

UNESP UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“JULIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS

CAMPUS DE BAURU

Programa de Pós-Graduação em
Psicologia do Desenvolvimento e Saúde

DÉBORA ELISA PARENTE DE FREITAS

**ESCORIAÇÃO PSICOGÊNICA: ASPECTOS
PSICOLÓGICOS E FATORES DE PERSONALIDADE**

BAURU

2011

UNESP UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“JULIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS

CAMPUS DE BAURU

Programa de Pós-Graduação em
Psicologia do Desenvolvimento e Saúde

DÉBORA ELISA PARENTE DE FREITAS

**ESCORIAÇÃO PSICOGÊNICA: ASPECTOS
PSICOLÓGICOS E FATORES DE PERSONALIDADE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Campus de Bauru, como requisito à obtenção do título de mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Área de Concentração: Comportamento e Saúde, sob a orientação da Prof^a Dr^a Carmen Maria Bueno Neme.

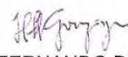
BAURU

2011

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE DÉBORA ELISA PARENTE DE FREITAS, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 16 dias do mês de março do ano de 2011, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Prof. Dr. HERON FERNANDO DE S GONZAGA do(a) Departamento de Clínica Médica / Curso de Medicina / Universidade de Marília, Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de DÉBORA ELISA PARENTE DE FREITAS, intitulada "Escoriação Psicogênica: Aspectos psicológicos e fatores de personalidade". Após a exposição, a discente foi argüida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA _____. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME


Prof. Dr. HERON FERNANDO DE S GONZAGA


Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais por depositarem em mim a confiança e o incentivo necessários para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, e por permitirem e apoiarem a realização dos meus objetivos sem medir esforços, possibilitando sempre a concretização dos meus sonhos.

Pais que me cederam, durante toda a minha vivência, amor, apoio, compreensão e correções necessárias para que eu pudesse amadurecer e compreender as mazelas da vida.

Pais que reivindicaram de seus desejos e, sem hesitar, abriram para mim inúmeras possibilidades de crescimento profissional. Agradeço por amarem e demonstrarem sempre este nobre sentimento por mim!

À minha irmã, a qual pôde compartilhar os meus anseios profissionais, pela força e conselhos sempre tão construtivos. Dedico a você, que pegou na minha mão quando eu não sabia andar, que acreditou que eu era um presente para você quando nasci, e que hoje, está ao meu lado sempre que solicitada, dividindo comigo dificuldades e alegrias.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha querida orientadora Profa. Dra. Carmen Maria Bueno Neme, pela paciência e assistência em todo e qualquer momento necessário, e por contribuir de maneira valiosa e acolhedora com meu amadurecimento pessoal e minha aprendizagem como pesquisadora.

Sou grata por compartilhar comigo suas vivências e conhecimentos, sendo mediadora do meu crescimento profissional. Agradeço pela oportunidade que me foi dada em ser sua orientanda, me permitindo compreender, de maneira tão construtiva, o ser humano frente à dor psíquica.

Obrigada por me ensinar a contribuir com a ciência, e, na sua imensa sabedoria, conduzir meus passos dentro da pesquisa científica, orientando sempre de maneira ética e acolhedora.

Você é uma mulher virtuosa.

Agradeço por fazer parte da minha vida!

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me fortalecer e por estar ao meu lado em todos os momentos, ouvindo as minhas orações e me fazendo provar de suas mais ricas bênçãos.

Às mulheres colaboradoras deste estudo que carinhosamente me abriram suas vivências, compartilhando comigo suas experiências de vida e características pessoais. Agradeço a cada uma por colaborar com este estudo de maneira tão respeitosa e especial.

A toda equipe do Instituto Lauro de Souza Lima por me receber de maneira acolhedora, em especial à Psicóloga Mariane Fonseca e ao Dr. Antônio Carlos Martelli por toda atenção, cordialidade e disposição em atender quando solicitados.

Ao querido Mauro, que de maneira incondicional incentivou as minhas realizações, e que, com sua grandeza de caráter compreendeu as minhas ausências e necessidades de maneira carinhosa.

Aos médicos dermatologistas Dr. Roberto Dóglia Azambuja e Dr. Ricardo de Souza Sornas pelo auxílio e gentileza ao disponibilizarem bibliografias diversas, contribuindo para o enriquecimento de meus conhecimentos em dermatologia.

À Unesp/Bauru e à Faculdade de Ciências e seus diretores, Prof. Dr. Olavo Speranza de Arruda e Prof^a Adj. Dagmar Aparecida Cynthia França Hunger, pelos incentivos ao Programa de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, que oportuniza tantos crescimentos profissionais.

À todo corpo docente que com extrema dedicação ensina, direciona e compartilha saberes, dividindo o que há de melhor na construção do conhecimento científico.

Às funcionárias da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pelas orientações necessárias durante o mestrado.

Ao Dr. Heron Gonzaga e Dra. Sandra Calais, por colaborarem com este estudo de maneira impecavelmente cordial, assim como pelas valiosas contribuições e disposição em participar das bancas de qualificação e defesa de maneira sábia e carinhosa.

Aos meus queridos colegas do mestrado, pelo laço de amizade construído, por me darem as mãos quando necessário, pelo simples fato de terem participado da minha conquista.

A todos os meus amigos, que sempre estiveram ao meu lado e não desistiram de mim, mesmo eu estando ausente quando me dedicava aos estudos.

E a todos (as) aqueles (as) que de modo indireto contribuíram para a concretização deste estudo.

O meu mais sincero OBRIGADO!

“Toda a produção de conhecimento deve gerar caminhos que possam amenizar o sofrimento humano. Caso contrário, tudo seria vaidade, nada mais que vaidade. E como toda vaidade, é vento que passa”.

(Gimenes, 1997)

FREITAS, Débora Elisa Parente de. **Escoriação Psicogênica: Aspectos psicológicos e fatores de personalidade**. 2011. 230 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem). UNESP-Faculdade de Ciências, Campus Bauru, 2011.

RESUMO

A escoriação psicogênica tem sido abordada em estudos médicos que a associam a diversos transtornos ou doenças ou que buscam identificar a eficácia de diferentes tipos de tratamentos e medicamentos, além de outras questões afeitas à área. Embora a literatura relacione a escoriação psicogênica a fatores afetivo-emocionais, há escassez de pesquisas no campo da Psicologia sobre esta psicodermatose. A Escoriação Psicogênica é mais comumente encontrada em mulheres que, ao agredirem a própria pele, causam uma perceptível desfiguração provocada pelas lesões. A literatura, sistematicamente revisada neste trabalho, aponta fatores desencadeantes como a dificuldade em lidar com os próprios impulsos e a compulsão, pois o paciente admite ser o causador das lesões, porém, de maneira involuntária. A pele, o maior órgão do corpo humano, tem a mesma origem embrionária que o sistema nervoso e é frequentemente associada a processos psicológicos. Quando lesionada, leva a sofrimento emocional e a afastamento afetivo e social. O presente estudo abordou os aspectos psicológicos e fatores de personalidade associados à escoriação psicogênica a partir de relatos de pacientes em processo de diagnóstico e/ou tratamento dermatológico do Instituto Lauro de Souza Lima – Bauru e de resultados do IFP – Inventário Fatorial de Personalidade, aplicado em dois grupos de mulheres: 20 com e 20 sem escoriação psicogênica, sendo este último, composto por trabalhadoras da prefeitura municipal de cidade do interior paulista. Este estudo investigou a história de vida, os aspectos psicológicos e os fatores de personalidade possivelmente relacionados à escoriação psicogênica em vinte mulheres com esse diagnóstico, comparando-se os resultados obtidos no IFP com os de mulheres sem a psicodermatose. Foi realizada entrevista de anamnese com as mulheres com escoriação psicogênica, e, em ambos os grupos foi aplicado o IFP. Os resultados analisados qualitativa e estatisticamente indicaram a vivência de conflitos emocionais marcantes na história de vida das mulheres com escoriação, especialmente relacionados à violência e agressões na família de origem e/ou na atual. Essas mulheres apresentam forte necessidade de serem vistas e de receberem apoio emocional e cuidados. Tendem a estabelecer fortes vínculos afetivos, buscando receber atenção e proteção, numa expectativa de troca emocional que denuncia suas dificuldades nas relações afetivas em geral e, em especial, com o sexo oposto. O escoriar-se é um ato agressivo e auto-destrutivo que se manifesta compulsivamente, principalmente associado a vivências de solidão, ansiedade e angústia. Todas as participantes com escoriação psicogênica mostraram que frente às tensões e adversidades, procuram alívio na própria pele, confirmando as íntimas ligações entre estados emocionais e a pele e seus significados. As mulheres do grupo A, quando comparadas ao grupo B, se conduzem significativamente mais pelas emoções e sentimentos, tendem a dar suporte e proteção e ao mesmo tempo, desejam, em troca, receber apoio e afeto. Buscam controlar o comportamento dos outros para atender suas carências. Desejam impressionar para serem ouvidas e vistas. Essas mulheres apresentam sentimentos de culpa, inferioridade, impulsividade e desejos de autodestruição. Apresentam traços obsessivos, caracterizados por necessidade de manter as coisas em ordem com precisão e de persistirem até o cansaço em suas tarefas, levando-as até o fim, como fazem ao escoriar a pele. Indica-se que o dermatologista considere sempre o impacto de componentes emocionais na gênese, manutenção e consequências das psicodermatoses e encaminhe pacientes com diagnóstico de escoriação psicogênica para avaliação psicológica e acompanhamento psicoterápico.

Palavras-chave: Escoriação Psicogênica. Pele. Comportamento auto-lesivo. Personalidade. Estados emocionais.

ABSTRACT

Psychogenic excoriation has been approached on medical studies, which both associate it to several disorders or diseases or try to identify the efficacy of distinct treatment methods, besides other themes on such area. Even though the specific literature includes it on affective-emotional reasons, there is a lack of researches on Psychology field on this psychodermatosis. Psychogenic excoriation is a disorder most commonly found on women who picks – scratches – their own skin, causing them a noticeable disfiguration due to the wounds. Literature on the subject has been systematically referred to in order to produce this paper. It points out reasons such as difficulty to deal with one's own impulses and compulsion, since the patient admits being the one who causes the wounds in an involuntary manner, though. The skin, largest organ of the human body, has the same Embryo origin of the nervous system and is frequently associated to psychological processes. The wounded skin causes suffering and affective / social seclusion. In this study, the psychological aspects and the personality treat associated to psychogenic excoriation have been studied. The data has been collected from reports of patients during dermatological diagnosis or treatment on 'Instituto Lauro de Souza Lima', in Bauru, and from results of a test called IFP (Inventário Fatorial de Personalidade or Personality Factorial Inventory), applied on two groups of women: the first one having twenty women suffering from psychogenic excoriation and the second one having healthy women (groups A and B). The latter has been composed from civil servers in a small town. In order to prepare this study, the psychological aspects and the personality treat possibly related to psychogenic excoriation in twenty women having such diagnosis, comparing them with the results of the Personality Factorial Inventory of the healthy women. An anamnesis-directed interview has been carried out with women suffering from psychogenic excoriation and in both groups the Personality Factorial Inventory has been used. The results, which have been both qualitatively and statistically analyzed, have shown that the women who suffer from the disorder had had emotional conflicts on previous periods of their lives, especially the ones related to violence and aggression on the familiar environment and / or on their current lives. The women who have been subject to the study have a strong need of both being seen, i.e., perceived, by others and of receiving emotional support and care. They tend to establish strong affectional bonds, trying to receive attention and protection, in an expectation of emotional exchange which implicitly shows their problems on affective relationships in general, especially with people of the opposite gender. The picking of the skin is an aggressive and self-destructive act which compulsively manifests itself, mainly associated to solitude, anxiety and angst cases. All the participants of the study have showed that when facing stress and adversities, somehow looking for relief on their own skin, thus confirming the close relationship between emotions and the skin, as well as their meanings. Women from group A, when compared with the ones from group B, lead themselves more significantly by emotion and feelings, tend to give support and protection and they want, at the same time, to receive support and affection in exchange. They want to control other people's behavior in order to satisfy their own needs. They wish to make good impressions in order to be listened to and seen. Those women suffer feelings of guilt, inferiority, impulsiveness and self-destruction thoughts. They show obsessive treat, whose features are a need to keep things precisely straight and the persistence on their chores until they are extremely tired, finishing all of them, the same way they deal with their skin-picking condition. Dermatologists are indicated to always consider the impact from emotional causes on the genesis, maintaining and consequence of the Psychodermatosis and send their patients with a diagnosis of psychogenic excoriation to psychological evaluation and psychotherapeutic treatment.

Key words: Psychogenic excoriation. Skin. Self-destructive behavior. Personality. Between emotions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Resultados da participante 1 do grupo A no IFP	95
Figura 2 - Resultados da participante 2 do grupo A no IFP	97
Figura 3 - Resultados da participante 3 do grupo A no IFP.....	98
Figura 4 - Resultados da participante 4 do grupo A no IFP.....	100
Figura 5 - Resultados da participante 5 do grupo A no IFP.....	101
Figura 6 - Resultados da participante 6 do grupo A no IFP.....	103
Figura 7 - Resultados da participante 7 do grupo A no IFP.....	104
Figura 8 - Resultados da participante 8 do grupo A no IFP.....	106
Figura 9 - Resultados da participante 9 do grupo A no IFP.....	107
Figura 10 - Resultados da participante 10 do grupo A no IFP	109
Figura 11 - Resultados da participante 11 do grupo A no IFP	110
Figura 12 - Resultados da participante 12 do grupo A no IFP	112
Figura 13 - Resultados da participante 13 do grupo A no IFP	113
Figura 14 - Resultados da participante 14 do grupo A no IFP	115
Figura 15 - Resultados da participante 15 do grupo A no IFP	116
Figura 16 - Resultados da participante 16 do grupo A no IFP	118

Figura 17 - Resultados da participante 17 do grupo A no IFP	120
Figura 18 - Resultados da participante 18 do grupo A no IFP	121
Figura 19 - Resultados da participante 19 do grupo A no IFP	123
Figura 20 - Resultados da participante 20 do grupo A no IFP	124
Figura 21 - Resultados da participante 1 do grupo B no IFP	126
Figura 22 - Resultados da participante 2 do grupo B no IFP	127
Figura 23 - Resultados da participante 3 do grupo B no IFP	129
Figura 24 - Resultados da participante 4 do grupo B no IFP	130
Figura 25 - Resultados da participante 5 do grupo B no IFP	132
Figura 26 - Resultados da participante 6 do grupo B no IFP	133
Figura 27 - Resultados da participante 7 do grupo B no IFP	135
Figura 28 - Resultados da participante 8 do grupo B no IFP	136
Figura 29 - Resultados da participante 9 do grupo B no IFP	138
Figura 30 - Resultados da participante 10 do grupo B no IFP	139
Figura 31 - Resultados da participante 11 do grupo B no IFP	141
Figura 32 - Resultados da participante 12 do grupo B no IFP	142

Figura 33 - Resultados da participante 13 do grupo B no IFP	144
Figura 34 - Resultados da participante 14 do grupo B no IFP	145
Figura 35 - Resultados da participante 15 do grupo B no IFP	147
Figura 36 - Resultados da participante 16 do grupo B no IFP	148
Figura 37 - Resultados da participante 17 do grupo B no IFP	150
Figura 38 - Resultados da participante 18 do grupo B no IFP	151
Figura 39 - Resultados da participante 19 do grupo B no IFP	153
Figura 40 - Resultados da participante 20 do grupo B no IFP	154
Figura 41. Diferença entre os grupos A e B quanto à mediana	157

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados de identificação dos artigos da categoria A	28
Quadro 2 - Dados de identificação dos artigos da categoria B	34
Quadro 3- Dados de identificação dos artigos da categoria C	37
Quadro 4- Dados de identificação dos artigos da categoria D	43
Quadro 5- Dados de identificação dos artigos da categoria E	47
Quadro 6- Dados de identificação dos artigos da categoria F	49
Quadro 7- Dados de identificação dos artigos da categoria G	51
Quadro 8 - Dados sóciodemográficos do Grupo A	69
Quadro 9 - Dados sóciodemográficos do Grupo B	70
Quadro 10 - Dados de Prontuário (Grupo A)	73
Quadro 11 - Dados de anamnese: História da doença e tratamentos (Grupo A)	74
Quadro 12 - Dados de anamnese: História de vida (Grupo A).....	78
Quadro 13 - Dados de anamnese: Psicodermatose	84
Quadro 14 - Dados de anamnese: Psicodermatose e relações sociais	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição da mediana, mínimo, máximo e significância entre os grupos A e B: Fatores ou Necessidades - IFP	156
Tabela 2 - Assistência, Intração e Afago	158
Tabela 3 - Deferência, Afiliação e Dominância	160
Tabela 4: Denegação, Desempenho e Exibição	161
Tabela 5 - Agressão, Ordem e Persistência	163
Tabela 6 - Mudança, Autonomia e Heterossexualidade	164

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Rol dos 60 estudos analisados	173
ANEXO B – Entrevista de anamnese	216
ANEXO C - Questionário sobre Dermatotilexomania (Adaptado para Escoriação Psicogênica)	220
ANEXO D – Fichas de Dados de Prontuário	225
ANEXO E – Ficha de Dados de Identificação	226
ANEXO F – Folha de respostas IFP	227
ANEXO G – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	228
ANEXO H – Termo de consentimento livre e esclarecido (grupo A)	229
ANEXO I – Termo de consentimento livre e esclarecido (grupo B)	230

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1.INTRODUÇÃO	18
2. Revisão Sistemática da Literatura	26
2.1. Categorias e análise dos artigos	28
2.2. Síntese da revisão de literatura	54
3. OBJETIVOS	58
4. MÉTODO	59
4.1. População e amostra	59
4.2. Critérios de Inclusão	59
4.3. Critérios de exclusão	59
4.4. Coleta de Dados	60
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
REFERÊNCIAS	169
ANEXOS	173

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo estudo de psicodermatoses surgiu a partir de um maior contato com a literatura no campo da psicossomática e de uma maior compreensão acerca das complexas e íntimas relações psique-corpo. Tal interesse intensificou-se após a leitura de alguns estudos brasileiros nessa área, destacando a associação cada vez mais evidente entre a pele e o psiquismo. Ao abordarem novas evidências em dermatologia, pesquisadores como o Dr. Azambuja, da Universidade de Brasília, apontam a percepção de dermatologistas, de que quase todas as doenças da pele criam ansiedade, preocupação, medo, vergonha, sentimento de rejeição ou outras emoções em seus portadores, que muitas doenças da pele têm seu curso agravado por estados de tensão psicológica, e que, algumas doenças podem efetivamente ser precipitadas por estresse psicossocial. Ressaltam que estas evidências começaram a sair do terreno das suposições para o campo dos fatos cientificamente comprovados.

