UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE – UFCSPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Alice Castro Menezes Xavier

Avaliação e tratamento com terapia cognitivo comprtamental da Dermatotilexomania

Porto Alegre
2018

Catalogação na Publicação

Xavier, Alice Castro Menezes
Avaliação e tratamento com terapia cognitivo comportamental da dermatotilexomania / Alice Castro Menezes Xavier. -- 2018.
103 f. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2018.

Orientador(a): Profa. Dra. Carolina Blaya.

1. Dermatotilexomania. 2. Terapia Cognitivo Comportamental. 3. Diagnóstico Fotográfico. 4. Terapia em Grupo. I. Título.

Alice Castro Menezes Xavier

Avaliação e tratamento com terapia cognitivo comprtamental da Dermatotilexomania

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Dra. Carolina Blaya Dreher

Porto Alegre
2018

Dedico este trabalho à minha família, que sempre me incentivou em minha jornada.

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Carolina Blaya Dreher, pelo constante incentivo e apoio neste projeto, e pelos sábios ensinamentos.

Aos colaboradores, Ariadne Cruz de Oliveira, Camila Maria Barbieri de Souza, Cecília Cassal, Clarissa Prati, Luís Henrique Fernandes Flores, Mariane Bagatin Bermudez e Renata de Melo Felipe, pela importante contribuição ao longo deste projeto.

À Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, pelo apoio com os ensinamentos acadêmicos e recursos que tornaram este projeto possível.

Aos meus pais Rubes e Ligia, e às minhas irmãs Anita e Luiza, por todo o incentivo e apoio dado ao longo de toda minha formação.

Ao meu esposo Patricio, por sempre acreditar em meus projetos.

Sumário

Lista de Abreviaturas: 8
Lista de Figuras e Tabelas 9
Apresentação parcial dos resultados: 11
Resumo 13
Abstract 16
1. Introdução: 19
2. Revisão da Literatura: 22
2.1.As psicodermatoses 22
2.2. Dermatotilexomania e Tricotilomania 24
2.3. Avaliação da gravidade da dermatotilexomania 29
2.4 Validação de um instrumento 32
2.5. Terapia de reversão de hábito 34
2.6 Protocolo de Rothbaum: 36
2.7. Disponibilidade atual de tratamento para Dermatotilexomania ... 40
3. Hipóteses: 42
4. Objetivos: 44
5. Considerações Éticas: 46
6. Referências Bibliográficas da Revisão da Literatura 47
Artigo Original 1
Validation of the Skin Picking Impact Scale to Brazilian Portuguese and Development of an objective photographic instrument..... 54
Orientações Revista Brasileira de Psiquiatria – Submissão Artigo Original 1 .. 77
Artigo Original 2:
Improving Skin Picking treatment using the Rothbaum Cognitive-Behavioral Therapy Protocol in individual and group formats: a randomized clinical trial 82
Orientações revista “Behavior Research and Therapy” – submissão Artigo Original 2 106
7. Conclusão 124
8. Anexos 127

Anexo A – Escala de impacto de dermatotilexomania 127
Anexo B – Escala de URICA..... 129
Anexo C – CGI: impressão clínica global..... 131
Anexo D – Inventário de depessão de Beck: 132
Anexo E – Escala Hamilton de ansiedade 135
Anexo F – Diagnósticos do MINI international neuropsychiatric interview (MINI)..... 137
Anexo G – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) 138
Anexo H – Termo de consentimento para liberação de imagem 140
Anexo I - Manual de terapia cognitiva-comportamental para pacientes com *skin picking* (dermatotilexomania)..... 141
Anexo J – Instrumento fotográfico de avaliação de dermatotilexomania 154
Anexo L – Aprovação do comitê de ética da UFCSPA 155

Lista de Abreviaturas:

SNC	Sistema Nervoso Central
DSM 5	Diagnóstico Manual e Estatístico dos Transtornos mentais, 5ªedição
ISRS	Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TRH	Terapia de Reversão de Hábito
DTM	Dermatotilexomania
TTM	Tricotilomania
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SPIS	Skin Picking Impact Scale (Escala de Impacto de Dermatotilexomania)
PR	Protocolo de Rothbaum
PRA	Protocolo de Rothbaum Adaptado para Dermatotilexomania
MF	Medida Fotográfica

Lista de Figuras e Tabelas

Número **Página**

Revisão da Literatura:

Quadro 1. Conceitos psicodermatoses 22

Quadro 2. Resumo do Protocolo de Rothbaum 36

Artigo Original 1:

Table 1: Sociodemografic and clinical characteristics of the population…….71

Figure 1: Skin Picking Impact Scale validated to Brazilian Portuguese….....73

Figure 2: Photographic instrument to assess skin lesions caused by Skin Picking Disorder…….75

Table 2. Photographic instrument scores of the sample and its Intra Class Correlation (ICC……)……76

Figure 3. Spearman Correlation between instruments.....76

Artigo Original 2:

Table 1. Sociodemografic and clinical characteristics of the sample at baseline, with comparison between patients that concluded or dropped out the treatment ……. 98

Figure 1: Flow diagram of the progress through the phases of the study …….99

Figure 2: Rothbaum Protocol sessions framework and adaptations for use with skin Picking Disorder ……99

Table 2: Results of the instruments applied before and after treatment with Rothbaum adapted protocol ……102

Table 3: Sociodemografic and clinical characteristics of the study 2 sample at baseline ……102

Figure 3: Flow diagram of the progress through the phases of the study 2 ……. 104

Figure 4: Improvement after individual treatment with RAP …...105

Figure 5: Improvement after group treatment with RAP ……...105

Apresentação parcial dos resultados:

Alice C. M. Xavier, Camila B. de Souza, Luis H. F. Flores, Mariane B. Bermudez, Cecília Cassal, Clarissa Prati, Carolina Blaya. Development of a photographic instrument to evaluate Skin Picking severity: a cross-sectional study. Apresentado em formato de pôster no RADLA (Reunião Anual de Dermatologistas Latino Americanos), realizado de 28 de abril a 1 de maio em Cancún, México.

A. C. M. Xavier, Pedro L. Béria, C. Barbieri de Souza, L. Fernandes Flores M. Bagatin Bermudez, C. Blaya Dreher. Treatment of Skin Picking disorder and comorbid symptoms using the Rothbaum Protocol in individual and group format: preliminary findings of a randomized trial with 6 months follow-up. Apresentado em formato de pôster no *Anxiety and Depression American Association Annual Conference,* em abril de 2018 em Washington D.C./EUA.

Barbieri, C.M.; **Xavier**, **A.C.M.;** Flores, L.H.F.; Bermudez, M.B.; Prati, C.; Cassal, C.; Blaya, C. Criação de medida fotográfica para avaliação de *skin picking* e sua correlação com escalas psicométricas. Apresentado em formato oral na 42a Jornada Gaúcha de Dermatologia, realizada em outubro de 2017, Em Porto Alegre/RS. **Projeto premiado em 1° Lugar na modalidade "Investigação**" da 42a Jornada Gaúcha de Dermatologia.

Flores, L.H.F.; **Xavier**, **A.C.M.;** Barbieri, C.M.; Prati, C.; Cassal, C.; Blaya, C. Criação de medida fotográfica para avaliação de melhora de *skin picking* após tratamento com protocolo de terapia cognitivo comportamental. Apresentado na modalidade e-poster na 37a semana científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, realizada em setembro de 2017 em Porto Alegre/RS.

Alice C. M. Xavier; Camila M. Barbieri De Souza; Carolina Blaya; Mariane Bagatin Bermudez. Tratamento de dermatotilexomania baseado no protocolo de terapia cognitivo-comportamental de rothbaum: achados preliminares. Apresentado na modalidade pôster no World Congress on Brain, Behavior and Emotions 2017, realizado de 14 a 17 de junho de 2017 no centro de eventos FIERGS em Porto Alegre/RS.

Xavier, A.C.M.; Barbieri, C.M..; Carvalho, M.G.S.C.; Ferrão, Y.A. Blaya, C. Improving the skin picking treatment using the Rothbaum cognitive-behavioural protocol: preliminar findings and predictors. Apresentado na modalidade pôster no *Anxiety and Depression American Association Annual Conference,* realizado em abril de 2017 em São Francisco, Califórnia/EUA.

Xavier, A.C.M.; Barbieri, C.M.; Oliveira, A.C.; Felipe, R.M.S.; Carvalho, M.G.C.; Blaya, C. Tratamento de dermatotilexomania e tricotilomania com protocolo unificado de terapia cognitivo-comportamental: achados preliminares e perspectivas futuras. Apresentado de forma oral na XXVIII Jornada do Centro de Estudosa Luís Guedes, realizada em agosto de 2016 em Gramado/RS.

Resumo

Introdução: A dermatotelixomania é um transtorno prevalente e que frequentemente é comorbido com transtornos depressivos ou ansiosos. Tratamentos com técnicas comportamentais demonstraram benefício significativo na melhora dos sintomas da dermatotilexomania (DTM), porém não há um tratamento para DTM que aborde o manejo conjunto de sintomas depressivos e ansiosos; além disso, não há opção de tratamento em formato de grupo. Quanto à avaliação da gravidade da DTM, existem instrumentos autoaplicáveis ou aplicados por avaliador treinado, que são influenciados pelo juízo crítico do paciente acerca da doença e pelos sintomas comórbidos. Não há até o momento algum instrumento validado para avaliação de DTM em indivíduos brasileiros, bem como não há na literatura instrumento que avalie a gravidade das lesões de pele desta patologia de forma objetiva. Para avaliar a gravidade da DTM e de suas lesões, nosso estudo objetivou a validação da escala de avaliação de impacto de DTM para o português brasileiro e criou, por dermatologistas, um instrumento baseado em medida fotográfica (MF) para avaliação objetiva das lesões de pele. Com o objetivo de melhorar o

tratamento da DTM e facilitar o treinamento de terapeutas, nosso estudo adaptou o protocolo de terapia cognitivo-comportamental de Rothbaum para tratar DTM e testou sua eficácia na melhora dos sintomas de DTM e das comorbidades depressão e ansiedade, tanto quando aplicado em formato individual quanto em grupo. **Métodos:** Essa dissertação é composta por três estudos, sendo eles: 1) Validação da escala de avaliação de impacto de DTM para o português brasileiro e criação de uma medida fotográfica (MF) para avaliar objetivamente a gravidade das lesões de pele causadas pela DTM; 2) adaptação do Protocolo de Rothbaum (PR) para tratamento de DTM; 3) ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia do PR adaptado (PRA) aplicado em formato individual e em grupo. No estudo 1, os pacientes incluídos preencheram a escala de impacto de DTM traduzida para o português brasileiro e foram avaliados também pela Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM–A), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Impressão Clínica Global (CGI), além de terem as áreas de lesões de pele fotografadas. As fotos foram avaliadas por duas avaliadoras cegadas, as quais preencheram uma escala abrangendo quatro características das lesões: escoriação ativa, crosta/sangramento, exulceração e lesões lineares, cada item em escala Lickert de gravidade crescente de 0 a 10. A análise estatística foi conduzida no software R 3.3.1. No etudo 2, o PR foi aplicado a pacientes com diagnóstico de DTM em formato individual e em grupo, antes e após a intervenção foram aplicados os mesmos instrumentos do estudo 1, e o protocolo recebeu adaptações para ter suas técnicas voltadas ao manejo da DTM ao invés da Tricotilomania. No estudo 3, o PRA para DTM foi

aplicado a pacientes com diagnóstico de DTM, randomizados para tratamento em modalidade individual ou em grupo, os quais antes e após o tratamento foram avaliados as mesmas escalas do estudo 1 e 2, nesse caso por avaliadores cegados para a modalidade de tratamento. **Resultados:** Estudo 1: foram incluídos 63 pacientes. A escala de Impacto de Dermatotilexomania traduzida para o português brasileiro teve boa consistência interna (Alfa de Cronbach 0.88), com um RMSEA<0.00001, teste de ajuste de chi-square com p=21.61. p<0.71 e um TLI=1.034, mostrando-se um modelo adequado. A confiabilidade da MF foi de 0.6 (moderada) com um alfa de Conbrach de 0.8, indicando elevada consistência interna. A MF não esteve correlacionada a sintomas comórbidos à DTM. Estudo 2: Foram tratados 14 pacientes em formato individual (n=7) ou em grupo (n=7) e 11 indivíduos concluíram o tratamento, não havendo diferença na taxa de abandono entre as duas modalidades. A adaptação do PR foi viável e resultou em melhora da condição clínica geral [CGI 5 (3-6) Vs. 3 (1-6), p=0.03] e dos sintomas depressivos (BDI 21.3±11.38 Vs. 18.1±10.84, p=0.04), com a gravidade da DTM estando diretamente relacionada com sintomas depressivos (r=0.77 p=0.003). Estudo 3: Foram tratados 54 pacientes, em formato individual (n=27) ou em grupo (n=27) e 37 indivíduos concluíram o tratamento. Houve melhora significativa de todas as escalas, em ambas modalidades de tratamento: SPIS (26.11 Vs. 16.03) BDI (16.87 Vs.12.31), CGI (4.7 V. 2.9), HAM-A(29.15 Vs. 22.6), p<0.001. **Conclusão**: A escala de Impacto de DTM validada para o português constitui bom instrumento de avaliação de DTM. A medida fotográfica é uma forma consistente de avaliar lesões

de pele causadas pela DTM. A adaptação do protocolo de Rothbaum foi possível e efetiva tanto no tratamento da DTM quanto nos sintomas depressivos e ansiosos associados, tanto aplicado em formato individual quanto em grupo. O estudo 1 é apresentado no Artigo Original 1, e o estudo 2 e 3 no Artigo Original 2.

Descritores: dermatotilexomania, *Skin Picking,* terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia em grupo, protocolo de Rothbaum, avaliação fotográfica

Abstract

Dermatillomania (DTM) is a prevalent disorder that is frequently comorbid with depressive or anxious symptoms. Treatments with behavioral techniques have shown significant benefit improving DTM, but there is no treatment for DTM that addresses the management of comorbid symptoms, in addition, there is no treatment option in group format. Regarding the assessment of the severity of DTM, there are self-applied or clinican applied instruments, all of them influenced by the patient's counsciesness about the disease and by the comorbid symptoms. Besides this, there is no validated instrument to assess DTM in Brazilian individuals, nor is there an instrument that evaluates the severity of the skin lesions of this pathology in an objective way. In order to evaluate the severity of DTM and its lesions in Brazilian population, our study aimed to validate the Skin Picking Impact Scale (SPIS) for Brazilian Portuguese and created, by dermatologists, an instrument based on photographic

measurement (PM) for the objective evaluation of skin lesions. In order to improve the treatment of DTM and facilitate therapists training, our study adapted Rothbaum's cognitive-behavior therapy protocol to DTM and tested its efficacy in improving symptoms of DTM and comorbid depression and anxiety, both when applied in individual or in group formats. **Methods:** This work is composed of three studies: 1) Validation of the SPIS for Brazilian Portuguese and creation of a photographic measure (PM) to objectively assess the severity of the skin lesions caused by DTM; 2) adaptation of the Rothbaum Protocol (RP) for DTM treatment; 3) randomized clinical trial to evaluate the efficacy of RP adapted applied in individual and group format. In study 1, the included sample completed the SPIS translated into Brazilian Portuguese and were also evaluated by the Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Beck Depression Inventory (BDI) and Global Clinical Impression (CGI), in addition to having the areas of skin lesions photographed. The photos were evaluated by two blinded evaluators, who completed a scale covering four characteristics of the lesions: active excoriation, crust / bleeding, exulceration and linear lesions, each one in a Lickert scale of increasing severity from 0 to 10. Statistical analysis was conducted in software R 3.3.1. In the study 2, RP was adapted to SPD and applied to patients with a diagnosis of DTM in individual and group format, and before and after the intervention the same instruments of study 1 were applied. In study 3, the adapted RP was applied to patients diagnosed with TMD, randomized to individual or group treatment, assessed before and after treatment thru the same scales of study 1 and 2, in this case by blinded evaluators. **Results:** Study 1: 63 patients were included. The SPIS translated into Brazilian Portuguese had good internal consistency (Cronbach's Alpha

0.88), with a RMSEA <0.00001, chi-square fit test with p = 21.61. p <0.71 and a TLI = 1.034, showing a suitable model. The reliability of PM was 0.6 (moderate) with a Conbrach alpha of 0.8, indicating a high internal consistency. PM was not correlated with symptoms comorbid to DTM. Study 2: Fourteen patients were treated individually (n = 7) or in group (n = 7) and 11 subjects completed treatment, with no differences in the dropout rate between the two modalities. RP adaptation was feasible and resulted in improvement of general clinical condition [CGI 5 (3-6) vs. 3 (1-6), p = 0.03] and depressive symptoms (BDI 21.3 ± 11.38 vs. 18.1 ± 10.84, p = 0.04), with the severity of DTM being directly related to depressive symptoms (r = 0.77 p = 0.003). Study 3: Fifty-four patients were treated individually (n = 27) or in a group (n = 27) and 37 subjects completed treatment. There was a significant improvement of all scales in both treatment modalities: SPIS (26.11 v. 16.03) BDI (16.87 Vs.12.31), CGI (4.7 v. 2.9), HAM-A (29.15 v. 22.6), p <0.001. There was no difference between the group or individual dropout rates. After treatment, there was improvement in depressive symptoms (BDI 21.3±11.38 Vs. 18.1±10.84, p=0.04) and in clinical global impression [5 (3-6) Vs. 3 (1-6), p=0.03]. The severity of SPD was correlated with depressive symptoms (r=0.77 p=0.003). **Conclusion:** The SPIS validated to Brazilian Portuguese is a good instrument to evaluate DTM. Photographic measurement is a consistent way of assessing skin lesions caused by DTM. Adaptation of the Rothbaum protocol was possible and effective both in the treatment of DTM and in the associated depressive and anxiety symptoms, applied in individual and group format. Study 1 is presented in Original Article 1, and study 2 and 3 in Original Article 2.

Key words: skin picking, cognitive-behavioral therapy, group treatment, Rothbaum protocol

1. Introdução:

Cerca de 33% dos pacientes acometidos por patologias dermatológicas apresentam alguma morbidade psiquiátrica, visto que pele e sistema nervoso central (SNC) estão intimamente conectados(1). Nesse contexto, surgem as chamadas psicodermatoses, sendo estas: tricotilomania (TTM), dermatotilexomania (também conhecida como *Skin Picking* ou dermatotilomania), onicofagia e transtorno dismórfico corporal do subtipo cutâneo(1).

A dermatotilexomania (DTM) acomete cerca de 1,4% a 10% da população geral, aumentando esta prevalência para 7% a 30% na população psiquiátrica (2). Esta patologia se caracteriza pelo comportamento recorrente

de mexer na pele, causando lesões; tentativas recorrentes de diminuir ou parar com tal hábito, e ausência de outra patologia ou uso de substâncias que possa explicar o hábito(3). O quadro pode iniciar em todas as idades e apresenta tendência a ter curso crônico, com importante impacto socioeconômico(3).

A avaliação da gravidade da DTM, bem como da melhora desta após o tratamento, se baseia em diferentes escalas, tanto auto-aplicáveis quanto aplicadas por examinadores.(4) Todas as escalas dependem do conhecimento do paciente acerca de sua patologia e são influenciadas em maior ou menor grau pela presença de comorbidades como ansiedade, depressão e sintomas evitativos. (5, 6)

Estudos mostram que menos de 20% dos pacientes com DTM procuram tratamento, aproximadamente 53% recebem o diagnóstico correto e mais de 57% não ficam satisfeitos com o tratamento recebido(7). Os principais profissionais procurados por estes pacientes são dermatologistas e psiquiatras(8). A abordagem desse transtorno pode ser feita tanto com psicoterapia como com psicofarmacologia. O uso de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) mostrou resultados controversos, com alguns estudos encontrando maior eficácia dos ISRS comparados ao placebo e outros estudos não encontrando esta diferença(9, 10). Contudo, ao se comparar o uso de ISRS (Fluvoxamina, Fluoxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram) com um controles inativos (lista de espera e placebo) os estudos não encontraram superioridade da medicação(9). Dois estudos avaliaram o uso de Lamotrigina, encontrando melhora sintomática significativa, porém, ao ser comparada com uso de placebo, a Lamotrigina não se manteve superior(9, 10). O tratamento da DTM com a Terapia de Reversão de Hábito (TRH) é

considerado eficaz, sendo significativamente superior às intervenções de controle, como lista de espera e uso de placebo(4, 9).

A maioria dos estudos de tratamento da DTM são ensaios abertos e não controlados. Contudo, sabe-se que para avaliação de uma intervenção, o ensaio clínico randomizado, controlado e cegado constitui-se no melhor nível de evidência(4).

A Tricotilomania é uma doença que acomete cerca de 0,6% à 4% da população geral, sendo caracterizada por: hábito de arrancar os pelos do próprio corpo de forma recorrente resultando em prejuízo ao indivíduo; tentativas repetidas de parar tal hábito e ausência de outra doença que o justifique (3). O tratamento da TTM é embasado no uso do Protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental de Rothbaum, com eficácia bem documentada(11). Esse protocolo é composto por 9 sessões, engloba inicialmente as técnicas de reversão de hábito, posteriormente técnicas de manejo de ansiedade (respiração e relaxamento) e ao final técnicas de reestruturação cognitiva e prevenção de recaída(11).

Estudos mostram que a taxa de co-ocorrência de dermatotilexomania e tricotilomania é muito maior do que o esperado, levantando-se a hipótese de que estas doenças não sejam comórbidas, mas sim partes de um espectro de uma única patologia(12). Ambas estão alocadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5) como patologias similares ao Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), visto terem em comum a presença de um hábito repetitivo(3, 13). Dessa forma, é possível que o mesmo tratamento que é tido como eficaz para a TTM possar ser adaptado para ser aplicado em casos de DTM, desta forma, tratando não apenas os sintomas

específicos da DTM, mas as comorbidades associadas, principalmente depressão e ansiedade, as quais são abordadas no Protocolo de Rothbaum (11). Por fim, esta adaptação de um protocolo já existente para o tratamento da tricotilomania também facilitaria o treinamento de profissionais.

2. Revisão da Literatura:

2.1.As psicodermatoses

A pele é o maior órgão do corpo humano, sendo a interface desse com o exterior, o que confere um importante papel social ao longo da vida de um indivíduo. Além disso, reações emocionais manifestam-se na pele, seja através

de ruborização, palidez, piloereção ou sudorese excessiva. Por sua vez, as alterações da pele também podem causar alterações emocionais, como sintomas depressivos e ansiosos resultantes de acne grave, por exemplo. (14) Sabe-se que há íntima conexão entre o SNC e a pele, através dos nervos dérmicos, os quais localizam-se de forma mais concentrada na face e no escalpo. Como já citado, cerca de 33% dos pacientes acometidos por patologias dermatológicas apresentam alguma morbidade psiquiátrica. Desregulações emocionais podem se manifestar através de lesões na pele, assim como a auto-indução de lesões na pele pode ser uma forma de lidar com alterações emocionais, como, por exemplo, altos níveis de ansiedade. Nesse contexto, surgem as chamadas psicodermatoses, sendo conhecidas como patologias que envolvem alterações psíquicas e dermatológicas, sendo estas: tricotilomania, dermatotilexomania, onicofagia e dismorfismo corporal. (1)

Apesar de descritas há centenas de anos, como por exemplo nas citações de Hipócrates (460–377 AC) acerca das manifestações cutâneas do estresse e do hábito de arrancar pelos para alívio emocional, as psicodermatoses foram por muito tempo negligenciadas pela medicina. Atualmente, mais trabalhos estão sendo publicados acerda dessas patologias, dentro da área de estudo chamada Psicodermatologia, a qual engloba uma série de condições, entre elas o grupo das psicodermatoses ou patologias psiquiátricas com manifestações cutâneas. O quadro 1 descreve esses conceitos e suas patologias (15).

Quadro 1. Classificação das patologias psicodermatológicas

Classificação	Definição	Exemplos
Patologias Psicofisiológicas	Patologia dermatológica é desencadeada por estresse	• Acne

	psicológico. Paciente apresenta correlação entre estresse e exacerbação da patologia.	• Alopécia areata • Dermatite atópica • Psoríase • Púrpura psicogênica • Rosácea • Dermatite seborréica • Urticária
Patologias psiquiátricas com sintomas dermatológicos	A lesão dermatológica é auto-infringida. Há sempre um transtorno psicológico basal e são o estereótipo das psicodermatoses.	• Transtorno dismórfico corporal • Delírios de parasitoses • Transtornos alimentares • Dermatite factícia • Escoriação neurótica (*Skin Picking*) • Transtorno Obsessivo-Compulsivo • Tricotilomania
Patologias dermatológicas com sintomas psiquiátricos	Problemas emocionais são principalmente pelo fato de ter uma patologia dermatológica, e as consequencias psíquicas são mais graves que as dermatológicas	• Albinismo • Vitiligo • Alopécia areata • Eczema crônico • Hemangioma • Psoríase • Ictiose • Rinofima
Miscelânea	Diversas patologias foram descritas e agrupadas sob esta condição. Efeitos adversos relacionados a medicações psiquiátricas ou dermatológicas também encontram-se neste grupo de transtornos psicodermatológicos	• Síndrome de púrpura psicogênica • Síndrome cutâneo sensorial

Adaptado de: Jafferany MF, K. Psychodermatology: basics concepts. 2016

A conexão íntima entre SNC e pele está relacionada ao fato de ambas as estruturas terem origem nas células da região ectodérmica. Essas células se diferenciam em diversas estruturas nervosas, na epiderme, nas unhas e também nas glândulas sudoríparas e pelos (15). As regiões cutâneas mais afetadas pelas psicodermatoses são aquelas com maior inervação, como anteriormente citado a pele e o escalpo, seguidas pelos dedos e lábios (1). Existem também fatores imunológicos e neuroendócrinos envolvidos na

ocorrência das psicodermatoses. Por ser a barreira entre órgãos internos e o mundo exterior, a pele tem importante função imunológica, sendo nosso primeiro mecanismo de defesa, tanto como barreira física como através da secreção de citocinas e hormômios (15). Devido ao fato de a pele produzir neuropeptídeos e fornecer diversas respostas ao SNC, as quais dependem dos estímulos recebidos pela epiderme, ela é considerada por alguns autores um cérebro externo (14). Somado a isto, existe uma interação entre a pele e o sono, visto que nosso ritmo circadiano depende de uma adequada função da pele na dissipação de calor e termorregulação para a indução do sono. Por outro lado, é durante o sono que nossa barreira dermatológica de proteção a agentes nocivos se regenera, ficando defasada caso não tenhamos um ritmo circadiano adequado. Dessa forma, é sabido que há correlação entre alterações do sono e doenças dermatológicas, principalmente as de cunho inflamatório (1).

Recentemente, em 2013, o novo manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM 5) reclassificou alguns transtornos mentais, entre eles as psicodermatoses, que passaram a ser incluídas em um novo capítulo de patologias, o de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtornos relacionados(3). Além disso, pela primeira vez a dermatotilexomania apareceu no manual como uma entidade diagnóstica. Antes, a tricotilomania era considerada um transtorno de descontrole de impulsos e a dermatotilexomania não era tida como um diagnóstico(16). O capítulo do DSM 5 de TOC e transtornos relacionados agrupa patologias que se caracterizam por comportamentos repetitivos, excessivos e persistentes, geralmente relacionados a sensações físicas e/ou pensamentos(3). No caso do transtorno

dismórfico corporal, este se refere a preocupações excessivas relacionadas à aparência física do indivíduo, e é considerado uma psicodermatose quando esta preocupação se dá preponderantemente acerca de sua pele(1) (3).

