233,9$; $p<0,001$.

4.9.5. Análise Dimensional Final de Obsessividade/Compulsividade, Impulsividade e Regressão Multinomial Logística para os Três Grupos Diagnósticos

Os escores gerados pela ACP são ajustados estatisticamente para expressar a média zero e o desvio padrão igual a um para o conjunto total da amostra, apresentando distribuição normal. Os valores gerados para cada indivíduo para os fatores 1 e 2 da ACP foram registrados e renomeados para a simplicidade de comunicação, respectivamente como o escore combinado de Compulsividade e o escore combinado de Impulsividade. A tabela 13 mostra uma comparação dos três grupos para os escores combinados de Compulsividade e Impulsividade.

Tabela 13 – Comparação de compulsividade e Impulsividade para os Grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo (período: 2014 – 2017).

Variável	Transtorno de Escoriação (n = 40)	Transtorno Obsessivo-compulsivo (n=41)	Transtorno do Jogo (n = 40)	ANOVA ^a	p
Compulsividade				F _[2] =28,27 ^b	<u>≤0,001</u>
Média [Desvio padrão]	-0,24 [0,70]	0,77 [1,07]	-0,55 [0,63]		
Impulsividade				F _[2] =9,002 ^c	<u>≤0,001</u>
Média [Desvio padrão]	-0,13 [1,07]	-0,36 [0,85]	0,89 [0,14]		

^aAnálise de Variância

^bAnálise *post-hoc* de Bonferroni para “Compulsividade”: TOC > TE e TJ (valores de $p < 0,001$),

^cAnálise *post-hoc* de Bonferroni para “Impulsividade”: TJ > TE ($p = 0,011$) e TOC ($p < 0,001$)

De acordo com os escore combinados, o grupo TOC se diferencia de TE e de TJ pela elevada Compulsividade e o grupo TJ se diferencia dos outros dois pela elevada Impulsividade, enquanto o grupo TE apresenta valores intermediários de ambos, conforme demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição do Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo de acordo com os escores combinados de Compulsividade e Impulsividade

Em seguida, foi construído um modelo de regressão logística nominal multivariada. Inicialmente, foram introduzidas as variáveis demográficas e clínicas de controle (gênero, religião, idade de início do transtorno e uso de medicamentos ISRS e antipsicóticos) em bloco. Em seguida, foram introduzidos no modelo, em ordem decrescente de significância, os escores combinados de Compulsividade, Impulsividade e ED, seguindo um procedimento padrão de passo-a-passo progressivo (*stepwise forward*), até que todas as variáveis retidas no modelo final apresentassem o nível de significância menor que 0,05. Somente a variável ED foi excluída. As demais variáveis permaneceram no modelo final exibido na tabela 14.

Tabela 14 – Regressão Logística Multinomial Multivariada de Variáveis Dimensionais para TE, TOC e TJ.

Variável (TE como categoria de referência)	χ^2 de Wald	p	Razão de Chances (RC)	Intervalo de confiança para RC (95%)	
				Limite inferior	Limite superior
Constante	1,776	0,183	-	-	-
TOC	Compulsividade	6,820	0,009	4,970	1,492 16,56
	Impulsividade	3,135	0,077	0,343	0,105 1,121
TJ	Constante	4,590	0,032	-	-
	Compulsividade	2,909	0,088	0,327	0,090 1,182
	Impulsividade	6,932	0,008	3,923	1,418 10,85

^aIdade de início do transtorno foi adicionada ao modelo como covariante; gênero, religião, uso de medicamentos inibidores seletivos da recaptação da serotonina e antipsicóticos foram adicionados ao modelo como cofatores.

^bInformação do modelo: $\chi^2_{[18]} = 182,1$; $p < 0,001$; R^2 de Nagelkerke = 0,875

A concordância entre as classificações originais dos grupos e as classificações previstas a partir do modelo logístico foram elevadas. A tabela 15 mostra esta comparação.

Tabela 15 – Classificação Original Vs. Classificação pela Regressão Logística.

Observado	Grupo previsto		
	TE	TOC	TJ
TE (n=40)	29 (72,5%)	7 (17,5%)	4 (10,0%)
TOC (n=41)	4 (9,8%)	36 (87,8%)	1 (2,4%)
TJ (n=40)	3 (7,5%)	1 (2,5%)	36 (90,0%)
Acurácia global = 83,5%			

Os escores da escala de escoriação de sintomas de escoriação (escala SPS) foram comparados entre os três grupos. O grupo TE apresentou os maiores valores, seguido pelo grupo TOC e posteriormente pelo grupo TJ. Todos os grupos foram significativamente diferentes entre si. A tabela 16 mostra um resumo dos principais achados.

Tabela 16 – Comparação do Escore de Escoriação para os Grupos Transtorno de Escoriação, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno do Jogo (Período: 2014 – 2017).

Variável	Transtorno de Escoriação (n = 40)	Transtorno Obsessivo-compulsivo (n=41)	Transtorno do Jogo (n = 40)	Teste ^a	p
<i>Skin-Picking Scale</i>					
Mediana (Mín.-Máx.)	17,5 (2-27)	1 (0-20)	0 (0-21)	$\chi^2_{[2]}=75,439^a$	<u>$p<0,001^b$</u>

^aTeste de Kruskal-Wallis

^bAnálise *post-hoc*: TE > TOC > TJ (valores de p variando entre < 0,001 e 0,001)

Por último, foram realizadas as análises de correlação entre o escore de sintomas de escoriação (escala SPS) e os escores combinados de Compulsividade e Impulsividade, para cada grupo diagnóstico separadamente e para a amostra total. O escore da SPS apresentou uma distribuição diversa da normalidade, então foi utilizado o teste de correlação de Spearman. Os escores de sintomas de escoriação da pele (escala SPS) e os escores combinados de Compulsividade e Impulsividade não apresentaram correlação entre si no grupo TE. Foi encontrada apenas uma correlação entre o escore combinado de Impulsividade e o escore de sintomas de escoriação no grupo TOC, porém de pequena monta. A tabela 17 mostra os principais resultados.

Tabela 17 – Análise de Correlação de *Spearman* entre Sintomas de Escoriação, Compulsividade e Impulsividade.

Escore de sintomas de escoriação (SPS)	Escore combinado de Compulsividade				Escore combinado de Impulsividade			
	Grupo TE (n=40)	Grupo TOC (n=41)	Grupo TJ (n=40)	Amostra total (N=121)	Grupo TE (n=40)	Grupo TOC (n=41)	Grupo TJ (n=40)	Amostra total (N=121)
Rho	0,149	0,190	-0,053	0,064	0,023	<u>0,332</u>	0,046	-0,055
<i>p</i>	0,358	0,234	0,746	0,486	0,889	<u>0,034</u>	0,780	0,546

5 Discussão

O presente trabalho é pioneiro em explorar num mesmo estudo aspectos categoriais e dimensionais de TE, comparando-o simultaneamente com dois paradigmas dos transtornos obsessivo-compulsivos, como TOC, e dos comportamentos aditivos, como TJ. O objetivo do estudo foi traçar os perfis sociodemográfico, de comorbidades, psicopatológico e de personalidade de TE, a partir de uma comparação com dois transtornos que representam a dimensão obsessivo-compulsiva (TOC) e as dimensões aditiva e impulsiva (TJ), almejando assim, verificar se TE se aproximaria de características obsessivo-compulsivas do TOC ou de características impulsivas e aditivas do TJ.