A escoriação psicogênica é uma psicodermatose ainda pouco estudada no campo da psicologia, caracterizada por lesões causadas na pele pelo próprio paciente. É diagnosticada a partir do relato do doente, ao assumir que realiza esta auto-agressão, revelando suas dificuldades em controlar impulsos e em lidar com seus próprios conflitos emocionais, o que torna essa doença de grande interesse para o campo de estudos psicológicos. Nesse estudo, o objetivo foi o de investigar aspectos psicológicos e fatores de personalidade possivelmente associados à escoriação psicogênica, realizando uma análise abrangente de aspectos psicodinâmicos evidenciados e uma comparação de fatores de personalidade identificados em participantes com e sem essa doença. Na introdução foram abordados conceitos encontrados na literatura a respeito da escoriação psicogênica, da pele e do sistema nervoso, bem como acerca da visão psicossomática, estabelecendo uma trajetória que visou esclarecer e justificar o estudo. Apresenta-se também um estudo de revisão sistemática da literatura nacional e internacional, por meio do qual foi possível clarificar como a escoriação psicogênica vem sendo estudada e compreendida nos últimos doze anos. Seguem-se as apresentações dos objetivos e métodos utilizados no presente estudo, bem como seus resultados, discutidos à luz da literatura consultada e da concepção psicodinâmica que fundamenta o instrumento de avaliação psicológica utilizado. Pretende-se contribuir para um maior conhecimento por parte de profissionais e pesquisadores sobre aspectos de personalidade e fatores psicológicos possivelmente envolvidos na escoriação psicogênica em mulheres, tendo em vista que essa psicodermatose é significativamente mais frequente na população feminina.

1.INTRODUÇÃO

Uma alteração cutânea que tem ligações óbvias com processos mentais é a escoriação psicogênica, que pode causar desconforto físico e psíquico ao paciente, implicando uma série de restrições psicológicas e adaptativas. Compreendendo-se que a pele não é uma simples cobertura do corpo, mas sim um dos mais importantes órgãos do organismo humano, suscetível a diversas manifestações e responsável por variadas funções, evidencia-se sua relevância na totalidade psicossomática e a consequente necessidade de se considerar e identificar suas complexas relações com a mente. Para Clements (1973, p.67), “todos os órgãos importantes no corpo respondem rapidamente aos estados mentais, pelo qual as perturbações mentais e emocionais depressa se fazem sentir no funcionamento do resto do corpo”. Quanto às ligações íntimas de estados emocionais e pele, Perestrello e cols (1966) afirmam que é preciso que haja condições e um conjunto circunstancial para que ela surja como “órgão de choque” condensando a problemática conflitual do indivíduo.

A pele tem sua origem embrionária no mesmo tecido celular que forma o sistema nervoso e é alvo frequente de manifestações afetivo-emocionais. Por intermédio da pele, considerado o maior órgão e barreira imunológica do corpo humano, ocorrem os primeiros contatos com o mundo externo (ANZIEU, 1989). Assim, as íntimas ligações com o sistema nervoso tornam a pele altamente sensível às emoções, vista que a pele pode estar em contato estreito com necessidades, desejos e medos mais profundos, e todos os problemas cutâneos, independentemente da causa, podem ter impacto emocional de graus variáveis (ROCHA, 2003).

Do ponto de vista psicológico, a pele representa a delimitação entre o eu e o mundo externo; é um órgão reparador e degenerativo, uma barreira e um instrumento de contato, tendo ainda muitas outras funções orgânicas e psíquicas, tais como: apresentação do indivíduo, tato, mediação de sensações, barreira imune e individual entre o sujeito e o mundo externo, camada protetora e reguladora da temperatura (MONTAGU, 1988).

Em inúmeras doenças cutâneas, há interação entre sentimentos, conflitos, estados emocionais e sinais das dermatoses. Surge daí a necessidade do dermatologista procurar sempre avaliar o componente emocional nos quadros dermatológicos, já que doença cutânea pode estar relacionada a fatores psíquicos. De acordo com Sampaio (1998), nas chamadas

dermatoses psicogênicas, o quadro cutâneo é uma das manifestações, eventualmente a inicial, ou a mais evidente.

Escoriações neuróticas ou psicogênicas são lesões autoproduzidas que ocorrem em psicoses, neuroses, quadros psicossomáticos ou por hábito. Nas formas mais severas, há lesões de inúmeras formas e em diversos estágios e disseminadas. Com a evolução, ocorre maior ou menor grau de desfiguração. Apresenta-se como quadro que pode ser de origem psicogênica ou psicossomática, sendo que neste último geralmente ocorre em associação com uma forma de prurido autotóxico (SAMPAIO; CASTRO; RIVITTI, 1978).

Wilhelm e cols (1999) referem-se à escoriação psicogênica descrevendo-a como atos que envolvem intenção; repetitivos arranhões; escoriações na pele normal ou com pequenas feridas como picadas de inseto, resultando em visíveis ferimentos. Essas escoriações, segundo Martelli (2008), ocorrem em locais mais facilmente alcançados pelas mãos, com predomínio significativo de mulheres com esse transtorno, independente da idade.

Ao abordar as escoriações em pacientes que não apresentavam lesão prévia, Ferrão, Ferrão e Cunha (1999) indicam que essas escoriações são mais comumente encontradas em mulheres da quarta à quinta década e aparecem mais ativamente durante períodos de estresse emocional; a escoriação de lesões preexistentes (acne escoriada) ocorre com maior frequência em mulheres jovens. Quanto à prevalência, encontra-se no sexo feminino, podendo relacionar-se à preocupação estética, níveis hormonais e fatores socioculturais.

O paciente admite provocar, repetida e, frequentemente, de forma involuntária, as lesões na pele, sendo incapaz de evitar o processo repetitivo, a compulsão. As unhas das mãos podem ser agentes usuais, e as escoriações podem assumir formas típicas, dependendo da zona escolhida. As lesões podem ser primárias ou associar-se a lesão preexistente de outra natureza, podendo ocorrer na face, ou em qualquer parte do corpo, sendo que o prurido pode estar presente, e raramente se percebe a lesão “primária”. As escoriações têm geralmente menos de um centímetro de diâmetro e estão cobertas com crostas sanguíneas e bordas eritematosas, sendo que a resolução pode deixar uma cicatriz clara com bordas hiperpigmentadas; por meio de exames podem-se notar lesões em todos os estágios, geralmente mais frequentes e concentradas em antebraços, face, pescoço e ombros. Em geral, os pacientes estão sob estresse e deprimidos e o aspecto compulsivo remete a sentimentos de culpa inconscientes e à necessidade de punição (AZULAY e AZULAY, 1992).

Com relação à nomenclatura das escoriações neuróticas, Azambuja (2009) propõe que este quadro deve ser chamado de escoriação psicogênica, vista que ele certamente deriva de alguma situação psicoemocional compulsiva do paciente, bem como porque, segundo o autor, se o termo neurose designa uma dificuldade psíquica não resolvida, e ele se aplicaria a todas as pessoas. Assim, essas escoriações não decorreriam de uma neurose, mas de um processo mental muito particular que obriga a pessoa a escoriar-se como forma de alívio do estresse cuja energia é desviada para um gesto repetitivo de esfregar, coçar, arranhar ou arrancar a pele.

Para Martelli (2008), dentre as dermatoses psiquiátricas primárias, a escoriação psicogênica é alvo de objeto de estudo frente à escassez de pesquisas, nos quais os exames laboratoriais apresentam resultados negativos. Caracteriza-se pela confissão do paciente de provocar as lesões, sendo essa a chave do diagnóstico diferencial com a dermatite factícia.

A escoriação psicogênica, em decorrência da perceptível desfiguração causada pelas lesões, favorece grande desadaptação psicossocial, o que pode vir a alterar, de forma comprometedora, a vida do ser humano. Azulay e Azulay (1992) postulam que o indivíduo com a pele comprometida, sobretudo com áreas descobertas, dificilmente deixa de ficar envergonhado, ansioso e triste. Complementando esta idéia, Ludwig e cols (2008) citam o trabalho de Nadelson (1978) ao mencionar que, na mente popular, essa doença pode estar muitas vezes ligada à idéia de sujo, feio e contagioso, devendo-se permanecer afastado do doente. Evidencia-se, assim, a relação entre doenças de pele e suas conseqüências emocionais e relacionais.

Conforme Jorge; Muller; Ferreira; Cassal, (2004, p.22) “comumente se fala de problemas de pele com a expressão “tá na cara”. O que quer dizer que deles não há escapatória, não há como esconder, dissimular.” Dependendo da dermatose específica que o sujeito apresente, pode até gerar sentimentos de repulsa por parte de outros. Isso inclui também os prejuízos nas relações afetivas, profissionais, nos impedimentos das coisas mais simples, como vestir, tomar banho ou simplesmente olhar-se ao espelho.

Ao abordar o adoecimento e o significado de uma doença na vida dos indivíduos, Mello Filho (2002), baseado nas contribuições da psicanálise, ressalta que a doença é frequentemente encarada como um episódio significativo na vida, sendo integrado na seqüência dos acontecimentos vitais. Dessa forma, a biografia do doente passa a um primeiro plano de importância, e não somente a história de sua doença, como na medicina clássica,

evidenciando-se o doente como pessoa e não apenas como um portador de determinada condição.

Segundo Dias; Rubin; Dias e Gauer (2007) as manifestações aparentes na pele não podem, em geral, ser disfarçadas, a emoção como manifestação física tem na pele um meio de expressão, e os registros de experiências vividas estão ali colocados, na forma de cicatrizes. As lesões de uma doença marcam o espaço de uma ferida física e, por que não dizer, psíquica, tomando a pessoa como uma totalidade psicossomática.

Ao destacar a pessoa do doente frente à dor psíquica, às divisões internas, aos traumatismos universais e pessoais que a vida inevitavelmente provoca, é possível se criar uma neurose, uma psicose, um escudo caracterial, uma perversão sexual, sonhos, obras de arte e doenças psicossomáticas (McDOUGALL, 1983). Em sua obra *Psicossomática Atual*, Mello Filho (2002, p.19) coloca que: “toda doença humana é psicossomática, já que incide num ser provido de soma e psique, inseparáveis, anatômica e funcionalmente.” E continua afirmando: “No mesmo sentido, a divisão de doenças em orgânicas e mentais é acima de tudo um problema de classificação de formas clínicas, já que todas as doenças sofrem, inevitavelmente, influências da mente de quem as apresenta e as doenças mentais são traduzidas por processos bioquímicos que, de resto, acompanham todos os momentos do viver.”

A Psicossomática vem ampliando seu campo de estudos em várias áreas da saúde humana. A idéia de sintomas psíquicos que encontram caminhos de manifestação no corpo, por diversas maneiras, é bem antiga. Apenas depois de Freud e alguns psicanalistas é que a Psicossomática desenvolveu-se como abordagem à saúde, com fundamentos teóricos e científicos (MELLO FILHO, 1992).

Perestrello (1966) afirma que não há, portanto, doenças psicogênicas e não psicogênicas, nem doenças psicossomáticas ou não: toda doença é psicossomática, e ainda acrescenta que toda e qualquer lesão de pele terá maior ou menor contingente pessoal em sua constituição, aparecimento, evolução, estruturação, dentre outros. O termo fator psicológico é a primeira porta de entrada para os estudos psicossomáticos.

De acordo com Volich (2000), na afecção psicossomática não há simbolização e o corpo funciona como apoio imediato do estímulo, que, por não poder ser simbolizado, passa a ser somatizado. Tal colocação é similar à descrição do que McDougall (1989) chamou de eclosões psicossomáticas, quando comenta as relações que produzem algum tipo de sofrimento, e num segundo momento, podem atingir o campo somático se não elaboradas no

plano mental; ou seja, a vivência dos afetos pode ser tão desagregadora que excede a elaboração psíquica. A autora, ao falar em somatização, enfatiza a carência da elaboração psíquica e uma falha na simbolização.

Ao referirem-se ao processo de somatização, Coelho e Ávila (2007), citam as contribuições de Lipowski (1988), ao definir somatização como uma tendência que o indivíduo tem de vivenciar e comunicar suas angústias de forma somática, ou melhor, através de sintomas físicos sem evidência patológica, aos quais são atribuídas causas orgânicas, levando-o a procurar ajuda médica.

Considerada uma alteração cutânea que tem forte ligação com processos mentais, a escoriação psicogênica não vem a ser uma manifestação psicossomática clássica, mas é vista como uma doença psicossomática a partir do pressuposto de que todas as doenças são psicossomáticas, conforme diz Mello Filho (2002) enfatizando que o ser é composto por soma e psique inseparáveis, anatômica e funcionalmente. A escoriação psicogênica decorre de um estado criado pela própria pessoa, que agride a pele para liberar uma tensão presente no momento, diferentemente de uma manifestação de pele, um algo somatizado que, segundo a psicossomática psicanalítica, expressa conflitos não simbolizados e inconscientes (PERES; SANTOS, 2006). Calikusu; Yusel; Polat; Baykal, (2003) afirmam existir vários distúrbios associados a doenças dermatológicas, indicando a participação de fatores psicológicos em sua manifestação. No entanto, algumas dessas doenças dermatológicas primárias (como a psoríase, dermatite atópica, alopecia, urticária) são fortemente relacionadas a mecanismos psicossomáticos, ao invés de serem manifestações dermatológicas decorrentes de distúrbios psiquiátricos como a escoriação psicogênica.

Alguns autores descrevem escoriações psicogênicas como doença acompanhada por uma compulsão, explicando que na doença os pacientes ferem compulsivamente sua pele. As lesões podem ser precedidas por picada de insetos ou ser geradas por raspagem, e uma vez iniciado, o ritual de manipular todas as lesões ocorre quando elas chamam a atenção dos pacientes ou em um local e hora particulares. As lesões são encontradas em todos os estágios de desenvolvimento, frequentemente encontradas onde a mão alcança facilmente (FITZPATRICK, 2000).

Um dos transtornos psiquiátricos que tem chamado a atenção de profissionais e pesquisadores na atualidade é o transtorno do controle de impulsos (Abreu; Tavares; Cordas e cols., 2008). O ato de ferir a pele pode assemelhar-se aos transtornos de controle de impulsos, como ocorre na automutilação e a tricotilomania, observando-se que, em alguns

momentos, o paciente tem consciência de que está lesionando a pele, mas não consegue conter os movimentos, que vão gerar as escoriações e feridas. Isso indica uma compulsão, isto é, um ato repetitivo praticado por vezes conscientemente e sem possibilidade de cessação pela vontade da pessoa.

A compulsão não é um tema novo na psicopatologia psicanalítica e liga-se diretamente à neurose obsessiva. Gondar (2001), ao comentar explicações que Freud apresenta sobre essa neurose, afirma que compulsão não é simplesmente sinônimo de obsessão, mas uma peculiaridade de determinados sintomas obsessivos. Trata-se de pensamentos ou atos que o sujeito realiza movidos por uma força irresistível contra a qual o sujeito gostaria de lutar. A compulsão, nesse caso, resulta de um conflito psíquico e de uma luta subjetiva, estando o sujeito impossibilitado de escolher sua posição.

Na psicanálise, a compulsão também pode encontrar outro sentido importante, correspondendo ao que há de mais radical na pulsão, isto é, sua irrefreável repetição. Mas, diferentemente dos atos compulsivos do neurótico obsessivo, a compulsão à repetição não poderia ser encarada como o resultado de um conflito. Trata-se, na verdade, de uma característica fundamental da própria pulsão, logicamente anterior ao estabelecimento de um conflito pulsional, ainda que essa anterioridade a torne o motor de todo conflito e de toda formação psíquica (GONDAR, 2001).

Ao discutir as teorias de Freud a respeito de uma compulsão que impõe sua repetição, Caropreso e Simanke (2006) afirmam que a mesma compulsão à repetição dos neuróticos pode ser encontrada na vida de pessoas normais, nos fenômenos chamados por Freud de “compulsão de destino”. Esses dois fenômenos parecem tornar legítima a suposição de que existe na vida psíquica uma compulsão à repetição, que opera para além do princípio do prazer.

Na Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, encontra-se no item F63, os Transtornos de Hábitos e Impulsos, que são caracterizados por atos repetitivos que não tem nenhuma motivação racional clara e que geralmente prejudicam os interesses do paciente e de outras pessoas. O paciente relata comportamentos associados a impulsos e ação que não podem ser controlados. As causas dessas condições não são compreendidas e os transtornos estão agrupados de acordo com suas amplas similaridades descritivas e não por conhecimento de que compartilhem quaisquer outros aspectos importantes.