O grupamento dessas patologias reflete suas similaridades com relação a aspectos fisiopatológicos, comportamentais, comorbidades e curso da doença (13). Além disso, a resposta ao tratamento também é similar nesse conjunto de doenças, sendo técnicas cognitivo-comportamentais, entre elas a reversão de hábito, as mais eficazes para o tratamento desses transtornos com comportamentos repetitivos(16).

2.2. Dermatotilexomania e Tricotilomania

Dentre as psicodermatoses, aquela mais bem estudada é a Tricotilomania, a qual tem sua primeira descrição relatada por Hipócrates. Esta patologia acomete cerca de 0,6% a 6% da população mundial, com uma prevalência ao longo da vida de 10%, sendo 75% dos pacientes do sexo feminino(17). Segundo o DSM 5, ela é caracterizada pelo hábito recorrente de arrancar cabelos e/ou pelos do corpo, pela incapacidade de controlar tal hábito, pelo fato de este hábito causar sofrimento significativo, e também por ele não ser mais bem explicado por outro transtorno ou uso de alguma substância (3). Os locais do corpo mais acometidos são o escalpo, sobrancelhas, cílios e pelos pubianos. Essa patologia está associada a um alto prejuízo funcional do indivíduo, o qual passa a ter comprometimento de seu desempenho laboral, social e familiar. Além disso, é comum o acontecimento comórbido de depressão maior (28,6% dos casos) e TOC (10,7%). Em relação à etiologia da

tricotilomania, estudos sugerem que uma deficiência de controle inibitório seja uma variável importante, além da existência de componente genético (18).

O tratamento eficaz da tricotilomania se baseia no protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental de Rothbaum, criado por Barbara O. Rothbaum em 1992. Esse protocolo utiliza, dentre outras técnicas que serão descritas posteriormente, a TRH(11). Outras opções terapêuticas já foram estudadas, como uso de psicofármacos e de psicoterapia de orientação analítica. O tratamento com Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) não se mostrou eficaz, ao passo que o uso de Clomipramina, um antidepressivo tricíclico, mostrou eficácia, porém com um pequeno tamanho de efeito, bastante inferior ao uso da Terapia de Reversão de Hábito (TRH)(19).

Por outro lado, a Dermatotilexomania (também conhecida como Skin Picking), é uma patologia bem menos estudada e apenas reconhecida como entidade diagnóstica no DSM 5 em 2013, apesar da existência de relatos médicos de pacientes sofrendo com este hábito desde o século XIX(20). A prevalência desse transtorno varia de 1,4% até 10% na população geral, acometendo mulheres em 90% dos casos. Essa doença se caracteriza pelo hábito de causa feridas na pele de forma recorrente, associado a tentativas repetidas e ineficazes de parar o hábito, prejuízo causado por este hábito e ausência de outra patologia ou uso de substância que explique o hábito. As lesões causadas pelo indivíduo acometem principalmente a região da face e causam alto prejuízo funcional em cerca de 75% dos indivíduos, com surgimento de sintomas depressivos e por vezes ideação suicida(7). É comum a ocorrência de comorbidades como depressão maior (até 48% dos casos), transtornos ansiosos (8-23%) e abuso de substâncias psicoativas (14-36%).

Além disso, muitas vezes os indivíduos fazem uso de pinças e outros objetos para lesionar a pele, agravando o risco de infecções cutâneas graves e inclusive de septicemia.(20)

A respeito da fisiopatologia da Dermatotilexomania, a literatura sugere que existe uma importante influência genética, com estudos encontrando maior concordância da patologia em gêmenos monozigóticos do que dizigóticos, concluindo que a herdabilidade da Dermatotilexomania é cerca de 47%(1, 21). Contudo, a literatura acerca da genética da Dermatotilexomania ainda é escassa. Alguns estudos de neuroimagem envidenciaram alterações encefálicas corticais, principalmente afinamento de córtex do giro supramarginal esquerdo, região parietal inferior e temporal direitas, associado à gravidade da Dermatotilexomania(22). Tais achados sugerem uma associação dessa patologia com um déficit de controle inibitório neuronal(22). Além disso, sabe-se que indivíduos com esse hábito apresentam uma reatividade emocional exagerada, o que contribui para a impulsividade. Um estudo com ressonância magnética funcional evidenciou uma maior atividade da amígdala, ínsula e córtex orbito-frontal em resposta a estímulos em pacientes com Dermatotilexomania comparado a pacientes controles. Essas regiões cerebrais estão associadas ao controle emocional e respostas afetivas a estímulos.(23)

Em relação ao tratamento dessa patologia, o uso de psicofármacos ISRS ou o uso de Lamotrigina não se mostrou eficaz. A única opção de tratamento superior ao placebo é o uso de TRH(9). Contudo, essa modalidade de terapia não aborda as comorbidades altamente associadas à dermatotilexomania, como ansiedade e depressão, o que poderia comprometer a eficácia em longo-prazo (24).Estudos que adicionaram técnicas cognitivas ao

tratamento da DTM também encontraram superioridade dessa em relação à lista de espera, porém aplicaram diferentes números de sessões e intervalos, além de não avaliaram ansiedade e depressão associados(25, 26)

Apesar de Tricotilomania e Dermatotilexomania serem descritas como diferentes patologias, a literatura tem encontrado dados que sugerem a possibilidade de serem apenas diferentes apresentações de uma mesma doença. Primeiramente, a co-ocorrência destas patologias (superando 50% dos casos) é muito maior que a taxa esperada se calculada a probrabilidade de um indivíduo apresentar ambas as patologias (até 1%). Além disso, essas doenças compartilham uma série de outras características, a saber: forma de apresentação, com o indivíduo tendo alguma sensação tátil ou emocional antes de praticar o hábito; alívio momentâneo da ansiedade ou tristeza após praticar o hábito; perfil de pacientes acometidos sendo majoritariamente mulheres; idade de início da patologia, sendo principalmente no início da adolescência (em média 13 anos); curso da doença, sendo em geral crônico; resposta ao tratamento, sendo a melhora observada com uso de TRH; comorbidade com outras patologias, principalmente transtornos ansiosos, depressivos, TOC e abuso de substâncias psicoativas; fatores de risco associados, como familiaridade, com pacientes com tricotilomania tendo maior prevalência de familiares com dermatotilexomania (6.6-8,3% de acometimento em familiares de primeiro grau) e vice-versa (3,8-9,5% de pacientes com dermatotilexomania tendo familiares de primeiro grau com tricotilomania) além de similaridades em relação à fisiopatologia, com o déficit de controle inibitório sendo característica de ambas as patologias(12). Quando avaliadas as psicodermatoses de forma

geral, tricotilomania e dermatotilexomania são as mais associadas entre si com relação à prevalência e fatores fenomenológicos, como os acima citados.(27)

A importância do entendimento dessas similaridades vai além da alocação destas patologias em um mesmo capítulo do DSM 5. Mais que isso, é fundamental que os pacientes que se apresentam com tricotilomania sejam avaliados para dermatotilexomania, e o contrário da mesma forma. Contudo, provavelmente o mais importante dessa correlação é o melhor entendimento das possibilidades de manejo da dermatotilexomania, a qual, diferentemente da tricotilomania, foi reconhecida como entidade diagnóstica recentemente e é menos estudada em relação a opções de tratamento. Ao contrário do que se pensava anteriormente, essas patologias não costumam responder ao tratamento farmacológico utilizado no tratamento de TOC, mas sim, ao uso de TRH(16).

Quando abordamos o tratamento da dermatotilexomania, não se tem até o presente momento alguma medicação que possua superioridade ao placebo. Estudou-se o uso de diversos ISRS, clomipramina, lamotrigina, agentes glutamatérgicos e antagonistas opióides, sendo a maior evidência de eficácia o uso de técnicas de reversão de hábito para tratamento desta patologia. (9) A mais recente metanálise sobre o assunto destaca a lacuna existente na literatura de estudos bem delineados, que forneçam resultados confiáveis sobre a eficácia das terapêuticas para DTM. Dos 134 estudos revisados por essa metanálise, abordando diversas formas de tratamento para DTM, apenas três estudos (2,2%) eram ensaios clínicos controlados e randomizados, dentre os quais apenas um abordando técnicas comportamentais, datado de 2011(4, 25).

2.3. Avaliação da gravidade da dermatotilexomania

A avaliação da gravidade da DTM se baseia no uso de escalas, sendo estas: autoaplicadas dirigidas para a gravidade dos sintomas, autoaplicadas dirigidas para o impacto dos sintomas na vida do paciente, ou aplicadas por um examinador treinado.

O instrumento de avaliação aplicado pelo examinador mais usado pela literatura é a Escala de Sintomas Obsessivos Compulsivos de Yale Brown Modificada para Escoriação Neurótica (NE-YBOCS), a qual é uma modificação do instrumento de Yale Brown usado para avaliação de TOC (28). A NE-YBOCS possui alta confiabilidade e consiste em 10 itens, cada um variando de 0-4 em gravidade crescente. Os itens avaliam sintomas de DTM ocorridos nos últimos 7 dias, abordando os pensamentos e comportamentos associados ao hábito, o tempo dispensado e o prejuízo causado pela DTM. O escore total varia de 0 a 40 com escores mais elevados refletindo doença mais grave, e uma redução de 30% do escrore sendo considerada resposta satisfatória ao tratamento (28). Essa escala possui alta correlação com a escala CGI, refletindo sua capacidade de avaliar o impacto gerado pela DTM na vida do indivíduo (9).

Dentre os instrumentos autoaplicáveis que avaliam a gravidade da DTM, a escala de Skin Picking possui moderada confiabilidade e consiste em 6 itens, com uma contagem total variando de 0 a 24, avaliando os sintomas de DTM durante a semana anterior, sendo o seu escore influenciado por sintomas emocionais como depressão (29). Uma versão revisada dessa escala adiciona

a avaliação dos danos cutâneos causados pelo hábito e consiste em 6 itens(30). Outro instrumento nesse grupo é a *Skin Picking Symptom Assessment Scale* (Escala de avaliação dos sintomas de skin picking), uma escala validada e com boa confiabilidade, composta por 12 itens que avaliam pensamentos e comportamentos associados à DTM durante últimos 7 dias, variando a contagem total de 0 a 48 (6). A *Skin Picking Reward Scale* (Escala de recompensa de Skin Picking) foi desenvolvida após o DSM 5 para avaliar dois aspectos acerca do hábito da DTM: "gostar", associado a sensações de bem-estar durante o hábito, e "querer", associado ao desejo de realizar novamente o hábito. É um instrumento confiável composto por 6 itens que avaliam cada aspecto, com a pontuação de cada variando de 0 a 5, sendo incluenciada pela autoavaliação do paciente acerca de sua patologia. O tempo de avaliação dos sintomas não está definido(31).

Dentre os instrumentos que avaliam o impacto da DTM na vida do indivíduo, a mais utilizada e bem validada é a Escala de Impacto de Dermatotilexomania (Skin Picking Impact Scale), adaptada da escala do impacto de tricotilomania, a qual avalia o impacto psicossocial da DTM durante a semana que se passou. É uma escala de alta confiabilidade, formada por 10 itens que variam de 0 a 5 com crescente gravidade. Essa escala depende da conscientização e percepção dos pacientes sobre a doença e influência dessa em sua vida, sendo seus escores influenciados por sintomas ansiosos, depressivos e de evitação social. Essa escala foi traduzida para o português por Nádia Richter Bedin e Ygor Arzeno Ferrão (consultar ANEXO A), mas não foi validada(5). Uma versão revisada e resumida também foi desenvolvida, resultando em uma escala de 4 itens, variando a pontuação de 0 a 20. É

importante notar que, dependendo da área do corpo que o paciente apresenta o hábito da DTM, o escore de escala varia consideravelmente, com indivíduos que possuem DTM no rosto tendo geralmente uma pontuação elevada(32).

Todos os instrumentos disponíveis para avaliar DTM dependem da conscientização do paciente sobre o hábito, muitas vezes se baseando também no tempo gasto pelo indivíduo, o que é influenciado pela reflexão acerca da doença. Contudo, apenas 24% dos pacientes acometidos pela DTM possuem consciência sobre seu hábito(33). O NE-YBOCS também depende do conhecimento do aplicador sobre sintomas emocionais, o que muitas vezes não é a rotina de médicos dermatologistas, os quais são geralmente os primeiros profissionais buscados por portadores de DTM(8). Os instrumentos autoaplicados também são influenciados por aspectos emocionais do paciente: ansiedade, depressão e evitação social, os quais são frequentemente comórbidos à DTM. Dessa forma, pacientes com baixa autoestima, mesmo que ocasionada por outros sintomas, apresentam pontuação de maior gravidade nas escalas de avaliação da dermatotilexomania(32). Estudos mostram que os instrumentos autoaplicáveis para avaliação do impacto da DTM estão associados com menor tamanho de efeito da intervenção avaliada, visto que os aspectos que causam impacto na vida do indivíduo, como ansiedade, depressão, baixa autoestima ou cicatrizes de pele, podem persistir mesmo após a melhora da DTM com o tratamento(4). Por fim, a maioria dos instrumentos avaliam o hábito durante os últimos 7 dias, apesar de ser bem estabelecido que a DTM é uma doença crônica e o tempo para curar feridas graves geralmente é maior.

Até o momento, não existe uma medida objetiva de avaliação dos sintomas da DTM que não seja influenciada pela consciência do paciente acerca do hábito ou outras condições emocionais. Uma vantagem potencial de uma avaliação fotográfica é a redução do viés de aferição e de memória. Contudo, não há ainda algum instrumento de medição fotográfica validado para avaliar a gravidade da DTM, com apenas dois estudos tendo utilizado fotografias para avaliar a dermatotilexomania, porém sem avaliação validade e confiabilidade deste instrumento(24, 25)

2.4 Validação de um instrumento

A elaboração de um instrumento de pesquisa envolve um importante processo de validação. Primeiramente, deve-se verificar se o instrumento apresenta validade, ou seja, de fato mede aquilo que se propõe. Para essa primeira etapa utiliza-se a opinião de “experts” no assunto(34).

Posteriormente, é preciso que o instrumento seja confiável, ou seja, possa ser reproduzido em diferentes aplicações, seja quando um mesmo examinador o aplica em diferentes momentos ou quando diferentes examinadores aplicam o instrumento em um mesmo indivíduo em dado momento. Para verificar a confiabilidade de um instrumento, é avaliado qual a sua variabilidade aceitável, ou seja, a confiabilidade mede a fração de variabilidade que se deve a diferenças reais entre os indivíduos. Para isso, a confiabilidade é expressa em valores que variam de 0 a 1, sendo ‘0” ausência total de confiabilidade e “1” a confiabilidade perfeita. Existem diversas formas de se medir a confiabilidade de um instrumento, como a concordância entre

diferentes examinadores (confiabilidade entre examinadores), concordância entre um mesmo examinador em diferentes momentos (concordância intra-examinador) ou observação do mesmo paciente em diferentes momentos sempre com mesmo intervalo de tempo (confiabilidade teste-reteste). Não existe um valor exato considerado uma confiabilidade mínima, mas em geral a literatura recomenda valores acima de 0,4 para condierar-se moderada confiabilidade e acima de 0,7 para que um instrumento seja considerado tendo boa confiabilidade (34, 35). A confiabilidade também pode ser avaliada acessando-se a consistência interna do instrumento, avaliada pelo Alfa de Cronbach, sendo considerada uma boa consistência interna um valor acima de 0.7(34).

Quando outros instrumentos para avaliar a mesma variável estão disponíveis, pode-se desenvolver a validade convergente, ou concorrente. Nesse caso, o instrumento já existente deve preferencialmente ser o padrão-ouro e necessariamente estar no mesmo idioma do instrumento que se está validando. No entanto, quando não há outro instrumento para ser comparado, como é o caso deste estudo que busca validar pela primeira vez uma escala de avaliação de DTM para o português brasileiro e desenvolver um instrumento de medida fotográfica ainda inexistente, é necessário realizar-se a validade de constructo, a qual beseia-se na hipótese de que outras medidas variam em função da variável que buscamos medir (34). Para a validade de constructo utiliza-se a análise fatorial exploratória, que nesse estudo foi realizada com rotação oblíqua. Após encontrada a melhor estrutura fatorial, esse modelo é testado usando a análise fatorial confirmatória, que oferece uma variedade de testes e índices para avaliar o bom ajuste dos dados para um modelo proposto.

Nesse trabalho, os índices utilizados foram as estatísticas de ajuste do qui-quadrado, erro quadrático médio de aproximação (RMSEA) e índice de Tucker-Lewis (TLI) e, como recomendado pela literatura atual, considerou-se um RMSE <0,06, um ajuste qui-quadrado teste p> 0,05 e um TLI> 0,95 um bom modelo (36).

Por fim, a criação de um instrumento deve considerar sua aplicabilidade na prática. Diversos aspectos devem ser considerados para avaliar a viabilidade do instrumento, como custo, tempo dispensado e forma de administração (autoaplicável, aplicada por examinador ou por programa eletrônico)(34).

2.5. Terapia de reversão de hábito

Essa modalidade de terapia foi descrita em 1972 por Azrin e Nunn, constistindo em técnicas que são utilizadas para reverter alguma mania, ritual, hábito ou tique nervoso. As técnicas foram inicialmente aplicadas em uma única sessão, e os princípios que a embasam são: conscientização, prática de resposta competidora, motivação e generalização.

A conscientização é o processo no qual o hábito torna-se gradualmente menos automático e mais consciente, utilizando-se principalmente do automonitoramento para atingir este objetivo. No automonitoramento, o indivíduo anota momentos do dia em que pratica o hábito, e situações ou pensamentos que possam estar a ele relacionados.

A resposta competidora é o uso de técnica que mecanicamente impeça o paciente de praticar o hábito que se quer reverter, por exemplo: sentar sobre as mãos para não arrancar cabelos, segurar firmemente um objeto com a mão

direita para não roer unhas. Além disso, essas técnicas devem preferencialmente mobilizar a mesma musculatura utilizada no hábito a ser revertido, e terem fácil aplicação em diversas situações. Essa resposta tem duração mínima de 1-2 minutos, contribuindo também para aumentar a conscientização.

Por fim, a motivação e a generalização consistem na intervenção do terapeuta para incentivar que o paciente utilize as técnicas nas mais variadas situações acometidas pelo hábito indesejado, podendo ser feita também através de contato com pessoas importantes na vida do paciente que possam lembrá-lo de utilizar as técnicas e alertar quando o indivíduo está praticando o hábito que se deseja reverter.(37)

A TRH teve sua aplicação estudada para diversas patologias, entre elas: gagueira, tic nervoso, onicofagia, tricotilomania e dermatotilexomania. Apesar de ter sido descrita inicialmente como uma terapia a ser aplicada em sessão única, muitos autores modificaram essas técnicas, adicionando ou retirando componentes e modificando a duração da aplicação, muitas vezes desconhecendo a fisiopatologia da doença que se buscava tratar e qual a técnica repsonsável pelas mudanças observadas.(38)

Apesar de ser considerada eficaz, esta técnica de terapia não é padronizada, o que prejudica a capacidade de generalização de resultados dos estudos da literatura, visto que cada estudo aplica o protocolo com diferente duração, utilizando variações diferentes das técnicas. Além disso, não é avaliado se ocorre melhora dos sintomas ansiosos e depressivos associados à DTM, os quais não são abordados pela TRH.

Finalmente, desconhecemos a capacidade dessa terapia em manter os seus ganhos, visto que ela não aborda técnicas de prevenção de recaída após a reversão do hábito. Existe um ensaio clínico randomizado que abordou técnicas cognitivas e manejo de recaída em um curto protocolo de 4 sessões, porém também não avaliou o efeito da terapia nos sintomas comórbidos de ansiedade e depressão e acompanhou os pacientes por apenas 2 meses após o tratamento(25).

2.6 Protocolo de Rothbaum:

Publicado em 1992 por Barbara O. Rothbaum, o protocolo associa técnicas de reversão de hábito com técnicas de manejo de estresse (relaxamento, respiração, técnicas cognitivas), além de prevenção de recaída. É estruturado em 9 sessões semanais de 45 minutos de duração cada. Além de lidar com a reversão do hábito da tricotilomania, esse protocolo aborda também sintomas depressivos e ansiosos(11). O quadro 2 ilustra de forma resumida as sessões e técnicas envolvidas.

Quadro 2: Resumo do Protocolo de Rothbaum

Sessão	Conteúdo sumário
1. Coleta de informações e Psicoeducação	- Psicoeducação sobre tricotilomania - Descrição do hábito de arrancar pêlos/cabelos - Identificação de gatilhos para o hábito - Automonitoramento do hábito -Tarefas: automonitoramento e coleta de cabelos/pelos arrancados
2. Treinamento de Reversão de Hábito	- Técnicas de reversão de hábito de Azrin and Nunn - Inspeção do auto-monitoramento - Abordagem dos canais de manifestação da ansiedade - Prática de respostas competidoras

	- Lista de inconvenientes trazidos pelo hábito
3. Estratégias de manejo de estresse	- Relaxamento muscular profundo
4. Estratégias de manejo de estresse	- Relaxamento muscular progressivo - Respiração diafragmática
5. Parada do pensamento	- Explicação do modelo cognitivo - Técnica da parada do pensamento e distração
6. Reestruturação cognitiva	- Técnica de análise de evidências utilizando o modelo cognitivo
7. Diálogo interno orientado	- Diálogo interno orientado para o preparo a um estressor, baseado nas afirmações de Veronem e Kilpatrick's - Prática de reforço positivo
8. Troca de papéis e simulação	- Troca de papéis entre terapeuta e paciente, com simulação da aplicação do protocolo de TCC para tricotilomania - Revisão das técnicas aprendidas e das habilidades a serem reforçadas
9. Prevenção de recaída	- Montagem do guia de prevenção de recaída de tricotilomania

O protocolo inicia com a conscientização sobre o hábito e a coleta de informações, as quais são resumidas na tabela de atividade chamada "auto-monitoramento". A segunda sessão envolve a aplicação de técnicas de reversão de hábito: revisão dos inconvenientes ocasionados pelo hábito e prática de respostas competidoras (técnicas que fisicamente impedem a manutenção do hábito, durando no mínimo 2 minutos, por exemplo: colocar luvas nas mãos)(37). O indivíduo é estimulado a aplicar as respostas competidoras ao primeiro sinal dessas situações de risco, conhecidas como "situação gatilho". A seguir, é abordado o manejo de situações de estresse/ansiedade, com técnicas de respiração diafragmática e relaxamento muscular. A partir da quinta sessão, o paciente aprende técnicas cognitivas, iniciando-se com uma explanação acerca da teoria cognitiva, na qual os

pensamentos possuem grande importância em gerar comportamentos e sentimentos(39). Posteriormente, são trabalhadas as técnicas de parada do pensamento (desvio do foco de uma pensamento ruminante), reestruturação cognitiva (correção de pensamentos desadaptativos) e diálogo interno orientado (mudança do autodiálogo negativista e ruminativo para um realista e produtivo). A última sessão aborda a prevenção de recaída, com o entendimento sobre deslizes e recaída e montagem de um guia de prevenção de recaída.

2.7. Disponibilidade atual de tratamento para Dermatotilexomania

Apesar do aumento de estudos sobre Dermatotilexomania(40), as opções de tratamento eficazes ainda são escassas. Um estudo abordou a qualidade dos tratamentos oferecidos atualmente através de questionários com mais de 1500 pacientes portadores de DTM, evidenciando que apenas a metade (53%) dos pacientes referiu ter recebido o correto diagnóstico de sua patologia, sendo que, após o tratamento oferecido, seja ele com medicação ou alguma modalidade de terapia, 54,7% dos indivíduos relataram que sua condição clínica ficou inalterada ou pior, e apenas 11% dos pacientes referiram sentir-se melhor com o tratamento realizado para dermatotilexomania. Por fim, quando questionados sobre a capacitação dos profissionais, 85% dos

pacientes relataram que os profissionais não estão capacitados para oferecer tratamento a essa condição.(7)

Somando-se a esses dados de pobre oferta de tratamento, temos a ausência de eficácia de alguma medicação específica para dermatotilexomania, com apenas a TRH sendo considerada um tratamento eficaz(9). Contudo, esta terapia não oferece tratamento para os sintomas altamente comórbidos com a DTM, como a depressão e a ansiedade, e tampouco aborda técnicas de prevenção de recaída. Até o presente momento, desconhecemos a eficácia dos tratamentos de reversão de hábito em médio ou longo prazo. (9, 10)

Por fim, apesar da eficácia da TRH, os dados acima expõe a falta de disponibilidade de terapeutas treinados no tratamento da DTM, o que constitui uma grande barreira no manejo dessa patologia de alta prevalência e alto impacto socioeconômico. Portanto, existe uma importante lacuna entre a evidência de eficácia da TRH e sua real aplicabilidade e benefício no tratamento dos pacientes, sendo uma evidência disso a ausência de terapeutas capacitados em diversos estados dos Estados Unidos, além de outra dezena de estados americanos contar com apenas um terapeuta capacitado para tratar DTM.(41) Estudos tem demonstrado que a utilização de protocolos de TCC unificados, capazes de tratarem pacientes com diferentes diagnósticos dentro de um mesmo espectro, são eficazes tanto se aplicados em formato individual quanto em grupo, facilitando o treinamento de profissionais, a difusão do tratamento e também a redução de custos para o sistema de saúde.(42, 43)

3. Hipóteses:

Considerando-se a similaridade entre as patologias Tricotilomania e Dermatotilexomania, somado ao fato de haver uma lacuna na disponibilidade de tratamento eficaz para Dermatotilexomania, testaram-se as seguintes hipóteses:

- Que o Protocolo de Rothbaum pode ser adaptado para ser usado no tratamento de Dermatotilexomania, com diferentes terapeutas aplicando de forma estruturada o protocolo ;

- Que o Protocolo de Rothbaum adaptado para Dermatotilexomania pode ser eficaz no tratamento dos sintomas da Dermatotilexomania, bem como dos sintomas associados, sendo estes: sintomas depressivos e ansiosos;

- Que o Protocolo de Rothbaum adaptado para Dermatotilexomania pode ser um tratamento eficaz quando aplicado tanto em formato individual quanto em formato de grupo, sendo esse último uma importante ferramenta para a disseminação do tratamento a maior número de pacientes, mesmo com baixa disponibilidade de terapeutas.

Considerando-se a falta de um instrumento validado para avaliação objetiva da gravidade da Dermatotilexomania, associado ao fato de que a escala traduzida ao português, a Escala de Impacto de Dermatotilexomania (SPIS), tende a subestimar o tamanho de efeito do tratamento fornecido, testaram-se as seguintes hipóteses:

- Que uma medida fotográfica criada por dermatologistas pode avaliar a gravidade das lesões ativas causadas pelo hábito da Dermatotilexomania;

- Que o instrumento de avaliação fotográfica pode ser aplicado por diferentes avaliadores com boa confiabilidade entre avaliadores;

- Que o instrumento de avaliação fotográfica é menos influenciado por sintomas depressivos e ansiosos do que a escala auto-aplicável de impacto da dermatotilexomania (SPIS);

4. Objetivos:

- **Geral 1.** Validar a Escala de Impacto de Dermatotilexomania para o português brasileiro

  Específicos:

  - Avaliar a correlação entre a escala de impacto de dermatotilexomania validada para o português brasileiro e os sintomas comórbidos de ansiedade e depressão.