De uma forma geral, foi encontrado que os portadores de TE apresentam um perfil demográfico e clínico singular, diferenciando-se tanto de TOC e quanto de TJ. Especificamente, estes pacientes apresentaram um perfil predominantemente feminino, jovem e de classe média. Todavia, esta associação com a classe social pode ser um artefato de seleção, devido ao fato dos pacientes dos três grupos serem atendidos por programas diferentes, com rotinas e dinâmicas próprias para a divulgação do serviço e da triagem. Um fato que salta do conjunto de dados é que TE compartilhou atributos com TOC e TJ, mostrando-se um interessante mosaico de características obsessivo-compulsivas, impulsivas e aditivas. Todavia, a proximidade parece maior com TOC do que com TJ, verificada na sobreposição mais frequente entre TE e TOC e um perfil de comorbidades com predomínio das síndromes ansiosas. Isto parece corroborar a iniciativa do DSM-5 de remover TE, juntamente com TTM, para a seção de transtornos relacionados ao TOC. Ainda assim, diferenças persistem, o que fica mais evidente na associação de TE com comportamentos aditivos. Além disso, o comportamento de escoriação em si não mostrou correlação com as medidas dimensionais de compulsividade e impulsividade, sugerindo que enquanto o TE apresenta fenômenos correlatos às duas dimensões, o cerne psicopatológico desta síndrome parece se estabelecer de forma independente.

Este fato, somado aos achados que mostram uma maior associação de TE com outros CRFC (morder de lábios e bochechas), enseja a dúvida se em futuras revisões classificatórias o TE permanecerá no contexto do espectro obsessivo-compulsivo ou se ele será novamente realocado, desta vez, em uma seção exclusiva para os transtornos marcados pelos CRFC. Em seguida, apresentam-se os comentários detalhados das diferentes subseções de resultado.

5.1. Perfil Sociodemográfico

De acordo com os objetivos específicos do presente trabalho, foi identificado um perfil sociodemográfico dos indivíduos com TE. Os mesmos eram predominantemente mais jovens, do gênero feminino, com maior nível acadêmico, sem religião ou com outra religião (que não seja católica, evangélica ou espírita) declarada.

A predominância do gênero feminino em TE está em acordo com a literatura, com taxas variando entre 60-94,2% (Wilhelm, et al. 1999; Keuthen et al., 2000; Bohne, 2002; Flessner, et al. 2006; Arbabi et al. 2008; Calikusu et al., 2012; Tucker, 2011; Siddiqui et al., 2012; Odlaug et al., 2013; Machado, et al. 2018).

Em relação à idade, não há relatos na literatura sobre tal diferença entre TE, TOC e TJ. Uma hipótese para tal achado pode ter sido um viés, do tipo de seleção do grupo TE. A maior parte dos indivíduos do grupo TE foram selecionados a partir de sites, redes sociais e anúncios de internet, o que pode ter selecionado um público mais jovem, que acessa esse meio de comunicação virtual.

A respeito do nível de instrução acadêmica do grupo TE, há substrato na literatura com estudos que revelam superior nível socioeducacional entre os acometidos, em comparação com controles saudáveis (Keuthen, 2010; Tucker, 2011). Não há relatos na literatura, quanto ao perfil religioso dos indivíduos com TE, mas ele parece compatível com a ausência de adesão a práticas religiosas (ateísmo) ou à adesão de práticas alternativas (agnosticismo, budismo, wicca e umbandismo) populares nos centros mais urbanizados, com maior acesso aos meios de comunicação.

5.2. Características Clínicas

O grupo TOC se destacou pelo maior uso de psicofármacos ISRS e antipsicóticos. Tal achado pode se relacionar à própria psicofarmacologia disponível para o tratamento do TOC, que abrange ISRS e antipsicóticos. Além disso, a amostra selecionada é clínica e oriunda um hospital de alta complexidade, que pode ter selecionado casos mais graves, demandando o uso de mais medicamentos.

Outro achado clínico significativo é o início da doença respectiva que diferencia os três grupos, sendo TE o grupo de início mais precoce do transtorno. Tal achado é condizente com o encontrado na literatura, no qual o início do TE se dá na adolescência, em torno dos 12,4-15anos (Siddiqui et al., 2012; Calikuşu et al., 2012; Leibovici et al., 2014; Keuthen et al., 2000; Keuthen et al., 2010; Wilhelm et al., 1999). O grupo intermediário de idade de início do transtorno foi o TOC ($M=17$ anos), sendo que a idade média de início, encontrada na literatura é de 19,5 anos (APA, 2014). O grupo com início do transtorno mais tardio foi o grupo TJ ($M=35,5$ anos). Em indivíduos com TJ o gênero masculino desenvolve a doença mais precocemente na adolescência ou adulto jovem. Já o gênero feminino apresenta a doença em idade avançada (APA, 2014). Neste estudo, amostra de TJ foi predominantemente feminina, o que pode explicar o início mais tardio da doença.

5.3. Análise de distribuição de Comportamentos Repetitivos com Foco no Corpo

Foi encontrado uma maior correlação entre TE e TOC com outros CRFC, especialmente com o morder de lábios e bochechas. Esta relação já foi descrita em outros estudos (Arnold et al., 1998; Wilhelm et al., 1999; Cullen et al., 2001; Lochner et al., 2005; Hajcak et al., 2006; Grant et al., 2007; Odlaug et al., 2008; Arbabi et al., 2008; Odlaug, e Grant, 2008; Grant et al., 2010; Keuthen et al., 2010). A associação entre TE e outros CRFC corrobora a proximidade de tais comportamentos e o mesmo pode ser dito a respeito da associação entre TOC e CRFC.

5.4. Antecedentes Familiares Psiquiátricos

A análise dos antecedentes familiares corroborou o que também se constatou nos pacientes, uma tendência de agregação dos núcleos sintomáticos. Assim como era de se esperar, TE apresentou uma maior prevalência de familiares com CRFC (Grant e Christenson, 2007; Odlaug et al., 2010) e esta frequência foi significativamente maior quando comparada a familiares de indivíduos com o TOC (Grant et al., 2010). O grupo TJ apresentou mais familiares com problemas com o jogo, em acordo com as descrições prévias da literatura (APA; 2013; Hing et al., 2014; Black et al., 2014).

5.5. Análise do Comprometimento Laboral, Social, Familiar e Econômico

Foram encontradas diferenças em dedicação ao lazer, com os piores níveis em TOC, quando comparado com TE e com TJ. Tais achados corroboram o elevado grau de comprometimento, prejuízo da qualidade de vida e cronicidade do TOC, relacionados ao tempo dispendido aos rituais, obsessões e compulsões e às esquivas de situações que os acometidos acreditam que podem

desencadeá-los (APA, 2014). Os prejuízos sociais relacionados ao lazer no TE e no TJ também estão presentes, no entanto, foram significativamente menores nesta amostra.

As demais medidas de Adaptação Social (trabalho e estudo, relação familiar estendida (com irmãos, tios e outros familiares), relação conjugal, vida doméstica, situação financeira e escore total) não demonstraram diferenças significativas entre os três grupos. Este achado evidencia o elevado grau de comprometimento de TE, com prejuízo laboral e acadêmico, desajuste familiar e conjugal e prejuízo financeiro que se equiparam aos apresentados por pacientes que vivenciam estes infortúnios em decorrência do TOC ou do TJ. Os diversos danos nas esferas sociais, acadêmicas, laborais e financeiras decorrentes do TE já foram descritos na literatura e corroboram os achados apresentados (Flessner e Woods, 2006; Keuthen 2010; Tucker et al., 2011).