Ferrão, Ferrão e Cunha (1999) discutem que os pacientes com doenças dermatológicas apresentam maior prevalência de transtornos psiquiátricos do que a população comum. Aproximadamente um terço dos pacientes de clínicas dermatológicas apresenta alguma forma de doença psiquiátrica, variando desde transtornos de ansiedade e humor até as várias apresentações de transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Embora se identifique algumas comorbidades em alguns quadros dermatológicos, Calikusu e cols (2003) afirmam que a escoriação psicogênica não é reconhecida como um transtorno psiquiátrico classificado no DSM-IV, e ainda, que o número de estudos realizados sobre este tema, no campo da psiquiatria, é surpreendentemente baixo.

Segundo Abreu; Tavares; Cordas e cols (2008), o autocontrole se tornou ao mesmo tempo um desafio e um objetivo das pessoas na pós-modernidade. Atualmente os indivíduos são bombardeados por propagandas e por campanhas nas mídias que os induzem a comprar compulsivamente, a ter objetos materiais dos quais frequentemente não necessitam, bem como à dependência da internet e comportamentos alimentares desregrados, influenciando a perda do autocontrole, o que, muitas vezes é representada pelos transtornos de controle de impulsos.

Ao abordar questões de autocontrole e tipos de personalidade, Martinelli e Sisto (2006) afirmam que o autocontrole pode ser definido como uma forma de controlar o próprio comportamento, geralmente em situações conflituosas, de acordo com padrões definidos pela sociedade. Segundo Ayache e Costa (2005) o conhecimento das características de personalidade é fundamental para a compreensão da forma pela qual um indivíduo pode lidar com o estresse psicológico desencadeado pelas manifestações de uma doença e seu tratamento, ou outras situações estressantes que podem ocorrer em seu ciclo vital.

As consequências psicológicas de uma doença são dependentes de vários fatores, como a gravidade da doença, sua fase evolutiva, estilo de vida e, essencialmente, da personalidade do enfermo. Estados emocionais ou aspectos da personalidade podem propiciar o desencadeamento da doença ou até mesmo o agravamento do quadro clínico, ensejando condutas que dificultam sua recuperação (CABRAL; GIGLIO; STANGEHAUS, 1986). Para melhor compreensão do sofrimento psíquico do paciente que auto-agride a própria pele, há de se considerar aspectos de personalidade do indivíduo acometido, o que torna a avaliação psicológica essencial.

Para Primi (2010) a avaliação psicológica é uma atividade mais complexa e constitui-se na busca sistemática de conhecimento a respeito do funcionamento psicológico das

pessoas, de tal forma a poder orientar ações e decisões futuras. Ao se tratar da personalidade, o IFP (Inventário Fatorial de Personalidade) é um instrumento de avaliação psicológica com objetivo de realizar um levantamento de aspectos de personalidade de natureza objetiva e verbal, baseado na teoria das necessidades básicas formulada por Henry Murray. O inventário visa avaliar o indivíduo normal (de 18 a 60 anos), em 15 necessidades ou motivos psicológicos, a saber: Assistência; Dominância, Ordem, Denegação, Intracepção, Desempenho, Exibição, Afago, Mudança, Persistência, Agressão, Deferência, Autonomia e Afiliação (PASQUALI; AZEVEDO; GHESTI, 1997).

A existência de poucos estudos relacionados à escoriação psicogênica e suas possíveis associações com características ou aspectos de personalidade, bem como a própria natureza dessa doença e suas consequências à vida dos doentes, justificam a relevância do presente estudo. Escoriar-se compulsivamente tem sido relatado em 2% dos pacientes nas clínicas dermatológicas, sendo esta uma condição ainda pouco abordada. Alguns centros têm incluído o distúrbio dentro do espectro obsessivo-compulsivo e, dessa forma, vem sendo pouco diagnosticado (FERRÃO e COLS, 1999).

No campo da pesquisa em Psicologia ou de suas interfaces com a Dermatologia, poucos estudos brasileiros tomam a escoriação psicogênica como objeto e, essa escassez reforça a necessidade de se investigar os aspectos psicológicos e a psicodinâmica dos pacientes que apresentam esse tipo de doença. Foram encontrados apenas dois estudos brasileiros abordando o quadro da escoriação psicogênica. Ambos foram realizados na área médica e visaram investigar aspectos de impulsividade e compulsão, e a prevalência da escoriação psicogênica em estudantes de medicina. Tendo em vista tal lacuna na literatura, o presente estudo, de forma pioneira, busca abordar aspectos psicológicos e fatores de personalidade em pacientes com escoriação psicogênica, pretendendo colaborar para o aperfeiçoamento dos tratamentos oferecidos a pessoas com este diagnóstico. Pacientes que apresentam quaisquer tipos de problemas cutâneos carecem de cuidados especiais, o que evidencia a necessidade de se ampliar o conhecimento sobre a escoriação psicogênica por profissionais de saúde e pesquisadores, clarificando-se aspectos de personalidade e outros fatores psicológicos possivelmente envolvidos nessa doença.

2. Revisão sistemática de literatura

Visando clarificar o campo de estudos nacionais e internacionais sobre escoriação psicogênica, realizou-se revisão sistemática de literatura, identificando publicações nos últimos doze anos (1997-2009), de acordo com o critério de organização das publicações em períodos de tempo, utilizado pela própria base de dados - Bireme “Biblioteca Virtual em Saúde Pública” –BVS, nas bases de dados Medline, Lilacs, Psycinfo e Scielo. Dessa forma, foram encontrados 318 estudos publicados e indexados nessas bases, tendo sido encontrado apenas um estudo no ano de 1997 e dois estudos no ano de 2009. Os termos/palavras-chave buscados nas bases de dados foram sinônimos da escoriação psicogênica, vista que o quadro de escoriação tem diferentes denominações, e, dessa forma, não foram realizados cruzamentos com outros termos, mas sim uma busca utilizando as sinonímias em português e inglês. Foram utilizados os termos: escoriação psicogênica; psychogenic excoriation; escoriação neurótica; neurotic excoriation; dermatilomania; dermatotillomania; dermatotilexomania e skin picking. Com os termos dermatilomania e escoriação psicogênica, não apareceram publicações, porém, ao utilizar suas versões em inglês (*dermatillomania e psychogenic excoriation*), foram encontrados diversos artigos. Entre os 318 artigos encontrados, 140 tinham a escoriação psicogênica como objeto de estudo, 178 não abordavam a escoriação psicogênica como tema principal e também não se referiam a essa doença nas discussões. Esses estudos abordavam outras doenças ou transtornos de controle de impulso como, tricotilomania; transtorno obsessivo-compulsivo (TOC); TOC infantil, dentre outros. Esses artigos foram descartados, assim como os que não apresentavam resumo e/ou abstract.

Todos os resumos encontrados se encontravam redigidos em inglês, excetuando-se um estudo brasileiro, recuperado nas bases Lilacs e Scielo (em português) e na Psycinfo (em inglês) e um estudo em espanhol na base Lilacs. Apenas mais um estudo brasileiro foi encontrado, nas bases Psycinfo e Medline, em inglês, somando-se, portanto, apenas dois estudos realizados no Brasil no período investigado.

Na Medline, foram encontrados 55 estudos que abordavam diretamente a escoriação psicogênica, o mesmo ocorrendo com 45 estudos na base Psycinfo, além de dois resumos na Lilacs e um estudo na Scielo, sendo que este é um dos estudos encontrados no Brasil. Dentre os 103 artigos obtidos, 40 se repetiram nas diferentes bases consultadas. Somente na Psycinfo encontraram-se artigos repetidos na mesma base, ou seja, alguns dos artigos foram publicados duas vezes nesta mesma base de dados.

Portanto, retirando-se as publicações repetidas, restaram 63 estudos abordando diretamente ou secundariamente a escoriação psicogênica, sendo que três deles não

apresentaram resumo, tendo sido também excluídos, o que resultou em 60 estudos para análise (Anexo A).

Quanto às modalidades de publicação, houve predomínio de publicações em periódicos, não se encontrando outras formas, como resumos de dissertação ou teses, capítulos de livros, ou outras, e, dessa forma, todos os estudos analisados se apresentam em formato de artigo científico. Quanto às áreas do conhecimento que deram origem aos estudos, essas foram predominantemente médicas, especialmente a dermatologia.

A leitura dos 60 trabalhos selecionados revelou que nem todos tomaram a escoriação psicogênica como objetivo principal de estudo, embora abordassem indiretamente essa temática. Foram considerados, portanto, para a análise qualitativa, todos os resumos que abordaram a escoriação psicogênica sendo ou não seu principal objetivo de pesquisa. Em alguns estudos, a escoriação psicogênica foi associada ou comparada a transtornos de controle de impulsos, a diferentes síndromes, ao uso de medicamentos e a formas de tratamentos, como a terapia comportamental ou uso de hipnose.

Os 60 resumos selecionados foram organizados em categorias temáticas, sendo elas: A) Escoriação psicogênica associada e comparada a diferentes transtornos e doenças (19 artigos); B) Síndrome de Prader Willi e a relação comórbida com escoriação psicogênica (3 artigos); C) Uso de medicamentos e sua eficácia no quadro de escoriação (16 artigos); D) Eficácia de tratamentos diversos em escoriação psicogênica (9); E) Escalas de avaliação para o quadro de escoriação psicogênica (3 artigos); F) Estudos sobre Escoriação Psicogênica com amostras estudantis (3); G) Artigos que não se enquadram em outras categorias (8).

2.1. Categorias e análise dos artigos

A) Escoriação psicogênica associada e comparada a diferentes transtornos e doenças

Nessa categoria, foram alocados 18 artigos cujo objetivo foi o de analisar a associação da escoriação psicogênica a outras doenças ou comorbidades; ou ainda, realizar uma comparação da escoriação psicogênica com alguns transtornos psiquiátricos, como: transtornos de controle de impulsos, transtorno dismórfico corporal e transtorno obsessivo-compulsivo.

O Quadro 1 apresenta os termos de busca utilizados, as bases de dados em que se encontraram os artigos alocados nessa categoria, a natureza da pesquisa, as revistas na quais foram publicados e o ano de publicação.

Artigo	Termo da busca na base de dados	Base de dados	Natureza da pesquisa	Revista e Ano de publicação
1	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo teórico	CNS Spectrms, 2006
2	Psychogenic Excoriation	Psycinfo	Estudo teórico	Klinik Psikiyatri Dergisi, 2004
3	Skin Picking	Psycinfo	Estudo Comparativo	Comprehensive Psychiatry, 2007
4	Psychogenic Excoriation	MedLine e Psycinfo	Estudo Comparativo	International Journal of Psychiatry in Medicine, 2002
5	Skin Picking	Psycinfo	Estudo Comparativo	Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2006
6	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo de Caso	Comprehensive Psychiatry; 2006
7	Skin Picking	MedLine (não apresenta resumo) e Psycinfo	Estudo de Caso	Journal of Clinical Psychiatry; 2008
8	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Comparativo	Annals of Clinical Psychiatry; 2005
9	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Comparativo	General Hospital Psychiatry, 2006
10	Psychogenic Excoriation	MedLine (não apresenta resumo) e Psycinfo	Estudo de Caso	Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry ; 2002
11	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Exploratório	Journal of Clinical Psychiatry; 1999
12	Skin Picking	MedLine	Estudo Comparativo	Depress Anxiety, 2003
13	Psychogenic Excoriation	MedLine e Psycinfo	Estudo Comparativo	Compr Psychiatry; 2003
	Skin Picking	MedLine		
14	Skin Picking	MedLine (não apresenta resumo) e Psycinfo	Estudo Relacional	Journal of Nervous and Mental Disease, 2001
15	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Comparativo	Annals of Clinical Psychiatry, 2008
16	Skin Picking	MedLine	Estudo	Depress Anxiety, 2002

			Comparativo	
17	Skin Picking	MedLine	Estudo Teórico	Curr Psychiatry Rep, 2007
18	Neurotic Excoriation Skin Picking	MedLine	Estudo Teórico	Ann Acad Med Singapore; 1999

Quadro 1- Dados de identificação dos artigos da categoria A

A análise dos artigos da categoria “A”, segundo objetivos, participantes e métodos, resultados e conclusões, sugestões para outras pesquisas, encontra-se no Anexo A.

Quanto ao **item 1** (objetivos, participantes e métodos), nessa categoria, foram alocados diversos tipos de trabalhos, encontrando-se estudos teóricos, estudos de caso e pesquisas empíricas. Todos os 18 artigos da categoria foram encontrados nas bases de dados MedLine e Psycinfo, sendo publicados em inglês. Esses artigos foram publicados entre 1999 e 2008 e foram localizados a partir das palavras-chave: *skin picking*, *neurotic excoriation* e *psychogenic excoriation*.

O estudo 13 foi encontrado nas bases MedLine e Psycinfo com o título: *The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: a comparative study*, sendo publicado na revista *Comprehensive Psychiatry* no ano de 2003. O mesmo estudo foi encontrado na base de dados MedLine com outro título: *The relationship between psychogenic excoriation and psychiatric disorders: a comparative study*, sendo a revista de publicação a *Türk Psikiyatri Dergisi* e ano de 2002, desta forma, o segundo estudo foi excluído, vista que repetiu-se nas bases.

Quanto aos objetivos e métodos, os estudos 1, 2, 5, 6, 15, 16 e 17 apresentam, em comum, comparações ou correlações da escoriação psicogênica com a tricotilomania. No estudo 1, realizou-se estudo teórico sobre os transtornos por hábito como, arrancar cabelo, escoriar a pele e outras condições estereotipadas; o estudo 2 visou realizar estudo teórico a respeito da tricotilomania, escoriação psicogênica e uso patológico da internet; o 5 buscou examinar a angústia associada aos comportamentos de arrancar cabelo e escoriar a pele, usando a escala de Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale (MGHHS) e a Escala de escoriação da pele (SPS), em que muitos estudantes universitários relataram significativa dificuldade relacionada ao arrancar cabelo e a escoriação da pele. Os participantes foram agendados para um follow-up para a continuidade da avaliação das relações entre esses comportamentos e as medidas para lidar com o afeto; o objetivo do estudo 6 foi realizar estudos de caso com um grupo de 20 pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo e um

grupo de 20 pacientes com a escoriação da pele e/ou tricotilomania; o estudo 15 visou comparar a impulsividade e a compulsão; no estudo 16 analisou-se as semelhanças e diferenças entre três grupos (escoriação patológica da pele, tricotilomania, e as pessoas com diagnóstico de comorbidade em escoriação patológica da pele e diagnóstico de tricotilomania) a partir de uma perspectiva clínica, sendo que 77 indivíduos com essas condições foram analisados para este estudo; o estudo 16 comparou pacientes com tricotilomania e escoriação da pele em termos de gravidades demográficas (idade, sexo), clínicas (eixo I e comorbidade com transtornos II) e variáveis de personalidade; e o estudo 17 não discriminou objetivo e métodos. O estudo 8 também investigou a associação da escoriação psicogênica com a tricotilomania, e incluiu a associação com a onicofagia.

Os demais artigos alocados nessa categoria relacionaram a escoriação psicogênica a outros transtornos e doenças. Nos artigos 7, 14 e 18, houve associação da escoriação psicogênica com o transtorno obsessivo-compulsivo, sendo que o 18 indicou que muitos estudos sobre a escoriação psicogênica consideram esse quadro como um espectro do transtorno obsessivo-compulsivo e o 7 apresentou um estudo de caso de um paciente com escoriações e características do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

A associação da escoriação com outros transtornos psiquiátricos foi encontrada nos estudos 9 e 13. O estudo 9 buscou examinar a prevalência do quadro em uma amostra com transtorno dismórfico corporal, onde 176 indivíduos com transtorno dismórfico corporal (71,0% mulheres, idade média, 32,5 + ou - 12,3 anos) foram avaliados com relação à comorbidade, gravidade do transtorno, qualidade de vida e funções sociais/profissionais, utilizando medidas confiáveis e válidas. Todas as variáveis foram comparadas em indivíduos com transtorno dismórfico corporal com e sem escoriação patológica da pele. Transtornos psiquiátricos comórbidos são associados à escoriação psicogênica no estudo 13, no qual 31 indivíduos foram recrutados a partir de uma clínica dermatológica ambulatorial. O grupo controle foi composto de 31 pacientes com uma doença dermatológica, exceto escoriação psicogênica. Os sujeitos foram entrevistados por meio da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-III-R, Inventário de Depressão Beck (BDI), Hamilton Anxiety Rating Scale (Hars) e de Yale-Brown Obsession e compulsão Scale (YBOCS). Indivíduos também preencheram um questionário semi-estruturado de dados sociodemográficos e características clínicas.

Os demais estudos da categoria A foram diversificados quanto aos objetivos e temas. Um único estudo (12) analisou a qualidade do sono e o nível de ansiedade em pacientes com escoriação psicogênica. Neste estudo, 10 pacientes dermatológicos com escoriação

patológica; 10 sem essa escoriação e 10 controles saudáveis foram avaliados de acordo com medidas padronizadas e validadas da qualidade subjetiva do sono, ansiedade, estresse e incapacidade social.

No artigo 4 comparou-se as condições de raiva e alexitimia em pacientes com escoriação psicogênica e outras psicodermatoses; o artigo 3 buscou comparar indivíduos com escoriação desde o início da infância com outros de início tardio; um breve resumo (10) relata um caso de uma mulher que desenvolveu um carcinoma devido à escoriação, neste estudo é discutido o transtorno de controle de impulsos. O estudo 11 apontou comorbidades do quadro com transtorno obsessivo-compulsivo, como dependência de álcool, transtorno dismórfico corporal, além de transtorno de humor, transtorno de ansiedade, transtorno de personalidade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de personalidade borderline.