- **Geral 2**. Criar e validar um instrumento de avaliação fotográfica para aferição objetiva da gravidade das lesões de pele de dermatotilexomania

  Específicos:

  - Avaliar a correlação entre um instrumento fotográfico de avaliação de lesões de DTM e sintomas comórbidos de ansiedade e depressão

- **Geral 3.** Adaptar o Protocolo de Rothbaum para tratamento da Dermatotilexomania em formato individual e em grupo e testar a eficácia do Protocolo de Rothbaum Adaptado (PRA) para tratamento da Dermatotilexomania, aplicado em formato individual e em grupo, na melhora de sintomas de DTM e da condição clínica global do paciente.

  Específicos:

  - Avaliar a melhora nos sintomas comórbidos de ansiedade e depressão após aplicação do PRA em formato individual e em grupo ;
  - Avaliar a taxa de abandono do tratamento em formato individual e em grupo;
  - Avaliar preditores de boa reposta ao tratamento;
  - Avaliar preditores de abandono do tratamento.

5. Considerações Éticas:

O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFCSPA e do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), sob protocolo número 1.197.672. O projeto segue os princípios éticos da Declaração de Helsinque: não-maleficiência, beneficência e autonomia.

Todos os participantes da pesquisa assinartam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de ingressarem no estudo (Anexo H). A amostra foi coletada no Serviço de Psiquiatria do HMIPV, hospital-escola da UFCSPA, através de chamamento público.

6. Referências Bibliográficas da Revisão da Literatura

1. Gupta MA, Gupta AK. Current concepts in psychodermatology. Current Psychiatry Reports. 2014;16(6):1-9.

2. Hayes SL, Storch EA, Berlanga L. Skin picking behaviors: an examination of the prevalence and severity in a community sample. Journal of Anxiety Disorders. 2009;23:314-9.

3. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed2013.

4. Selles R, R., McGuire JF, Small BJ, Storch EA. A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation(skin-picking) disorder. General Hospital Psychiatry. 2016;41:29-37.

5. Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S, Engelhard I, Forker A, O'Sullivan RL, et al. The skin picking impact scale (SPIS): scale development and psychometric analyses. Psychosomatics. 2001;42(5):397-403.

6. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Kim SW. A bouble-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathologic skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2010;30(4):396-403.

7. Tucker BTP, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The skin picking impact project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. Journal of Anxiety Disorders. 2011;25(1):88-95.

8. Anzengruber F, Ruhwinkel K, Ghosh A, Klaghofer R, E. LU, Navarini AA. Wide range of age of onset and low referral rates to psychiatry in a large cohort of acne excoriée at a Swiss tertiary hospital. Journal of Dermatological Treatment. 2017;24:1471-753.

9. Schumer MC, Bartley CA, Bloch MH. Systematic review of pharmacological and behavioral treatments for skin picking disorder. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2016;36(2):147-52.

10. Lochner CR, A. Stein, D.J. Excoriation (skin picking) disorder:a systematic review of treatment options. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2017;13:1867-72.

11. Rothbaum BO. The behavioral treatment of trichotillomania. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 1992;20(1):85-90.

12. Snorrason I, Belleau EL, Woods DW. How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. Clinical Psychology Review. 2012;32(7):618-29.

13. Phillips KA, Stein DJ, Rauch S, Hollander E, Fallon BA, Barsky A, et al. Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? Depression and Anxiety. 2010;27(6):528-55.

14. Azambuja RD. The need of dermatologists, psychiatrists and psychologists joint care in psychodermatology. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2017;92(1):63-71.

15. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: basics concepts. Acta dermato-venereologica. 2016;217:35-7.

16. Ameringen MV, Patterson B, Simpson W. DSM 5 obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criterea. Depression and Anxiety. 2014;31(6):487-93.

17. Shoenfeld N, Rosenberg O, Kotier M, Dannon PN. Tricotillomania: pathopsychology theories and treatment possibilities. The Israel Medical Association Journal: IMAJ. 2012;14(2):125-9.

18. Woods DW, Houghton DC. Diagnosis, evaluation, and management of trichotillomania. The Psychiatric Clinics of North America. 2014;37(3):301-17.

19. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, et al. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. Biological Psychiatry. 2007;62(8):839-46.

20. Grant JE, Odlaug bL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin picking disorder. American Journal of Psychiatry. 2012;169(11):1143-9.

21. Browne HA, Gair SL, Scharf JM, Grice DE. Genetics of obsessive-compulsive disorder and related disorders. The Psychiatric clinics of North America. 2014;37(3):319-35.

22. Harries MD, Chamberlain, S.R., Redden, S.A., Odlaug, B.L., Blum, A.W., Grant, J.E. A structural MRI study of excoriation (skin-picking) disorder and its relationship to clinical severity. Psychiatry Research: Neuroimaging. 2017;269:26-30.

23. Wabnegger AU, S. Suchar, G. Schienle, A. Increased emotional reactivity to affective pictures in patients with skin - picking disorder : evidence from functional magnetic resonance imaging. Behavioural Brain Research. 2018;336:151-5.

24. Teng EJ, Woods DW, Twohig MP. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking a pilot investigation. Behavior Modification. 2006;30(4):411-22.

25. Schuck K, Keijsers GPJ, Rinck M. The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: a randomized comparison to wait-list control. Behaviour Researh and Therapy. 2011;49(1):11-7.

26. Deckersbach T, Wilhelm S, Keuthen N, Baer L, Jenike M. Cognitive-behavior therapy for self-injurious skin picking. Behavior Modification. 2002;26(3):361-77.

27. Maraz AH, B. Urbán, R. Demetrovics, Z. Pathological grooming: evidence for a single factor behind trichotillomania, skin picking and nail biting. PloS One. 2017:1-13.

28. Lesley AM, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM, McElroy SL. An open clinical trial of fluvoxamine treatment of psychogenic excoriation Journal of clinical psychopharmacology. 1999;19(1):15-8.

29. Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, et al. The skin picking scale: scale construction and psychometric analyses. Journal of Psychossomatic Research. 2001;50(6):337-41.

30. Snorrason I, Ólafsson RP, Flessner CA, Keuthen NJ, Franklin ME, Woods DW. The skin picking scale-revised: factor structure and psychimetric properties. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2012;1(2):133-7.

31. Snorrason I, Olafsson RP, Houghton DC, Woods DW, Lee H-J. 'Wanting' and 'liking' skin picking: a validation of the skin picking reward scale. Journal of Behavioral Addictions. 2015;4(4):250-62.

32. Snorrason I, Olafsson RP, Flessner CA, Keuthen NJ, Franklin ME, Woods DW. The skin picking impact scale: factor structure, validity and development of a short version. Scandinavian Journal of Psychology. 2013;54(4):344-8.

33. Walther MR, Flessner CA, Conelea CA, Woods DW. The milwaukee inventory for the dimensions of adult s kin picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2009;40(1):127-35.

34. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health measurement scales - a practical guide to their development and use. 5th ed. United Kingdom: Oxford University Press; 2015. 399 p.

35. J.R. L, G.G. K. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159-74.

36. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 2nd ed. New York, NY2005.

37. Azrin NH, Nunn RG. Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. Behaviour Research and Therapy. 1973;11(4):619-28.

38. Miltenberger RG, Fuqua, R.W., Woods, D.W. Applying behavior analysis to clinical problems: review and analysis of habit reversal. Journal of Applied Behavior Analysis. 1998;31(3):447-69.

39. Knapp PB, A.T. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2008;30(2):54-64.

40. [Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=skin+picking+disorder.

41. Keuthen NT, E.S. Reese, H.E. Raikes, J. Lee,L. Mansueto, C.S. Getting the word out: cognitive-behavioral therapy for trichotillomania (hair-pulling disorder) and excoriation (skin-picking) disorder. Annals of Clinical Psychiatry. 2015;27(1):10-5.

42. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. Behavior Therapy. 2012;43(3):666-78.

43. Maia ACCdO, Nardi AE, Cardoso A. The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: a clinical trial. Journal of Affective Disorders. 2015;172:179-83.

Artigo Original 1

Validation of the Skin Picking Impact Scale to Brazilian Portuguese and Development of an objective photographic instrument

*Alice C. M. Xavier, M.D.[a], Camila M. B. de Souza[b], Luis H. F. Flores[b], Clarissa Prati M.D., M.Sc.[c], Cecilia Cassal, M.D., M.Sc.[d], Ph.D., Carolina Blaya M.D, M.Sc., Ph.D.[e]

[a] Master student at Graduate Program in Health Sciences of Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, RS, Brazil. [b] Medicine student at Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, RS, Brazil. [c] Dermatologist at the Pontificic Catolic University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil. [d] Dermatologist of the Dermatologia Sanitaria, Public Service of Rio Grande do Sul state, Porto Alegre, RS, Brazil. [e]Professor of the department of Medical Clinic: Psychiatry at Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, RS, Brazil and Professor of the department of Psychiatry at Federal University of Rio Grande do Sul, RS, Brazil.

Validação da escala de impacto de skin picking e de instrumento fotográfico

*Corresponding author: Post Graduate Program in Health Sciences of Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, Tel: +55(51) 3303.9000. Rua Sarmento Leite, 245, Porto Alegre/Rio Grande do Sul, Brazil, Zip code: 90050-170, alicexavier@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Dermatillomania(DTM) is a prevalent disorder frequently comorbid with depression and anxiety. The assessment of DTM is based on instruments influenced by the awareness about DTM and comorbid symptoms. There is no validated instrument to assess DTM in Brazilian individuals nor is there an instrument that evaluates the severity of skin lesions in an objective way. To evaluate DTM and its lesions in Brazilian population, our study validated

the Skin Picking Impact Scale (SPIS) for Brazilian Portuguese and created a photographic measurement (PM).**Methods:** sample was assessed thru the Skin Picking Impact Scale (SPIS) translated into Brazilian Portuguese, Hamilton Anxiety Scale, Beck Depression Inventory and Global Clinical Impression, in had the skin lesions photographed. Photos were evaluated by two blinded evaluators regarding: active excoriation, crust / bleeding, exulceration and linear lesions.**Results:** 63 patients were included. The SPIS translated into Brazilian Portuguese had good internal consistency (Cronbach's Alpha 0.88), with tests of goodness to fit showing a suitable model. The reliability of PM was 0.6 with a Conbrach alpha of 0.8. PM was not correlated with comorbid symptoms.**Conclusion:** The SPIS validated to Brazilian Portuguese is a good instrument to evaluate DTM. PM is a consistent way of assessing skin lesions caused by DTM.

Key words: Skin Picking, Photographic measure, Dermatillomania, Psychimetrics

Introduction:

Skin Picking disorder (SPD), also known as excoriation disorder, neurotic excoriation or dermatillomania, affects up to 5.4% of general population and up to 30% of psychiatric patients(1). Although described many years ago, it was only in 2013 that SPD was included as a formal diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders version 5 (DSM 5). According to DSM 5, SPD is characterized by: recurrent picking at the skin resulting in skin lesions; attempts to stop picking; clinically significant distress and absence of another cause for the habit(2). SPD severity is related to impairment in individuals quality of life with anxiety disorder (up to 48%), major depression (8-28%) or substance abuse (14-36%)(3). Studies about SPD treatment found mixed results, and only behavioral therapies are superior to placebo (4).

Although it is a psychiatric disorder, the majority of patients first seek help with a dermatologist, and differential diagnosis should be made with delusional parasitosis, prurigo simplex, subacute Hebra and scabies(5). SPD is chronic disorder and the habit usually is automatic. It has been reported that only 24% of individuals refer full awareness preceding the picking habit (6). Patients can use pins or tweezers to manipulate skin and 80% have notable tissue damage(1).

The SPD severity and response to treatment has been evaluated with different instruments, such as clinician-report measures, self-report measures of SPD severity and self-report measures of SPD impact. The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Neurotic Excoriation (NE-YBOCS) is a clinician-reported instrument, being a valid and reliable scale that evaluates thoughts and behaviors related to skin picking during the last seven days, not

assessing specifically the social distress caused by the SPD(7). Among the self-report measures, the Skin Picking Scale is a valid and moderately reliable instrument that assess SPD severity during the past week and has been correlated with depressive symptoms(8, 9). The Skin Picking Symptom Assessment Scale is a less used reliable and valid self-reported instrument to evaluate SPD severity during the last 7 days(7). The Skin Picking Reward Scale is a reliable instrument to assess the aspects “liking” and “wanting” of the SPD habit, without definition of the time of symptoms evaluation, substantially influenced by the self-reflection regarding the habit(10). All these measure evaluate the frequency of this habit, but not the distress or the impact. To evaluate not only the SPD severity but also the psychosocial impact of it, the Skin Picking Impact Scale (SPIS) is a patient-rated scale with high reliability that evaluates symptoms during the last 7 days, with a cut-off score of 7, with higher scores considered more severe impact. The SPIS has been correlated with depressive and anxious symptoms(11). There is a valid revised short version also available(12).

All the available instruments to assess SPD depend of the patient’s awareness about the habit, which is not common in SPD. Many instruments are based in the time spent by the patient picking himself, which is influenced by patient’s self-reflection of SPD. The NE-YBOCS also depends on clinician knowledge about emotional distress, which sometimes is not easy to dermatologists, who are generally the first professional accessed by patients suffering from SPD. Self-applied instruments also are influenced by emotional aspects of the patient: anxiety, depression and avoidance, which is frequent in SPD. Besides this, the body area affected directly influence the scales, with

patients picking on face having generally a high score because of higher self-esteem impact(12). The self-applied instruments to asses SPD psychosocial impact are associated with a smaller size effect of the intervention when compared to instruments that evaluate only SPD severity, because aspects causing impairment, as anxiety, depression, low self-esteem or skin scars, may persist after SPD improvement(13). The majority of instruments evaluate the habit during last 7 days, although is known that SPD is a chronic disease and time to heal severe wounds use to be longer. Although there are different methods of evaluation for the SPD, it is not clear who is more reliable to evaluate skin picking severity: the psychiatrist, the dermatologist or the patient. No study has evaluated skin picking severity through different approaches.

The DSM-5 criteria requires the minimal level of severity to meet SPD diagnosis, but no information are provided regarding the severity levels and their role in terms of treatment approaches. Besides this, there is a lack of an objective way to assess SPD symptoms that are not influenced by patients awareness of the habit or other emotional conditions. A potential advantage of a photographic evaluation is the reduction of reporting bias. To our knowledge, no photographic measure is validated to assess SPD severity, with only two studied having used photographs to evaluate SPD without validity or reliability of the measure being published (14, 15).

Despite the high prevalence of Skin Picking Disorder, to our knowledge no instrument to assess SPD have been validated to be used in Brazilian population. As the impact of SPD in patient's life is an importante information about the individual suffering, and the Skin Picking Impact Scale, a high reliable scale, was previously translated to Brazilian Portuguese (Ferrão Y.A. and

Bedin, N.R., not published data), the validation of this instrument to brazilian population could be a valuable way to assess SPD.

The elaboration of a research instrument involves a process of validation. Firstly, one must verify whether the instrument measures what one proposes and for this first stage the opinion of "experts" in the subject is used to create the instrument. To test the instrument consistency, the Crombach Alfa test is used, with a result higher than 0.7 considered a good consistency of the instrument. To verify the factor structure of is applied the Exploratory Factor Analysis, with the result being submitted to tests that compare the date with a theorical model, following the model goodness of fit (16). To verify the reliability of an instrument, its acceptable variability is evaluated, being expressed in values that vary from 0 to 1, being '0' total absence of reliability and '1' the perfect reliability, with the literature recommending values above 0.5 for an instrument to be considered having aceptable reliability(17).

The aim of this study is to validate the Skin Picking Impact Scale (SPIS) to Brazilian population and create a Photograph Instrument (PI) to assess SPD severity applicable by psychiatrists and dermatologists. Our study works with the hypothesis that the SPIS and the PI can be reliable and easily used in clinical practice, with PI reflecting more directly the SPD severity independent of comorbid symptoms.

Methods:

Study design and participants

This is a cross-sectional study in which participants were enrolled though public advertising in the Psychiatry Service of the Federal University of Health Sciences

of Porto Alegre (UFCSPA) in the period between July 2014 and January 2018. Inclusion criteria was Skin Picking diagnosis according to diagnostic interview structured by DSM 5(2). Exclusion criteria were current psychotic disorder, intellectual disability or suicide risk as assessed by clinical interview conducted by trained psychiatry residents of the UFCSPA Psychiatry Service. Individuals who met exclusion criteria received referrals to appropriate community resources.

The primary endpoint of the study is to validate the Skin Picking Impact Scale to Brazilian population and create a valid and reliable objective photographic instrument (PI) to assess SPD severity. Secondary outcomes are the correlation between PI and the instruments that assess comorbidities and life impact of SPD, as the Beck Depression Inventory(18, 19), the Hamilton Anxiety Scale (20) and the Clinical Global Impression Scale (21, 22).

Procedure and measures

Psychiatric diagnostic interview was conducted by a psychiatry resident and discussed with a senior researcher. A check-list of SPD symptoms according to DSM 5 was applied(2) and the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)(23), translated to Portuguese in a Brazilian version(24), was used to assess psychiatric comorbidities. After the inclusion in the study, the baseline assessment was conducted by two trained evaluators with a high inter-rater reliability (Kappa coefficient=0.9), applying the Beck Depression Inventory(19), the Hamilton Anxiety Scale(20), the Clinical Global Impression Scale(22) and the Skin Picking Impact Scale translated to Portuguese(11). The evaluators also took

photos of patient's regions with active lesions, using the iPhone 7 camera, with 12 megapixels.

We used the Beck Depression Inventory, a self-applicable questionnaire, for evaluation of depressive symptoms. We used the validated to Portuguese and to Brazilian subjects version, assessing the symptoms during the last week, with score varying from 0 to 63, with higher score being more severe symptoms (18, 19). Anxiety symptoms were evaluated through the Hamilton Anxiety Scale, a questionnaire applied by the interviewer validated to Portuguese, with 13 self-reporting domains and 1 domain of interviewer impression, varying scores from 0 to 56, with higher scores being more severe symptoms(20, 25). The psychiatric evaluation of SPD impact was done with the Clinical Global Impression Scale (CGI). This scale is applied by the interviewer to assess the impact of the disease in patient's life, with scores varying from 1 (asymptomatic) to 7 (very severe impact)(21). The impact of SPD was evaluated with the Skin Picking Impact Scale (SPIS), a self-applied questionnaire translated to Portuguese that evaluates symptoms of the last week using 10 items, with score varying between 0 and 50 with higher score being more severe impact(11).

We developed the Photographic Instrument (PI) with two dermatologists with experience treating SPD. In order to evaluate lesions that reflect the active habit of skin picking, instead of scars of old injuries, the instrument evaluates lesions severity in four categories: excoriation; crust/bleeding; exulceration and linear lesions. Each category was scored in a Likert scale of crescent severity from 0 to 10. All the photos were

analyzed by the two blinded dermatologists whom applied to each image the created PI. The images of a same patient were scored separately and then an arithmetic mean of all the images was created by each evaluator. Another arithmetic mean was created using the final score that each dermatologist gave to each patient, resulting in one average score for each individual.

Statistical Analysis and Ethical Considerations

Statistical analysis was performed using the software R 3.3.1. The data were analyzed for their normal distribution using the Kolmogorov-Smirnov test. Fisher's exact chi-square test and Pearson chi-square test were used to compare categorical variables. Linear correlations were made using the Spearman Correlation (r_s). The exploratory factor analysis was performed with oblique rotation. The reliability of the scale was examined using Cronbach´s alpha coefficient. The two-factor structure was tested using confirmatory factor analysis, which offers a variety of testes and indices to assess the good-of-fit of data to a proposed model. The indices we used were the chi-square fit statistics, root-mean-square error of approximation (RMSEA) and Tucker–Lewis index (TLI), and as recommended by current literature we considered a RMSE<0.06, a chi-square fit test p>0.05 and a TLI>0.95 a good model. (16). The reliability of the PI was calculated using the inter-observer concordance, using the Intraclass Correlation Coeficient in the model Two-Way Random Effect, Single Rater and Absolute Agreement, with a value equal or higher 0.4 considered a moderate concordance and a value equal or higher 0.8 a perfect concordance (17,

26).The level of significance was set at p <0.05. Data were controlled for comorbid depressive and anxious symptoms.

All participants signed an informed consent form to participate in the research. This study is in accordance with the Guidelines and Norms Regulating Research Involving Human Beings (Resolution 466/12), following the ethical principles of the Declaration of Helsinki. The study was approved by the UFCSPA Ethics and Research Commission (CEP) and HMIPV CEP under protocol number: 1,197,672(27). This study was registered in the Brazilian database of research (under number CAAE: 45472515.5.3001.5329)(28).

Results:

The study included 63 patients. Table 1 depicts the epidemiological and sociodemographical characteristics of the sample.

The validation of the Skin Picking Impact Scale (SPIS) resulted in a Cronbach´s alpha of 0.88. The exploratory factor analysis showed a two-factor scale, resulting in a RMSEA<0.00001, a chi-square fit test=21.61. p<0.71 and a Tucker–Lewis index (TLI)=1.034. Figure 1 shows the translated SPIS.

The Photographic Instrument created by the two experts is showed in Figure 2. The reliability of the instrument was 0.6, with the item ‘Active Excoriation’ having an intra class correlation of 0.7, considered moderate reliability. Table 2 shows the detailed information about the PI scores and reliability values. The Cronbach´s alpha of the PI was 0.87, reflecting a high internal consistency. The exploratory factor analysis found a one

factor model, with the sub item ‘Active Excoriation’ having the largest factorial load, of 0.978.

Analyzing the correlation between the instruments, the SPIS was correlated with the anxious and depressive symptoms evaluated by the HAM-A and BDI scales. On the other hand, the PI was not correlated with the CGI nor with comorbid symptoms (see Figure 3). Analyzing patients according to the region of lesions, those with lesions in the face tend to have a higher CGI score than patients without, but not in reaching a statistical significance [mean:4.95 Standard Deviation(SD):1.22 Vs. mean:4.32 SD1.29, p=0.08].

Discussion:

This study validated the Skin Picking Impact Scale (SPIS) to be used in a Brazilian Portuguese version, as a high reliable instrument. The SPIS is a self-applied instrument, not depending on clinician knowledge about Skin Picking Disorder (SPD). Although SPD is a prevalent condition, many clinicians are not familiarized with this diagnosis and in many cases non-psychiatrist professionals are the first one sought by patients, leading to an underestimation in diagnosis and life impact of SPD. Having a self-applied scale able to be used by all health professionals is a reasonable way to increase the assessment of SPD diagnosis and severity, overcoming the barrier of low referral to treatment (1, 5).

In order to assess Skin Picking lesions in an objective way, two dermatologists created the Photographic Instrument (PI), measuring the SPD habit based on severity of active lesions in the skin. To date, despite

having many scales to assess SPD, there is no instrument to evaluate directly the lesions caused by the habit. It is known that patients can cause severe lesions, sometimes using objects to manipulate the skin, leading to infections and in more extreme cases septicemia and also death(29). The lesion severity is not always associated with the life impact of SPD, as patients with small lesions in the face can have higher score in scales that evaluate SPD that patients with extend covered lesions(12). The PI created in this study had a high internal consistency and a moderate reliability, being a potentially instrument to assess lesions of SPD, improving the diagnosis of severe lesions not assessed by existing scales and conducting to a more premature treatment. This instrument was easily applied by different evaluators.

As expected, the Brazilian Portuguese version of the SPIS had a positive correlation with depressive and anxious symptoms. The high rate of patients with depressive and/or anxious syndrome in this study reflects the high rates of comorbidity of SPD and depression/anxiety. As aimed by this study, the PI had no association with depressive and anxious symptoms, suggesting that this instrument can be a more specific way to assess SPD lesions severity, not being influenced by comorbid symptoms. Although not statistically significant, this study found a more severe global clinical condition, assessed by CGI scale, in those patients with more exposed lesions, independent of the lesion severity, which is in accordance with literature(12).

Our results should be interpreted in light of some limitations. Our sample was collected thru public advertising which may have generated a selection bias, as patients with low SPD life impact, despite severe lesions, might not feel

motivated to assess our service. On the other hand, patients with very severe SPD life impact, with associated social impairment, may not felt in condition to spontaneously look forward health assistance. The strength of our study is the sample size, powerful in comparison with previous studies, and the well-established statistical methods used (4, 17, 30).

This study concludes that the Brazilian Portuguese version of the Skin Picking Impact Scale is a valid and reliable instrument to assess Skin Picking Disorder severity and life impact in Brazilian individuals, being an easily applied instrument to be used by psychiatrists and non-psychiatrist clinicians. To evaluate the severity of lesions caused by the habit of Skin Picking, our Photographic Instrument can be applied by dermatologists and reflects objectively the lesion severity caused by SPD, not depending of patient's awareness of the habit or associated depressive/anxious symptoms. Further studies are expected to assess the validity of the Brazilian Portuguese version of SPIS when used to assess response to treatment. Also, more studies are needed to evaluate if the PI can be applied by non-dermatologists and can be a reliable way to assess patient's improvement after treatment.

References:

1. Tucker BTP, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The skin picking impact project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. Journal of Anxiety Disorders. 2011;25(1):88-95.

2. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed2013.

3. Grant JE, Chamberlain SR. Clinical correlates of symptom severity in skin picking disorder. Comprehensive Psychiatry. 2017;78:25-30.

4. Schumer MC, Bartley CA, Bloch MH. Systematic review of pharmacological and behavioral treatments for skin picking disorder. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2016;36(2):147-52.

5. Anzengruber F, Ruhwinkel K, Ghosh A, Klaghofer R, E. LU, Navarini AA. Wide range of age of onset and low referral rates to psychiatry in a large cohort of acne excoriée at a Swiss tertiary hospital. Journal of Dermatological Treatment. 2017;24:1471-753.

6. Walther MR, Flessner CA, Conelea CA, Woods DW. The milwaukee inventory for the dimensions of adult s kin picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2009;40(1):127-35.

7. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Kim SW. A bouble-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathologic skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2010;30(4):396-403.

8. Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, et al. The skin picking scale: scale construction and psychometric analyses. Journal of Psychossomatic Research. 2001;50(6):337-41.

9. Snorrason I, Ólafsson RP, Flessner CA, Keuthen NJ, Franklin ME, Woods DW. The skin picking scale-revised: factor structure and psychimetric properties. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2012;1(2):133-7.

10. Snorrason I, Olafsson RP, Houghton DC, Woods DW, Lee H-J. 'Wanting' and 'liking' skin picking: a validation of the skin picking reward scale. Journal of Behavioral Addictions. 2015;4(4):250-62.

11. Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S, Engelhard I, Forker A, O'Sullivan RL, et al. The skin picking impact scale (SPIS): scale development and psychometric analyses. Psychosomatics. 2001;42(5):397-403.

12. Snorrason I, Olafsson RP, Flessner CA, Keuthen NJ, Franklin ME, Woods DW. The skin picking impact scale: factor structure, validity and development of a short version. Scandinavian Journal of Psychology. 2013;54(4):344-8.