5.6. Análise Descritiva do Grupo TE

Os locais de escoriação mais apresentados pelos indivíduos do grupo TE estão em concordância com os relatados na literatura: face e pescoço, braços, pernas, cutículas e peito/abdômen, sendo que a maioria dos indivíduos provoca escoriação em mais de um local. Também em concordância com as publicações, se encontram os gatilhos apresentados pelos indivíduos com o TE, sendo que o gatilho do tipo emocional mais frequente é a presença sentimentos negativos e os gatilhos do tipo situacional mais frequentes são percepção de sensação ou visão de defeito na pele. Finalmente, assim como os relatos dos estudos, cerca de um terço dos indivíduos referiu ingerir material arrancado (Neziroglu et al., 2008; Grant e Odlaug, 2009; Stein et al., 2010; Odlaug et al., 2010; Chamberlain et al., 2006; Wilhelm, 1999; Bohne et al., 2002; Tucker et al., 2011).

5.7. Análise de Verificação de Sobreposição Diagnóstica

Na verificação de sobreposição diagnóstica, o grupo TE se sobrepõe ao grupo TOC. No entanto, a sobreposição entre eles parece ser desequilibrada, com maior contribuição de indivíduos do grupo TOC, que também apresentam TE como comorbidade secundária do que o contrário (indivíduos com o TE que também apresentam o TOC como comorbidade secundária).

Para facilitar a compreensão da relação entre esses transtornos pode-se fazer, por analogia, o uso do exemplo dos transtornos alimentares. É fato que todos os pacientes diagnosticados com Bulimia Nervosa preencherão os critérios para o Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico (TCAP), exceto se não apresentarem sintomas de purgação ou distorção da imagem corporal; no entanto o oposto não é verdade. Pacientes com TCAP podem apresentar tais sintomas, em graduações mais leves e não cumprirem os requisitos para o diagnóstico de Bulimia Nervosa. Isto ocorre porque TCAP é uma síndrome parcial, quando comparada com Bulimia Nervosa, que incluiria um grupo maior de sintomas específicos que não estariam associados ao acaso (Allen et al, 2015). Isto faz da Bulimia Nervosa um transtorno mais restrito e menos frequente que o TCAP; o mesmo poderia ocorrer entre TOC e TE. Portanto, revisando o diagrama 4 da página 78, a representação gráfica mais fidedigna aos resultados encontrados neste estudo seria esta exibida abaixo no diagrama 5.

Diagrama 5 – Desequilíbrio nas relações entre TOC e TE.

5.8. Análise de Variáveis Catoriais – Comorbidades Psiquiátricas

TE apresenta um perfil de comorbidades psiquiátricas que o diferencia dos portadores de TJ e de TOC, sendo que os portadores de TE e TOC apresentam maiores similaridades entre si do que com TJ. Esta aproximação entre TE e TOC é observada em sua associação com os transtornos ansiosos (especialmente Transtorno de Ansiedade Generalizada), já descrita (Grant et al., 2010; Odlaug et al., 2008; Arbabi et al., 2008; Wilhelm, 1999; Arnold et al., 1998).

Além do mais, TJ apresenta uma maior associação com comportamentos impulsivos e aditivos (especialmente com tabagismo) do que TE e TOC, o que enfatiza a natureza impulsiva do jogo, de acordo com os relatos prévios da literatura (Martins et al., 2004; Black et al. 2014, 2015).

Finalmente, observou-se que no modelo multivariado, que integrou todas essas informações, TE se diferenciou tanto de TJ, por apresentar maior presença de morder os lábios e bochechas, como também se diferenciou de TOC, por apresentar maior presença de comportamentos aditivos. Assim, TE se apresentou tanto elementos aditivos como elementos dos CRFC. Tais correlações de TE já foram descritas previamente (Arnold et al., 1998; Wilhelm, 1999; Cullen et al., 2001; Lochner et al., 2005; Hajcak et al., Grant et al., 2007; 2006; Arbabi et al., 2008; Odlaug et al., 2008; Odlaug, e Grant, 2008; Keuthen et al., 2010; Grant et al., 2010; Machado et al., 2018).

Tomados em conjunto, os resultados sugerem que TE se assemelha mais ao TOC, ao menos em comparação ao TJ, corroborando a recente reclassificação do TE junto aos transtornos relacionados ao TOC. Apesar disso, TE e TOC apresentam diferenças, especificamente relacionada a maior presença de transtornos aditivos em TE. Este resultado sugere que TE pode compartilhar fatores subjacentes também associados aos comportamentos aditivos.

5.9. Análise de Verificação Dimensional – Análise de Distribuição de Características de Obsessividade/Compulsividade e Impulsividade

Na análise de verificação dimensional, TE apresenta escores de Obsessividade/Compulsividade e Impulsividade entre o grupo TOC e o grupo TJ, sem se diferenciar entre os dois grupos.

O grupo TOC, como era de se esperar, apresentou escores superiores de obsessividade, característicos de sua apresentação clínica (APA, 2013). O grupo TJ se apresentou mais impulsivo, especialmente com maior prejuízo de atenção e de falta de planejamento, com elevada BN e baixa ED, se diferenciando dos demais grupos. Essa relação entre TJ e a impulsividade, já foi descrita na literatura e abordada previamente (Vitaro et al., 1999; Tavares e Gentil, 2007; Grant e Christenson, 2007; Pagani et al. 2009; Blanco et al. 2009; Álvarez-Moya, 2010; Lorains et al., 2014).

O grupo TE, por sua vez, apresentou características de Obsessividade/Compulsividade superiores ao TJ e características impulsivas superiores ao TOC. Há relatos na literatura de preocupações patológicas e rituais compulsivos em indivíduos com TE, mas há uma menor associação a pensamentos obsessivos (Cullen et al., 2001; Hajcak et al., 2006), sugerindo que o cerne psicopatológico de TE não esteja centrado na presença de pensamentos obsessivos. Da mesma forma, há relatos na literatura de achados de maior impulsividade em TE, quando comparados a controles normais e indivíduos portadores de TTM (Hays et al., 2009; Odlaug et al., 2010; Grant et al., 2011; Oliveira et al., 2015).

Quando comparados ao TOC e ao TJ, TE apresentou níveis intermediários de compulsividade e impulsividade, traduzindo-se em uma interessante configuração híbrida. Todavia, os indicadores de impulsividade e compulsividade não mostraram associação significativa com o escore da SPS, sugerindo que o comportamento de escoriação da pele é independente destes fatores nestes indivíduos. Na verdade, os sintomas de escoriação apresentaram uma correlação positiva com a impulsividade somente para os portadores de TOC, mesmo assim, de magnitude relativamente baixa. Este achado deve ser visto com cautela, em vista do tamanho da amostra relativamente pequeno e das

múltiplas correlações exploradas. Apesar disso, tais resultados sugerem que a ocorrência de escoriação e outros CRFC no TOC possam ser indicadores de um subtipo mais impulsivo com psicopatologia e comorbidades mais difusas. De fato, dos três subgrupos, o grupo TOC foi o único que apresentou indivíduos com sobreposição simultânea a TE e TJ (n=2). Além disso, o grupo TOC ocupou uma área maior no gráfico de dispersão de compulsividade e impulsividade, sugerindo maior variabilidade e heterogeneidade em relação aos outros grupos.