Com relação ao **item 2** (resultados e conclusões), no artigo 1, os resultados mostram que escoriação psicogênica é muitas vezes diagnosticada como um transtorno de circulação estereotipada. Mesmo o quadro apresentando estreita relação com o transtorno obsessivo-compulsivo (estudo 13), um estudo mostrou que este não ocorre somente em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo (estudo 14). O estudo 9 mostrou também uma alta prevalência da escoriação psicogênica com transtorno dismórfico corporal.

Grupos com escoriação psicogênica apresentaram o sono muito ruim, ansiedade, níveis mais altos de raiva e estresse em comparação com controles saudáveis (estudo 12); o estudo 13 mostrou a tendência à depressão como o transtorno mais freqüente no grupo com escoriação psicogênica e que estes pacientes podem apresentar comorbidade com transtorno obsessivo-compulsivo. Os estudos 17 e 18 não discriminaram com clareza seus objetivos, participantes e métodos.

Nos estudos 15 e 17, os resultados apontaram que houve muito mais semelhanças do que diferenças entre indivíduos com escoriação patológica da pele e tricotilomania, sendo que diferenças significativas foram encontradas no tempo gasto de escoriar a pele, desencadeadores dos comportamentos, taxas de comorbidade do transtorno depressivo e história familiar (estudo 15); porém, o estudo 17 mostrou que tricotilomania e escoriação psicogênica são muito similares em demografia, comorbidades psiquiátricas e nas dimensões da personalidade, sugerindo melhores categorizações destas doenças em conjuntos diagnósticos. Quanto à prevalência, o resultado do estudo 18 mostrou que o quadro afeta principalmente as mulheres, com início entre 20 e 30 anos, e pode levar a grandes dificuldades, disfunções e desfiguramento.

Com relação às conclusões do estudo 4, escoriação psicogênica é caracterizada por lesões formadas por auto-escoriação e tem um importante lugar entre as dermatoses relacionadas a fatores psicológicos. Pode estar relacionada à regulação das emoções, especialmente raiva e alexitimia, sendo que os indivíduos com a escoriação psicogênica poderiam se beneficiar ao aprender a regular suas emoções ao invés de escoriar-se.

A escoriação da pele e a tricotilomania são apontadas como merecedoras de maior atenção em suas classificações em futuras versões de Manuais de Diagnóstico. O estudo 6 sugere que a tricotilomania, a escoriação da pele e a onicofagia são problemas não reconhecidos que ocorrem em um continuum variando de leve a grave. O estudo 8 indica que mais pesquisas são necessárias, especialmente no que se refere à etiologia destas doenças para o desenvolvimento de eficazes e duradouros tratamentos e estratégias de prevenção. O estudo 16 concluiu que a tricotilomania e a escoriação patológica da pele são muito similares em demografia, comorbidades psiquiátricas e nas dimensões da personalidade.

Conclusões do estudo 9 mostram que existe uma alta prevalência da escoriação psicogênica entre os indivíduos com transtorno dismórfico corporal, e os clínicos devem estar cientes dessa correlação clínica. Outros estudos inseridos na categoria A concluíram que: embora o início da escoriação psicogênica antes dos 10 anos de idade seja bastante comum, indivíduos que desenvolvem esse comportamento na infância têm características clínicas semelhantes aos do que tem início mais tardio, mas podem ser menos propensos a procurar tratamento (estudo 3); pacientes dermatológicos com escoriação psicogênica são mais ansiosos e têm sono ruim em comparação com pacientes dermatológicos sem escoriação psicogênica e saudáveis (estudo 12); escoriação psicogênica é um transtorno crônico com uma elevada taxa de comorbidade psiquiátrica (estudo 13); devido à estreita semelhança com o transtorno obsessivo-compulsivo quanto à fenomenologia e à resposta farmacológica para inibidores de recaptção de serotonina, a condição de escoriar a pele tem sido considerada como um espectro do transtorno obsessivo-compulsivo (estudo 18).

O estudo 17 concluiu que uma série de transtornos caracterizados por repetição, comportamentos com foco no corpo (por exemplo, escoriação psicogênica) são prevalentes e incapacitantes. Tais distúrbios merecem um maior reconhecimento na nosologia oficial, e não parece ser vantagem clínica classificá-los na mesma categoria diagnóstica. Os estudos 5, 14 e 10 não discriminaram claramente seus resultados e conclusões.

Quanto às sugestões para outros estudos (**item 3**), poucos autores as colocaram claramente. Em geral, os autores sugeriram a necessidade de maior número de estudos para

validar seus achados, tendo sido sugerido por alguns dos estudos analisados, que novas pesquisas deveriam centrar-se na identificação de formas mais efetivas de tratamento para a escoriação psicogênica. A análise dos 18 trabalhos inseridos na categoria A mostram que, embora apresentem similaridade quanto ao tema e variáveis relacionadas à escoriação psicogênica, são diversificados quanto aos objetivos, resultados e conclusões.

Nesta categoria os estudos analisados mostraram a escoriação psicogênica relacionada a outras doenças ou transtornos, apontando comorbidades, similaridades e diferenças entre estes, o que contribui para a elaboração de diagnósticos mais conclusivos nos casos de escoriação psicogênica. A maioria dos estudos desta categoria associa a escoriação psicogênica à Tricotilomania e a outras condições comportamentais relacionadas à impulsividade e à compulsão. Evidencia-se a necessidade de melhorar os procedimentos de categorização e classificação da escoriação psicogênica em futuras versões de Manuais de Diagnóstico, bem como de incrementar as investigações sobre a escoriação psicogênica, visando contribuir para a promoção de tratamentos mais eficazes e duradouros, além de estratégias de prevenção.

B) Síndrome de Prader Willi e a relação comórbida com escoriação psicogênica

As pesquisas encontradas nesta categoria tinham como objetivo investigar a prevalência e as formas da escoriação de pele em indivíduos com síndrome de Prader Willi, bem como buscar relatos de indivíduos com comportamentos auto-lesivos de escoriação da pele e sua associação com a referida síndrome.

A Síndrome de Prader Willi é uma doença complexa, multissistêmica, caracterizada por hipotonia, retardo mental, características dismórficas e disfunção endócrina hipotalâmica. Os principais fatores desencadeantes da mortalidade estão relacionados à obesidade, sendo o controle desta condição fundamental para a melhora da sobrevida destes pacientes. Ademais, os pacientes apresentam comportamento impulsivo e compulsivo, que pode se expressar através de episódios de auto-escoriações, distúrbios ansiosos, como transtorno obsessivo-compulsivo e hábito alimentar compulsivo. Em relação ao tratamento, um interesse crescente tem sido demonstrado no manejo de condições associadas a um prognóstico desfavorável, sobretudo a obesidade. A principal alteração genética associada à Síndrome de Prader Willi é a deleção do segmento 15q11-13 de origem paterna, que está presente em 70–75% dos pacientes. Outras anormalidades têm sido relacionadas à mesma: dissomia materna do

cromossomo 15 (ambos os cromossomos 15 são de origem materna) em 25% dos casos; mutações epigenéticas (2–5%) e translocações (1%). Como o segmento 15q11-13 contém genes que sofrem *imprinting* materno (alelo materno inativo), a deleção do segmento de origem paterna ou duplicação do cromossomo materno ocasionam a perda da função de genes paternalmente expressos contidos neste *locus* (CARVALHO; CERCATO; ALMEIDA; MANCINI; ALFREDO, 2007).

O Quadro 2 apresenta os dados de identificação dos artigos inseridos na categoria: termo de busca nas bases de dados; base de dados em que se encontra o artigo; natureza da pesquisa; revista e ano de publicação.

Artigo	Termo da busca na base de dados	Base de dados	Natureza da pesquisa	Revista e Ano de publicação
19	Skin Picking	Psycinfo	Estudo piloto	International Journal of Disability, Development and Education, 2001
20	Skin Picking	Psycinfo	Estudo Exploratório	British Journal of Developmental Disabilities, 2008
21	Skin Picking	Psycinfo	Estudo Empírico	Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 2007

Quadro 2- Dados de identificação dos artigos da categoria B

A análise dos três artigos alocados na categoria B, com relação a: objetivos, participantes e métodos, resultados e conclusões, sugestões para outras pesquisas, encontra-se no Anexo A.

Observa-se que os três artigos dessa categoria abordaram a escoriação da pele relacionando-a de alguma maneira à síndrome de Prader Willi. Os resumos foram encontrados apenas na base de dados Psycinfo, sendo dois estudos empíricos e um estudo piloto, publicados nos anos de 2001, 2007 e 2008 e, entre os termos utilizados na busca dos artigos somente *skin picking* obteve sucesso.

Todos os artigos apresentaram resumo/abstract, sendo que esses foram publicados em inglês e buscaram investigar e descrever a escoriação da pele relacionando-a a síndrome de Prader Willi.

Quanto ao **item 1** (objetivo, participantes e métodos), o estudo 19 buscou investigar alguns aspectos como comportamentos e formas de escoriação, bem como os sintomas agressivos em indivíduos com a síndrome de Prader Willi, sendo realizado com 20 pais de 37 indivíduos com síndrome de Prader Willi com idade entre 12-30 anos por meio do

preenchimento de questionários especialmente desenvolvidos com a finalidade de capturar características específicas e relevantes na Síndrome de Prader Willi. O estudo 20 teve como objetivo realizar um levantamento da opinião das pessoas em relação à síndrome de Prader Willi e escoriação psicogênica, e, no estudo 21, buscou-se analisar a prevalência e avaliação funcional da escoriação psicogênica em um grupo de indivíduos com a síndrome de Prader Willi.

Com relação ao **item 2** (resultados e conclusões), resultados do estudo 19 apontam que dois terços da amostra exibiram escoriação de pele com uma frequência variando de sintomas episódicos passageiros a crônicos, o que sugere a ocorrência da escoriação psicogênica em indivíduos com síndrome de Prader Willi. No estudo 20 entrevistas mostram que este comportamento pode ter consequências negativas para os indivíduos envolvidos. O estudo 21 mostrou que escoriação da pele foi detectada em 86% da amostra com uma correlação a comportamentos compulsivos, e a avaliação funcional sugeriu que, na maioria dos casos a escoriação da pele tinha funções anti-sociais.

Ainda nesta categoria A, no estudo 19 concluiu-se que escoriação da pele constitui um menor critério de diagnóstico para síndrome de Prader Willi e muitos indivíduos com escoriação também exibiram comorbidades, sendo que os indivíduos com o excessivo escoriar da pele também tiveram problemas como raiva frequente e violentas explosões. O estudo 20 aponta que até o presente, os estudos têm abordado a prevalência, características e causas da escoriação psicogênica em indivíduos com a síndrome de Prader Willi, entretanto, pouco é conhecido sobre como os indivíduos experienciam este tipo de comportamento e qual impacto a escoriação psicogênica tem as suas vidas. No estudo 21 conclusões apontam que os indivíduos com síndrome de Prader Willi apresentam comportamentos inadequados, tais como a escoriação da pele e comportamentos compulsivos.

Quanto às sugestões para outros estudos (**item 3**), dos estudos alocados nesta categoria B, o estudo 20 mostrou que indivíduos com Síndrome de Prader Willi são capazes de fornecer pistas sobre o motivo pelo qual eles exibem esse comportamento de escoriar-se e qual impacto que tem sobre a sua qualidade de vida, desta forma, o conhecimento sobre essas pistas pode ajudar a criar programas que visam apoiar as pessoas com a Síndrome de Prader Willi e ajudá-las a reduzir a escoriação da pele. O estudo 21 aponta que controlados estudos sobre tratamento comportamentais são escassos. Nesta categoria, apenas o estudo 19 não apresenta sugestões.

As pesquisas alocadas nesta categoria apontaram a ocorrência de comportamentos auto-lesivos de escoriação da pele em indivíduos com síndrome de Prader Willi, evidenciando-se a escassa produção científica sobre a associação da escoriação psicogênica com a referida síndrome. Esses estudos investigaram o comportamento de portadores desta síndrome, correlacionando-a a compulsões, sentimentos de raiva e a comportamentos impulsivos, investigando a qualidade de vida dos pacientes.

C) Uso de medicamentos e sua eficácia no quadro de escoriação psicogênica

Entre os trabalhos encontrados, 16 tiveram como objetivo, examinar a eficácia de medicamentos utilizados em escoriação psicogênica, bem como desenvolver estudos de caso investigando os possíveis benefícios medicamentosos no referido quadro. Quanto aos artigos inseridos na categoria C, nessa análise, encontram-se os artigos que analisaram ou verificaram tratamentos medicamentosos para a doença, por meio de relatos ou estudos controlados com utilização de placebo.

O Quadro 3 apresenta os dados gerais que identificam os artigos: termos de busca nas bases de dados; base de dados em que se encontra o artigo; natureza da pesquisa; revista e ano de publicação.

Artigo	Termo da busca na base de dados	Base de dados	Natureza da pesquisa	Revista e Ano de publicação
22	Psychogenic Excoriation Neurotic Excoriation Skin Picking	MedLine e Psycinfo MedLine e Psycinfo MedLine e Psycinfo	Estudo Empírico	Journal of Clinical Psychopharmacology; 1999
23	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Empírico (Duplo-Cego)	Journal of Clinical Psychiatry, 1997
24	Psychogenic Excoriation	MedLine (não apresenta resumo) e Psycinfo	Estudo de Caso	Journal of Clinical Psychiatry, 2006
25	Skin Picking	MedLine (não apresenta resumo) e	Estudo de Caso	Journal of Clinical Psychopharmacology, 2006

		Psycinfo		
26	Skin Picking	MedLine	Estudo de Caso	Psychopharmacol, 2003
27	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Empírico	Psychosomatics, 2001
28	Skin Picking	MedLine (não apresenta resumo) e Psycinfo	Estudo Empírico	Journal of Clinical Psychiatry, 2001
29	Skin Picking	MedLine	Estudo Empírico	J Clin Psychiatry, 2007
30	Skin Picking	MedLine (não apresenta resumo) e Psycinfo	Estudo de Caso	Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry, 1999
31	Skin Picking	Psycinfo	Estudo de Caso	Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2004
32	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Empírico	International Clinical Psychopharmacology. 2007
33	Psychogenic Excoriation Skin Picking	Psycinfo MedLine (não apresenta resumo) e Psycinfo	Estudo de Caso	The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie. 2004
34	Psychogenic Excoriation Neurotic Excoriation	Psycinfo	Estudo de Caso	Psychotherapy and Psychosomatics, 2000
35	Dermatotillomania Psychogenic Excoriation Neurotic Excoriation Skin Picking	MedLine MedLine MedLine MedLine	Estudo de Caso	J Indian Med Assoc, 2008
36	Psychogenic Excoriation Skin Picking	MedLine (não apresenta resumo) e Psycinfo Psycinfo	Estudo de Caso	Annals of Clinical Psychiatry, 2007
37	Psychogenic Excoriation	MedLine (não apresenta	Estudo de Caso	Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2008

		resumo) E Psycinfo		
--	--	-----------------------	--	--

Quadro 3- Dados de identificação dos artigos da categoria C

A análise dos 16 artigos alocados na categoria C, com relação a objetivos, participantes e métodos, resultados e conclusões, sugestões para outras pesquisas, encontra-se no Anexo A.

A maioria dos artigos alocados nesta categoria apresentou resumo/abstract, com exceção dos sete estudos encontrados na MedLine, são eles: 23, 24, 27, 29, 32, 35 e 36, estes estudos foram publicados em outras bases. Na base de dados MedLine, dois artigos que abordaram a escoriação psicogênica não apresentaram resumo e estes não foram encontrados em outra base de dados, são eles: *Efficacy of olanzapine in the treatment of psychogenic excoriation (A eficácia da olanzapina no tratamento de escoriação psicogênica)* e *Failure of fluoxetine to modify the skin-picking behaviour of prader-willy syndrome (Insucesso da fluoxetina para modificar o comportamento de escoriar a pele na síndrome de Prader Willy)*, estes estudos foram eliminados.

Pode-se notar nesta categoria, quanto à natureza dos estudos nas bases pesquisadas, uma predominância de estudos de caso, sendo que dos 16 resumos categorizados, 10 são estudos de caso. Os 16 artigos desta categoria foram encontrados nas bases de dados MedLine e Psycinfo, sendo todos publicados em inglês e foram publicados do ano de 1997 a 2008. Os termos utilizados que obtiveram sucesso na busca desses artigos foram *skin picking, neurotic excoriation, psychogenic excoriation e dermatotillomania*.

Com relação ao **item 1** (objetivos, participantes e métodos), de uma forma geral, a maioria dos 16 estudos alocados na categoria C buscou investigar a eficácia de medicamentos no tratamento de escoriação psicogênica, seja através de estudos de caso, estudos controlados com utilização de placebo, análise de relatos sobre o uso de medicamentos no quadro de escoriação, tratamento com determinados medicamentos para reduzir sintomas de doenças cutâneas e ainda investigação de pacientes que não responderam ao uso de medicamentos. Os medicamentos investigados nos estudos foram fluoxetina, fluvoxamina, inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina, aripiprazol, riluzol, inositol, lamotragina, fluvoxamina, escitalopram, olanzapina, paroxetina e aripiprazol.