13. Selles R, R., McGuire JF, Small BJ, Storch EA. A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation(skin-picking) disorder. General Hospital Psychiatry. 2016;41:29-37.

14. Teng EJ, Woods DW, Twohig MP. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking a pilot investigation. Behavior Modification. 2006;30(4):411-22.

15. Schuck K, Keijsers GPJ, Rinck M. The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: a randomized comparison to wait-list control. Behaviour Researh and Therapy. 2011;49(1):11-7.

16. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 2nd ed. New York, NY2005.

17. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health measurement scales - a practical guide to their development and use. 5th ed. United Kingdom: Oxford University Press; 2015. 399 p.

18. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 1961;4:561-71.

19. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portugues version of the beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 1996;29:453-7.

20. Kummer A, Cardoso F, Teixeira AL. Generalized anxiety disorder and the hamilton anxiety rating scale in parkinson's disease. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2010;68(4):495-501.

21. Busner J, Targum SD. The clinical global impression scale – applying a research tool in clinical practice. Psychiatry. 2007;4(7):28-37.

22. de Lima MS, Soares BGdO, Paoliello G, Vieira RM, Martins CM, da Mota Neto JI, et al. The Portuguese version of the clinical global impression - schizophrenia scale: validation study. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2007;29(3):246-9.

23. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini-international neuropsychiatric interview (M .I. N .I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric

interview for DSM-IV and ICD-10. The Journal of Clinical Psychiatry. 1998;59(20):22-57.

24. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short 	structured diagnostic psychiatric interview. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2000;22:106-15.

25. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. The British Journal of Medical Psychology. 1959;32(1):50-5.

26. J.R. L, G.G. K. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159-74.

27. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, (2012).

28. www.saude.gov.br/plataformabrasil

29. Grant JE, Odlaug bL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin picking disorder. American Journal of Psychiatry. 2012;169(11):1143-9.

30. Hu L, Bentler PM. Cutoff criterea for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. Structural Equating Model. 1999;6:1-55.

Table 1: Sociodemografic and clinical characteristics of the population

	Total sample (n=63)
Age (years)$	37.65±14.33
Female gender%(n)	89 (56)
Schooling (years)	14.34±3.42
Caucasian%(n)	86 (54)
Marital status%(n)	
Single	52 (33)
married	30 (19)
Religion% (n)	
Catholic	33 (21)
Agnostic	22 (14)
Occupation% (n)	
Working	40 (25)
Student	30 (19)
Income (US$)	598.8 (0-8,383.2)
Trigger situation % (n)	33 (21)
Age of SPD onset	15(4-64)
Previous treatment% (n)	60.3 (38)
None	17 (11)
Medication	
Family history of SPD% (n)	25.4 (16)
Family history of psychiatric disease% (n)	41.3 (26)
Comorbidities%(n)	
Current depressive episode	25.4 (16)
Past depressive episode	20.6 (13)
Dysthymia	6.3 (4)
Bipolar affective disorder	9.5 (6)
Panic disorder	28.6 (18)

Agoraphobia	15.9 (10)
Social anxiety	9.5 (6)
Obsessive compulsive disorder	3.2 (2)
Post traumatic stress disorder	4.8 (3)
Alcohol dependence	2 (1)
Nervous bulimia	3.2 (2)
Generalized anxiety disorder	39.7 (25)
Psychotropic treatment%	
Sertraline use	42.9(6)
Amytriptiline use	7.1(1)
Lamotrigine use	7.1(1)
Clinical scales	
SPIS	25(0-48)
CGI	5 (2-7)
BDI	17.42±10.85
HAM-A	28.1±13.63

Figure 1: Skin Picking Impact Scale validated to Brazilian Portuguese

Instruções: Faça uma marca ao lado de todas as frases que você encontrar que sejam verdadeiras para você. Para aquelas indicações verdadeiras, assinale, por favor, o grau de severidade (0-5) na SEMANA QUE PASSOU.

	nenhum			suave	severo
1. Eu não olho as pessoas nos olhos por causa do ato de lesar a minha própria pele.	0	1	2	3	4 5
2. Eu penso que minha vida social seria melhor se não fosse o ato de lesar a minha própria pele.	0	1	2	3	4 5
3. Eu odeio minha aparência por causa do ato de lesar a minha própria pele.	0	1	2	3	4 5
4. Eu demoro mais para sair por causa do ato de lesar a minha própria pele.	0	1	2	3	4 5
5. Eu me sinto constrangido por causa do ato de lesar a minha própria pele.	0	1	2	3	4 5
6. Há algumas coisas que eu não posso fazer por causa do ato de lesar a minha própria pele.	0	1	2	3	4 5
7. Eu não me sinto atraente por causa do ato de lesar a minha própria pele.	0	1	2	3	4 5

8. Levo mais tempo do que os outros para ficar pronto pela manhã por causa do ato de lesar a minha própria pele. 0 1 2 3 4 5

9. Eu não gosto de pessoas me olhando por causa do ato de lesar a minha própria pele. 0 1 2 3 4 5

10. Meus relacionamentos sofreram por causa do ato de lesar a minha própria pele. 0 1 2 3 4 5

Figure 2: Photographic instrument to assess skin lesions caused by Skin Picking Disorder

Instrumento para Avaliação Fotográfica de *Skin Picking*

Instrução: Para cada item, escolha uma pontuação em escala Likert de 0 até 10, apenas números inteiros.

1. Escoriação ativa:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Crosta/sangramento:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Exulceração:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4. Lesão linear:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Table 2. Photographic instrument scores of the sample and its Intra Class Correlation (ICC)

Item	Evaluator 1	Evaluator 2	ICC	ICC (95%)
Active excoriation	2.4	2.83	0.718	[0.559;0.825]
Crust/Bleeding	1.06	1.76	0.489	[0.196;0.687]
Exculceration	0.72	1.6	0.438	[0.091;0.666]
Linear lesions	0.37	0.53	0.522	[0.305;0.688]
Total score	1.15	1.69	0.661	[0.319;0.823]

Figure 3. Spearman Correlation between instruments

Scale	CGI	SPIS	HAM-A	BDI	PI
CGI		0.692*	0.497*	0.659*	0.097
SPIS			0.525*	0.610*	0.114
HAM-A				0.781*	0.021
BDI					0.110

*P value <0.001

Orientações Revista Brasileira de Psiquiatria – Submissão Artigo Original 1

Instructions for Authors

Aims and editorial policy

Revista Brasileira de Psiquiatria (*Brazilian Journal of Psychiatry*) is a quarterly publication that aims to publish original manuscripts in all areas of psychiatry, including public health, clinical epidemiology, basic science, and mental health problems. The journal is fully open access, and there are no publication fees. Articles must be written in English.

These instructions were written based on the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications, edited by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). The original document is available at http://www.icmje.org/.

Submitting your manuscript

The first time you use the manuscript submission site of *Revista Brasileira de Psiquiatria* (*Brazilian Journal of Psychiatry*) at https://mc04.manuscriptcentral.com/rbp-scielo, you will be asked to create an account. You will use the same username and password for author and reviewer functions. You may log into the system at any time to submit a manuscript or to check on the status of previously submitted manuscripts. To submit a manuscript, select Author and click on Begin Submission.

The manuscript submission process includes 7 steps that gather information about your manuscript and allow you to upload the pertinent files (cover letter, manuscript text, tables, figures, and related material).

Step 1: Manuscript type, title and abstract

First choose the type of manuscript you wish to submit. You may choose between Original Article, Brief Communication, Review Article, Special Article, Editorial or Letter to the Editors. Manuscripts must be written in English. The table below shows the maximum number of words, references and tables/figures for each manuscript type.

Manuscript type	Main text words	Abstract words	References	Tables + figures
Original Articles	5000	Structured, 200	40	6
Review Articles	6000	Structured, 200	Unlimited	6
Brief Communications	1500	Structured, 200	15	2
Special Articles	6000	Unstructured, 200	Unlimited	6
Letters to the Editor	500	No abstract	5	1
Editorials	900	No abstract	5	1

- **Original articles:** These should describe fully, but as concisely as possible, the results of original research, containing all the relevant information for those who wish to reproduce the research or assess the results and conclusions.
- **Review articles:** These should be systematic reviews and should include critical assessments of literature and data sources, critically reviewing and evaluating existing knowledge on a designated topic, in addition to commenting on studies by other authors. The search strategy and selection process should be described in detail, according to PRISMA or other appropriate guidelines.
- **Brief communications:** Original but shorter manuscripts addressing topics of interest in the field of psychiatry, with preliminary results or results of immediate relevance.
- **Special articles:** Special articles address specific current topics relevant to clinical practice and are less comprehensive than review articles. These should be non-systematic reviews and should include critical assessments of literature and data sources, critically reviewing and evaluating existing knowledge on a designated topic, in addition to commenting on studies by other authors.
- **Letters to the Editor:** Letters can contain reports of unusual cases, comments on relevant scientific topics, critiques of editorial policy, or opinions on the contents of the journal **(maximum of four authors).**
- **Editorials:** Critical and in-depth commentary invited by the Editors or written by a person with known expertise in the topic.

Title: You can copy and paste this from your manuscript, but do not delete the title from the manuscript file. Make sure there are no line breaks in the title. Titles should be concise (max. 50 words), specific, and informative. Avoid using abbreviations.

Abstract: You can copy and paste this from your manuscript, but do not delete the abstract from the manuscript file. If submitting a structured abstract, add a line space between each section.

Step 2: Attributes

You will be asked to list 1 to 5 keywords that describe the main topics of your manuscript. Please use MeSH terms only.

Step 3: Authors & Institutions

List all authors by full name: First Name (Given) and Last Name (Family or Surname). You will also be asked to indicate authors' institutions and a valid e-mail address for each author. Note that all communications concerning manuscript submissions and authorship forms are done through email. Please also inform an ORCID account whenever possible. Review author list and confirm authorship order.

Postal/mail address and telephone number for the corresponding author should be included only in the title page (see below).

Step 4: Reviewers

You will be asked to indicate 5 potential reviewers for your manuscript. These should be researchers who have a publication record, clinical or research experience in the topic of your manuscript. Inform first and last name, e-mail address and institution. Suggested reviewers should not be from the same institution or research group from authors. Also, we

advise against indicating collaborators from previous publications among suggested reviewers. Editors will consider your suggestions at their discretion. If you wish, you may also oppose specific reviewers for your manuscript.

Step 5: Details & Comments

Write a cover letter to the Editors explaining the nature of your article and why the authors believe the manuscript should be published by *Revista Brasileira de Psiquiatria* (*Brazilian Journal of Psychiatry*). Make sure to mention whether the authors have published or submitted any related papers from the same study elsewhere. You may choose to upload a file or write the cover letter in the designated box.

In this step, you will also be required to inform the following:

- Funding: When applicable, disclose information regarding funding agency and grant/award number.
- Number of words and references
- Conflict of Interest: Each author's conflicts of interest and financial disclosures, including declarations of no financial interest, must be included in this form. If the manuscript is accepted for publication, authors will be required to sign an Author Agreement form, which will be mailed directly to the corresponding author.

Step 6: File upload

Click the Browse button to view a directory of your computer. Navigate to where your files are stored. Submit the manuscript file (Article File) preferably in Word format. Your manuscript will be converted to a PDF during the submission process. Do not include line numbers as these will be added to your manuscript during the PDF conversion process.

Step 7: Review & Submit

Carefully review each step of your submission. The system will point with a red "X" whether there are any incomplete parts. Once you are ready, click on the "View Proof" buttons to view the individual and/or merged HTML and PDF files created, as well as the MEDLINE proof. You will be asked to review and approve the PDF of your article files to ensure that you are satisfied with how your manuscript is displayed for editors and reviewers. Confirm that your manuscript information is complete and correct any errors. When you are satisfied that the submission is complete, click the Submit button. We will not begin the editorial review process until this final step is completed.

Manuscript preparation

Title page: Page 1 should contain full title, authors' names, their departments and institutions, including the city and country of origin. Please also include a running title with a maximum of 50 characters (letters and spaces). The full name, telephone number, fax number, e-mail address and full postal address of the corresponding author should be stated.

Abstract: Page 2 should present a structured abstract (not exceeding 200 words) with the following sections: Objective, Methods, Results, and Conclusion (check table with abstract requirements for each manuscript type, above). Please indicate three to five keywords in strict accordance with Medical Subject Headings. Do not include an abstract in Portuguese or any language other than English. If applicable, inform the clinical trial registration number at the end of the abstract (see below).

Clinical Trial Registration: *Revista Brasileira de Psiquiatria* (*Brazilian Journal of Psychiatry*) supports the clinical trial registration policies of the World Health Organization (WHO) and the ICMJE, recognizing the importance of such initiatives for the registration and disclosure of trial results to the international community through open access. According to this recommendation and to the BIREME/OPAS/OMS guidelines for journals indexed in the LILACS and SciELO databases, *Revista Brasileira de Psiquiatria* (*Brazilian Journal of Psychiatry*) will only accept for publication clinical trials that have been registered in Clinical Trials Registries that meet the WHO and ICMJE requirements.

Main text: The manuscript file (main text) must be written in English, double-spaced throughout, and should contain the following items in this order: title page, abstract, manuscript text, acknowledgment section, references, figure legends, and tables. Use 10-, 11-, or 12-point font size. All terms or abbreviations should be spelled out at first mention in the text and also in table/figure legends. All units should be metric. Avoid Roman numerals.

Reference list: Authors are responsible for the accuracy and completeness of their references and for correct in-text citation. Number references in the order they appear in the text; do not alphabetize. In text, tables, and legends, identify references with superscript Arabic numerals. References cited only in tables or figure legends should be numbered in accordance with the first citation of the table/figure in the text.

Please observe the style of the examples below. To include manuscripts accepted, but not published, inform the abbreviated title of the journal followed by "Forthcoming" and the expected year of publication. Papers published electronically, but not yet in print, should be identified by their DOI number. Information from manuscripts not yet accepted should be cited only in the text as personal communication. Reference accuracy is the responsibility of the authors. Journal titles should be abbreviated in accordance with Index Medicus.

Examples:

- **Journal article:** Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. Rev Bras Psiquiatr. 2013;35:51-6.
  List all authors when six or fewer. When there are seven or more, list only the first six authors and add "et al.".
- **Book**: Gabbard GO. Gabbard's treatment of psychiatric disorders. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.
- **Book chapter**: Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. The nature and treatment of therapy-resistant depression. In: Cryan JF, Leonard BE, editors. Depression: from psychopathology to pharmacotherapy. Basel: Karger; 2010. p. 243-53.
- **Theses and dissertations**: Trigeiro A. Central nervous system corticotropin releasing factor (CRF) systems contribute to increased anxiety-like behavior during opioid withdrawal: an analysis of neuroanatomical substrates [dissertation]. San Diego: University of California; 2011.

Tables: Tables should be submitted preferably in Word format, but Excel files are also accepted. If using Excel, do not place tables on individual spreadsheets within the same file because only the first sheet will be converted. Whenever possible, tables should be appended to the end of the manuscript text file (after any figure legends) instead of being uploaded as separate files. All figures/tables should clarify/complement rather than repeat

the text; their number should be kept to a minimum. All illustrations should be submitted on separate pages, following the order in which they appear in the text and numbered consecutively using Arabic numerals. All tables and figures should include descriptive legends, and abbreviations should be defined. Any tables or figures extracted from previously published works should be accompanied by written permission for reproduction from the current copyright holder at the time of submission.

Figures: Acceptable figure file formats are AI, BMP, DOC, EMF, EPS, JPG, PDF, PPT, PSD, TIF, WMF, and XLS. Figures can be included in the manuscript, but preferably should be uploaded as separate files. If your manuscript is accepted, you may be asked to provide high-resolution, uncompressed TIFF files.

Online-only supplementary material: Online-only material should be submitted in a single Word document with pages numbered consecutively. Each element included in the online-only material should be cited in the text of the main manuscript (e.g., Table S1 available as online-only supplementary material) and numbered in order of citation in the text (eg, Table S1, Table S2, Figure S1, Figure S2, Supplementary Methods). The first page of the online-only document should list the number and title of each element included in the document.

If you need additional help, you can click on the help signs that appear throughout the system. A help dialogue box will pop up with context-sensitive help. If you have questions or problems with your submission, please contact the editorial office by email at editorial@abpbrasil.org.br.

Checking manuscript status

After you approve your manuscript, you are finished with the submission process. To check the status of your manuscript throughout the editorial review process:

1. Log into the system with your username and password.
2. Select the Author Dashboard on your Home Page.
3. Select Submitted Manuscripts or another category and check manuscript status.

Review process

The manuscript submission and editorial review process is as follows:

1. An author submits a manuscript.
2. The manuscript is verified by the editorial office and assigned to an editor.
3. The editor reviews the manuscript and makes an initial decision based on manuscript quality and editorial priorities, usually either to send the manuscript to peer reviewers or to reject the manuscript at that point so that the author can submit it to another journal. The selection of manuscripts for publication is based on their originality, relevance of the topic, methodological quality, and compliance with these instructions.
4. All manuscripts considered for publication are peer-reviewed by anonymous external referees. For those manuscripts sent to peer reviewers, the editor makes a decision based on editorial priorities, manuscript quality, reviewer recommendations, and perhaps discussion with fellow editors. At this point, the decision is usually to request a revised manuscript, reject the manuscript, or provisionally accept the manuscript.
5. The decision letter is sent to the author.

Artigo Original 2:

Improving Skin Picking treatment using the Rothbaum Cognitive-Behavioral Therapy Protocol in individual and group formats: a randomized clinical trial

Alice C. M. Xavier, M.D.[a], Camila M. B. de Souza[b], Luis H. F. Flores[b], Mariane Bagatin Bermudez[a], Ariadne C. de Oliveira M.D.[c], Renata M. Felipe M.D.[c], Carolina Blaya M.D, M.Sc., Ph.D.[d]

[a] Master student at Graduate Program in Health Sciences of Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, RS, Brazil. [b] Medicine student at Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, RS, Brazil. [c] Graduate Program in Psychiatry at Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, RS, Brazil. [d] Professor of the department of Medical Clinic: Psychiatry at Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, RS, Brazil and Professor of the department of Psychiatry at Federal University of Rio Grande do Sul, RS, Brazil.

Conflicts of interest: none.
*Corresponding author: Post Graduate Program in Health Sciences of Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, Tel: +55(51) 3303.9000. Rua Sarmento Leite, 245, Porto Alegre/Rio Grande do Sul, Brazil, Zip code: 90050-170, alicexavier@gmail.com

Key words: Behavior therapy; Cognitive therapy; Psychotherapy, group;

ABSTRACT

Behavioral treatments demonstrated significant benefits improving Skin Picking Disorder (SPD), but there is a lack of an intervention managing comorbid symptoms and also a deficiency of a group treatment option. In order to improve SPD treatment and facilitate therapist training, we adapted the Rothbaum Cognitive Behavioral protocol to treat SPD and tested its efficacy improving SPD and comorbidities when applied in individual or group format. Patients with SPD were allocated in individual and in group treatment. Before and after intervention were applied the Hamilton Anxiety Scale (HAM–A), Beck Depression Inventory (BDI), Clinical Global Impression (CGI) and Skin Picking Impact Scale (SPIS). To adapt the Rothbaum Protocol (RP) 14 patients were treated in individual (n=7) or group modality (n=7). There was no difference between modality dropout rates. To test the adapted RP 54 patients were treated in individual (n=27) or group (n=7) formats. After treatment was found improvement in all assessed symptoms, with no difference between treatment modality: SPIS (26.11 Vs. 16.03) BDI (16.87 Vs.12.31), CGI (4.7 V. 2.9), HAM-A(29.15 Vs. 22.6), p<0.001. The Rothbaum

protocol adaptation to SPD was feasible and effective to treat both SPD and comorbid symptoms, applied in individual or in group formats.

Abbreviations: SPS= Skin Picking Disorder. UFCSPA= Federal University of Health Sciences of Porto Alegre. HMIPV= Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

Funding: This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

INTRODUCTION:

Skin Picking Disorder (SPD), also known as Excoriation Disorder or Dermatillomania, is a common disorder – it has been estimated that about 1.4% to 5.4% of the population suffers from SPD and this prevalence is increased to 7% to 30% in psychiatric patients. Its course tends to be chronic, having an important negative socioeconomic impact, worsening the social, labor and financial performance of the patients. Besides this, SPD is also associated with depressive and anxious symptoms and suicidal ideation(Tucker, Woods, Flessner, Franklin, & Franklin, 2011).

Despite the importance of this pathology, less than a half of the patients with Skin Picking Disorder seek treatment, only 53% receive the correct diagnosis and more than 57% are not satisfied with the treatment received. It has been shown that 85% of patients think that professionals are not trained for their treatment(Tucker et al., 2011). Regarding treatment options, neither Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) nor Lamotrigine was effective when compared to placebo, and only treatment with behavioral techniques was effective in randomized clinical trials(Schumer, Bartley, & Bloch, 2016).

Four studies evaluated behavioral techniques in the treatment of Skin Picking Disorder using 3 to 4 sessions of therapy based on the principles of habit reversal of Azrin and Nunn, such as: self-monitoring, practices of competing responses and search of social support, finding improvements(Azrin & Nunn, 1973; Selles, R., McGuire, Small, & Storch, 2016). There is one study that included a session of cognitive techniques and also found significant improvement(Schuck, Keijsers, & Rinck, 2011). However, these studies used different protocols and have a small sample size, which makes it difficult to generalize the results(Selles et al., 2016). Also, those protocols have not addressed the anxious and depressive symptoms associated with SPD(Selles et al., 2016; Teng, Woods, & Twohig, 2006). One study evaluated the use of the cognitive psychophysiological model, which works on the emotional construction that triggers habits, addressing cognitive and behavioral aspects of the emotional and psychophysiological processes that precede the habit, rather than the habit itself, to treat body-focused repetitive disorders, including SPD, showing improvement in depressive and anxious symptoms after a 10 session intervention in 12 patients (O'Connor, Lavoie, Desaulniers, & Audet, 2017).

Although proved to be effective, an important limitation of the application of behavioral techniques to SPD is the low availability of trained therapists to the

demand of patients(N.J. Keuthen et al., 2015). Recent studies show that unified Cognitive Behavioral Therapy (CBT) protocols can be effective treating different pathologies of the same spectrum, facilitating therapist training and improving treatment dissemination, which is a known limiter when managing SPD (Farchione et al., 2012) (Gallagher et al., 2013; N.J. Keuthen et al., 2015). Besides this, group interventions based on Cognitive Behavioral Therapy conducted by a trained therapist can be effective treating more patients at the same time(McMartin, Gajic-Veljanoski, Wells, Higgins, & Walter, 2017). In our knowledge, to date none intervention to treat SPD have been tested in group treatment format(Selles et al., 2016; Teng et al., 2006).

Many studies have shown that the rate of co-occurrence of dermatillomania and trichotillomania is higher than expected(Snorrason, Belleau, & Woods, 2012), been hypothesized that these disorders are part of the spectrum of a single pathology (Ameringen, Patterson, & Simpson, 2014; Snorrason et al., 2012) (Tucker et al., 2011). It is known that the Rothbaum Protocol is an effective Cognitive Behavioral Treatment (CBT) for Trichotillomania, using not only habit reversal techniques, but also addressing the management of anxiety and depressive symptoms(Flessner, 2011; Rothbaum, 1992). Based on that, the aim of the present study is to adapt the Rothbaum CBT Protocol for the treatment of SPD (Study 1), and test its efficacy in treating SPD in individual or group format (Study 2). This study works with the hypothesis that the Rothbaum CBT Protocol can be adapted to be effective in the treatment of SPD, improving not only the picking symptoms but also anxious and depressive associated symptoms, both in individual or group formats.

Study 1:

METHODS:

Study design and participants:

This pilot study is an open clinical trial with patients allocated to treatment according to their availability in individual or group format with the Rothbaum Protocol (RP) in an adapted format. The sample consisted of 17 participants that looked for treatment thru public advertising in the Psychiatry Service of the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA) in the period between July 2014 and July 2015. Inclusion criteria were Skin Picking Disorder (SPD) diagnosis according to diagnostic interview structured by DSM 5

(Association, 2013) and motivation to CBT. Exclusion criteria were current psychotic disorder, intellectual disability or suicide risk as assessed by clinical interview. Psychiatric comorbidities were assessed by the MINI Psychiatric Interview (Sheehan et al., 1998) (Amorim, 2000). Individuals who did not meet inclusion criteria for the current study received referrals to appropriate community resources. Patients that were on psychotropic treatment could be enrolled in the study, since there is no evidence that medication treat SPD. Demographic characteristics of the sample are presented in Table 1.

The primary endpoint of the study was the adaptability of the RP by analyzing the treatment dropout rates and the improvement in the Global Clinical Impression (CGI) and Skin Picking Impact Scale (SPIS) scores (Busner & Targum, 2007). Secondary outcomes were the improvement in Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) and the Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1959).

Procedure and measures:

Psychiatric diagnostic interview was conducted by a psychiatry resident and discussed with a senior researcher. During the interview was applied the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)(Sheehan et al., 1998), translated to Portuguese in a Brazilian version(Amorim, 2000), and a check-list of SPD symptoms according to DSM 5. Patients meeting inclusion criteria completed a baseline assessment conducted by two trained evaluators with a high inter-rater reliability (Kappa coefficient=0.9), applying the Beck Depression Inventory(Gorenstein & Andrade, 1996), the Hamilton Anxiety Scale(Kummer, Cardoso, & Teixeira, 2010), the Clinical Global Impression Scale(de Lima et al., 2007) and the Skin Picking Impact Scale(N.J. Keuthen et al., 2001).

The Beck Depression Inventory is a self-applicable questionnaire for evaluation of depressive symptoms, translated and validated to Portuguese and to Brazilian subjects, assessing the symptoms during the last week, with score varying from 0 to 63, with higher score being more severe symptoms (Beck et al., 1961; Gorenstein & Andrade, 1996). The Hamilton Anxiety Scale is a questionnaire applied by the interviewer to evaluate anxious symptoms, translated and validated to Portuguese, varying scores from 0 to 56, with higher scores being more severe symptoms(Hamilton, 1959; Kummer et al., 2010). The Clinical Global Impression Scale (CGI) is a questionnaire applied by the

interviewer to assess the impact of the disease in patient's life, with scores varying from 1 (asymptomatic) to 7 (very severe impact)(Busner & Targum, 2007), already translated to Portuguese (de Lima et al., 2007). The Skin Picking Impact Scale (SPIS) is a self-applicable questionnaire validated to Brazilian population (Xavier et al. data not published yet) to assess the severity and life impact of Skin Picking, evaluating symptoms of the last week, with score varying between 0 and 50 with higher score being more severe impact(N.J. Keuthen et al., 2001).

The RP in adapted format was applied to the sample and after the intervention, the same instruments were reapplied. Treatment was performed in the Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) by four professionals with CBT theoretical and practical training, receiving weekly supervision from a therapist with more than 10 years of CBT experience. Same therapists applied both treatment formats.

Statistical Analysis and Ethical Considerations

Statistical analysis was performed using the SPSS program version 20.0. Patients that were evaluated at the baseline but did not participate in any therapy session were excluded from the analysis. Subjects that participated to less than 50% of the sessions were considered losses and included in the statistical analysis using the model of last observation carried forward.