O conjunto dos achados acima suscita a dúvida se TE deveria permanecer classificado entre os transtornos relacionados ao TOC ou se mereceria ser alocado com TTM e outros CRFC em um segmento próprio.

5.10. Considerações Finais

Algumas limitações devem ser consideradas. Primeiro, os questionários estruturados utilizados (MINI e SCID) não provêm o diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal, uma comorbidade frequente com TE e TOC. Portanto, não foi possível avaliar a sobreposição diagnóstica entre estes transtornos. Segundo, a amostra utilizada é uma amostra clínica, constituída de pessoas que estavam procurando ativamente por tratamento para os respectivos transtornos, o que pode limitar a generalização para os indivíduos que não estejam procurando por tratamento. Finalmente, o tamanho da amostra relativamente pequeno e a natureza transversal do desenho do estudo requerem um cuidado na interpretação dos resultados e não permitem inferências causais.

Por outro lado, alguns aspectos positivos merecem ser destacados. Foram utilizados questionários semiestruturados nas entrevistas psiquiátricas, permitindo confiabilidade no diagnóstico de TE, TOC e TJ, assim como das outras comorbidades. O uso de análise multivariada reduz a probabilidade de resultados espúrios, fruto de associações produzidas ao acaso por múltiplas comparações.

Deve-se ressaltar também a relevância deste estudo para a expansão do conhecimento sobre TE, uma doença ainda pouco estudada, pouco divulgada e recém incluída em manual diagnóstico. É um estudo pioneiro na comparação de TE com dois paradigmas clínicos de compulsividade e impulsividade aditiva,

respectivamente TOC e TJ, explorando simultaneamente os aspectos categoriais e dimensionais do TE.

Muito ainda pode ser investigado acerca do TE. Futuras pesquisas podem investigar os aspectos qualitativos dos sintomas obsessivo-compulsivos e dos traços impulsivos apresentados pelos indivíduos com TE para uma compreensão mais aprofundada acerca da apresentação desses fenômenos. Estudos em maiores escalas, com maior tamanho de amostra, também podem ser conduzidos, assim como os estudos em amostra comunitária para verificar a consistência dos resultados apresentados.

6 Conclusão

Os resultados da análise categorial sugerem que TE se aproxima do TOC, ao menos em comparação ao TJ, e sustentam a recente classificação de TE junto aos transtornos correlacionados ao TOC. Já os resultados da análise dimensional sugerem que TE parece ser um transtorno híbrido, que apresenta tanto características obsessivo-compulsivas, quanto características impulsivas. Por outro lado, o comportamento de escoriação se mostrou independente de ambos. Assim, TE se agruparia juntamente com os outros CRFC, podendo representar um único grupo de transtornos, numa classificação única já proposta (Grant e Stein, 2014).

Em resumo, à luz dos resultados encontrados neste estudo, podemos afirmar que:

- TE apresenta um perfil demográfico e clínico próprios e diferenciado de TOC e TJ, que apontam para a necessidade de desenvolvimento de protocolos próprios de tratamento;
- TE apresenta uma associação mais frequente com TOC do que com TJ;
- TE e TOC compartilham mais similaridades no perfil de comorbidades psiquiátricas do que TJ, a maioria baseada nos transtornos ansiosos;
- Por outro lado, TE se diferencia de TOC por uma associação mais frequente com os transtornos aditivos;
- Na abordagem dimensional, TE apresentou níveis intermediários de compulsividade e impulsividade, se situando entre TOC e TJ;
- O comportamento de escoriação não mostrou correlação relevante com as medidas dimensionais, nem de compulsividade nem de impulsividade, mas de uma forma geral, TE apresentou uma associação robusta com os outros CRFC, que o diferenciou tanto de TOC e quanto de TJ;
- TE poderia ser classificado em uma sessão à parte juntamente com outros CRFC.

7 Anexos

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

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

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

1. NOME DO PACIENTE:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (...)

2. RESPONSÁVEL LEGAL:
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc):
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (...)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:
"Projeto Piloto de Estudo Clínico Descritivo: os aspectos psicopatológicos e fenomenológicos da Dermatotilexomania"
2. PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:
 - Elen Cristina Batista de Oliveira
CARGO/FUNÇÃO: psiquiatra colaboradora e pesquisadora do IPq/USP
INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 145.787
UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria
 - Prof. Dr. Hermano Tavares;
CARGO/FUNÇÃO: Livre Docente do Departamento de Psiquiatria;
INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL NÚMERO: 75.471
UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria.
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☐	RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐	RISCO MAIOR ☐
4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 2 anos

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável _____
Rubrica do pesquisador _____

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

1. Justificativa e objetivos.

Estas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo. Sabemos que na população existem muitos indivíduos que têm problemas em provocar escoriações na própria pele. Essas pessoas, frequentemente, têm a sua vida atrapalhada de alguma maneira e acabam apresentando um sofrimento emocional. O trabalho em questão envolverá pessoas que possam ter esses problemas.

O objetivo deste estudo é entender melhor os motivos destes pacientes provocarem escoriações na própria pele e também ajudar no desenvolvimento de tratamentos mais específicos e eficazes.

2. Procedimentos.

Os voluntários preencherão questionários e responderão a entrevistas padronizadas, realizadas pelo pesquisador ou por colaboradores. As perguntas avaliarão possíveis problemas de saúde mental e aspectos relacionados à dificuldade de controlar os impulsos e/ou realizar atos compulsivos. Por exemplo, nós investigaremos características de personalidade, intensidade dos desejos, capacidade de focar a atenção, agressividade e sintomas ansiosos e depressivos. É garantido ao indivíduo que participar do projeto o direito de recusar a responder às perguntas que ocasionarem constrangimentos de alguma natureza.

Após responder este protocolo, os voluntários serão encaminhados à uma avaliação médica, na qual será verificado o diagnóstico do paciente. Os voluntários que também desejarem, poderão receber acompanhamento psicológico individual ou em grupo.

3. Desconfortos e riscos.

Com relação aos processos de avaliação inicial (responder questionários e entrevistas), são desconhecidas formas de desconforto ou risco físico.

4. Benefícios esperados.

O maior conhecimento dos problemas de escoriação da pele e a verificação de formas de tratamento podem não só auxiliar os voluntários deste estudo, como as demais pessoas que apresentam Dermatotilexomania.

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável _____
Rubrica do pesquisador _____

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

5. Métodos alternativos existentes.

Os participantes que forem voluntários neste estudo, se beneficiarão do tratamento específico para o seu problema, incluindo seguimento clínico psiquiátrico e sessões de psicoterapia em grupo e/ou individual. Porém, não há obrigatoriedade de participação no projeto para a inclusão no tratamento, o qual também poderá ser iniciado sem o preenchimento do protocolo de pesquisa. Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e retirada da participação do estudo, sem qualquer penalidade ou prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição.

6. Forma de assistência e responsáveis pela pesquisa.

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O investigador principal é o Prof. Dr. Hermano Tavares, que pode ser encontrado no endereço: rua Ovídio Pires de Campos, 785 – Iq – Cappelq (3o andar), telefone: 2661-7805. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – Tel.: 2661-6442, ramais 16, 17, 18 – e-mail: marcia.carvalho@hc.fm.usp.br.

7. Garantia de sigilo e privacidade.

O voluntário poderá limitar as informações apenas àquelas que queira fornecer. Os pesquisadores se responsabilizam sobre os dados obtidos e garantem a proteção da imagem do voluntário, sem utilizar as informações em prejuízo dos indivíduos participantes. Os dados serão analisados em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum voluntário e as informações serão utilizadas apenas para os fins propostos no protocolo.