Quanto ao **item 1**, o estudo 22 buscou examinar a segurança e eficácia da fluvoxamina no tratamento da escoriação psicogênica da pele, sendo administrado a 14 indivíduos com escoriação psicogênica durante 12 semanas. O estudo 23 investigou a eficácia da fluoxetina

no tratamento da escoriação patológica da pele em um estudo duplo-cego, controlado por placebo, e um experimento paralelo, sendo realizado com 21 adultos (20-58 anos) com doença crônica de escoriação da pele. No estudo 24 realizou-se um estudo de caso de uma mulher de 50 anos de idade cuja escoriação psicogênica não reagiu a um inibidor da recaptção de serotonina-noradrenalina, mas melhorou acentuadamente quando o aripiprazol foi adicionado e o estudo 25 realizou um estudo de caso com um paciente e discorreu a respeito do glutamato-modular com agente riluzol para transtornos alimentares e comportamentos patológicos de escoriar a pele. O estudo 26 visou apresentar dois relatos de caso e verificou o tratamento de SSRIs (inibidores seletivos da recaptção de serotonina) e o estudo 27 investigou a eficácia da fluoxetina no tratamento do comportamento de escoriar a pele em 15 indivíduos com escoriação da pele que receberam tratamento de fluoxetina, sendo um estudo duplo-cego de fluoxetina e placebo. O estudo 28 visou descrever relatos de três mulheres, com idade entre 21-46 anos, sobre os possíveis benefícios de inositol como um tratamento da tricotilomania e com o aumento de um inibidor da recaptção da serotonina para tratar o compulsivo escoriar da pele. No estudo 29 buscou-se analisar o tratamento com lamotrigina em escoriação da pele, onde 24 indivíduos com doenças cutâneas de escoriar a pele (com base no DSM-IV os critérios para outros transtornos de controle do impulso) foram tratados em 12 semanas verificando vastos registros da lamotrigina como mono-terapia. O estudo 30 buscou relatar o caso de uma mulher de 48 anos de idade com grave escoriação da pele atribuível ao delirante transtorno dismórfico corporal.

Ainda no **item 1**, o estudo 31 descreveu um caso de uma mulher de 40 anos de idade (com uma compulsiva escoriação da pele) que desenvolveu um hábito auto-destrutivo de apertar ou cavar detritos sem tecido cutâneo e de escoriar a acne e escaras em sua testa, bochechas e queixo e o estudo 32 procurou avaliar a eficácia do escitalopram no tratamento da escoriação patológica da pele em 29 indivíduos durante 18-semanas através de uma verificação não controlada do escitalopram. O estudo 33 apresentou um relato de um caso de uma paciente geriátrica (64 anos) que sofria de transtorno de ansiedade generalizada, transtorno distímico e patológicas de escoriar a pele, e esta última não respondeu a vários agentes antidepressivos, incluindo inibidores da recaptção serotoninérgicos, até que uma baixa dose de olanzapina foi adicionado à sua dosagem de fluoxetina. O estudo 34 realizou um estudo de caso de uma mulher de 66 anos que apresentou prurido psicogênico e escoriação neurótica e foi internada em um ambulatório psiquiátrico com uma história de um grave e constante prurido. A paciente queixou-se de ter pruridos localizados no rosto, tórax e

membros superiores, obrigando-a a arranhar a si mesma excessivamente por muitas horas diárias provocando até uma pele escoriada. No estudo 35 buscou-se realizar um estudo de caso de uma jovem com escoriação psicogênica e discutir o tratamento com fluoxetina e terapia comportamental. O estudo 36 apresentou um estudo de caso de uma mulher de 18 anos de idade que apresentou comorbidade com transtorno obsessivo compulsivo e escoriação psicogênica, refratária a numerosos regimes de tratamento, e, por fim, o estudo 37 realizou dois estudos de caso para verificar o uso de escitalopram em escoriação psicogênica, sendo uma paciente de 63 anos de idade e um paciente de 24 anos de idade.

Com relação ao **item 2** (resultados e conclusões), os estudos 23, 27, 33 e 35, mostram o efeito da fluoxetina em pacientes com escoriação psicogênica, sendo que o estudo 23 aponta que esta pode ser um benefício terapêutico. Neste estudo, a fluoxetina mostrou ser significativamente superior ao placebo no tratamento da escoriação da pele. O estudo 27 mostrou que 4 pacientes controlados ao uso a placebo de fluoxetina apresentaram significativas melhoras, mas, voltaram ao seu nível inicial do sintoma. O estudo 33 apontou que a fluoxetina tem sido relatada como benéfica na redução dos comportamentos patológicos de escoriar a pele e, no estudo 35, a paciente recuperou-se completamente com o uso de fluoxetina e terapia comportamental no final de 3 meses.

Os estudos 22 e 30 abordaram o uso da fluvoxamina como tratamento de escoriação psicogênica. O estudo 22 sugere que a fluvoxamina pode ser eficaz na redução da escoriação psicogênica, no relato dos dados sete indivíduos tiveram redução significativa nos comportamentos que envolvem a pele (por ex. coçar, escoriar, arranhar e apertar) e na avaliação global dos sintomas. O estudo 30 mostrou que após o tratamento com fluvoxamina houve uma maior redução da escoriação.

Resultados e conclusões relacionados aos inibidores de recaptação de serotonina - noradrenalina foram encontrados nos estudos 24, 25 e 28. No estudo 24 uma paciente não reagiu a um inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina, mas melhorou acentuadamente quando o aripiprazol foi adicionado sendo escolhido devido a preocupações sobre um possível ganho de peso associado com olanzapina. O estudo 25 apontou melhoria no transtorno obsessivo-compulsivo, nos sintomas depressivos, e redução de escoriação patológica da pele durante a medicação riluzol. O estudo 28 aponta o uso do inositol e o aumento de um inibidor da recaptação da serotonina para o compulsivo escoriar da pele, mas seus resultados sugerem apenas a eficácia do tratamento com inositol.

Um único estudo (29) apresentou resultados de tratamento com a lamotrigina, apontando a hipótese de que esta deve reduzir os sintomas da doença cutânea de escoriar a pele. Lamotrigina provocou melhorias em dois terços dos indivíduos com doenças cutâneas de escoriar-se.

Dois estudos alocados nesta categoria C, os estudos 32 e 37 apontaram a eficácia do escitalopram no tratamento de escoriação psicogênica. No estudo 32 análises pré e pós-tratamento revelaram melhorias significativas sobre as medidas de escoriar a pele, sua gravidade e impacto, qualidade de vida, ansiedade e depressão e o segundo apontou o desaparecimento da escoriação na paciente durante 2 semanas e ainda diminuiu a intensidade da depressão, e no paciente a frequência das mordidas nos lábios declinou como a depressão melhorou. O estudo 37 apresentou dois estudos de caso, o de uma mulher de 63 anos de idade com um 1 mês de história de comichão em todo o corpo e coçar excessivo que recebeu tratamento com escitalopram e um homem de 24 anos de idade que se apresentou com uma história de 10 anos com mordidas frequentes nos lábios. Após o aparecimento dos sintomas depressivos as mordidas nos lábios se tornaram graves, escitalopram foi dado. Na paciente, após 1 semana de comichão e coçar, observou-se desaparecimento ao longo de um período de 2 semanas. No paciente a frequência das mordidas nos lábios declinou como a depressão melhorou.

Os três artigos (31, 34 e 36) foram estudos de caso. O estudo 31 mostra que a patológica escoriação da pele tem sido relatada sendo associada com os principais transtornos psiquiátricos, sendo que as comorbidades mais comuns encontradas em pacientes com escoriação da pele foram depressão e ansiedade (especialmente transtorno obsessivo-compulsivo). O estudo 34 abordou uma paciente com escoriação onde a avaliação psicológica revelou a presença de um estado clínico de depressão com impulsividade e extrema atenção em funções somáticas. O estudo 36 apontou que as propriedades do aripiprazol podem tornar uma boa opção para o tratamento da escoriação psicogênica.

O estudo 26 não discriminou com clareza seus resultados e conclusões. Quanto às sugestões para outros estudos (**item 3**), dos estudos alocados nesta categoria C, o estudo 22 apontou que são necessários estudos controlados para confirmar os achados. O estudo 25 mostra que para estabelecer uma classificação diagnóstica adequada da condição de escoriar a pele e otimizar o planejamento de tratamento e seus resultados, uma investigação mais aprofundada das relações funcionais entre a escoriação da pele e dificuldade afetiva é necessário. No artigo 27 os autores apontam que estudos maiores são necessários para

determinar quais os indivíduos são susceptíveis em responder a fluoxetina bem como a eficácia desta, de outros SSRI (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) e outras formas de tratamento. O estudo 29 mostra que são necessários estudos adicionais controlados por placebo para avaliar a segurança, tolerabilidade e eficácia da lamotrigina no tratamento deste problema de comportamento e, por fim, no estudo 30 autores enfatizam a necessidade de cuidados diferenciais no diagnóstico de escoriação da pele. Os estudos 23, 24, 26, 28, 31, 32, 33 34, 35, 36, 37 e 38 não apresentaram sugestões para outras pesquisas.

Constata-se uma diversidade de medicações administradas no quadro de escoriação psicogênica. Os estudos alocados nesta categoria apontam a eficácia de determinados medicamentos utilizados em escoriação psicogênica e os benefícios medicamentosos aos pacientes. Evidencia-se ainda, nesta categoria, a importância da realização de estudos controlados com utilização de placebo e a necessidade de maior número de estudos visando avaliar a eficácia de diferentes medicamentos. A fluoxetina foi indicada, nos estudos referidos, como medicamento eficaz no tratamento da escoriação psicogênica. Um estudo enfatizou que esta medicação foi significativamente superior ao placebo, e outro indicou os benefícios da associação fluoxetina - terapia comportamental.

D) Eficácia de diferentes tratamentos em escoriação psicogênica

As pesquisas analisadas nesta categoria tinham como objetivo investigar a eficácia de tratamentos diversos em escoriação psicogênica, abordando e analisando inúmeras formas de tratamento e sua eficácia para o quadro.

O Quadro 4 apresenta os dados de identificação dos artigos inserido na categoria D: termo de busca nas bases de dados; base de dados em que se encontra o artigo; natureza da pesquisa; revista e ano de publicação.

Artigo	Termo da busca na base de dados	Base de dados	Natureza da pesquisa	Revista e Ano de publicação
38	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Piloto	Behavior Modification, 2008
39	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Empírico	Behaviour Research and Therapy, 2006
40	Skin Picking	MedLine	Estudo Empírico	Behavior Modification, 2002
41	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Piloto	Behavior Modification. 2006
42	Skin Picking	MedLine	Estudo Teórico	Cutis,2003

43	Dermatotillomania Psychogenic Excoriation Neurotic Excoriation Skin Picking	MedLine MedLine e Psycinfo MedLine MedLine e Psycinfo	Estudo Teórico	CNS Drugs, 2001
44	Neurotic Excoritaion Skin Picking	Psycinfo MedLine e Psycinfo	Estudo Empírico Interventivo	Journal of Applied Behavior Analysis, 2006
45	Skin Picking	MedLine	Estudo Descritivo	<u>Dermatol Online J</u> , 2007
46	Psychogenic Excoriation Neurotic Excoriation Skin Picking	MedLine e Psycinfo MedLine e Psycinfo Psycinfo	Estudo de Caso	American Journal of Clinical Hypnosis, 2004

Quadro 4- Dados de identificação dos artigos da categoria D

A análise dos artigos alocados na categoria D, com relação a objetivos, participantes e métodos, resultados e conclusões, sugestões para outras pesquisas, encontra-se no Anexo A. Observa-se que os 9 artigos alocados nessa categoria abordaram a eficácia de tratamentos diversos em escoriação psicogênica. Os resumos foram encontrados nas bases de dados MedLine e Psycinfo, sendo dois estudos piloto, cinco estudos empíricos e dois estudos teóricos, sendo publicados de 2001 a 2008 e, os termos utilizados na busca dos artigos foram *Skin Picking*, *Dermatotillomania*, *Psychogenic Excoriation*, *Neurotic Excoriation*.

Todos os artigos apresentaram resumo/abstract, sendo que esses foram publicados em inglês e buscaram investigar a eficácia de tratamentos diversos em escoriação psicogênica.

Quanto ao **item 1** (objetivos, participantes e métodos), nessa categoria D, quatro estudos (38, 39, 40 e 41) avaliaram a eficácia de terapias como tratamento para escoriação psicogênica, bem como de diversas técnicas. O artigo 38, um estudo piloto, analisou a vantagem da técnica de aceitação-reforçada da terapia comportamental para tricotilomania e escoriação crônica da pele e o impacto na alteração da sequência do tratamento e a eficácia deste onde, sendo os participantes que apresentavam estes quadros avaliados. Similarmente, o estudo 39 avaliou a eficácia de uma técnica de terapia com aceitação e compromisso para a

escoriação crônica da pele através dos desenhos dos cinco participantes. O estudo 40 buscou descrever a aplicação e os resultados da terapia cognitivo-comportamental para três pacientes com severa auto-lesão em escoriação da pele, buscando descrever que auto-lesões em escoriação da pele é caracterizada por repetitivos, ritualísticos, ou impulsiva escoriação da pele que leva a danos nos tecidos e causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento diário, e o estudo 41 buscou comparar a eficácia de reversão de hábito em pacientes de uma lista de espera para tratamento da escoriação crônica da pele (25 adultos), sendo fotografadas as áreas degradadas e posteriormente avaliado por observadores independentes.

Dois estudos (42 e 43), alocados nesta categoria D, não utilizaram amostras de participantes, são estes estudos teóricos. O artigo 42 visou fornecer um quadro conceitual para a avaliação e tratamento de pacientes com escoriações, sendo 10 categorias de diagnóstico examinadas, e sugestões específicas para o tratamento oferecidas. O estudo 43 buscou descrever a respeito da Escoriação Psicogênica, suas características clínicas, critérios diagnósticos propostos, epidemiologia e abordagens de tratamento e o artigo.

Os outros três estudos (44, 45 e 46) alocados nesta categoria D apresentaram diferentes objetivos, métodos e participantes. O estudo 44 buscou analisar os resultados de uma intervenção com atividades de competição para diminuir atividades de escoriar a pele exibidas por uma estudante de 9 anos com comorbidades diagnósticas, já o estudo 45 examinou o desenvolvimento de um programa de auto ajuda na Internet para o tratamento de auto-lesões da escoriação de pele, tendo como participantes 372 indivíduos matriculados em stoppicking.com durante um período de 5 meses. Por último, o estudo 46 buscou descrever a respeito do uso da hipnose no quadro escoriação psicogênica, realizando uma discussão a respeito da acne escoriada em uma mulher grávida que lesionava sua acne no rosto durante 15 anos.

Com relação ao **item 2** (resultados e conclusões), no artigo 38, os resultados apontam que a técnica da terapia de aceitação-reforçada proporcionou grande redução em puxar/escoriar para todos os cinco participantes e que a ordem em que das técnicas foram implementadas fez pouca ou nenhuma diferença no tratamento de curto prazo, mas, conclusões, limitações e futuras áreas de investigação são discutidas. O estudo 39 mostrou que quatro dos cinco participantes alcançaram níveis próximos a zero de escoriação no pós-tratamento, mas esses ganhos não foram plenamente mantida por três dos quatro participantes em follow-up e reduções foram encontradas sobre as medidas de ansiedade, depressão e

evitação experiencial para a maioria dos participantes, resultados apontam para a construção de mais protocolos para compreensão da terapia com aceitação e compromisso em escoriação da pele.

O estudo 41 mostrou que a técnica de reversão de hábito produziu um maior decréscimo na escoriação da pele no pós-tratamento e follow-up quando comparado ao um grupo controle, a técnica foi vista como uma intervenção eficaz pelos participantes. No artigo 43, um estudo teórico, buscou-se descrever que a escoriação psicogênica (também chamada de escoriação neurótica, acne escoriada, arrancar patológico e compulsivo da pele e dermatotilomania) se caracteriza por um excessivo ato de coçar ou arrancar da pele normal ou com pequenas irregularidades superficiais. Estima-se a ocorrer em 2% de pacientes em clínicas dermatológicas e está associada com comprometimento não orgânico, complicações médicas (por exemplo, infecção) ou angústia substancial. Escoriação Psicogênica ainda não é reconhecida no DSM. Estudos de caso, notórios ensaios e pequenos estudos tem demonstrado a eficácia dos inibidores de recaptção seletiva de serotonina em escoriação psicogênica.

Ainda no **item 2** (resultados e conclusões), o estudo 44 aponta que o uso de manipulações em estudantes selecionados resultou na redução da escoriação da pele. No estudo 45, reduções significativas na frequência de escoriação sugerem que StopPicking.com pode constituir uma alternativa ou tratamento coadjuvante para escoriação da pele, mas, o estudo atual é limitado pela falta de uma condição de controle e utilização de uma amostra não classificada de indivíduos que escoriam a pele. O estudo 46 mostrou que a sugestão hipnótica aliviou com êxito o aspecto comportamental de coçar a acne escoriada em uma mulher grávida que lesionou o rosto durante 15 anos (acne escoriada é um subconjunto de escoriação psicogênica). Em comparação com outros tratamentos para acne escoriada, hipnose é relativamente breve e tem boa relação custo-benefício e não é tóxico na gravidez.

Os estudos 40 e 42 não apresentam os **itens 2** (resultados e conclusões) e **3** (sugestões para outros estudos). Os estudo 38, 40, 42, 43, 44, 45, e 46 não discriminaram sugestões para outros estudos (item 3).

Com relação ao **item 3**, apenas o estudo 39 e 41 apontaram sugestões para outras pesquisas. No estudo 39 os resultados apontam a construção de mais protocolos para compreensão da ACT para a escoriação da pele. Os resultados do estudo 41 sugerem a necessidade da construção de mais protocolos para compreensão de tratamentos para a escoriação da pele.