The data were analyzed for their normal distribution using the Shapiro-Wilkis test. Student t test was applied to variables with normal distribution and the Mann-Whitney test was used to variables without normal distribution or with $n<5$. Fisher's exact chi-square test was used to compare categorical variables. Linear correlations were made using the Pearson Correlation Coefficient (r) to variables with normal distribution and Spearman Correlation Coeficient (r_s) for those without. The level of significance was set at $p <0.05$. Data were controlled for co-morbid depressive and anxious symptoms.

All participants signed an informed consent form to participate in the research. This study is in accordance with the Guidelines and Norms Regulating Research Involving Human Beings (Resolution 466/12), following the ethical principles of the Declaration of Helsinki. The study was approved by the UFCSPA Ethics and Research Commission (CEP) and HMIPV CEP under protocol number: 1,197,672. ("Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012," 2012).

RESULTS:

Among the 17 patients included in the study, 3 did not start the treatment after the baseline evaluation and 3 dropped out before attending to 50% of the sessions, being considered losses. Eleven patients (78.6%) concluded at least 4 of the 8 sessions of the treatment. There was no difference in the dropout rates between the individual or group treatment (14.28% Vs. 28.57%, p=NS), with both being in accordance with the literature(Carpenter et al., 2018). Figure 1 depicts the flow diagram of the sample.

The 9-week Rothbaum CBT protocol (Rothbaum, 1992) was adapted to Skin Picking in a format of 8-week treatment, since the sessions 3 and 4 of the original protocol were condensed into a single session, as they are easy and fast to learn together, allowing a shorter protocol that could enhance compliance to treatment. Figure 2 depicts the protocol adaptation and the techniques used in each session. The protocol was applied to all patients in weekly sessions of 45 minutes in the individual format and 90 minutes in the group format.

The mean number of sessions attended by the sample was 6.07 (SD=2.64). There was no difference in baseline sociodemografic and clinical characteristics between patients that concluded the treatment and patients that dropped out, with any difference between the severity of baseline symptoms assessed by instruments, as shown in Table 1.

After the CBT treatment with the Rothbaum adapted protocol, there was a significant improvement in the clinical global impression [CGI median 5(3-6) Vs. median 3 (1-6) p=0.03] and in the depressive symptoms (BDI 21.3±11.38 Vs. 18.1±10.84, p=0.04) [see Table 2]. There was significant correlation between the severity of the Skin Picking and the severity of depressive symptoms as assessed by BDI (r=0.77 p=0.003).

Study 2

METHODS:

Study design and participants:

This is a blind clinical trial with patients randomly allocated to treatment in individual or group format with the Rothbaum Protocol adapted to SPD. The sample consisted of participants that looked for treatment thru public advertising in the Psychiatry Service of the UFCSPA in the period between July 2016 and

January 2018. Inclusion criteria and exclusion criteria were the same of Study 1. Individuals who did not meet inclusion criteria for the current study received referrals to appropriate community resources. Patients that were on psychotropic treatment could be enrolled in the study. Demographic characteristics of the sample are presented in Table 3.

The primary endpoint of the study was the remission of symptoms after the intervention, evaluated by the Clinical Global Impression Scale, with a score under or equal 2 considered remission, or the Skin Picking Impact Scale, with a score equal or under 7 considered remission (Busner & Targum, 2007; N.J. Keuthen et al., 2001). Secondary outcomes were the change in the Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961) and the Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1959).

Procedure and measures:

The baseline evaluation followed the same procedure and applied the same measures of Study 1. This study added the application of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) instrument to evaluate the individual motivation to change. The URICA is a 24-item self-applied scale, translated to Portuguese, that assess the motivational status of the subject, which is divided in the moments pre-contemplation, contemplation, action and maintenance, with higher scores associated with more advanced motivation status (Hasler, Klaghofer, & Buddeberg, 2003; Szupszynski & Oliveira, 2008). Randomization by blocks was applied to allocate patients in the individual or group modality of treatment. The 8-week Rothbaum CBT protocol adapted to SPD, as described in Study 1, was applied to the sample in weekly sessions of 45 minutes in the individual format and 90 minutes in the group format, with the same therapists applying the two intervention formats.

Statistical Analysis and Ethical Considerations

Statistical analysis was performed in the SPSS 23.0. The sample size was calculated in the program GPower 3.1.9.2 based on Study 1, with a study power=0.95 indicating a sample size of 31 individuals. As a 20% of losses is expected during CBT treatment we decided to include at least 37 individuals (Schuck et al., 2011). Data were analyzed for their normal distribution using the

Kolmogorov-Smirnov test and to compare categorical variables were used Fisher's exact chi-square or Pearson chi-square. To assess improvement in clinical scales after treatment and compare it between treatments modality was applied the Generalizing Estimating Equations.

Ethics are the same as for Study 1, and this study was registered in the Clinical Trials database, under number NCT03182478.

RESULTS:

Among the 62 patients included in the study, 8 did not start the treatment after the baseline evaluation and were excluded from the analysis. A total of 54 patients started the treatment, with 27 individuals enrolled in each intervention type. Patients that drooped out before completing at least 50% of the CBT sessions were considered losses, those accounting for 8 individuals in individual (29.6%) and 9 in the group format (33.3%), with no difference in the dropout rates between treatment modality (p=0.7). Figure 3 depicts the flow diagram of the sample. There was no difference between clinical and sociodemographical characteristics of patients between the treatment modalities, except the prevalence of social anxiety which was higher in the individual modality. The majority of individuals had never been treated to SPD before. Table 3 shows the baseline characteristics of the randomized sample.

Comparing patients that completed the treatment with those that dropped out, the last group had higher agoraphobia prevalence (37.5% Vs. 8.1%, p=0.009) and was less motivated to treatment according to the URICA scores [median 9.8 (6.86-13.71) Vs. median 11 (6.4-14) p=0.02].

After the treatment with the adapted Rothbaum CBT protocol, the remission rates were high in both individual (63%) and group (52%) modality, with no differences between the intervention type (p=0.4). The symptoms of SPD, the global clinical status and the comorbid depressive symptoms improved significantly after treatment in both modalities equally. The anxiety also improved significantly after treatment, in both modalities, but with a greater improvement in the individual intervention compared to group (p=0.01), see Figures 4 and 5.

DISCUSSION:

This study found that the Rothbaum CBT protocol adapted to treat Skin Picking Disorder (SPD) was feasible, since were maintained the same structure and the use of the same techniques, changing the habit addressed by the protocol. The specific techniques included to skin picking, such as wound collection and use of rings on the fingers, were well accepted and easy to practice by patients. The dropout rates during the treatment were not higher than expected, reflecting the acceptability of the intervention (Schumer et al., 2016).

As evidenced by previous studies, this study found a higher incidence of Generalized Anxiety Disorder and Depressive Episode in the past or currently that expected in general population (Tucker et al., 2011). Although some patients did not fulfill criteria for anxiety or depressive disorders, many of them scored high in the BDI and HAM-A instruments. These findings bring to light the importance to treat SPD with interventions that handle with anxiety and depression, as the Rothbaum CBT Protocol.

Interventions based on CBT not always are equally effective when applied in group or individual formats. Although the group modality has a better cost-effectiveness because of the possibility of treat more patients using less therapist investments, sometimes patient can be inhibited to participate in this intervention, have no patience to wait the time to assemble a group or not be compliant to it during many weeks because of less flexibility about when sessions can be scheduled(Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach, & Clark, 2003). This study found no difference between dropout rates in the two treatment formats (group vs. individual), suggesting that the group model can be as effective as the individual one. The literature shows that an important challenge in the treatment of SPD is the low supply of trained therapists, given the great demand of patients (N.J. Keuthen et al., 2015). Thus, the use of a group format treatment is a viable way to fill this demand. In our knowledge this is the first study to evaluate a group treatment format for SPD.

It is well known that the compliance to the CBT is directly associated to better outcomes. In this study we found that the URICA scale was an appropriate way to assess patient´s readiness to change, thus reflecting the motivation to therapy. When a treatment is offered it is important to consider the cost-effectiveness of it to each patient, thus, patients not motivated to CBT should not be included in this treatment modality, as the chance of dropout and non-

response is high. This is of special concern regarding group interventions, which can be more cost-effective mainly in public health scenario, but in which if a patient dropout during therapy there is no possibility to include another individual in this place.

After the intervention with the Rothbaum Protocol Adapted to SPD, both modalities of treatment resulted in an improvement in all assessed symptoms. Grant et al. show that SPD is frequently associated to anxiety (8%-23% of the cases), depression (12.5%-48%), substance use (in 14%-36% of patients) and major functional impairment(Grant & Chamberlain, 2017; Grant et al., 2012). Despite of these important relations, currently there is no treatment to SPD addressing the management of those symptoms. One study with 6 participants evaluated the use of Acceptance-Enhanced Behavior Therapy (AEBT) for Trichotillomania and chronic Skin Picking, but did not report benefits in managing depression (Nancy J. Keuthen et al., 2011). Another study applied a CBT Brief Protocol, consisting of 4 sessions with psychoeducation, assessment of cognition, habit reversal techniques and relapse prevention, but did not report benefits in anxiety and depression, with the treatment being as effective as the control list (Schuck et al., 2011). In this study we found as important improvement not only in SPS symptoms but also in depression and anxiety, probably due to the cognitive and anxiety coping techniques. Although group and individual intervention resulted in significant reduction in anxiety, the individual format had a grater improvement, probably because it had more patients with social anxiety in the baseline.

Our results should be interpreted in light of some limitations. After randomization, the individual treatment modality had higher rates of social anxiety than the group intervention. Social anxiety may be a barrier to patient to participate in a group treatment, but in this study, no patient that dropped out before or during group intervention had social anxiety. We conclude that this difference did no interfere in the results. Our study had no follow-up evaluation, and we could not generalize our results for long-term efficacy. Although the risk of a relapse is an important question related to cognitive behavioral treatments, there is only one study with Cognitive-Behavioral treatment that has a follow-up of just 3 months(Schuck et al., 2011). The strengths of our study are the adequate delineation, and the conservative statistical analysis. Mainly, this study is the first one to use a treatment to SPD that manage its important comorbid symptoms in both individual and group formats.

Conclusion:

Despite being a prevalent disorder, currently there is no treatment to Skin Picking Disorder addressing the management of associated symptoms nor there is an option of group treatment to overcome the barrier of low availability of treatment. This study shows that the Rothbaum Cognitive Behavioral Protocol to Trichotillomania can be adapted to treat Skin Picking Disorder, being effective in improving not only SPD symptoms but also anxiety, depression and the global patient status, reaching symptomatic remission both when applied in individual or in group format. Those findings are innovative and can fill the actual gap in SPS treatment. Further studies with a follow up of these patients with re-application of instruments to evaluate Skin Picking and associated symptoms are expected.

ACKNOWLEDGEMENTS:

The authors wish to thank Professor Barbara O. Rothbaum, Ph.D., who gently allowed the adaptation of the Rothbaum Cognitive Behavioral Protocol by our study.

REFERENCES:

Ameringen, M. V., Patterson, B., & Simpson, W. (2014). DSM 5 obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criterea. *Depression and Anxiety, 31*(6), 487-493. doi:10.1002/da.22259

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short 	structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*, 106-115.

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).

Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1973). Habit-Reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour researh and therapy, 11*(4), 619-628.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impression scale – applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry, 4*(7), 28-37.

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiey*, 1-13. doi:10.1002/da.22728.

de Lima, M. S., Soares, B. G. d. O., Paoliello, G., Vieira, R. M., Martins, C. M., da Mota Neto, J. I., . . . Volpe, F. M. (2007). The Portuguese version of the clinical global impression - schizophrenia scale: validation study. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*(3), 246-249. doi:10.1590/S1516-44462006005000047

Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., . . . Barlow, D. H. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior therapy, 43*(3), 666-678. doi:10.1016/j.beth.2012.01.001

Flessner, C. A. (2011). Cognitive Behavior Therapy for Childhood Repetitive Behavior Disorders: Tic Disorders and Trichotillomania. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 20*(2), 319-328. doi:10.1016/j.chc.2011.01.007

Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Boswell, J. F., Carl, J. R., Bullis, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). The Impact of the Unified Protocol for Emotional Disorders on Quality of Life. *International journal of cognitive therapy, 6*(1), 1-16. doi:10.1521/ijct.2013.6.1.57

Gorenstein, C., & Andrade, L. (1996). Validation of a Portugues version of the beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 29*, 453-457.

Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2017). Clinical correlates of symptom severity in skin picking disorder. *Comprehensive Psychiatry, 78*, 25-30. doi:10.1016/j.comppsych.2017.07.001

Grant, J. E., Odlaug, b. L., Chamberlain, S. R., Keuthen, N. J., Lochner, C., & Stein, D. J. (2012). Skin picking disorder. *American Journal of Psychiatry, 169*(11), 1143-1149. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12040508

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British journal of medical psychology, 32*(1), 50-55.

Hasler, G., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (2003). The university of rhode island change assessment scale (URICA). *Psychotherapy, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 53*(9-10), 406-411. doi:10.1055/s-2003-42172

Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Engelhard, I., Forker, A., O'Sullivan, R. L., . . . Baer, L. (2001). The skin picking impact scale (SPIS): scale development and psychometric analyses. *Psychosomatics, 42*(5), 397-403. doi:10.1176/appi.psy.42.5.397

Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Falkenstein, M. J., Meunier, S., Timpano, K. R., Jenike, M. A., & Welch, S. W. (2011). DBT-enhanced habit reversal treatment for trichotillimania: 3- and 6-month follow-up results. *Depression and Anxiety, 28*, 310-313. doi:10.1002/da.20778

Keuthen, N. J., Tung, E. S., Reese, H. E., Raikes, J., Lee, L., & Mansueto, C. S. (2015). Getting the word out: Cognitive-behavioral therapy for trichotillomania (hair-pulling disorder) and excoriation (skin-picking) disorder. *Annals of clinical psychiatry, 27*(1), 10-15.

Kummer, A., Cardoso, F., & Teixeira, A. L. (2010). Generalized anxiety disorder and the hamilton anxiety rating scale in parkinson's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 68*(4), 495-501. doi:10.1590/S0004-282X2010000400005

McMartin, K., Gajic-Veljanoski, O., Wells, D., Higgins, C., & Walter, M. (2017). Psychotherapy for major depressive disorder and generalized anxiety disorder: a health technology assessment. *Ontario Health Technology Assessment Series, 17*(15), 1-167.

O'Connor, K., Lavoie, M., Desaulniers, B., & Audet, J.-S. (2017). Cognitive psychophysiological treatment of bodily-focused repetitive behaviors in adults:

an open trial. *Journal of clinical psychology, 74*(3), 273-285. doi:10.1002/jclp.22501.

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, (2012).

Rothbaum, B. O. (1992). The Behavioral Treatment of Trichotillomania. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 20*(1), 85-90.

Schuck, K., Keijsers, G. P. J., & Rinck, M. (2011). The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: a randomized comparison to wait-list control. *Behaviour Researh and Therapy, 49*(1), 11-17. doi:10.1016/j.brat.2010.09.005

Schumer, M. C., Bartley, C. A., & Bloch, M. H. (2016). Systematic Review of Pharmacological and Behavioral Treatments for Skin Picking Disorder. *Journal of clinical psychopharmacology, 36*(2), 147-152. doi:10.1097/JCP.0000000000000462

Selles, R., R., McGuire, J. F., Small, B. J., & Storch, E. A. (2016). A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation(skin-picking) disorder. *General hospital psychiatry, 41*, 29-37. doi:10.1016/j.genhosppsych.2016.04.001

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M .I. N .I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical Psychiatry, 59*(20), 22-57.

Snorrason, I., Belleau, E. L., & Woods, D. W. (2012). How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. *Clinical Psychology Review, 32*(7), 618-629. doi:10.1016/j.cpr.2012.05.008

Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 991-1007. doi:10.1016/S0005-7967(02)00176-6

Szupszynski, K. P. D. R., & Oliveira, M. S. (2008). Brasilian version of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) for illicit substance users. *Psico-USF, 13*(1), 31-39. doi:10.1590/S1413-82712008000100005

Teng, E. J., Woods, D. W., & Twohig, M. P. (2006). Habit Reversal as a Treatment for Chronic Skin Picking A Pilot Investigation. *Behavior modification, 30*(4), 411-422. doi: 10.1177/0145445504265707

Tucker, B. T. P., Woods, D. W., Flessner, C. A., Franklin, S. A., & Franklin, M. E. (2011). The skin picking impact project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(1), 88-95. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.007

Table 1: Sociodemografic and clinical characteristics of the Study 1 sample at baseline, with comparison between patients that concluded or dropped out the treatment.

	Total sample (n=14)	Patients that concluded the treatment (n=11)	Patients that dropped out (n=3)	p value
Age (years)[$]	44.85±4.31	44.78±18.70	25±5.65	0.18[£]
Female gender[%]	92.9(13)	90.9(10)	100(3)	1.00[n]
Comorbidities[%]				
Major depressive disorder	14.3(2)	9.1(1)	33.3(1)	0.39[n]
Distimia	6.3(1)	9.1(1)	0(0)	1.00[n]
Bipolar affective disorder	7.1(1)	9.1(1)	0(0)	1.00[n]
Generalized anxiety disorder	21.4(3)	9.1(1)	66.7(2)	0.09[n]
Psychotropic treatment[%]				
Sertraline use	42.9(6)	45.5(5)	33.3(1)	1.00[n]
Amytriptiline use	7.1(1)	9.1(1)	0	1.00[n]
Lamotrigine use	7.1(1)	9.1(1)	0	1.00[n]
Clinical scales				
SPIS[#]		25.5(0-33)	28(24-32)	0.55[#]
CGI[#]		5(3-6)	5(4-6)	1,00[#]
BDI[#]		15.5(9-38)	20.5(19-22)	0.44[#]
HAM-A[#]		29(12-41)	24(23-25)	0.71[#]

[$]Mean±Standard deviation. [#]Median (minimum-maximum). [%]Data expressed in %(n). [n]Fisher's chi-square. [£]Student t test. *Statistically significant

Figure 1: Flow diagram of the progress through the phases of the study 1.

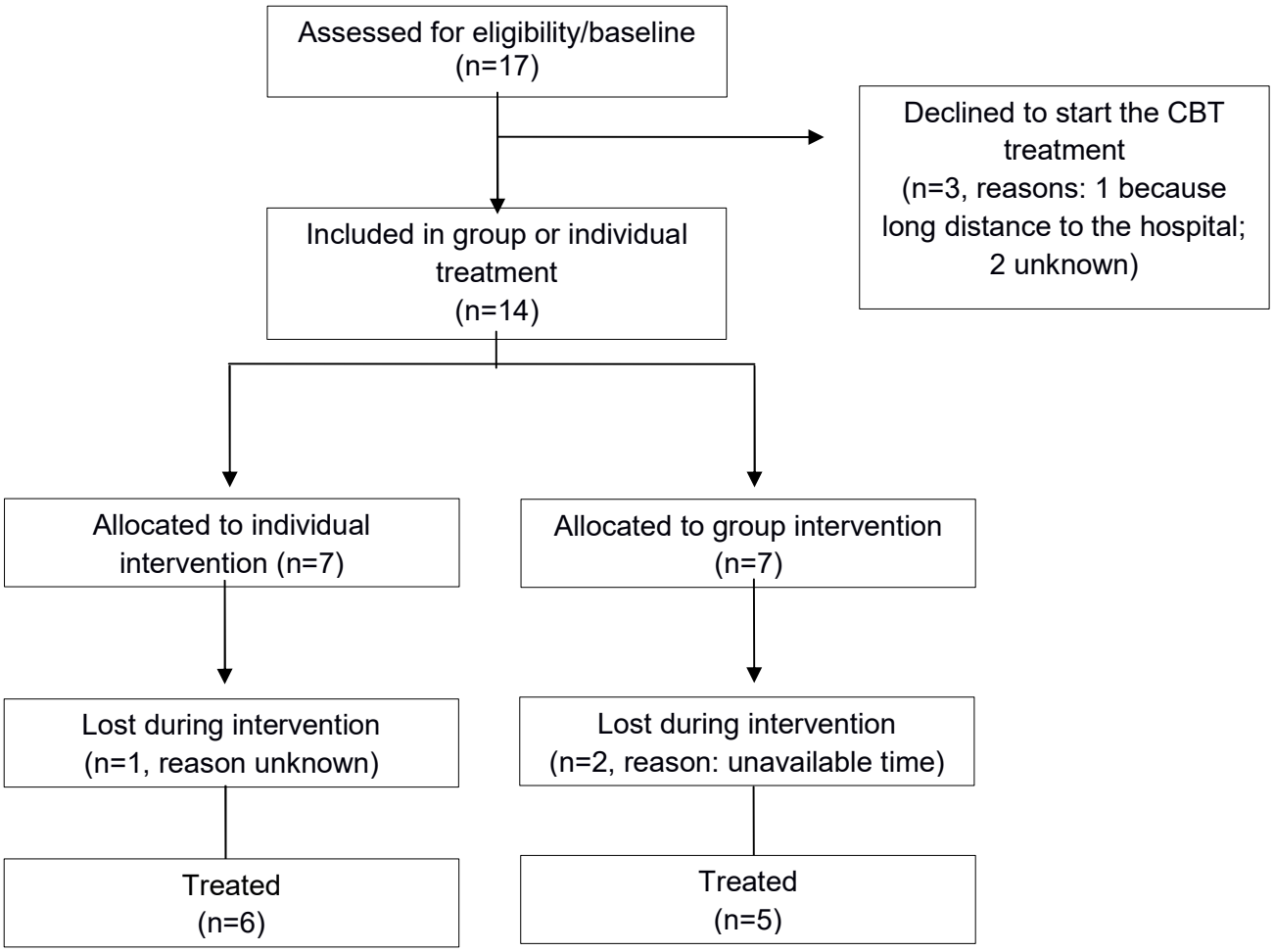


Figure 2: Rothbaum Protocol sessions framework and adaptations for use with Skin Picking Disorder.

Session	Summary content of Rothbaum Protocol	Adaptations	Rothbaum Protocol adapted to Skin Picking
1. Information gathering.	- Psychoeducation about Trichotillomania. - Description of the hair pulling habit. - Identification of trigger situations. - Self-monitoring of the hair pulling habit. - Homework self-monitoring and collection of stripped hairs.	- Change of the targeted habit from trichotillimania to skin picking, no changes in techniques.	- Psychoeducation about Skin Picking Disorder. - Description of the habit of touching the skin. - Identification of trigger situations for Skin Picking. - Self-monitoring of the habit of touching the skin. - Homework self-monitoring and collection of torn wounds.
2. Habit Change Training.	- Habit Reversal Techniques according to Azrin and Nunn. - Channels of anxiety manifestation. - Inspection of self-monitoring in Trichotillomania. - Practice of competitor answers. - List of drawbacks of Trichotillomania. - Homework: self-monitoring using habit-reversal techniques. Collection of pulled hair to bring to therapist next session.	- Change of the targeted habit from trichotillimania to skin picking, For instance: using some product in the skin instead of in the hair; simulate the impulse by keeping hands above the skin wound instead of the hair. - Addition of rings use in the hands to avoid picking skin. - Change the collection of pulled hair for pulled wounds.	- Techniques of Reversion of habit according to Azrin and Nunn, targeting skin picking habit. - Technique of rings use in the hands to avoid picking skin. - Channels of anxiety manifestation. - Skin picking self-monitoring inspection. - Practice of competitor answers. - List of Skin Picking drawbacks. - Homework: self-monitoring using habit-reversal techniques and checking its efficacy. Collection of wounds to bring to therapist next session.
3. Coping Skills.	- Diaphragmatic breathing in session 3. - Progressive muscle relaxation in session 4. - Homework: self-monitoring, practice reading the list of	- Condensation of sessions 3 and 4 of the Rothbaum Protocol.	- Diaphragmatic breathing. - Progressive muscle relaxation. - Homework: self-monitoring, practice reading the list of

	drawbacks and practice of coping skills.		drawbacks and practice of coping skills.
4. Thought stop.	- Explanation of the A-B-C- cognitive model. - Technique of thought stop and distraction. - Homework: self-monitoring and practice of thought stop.	- No changes.	- Explanation of the A-B-C cognitive model. - Technique of thought stop and distraction. - Homework: self-monitoring and practice of thought stop.
5. Cognitive restructuring.	- Technique of analysis of evidence within the cognitive model A-B-C. - Homework: self-monitoring and practice of cognitive restructuring.	- Additions of the gravity line technique and the reassignment technique (pie chart).	- Technique of analysis of evidence within the cognitive model A-B-C. - Gravity line technique. - Reassignment technique (pie chart). Homework: self-monitoring and practice of the 3 cognitive restructuring techniques listed above.
6. Targeted internal dialogue.	- Internal dialogue guidance for preparation to a stressor, based on Veronem and Kilpatrick's affirmations. -Positive reinforcement practice. - Homework: self-monitoring and practice of targeted internal dialogue.	- No changes.	- Internal dialogue guidance for preparation to a stressor, based on Veronem and Kilpatrick's affirmation. - Positive reinforcement practice. - Homework: self-monitoring and practice of targeted internal dialogue.
7. Role-Changing and Role-Playing.	- Change of therapist / patient roles and role-playing from TCC for Trichotillomania. - Review of techniques learned and points to be improved. - Homework: self-monitoring.	- Change of the targeted habit from trichotillomania to skin picking.	- Change of therapist / patient roles and role-playing from TCC to Skin Picking. - Review of techniques learned and points to be improved. - Homework: self-monitoring and review of techniques learned and points to be improved.
8. Relapse prevention.	- Assembling the Trichotillomania Relapse Prevention Guide.	- Change of the targeted habit from trichotillomania to skin picking.	- Assembling the Skin Picking Relapse Prevention Guide.

Table 2. Results of the instruments applied before and after treatment with Rothbaum adapted protocol in Study 1

Instrument	Before CBT	After CBT	p value
CGI	5 (3-6)	3 (1-6)	0.03[$*]
BDI	21.3±11.38	18.1±10.84	0.04[#*]
HAM-A	24.5±10.0	21.5±9.49	0.15[#]
SPIS	21.92±11.38	19.25±10.84	0.33[#]

CBT = Cognitive behavioral therapy with Rothbaum adapted protocol. CGI = Clinical Global Impression. BDI = Beck Depression Inventory. HAM-A = Hamilton Anxiety Scale. SPIS = Skin Picking Impact Scale. [#]Data expressed by mean±standard deviation. [$]Data expressed by median (minimum-maximum). [*]Statistically significant.