8. Esclarecimento, antes e durante a pesquisa, sobre a metodologia.

O voluntário também receberá, individualmente, as informações sobre o protocolo. Os pesquisadores garantem que os indivíduos terão o direito de esclarecer qualquer dúvida antes e durante o estudo.

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável _____
Rubrica do pesquisador _____

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

Os voluntários também têm o direito de se manter atualizados sobre os resultados parciais das pesquisas ou de outros resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

9. Formas de ressarcimento e indenização.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo o preenchimento de protocolos e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Projeto Piloto de Estudo Clínico Descritivo: os aspectos psicopatológicos e fenomenológicos da Dermatotilexomania”.

Eu discuti com a Dra. Elen Cristina Batista de Oliveira ou com o Prof. Dr. Hermano Tavares sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho a garantia do acesso a tratamento hospitalar, quando necessário. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou no meu atendimento neste serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data / /

Assinatura da testemunha

Data / /

Para os casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data / /

ANEXO B. Escala de escoriação de pele revisada – Versão em português brasileiro

Instruções: para cada item, escolha uma resposta que melhor descreve a sua última semana. Se você tem apresentando “altos” e “baixos”, tente estimar uma média para a última semana. Por favor, tenha certeza de ler todas as respostas de cada pergunta antes de fazer a sua escolha.

01. Com qual frequência você sente desejo de provocar escoriações (cutucar) na sua pele?

0. Nenhum desejo

1. Leve. Ocasionalmente sinto desejo de provocar escoriações (cutucar) na pele. Menos que 1h/dia;

2 Moderado. Frequentemente sinto desejo de provocar escoriações (cutucar) na pele. 1-3h/dia;

3 Severo. Com muita frequência, sinto desejo de provocar escoriações (cutucar) na pele. 3-8h/dia;

4 Extremo. Constantemente/quase sempre sinto desejo de provocar escoriações (cutucar) na pele.

02. Qual a intensidade do desejo de provocar escoriações (cutucar) na sua pele?

0. Nenhuma ou mínima

1. Leve

2. Moderado

3. Severo

4. Extremo

03. Quanto tempo por dia você “gasta” escoriando (cutucando) a sua pele?

0. Nenhum ou mínimo;

1. Leve. Gasto menos que 1h/dia escoriando (cutucando) a minha pele ou ocasionalmente provoco escoriações;

2. Moderado. Gasto 1-3h/dia escoriando (cutucando) a minha pele ou frequentemente provoco escoriações;

3. Severo. Gasto 3-8h/dia escoriando (cutucando) a minha pele ou com muita frequência provoco escoriações;

4. Extremo. Gasto mais que 8h/dia escoriando (cutucando) a minha pele ou quase sempre provoco escoriações.

04. Quanto controle você tem sobre a escoriação da sua pele? Até que ponto você pode se impedir de provocar escoriações (cutucar) na pele?

0. Completo controle. Sempre sou capaz de me impedir de provocar escoriações (cutucar);

1. Muito controle. Geralmente sou capaz de me impedir de provocar escoriações (cutucar);

2. Algum controle. Algumas vezes sou capaz de me impedir de provocar escoriações (cutucar);

3. Pouco controle. Raramente sou capaz de me impedir de provocar escoriações (cutucar);

4. Nenhum controle. Nunca sou capaz de me impedir de provocar escoriações (cutucar).

05. Quanto sofrimento emocional (ansiedade, preocupações, frustrações, depressão, desesperança, baixa autoestima) você apresenta em decorrência das escoriações (lesões ou feridas) provocadas?
0. Nenhum sofrimento emocional em decorrência das escoriações (lesões ou feridas);
1. Leve. Apenas um pequeno sofrimento emocional em decorrência das escoriações (lesões ou feridas). Ocasionalmente eu tenho sofrimento emocional em decorrência das escoriações, mas somente num pequeno grau;
2. Moderado. Uma quantidade razoável de sofrimento emocional em decorrência das escoriações (lesões ou feridas). Muitas vezes, eu tenho sofrimento emocional em decorrência das escoriações (lesões ou feridas);
3. Severo. Uma grande quantidade de sofrimento emocional em decorrência das escoriações (lesões ou feridas). Quase sempre tenho sofrimento emocional em decorrência das escoriações (lesões ou feridas);
4. Extremo. Em constante sofrimento emocional. Tenho constante sofrimento emocional e não vejo esperança para esta mudança.
06. Qual o grau de interferência que as escoriações (lesões ou feridas) provocadas na pele exercem na sua vida social, no seu trabalho e/ou no funcionamento global? (Se não estiver trabalhando atualmente, determine quanto o seu desempenho seria afetado se estivesse trabalhando)
0. Nada;
1. Leve. Pequenas interferências em atividades sociais ou ocupacionais, mas sem prejuízos no desempenho global;
2. Moderado. Interferência significativa no desempenho social e ocupacional, mas ainda administrável;
3. Severo. Deterioração substancial na performance social e ocupacional;
4. Extremo. Incapacitante.

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

0. Não;

1. Leve. Ocasionalmente, eu evito ambientes sociais ou de trabalho;
2. Moderado. Frequentemente, eu evito ambientes sociais ou de trabalho;
3. Severo. Com muita frequência, eu evito ambientes sociais ou de trabalho;
4. Extremo. Eu evito todos os ambientes sociais ou de trabalho devido às escoriações (lesões ou feridas) provocadas.

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

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

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

ANEXO C. Inventário de Pádua – versão em português/brasileiro.

As seguintes afirmações referem-se a pensamentos e comportamentos que podem ocorrer às pessoas na vida diária. Para cada afirmação, escolha a alternativa que melhor se adapta a você e ao grau de transtorno que tais pensamentos ou comportamentos provocam em sua vida.

01. Eu sinto que minhas mãos ficam sujas quando toco em dinheiro.

0. De maneira nenhuma

1. Um pouco

2. Moderadamente

3. Bastante

4. Muitíssimo

02. Eu penso que mesmo um leve contato com secreções corporais (transpiração, saliva, urina, etc.) pode contaminar as minhas roupas ou me prejudicar de alguma forma.

0. De maneira nenhuma

1. Um pouco

2. Moderadamente

3. Bastante

4. Muitíssimo

03. Eu acho difícil tocar um objeto, quando sei que ele foi tocado por um estranho ou por certas pessoas.

0. De maneira nenhuma

1. Um pouco

2. Moderadamente

3. Bastante

4. Muitíssimo

04. Eu acho difícil tocar em lixo ou coisas sujas.

0. De maneira nenhuma

1. Um pouco

2. Moderadamente

3. Bastante

4. Muitíssimo

05. Eu evito usar banheiros públicos, porque tenho medo de contaminação ou de doenças.

0. De maneira nenhuma

1. Um pouco

2. Moderadamente

3. Bastante

4. Muitíssimo

06. Eu evito usar telefones públicos, porque tenho medo de contaminação e de doenças.

0. De maneira nenhuma

1. Um pouco

2. Moderadamente

3. Bastante

4. Muitíssimo

07. Eu lavo as minhas mãos mais frequentemente e por mais tempo do que o necessário.

0. De maneira nenhuma

1. Um pouco

2. Moderadamente

3. Bastante

4. Muitíssimo

08. Eu, algumas vezes, tenho que me lavar ou me limpar por mais tempo do que o necessário.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