Foram identificados diversos tratamentos indicados para tratar a escoriação psicogênica. Os resultados apontam a importância e eficácia da psicoterapia em pacientes com comportamentos auto-lesivos na pele. Nesta categoria, os estudos alocados, investigaram a eficácia de tratamentos diversos, destacando-se a eficácia das técnicas da terapia comportamental para o tratamento da escoriação psicogênica.

E) Escalas de avaliação para o quadro de escoriação psicogênica

Nessa categoria, foram alocados três artigos cujo objetivo foi o de construir e/ou utilizar escalas de avaliação no quadro de escoriação psicogênica. O Quadro 5 apresenta os termos de busca utilizados, as bases de dados em que se encontraram os artigos, a natureza da pesquisa, as revistas na quais foram publicados e o ano de publicação.

Artigo	Termo da busca na base de dados	Base de dados	Natureza da pesquisa	Revista e Ano de publicação
47	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Teórico e Descritivo	Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2009
48	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Teórico e Descritivo	Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry, 2001
49	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Teórico e Descritivo	Journal of Psychosomatic, 2001

Quadro 5- Dados de identificação dos artigos da categoria E

A análise dos artigos alocados na categoria E, com relação a objetivos, participantes e métodos, resultados e conclusões, sugestões para outras pesquisas, encontra-se no Anexo A. Os artigos alocados nesta categoria discutiram e analisaram escalas de avaliação para o quadro de escoriação psicogênica. Os resumos foram encontrados nas bases de dados MedLine e Psycinfo, sendo todos estudos teóricos, 2 publicados em 2001 e um estudo em 2009. Os termos utilizados na busca dos artigos foi apenas *Skin Picking*.

Todos os artigos apresentaram resumo/abstract, sendo que esses foram publicados em inglês e buscaram discutir a construção e/ou utilização de escalas de avaliação no quadro de escoriação psicogênica.

Os três estudos (47, 48 e 49), alocados nessa categoria E, apresentaram em comum descrições a respeito dos instrumentos (escalas ou inventários) e relatos sobre o

desenvolvimento de escala para escoriação psicogênica. Quanto ao **item 1** (objetivos, participantes e métodos), o artigo 47 descreveu a respeito do desenvolvimento inicial e propriedades psicométricas do inventário Milwaukee (MIDAS) para dimensões do adulto com escoriação, uma medida destinada a avaliar o “automático” e “centrado” escoriar da pele, sendo os dados coletados a partir de 92 participantes que completaram uma pesquisa pela internet. O estudo 48 buscou descrever sobre a escala de impacto de escoriação da pele (SPIS), um instrumento de auto-relato desenvolvido para avaliar as conseqüências psicossociais do repetitivo escoriar da pele, uma escala de 28 itens que foi administrada com 31 indivíduos com auto-lesões severas de escoriação da pele (idade média de 40,2 anos) e 78 indivíduos sem auto-lesão de escoriação da pele. Por último, o estudo 49, alocado nesta categoria E, relatou o desenvolvimento da escala de escoriação da pele (SPS), com seis itens de medidas descritivas para avaliar a escoriação da pele onde 28 severos indivíduos auto-lesivos (idade 18-53 anos) e 77 sem comportamento de auto-lesões em escoriação da pele (entre os 18-29 anos) inicialmente a escala de gravidade moderada após a Yale-Brown Obsessive-Compulsive Escala (Y-BOCS).

Com relação ao **item 2** (resultados e conclusões), o estudo 47 mostrou que os dados preliminares demonstraram adequada consistência interna, boa validade construto, e uma boa validade discriminante, vista que o MIDAS (Inventário Milwaukee) fornece pesquisas confiáveis e avaliação bem fundamentada no "automático" e "centrado" ato de coçar a pele. O estudo 48 mostrou que a escala de impacto de escoriação da pele (SPIS) é um instrumento de auto-relato desenvolvido para avaliar as conseqüências psicossociais do repetitivo escoriar da pele, e análises específicas indicam que uma escala de pontuação de corte 7 discrimina os indivíduos com auto-lesões de escoriação de pele daqueles que não se auto-lesionam. No estudo 49 a validade do construto da escala de escoriação patológica da pele (SPS) foi demonstrada por correlações significativas entre os escores da escala SPS total e auto-relato da duração média de episódios de escoriar a pele.

Das três pesquisas alocadas nesta categoria E, nenhuma apresentou sugestões para outros estudos (**item 3**).

A elaboração e utilização de escalas de avaliação do quadro de escoriação psicogênica apontam a importância da criação desses instrumentos para melhor compreensão e avaliação dessa condição auto-lesiva de pele. Nessa categoria de estudos os resultados enfatizaram que o desenvolvimento e a utilização de instrumentos como escalas e inventários, favorecem

maior conhecimento do quadro de escoriação psicogênica, facilitando o diagnóstico diferencial e a indicação de tratamentos.

F) Estudos sobre Escoriação Psicogênica com amostras estudantis

Nesta categoria os estudos tinham como objetivo investigar, analisar e comparar o quadro de escoriação psicogênica em estudantes.

O Quadro 6 apresenta os dados de identificação dos artigos inserido na categoria: termo de busca nas bases de dados; base de dados em que se encontra o artigo; natureza da pesquisa; revista e ano de publicação.

Artigo	Termo da busca na base de dados	Base de dados	Natureza da pesquisa	Revista e Ano de publicação
50	Dermatotilexomania Skin Picking	Lilacs, Psycinfo e Scielo Psycinfo	Estudo Piloto	Revista Brasileira de Psiquiatria. 1999
51	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Empírico	Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry, 2000
52	Skin Picking	MedLine	Estudo Empírico	Behav Modif, 2002

Quadro 6 – Dados de identificação dos artigos da categoria F

A análise dos três artigos alocados na categoria F, com relação a objetivos, participantes e métodos, resultados e conclusões, sugestões para outras pesquisas, encontra-se no Anexo A.

Os artigos alocados nesta categoria analisaram o quadro de escoriação psicogênica em estudantes. Os resumos foram encontrados nas bases de dados MedLine, Psycinfo, Scielo e Lilacs, sendo dois estudos empíricos e um piloto, publicados de 1999 a 2002. Os termos utilizados com sucesso na busca dos artigos foram *Skin Picking e Dermatotilexomania*. Todos os artigos apresentaram resumo/abstract, sendo que esses foram publicados em inglês e buscaram discutir o quadro de escoriação psicogênica em estudantes.

As pesquisas abordadas nesta categoria apresentaram, em comum, investigações quanto à prevalência e as manifestações da escoriação de pele em indivíduos estudantis. Quanto ao **item 1** (objetivos, participantes e métodos), no estudo 50, um estudo realizado no Brasil, buscou identificar a prevalência de dermatotilexomania em estudantes de medicina de

uma faculdade de Porto Alegre (RS), sendo que um questionário adaptado de 23 itens sobre as características demográficas e clínicas foi aplicado a 144 estudantes de medicina. No estudo 51 buscou documentar a prevalência de escoriação da pele e suas características associadas em uma amostra não clínica de 105 estudantes universitários que completaram um inventário de auto-relato de escoriação de pele e diversas escalas descritivas. Os alunos que confirmaram a escoriação de pele foram comparados a uma amostra clínica de 31 indivíduos com comportamentos auto-lesivos na pele, segundo relatos. O estudo 52 investigou a escoriação da pele e suas características em uma população estudantil alemã onde os participantes (N = 133) completaram vários questionários de auto-relato.

Com relação ao **item 2** (resultados e conclusões), o estudo 50 aponta que 89 sujeitos (61,8%) tinham produzido ou agravaram as lesões de pele no passado e ainda estavam fazendo isso. 12 sujeitos (8,3%) indicaram que feriram sua pele mais frequentemente do que o habitual. 80 sujeitos (55,6%) consideraram a escoriação da pele um mau hábito. Dermatotilexomania pode ser classificada, segundo o DSM-IV, dentro do capítulo de transtornos de controle de impulsos não classificados em outro lugar. Autores têm incluído o distúrbio dentro do espectro obsessivo-compulsivo, o estudo concluiu que a escoriação de pele pode ser uma prática frequente entre os jovens, mas pode ser classificada como uma desordem só nos casos mais graves.

Ainda no **item 2**, o estudo 51 mostra que dos sujeitos estudantis, 78% (n = 82) confirmou certo grau de escoriação da pele e quatro indivíduos completaram os critérios para uma grave auto-lesão de escoriar a pele e os estudantes diferiram significativamente da amostra clínica de pessoas com comportamentos auto-lesivos na pele em duração, o foco, e extensão da escoriação, técnicas utilizadas, as razões para a escoriação, as emoções associadas, e as sequelas da escoriação; escoriação da pele é um problema que ocorre em um continuum que varia de leve a grave, com características clínicas geralmente estáveis entre as culturas. No estudo 52 os alunos principalmente apertaram (85%) e arranharam (77,4%) a pele, com um foco principal na face (94,7%) e cutículas (52,6%). Cerca de 20% (n = 26) manipularam posteriormente até o tecido escoriado. Os resultados sugerem que escoriação da pele é um problema que ocorre em um continuum que varia de leve a grave, com características clínicas geralmente estáveis entre as culturas.

Quanto ao **item 3** (sugestões para outros estudos), apenas o estudo 52, alocado nesta categoria F, aponta que até a data, escoriação da pele tem recebido pouca atenção na literatura psiquiátrica, os demais estudos 50 e 51 não apresentam sugestões para futuras pesquisas.

Os estudos inseridos nessa categoria foram realizados com estudantes e mostraram a ocorrência de comportamentos auto-lesivos, indicando a presença de ansiedade e da necessidade de manipular a pele, de forma leve ou intensa nessa população.

G) Artigos que não se enquadram em outras categorias

As pesquisas abordadas nesta categoria apresentam uma diversidade em seus objetivos, já que foram categorizados como artigos que não se enquadram em outras categorias.

O Quadro apresenta os dados de identificação dos artigos inserido na categoria: termo de busca nas bases de dados; base de dados em que se encontra o artigo; natureza da pesquisa; revista e ano de publicação.

Artigo	Termo da busca na base de dados	Base de dados	Natureza da pesquisa	Revista e Ano de publicação
53	Psychogenic Excoriation Skin Picking	MedLine MedLine	Estudo de Caso	South Med J, 2000
54	Psychogenic Excoriation Skin Picking	MedLine MedLine	Estudo Empírico Exploratório	J Clin Psychiatry, 1998
55	Psychogenic Excoriation Neurotic Excoriation Skin Picking	Psycinfo Psycinfo MedLine e Psycinfo	Estudo Empírico	General Hospital Psychiatry, 2008
56	Dermatotillomania Skin Picking	Lilacs (em espanhol)	Estudo de caso	Bol. Soc. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc, 2004.
57	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Empírico	Psychiatric Quarterly, 2007
58	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Empírico	Behavior Modification, 2006
59	Skin Picking	MedLine e Psycinfo	Estudo Empírico	Journal of Anxiety Disorders, 2009
60	Skin Picking	MedLine	Estudo Empírico	Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2008

Quadro 7- Dados de identificação dos artigos da categoria G

A análise dos três artigos alocados na categoria F, com relação a objetivos, participantes e métodos, resultados e conclusões, sugestões para outras pesquisas, encontra-se no Anexo A.

Nesta categoria foi possível encontrar dois de tipos de trabalhos, estudos de caso e pesquisa empírica. Todos os 8 artigos desta categoria foram encontrados nas bases de dados MedLine e Psycinfo, sendo publicados em inglês e Lilacs, sendo o único estudo de toda a busca publicado em espanhol. Esses artigos foram publicados entre 1998 e 2009 e localizados a partir das palavras-chave: *skin picking*, *neurotic excoriation* e *psychogenic excoriation* e *dermatotillomania*. Na base de dados MedLine, 1 artigo não apresentou resumo, não sendo encontrado em nenhuma outra base de dados: *The nosology of compulsive skin picking (A nosologia da compulsiva escoriação da pele)*.

Quanto aos objetivos, métodos, resultados e conclusões, os estudos alocados nesta categoria apresentam grandes diferenças e classificam-se como estudos que não apresentam características em comum com os outros estudos encontrados.

Com relação ao **item 1** (objetivos, participantes e métodos), nessa categoria, foram alocados diversos tipos de trabalhos. O estudo 53 buscou descrever um caso com graves seqüelas neurológicas e realizar uma revisão da literatura para avaliar os fatores que provavelmente contribuí para o fracasso de uma paciente que apresentou escoriação compulsiva da pele. O estudo 54 buscou fornecer dados sobre a demografia, fenomenologia, o curso da doença, associação a comorbidades psiquiátricas, e história familiar de indivíduos com escoriação psicogênica, onde 34 indivíduos foram recrutados de um ambulatório de dermatologia de práticas e publicidade para completarem a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV aumentada com módulos de transtorno de impulsos, de Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, e uma semi-estruturada para a história familiar, dados demográficos e características clínicas. No estudo 55 buscou-se descrever a fenomenologia e consequências médicas da condição de escoriar a pele, sendo que 60 indivíduos (11,7% do sexo masculino) com o quadro (média + /-DP = 33,7 + / -11,6 anos) foram avaliados. O estudo 56 visou demonstrar que a dermatotilomania, tal como outros transtornos de controle de impulsos, respondem ao uso de antidepressivos, apresentando 4 casos clínicos de coçar compulsivo da pele que respondem ao uso da fluoxetina em doses variáveis. O estudo 57 buscou examinar uma amostra com tricotilomania ou escoriação patológica da pele onde 77 indivíduos adultos (12 homens) com tricotilomania ou escoriação patológica da pele foram

examinados em uma variedade de medidas, incluindo sintomas clínicos, o funcionamento, e comorbidade. No estudo 58 realizou-se uma coleta de dados sobre as características demográficas, fenomenologia, e o impacto social e econômico de escoriação da pele, sendo que um total de 92 participantes completaram em anônimo uma pesquisa pela Internet através do link Tricotilomania Learning Center home Page. O estudo 59 buscou examinar a prevalência e gravidade de escoriar a pele em uma amostra clínica da comunidade e as associações entre o escoriar da pele e de outras medidas de funcionamento psicológico em 354 participantes que foram medidos em seu funcionamento psicológico e em frequência e gravidade de escoriar a pele. Por último, o estudo 60, alocado nesta categoria G, buscou investigar as variáveis fenomenológicas relacionadas à escoriação da pele, tais como envolvimento familiar, ansiedade, depressão e as consequências emocionais da escoriação da pele em 40 indivíduos com variáveis clínicas do DSM-IV, além de diagnósticos da escoriação da pele. Estes sujeitos administraram um questionário de auto-relato e o Inventário de Depressão Beck, o Beck Anxiety Inventory, e a entrevista de Auto-Lesão.

Quanto ao **item 2** (resultados e conclusões), o estudo 53 mostra que o compulsivo ato de escoriar a pele geralmente tem uma possível limitação e consequências a saúde e escoriação psicogênica não deve ser subestimada como causa de complicações médicas ou como desafio ao tratamento. No estudo 54 o transtorno dismórfico corporal com preocupação sobre a aparência da pele com escoriação apareceu em cerca de um terço dos indivíduos e, escoriação psicogênica é crônica, envolve múltiplos lugares, e está associada a uma alta taxa de comorbidade psiquiátrica. O comportamento associado à escoriação abrange um espectro impulsivo-compulsivo. A maioria dos indivíduos nesta amostra descreve características de um transtorno de controle de impulsos. Escoriação psicogênica, caracterizada pelo excessivo coçar ou apanhar a pele, ainda não é reconhecido como um sintoma de um distúrbio distinto DSM.

Quanto aos resultados e conclusões (**item 2**) do estudo 55, a idade média (+ /-SD) de início para a escoriação patológica da pele foi 12,3 + / -9,6 anos. A área escoriada mais comum foi a face e poucos já haviam procurado tratamento psiquiátrico para o seu comportamento. Tendência comórbida do Eixo I de condições psiquiátricas foram encontradas em 38,3% da amostra. Tricotilomania (36,7%), roer unhas compulsivo (26,7%), transtorno depressivo (16,7%) e transtorno obsessivo-compulsivo (15%) foram as atuais condições comórbidas mais comuns. Investigações são necessárias para otimizar o cuidado do paciente com esse quadro psicodermatológico. O estudo 56 não discrimina os resultados,

mas em suas conclusões sugere que a fluoxetina é eficaz no controle do coçar compulsivo da pele.

Ainda no **item 2** (resultados e conclusões), o estudo 57 mostrou que havia mais semelhanças do que diferenças entre homens e mulheres com comportamentos de escoriar a pele e arrancar cabelo. Algumas diferenças significativas, no entanto, foram que os homens com transtornos de aliciamento tinham uma idade de início tardio dos comportamentos, tiveram maior comprometimento funcional e foram mais propensos a sofrer de uma ocorrência de transtorno de ansiedade. Este estudo sugere que o sexo pode ser um fator importante na avaliação clínica e tratamento destes distúrbios. O estudo 58 aponta que escoriadores da pele experienciaram comprometimentos sociais, profissionais e acadêmicos. Os resultados também revelaram significantes relações entre a gravidade da escoriação a pele e sintomas de depressão, ansiedade e evitação experiencial. O estudo 59 aponta que associações diretas foram encontradas entre o escoriar da pele e depressão, ansiedade e sintomas obsessivo-compulsivos, o que pode favorecer o modelo de regulação emocional no patológico escoriar da pele. Comportamentos repetitivos centrados no corpo, como o escoriar da pele, recentemente tem ganhado atenção na literatura psiquiátrica. Prevalência de escoriar a pele não tem sido estudada a fundo e é difícil de avaliar. No entanto, consequências de tais comportamentos podem incluir graves complicações médicas e comprometimento social e funcionamento profissional. Por fim, o estudo 60 alocado nessa categoria G, apresenta dados fenomenológicos sobre vários aspectos dos indivíduos com escoriação de pele. Em geral, escoriar a pele representa um comportamento com as suas próprias características e acompanha níveis de sofrimento e comprometimento que merece atenção especial, por clínicos.