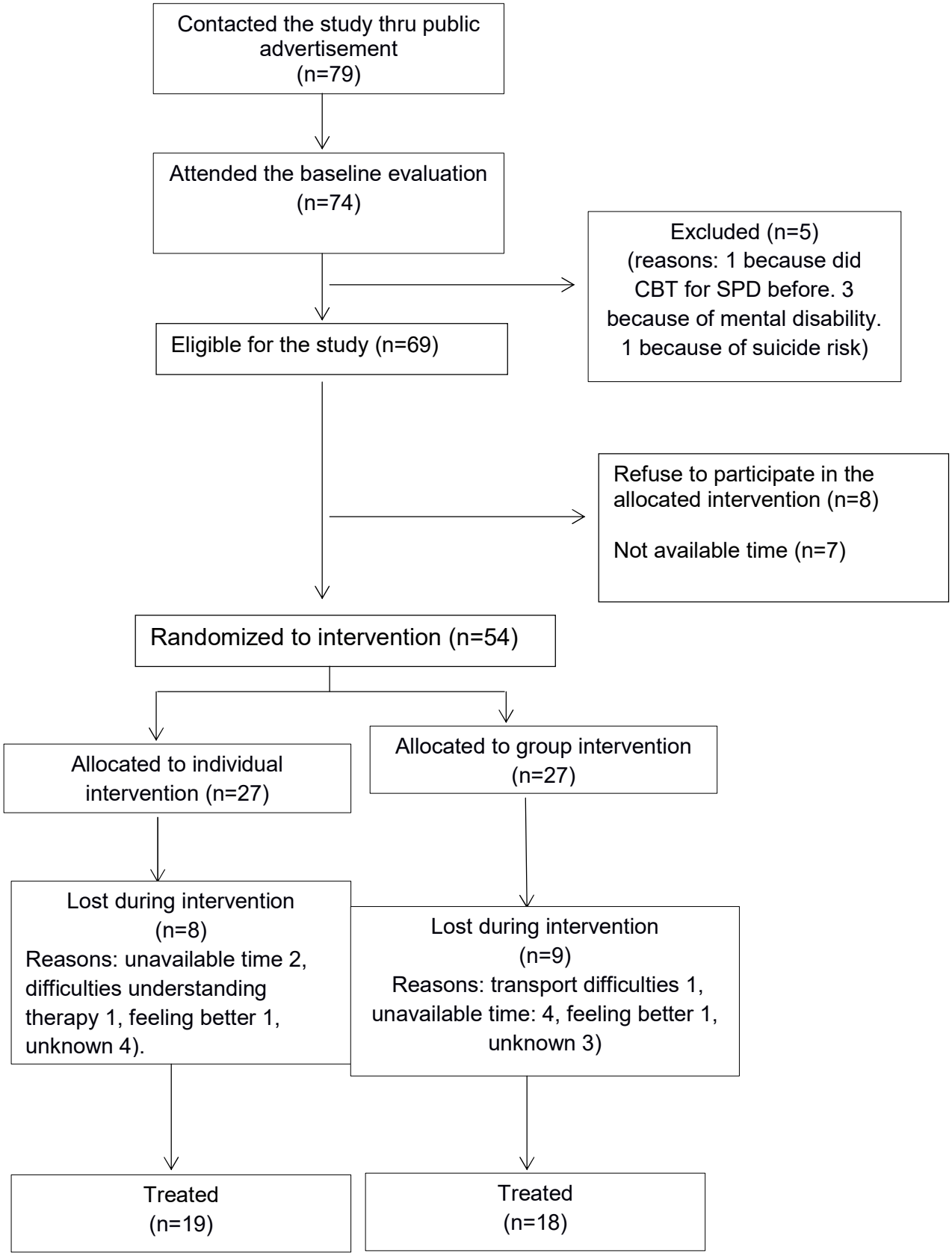
Table 3. Sociodemografic and clinical characteristics of the study 2 sample at baseline, with comparison between patients randomized to group or individual treatment modality

	Total sample (n=54)	Individual modality (n=27)	Group modality (n=27)	p value
Age (years)[$]	36.26±13.55	32.67±14.12	40.32±12.07	0.51[£]
Female gender[%]	88.9(48)	88.9 (24)	88.9 (24)	1.00[π]
Caucasian[%]	88.9 (48)	85.2 (23)	92.6 (25)	0.16[π]
Status[%]				0.13[π]
Married	31.5 (17)	18.5 (5)	44.4 (12)	
Single	55.6 (30)	70.4 (19)	40.7 (11)	
Religion[%]				0.5[π]
Catholic	38.9 (21)	33.3 (9)	44.4 (12)	
Agnostic	24.1 (13)	33.3 (9)	14.8 (4)	
Occupation[%]				0.23[π]
Working	40.7 (22)	29.6 (8)	51.9 (14)	
Student	31.5 (17)	40.7 (11)	22.2 (6)	
Schooling (years)[$]	14.23±3.48	14.0±3.31	14.5±3.73	0.62[£]
Income (US$)[#]	600 (0-8500)	598.8 (0-8383.23)	898.2 (0-2994.01)	0.15[π]

Trigger situation[%]	38.9 (21)	37 (10)	40.7 (11)	0.78[n]
Age of SPD onset	15 (4-64)	18.5 (8-64)	14 (4-51)	0.07[π]
Previous treatment[%]				0.49[n]
None	68.5 (37)	63 (17)	74.1 (20)	
Medication	20.4 (11)	25.9 (7)	14.8 (4)	
Family history of SPD[%]	29.6 (16)	22.2 (6)	37 (10)	0.23[n]
Family history of psychiatric disease[%]	39.6 (21)	25.9 (7)	55.6 (14)	0.55[n]
Clinical scales				
Current depressive episode	29.6 (16)	33.3 (9)	25.9 (7)	0.49[n]
Past depressive episode	24.1 (13)	14.8 (4)	33.3 (9)	0.20[¥]
Dysthymia	5.6 (3)	3.7 (1)	7.4 (2)	1.00[¥]
Bipolar disorder	7.4 (4)	7.4 (2)	7.4 (2)	1.00[¥]
Panic disorder	31.5 (17)	29.6 (8)	33.3 (9)	0.84[n]
Agoraphobia	16.7 (9)	14.8 (4)	18.5 (5)	0.76[n]
Social anxiety	9.3 (5)	18.5 (5)	0 (0)	0.02[¥*]
Obsessive Compulsive Disorder	3.7 (2)	7.4 (2)	0 (0)	0.23[¥]
Post-traumatic stress disorder	5.6 (3)	3.7 (1)	7.4 (2)	1.00[¥]
Nervous bulimia	3.7 (2)	7.4 (2)	0 (0)	0.23[¥]
Generalized anxiety disorder	39.6 (21)	33.3 (9)	44.4 (12)	0.46[n]
URICA	10.8 (6.4-14)	11.6 (6.4-12.8)	9.7 (6.8-14)	0.07[π]
SPIS[#]	28.5 (3-48)	33.0 (7-44)	23.0 (3-48)	0.14[π]
CGI[#]	5 (2-7)	5 (3-7)	5 (2-7)	0.21[π]
BDI[$]	17.3≠11.28	19.08±13.12	15.59±9.1	0.26[£]
HAM-A[$]	29.1±14.09	24.38±15.13	30.63±13.13	0.41[£]

[$]Mean±Standard deviation. [#]Median (minimum-maximum). [%]Data expressed in %(n). [n]Pearson chi-square. [£]Student t test. [*]Statistically significant. [π]Mann-Whitney test. [¥]Fisher chi-square.

Figure 3: Flow diagram of the progress through the phases of the study 2



SPD= Skin Picking disorder
CBT – Cognitive behavioral therapy

Figure 4: Improvement after individual treatment with RAP.

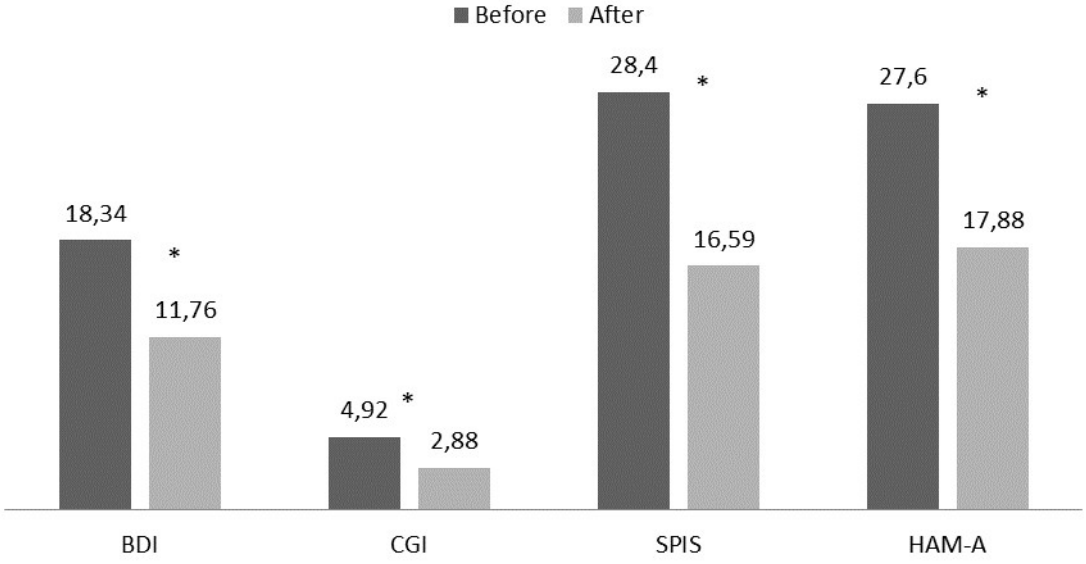


Figure 4. BDI= Beck Depression Inventory. CGI=Clinical Global Impression. SPIS=Skin Picking Impact Scale. HAM-A=Hamilton Anxiety Scale. *=p<0.001

Figure 5: Improvement after group treatment with RAP.

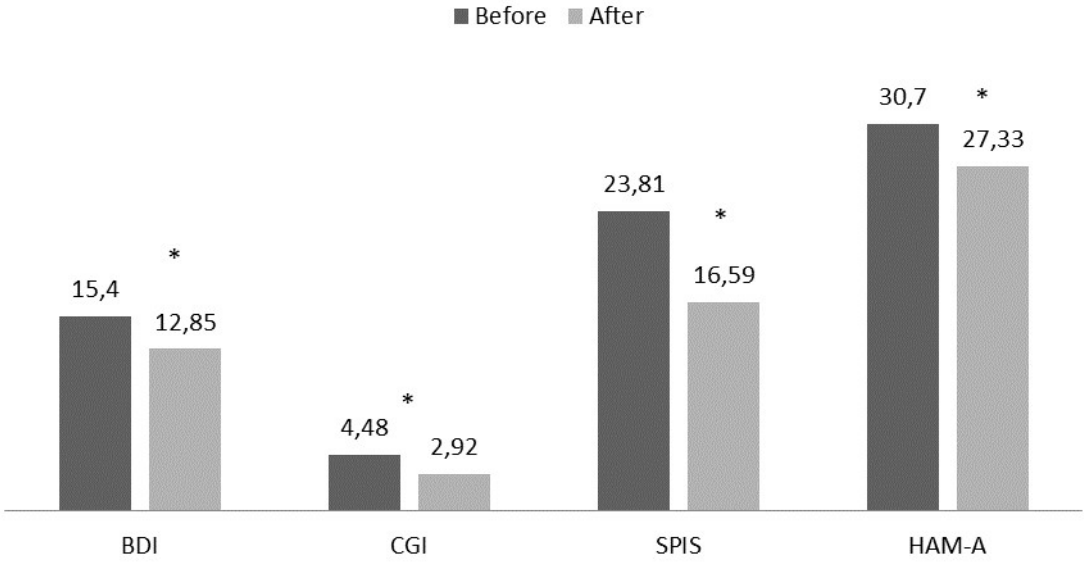


Figure 5. BDI= Beck Depression Inventory. CGI=Clinical Global Impression. SPIS=Skin Picking Impact Scale. HAM-A=Hamilton Anxiety Scale. *=p<0.001

Orientações revista “Behavior Research and Therapy” – submissão Artigo Original 2

The major focus of Behaviour Research and Therapy is an experimental psychopathology approach to understanding emotional and behavioral disorders and their prevention and treatment, using cognitive, behavioral, and psychophysiological (including neural) methods and models. This includes laboratory-based experimental studies with healthy, at risk and subclinical individuals that inform clinical application as well as studies with clinically severe samples. The following types of submissions are encouraged: theoretical reviews of mechanisms that contribute to psychopathology and that offer new treatment targets; tests of novel, mechanistically focused psychological interventions, especially ones that include theory-driven or experimentally-derived predictors, moderators and mediators; and innovations in dissemination and implementation of evidence-based practices into clinical practice in psychology and associated fields, especially those that target underlying mechanisms or focus on novel approaches to treatment delivery. In addition to traditional psychological disorders, the scope of the journal includes behavioural medicine (e.g., chronic pain). The journal will not consider manuscripts dealing primarily with measurement, psychometric analyses, and personality assessment. The Editor and Associate Editors will make an initial determination of whether or not submissions fall within the scope of the journal and/or are of sufficient merit and importance to warrant full review. The CONSORT guidelines (http://www.consort-statement.org/?) need to be followed

for protocol papers for trials; authors should present a flow diagramme and attach with their cover letter the CONSORT checklist. For meta-analysis, the PRISMA (http://www.prisma-statement.org/?) guidelines should be followed; authors should present a flow diagramme and attach with their cover letter the PRISMA checklist. For systematic reviews it is recommended that the PRISMA guidelines are followed, although it is not compulsory. Contact details Any questions regarding your submission should be addressed to the Editor in Chief: Professor Michelle G. Craske Department of Psychology 310 825-8403 Email: brat@psych.ucla.edu

Ensure that the following items are present: One author has been designated as the corresponding author with contact details: • E-mail address • Full postal address All necessary files have been uploaded: Manuscript: • Include keywords • All figures (include relevant captions) • All tables (including titles, description, footnotes) • Ensure all figure and table citations in the text match the files provided. Graphical Abstracts / Highlights files (where applicable) Supplemental files (where applicable) Further considerations • Manuscript has been 'spell checked' and 'grammar checked' • All references mentioned in the Reference List are cited in the text, and vice versa • Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Internet) • A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare • Journal policies detailed in this guide have been reviewed • Referee

suggestions and contact details provided, based on journal requirements.

BEFORE YOU BEGIN Ethics in publishing Please see our information pages on Ethics in publishing and Ethical guidelines for journal publication. Human and animal rights If the work involves the use of human subjects, the author should ensure that the work described has been carried out in accordance with The Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) for experiments involving humans; Uniform Requirements for manuscripts submitted to Biomedical journals. Authors should include a statement in the manuscript that informed consent was obtained for experimentation with human subjects. The privacy rights of human subjects must always be observed. All animal experiments should comply with the ARRIVE guidelines and should be carried out in accordance with the U.K. Animals (Scientific Procedures) Act, 1986 and associated guidelines, EU Directive 2010/63/EU for animal experiments, or the National Institutes of Health guide for the care and use of Laboratory animals (NIH Publications No. 8023, revised 1978) and the authors should clearly indicate in the manuscript that such guidelines have been followed. Conflict of Interest All authors are requested to disclose any actual or potential conflict of interest including any financial, personal or other relationships with other people or organizations within three years of beginning the submitted work that could inappropriately influence, or be perceived to influence, their work. See also http://www.elsevier.com/conflictsofinterest. The

Conflict of Interest form can be found at: http://ees.elsevier.com/brat/img/COI.pdf. And for further information, please view the following link: http://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/286/supporthub/publishing. Submission declaration and verification Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract, a published lecture or academic thesis, see 'Multiple, redundant or concurrent publication' for more information), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyrightholder. To verify originality, your article may be checked by the originality detection service Crossref Similarity Check. Preprints Please note that preprints can be shared anywhere at any time, in line with Elsevier's sharing policy. Sharing your preprints e.g. on a preprint server will not count as prior publication (see 'Multiple, redundant or concurrent publication' for more information). Changes to authorship Authors are expected to consider carefully the list and order of authors before submitting their manuscript and provide the definitive list of authors at the time of the original submission. Any addition, deletion or rearrangement of author names in the authorship list should be made only before the manuscript has been accepted and

only if approved by the journal Editor. To request such a change, the Editor must receive the following from the corresponding author: (a) the reason for the change in author list and (b) written confirmation (e-mail, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed. Only in exceptional circumstances will the Editor consider the addition, deletion or rearrangement of authors after the manuscript has been accepted. While the Editor considers the request, publication of the manuscript will be suspended. If the manuscript has already been published in an online issue, any requests approved by the Editor will result in a corrigendum. Registration of clinical trials Registration in a public trials registry is a condition for publication of clinical trials in this journal in accordance with International Committee of Medical Journal Editors recommendations. Trials must register at or before the onset of patient enrolment. The clinical trial registration number should be included at the end of the abstract of the article. A clinical trial is defined as any research study that prospectively assigns human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effects of health outcomes. Health-related interventions include any intervention used to modify a biomedical or health-related outcome (for example drugs, surgical procedures, devices, behavioural treatments, dietary interventions, and process-of-care changes). Health outcomes include any biomedical or health-related measures obtained in patients or

participants, including pharmacokinetic measures and adverse events. Purely observational studies (those in which the assignment of the medical intervention is not at the discretion of the investigator) will not require registration. As of October 2016, registration in a public trials registry is a condition for publication of clinical trials in this Journal. In the event that patient enrollment began in a trial that was not pre-registered prior to September 2016, authors may still submit their manuscript to this Journal but will be asked to retrospective register (i.e., registration after patient enrolment begins) their study in a public trials registry. This exception to pre-registration will cease in October 2019. Article transfer service This journal is part of our Article Transfer Service. This means that if the Editor feels your article is more suitable in one of our other participating journals, then you may be asked to consider transferring the article to one of those. If you agree, your article will be transferred automatically on your behalf with no need to reformat. Please note that your article will be reviewed again by the new journal. More information. Copyright Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (see more information on this). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement. Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of the Publisher is required for resale or distribution outside the

institution and for all other derivative works, including compilations and translations. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases. For gold open access articles: Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete an 'Exclusive License Agreement' (more information). Permitted third party reuse of gold open access articles is determined by the author's choice of user license. Author rights As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. More information. Elsevier supports responsible sharing Find out how you can share your research published in Elsevier journals. Role of the funding source You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated. Funding body agreements and policies Elsevier has established a number of agreements with funding bodies which allow authors to comply with their funder's open access policies. Some funding bodies will reimburse the author for the gold open access publication fee. Details of existing agreements are available online. Open access This journal offers authors a choice in publishing their research: Subscription • Articles are made available to subscribers as

well as developing countries and patient groups through our universal access programs. • No open access publication fee payable by authors. • The Author is entitled to post the accepted manuscript in their institution's repository and make this public after an embargo period (known as green Open Access). The published journal article cannot be shared publicly, for example on ResearchGate or Academia.edu, to ensure the sustainability of peerreviewed research in journal publications. The embargo period for this journal can be found below. Gold open access • Articles are freely available to both subscribers and the wider public with permitted reuse. • A gold open access publication fee is payable by authors or on their behalf, e.g. by their research funder or institution. Regardless of how you choose to publish your article, the journal will apply the same peer review criteria and acceptance standards. For gold open access articles, permitted third party (re)use is defined by the following Creative Commons user licenses: Creative Commons Attribution (CC BY) Lets others distribute and copy the article, create extracts, abstracts, and other revised versions, adaptations or derivative works of or from an article (such as a translation), include in a collective work (such as an anthology), text or data mine the article, even for commercial purposes, as long as they credit the author(s), do not represent the author as endorsing their adaptation of the article, and do not modify the article in such a way as to damage the author's honor or reputation. Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs (CC BY-NC-ND) For non-commercial purposes, lets others distribute

and copy the article, and to include in a collective work (such as an anthology), as long as they credit the author(s) and provided they do not alter or modify the article. The gold open access publication fee for this journal is USD 3400, excluding taxes. Learn more about Elsevier's pricing policy: https://www.elsevier.com/openaccesspricing. Green open access Authors can share their research in a variety of different ways and Elsevier has a number of green open access options available. We recommend authors see our green open access page for further information. Authors can also self-archive their manuscripts immediately and enable public access from their institution's repository after an embargo period. This is the version that has been accepted for publication and which typically includes author-incorporated changes suggested during submission, peer review and in editor-author communications. Embargo period: For subscription articles, an appropriate amount of time is needed for journals to deliver value to subscribing customers before an article becomes freely available to the public. This is the embargo period and it begins from the date the article is formally published online in its final and fully citable form. Find out more. This journal has an embargo period of 24 months. Elsevier Researcher Academy Researcher Academy is a free e-learning platform designed to support early and mid-career researchers throughout their research journey. The "Learn" environment at Researcher Academy offers several interactive modules, webinars, downloadable guides and resources to guide you through the process of writing for research

and going through peer review. Feel free to use these free resources to improve your submission and navigate the publication process with ease. Language (usage and editing services) Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the English Language Editing service available from Elsevier's WebShop. Submission Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail. Submit your article Please submit your article via http://ees.elsevier.com/brat/ PREPARATION Peer review This journal operates a single blind review process. All contributions will be initially assessed by the editor for suitability for the journal. Papers deemed suitable are then typically sent to a minimum of two independent expert reviewers to assess the scientific quality of the paper. The Editor is responsible for the final decision regarding acceptance or rejection of articles. The Editor's decision is final. More information on types of peer review. Article structure Subdivision - unnumbered sections Divide your article into clearly defined sections. Each subsection is given a brief heading. Each

heading should appear on its own separate line. Subsections should be used as much as possible when crossreferencing text: refer to the subsection by heading as opposed to simply 'the text'. Appendices If there is more than one appendix, they should be identified as A, B, etc. Formulae and equations in appendices should be given separate numbering: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc.; in a subsequent appendix, Eq. (B.1) and so on. Similarly for tables and figures: Table A.1; Fig. A.1, etc. Essential title page information • Title. Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible. • Author names and affiliations. Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lowercase superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author. • Corresponding author. Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author. • Present/permanent address. If an author has

moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes Abstract A concise and factual abstract is required with a maximum length of 200 words. The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s). Also, non-standard or uncommon abbreviations should be avoided, but if essential they must be defined at their first mention in the abstract itself. Graphical abstract Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. You can view Example Graphical Abstracts on our information site. Authors can make use of Elsevier's Illustration Services to ensure the best presentation of their images and in

accordance with all technical requirements. Highlights Highlights are mandatory for this journal. They consist of a short collection of bullet points that convey the core findings of the article and should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point). You can view example Highlights on our information site. Keywords Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, to be chosen from the APA list of index descriptors. These keywords will be used for indexing purposes. Abbreviations Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article. Acknowledgements Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.). Formatting of funding sources List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements: Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa]. It is not necessary to include detailed

descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding. If no funding has been provided for the research, please include the following sentence: This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors. Shorter communications This option is designed to allow publication of research reports that are not suitable for publication as regular articles. Shorter Communications are appropriate for articles with a specialized focus or of particular didactic value. Manuscripts should be between 3000-5000 words, and must not exceed the upper word limit. This limit includes the abstract, text, and references, but not the title page, tables and figures. General points • Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork. • Embed the used fonts if the application provides that option. • Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar. • Number the illustrations according to their sequence in the text. • Use a logical naming convention for your artwork files. • Provide captions to illustrations separately. • Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version. • Submit each illustration as a separate file. A detailed guide on electronic artwork is available. You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here. Formats If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word,

PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format. Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below): EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts. TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi. TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi. TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi. Please do not: • Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors; • Supply files that are too low in resolution; • Submit graphics that are disproportionately large for the content. Tables Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells. References Citation in text Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be

given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication. Web references As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list. Data references This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article. Reference management software Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support Citation Style Language styles, such as Mendeley and Zotero, as well as EndNote. Using the word processor plug-ins from

these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. Users of Mendeley Desktop can easily install the reference style for this journal by clicking the following link: http://open.mendeley.com/use-citation-style/behaviour-research-and-therapy When preparing your manuscript, you will then be able to select this style using the Mendeley plugins for Microsoft Word or LibreOffice. Reference style Text: Citations in the text should follow the referencing style used by the American Psychological Association. You are referred to the Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition, ISBN 978-1-4338-0561-5, copies of which may be ordered online or APA Order Dept., P.O.B. 2710, Hyattsville, MD 20784, USA or APA, 3 Henrietta Street, London, WC3E 8LU, UK. List: references should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters 'a', 'b', 'c', etc., placed after the year of publication. Examples: Reference to a journal publication: Van der Geer, J., Hanraads, J. A. J., & Lupton, R. A. (2010). The art of writing a scientific article. Journal of Scientific Communications, 163, 51–59. Reference to a book: Strunk, W., Jr., & White, E. B. (2000). The elements of style. (4th ed.). New York: Longman, (Chapter 4). Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G. R., & Adams, L. B. (2009). How to prepare an electronic version of your article. In B. S. Jones, & R. Z. Smith (Eds.), Introduction to the electronic age (pp. 281–304). New York: E-Publishing Inc. Reference to a website: Cancer Research UK. Cancer statistics reports for the UK. (2003). http://www.cancerresearchuk.org/ aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/ Accessed 13 March 2003. Reference to a dataset: [dataset] Oguro, M., Imahiro, S., Saito, S., Nakashizuka, T. (2015). Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions. Mendeley Data, v1. https://doi.org/10.17632/ xwj98nb39r.1. Reference to a conference paper or poster presentation: Engle, E.K., Cash, T.F., & Jarry, J.L. (2009, November). The Body Image Behaviours Inventory-3: Development and validation of the Body Image Compulsive Actions and Body Image Avoidance Scales. Poster session presentation at the meeting of the Association for Behavioural and Cognitive Therapies, New York, NY.

7. Conclusão

O presente estudo de mestrado abordou a dermatotilexomania sob duas vertentes, a avaliação e o tratamento. Concluimos que a Escala de Impacto de Dermatotilexomania (*Skin Picking Impact Scale*) traduzida para o Portugues brasileiro constitui um instrumento com boa validade e boa confiabilidade para a avaliação de indivíduos brasileiros portadores de Dermatotilexomania. Essa escala está correlacionada aos sintomas depressivos e ansiosos do paciente, bem como à consciência sobre o hábito. Por outro lado, desenvolvemos uma medida fotográfica para mensuração da gravidade das lesões que é moderadamente consistente quando avaliadas por dermatologistas. Essa medida fotográfica é independente dos sintomas comórbidos do paciente ou de sua consciência sobre o hábito. Curiosamente, a medida fotográfica não possui correlação com as demais escalas de gravidade utilizadas. Provavelmente, isso reflete que o prejuízo da dermatotilexomania não está diretamente associado à gravidade das lesões, mas sim ao significado que as lesões tem para o indivíduo. A gravidade das lesões dos pacientes foi considerada baixa pelas duas dermatologistas, mesmo quando os indivíduos apresentavam sintomas depressivos e ansiosos moderados ou graves, com alto impacto social. Esse achado mostra que a avaliação apenas das lesões de pele tende a subestimar a gravidade e o impacto da Dermatotilexomania na vida do paciente, o que em parte explica porque muitas vezes os dermatologistas não identificam adequadamente esse transtorno. Assim, é importante que tais profissionais, muito buscados pelos pacientes que sofrem com Dermattilexomania, fiquem

mais atentos à esse diagnóstico, mesmo quando o indivíduo não apresenta lesões de pele graves.

Em relação ao tratamento da Dermatotilexomania, o Protocolo de Terapia Cognitivo Comportamental de Rothbaum, utilizado no tratamento de tricotilomania, pôde ser adaptado para o tratamento de dermatotilexomania, sendo bem aceito pelos pacientes, os quais não abandonaram o tratamento em taxas superiores ao esperado. A referida adaptação foi possivel tanto para aplicação em formato individual quanto em grupo. Esse trabalho salienta a importância da existência de uma terapêutica eficaz em modalidade de grupo, visto que a Dermatotilexomania é uma patologia prevalente, porém existem poucos terapeutas aptos para trata-la utilizando as técnicas eficazes, assim, a intervenção em grupo é uma maneira de tratar mais pacientes com menor utilização de recursos com terapeutas. Além disso, a existência de um mesmo protocolo eficaz tanto para a tricotilomania quanto para a dermatilexomania facilita o treinamento de terapeutas. Esses achados contribuem para preencher a lacuna existente na oferta de terapia para dermatotilexomania.