09. Se eu tocar alguma coisa que penso estar contaminada eu, imediatamente, tenho que me limpar ou me lavar.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

10. Se um animal me toca, eu me sinto sujo e, imediatamente, tenho que me lavar ou mudar de roupa.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

11. Sinto-me obrigado a seguir uma ordem particular quando estou me vestindo, me despindo e quando me lavo.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

12. Antes de dormir, eu tenho que fazer algumas coisas em uma determinada sequência.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

13. Antes de dormir, eu tenho que pendurar ou dobrar as minhas roupas de uma maneira específica.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

14. Eu tenho que fazer algumas coisas várias vezes para acreditar que estão bem feitas.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

15. Tendo a checar as coisas mais vezes do que é realmente necessário.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

16. Eu checo e checo novamente as torneiras de gás e água, além de interruptores de luz, antes de desligá-los.

0. De maneira nenhuma

1. Um pouco

2. Moderadamente

3. Bastante

4. Muitíssimo

17. Eu volto para casa para checar as portas, janelas, gavetas, etc; para ter certeza de que estão fechadas.

0. De maneira nenhuma

1. Um pouco

2. Moderadamente

3. Bastante

4. Muitíssimo

18. Eu checo diversas vezes formulários, documentos, cheques, etc., detalhadamente, para ter certeza de que os preenchi corretamente.

0. De maneira nenhuma

1. Um pouco

2. Moderadamente

3. Bastante

4. Muitíssimo

19. Eu retorno para me certificar que os fósforos, cigarros, etc. foram devidamente apagados.

0. De maneira nenhuma

1. Um pouco

2. Moderadamente

3. Bastante

4. Muitíssimo

20. Quando lido com dinheiro, eu conto e reconto inúmeras vezes.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. MUITÍSSIMO

21. Eu checo as cartas cuidadosamente muitas vezes antes de enviá-las.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. MUITÍSSIMO

22. Às vezes, eu não tenho certeza de ter feito algumas coisas, que na verdade, eu sei que eu fiz.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. MUITÍSSIMO

23. Imagino consequências catastróficas, como resultado de desatenções ou pequenos erros que cometo.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. MUITÍSSIMO

24. Eu penso ou me preocupo muito em ter machucado alguém sem saber.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

25. Quando escuto sobre um desastre, acho que de alguma maneira a culpa é minha.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

26. Às vezes, eu me preocupo muito e sem motivo em ter me machucado ou em ter contraído alguma doença.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

27. Quando leio, eu tenho a impressão de que perdi alguma coisa e releio a mesma passagem 2 ou 3 vezes.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

28. Quando olho de uma ponte ou uma janela bem alta, tenho impulso de me jogar.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

29. Quando eu vejo um trem se aproximar, algumas vezes, penso que poderia me jogar sob as suas rodas.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

30. Em alguns momentos, sinto-me tentado a rasgar as minhas roupas em público.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

31. Quando estou dirigindo, algumas vezes, eu sinto impulso de atirar o carro sobre as pessoas ou as coisas.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

32. Ver armas me excita e me faz ter pensamentos violentos.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

33. Sinto-me preocupado e incomodado, ao ver facas, adagas, punhais ou outros objetos pontiagudos.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

34. Algumas vezes, sinto necessidade de quebrar ou danificar coisas sem motivo.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

35. Algumas vezes, tenho o impulso de furtar pertences de pessoas, mesmo que não sejam úteis para mim.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

36. Algumas vezes, sinto-me irresistivelmente tentado a furtar coisas do supermercado.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

37. Algumas vezes, eu sinto o impulso de machucar crianças ou animais indefesos.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

38. Quando eu ouço sobre um suicídio ou crime, sinto-me incomodado por um longo tempo e acho difícil parar de pensar nisso.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

39. Invento preocupações inúteis sobre germes ou doenças.

- 0. De maneira nenhuma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Muitíssimo

8 Referências Bibliográficas

Allen KL, Byrne SM, Crosby RD. Distinguishing between risk factors for Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, and Purging Disorder. *J Youth Adolesc.* 2015;44(8):1580-91.

Álvarez-Moya EM, Jiménez-Murcia S, Aymamí MN, et al. Subtyping study of a pathological gamblers sample. *Can J Psychiatry.* 2010; 55:498–506.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders. Prepared by the Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association, Published by Mental Hospital Service, 1952.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, Washington, DC. American Psychiatric Association, 1980.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC. American Psychiatric Association, 2000.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Washington, DC. American Psychiatric Association, 2013.

Ameringen MV, Patterson B, Simpson W. DSM-5 Obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criteria. *Depression and Anxiety.* 2014;00:1-7.

Amorim P. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras de Psiq.* 2000;22(3).

Arbabi M, Farnia V, BAlighi K, Mohammadi MR, Nejatisafa AA, Yazdchi K. Psychiatric characteristics and quality of life in patients with pathologic skin picking. *Iran J Psychiatry.* 2008;3:16-19.

Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry.* 1998;59:509-514.

Barrat ES. Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, biological and environmental data, In: McCowan W, Johnson J & Shure M, editors. *The impulsive client: theory, research and treatment*, American Psychological Association, 1993.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56:893-897.

Beck AT, Steer RA and Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.

Bernardes C, Mattos P, Nazar BP. Skin picking disorder comorbid with ADHD successfully treated with methylphenidate. *Rev Bras Psiquiatr*. 2018;40:110–111.

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 e Nestadt F. Sapap3 and Pathological Grooming in Humans: results from the OCD collaborative genetics study. *Am J Med Genet Part B*. 2008;150B:710–720.

Black DW, Coryell WH, Crowe RR, McCormick B, Shaw MC, Allen J. A direct, controlled, blind family study of DSM-IV pathological gambling. *J Clin Psychiatry*. 2014; 75(3):215-21.

Black DW, Coryell WH, Crowe RR, Shaw M, McCormick B, Allen J. Personality Disorders, Impulsiveness and Novelty Seeking in persons with DSM-IV Pathological Gambling and their first-degree relatives. *J Gambli Stud*. 2015;31(4):1201-14.

Blanco C, Potenza MN, Kim SW, Ibáñez A, Zaninelli R, Saiz-Ruiz J, Grant JE. A pilot study of impulsivity and compulsivity in pathological gambling. *Psychiatry Res*. 2009;167(1-2):161-8.

Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA. Skin picking in German. *Behav Modif*. 2002;26:230-30.

Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA. Skin Picking in German Students – Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behavior Modification*. 2002;26(3):320-339.

Brocq ML. "L'acne excoriee des jeunes filles et son traitement (Acne excoriee of young women and their treatment)". *Journal des Practiciens, Revue Generale de Clinique et de Therapeutique*. 1898; 12:193-197.

Burns GL, Keortge SG, Formea GM, Sternberger LG. Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behav Res Ther*. 1996;34 (2);163-173.

Calikuşu C, Kucukgoncu S, Tecer Ö, Bestepe E. Skin picking in Turkish students: prevalence, characteristics, and gender differences. *Behav Modif*, 2012;36(1):49-66.

Chamberlain SR, Fineberg NA, Blackwell AD, Robbins TW, Sahakian BJ. Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163:1282-1284.

Chamberlain SR, Lochner C, Stein DJ, Goudriaan A, Holste RJ, Zoharf J, Grant JE, Behavioural addiction — A rising tide? *European Neuropsychopharmacology*. 2016;26:841–855.