Quanto às sugestões para outros estudos (**item 3**), dos estudos alocados nesta categoria G, o estudo 55 aponta que investigações são necessárias para otimizar o cuidado do paciente para os indivíduos com esse comportamento. O estudo 57 mostrou que pesquisas são necessárias para validar os achados e identificar se os tratamentos devem ser especialmente adaptados de maneira diferente para homens e mulheres com transtornos 'grooming' (aliciados). No estudo 59 foi sugerido que, para estabelecer uma adequada classificação diagnóstica da doença de escoriar a pele e otimizar o planejamento de tratamento e seus resultados, uma investigação mais aprofundada das relações funcionais entre a escoriação da pele e dificuldade afetiva é necessário. Os demais estudos 53, 54, 56, 58, 60 não apresentam sugestões para outras pesquisas.

Nessa categoria foram alocados estudos a respeito da escoriação psicogênica, relacionando-a a uma diversidade de temas que não foram abordados nas demais categorias de estudos encontrados, indicando-se a necessidade de maior investigação dessa variabilidade de temas, ainda pouco estudados e que se relacionam ao quadro auto-lesivo.

2.2. Síntese da revisão de literatura

A revisão de literatura realizada mostrou a diversidade de estudos que abordam o quadro psicodermatológico “escoriação psicogênica”. A maioria dos estudos foi encontrada na base de dados MedLine, em publicações internacionais, sendo portanto, publicados em inglês. As bases Psycinfo e Lilacs também publicaram os estudos em inglês, diferenciando-se somente a base de dados Scielo, que apresentou estudos em português. Foram encontradas apenas duas publicações brasileiras sobre a escoriação psicogênica, mostrando a baixa produção científica nacional nesta área.

Na busca das produções científicas, apesar da diversidade das palavras-chave utilizadas como sinônimo de escoriação psicogênica, *skin picking* mostrou ser o termo mais utilizado pelos autores, vista a quantidade de artigos encontrados com essa denominação. Diferentemente, o termo *dermatotilexomania* mostrou ser pouco utilizado pelos pesquisadores, sendo um termo abordado apenas em um estudo realizado no Brasil. O termo *escoriação psicogênica* somente obteve sucesso nas buscas quando utilizado em inglês: *psychogenic excoriation*.

A escoriação psicogênica apresenta altas taxas de comorbidades, principalmente com o transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade, depressão e outros transtornos psiquiátricos. Como tratamento, técnicas da terapia comportamental parecem ser eficazes no controle da compulsão em lesionar a pele. O uso da fluoxetina também mostrou bons resultados no tratamento desta psicodermatose.

Muitos estudos encontrados nesta revisão de literatura apontam para uma deficiência na categorização diagnóstica do quadro de escoriação psicogênica, o que leva à consideração da necessidade de maior atenção em sua classificação em futuras versões de manuais de diagnóstico, bem como na criação de categorias relacionadas à gravidade e a subtipos que o quadro pode apresentar.

A presente revisão de literatura mostrou a diversidade de estudos que abordam o quadro psicodermatológico “escoriação psicogênica”. A maioria dos estudos foi encontrado

na base de dados MedLine, em publicações internacionais, sendo portanto, publicados em inglês. As bases Psycinfo e Lilacs também publicaram os estudos em inglês, diferenciando-se somente a base de dados Scielo, que apresentou estudos em português. Foram encontradas apenas duas publicações brasileiras sobre a escoriação psicogênica, mostrando a baixa produção científica nacional nesta área.

Na busca das produções científicas, apesar da diversidade das palavras-chave utilizadas como sinônimo de escoriação psicogênica, *skin picking* mostrou ser o termo mais utilizado pelos autores, vista a quantidade de artigos encontrados com essa denominação. Diferentemente, o termo *dermatotilexomania* mostrou ser pouco utilizado pelos pesquisadores, sendo um termo abordado apenas em um estudo realizado no Brasil. O termo *escoriação psicogênica* somente obteve sucesso nas buscas quando utilizado em inglês: *psychogenic excoriation*.

A escoriação psicogênica apresenta altas taxas de comorbidades, principalmente com o transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade, depressão e outros transtornos psiquiátricos. Como tratamento, técnicas da terapia comportamental parecem ser eficazes no controle da compulsão em lesionar a pele. O uso da fluoxetina também mostrou bons resultados no tratamento desta psicodermatose.

Muitos estudos encontrados nesta revisão de literatura apontam para uma deficiência na categorização diagnóstica do quadro de escoriação psicogênica, o que leva à consideração da necessidade de maior atenção em sua classificação em futuras versões de manuais de diagnóstico, bem como na criação de categorias relacionadas à gravidade e a subtipos que o quadro pode apresentar.

Na presente revisão foi possível evidenciar a escassez de produções científicas brasileiras relacionadas ao tema, o que explica que a maioria dos estudos tenha sido publicada em inglês por se tratar de produção norte-americana. Os estudos brasileiros encontrados foram realizados por médicos, notando-se a ausência de estudos na área da psicologia.

Constata-se um quadro bastante heterogêneo quanto aos temas relacionados à escoriação psicogênica apresentados nas produções científicas indexadas nas bases de dados pesquisadas. Estes temas, no geral, buscaram associar escoriação psicogênica a transtornos e outras doenças, ao uso e verificação de eficácia de medicamentos e tratamentos, a elaborações de escalas e a outros aspectos correlatos. No entanto, observa-se a ocorrência de lacunas na abordagem e investigação do quadro de escoriação associado à saúde mental e aos aspectos psicológicos dos pacientes que o apresentam.

Frente às lacunas evidenciadas e aos resultados apontados nos artigos discutidos nesta revisão, indica-se a urgência de se realizar estudos cujos objetivos incluam a identificação e compreensão dos comprometimentos psicológicos e possíveis agravos à saúde mental, bem como às funções sociais do paciente com escoriações psicogênicas, o que poderá contribuir para o tratamento destes pacientes. Os clínicos devem sempre considerar o componente emocional e os aspectos de personalidade possivelmente associados ao referido quadro e, para isso, devem ser auxiliados por resultados de pesquisas que identifiquem esses fatores.

Considerando-se as necessidades de pesquisas sobre escoriação psicogênica e que essa doença acomete mais frequentemente as mulheres, propôs-se o presente estudo. Dado o conhecimento disponível de que as doenças da pele afetam significativamente as relações interpessoais e a qualidade de vida dos doentes, considera-se poder contribuir para a melhoria da saúde da população feminina, compreendendo-se as possíveis relações de influência entre aspectos psicológicos/de personalidade e essa doença.

3. OBJETIVOS

Geral: Investigar aspectos psicológicos e fatores de personalidade possivelmente associados à escoriação psicogênica.

Específicos:

- Realizar vinte estudos de caso clínico-psicológicos de mulheres com diagnóstico de escoriação psicogênica (Grupo A);
- Identificar fatores de personalidade de natureza objetiva e verbal em 20 pacientes com diagnóstico de escoriação psicogênica (Grupo A) e em 20 mulheres que não apresentam escoriação psicogênica (Grupo B);
- Comparar os fatores de personalidade identificados nos dois grupos de participantes (Grupo A e B), realizando análise estatística das diferenças quantitativas obtidas.

4. MÉTODO

Trata-se de pesquisa de natureza quali-quantitativa, psicométrica, com análises compreensivas e psicodinâmicas de casos clínicos e análises estatísticas comparativas dos dados quantitativos.

4.1. População e amostra

O estudo foi realizado com 40 mulheres na faixa etária de 21 a 60 anos de idade, com escolaridade mínima de ensino fundamental incompleto (tendo cursado, no mínimo, até a 4ª série deste ciclo), as quais foram divididas em dois grupos. O grupo A constituiu-se de 20 mulheres com escoriação psicogênica, em processo de diagnóstico e/ou tratamento dermatológico no Instituto Lauro de Souza Lima e o grupo B (controle) constituiu-se de 20 mulheres, funcionárias municipais da cidade de Garça (SP), que não obtiveram indicadores de escoriação psicogênica de acordo com o questionário *Rhinotillexomania Questionnaire* adaptado para Dermatotilexomania (Ferrão, 1996). Os grupos A e B são equivalentes quanto à escolaridade e à renda familiar estimada em número de salários mínimos.

4.2. Critérios de Inclusão

Para compor o Grupo A, foram selecionadas mulheres com escoriação psicogênica diagnosticadas por profissionais médicos do Instituto Lauro de Souza Lima que atenderam aos critérios eleitos de escolaridade e faixa etária, além dos critérios de assiduidade ao tratamento dermatológico e de disponibilidade para comparecer à instituição para as entrevistas e provas psicológicas. O Grupo B foi selecionado entre trabalhadoras da prefeitura do município de Garça, que desempenham funções não especializadas e que não obtiveram indicadores de escoriação psicogênica, de acordo com o questionário *Rhinotillexomania Questionnaire* adaptado para Dermatotilexomania (escoriações neuróticas). Os níveis sócioeconômico e de escolaridade das participantes dos dois grupos são equivalentes.

4.3. Critérios de exclusão

Foi considerado como critério de exclusão no grupo A, pacientes com diagnósticos de outras dermatoses concomitantes à escoriação psicogênica, e, nos grupos A e B, mulheres com doenças crônicas graves, de acordo com os prontuários e respostas na ficha de dados demográficos, respectivamente para o grupo A e o grupo B. No grupo B, foram excluídas participantes que apresentaram, no questionário de Dermatotilexomania, indicadores de escoriação psicogênica.

4.4. Coleta de Dados

a) Local

A coleta de dados do grupo A foi realizada no Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), uma instituição criada em 1933 como Asilo-Colônia Aymorés que atendia portadores de hanseníase de Bauru, região e de todo o país. A partir de 1989 o hospital transformou-se num Instituto de Pesquisa, subordinado à Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo passando a ser denominado Instituto Lauro de Souza Lima. Hoje, o ILSL é centro de referência na área de Dermatologia Geral, além de sua especialidade em Hanseníase. Contando com equipe multiprofissional, o ILSL presta serviços na área de dermatologia e também realiza atividades voltadas à pesquisa, ensino, reabilitação física, terapia ocupacional, fisioterapia, cirurgias plásticas corretivas e aconselhamento/atendimento psicoterápico.

A coleta de dados do grupo B foi realizada em salas das dependências das unidades da Educação e Saúde da prefeitura do município de Garça.

b) Instrumentos:

Para a realização da coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

Entrevista clínica de anamnese (Grupo A)

A palavra anamnese vem do grego *anamnesis*, e significa recordar. Santos (1999) coloca que a anamnese, na prática clínica, consiste na rememoração dos eventos progressos

relacionados à saúde, e na identificação dos sintomas e sinais atuais, com o objetivo de fazer entender, com precisão, a história da doença atual que traz o paciente à consulta. Os dados históricos recordados nessa entrevista permitem identificar os significados orgânicos, psíquicos e sociais que a doença tem para o paciente, para a sua família e o seu trabalho. O roteiro da entrevista de anamnese elaborado para esse estudo encontra-se no Anexo B, inclui informes sobre a classificação de escolaridade e condição socioeconômica, tendo sido aplicado apenas nas participantes do Grupo A, portadoras da condição auto-lesiva, de acordo com os objetivos desse estudo.

Questionário (para Grupo B)

Questionário *Rhinotillexomania Questionnaire* adaptado para Escoriações Psicogênicas contendo 23 questões, traduzido e adaptado por Ferrão, Ferrão e Cunha (1999).

O questionário busca inicialmente a identificação dos pacientes, como iniciais, sexo, idade, raça, estado civil, situação de moradia e trabalho atual. Realiza também um levantamento a respeito da escoriação psicogênica, entendida pelo autor como compulsão ou dificuldade de resistir ao impulso de causar ou agravar lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar), usando para tal as unhas ou outros objetos, podendo ser respondido por pessoas acometidas ou não, portanto apresenta questões direcionadas ao portador de escoriações psicogênicas ou para o entrevistado que respondeu negativamente as questões (Anexo C).

Ficha de dados de prontuário (Grupo A)

Utilizada para a coleta de informes clínico-médicos (diagnóstico e tratamentos) e dados demográficos (Anexo D).

Ficha de dados de identificação (para Grupo B)

Ficha de dados de identificação contendo: idade; escolaridade; número de salários mínimos recebido pela família e informações sobre condições de saúde (Anexo E).

IFP (para Grupos A e B)

O Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) é uma adaptação para a cultura brasileira do Edwards Personal Preference Schedule (EPPS), sistematizado em 1953 nos Estados Unidos e um instrumento muito utilizado na prática e pesquisa clínica (NEME; BREDARIOLLI, 2009). O IFP realiza um levantamento de aspectos de personalidade, de natureza objetiva e verbal, avaliando o indivíduo em 15 necessidades ou motivos psicológicos que são: Assistência (empatia e capacidade de dar suporte emocional); Dominância (autoconfiança e necessidade de controle sobre outros); Ordem (ordenação, organização e equilíbrio); Denegação (resignação, falta de vontade e passividade frente a forças externas; culpa e auto-destruição); Intracepção (egocentrismo, submissão às fantasias e praticidade e uso da realidade); Desempenho (ambição e empenho; necessidade de controlar outros para atender níveis de auto-exigência); Exibição (vaidade, desejo de impressionar e ser considerado; dramatização, capacidade de sedução sobre os outros); Heterossexualidade (desejos românticos e sexuais pelo sexo oposto); Afago (busca de afeto, apoio e proteção; temor de abandono, insegurança e desespero); Mudança (capacidade de aventurar-se e sair da rotina; dificuldade de manter ligações e compromissos); Persistência (rigidez, tendência a sobrecarregar-se); Agressão (raiva, irritação e ódio); Deferência (capacidade de respeitar e obedecer a ordens; necessidade de agradar); Autonomia (capacidade de resistir à coerção; desejo de agir por impulsos; desafio às convenções) e Afiliação (capacidade de dar e receber afeto, lealdade e apego a pessoas queridas). O IFP dispõe de duas escalas de controle (Validade e Desejabilidade Social) que visam verificar se o sujeito respondeu adequadamente ao inventário e se houve tentativa de responder para agradar (PASQUALI; AZEVEDO; GHESTI, 1997).

O Inventário de Personalidade (IFP) foi aplicado nos grupos A e B. A soma das respostas do IFP obtidas em ambos os grupos equivale ao *escore bruto* que foi organizado nos quadros abaixo. Esses escores são referentes aos fatores de personalidade investigados pelo IFP (*Assistência, Intracepção, Afago, Deferência, Afiliação, Dominância, Denegação, Desempenho, Exibição, Agressão, Ordem, Persistência, Mudança, Autonomia, Heterossexualidade, Desejabilidade Social e Validade*).

A *Desejabilidade Social* (DS) é representada numericamente. Se o escore de desejabilidade social for muito alto (percentil de 70 ou acima), indica que o sujeito tentou demais se apresentar da maneira como os outros gostariam que ele fosse (PASQUALI e COLS, 1997).

A *Validade* (VL) é representada com S (resultados válidos) e N (resultados não válidos). A ocorrência de resultados não válidos não foi fator impeditivo quanto à participação do respondente nessa amostra, vista que, o critério de exclusão para resultados não válidos é comumente estabelecido em situações em que o inventário é instrumento utilizado para seleção de pessoal e não para objetivos clínicos. O Anexo F apresenta a folha de respostas e de avaliação do IFP.

c) Procedimentos para a coleta de dados

O projeto foi aprovado pela Comissão Científica e Comitê de Ética do Instituto Lauro Souza Lima (ILSL) e pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências, UNESP Bauru (processos números 190/09 e 1601/46/01/09, respectivamente, aprovação em Anexo G). Os médicos pesquisadores científicos do ILSL realizaram levantamento do grupo de possíveis participantes, e disponibilizaram ao pesquisador uma listagem de pacientes com diagnóstico de escuriação psicogênica, bem como permitiram o acesso aos prontuários desses pacientes. Para realizar a seleção dos participantes do Grupo A, foi necessário analisar os prontuários individuais disponíveis no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Instituto Lauro de Souza Lima, excluindo-se pacientes que não se enquadraram nos critérios de elegibilidade desse estudo.

As mulheres do grupo B foram convidadas pessoalmente pelo setor de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Garça, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação (de acordo com os critérios de idade e escolaridade adotados) sendo incluídas as que não apresentaram indicadores de escuriação psicogênica, de acordo com o questionário *Rhinotillexomania Questionnaire* adaptado para Escoriações Psicogênicas. As mulheres selecionadas para compor o grupo B não foram avaliadas no Instituto Lauro de Souza Lima, mas nas dependências da prefeitura municipal de Garça e unidades de saúde e educação.

As mulheres do grupo A que aceitaram o convite para participar da pesquisa compareceram ao Hospital Lauro de Souza Lima individualmente e em horários previamente estabelecidos. As mulheres do grupo B foram agendadas para preencher a ficha de dados de identificação, realizar os questionários e o IFP, em sala reservada no setor de RH da prefeitura municipal.

As participantes do grupo A (com diagnóstico de escoriação psicogênica) foram contatadas no Hospital Lauro de Souza Lima - Bauru e convidadas a participar da pesquisa, recebendo enfim, todas as informações pertinentes, tanto em relação aos objetivos da pesquisa quanto aos instrumentos, horários e demais detalhes relacionados aos procedimentos, bem como os informes sobre o sigilo das informações fornecidas e a utilização científica de seus resultados. Em seguida as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do CONEP (Anexo H).