O tratamento com o protocolo de Rothbaum adaptado mostrou resultado significativo não apenas na melhoria dos sintomas específicos de Dermatotilexomania, mas também do estado geral do paciente, dos sintomas ansiosos e depressivos associados. Desconhecemos até o presente momento outra modalidade de tratamento para dermatotilexomania que reduza não apenas os sintomas específicos da doença, mas também os sintomas comórbidos. Assim, a terapêutica instituída nesse estudo parece ser até o momento a mais completa para o manejo desses pacientes. Por fim, a melhoria dos sintomas comórbidos, associada ao fato desse protocolo abordar técnicas

de prevenção de recaída, sugere que esse tratamento possa ser uma importante ferramenta para a manutenção de resposta terapêutica duradoura.

Como perspectiva futura, torna-se necessário um estudo com acompanhamento dos pacientes a longo prazo, a fim de elucidar a capacidade desse tratamento em gerar resposta terapêutica sustentada.

8. Anexos

Anexo A – Escala de impacto de dermatotilexomania

Escala de Impacto de Dermatotilexomania - Skin Picking Impact Scale (SPIS)

Traduzido para o português por Nádia Richter Bedin e Ygor Arzeno Ferrão, ambulatório de Transtornos do Controle dos Impulsos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Nome: _____ Data: _____

Instruções: Faça uma marca ao lado de todas as frases que você encontrar que sejam verdadeiras para você. Para aquelas indicações verdadeiras, assinale, por favor, o grau de severidade (0-5) na SEMANA QUE PASSOU.

	nenhum		suave		severo	
6. Eu não olho as pessoas nos olhos por causa do ato de lesar a minha própria pele	0	1	2	3	4	5
7. Eu penso que minha vida social seria melhor se não fosse o ato de lesar a minha própria pele	0	1	2	3	4	5
8. Eu odeio minha aparência por causa do ato de lesar a minha própria pele	0	1	2	3	4	5
9. Eu demoro mais para sair por causa do ato de lesar a minha própria pele	0	1	2	3	4	5
10. Eu me sinto constrangido por causa do ato de lesar a minha própria pele	0	1	2	3	4	5
6. Há algumas coisas que eu não posso fazer por causa do ato de lesar a minha própria pele	0	1	2	3	4	5

11. Eu não me sinto atraente por causa do ato de lesar a minha própria pele.	0	1	2	3	4	5
12. Levo mais tempo do que os outros para ficar pronto pela manhã por causa do ato de lesar a minha própria pele.	0	1	2	3	4	5
13. Eu não gosto de pessoas me olhando por causa do ato de lesar a minha própria pele.	0	1	2	3	4	5
14. Meus relacionamentos sofreram por causa do ato de lesar a minha própria pele.	0	1	2	3	4	5

Anexo B – Escala de URICA

INSTRUÇÕES: Cada frase descreve como uma pessoa pode se sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça uma escolha em termos do que **você está sentindo agora, e não o que você sentiu no passado ou gostaria de sentir.** Para todas as frases que se referem ao seu problema, pense no seu hábito de arrancar cabelos/mexer na pele. E aqui, refere-se a este local ou programa de tratamento.
Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve sua opinião.

AVALIAÇÂO: Discorda Muito.....1
Discorda.....2
Indeciso.....3 Concorda.....4
Concorda Muito.....5

1 - No meu ponto de vista, eu não tenho nenhum problema que precise de mudança.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2 - Eu acho que posso estar pronto para alguma melhora pessoal.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3 - Eu estou fazendo algo sobre meus problemas que estão me incomodando.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4 - Vale a pena trabalhar o meu problema.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5 - Não sou eu quem tem o problema. Não faz muito sentido para eu estar aqui.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6 - Você está preocupado em voltar a ter o problema que você pensou que já tinha resolvido? () **Não -** Coloque e resposta Discordo Muito – Vá para Q7 () **Sim** Por isso estou aqui, para buscar ajuda.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7-Eu estou finalmente tomando providências para resolver meu problema.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8-Eu tenho pensado que posso querer mudar alguma coisa sobre eu mesmo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9-Você tem tido sucesso em resolver seu problema? () **Não -** Coloque e resposta Discordo Muito – Vá para Q10 () **Sim** - Mas não tenho certeza que eu possa manter este esforço sozinho.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10- Às vezes meu problema é difícil, mas estou tentando solucioná-lo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11-Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12-Eu espero que este lugar venha ajudar a me entender.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13-Eu suponho ter defeitos, mas não há nada que eu realmente precise mudar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14-Eu realmente estou me esforçando muito para mudar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15-Eu tenho um problema e realmente acho que deveria tentar resolvê-lo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16-Você conseguiu mudar algo em relação ao seu problema? () Não-Coloque e resposta Discordo Muito – Vá para Q17. () Sim – Mas não estou conseguindo dar continuidade como eu esperava ao que já tinha mudado e, estou aqui para prevenir uma recaída.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17-Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou me esforçando para resolver meu problema.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18-Eu pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas algumas vezes eu ainda	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

percebo que estou lutando com ele.					
19-Eu espero ter mais idéias de como resolver meu problema.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20- Você começou tentar resolver seu problema? () Não-Coloque e resposta Discordo Muito – Vá para Q21. () Sim - Mas gostaria de receber ajuda.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21- Talvez este lugar possa me ajudar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
22- Você fez alguma mudança em relação ao seu problema? () Não-Coloque e resposta Discordo Muito – Vá para Q23. () Sim - Mas eu posso precisar de um estímulo agora para ajudar a manter as mudanças que já fiz.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23- É possível que eu seja parte do problema, mas não acho que eu seja.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
24- Eu espero que alguém aqui possa me dar boas orientações.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
25- Qualquer um pode falar sobre mudanças mas eu estou realmente fazendo alguma coisa sobre isso.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
26- Toda essa conversa sobre psicologia é chata. Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer seus problemas?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
27- Eu estou aqui para prevenir uma recaída.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
28- É frustrante, mas eu acho que posso estar tendo uma recaída.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
29- Eu tenho preocupações como todo mundo. Por que perder tempo pensando nelas ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
30- Eu estou tentando ativamente resolver meu problema.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
31- Eu preferiria conviver com meus defeitos do que tentar mudá-los.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
32- Depois de tudo que eu fiz para mudar meu problema, às vezes ele volta a me perseguir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

PONTUAÇÃO:

Anexo C – CGI: impressão clínica global

ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL – Severidade da doença (CGI-S)
Considerando sua experiência com este tipo de problema, qual o grau de severidade da doença deste paciente no momento?

0. ( ) Não avaliado
1. ( ) Não está doente
2. ( ) Muito leve
3. ( ) Leve
4. ( ) Moderada
5. ( ) Acentuada
6. ( ) Grave
7. ( ) Extremamente grave

ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL – Melhora da doença (CGI-I)
Comparado ao estado inicial, como se encontra o paciente neste momento? (Aponte a melhoria global mesmo que esta não tenha decorrido completamente ao tratamento).

0. ( ) Não avaliado
1. ( ) Muito melhor
2. ( ) Moderadamente melhor
3. ( ) Levemente melhor
4. ( ) Sem alterações
5. ( ) Levemente pior
6. ( ) Moderadamente pior
7. ( ) Muito pior

Anexo D – Inventário de depessão de Beck:

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

0 Não me sinto triste
1 Me sinto triste
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto
3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar

0 Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro
1 Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro
2 Acho que nada tenho a esperar
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

0 Não me sinto um fracasso
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes
2 Não encontro um prazer real em mais nada
3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo

0 Não me sinto especialmente culpado(a)
1 Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo
2 Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo
3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo

0 Não acho que esteja sendo punido(a)
1 Acho que posso ser punido(a)
2 Creio que vou ser punido(a)
3 Acho que estou sendo punido(a)

0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo(a)
1 Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a)
2 estou enojado(a) de mim
3 Eu me odeio

0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece

0 Não tenho quaisquer idéias de me matar
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
2 Gostaria de me matar
3 Eu me mataria se tivesse a oportunidade

0 Não choro mais que o habitual

1 Choro mais agora do que costumava
2 Agora, choro o tempo todo
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

0 Não sou mais irritado(a) do que sempre estou
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2 Agora, eu me sinto irritado(a) o tempo todo
3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar

0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

0 Tomo decisões tão bem quanto antes
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões

0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
1 Estou preocupado(a) em estar parecendo velho(a) ou sem atrativo
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
3 Acredito que pareço feio(a)

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho

0 Consigo dormir tão bem como o habitual
1 Não durmo tão bem como costumava
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual
1 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava
2 Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa
3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

0 Meu apetite não está pior do que o habitual
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser
2 Meu apetite é muito pior agora
3 Absolutamente não tenho mais apetite

0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente
1 Perdi mais do que 2 quilos e meio
2 Perdi mais do que 5 quilos
3 Perdi mais do que 7 quilos
Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: ( )Sim ( )Não

0 Não estou mais preocupado(a) com a minha saúde do que o habitual
1 Estou preocupado(a) com problemas físicos,tais como dores,indisposição do estômago ou constipação
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
1 Estou menos interessado em sexo do que costumava

2 Estou muito menos interessado por sexo agora
3 Perdi completamente o interesse por sexo
Subtotal da página 1_____
Subtotal da página 2_____
ESCORE TOTAL_____

Anexo E – Escala Hamilton de ansiedade

ESCORE PADRONIZADO MÁXIMO = Um ou mais sintomas máximos OU mais que 2 sintomas fortes FORTE = Um ou mais sintomas fortes OU mais que 2 sintomas médios MÉDIO = Um ou mais sintomas médios OU mais que 2 sintomas leves LEVE = Qualquer sintoma leve	Ausente	Leve	Médio	Forte	Máximo
	0	1	2	3	4
HUMOR ANSIOSO – ( )inquietude, ( )temor do pior, ( )apreensão quanto ao futuro ou presente, ( )irritabilidade					
TENSÃO - ( )sensação de tensão, ( )fatigabilidade, ( )tremores, ( )choro fácil, ( )incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto					
MEDO - ( )de escuro, ( )de desconhecidos, ( )de multidão, ( )de ser abandonado, ( )de animais grandes, ( )de trânsito					
INSÔNIA - ( )dificuldade de adormecer, ( )sonhos penosos, ( )sono interrompido, ( )sono insatisfatório, ( )fadiga ao acordar, ( )pesadelos, ( )terrores noturnos					
DIFICULDADES INTELECTUAIS - ( )dificuldade de concentração, ( )distúrbios de memória					
HUMOR DEPRESSIVO - ( )perda de interesse, ( )humor variável, ( )indiferença às atividades de rotina, ( )despertar precoce, ( )depressão					
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES) - ( )dores e lassidão muscular, ( )rigidez muscular, ( )mioclonias, ( )ranger de dentes, ( )voz insegura					
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS) - ( )visão turva, ( )ondas de calor ou frio, ( )sensação de fraqueza, ( )sensação de picada, ( )zumbidos					
SINTOMAS CARDIOVASCULARES - ( )taquicardia, ( )palpitações, ( )dores pré-cordiais, ( )batidas, ( )pulsações arteriais, ( )sensação de desmaio					
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS - ( )sensação de opressão, ( )dispnéia, ( )constrição torácica, ( )suspiro, ( )bolo faríngeo					
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS - ( )dificuldade de engolir, ( )aerofagia, ( )dispepsia, ( )dor pré ou pós-prandial, ( )queimações, ( )empanzinamento, ( )náuseas, ( )vômitos, ( )cólicas diarréias, ( )constipação, ( )perda de peso					
SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS - ( )micções freqüentes, ( )urgência de micção, ( )frigidez, ( )amenorréia, ( )ejaculação precoce, ( )ausência de ereção, ( )impotência					
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO - ( )secura na boca, ( )ruborização, ( )palidez, ( )tendência à sudação, ( )vertigens, ( )cefaléia de tensão					
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA - Geral: ( )tenso, ( )pouco à vontade, ( )agitação das mãos, ( )dos dedos, ( )tiques, ( )inquietação, ( )respiração suspirosa. Fisiológico: ( )eructações, ( )taquicardia em repouso, ( )ritmo respiratório > 20 mpm					
TOTAL					

Anexo F – Diagnósticos do MINI international neuropsychiatric interview (MINI)

MÓDULOS	SIM	NÃO
A Episódio Depressivo Maior (EDM) – atual (2 últimas semanas)		
A' Epidósio Depressivo Maior passado		
B Distimia atual (2 últimos anos)		
C Risco de suicídio atual (último mês)		
D Episódio (Hipo) Maníaco-(atual + vida inteira		
E Transtorno de Pânico – vida inteira + atual (último mês)		
F Agorafobia (atual)		
G Fobia social atual (último mês)		
H Transtorno Obsessivo Compulsivo atual (último mês)		
I Transtorno de estresse pós-traumático atual (último mês)		
J Dependência/abuso de álcool atual (últimos 12 meses)		
K Dependência/abuso de substâncias (não alcoólicas) atual (últimos 12 meses)		
L Sìndrome Psicótica –vida inteira + atual		
M Anorexia Nervosa atual (últimos 3 meses)		
N Bulimia Nervosa atual (ùltimos 3 meses_		
O Transtorno de Ansiedade Generalizada – atual		

Anexo G – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)

HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS (HMIPV)

Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado(a) participante:

Estamos convidando você para participar deste estudo intitulado "Tratamento de psicodermatoses (tricotilomania e dermatotilexomania) com terapia cognitivo-comportamental em grupo: ensaio clínico aberto". Sabe-se que os hábitos de arrancar cabelo (tricotilomania) e causar feridas na pele (dermatotilexomania) são bastante prevalentes e apresentam melhora com uso da terapia cognitivo-comportamental. Porém, como esta modalidade de terapia é pouco oferecida no sistema de saúde, o objetivo da nossa pesquisa é identificar se existe o mesmo benefício do uso desta técnica quando aplicada em grupo, e desta forma, mais pacientes poderão ser tratados. Estes hábitos também possuem outras opções de tratamento tais como: medicamentos ou outras técnicas de terapia. Caso você esteja usando algum medicamento para tratamento da tricotilomania ou dermatotilexomania, você não deverá interromper seu uso.

Para participar desse estudo você será convidado a responder perguntas referentes aos sintomas de Dermatotilexomania, de ansiedade e de depressão. Além disso, será realizada uma medida fotográfica como forma de orientar o grau de resposta ao tratamento.

Para sua participação será necessário responder a 6 questionários antes e no final do tratamento, que levará em torno de 1 hora. As sessões de terapia ocorrem 1 vez por semana durante 9 semanas e duram 45 minutos no formato individual e 90 minutos no formato em grupo.

A participação na pesquisa é voluntária. Não está previsto qualquer tipo de pagamento pela participação no estudo e você não terá nenhum custo com os procedimentos envolvidos. Se você decidir não participar, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Da mesma forma, durante qualquer momento do estudo você pode retirar o seu consentimento e participação da pesquisa.

Você poderá se beneficiar com a terapia oferecida para diminuir os sintomas de ansiedade. Além disso, você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Não são esperados desconfortos com esta modalidade de tratamento, porém, algumas pessoas podem apresentar aumento transitório da ansiedade e, caso isto lhe ocorra, você poderá buscar assistência entrando em contato com as pesquisadoras responsáveis, pelos telefones abaixo.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da pesquisa. Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo e sobre os seus direitos, você deverá contatar com a pesquisadora responsável do Serviço de Psiquiatria, Profª Dra. Carolina Blaya ou com a pesquisadora Alice Xavier pelo telefone (51) 8059-9830, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (51) 3289-3377, localizado na Av. independência 661 – Porto Alegre, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA pelo telefone: 3303-9000, localizado na R. Sarmento Leite, 245, porto Alegre.

A pesquisadora ..... certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Atenciosamente,

Nome do Pesquisador(a):_____

Assinatura do Pesquisador(a): _____

Aceito participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome do Paciente:_____

Assinatura do Paciente:_____

Porto Alegre, ... de ..... de ..... .

Anexo H – Termo de consentimento para liberação de imagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS
SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

Eu, _____, inscrito sob o RG_____, autorizo a divulgação de minha imagem, resguardando a identificação de minha pessoa, para fins de avaliação de tratamento, pesquisa e demais fins científicos.

Fui corretamente informado(a) pelo médico(a) assistente sobre este documento e estou de acordo.

_____
Autorização do Paciente

_____
Médico Assistente

Porto Alegre, ____ de _____ de ____

Anexo I - Manual de terapia cognitiva-comportamental para pacientes com *skin picking* (dermatotilexomania)

Para esse programa são necessárias nove sessões de quarenta e cinco minutos de duração e freqüência semanal, em que o paciente é orientado a uma reversão de hábito, controle de estímulos, além de aprender técnicas de controle do estresse (ver tabela 1, que contém um sumário do tratamento). O procedimento de reversão de hábito está intimamente relacionado àquele proposto por Azrin e Nunn (1977). O presente programa difere da abordagem de Azrin e Nunn porque compreende também o controle de estímulos e manejo dos componentes do estresse, aumentando, conseqüentemente, a duração do tratamento. O manual de tratamento reduzido apresentado a seguir foi adaptado do protocolo de tratamento para tricotilomania de Rothbaum (1992).

Tabela 1. SUMÁRIO DO PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA PACIENTES COM SKIN PICKING (DERMATOTILOMANIA)

1ª Sessão	**Coleta de informações**
	Inclui a descrição da resposta, detecção da resposta (conscientização), identificação da resposta precursora (advertência precoce) e reconhecimento de situações que predisponham à compulsão de mexer na pele, assim como a auto-monitoração e as linhas básicas da avaliação.
2ª Sessão	**Treinamento da reversão do hábito**
	Abrange as bases racionais do tratamento, inspeção do auto-controle/monitoramento (continuamente ao longo do tratamento), revisão dos hábitos inconvenientes, prática de respostas alternativas, prevenção de respostas, simulação, controle de estímulos e obtenção de informações adicionais para a avaliação geral.
3ª Sessão	**Relaxamento muscular profundo**
4ª Sessão	**Relaxamento diferencial acrescido de técnicas respiratórias**
5ª Sessão	**Parada do pensamento**
6ª Sessão	**Reestruturação cognitiva**
7ª Sessão	**Diálogo interno orientado** (preparo para um estressor)
8ª Sessão	**Troca de papéis e simulação**
9ª Sessão	**Prevenção de recaída**
	Término

Este sumário é um guia aproximado do programa. Técnicas podem ser introduzidas, em momentos apropriados, para pacientes individuais. As sessões são conduzidas semanal e individualmente.

1ª Sessão : Coleta de informações

Como em qualquer intervenção clínica, a avaliação é um componente integral e progressivo do tratamento. Existem diversos objetivos específicos e propósitos de uma acurada

avaliação da DERMATOTILOMANIA, entre eles estabelecer um diagnóstico inicial (e diagnósticos comórbidos), estimar a severidade dos sintomas, identificar os fatores que acionam e reforçam o comportamento e documentar modificações relacionadas ao tratamento.

Coleta de informações

O terapeuta deve obter informações nas seguintes áreas:

1. Descrição da resposta: Todas as etapas envolvidas na DERMATOTILOMANIA devem ser descritas. A maneira como os machucados são feitos ou agravados, incluindo como, onde e quando, também deve ser esclarecida pelo paciente.

2.*Detecção da resposta* : (treinamento de conscientização). O paciente deve ter consciência de que mexe na pele para prevenir este comportamento. Se o paciente não percebe seu comportamento, o terapeuta deve ajudá-lo a aumentar sua conscientização mostrando a ele, durante a sessão, quando está mexendo na pele, tal como retirando sua mão do processo

3. Identificação da resposta precursora: (reconhecimento/advertência precoce). A identificação precoce de um *SKIN PICKING* iminente, tal como sensações de prurido/formigamento na pele, são de extrema importância, por que neste estágio a reversão do hábito poderá ser implementada. O terapeuta deveria tentar identificar o primeiro indício de que a compulsão provavelmente ocorrerá.

4. Identificação de situações que predisponham à compulsão: O paciente é instruído a testar todas as situações em que mexe na pele. O terapeuta ensinará o paciente a se preparar quando estiver exposto a estas situações, permitindo que o mesmo implemente a reversão do hábito, antes que seja detectado qualquer impulso. Situações típicas envolvidas na compulsão do *SKIN PICKING* incluem a leitura, assistir televisão, falar ao telefone, dirigir e ficar sentado no vaso sanitário.

Auto-monitoramento

Além de ser questionado sobre a compulsão de mexer na pele, o paciente é treinado para adquirir auto-controle. Ele é orientado a controlar a compulsão, anotar a data e a hora de sua ocorrência, a situação (local, pessoas presentes, atividade que estava realizando), pensamentos e número de machucados realizados (ver figura 1, que contém um exemplo de uma tabela de auto-controle/ auto-monitoramento). O paciente também é instruído a guardar todos os machucados arrancados, para posteriormente apresentá-los ao terapeuta. Este prepara o paciente para o modelo de auto-monitoramento e guarda os machucados trazidos pelo paciente num envelope. A razão de se fazer auto-monitoramento é explicada pelo terapeuta, que enfatiza a importância de uma avaliação acurada na determinação dos efeitos do tratamento, assim como no aumento da conscientização do paciente. Os benefícios desta abordagem também devem ser discutidos, incluindo a capacidade de reação. A capacidade de reação é o processo pelo qual o que está sendo avaliado é inteiramente modificado pelo processo de avaliação e aumento da atenção dedicada ao comportamento alvo. Em geral, a capacidade de reação usualmente leva à diminuição dos comportamentos indesejáveis, quando eles são monitorados. Além disso, a maioria dos pacientes acha desagradável o ato de guardar os restos dos machucados feitos para dá-los ao terapeuta. Portanto, estas contingências desagradáveis (isto é, “se eu arrancar casquinhas de machucados terei que guardá-los para mostrar ao Dr. Silva!”) também levam a um esperado decréscimo do comportamento compulsivo. O auto-monitoramento é intensamente enfatizado pelo terapeuta como um importante

componente do tratamento ao longo de todo o processo terapêutico. As fichas de auto-monitoramento e os envelopes onde foram guardados os machucados são recolhidos pelo terapeuta e discutidos em todas sessões.

Programa de tratamento da Dermatotilomania

Auto-monitoramento da compulsão de mexer na pele

Data/horário	Situação	Pensamentos	Impulso	Machucados realizados

Figura 1: Ficha de Auto-monitoramento do Programa de Terapia cognitivo-comportamental para *SKIN PICKING*

Linhas básicas de avaliação

O paciente é instruído a fotografar suas áreas mais acometidas por lesões, ou o terapeuta realiza uma foto na primeira sessão, para um feedback imediato. Sua primeira foto deve ser feita no dia da primeira sessão. Pelo menos uma foto pré e outra pós tratamento devem ser feitas e devidamente datadas. Como o hábito e a conseqüente melhora nos machucados ocorre lentamente, os pacientes facilmente se frustram quando tem que refrear seus impulsos, já que apenas uma melhora gradual pode ser demonstrada. Quando ocorre um progresso, o contraste visual das fotografias reforça o empenho despendido e aumenta a motivação para continuar trabalhando. A fotografia que documenta o início do tratamento pode também servir para enfatizar as conseqüências negativas do *SKIN PICKING.*

TAREFAS DA SESSÃO 1: Auto-monitoramento e coleta dos machucados para trazer na sessão seguinte. Enfatizar que estas são tarefas que seguirão ao longo de toda a terapia.

2ª Sessão: **Treinamento da mudança de hábito**

Bases racionais do tratamento

O terapeuta explica a reversão de hábito de acordo com o método de Azrin e Nunn's (1973):

O "hábito nervoso" originalmente inicia como uma reação normal...[e então] transforma-se num hábito fortemente estabelecido que mais adiante escapa da percepção do indivíduo, em função de sua natureza automática... O paciente deveria aprender a dar-se conta quando o hábito ocorre. Cada movimento automático deveria ser interrompido até que não mais fizesse parte de uma série normal de movimentos. Uma resposta corporal competidora deveria ser estabelecida para interferir com o comportamento compulsivo... Os reforços sociais para o hábito compulsivo deveriam ser modificados ou eliminados.

Desta maneira, a modificação do hábito, centrada na resposta alternativa, auxiliará no controle do impulso de mexer na pele. O auto-monitoramento de todo e qualquer comportamento compulsivo de mexer na pele será incorporado, auxiliando no aumento da conscientização do paciente sobre o hábito indesejável, entre outros benefícios. Além disso, grande parte do comportamento compulsivo depende do estímulo, isto é, ocorre em certas situações especiais, mas não em outras. Por exemplo, a maioria dos pacientes mexe na pele apenas quando está sozinho, mas não quando está com outras pessoas. Situações típicas que levam à compulsão de mexer na pele incluem olhar televisão, falar ao telefone, ler e dirigir. Portanto, o terapeuta deve ensinar o paciente a usar técnicas de controle de estímulos, numa tentativa de transformar as situações que caracteristicamente predispõem à Dermatotilomania, de modo a tornar esta compulsão menos agradável.

Uma vez que relatos de caso sugerem que um maior número de comportamentos compulsivos ocorre, aumenta ou reaparece associado ao estresse, o paciente deve aprender maneiras efetivas de lidar com o mesmo. Dessa forma, além da reversão de hábito e do controle de estímulos, o paciente aprenderá técnicas de manejo do estresse. O paciente aprenderá a usar a reversão de hábito e o controle de estímulos para lidar efetivamente com o hábito de mexer na pele, mas também deve aprender como lidar adaptativamente com o inaceitável estresse resultante da impossibilidade de recorrer a este comportamento patológico.

Por fim, é explicado que o estresse e a ansiedade são manifestados através de três canais.

1. O canal físico (são dados exemplos e o paciente é solicitado a produzir suas próprias reações automáticas.). Respostas ao estresse no canal físico incluem tensão muscular, bruxismo e cefaléia tensional.

2. O canal comportamental (são dados exemplos e as reações comportamentais do paciente são produzidas). Respostas ao estresse no canal comportamental incluem mexer na pele, evitar situações ansiogênicas e falta de assertividade.

3. O canal cognitivo ou mental (são dados exemplos e as respostas cognitivas usuais do paciente são geradas.) As reações ao estresse neste canal compreendem a aceleração do pensamento, as obsessões, as ruminações e os pensamentos negativos sobre si mesmo.

A expressão do estresse ou da ansiedade podem ocorrer em um, dois ou nos três canais.

Ao longo da terapia, são ensinadas habilidades específicas de enfrentamento para cada canal de resposta. Inicialmente, o paciente é ensinado a mudar seu hábito através das técnicas comportamentais, depois é instruído a controlar os estímulos para o mesmo. A seguir, inicia-se a instrução das habilidades de enfrentamento e relaxamento. Finalmente, interrupção do pensamento, reestruturação cognitiva e um diálogo interno dirigido são usados para conter as cognições negativas.