Chen SK, Tvrdik P, Peden E, Cho S, Wu S, Spangrude G, Capecchi MR. Hematopoietic origin of pathological grooming in Hoxb8 mutant mice. *Cell*. 2010; 28;141(5):775-85.

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality; 1994.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50:975-990.

Cloninger CR, Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol*. 1994;4.

Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:573-88.

Cormia FE. Basic concepts in the production and management of the psychosomatic dermatoses and their psychodynamic. *J Ner Ment Di*. 1951;113:395.

Cormia FE. The role of psychosomatic factors in dermatoses. *Conn Med J*. 1950;14:1051.

Cullen BA, Samuels JF, Bienvenu OJ, Grados M, Hoehn-Saric R, Hahn J, Liang KY, Wellen D, Dees M, Riddle MA, Nestadt G. The relationship of pathologic skin picking to obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189(3):193-5.

Dawe S, Gullo MJ, Loxton NJ. Differential Effects of Reward Drive and Rash Impulsivity on the Consumption of a Range of Hedonic Stimuli. *Addict Behav.* 2004;29(7):1389-405.

Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Scales. London: Hodder & Stoughton; 1991.

Eysenck HJ. The biological basis of personality, Springfield. IL: Charles C, Thompson; 1967.

Eysenck, SBG & Eysenck, HJ. Impulsiveness and venturesomeness: their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports.* 1978;43:1247-1255.

Eysenck, SBG & Eysenck, HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality. *British Journal of Social and Clinical Psychology.* 1977;16:57-68.

Filomensky TZ, Almeida KM, Castro Nogueira MC, Diniz JB, Lafer B, Borcato S, Tavares H. Neither bipolar nor obsessive-compulsive disorder: compulsive buyers are impulsive acquirers, *Comprehensive Psychiatry.* 2012;53(5):554-61.

Filomensky, TZ. O comprar compulsivo e suas relações com o transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno afetivo bipolar. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências. São Paulo, 2011.

First M. Structural clinical interview for DSM-IV-TR Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified (SCID-TCIm). Biometrics Research Department; New York State Psychiatric Institute; 2004.

Flessner CA, Busch AM, Heideman PW, Woods DW. Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing. *Behav Modif.* 2008;32(5):579–594.

Flessner CA, Mouton-Odum S, Stocker AJ, Keuthen NJ. StopPicking.com: internet-based treatment for self-injurious skin picking. *Dermatol Online J*. 2007;13(4):3.

Flessner CA, Woods DW. Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behav Modif*. 2006;30(6):944-963.

Fruensgaard K, Hjortshøj A, Nielsen H. Neurotic excoriations. *Int J Dermatol*. 1978;17:761-767.

Fuentes D, Tavares H, Camargo CHP, Goreinsteins C. Inventário de temperamento e caráter de Cloninger – validação da versão em português. In: Goreinstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em psicofarmacologia. São Paulo. Lemos Editorial. Abril, 2000.

Giner L, Blasco-Fontecilla H, De La Vega D, Courtet P. Cognitive, Emotional, Temperament, and Personality Trait Correlates of Suicidal Behavior. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(11):102.

Gomberg ESL, Lisansky JM. Antecedents of alcohol problems in women. In: Beckman LJ. Alcohol problems in women: antecedents, consequences and intervention. New York; London. Guilford, 1984, p. 233-59.

González-Ortega I1, Echeburúa E, Corral P, Polo-López R, Alberich S. Predictors of pathological gambling severity taking gender differences into account. *Eur Addict Res. Eur Addict Res*. 2013.

Gorenstein C, Moreno RA, Bernik MA, Carvalho SC, Nicastri S, Cordas T, Camargo APP, Artes R, Andrade L. Validation of the Portuguese Version of the Social Adjustment Scale on Brazilian samples. *J Affect Dis*. 2002;69(167-175).

Grant JE e Christenson GA. *Examination of Genderin Pathologic Groomig*. *Psychiatr Q*. 2007;78:259-267.

Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR. A cognitive comparison of pathological skin picking and trichotillomania. *Journal of Psychiatric Research*. 2011;45:1-5.

Grant JE, Odlaug BL, Hampshire A, Schreiber LRN, Chamberlain SR. White matter abnormalities in skin picking disorder: A diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology*. 2013;38:763–769.

Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. Lamotrigine treatment of pathologic skin picking: an open-label study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68:1384-1391.

Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA.. Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(5):233–241.

Grant JE, Stein DJ. Body-focused repetitive behavior disorders in ICD-11. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36:59–64.

Grant JEE, Odlaug BL. Update on pathological skin picking. *Current Psychiatry Rep*. 2009;11:283–288.

Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:756-63.

Grant JE, Chamberlain SR, Redden SA, Leppink EW, Odlaug BL, Kim SW. N-Acetylcysteine in the Treatment of Excoriation Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(5):490-6.

Grau E, Ortet G. Personality traits and alcohol consumption in a sample of non-alcoholic women. *Pers Individual Differences*. 1999;27:1057-66.

Greer JM, Capecchi MR. Hoxb8 is required for normal grooming behavior in mice. *Neuron*. 2002;33(1):23-34.

Guan ZH; Huang B; Ning WH; Ni QY; Sun GZ; Jiang XL. Significance of grooming behavior in two polygynous groups of western black crested gibbons: Implications for understanding social relationships among immigrant and resident group members. *American Journal of Primatology*. 2013;75(12):1165–1173.

Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. The self-inflicted dermatoses: a critical review. *Gen Hosp Psychiatry*. 1987;9(1):45-52.

Hajcak G, Franklin ME, Simons RF, Keuthen NJ. Hairpulling and Skin Picking in relation to affective distress and obsessive-compulsive symptoms. Journal of Psychopathology and behavioral assessment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2006;28(3):177-185.

Hayes SL, Storch EA, Berlanga L: Skin picking behaviors: an examination of the prevalence and severity in a community sample. *J Anxiety Disord*, 2009;23:314–319.

Hing N, Breen H, Gordon A, Russell A. J Risk factors for problem gambling among indigenous Australians: an empirical study. *Gambl Stud*. 2014;30(2):387-402.

Howard MO, Kivlahan D, Walker RD. Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders. *J Stud Alcohol*. 1997;58:48-66.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais 1998, n. 1, 1999.

Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S, Hale E, Fraim C, Baer L, O'Sullivan RL, Jenike MA. Repetitive skin picking in a student population and comparison with sample of self-injurious skin-pickers. *Psychosomatics*. 2000;41:210–215.

Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr Psychiatry*. 2010; 51(2):183-6.

Kim HS, Cassetta BD, Hodgins DC, Tomfohr-Madsen LM, McGrath DS, Tavares H. Assessing the Relationship between Disordered Gamblers with Psychosis and Increased Gambling Severity: The Mediating Role of Impulsivity. *Can J Psychiatry*. 2018;63(6):370-377.

Kraepelin, Emil *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Fünfte, vollständig umgearbeitete. Auflage: Leipzig, 1896.

Krupp NE Self-caused skin ulcers. *Psychosomatics*. 1977;18:15-19.

Leibovici V, Murad S, Cooper-Kazaz R, Tetro T, Keuthen NJ, Hadayer N, Czarnowicki T, Odlag BL. Excoriation (skin picking) disorder in Israeli University students: prevalence and associated mental health correlates, *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(6):686-9.

Lochner C, Seedat S, du Toit PL, Nel DG, Niehaus DJ, Sandler R, Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: a phenomenological comparison. *MC Psychiatry*. 2005;5(2).