Inspeção do auto-monitoramento

O terapeuta deve checar o auto-monitoramento do paciente no início de todas as sessões, para avaliar se ele está usando as respostas apropriadas. Se o paciente relata que tem mexido na pele, mas não completa o modelo de auto-monitoramento nem traz os machucados arrancados, o terapeuta deve discutir a importância destes procedimentos e obter a concordância do paciente em realizá-lo no futuro. A discussão deve incluir se o auto-monitoramento reflete fidedignamente a taxa de machucados feitos durante e antes do início do tratamento. O terapeuta deve elogiar o paciente pela complacência, especialmente considerando que alguns pacientes sentem-se embaraçados por ter que guardar e depois entregar seus machucados. Muito freqüentemente o paciente relatará que o comportamento compulsivo não ocorreu. Nestes momentos, o terapeuta deve elogiá-lo, explicando-lhe que o contrato de auto-monitoramento e o ato de guardar os machucados arrancados provavelmente o ajudou, e entusiasticamente dizer que o paciente deve registrar este momento como uma vitória, iniciando imediatamente a sessão.

Revisão do hábito inconveniente

A inspeção do hábito desagradável é completada na segunda sessão. Esta inspeção tem o objetivo de aumentar a motivação e diminuir a resistência relacionado aos efeitos nocivos da compulsão por mexer na pele. O paciente produz uma **lista de inconveniências**, embaraçamentos e sofrimento que resultam do comportamento compulsivo. Relatos comuns incluem sentir-se embaraçado socialmente, restrição de atividade (nadar, ir ao cabeleireiro, etc.), evitar relações íntimas e diminuição da auto-estima. O terapeuta registra e revisa os itens da lista junto com o paciente.

Prática de respostas competidoras

As respostas competidoras são o centro do treinamento de reversão de hábito. O paciente deve ser capaz de manter as respostas por, no mínimo, dois minutos; a resposta deve ser pelo menos tão inconspícua quanto o ato de mexer na pele, e de fácil implementação. Isto também deve produzir um aumento na percepção do comportamento e envolver alguns músculos usados no ato de mexer na pele. Manter firmemente a mão fechada por dois minutos é uma resposta competidora comum neste contexto. O paciente pode também segurar algum objeto firmemente, controlando-se por dois minutos, como se estivesse agarrando o volante enquanto dirige ou segurando o lado de um livro enquanto lê. Algumas das técnicas de controle de estímulos poderiam ser também conceitualizadas como respostas competidoras, tal como comprimir uma bola elástica. Isto é importante para produzir a tensão dos músculos envolvidos no comportamento compulsivo e para manter esta tensão.
E parece ajudar a “extinguir” o impulso mexer na pele. Estranhamente, alguns pacientes tem relatado que pensam poder ser útil que a resposta competidora seja moderadamente desconfortável; por exemplo, se suas unhas penetram nas palmas da mão enquanto estão apertando os punhos. É possível que isto adicionalmente ajude a “extingüir” o impulso, servindo como a contingência aversiva ou acionando uma resposta opióide. Isto será discutido mais adiante.

Prevenção de resposta/ou Treinamento de prevenção/Ritual de prevenção

O paciente é instruído a usar uma resposta competidora ao primeiro sinal do hábito (como determinado na sessão anterior). Ele também é orientado a usar esta técnica se ficar muito ansioso, tiver ânsia de mexer ou estiver numa situação de alto r9isco (semelhante situações foram também exemplificadas na primeira sessão). Terapeuta e paciente devem praticar durante a sessão, com o terapeuta estimulando as respostas competidoras, assim como cronometrando os exatos dois minutos de tempo para as mesmas.

Simulação

O paciente é instruído a fechar seus olhos e imaginar que está realizando, com sucesso, a reversão do hábito, naquelas situações que comumente trazem à tona o hábito. Terapeuta e paciente devem resolver problemas e quaisquer dificuldades, durante a atividade do paciente, através deste processo em sua imaginação.

Controle de estímulos

O controle de estímulos é utilizado para diminuir as oportunidades de comportamento compulsivo, interferir com o mesmo ou preveni-lo. A técnica favorita ou mais efetiva para o controle de estímulos, como determinada por uma pesquisa informal com pacientes, é usar borrachas nas pontas dos dedos, que podem ser compradas em lojas especializadas em material de escritório. Estes produtos são baratos, permitindo que o paciente deixe vários deles nos locais relacionados com situações de alto risco. Outras técnicas específicas para controle de estímulos estão listados na tabela 2. Um folheto informativo sobre as técnicas de controle de estímulos é distribuído para o paciente e discutido. As técnicas são personalizadas para cada paciente. O folheto também inclui lembretes para usar a reversão do hábito e a resposta competidora, de manter a mão fechada firmemente por dois minutos, especialmente em situações de alto risco. No final do folheto há a seguinte advertência:

UM DIA DE CADA VEZ

O OBJETIVO É ATRAVESSAR O DIA DE HOJE

SEM MEXER NA PELE

UTILIZAR CADA TÉCNICA A SEGUIR POR NO MÍNIMO 2 MINUTOS

TABELA 2 – Técnicas de controle de estímulos no tratamento do *SKIN PICKING*

- Não tocar na pele
- Apertar as mãos pressionando as unhas contra as palmas
- Segurar firmemente um objeto com as duas mãos
- Sentar-se em cima das mãos
- Apertar uma bolinha de borracha (melhor se tiver saliências)
- Usar borrachas nas pontas dos dedos (encontradas em lojas que vendem materiais de escritório)
- Usar ataduras ou luvas nos dedos envolvidos no ato de mexer na pele
- Comer semente de girassol

- Colocar algum produto na pele, como um hidratante
- Fazer alguma coisa com as unhas das mãos (pintar, cortar, deixar crescer)
- Cercar-se de pessoas
- Levantar-se e movimentar-se, sair para uma caminhada, ou preparar alguma coisa para beber (distração)
- Mudar de posição ou sair do ambiente
- Exercitar-se regularmente (exercícios aeróbicos são de maior ajuda)
- Ir a uma livraria e estudar (especialmente para estudantes)
- Manter as mãos ocupadas; apertar borrachas, canetas, brincar com uma pedra, costurar, jogar no computador portátil.
- Usar maquiagem
- Simular o hábito antes de fazer
- Retirar espelhos do quarto

Estes são exemplos de técnicas controle de estímulos usadas em situações em que o paciente está em alto risco para o comportamento compulsivo.

A abordagem "um dia de cada vez" é enfatizada durante todo o tratamento, encorajando os pacientes a trabalharem para atingir este objetivo (exemplo: "ir dormir hoje à noite sem ter mexido na pele"). Isto ajuda a acabar com a tarefa dentro de uma fase manejável. Se passar um dia sem fazer machucados ainda parecer impossível, o período de tempo necessário para se atingir o objetivo pode ser reduzido, por exemplo, de refeição em refeição. Uma vez que os pacientes alcancem este objetivo, devem autoparabenizar-se e, a seguir, estabelecer uma nova meta.

Coleta de informações

O terapeuta deve continuar a coleta de informações da avaliação geral. Áreas que são exploradas incluem: história de machucados feitos, resultado de tratamentos prévios, história familiar e outros problemas médicos.

Durante a sessão, o paciente é questionado sobre dúvidas, exemplos pessoais e sobre sua opinião em relação a aplicabilidade destas técnicas para o seu problema. O paciente é lembrado a continuar auto monitorando-se durante o tratamento, a usar a reversão do hábito e as técnicas de controle de estímulos que aprendeu. Ele é informado que na próxima sessão iniciará o treinamento de manejo do estresse, começando pelo relaxamento muscular profundo.

TAREFAS DA SESSÃO 2: Adicionar a coluna "Técnica Utilizada" e "Foi eficaz?" à tabela de auto-monitoramento. Fazer a "Lista de Inconvenientes".

3ª e 4ª sessões

Introdução à habilidades de enfrentamento

Relaxamento muscular e controle respiratório

O treinamento de manejo do estresse, um dos componentes deste tratamento, é baseado num programa desenvolvido por Veronen e Kilpatrick (1983) e testado para uso no tratamento do Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) por Foa, Rothbaum e colegas (1991). Cada sessão de habilidade de enfrentamento é conduzida de uma maneira similar. A sessão inicia com uma revisão do auto-monitoramento, uso e resultados da reversão de hábito, emprego de técnicas de controle de estímulos e atividades da sessão anterior. Terapeuta e paciente, então, atualizam a prática de habilidades de enfrentamento do paciente no seu

ambiente e revisam suas tarefas de casa. O formato do ensino de habilidade de enfrentamento é o seguinte:

1-Definição das habilidades de enfrentamento: O terapeuta define a habilidade, para qual canal irá dirigi-la, por que isto é importante, como isto pode ser conseguido rapidamente e assim por diante.

2-Razão e mecanismos: O terapeuta explica ao paciente os problemas que devem ser sanados ou auxiliados por estas habilidades. Semelhanças e diferenças entre as diversas habilidades são anotadas. O terapeuta personaliza a técnica explicando como ela ajudará o paciente.

3- Demonstração: O terapeuta mostra ao paciente a habilidade ou explica como o paciente deve desempenhar a técnica.

4-Aplicação: O paciente aplica as habilidades.

5-Revisão: O terapeuta checa para ver se o paciente consegue explicar o que fez e de que forma fez.

No início da 3ª sessão, o treinamento Jacobsoniano de contraste tensão-relaxamento (Jacobson, 1938) é usado para ensinar o relaxamento muscular. O treinamento do relaxamento inclui um total relaxamento de todos os maiores grupos musculares. O terapeuta pode ensinar qualquer forma de relaxamento muscular profundo de sua escolha. Um modelo de checklist de grupos musculares é mostrado na tabela 3.

TABELA 3 - CHECKUST de GRUPOS MUSCULARES PARA RELAXAMENTO PROFUDO
1-Mãos e braços: tencionar a mão fechada
2-Ombros: puxar os ombros pra trás e depois pra frente
3- Pescoço: virar a cabeça três ou quatro vezes para uma direção e depois para outra.
4-Boca: abrir bem a boca, franzindo os lábios
5-Olhos e testa: franzir exageradamente o cenho, erguendo as sobrancelhas
6-Tórax: inspirar profundamente e depois voltar bruscamente o ar
7-Dorso: arquear o dorso
8- Pernas: com as pernas estendidas, dobre a ponta dos dedos para cima e depois estenda-as.
Aproximadamente 10 segundos de tensão e 10-15 segundos de relaxamento. No final da 2ª sessão de relaxamento com o procedimento de “liberação” (“letting go”) (ver o texto para detalhes), treinamento respiratório e relaxamento diferencial.

O terapeuta descreve os grupos musculares a serem tensionados, mas o paciente é instruído a não iniciar a contração até que o terapeuta lhe diga “tensione agora”. Os músculos de cada um dos grupos musculares são contraídos por 10 a 15 segundos e depois relaxados por outros 10-15 segundos. O paciente recebe a tarefa de praticar relaxamento duas vezes por dia, no período entre as sessões.

Se preferir, o terapeuta pode gravar as instruções para o relaxamento muscular profundo que ensinou ao paciente e dar a fita para que o mesmo pratique. Não obstante, o

paciente deve ser advertido a não se tornar dependendo da fita, sendo encorajado a praticar, pelo menos uma vez ao dia, sem a mesma.

Durante a quarta sessão, o treino de relaxamento, envolvendo os procedimentos de "focalização" e a "liberação", é repetido, e o controle respiratório é adicionado, ao final do relaxamento. Após o relaxamento muscular profundo, o paciente aprende o relaxamento diferencial. Mais uma vez, estas habilidades são praticadas tanto na sessão de terapia como em casa. As instruções para o relaxamento respiratório são as seguintes:

A maioria das pessoas considera que a respiração afeta os sentimentos. Por exemplo, quando estamos indispostos, as pessoas dizem para "respirarmos profundamente e ficarmos calmos". Entretanto, não temos de respirar profundamente. Necessitamos, isso sim, de uma inspiração normal e de uma expiração lenta. Por exemplo, quando nossos ancestrais, há milhares de anos atrás, caminhavam através das florestas e se deparavam com um leão, eles provavelmente arfavam e prendiam sua respiração. Quando o leão se afastava, eles respiravam e exalavam o ar. Portanto, é a expiração que está associada com relaxamento, não a inspiração.

Enquanto os pacientes estiverem concentrados numa expiração prolongada, nós iremos dizer aos mesmos que repitam a palavra CALMA, para si, ao expirar, enquanto nós diremos o mesmo em voz baixa. [A palavra RELAXAR pode ser usada, se o paciente preferir]. Calma é uma boa palavra para se usar, porque na nossa cultura ela está associada a coisas agradáveis. Se estivermos ansiosos e alguém disser para nos acalmarmos, geralmente associamos esta atitude com apoio e conforto. Isto também soa bem e pode ser longamente prolongado, expirando-se lentamente: CAAAALLMAA

Além da concentração na expiração lenta, enquanto dizem "CALMA" para si mesmo, devem reduzir a respiração. Muito freqüentemente, quando as pessoas ficam com medo de ter um mal-estar, sentem-se como se precisassem de mais ar e podem hiperventilar. Entretanto, em geral, justamente o oposto é que é verdadeiro. A menos que estivermos preparando-nos para um combate, fuga ou frio intenso, em face de uma ameaça real, habitualmente não necessitamos de muito mais ar do que costumamos usar. Quando hiperventilamos e tomamos mais ar, avisamos o nosso corpo que se prepare para uma ameaça (combate, fuga ou frio intenso), mantendo-o abastecido de oxigênio. Um corredor, antes de uma corrida, respira intensamente para abastecer seu corpo com oxigênio e continuar a respirar profunda e rapidamente durante a corrida. Usualmente, quando hiperventilamos, todavia, estamos enganando nosso corpo, e o que realmente necessitamos fazer é diminuir lentamente a respiração e inspirara menos ar. Faremos isto dando uma pausa entre os movimentos respiratórios, espaçando-os mais. Depois de expirar de forma lenta, segure sua respiração contando até quatro (o número pode ser ajustado, conforme a necessidade) antes de inspirar novamente.

O paciente será então instruído a respirar normalmente, expirando muito, muito devagar, dizendo a palavra "CALMA" para si mesmo, enquanto estiver respirando. Depois, será orientado a dar uma pausa breve (contando até quatro), antes de fazer outro movimento respiratório, repetindo a seqüência por completo outras 10 a 15 vezes. O paciente é instruído a praticar estes exercícios respiratórios duas vezes ao dia, antes da próxima sessão. Se tiver dificuldade com esta técnica, pode tentar um método alternativo de dar pausa após a inspiração, antes da expiração. Aqui, novamente, a demonstração da técnica pode ser gravada, se o paciente desejar ter uma fita para ajudá-lo a praticar.

O relaxamento diferencial envolve a aprendizagem, pelo paciente, de reconhecer quais músculos são necessários para atividades específicas e usar a menor quantidade de tensão

dos mesmos para completar esta atividade. O paciente permite que os músculos que não são utilizados na atividade relaxem. Exemplos para se usar na sessão incluem sentar, levantar e caminhar. O terapeuta deve enfatizar que o paciente pratique diariamente as tarefas (dirigindo, escrevendo). O relaxamento diferencial dos pontos de alta tensão também pode ser salientado; por exemplo, manter os dentes levemente afastados, se o paciente tende a apertá-los; segurar o volante mais afrouxadamente, se o paciente costuma agarrá-lo com força.

TAREFAS DAS SESSÕES 3 E 4: Praticar as habilidades de enfrentamento. Colocar a lista de inconvenientes em local visível e ler a lista pelo menos 1 vez ao dia.

5ª sessão : **Parada do pensamento**

A parada do pensamento, originalmente descrito por Wolpe (1958), é utilizada em oposição aos pensamentos obsessivos ou ruminativos. A parada do pensamento é ensinada tendo o paciente deliberadamente evocado os seus pensamentos perturbadores. Depois de 35-45 segundos o terapeuta diz “PARE” bem alto, com voz de comando, batendo palmas ou dando golpes na mesa, e pergunta ao paciente o que aconteceu. O paciente tipicamente responde que o pensamento parou. Este processo é repetido várias vezes.

Na próxima etapa, o paciente tem que parar seus pensamentos verbalizando em silêncio a palavra “PARE”. Se necessário, o paciente pode usar um elástico ao redor do punho e ser instruído a puxá-lo e dizer “PARE” para si mesmo, quando ocorrerem os pensamentos intrusivos. Ele também pode usar uma imagem visual; por exemplo, a imagem de um grande “PARE” em vermelho indica que o elástico deve ser puxado e o paciente deve repetir a palavra “PARE”.

O paciente é orientado a não perseguir seus pensamentos uma vez que tem de manter-se afastado deles, mas preferencialmente deve ter um pensamento ou imagem que o distraia e que substitua o pensamento desagradável. (A distração simples também pode ser usada [ex, pensar na agenda do dia seguinte, planejar o menu da próxima semana]). A distração escolhida deve 1) engajar ativamente seu pensamento e 2) não produzir ansiedade. Os pacientes escolhem uma ampla variedade de distrações, incluindo compor mentalmente canções ou poemas, pensar ou memorizar listas de canções, lembrar de uma ocasião especial, como uma festa de aniversário de uma criança, e assim por diante. A distração deve prender suficientemente a atenção do paciente ocupando ativamente seu pensamento.

TAREFA DA SESSÇAO 5: Praticar a parada do pensamento.

6ª sessão: **Reestruturação Cognitiva**

Inicialmente, o terapeuta apresenta o modelo A-B-C (Antecedent – Belief-Consequences: Consequencias das crenças prévias) para pensamentos automáticos e irracionais (Beck et al. 1979; Ellis and Harper 1961). Neste, o foco é em como os nossos pensamentos afetam as nossas reações. Um exemplo é dado demonstrando como um mesmo evento (ouvir um ruído alto vindo de um aposento próximo) pode levar a respostas totalmente diferentes (um intenso medo, levando a pessoa a deixar a casa versos um aborrecimento moderado, que faça com que a pessoa entre no aposento) dependendo da interpretação (há um ladrão lá, eu estou em perigo versos no que se meteu esse gato maldito, agora). O

terapeuta questiona o paciente sobre as situações que geralmente o deixam ansioso (exemplo: não receber um aumento no trabalho) e as insere no modelo A, B e C. O terapeuta primeiro completa o A (o antecedente ou acontecimento) e depois o C (as conseqüências, com o foco nas reações emocionais e comportamentais) e, por último, pede ao paciente para ajudá-lo na origem do B (crenças/afirmações que o paciente diz a si mesmo, que o deixam muito ansioso; exemplo: "Meu chefe não deve gostar muito de mim").

A reestruturação cognitiva inclui as seguintes técnicas:

A) Análise de evidências:

1- O terapeuta completa o A e o C. Os antecedentes incluem apenas os fatos, não inferências. As conseqüências enfocam emoções e comportamentos.

2- O terapeuta completa o B, conduzindo até suposições automáticas (ex: "ele me rejeita").

3- O terapeuta submete as suposições que advém do B a um teste de realidade, examinando as evidências, como num tribunal de justiça, a favor e contra a suposição. Escreve em duas colunas marcando "contra" e "a favor", registrando as evidências, deixando o paciente tão autônomo quanto possível. Entretanto, o terapeuta deve sugerir que o paciente certifique-se de todas as evidências apresentadas.

4- Se as evidências existentes são insuficientes para sustentar a suposição, o terapeuta rejeita-as. O terapeuta pode instruir o paciente a obter mais informações (ex. "Fale com o seu chefe e pergunte a ele por que você não recebeu um aumento").

5- Se existem evidências suficientes para suposição, o terapeuta ajuda o paciente a responder racional e adaptativamente (ex: "Seria melhor se ele tivesse me dado um aumento, mas isto não significa que ele não goste de mim").

B) Linha de gravidade:

O terapeuta analisa com o paciente a real gravidade de um acontecimento/pensamento, colocando em uma linha de gravidade, que varia de 0% à 100%, contendo ao longo dela a lista de possíveis acontecimentos mais ou menos graves da vida do paciente.

C) Gráfico pizza / Reatribuição:

O terapeuta junto ao paciente analisa a real culpa/participação do paciente em algum pensamento/acontecimento, bem como quais outros fatores contribuintes. Para isso, é feito um gráfico em formato de pizza, no qual cada fatia corresponde a um percentual de importância de algum fator diante de um acontecimento/pensamento.

TAREFAS DA SESSÃO 6: Praticar a reestruturação cognitiva

7ª sessão: **Diálogo interno orientado**

Durante o diálogo interno orientado, o terapeuta ensina o paciente a focar-se em seu discurso interno, isto é, no que ele diz para si mesmo. O diálogo classificado como irracional, imperfeito é substituído por outro, racional, claro ou com ênfase em tarefas. O paciente é instruído a questionar e resolver uma série de questões ou responder internamente

uma sucessão de afirmações. A estrutura do diálogo interno orientado é dada pelos exemplos de Meichenbaum's (1974). As quatro categorias de diálogo são: 1) preparação, 2) confrontação e monitoramento, 3) enfrentamento das sensações de estar sendo dominado e 4) reforço. Para cada categoria listada anteriormente, paciente e terapeuta formularão uma série de questões e/ou afirmações que encorajem o paciente a : 1) avaliar a real possibilidade do evento ocorrer, 2) conseguir dominar o comportamento evitativo, 3) controlar a auto-crítica e a auto-desvalorização, 4) combater o comportamento medroso e 5) valorizar-se pelo comportamento esforçado e pelo seguimento do protocolo.

Exemplos de auto-afirmações dadas por Veronem e Kilpatrick (1983), têm sido preparados e forma de folheto. (Tabela 4)

Tabela 4 – **Auto-afirmações**

Preparo para um estressor

O que é isto que você tem feito?

Qual a probabilidade de uma coisa ruim acontecer?

O quanto isto é ruim (isto é, em um continuum de coisas ruins) ?

Não pense sobre o quanto você está se sentindo mal; pense sobre o que você pode fazer sobre isto.

Não se prenda em você mesmo; pensar unicamente nos seus sentimentos pode não ajudar.

Você tem o apoio e o estímulo das pessoas

Você já iniciou um longo caminho em direção à resolução do problema.

Confrontando e lidando com o estressor

Uma etapa de cada vez; você pode dominar a situação.

Não pense sobre estar sendo medroso ou ansioso; pense sobre o que você está fazendo. Os sentimentos que você está tendo devem ser um sinal para usar os seus exercícios de enfrentamento.

Não existe nenhuma necessidade de duvidar de você mesmo. Você pode fazer isto.

Concentre-se no programa. Relaxe... Tome um ar; você está pronto para ir.

Enfrentando os sentimentos de estar sendo dominado

Quando sentimentos de medo aparecem, inspire e expire lentamente.

Concentre-se no que está acontecendo agora; o que isso que você tem que fazer?

Você pode supor que o medo surgirá, porém pode estar preparado para enfrentá-lo

Pense com você mesmo: "Isto passará logo".

Este medo pode lhe deixar lentificado, mas não irá pará-lo

Você pode sentir-se ansioso e desejar evitar a situação, mas que você pode lidar com ela.

Reforçando a auto-afirmação

Isto é mais fácil do que você pensa

Você faz – você pode..

Quando você controla seus pensamentos em sua cabeça, você pode controlar seu corpo como um todo.

Você está progredindo.

Uma etapa de cada vez. È fácil fazer isso.

Nada tem mais êxito que o sucesso.

Origem. Estes exemplos de auto-afirmação são de Veronen e Kilpatrick (1983)

A série de auto-afirmações é produzida para se ajustar aos problemas específicos de cada indivíduo. Não obstante, alguns pensamentos gerais de afirmação quase sempre são incluídos na lista particular de auto-afirmações dos pacientes. O paciente modifica sua lista de auto-afirmações, colocando as mesmas na ordem em que serão executadas fora da sessão. A medida que o paciente adquire habilidades de enfrentamento, é encorajado a usá-las todos os dias para manejar seus problemas e dificuldades.

TAREFA SESSÃO 7: Montar sua lista personalizada do Diálogo Interno Orientado e praticar.

8ª sessão: **Troca de papéis e simulação**

Troca de papéis

Durante o treinamento de troca de papéis, paciente e terapeuta representam cenas em que o paciente se depara com situações perturbadoras. O terapeuta explica que a troca de papéis é a dramatização do comportamento, ensaiando linhas de ação, fingindo estar numa situação específica ou numa série de circunstâncias. A troca de papéis é explicada como um caminho para o aprendizado de um novo comportamento e de uma nova linguagem para antigas maneiras de fazer as coisas, oferecendo uma chance de praticar antes do evento ocorrer. Como em um ensaio para desfile, a prática de repetir um comportamento reduz a ansiedade, tornando mais provável que um novo comportamento seja utilizado quando for necessário.

Anexo J – Instrumento fotográfico de avaliação de dermatotilexomania

Instrumento para Avaliação Fotográfica Dermatotilexomania

Avaliador:
Código da Imagem: Data:

Instrução: Para cada item, uma pontuação em escala Likert de 0 até 10, apenas números inteiros.

1.Escoriação ativa:

0 1 2 3 4 5 6 7

2.Crosta/sangramento:

0 1 2 3 4 5 6 7

3.Exulceração:

0 1 2 3 4 5 6 7

4.Lesão linear:

0 1 2 3 4 5 6 7

Anexo L – Aprovação do comitê de ética da UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tratamento de Psicodermatoses (Tricotilomania e Dermatotilexomania) com Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo: ensaio clínico aberto controlado não randomizado.

Pesquisador: Carolina Blaya Dreher

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 45472515.5.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.197.672

Apresentação do Projeto:

Sabe-se que há íntima conexão entre o sistema nervoso central e a pele, com aproximadamente 33% dos pacientes dermatológicos apresentando morbidade psiquiátrica. As chamadas psicodermatoses são constituídas principalmente pela Tricotilomania e Dermatotilexomania, as quais afetam de 4% a 10% da população geral, respectivamente. Estas patologias apresentam taxa de co-ocorrência maior que o esperado, com semelhança em relação a fisiopatologia, clínica e resposta ao tratamento, sendo portanto possíveis formas de apresentação de uma mesma patologia. Apesar do importante impacto socioeconômico, menos de 20% dos pacientes com estas patologias procuram tratamento, a metade recebe o diagnóstico e mais de 57% não ficam satisfeitos com o resultado. Estudos mostram dados conflitantes quanto à resposta ao uso de antidepressivos, e resposta satisfatória com uso da terapia Cognitivo Comportamental (TCC) individual, sendo esta a primeira linha de tratamento. Devido à elevada prevalência destas patologias, se o tratamento com TCC em grupo se mostrar eficaz, mais pacientes poderão ser beneficiados. Porém, até hoje não há estudos que analisem a TCC em grupo aplicada a Tricotilomania e Dermatotilexomania, sendo este portanto o objetivo do presente estudo.

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Continuação do Parecer: 1.097.672

Outros	Escala CGI.docx	16/04/2015 22:14:49		Aceito
Outros	Escala beck-d.docx	16/04/2015 22:17:43		Aceito
Outros	Escala hamilton.docx	16/04/2015 22:18:52		Aceito
Outros	ProtocoloTCC.docx	16/04/2015 22:20:21		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoProjeto.pdf	16/04/2015 22:16:38		Aceito
Outros	Termo de Anuência.pdf	12/05/2015 20:56:45		Aceito
Outros	Termo de Compromisso Relatórios.pdf	12/05/2015 20:57:32		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_493407.pdf	12/05/2015 21:00:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE TCC Alice.docx	24/06/2015 16:00:25		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_493407.pdf	24/06/2015 16:06:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC Alice para submissão.docx	04/08/2015 15:15:35		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_493407.pdf	04/08/2015 15:16:55		Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 24 de Agosto de 2015

Assinado por:
Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br