Lochner C, Simeon D, Niehaus DJ, Stein DJ. Trichotillomania and skin picking: a phenomenological comparison. *Depress Anxiety*. 2002;15:83-86.

Lochner C, Roos A, Stein DJ. Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2017;13:1867–1872.

Lorains FK, Stout JC, Bradshaw JL, Dowling NA, Enticott PG. Self-reported impulsivity and inhibitory control in problem gamblers. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2014;36(2):144-57.

Machado MO, Köhler CA, Stubbs B, Nunes-Neto PR, Koyanagi A, Quebedo J, Soares CJ, Hyphantis NT, Marazziti D, Maes M, Stein DJ, Carvalho AF. Skin picking disorder: prevalence, correlates, and associations with quality of life in a large sample. *CNS Spectr*. 2018;7:1-10.

Magid M, Reichenberg JSL, Fridlington JL. Management of Psychodermatological Disorders. *US Dermatology -Touch Briefings*. 2008;3:64-68.

Malloy-Diniz LF, Mattos P, Leite W, Borges W; Abreu N, Coutinho G, Paula, Jonas-Jardim P; Tavares H; Vasconcelos AG, Fuentes D. Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010; 59(2):99-105.

Martins SS, Tavares H, da Silva Lobo DS, Galetti AM, Gentil V. Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addict Behav*. 2004;29(6):1231-5.

Martins SS, Tavares H, Silva DSL, Galetti AM, Gentil V. Pathological gambling, gender and risk-taking behaviors. *Addict Behav*. 2004 Aug;29(6):1231-5.

Masse LC, Tremblay RE. Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:62-8.

McDowell, I. Newell, C. Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires New York: Oxford University (2nd ed.), 1996.

McGrew WC and Tutin CEG, Evidence for a Social Custom in Wild Chimpanzees? *New Series*; 1978;13(2):234-251.

Montagu, A. Tocar: o significado humano da pele. São Paulo: Summus, 1988.

Neziroglu F, Rabinowitz D, Breytman A, Jacofsky M, Skin picking phenomenology and severity comparison. *Prim Care Com J Clin Psychiatry*. 2008;10:306-312

Odlaug B, Lust K, Schreiber L, Christenson G, Derbyshire K, Grant JE. Skin picking disorder in university students: health correlates and gender differences. *General Hospital Psychiatry*. 2013;35:168-173.

Odlaug BA e Grant JE. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *General Hospital Psychiatry*. 2008;30:61-66.

Odlaug BL, Grant JE, Chamberlain SR. Motor inhibition and cognitive flexibility in pathological skin picking. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010;34(1):208-211.

Odlaug BL, Grant JE. Pathologic Skin Picking. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2010;36:296-303.

Odlaug BL, Schreiber LRN, Grant JE. Personality dimensions and disorders in pathological gambling. *Current Opinion in Psychiatry*. 2013;26:1:107–112.

Oldham JM, Hollander E, Skodol AE. Impulsivity and Compulsivity, Washington: American Psychiatric Press, 2005.

Oliveira EC, Leppink EW, Derbyshire KL, Grant JE. Excoriation disorder: impulsivity and its clinical associations. *J Anxiety Disord*. 2015;30:10-22.

Oliveira IR, Rosário MC, Miguel EC, Princípios e práticas em Transtornos do espectro Obsessivo-compulsivo. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007.

Pagani LS, Derevensky JL, Japel C. Predicting gambling behavior in sixth grade from kindergarten impulsivity: a tale of developmental continuity. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 163(3):238-243.

Pidcock BW, Fischer JL, Forthun LF, West SL. Hispanic and Anglo college women's risk factors for substance use and eating disorders. *Addict Behav* 2000;25:705-23.

Piquet-Pessoa M, Fontenelle LF. Opioid antagonists in broadly defined behavioral addictions: a narrative review. *Expert Opin Pharmacother*. 2016;17(6):835–844.

Pivarunas B, Conner BT. Impulsivity and emotion dysregulation as predictors of food addiction. *Eat Behav*. 2015;19:9-14.

Rosner B. Fundamentals of Biostatistics. Fifth edition. Duxbury: Thomson Learning. California, 2000.

Scanavino MT, Ventuneac A, Abdo CH, Tavares H, Amaral ML, Messina B, Reis SC, Martins JP, Parsons JT. *Psychiatry Res*. 2013; 30;209(3):518-24.

Sher KJ, Bartholow BD, Wood MD. Personality and substance use disorders: a prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:818-29.

Sher KJ, Wood MD, Crews TM, Vandiver PA. The tridimensional personality questionnaire: reliability and validity studies and derivation of a short form. *Psychol Assess*. 1995;7:195-208.

Siddiqui E, Naeem SS, Naqvi H, Ahmed B, Prevalence of body-focused repetitive behaviors in three large medical colleges of Karachi: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*. 2012;5:614-619.

Silva JDT, Müller MC. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estudos de Psicologia*. 2007;24(2):247-256.

Snorrason Í, Smári J, Ólafsson RP. *J Behav Ther E Psychiat*. 2010;4:239-245.

Snorrason I, Olafsson RP, Flessner CA, Keuthen NJ, Franklin ME, Woods DW.Scand. The Skin Picking Impact Scale: Factor structure, validity and development of a short version. *J Psychol*. 2013;54(4):344-8.

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(6):611-26.

Swedo SL. Rituals and releasers: an ethological model of obsessive-compulsive disorder. *Obsessive-compulsive Disorder in Children and Adolescents*. Washington, American Psychiatric Press, 1989.

Tabachnick, BG e Fidell, LS. *Using Multivariate Statistics*. 4th Edition, Allyn and Bacon, Boston; 2001.

Tavares H, Gentil V. Pathological gambling and obsessive-compulsive disorder: towards a spectrum of disorders of volition. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(2):107-17.

Tavares H; Capítulo 74: Jogo Patológico; Capítulo 75: Impulsividade e Transtornos do Controle do Impulso, In: Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF. *Clínica Psiquiátrica*, Barueri: Manole, 2011, p.1015-1050.

Torres AR, Fontenelle LF, Shavittc RG, Ferrão YA, Rosário MC, Storchf EA, Miguel EC. Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentreclinical sample. *Journal of Affective Disorders*. 2026;190:508–516.

Tucker BT, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord*, 2011;25(1):88-95.

Vitaro F, Arseneault L, Tremblay RE. Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction*. 1999;94(4):469-619.

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

Welch JM, Lu J, Rodriguiz RM, Trotta NC, Peca J, Ding JD, Feliciano C, Chen M, Adams JP, Luo J, Dudek SM, Weinberg RJ, Calakos N, Wetsel, WC, Feng G. Cortico-striatal synaptic defects and OCD-like behavior in SAPAP3 mutant mice. *Nature*. 2007;448:894–900.

Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, O'Sullivan RL, Jenike MA. Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(7):454-459.

Wills TA, Vaccaro D, McNamara G. Novelty seeking, risk taking and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory. *J Subst Abuse* 1994;6:1-20.

Wilson E. Lectures on Dermatology. Delivered in the Royal College of Surgeons of England. 1874-1875, London, J and A Churchil, 1875.

Zack M, Poulos CX. Paralled roles for dopamine in pathological gambling and psychostimulant addiction. *Curr Drug Abuse Rev*. 2009;2(1):11-25.

Zaidens SH. Self-inflicted dermatoses and their psychodynamics. *J Nerv Ment Dis*. 1951;113:395-404.