Todas as participantes do grupo A foram submetidas aos instrumentos de coleta de dados, o que incluiu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Entrevista Inicial de Anamnese e o IFP (Inventário Fatorial de Personalidade).

As integrantes do grupo B preencheram a ficha de dados demográficos e responderam ao Questionário de Escoriação Psicogênica adaptado, após terem sido informadas de todos os aspectos relacionados ao estudo, e, assim como as mulheres do grupo A, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I). O grupo B (controle) foi constituído de mulheres com idades, condições de escolaridade e renda familiar similares às do grupo A. Foram eliminadas do grupo B as mulheres que apresentaram indicadores de escoriação psicogênica e, as selecionadas foram submetidas ao IFP (Inventário Fatorial de Personalidade). Os casos nos quais apareceram indicadores de escoriação psicogênica foram substituídos por novas participantes, repetindo-se os procedimentos informacionais sobre a pesquisa e condições éticas e a aplicação do questionário. Novas participantes foram convidadas para a pesquisa, de forma a garantir a similaridade pretendida entre as participantes de ambos os grupos, quanto à escolaridade e condição socioeconômica, descartando-se os dados das participantes que não se adequaram aos critérios de constituição desse grupo.

As participantes que apresentaram indicadores de escoriação psicogênica de acordo com o questionário foram posteriormente agendadas para uma entrevista com a pesquisadora, sendo informadas dos resultados do questionário e aconselhadas a consultar um médico para realizar um diagnóstico e submeter-se aos tratamentos indicados. Três mulheres que compuseram a amostra B apresentaram indicadores de escoriação psicogênica, sendo que uma delas relatou escoriar excessivamente a sola dos pés. As outras duas participantes eliminadas assumiram que lesionam a própria pele.

d) Procedimentos para a análise dos dados

Os dados dos prontuários das participantes, da entrevista de anamnese e do Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) foram anotados e analisados, sendo posteriormente organizados em uma tabela. Os relatos obtidos nas entrevistas com as mulheres do Grupo A foram lidos e organizados de acordo com os temas abordados na entrevista. A condição socioeconômica das participantes dos dois grupos foi considerada em termos de número de salários mínimos. Todos os dados foram organizados em tabelas para melhor visualização e comparação, e, em seguida, foram analisados e descritos.

Os dados obtidos na entrevista de anamnese (grupo A) e anotados pela pesquisadora foram lidos, computados (questões fechadas) e categorizados (questões abertas), identificando-se os principais eventos positivos e negativos relatados nas áreas das relações familiares, da saúde e das relações sociais (amizades/escola/trabalho), nas etapas da infância, adolescência e idade adulta. A categorização das respostas às questões abertas foi realizada mediante a leitura de todas as respostas, questão por questão, referentes a todas as participantes, buscando-se encontrar elementos comuns ou similaridade de respostas entre todas e, construindo-se, dessa forma, categorias temáticas em cada questão aberta para as respostas das participantes de ambos os grupos. A seguir, foi redigida uma síntese com os principais informes obtidos em cada entrevista.

Os questionários (grupo B) foram analisados segundo instruções do próprio instrumento, quantificando-se os resultados. As respostas ao IFP foram computadas de acordo com o Manual de Aplicação e Correção do instrumento, quantificando-se e qualificando-se os fatores de personalidade investigados.

Para realizar a correção e avaliação dos resultados obtidos no IFP foram utilizados os escores e correspondentes interpretações indicados em seu manual de aplicação e análise. De acordo com o manual, o perfil da personalidade do sujeito é expresso, sobretudo pelos escores abaixo do percentil 30 e acima do percentil 70. No entanto, os escores entre os percentis 40 e 30, bem como os escores entre 60 e 70, também representam necessidades salientes dos sujeitos, mas menos acentuadas. Os escores abaixo do percentil 40 representam necessidades fracas, e os escores acima de 60, necessidades fortes. Nos estudos de caso apresentados, serão discutidas apenas as necessidades ou motivos psicológicos que apresentaram escores significativos. (PASQUALI, AZEVEDO, GHESTI, 1997).

Os dados dos grupos para as diversas necessidades foram descritos por meio de medidas representativas usuais – média, mediana, desvio padrão, máximo e mínimo. Para a comparação dos grupos A e B, foram aplicados os Testes não paramétricos Qui-Quadrado e Mann-Whitney, considerando nível de significância de 5% (SIEGEL e CASTELLAN, 2006). O software utilizado foi o MiniTab.

A seguir, os dados quantificados do IFP foram comparados entre ambos os grupos, realizando-se análises estatísticas não paramétricas para a verificação de significâncias entre as diferenças encontradas, de acordo com Barbetta (1994). Os dados obtidos nas entrevistas de Anamnese foram discutidos e utilizados especialmente nos estudos de caso desta pesquisa, associados aos resultados do IFP.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a apresentação dos resultados, as participantes receberam um número de identificação de 1 a 20, com base na ordem alfabética de seus nomes. Os resultados foram organizados em: I- Composição da amostra: Grupo A e Grupo B; II- Dados sociodemográficos: Grupo A e Grupo B; III- Dados de Prontuário (Grupo A); IV- Dados da entrevista de anamnese (Grupo A): A) História da doença e tratamentos; B) História de vida; C) Início e evolução da psicodermatose; D) Psicodermatose e relações sociais; V- Dados do IFP: Grupo A e Grupo B; VI- Análise Estatística dos Resultados: comparação dos Grupos (A e B) em função dos escores obtidos no IFP.

I – Composição da amostra: Grupo A

O Grupo A foi composto a partir de uma listagem de 169 pacientes com diagnóstico médico de escoriação psicogênica. Dos 169 pacientes selecionados, 55 foram excluídos por não atenderem os critérios de seleção, sendo pacientes do sexo masculino e com faixa etária abaixo de 21 anos ou acima de 60 anos. Dos 169 pacientes da listagem com diagnóstico de escoriação psicogênica, apenas 21 são do sexo masculino, restando, portanto, 114 pacientes mulheres que atenderam os critérios de faixa etária e escolaridade mínima. Desse total, foram excluídos 16 prontuários, por ter se verificado que o diagnóstico diferencial era de dermatite factícia e não de escoriação psicogênica. Todas as 98 pacientes restantes foram contatadas por telefone pela pesquisadora, sem uma ordem estabelecida para os telefonemas, porém, buscou-se, inicialmente escolher pacientes de diferentes idades, na faixa etária de 21 a 60 anos. Excetuando-se 23 mulheres com as quais não foi possível falar, por motivo de mudança e pelo fato da contatada estar trabalhando, a pesquisadora conversou com 75 mulheres. Dessas, apenas 21 concordaram em participar do estudo, mas uma delas não pode comparecer na data agendada para a entrevista, resultando em 20 mulheres participantes. O acesso aos prontuários das pacientes permitiu o conhecimento da evolução do quadro dermatológico, especificação do diagnóstico e histórico de seu tratamento.

As pacientes contatadas compareceram ao Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) durante os meses de abril e maio de 2010. Elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram orientadas novamente a respeito do estudo e da natureza de sua participação. Inicialmente foram feitas, de maneira individual, as entrevistas de anamnese

com duração média de 40 minutos, em sala reservada. Durante as entrevistas, a maioria das pacientes mostrou o local da auto-agressão em seu corpo, sem que isto tenha sido solicitado, mostrando a pele desfigurada à pesquisadora. Posteriormente foi aplicado o Inventário Fatorial de Personalidade (IFP), após as devidas instruções.

Composição da amostra: Grupo B

As participantes do grupo B foram convidadas a participar do estudo no seu local de trabalho. A pesquisadora teve os devidos cuidados em contatar os diretores de cada unidade da Prefeitura Municipal de Garça. Cada participante recebeu explicações a respeito do estudo e, perante o aceite, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As mulheres do Grupo B preencheram a ficha de dados demográficos, responderam ao Questionário de Escoriação Psicogênica adaptado (*Rhinotillexomania Questionnaire*) e ao IFP (Inventário Fatorial de Personalidade) no seu local de trabalho, em sala reservada. Foram selecionadas, inicialmente, 20 mulheres para participarem do estudo, porém, cinco foram eliminadas por apresentarem indicadores de escoriação psicogênica e depressão, tendo sido contatadas novas participantes, seguindo-se o mesmo procedimento.

Uma das participantes eliminadas do Grupo B chorou durante a aplicação do IFP devido a conflitos familiares e perdas recentes, o que prejudicou a aplicação do instrumento. A pesquisadora realizou, com essa participante, uma entrevista de acolhimento e de orientação para procura de ajuda especializada. Três participantes eliminadas da amostra relataram agressão na própria pele, sendo que, uma delas, escoria excessivamente a sola dos pés. Outra participante eliminada relatou ter sérios problemas na pele, e que atualmente, apresenta câncer de pele. Todas elas foram orientadas para buscarem tratamentos especializados.

II- Dados sociodemográficos: Grupo A

As participantes do grupo A tinham entre 33 e 58 anos, e, apenas três (4, 9 e 18) não tiveram filhos. Quanto ao estado civil, onze mulheres são casadas, duas são solteiras, duas divorciadas, três amasiadas e duas são viúvas.

A profissão ou ocupação atual apresentou uma grande variabilidade entre as mulheres. O nível de escolaridade variou de 1 (4ª série do ensino fundamental) a 6 (ensino superior

completo), sendo que apenas duas mulheres afirmaram ter ensino superior completo. A renda foi de um (até um salário mínimo) até quatro (de 7 a 10 salários mínimos).

Os dados sociodemográficos obtidos na entrevista de anamnese são apresentados no Quadro 8.

	Estado Civil	Idade	Filhos	Profissão/Ocupação Atual	Nível de Escolaridade	Renda
1	C	38	2	Operária em Cerâmica	1	2
2	C	55	4	Vendedora/Afastada	3	2
3	C	44	1 (Falecido)	Aposentada por invalidez	4	3
4	D	45	0	Empregada Doméstica	1	2
5	S	55	2	Manicure	4	2
6	D	55	4	Monitora Infantil	1	2
7	C	53	2	Aposentada por invalidez	3	2
8	V	52	5	Do Lar – Pensionista	1	1
9	S	52	0	Podóloga	6	3
10	C	51	2	Do Lar	1	2
11	C	54	3	Do Lar	4	3
12	C	59	2	Professora	6	4
13	C	54	2	Aposentada	4	3
14	C	53	3	Auxiliar de Serviço	2	3
15	C	48	4	Serviços Gerais	1	2
16	A	35	4	Afastada pelo INSS	4	2
17	C	33	1	Desempregada	4	3
18	A	43	0	Costureira	1	2
19	A	58	3	Aposentada	4	3
20	V	54	4	Manicure	2	2

Quadro 8 - Dados sociodemográficos do Grupo A

Legenda: S (Solteira); C (Casada); A (Amasiada); D (Divorciada); V (Viúva); Filhos: Número de filhos. **Nível de Escolaridade:** 1: 4ª série do ensino fundamental; 2: Ensino fundamental completo; 3: Ensino médio incompleto; 4: Ensino médio completo; 5: Ensino superior incompleto; 6: Ensino superior completo; **Renda:** Número de salários mínimos, sendo 1: Até 1 salário mínimo; 2: de 2 a 3 salários mínimos; 3: de 4 a 6 salários mínimos; 4: de 7 a 10 salários mínimos; 5: Mais de 10 salários mínimos.

Dados sociodemográficos: Grupo B

No Grupo B as participantes tinham entre 24 e 62 anos. Apenas uma participante (11) deste grupo não teve filhos. Quanto ao estado civil, treze mulheres são casadas, quatro são solteiras e três divorciadas.

A profissão ou ocupação atual apresentou diversidade entre as mulheres, embora todas sejam contratadas pela Prefeitura do município de Garça (SP). O nível de escolaridade variou de 1 (4ª série do ensino fundamental) a 5 (Ensino superior incompleto) e, a renda foi equivalente à do Grupo A, sendo de 1 (até 1 salário mínimo) até 4 (de 7 a 10 salários mínimos).

Os dados sociodemográficos obtidos por meio da Ficha de Identificação são apresentados no Quadro 9.

	Estado Civil	Idade	Filhos	Profissão/Ocupação Atual	Nível de Escolaridade	Renda
1	D	35	2	Funcionária Pública	4	2
2	C	36	1	Serviços Gerais/Servente	4	2
3	S	39	1	Agente Comunitária de Saúde	4	2
4	C	62	2	Servente de Limpeza	1	3
5	C	31	1	Agente Comunitária de Saúde	4	4
6	C	44	3	Agente Comunitária de Saúde	2	2
7	D	55	2	Auxiliar Farmácia Alto Custo	4	2
8	C	29	2	Agente Comunitária de Saúde	4	1
9	C	24	5	Agente Comunitária de Saúde	3	2
10	S	36	2	Atendente	5	2
11	D	49	0	Funcionária Pública	4	2
12	S	46	2	Serviços Gerais	4	2
13	C	50	1	Assistente Administrativa	5	3
14	C	39	2	Funcionária Pública	4	3

15	C	30	1	Auxiliar Administrativa	4	3
16	C	32	4	Agente Comunitária de Saúde	3	2
17	C	33	1	Assessora de Divisão	4	2
18	C	37	1	Funcionária Pública	4	2
19	C	40	2	Recepcionista	4	3
20	S	28	1	Recepcionista	4	2

Quadro 9 - Dados sociodemográficos do Grupo B

Legenda: S (Solteira); C (Casada); A (Amasiada); D (Divorciada); V (Viúva); Filhos: Número de filhos. **Nível de Escolaridade:** 1: 4ª série do ensino fundamental; 2: Ensino fundamental completo; 3: Ensino médio incompleto; 4: Ensino médio completo; 5: Ensino superior incompleto; 6: Ensino superior completo; **Renda:** Número de salários mínimos, sendo 1: Até 1 salário mínimo; 2: de 2 a 3 salários mínimos; 3: de 4 a 6 salários mínimos; 4: de 7 a 10 salários mínimos; 5: Mais de 10 salários mínimos.

III- Dados de Prontuário: Grupo A

O início de tratamento das mulheres participantes no Instituto Lauro de Souza Lima variou entre 1987 a 2009. Através da análise dos prontuários, foi possível identificar uma descontinuidade de tratamento dessas pacientes no Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL).

O ano de tratamento mais antigo foi da participante 17 que o iniciou em fevereiro de 1987, sendo diagnosticada com “presença de lesões”. Posteriormente, retornou as consultas médicas em 1988, nos meses de maio, junho e setembro, e nos meses de janeiro, março e maio no ano de 1989. Realizou tratamento em 1992 (compareceu a três consultas), 1993 (compareceu a oito consultas e foi diagnosticada pela primeira vez como tendo “Neurodermatite”), e, em 1994 compareceu apenas a uma consulta. Esta mulher retornou ao tratamento em novembro de 2006 sendo diagnosticada, pela primeira vez, com a hipótese de “Escoriação Neurótica”. Após esta data, submeteu-se a quatro atendimentos no ano de 2007, cinco atendimentos em 2008 e, no ano de 2009, no qual compareceu por quatro vezes ao Instituto, recebendo a hipótese diagnóstica de “Escoriação Psicogênica”. No ano de 2010 passou por apenas uma consulta no mês de março.

O acesso aos prontuários permitiu levantar os tratamentos com início mais recente. Duas participantes (11 e 14) iniciaram tratamento no Instituto Lauro de Souza Lima no ano de 2009. A mulher 11 compareceu apenas no mês de outubro, sendo imediatamente diagnosticada com “Escoriação Neurótica”, a outra (14), compareceu em cinco consultas, sendo inicialmente diagnosticado “Dermatite Factícia” e posteriormente, “Escoriação Psicogênica”.

A descontinuidade de tratamento foi constatada em todas as mulheres do Grupo A. Isto aponta para uma possível instabilidade emocional e intensa dificuldade dessas mulheres em lidar com seus impulsos. Desta maneira, interrompem e voltam ao tratamento. Não há, no entanto, anotações nos prontuários, acerca desse tipo de adesão ao tratamento.

Buscas eventuais ao tratamento podem estar relacionadas tanto ao estado emocional quanto ao tamanho da desfiguração causada na própria pele. Estudo de Arnold, Auchenbach e McElroy (2001) aponta a existência de comorbidades psiquiátricas em pacientes com escoriação psicogênica, sendo comuns os transtornos de ansiedade e de humor. Estudo anterior, que teve como objetivo investigar a demografia, a fenomenologia, o curso da doença, a associação a comorbidades psiquiátricas e a história familiar de indivíduos com escoriação psicogênica, concluiu que a maioria dos indivíduos da amostra apresentou características de um transtorno de controle de impulsos (ARNOLD e COLS, 1998).

Os dados constantes nos prontuários apontam o levantamento de uma diversidade de hipóteses diagnósticas antes do estabelecimento do atual diagnóstico médico das pacientes. As participantes 15 e 19 não receberam diagnósticos anteriores diferentes do atual (escoriação psicogênica) e a participante 12 teve dez hipóteses diagnósticas antes do diagnóstico atual, de escoriação psicogênica.

Os dados de prontuário apontam para uma evolução quanto ao termo utilizado para designar a Escoriação Psicogênica, e ainda, para a realização de diagnósticos mais precisos. As hipóteses diagnósticas iniciais são diversas como, lesões na pele, neurodermatite, neurodermatite factícia, psoríase, escoriação, prurido autotóxico, dermatite factícia, escoriação neurótica e, por último, escoriação psicogênica. A literatura aponta a diversidade dos termos utilizados para escoriação psicogênica, sendo que alguns estudos, incluindo os internacionais a denominam como psychogenic excoriation (escoriação psicogênica), dermatilomania, dermatotillomania, dermatotilexomania, neurotic excoriation (escoriação neurótica) e, atualmente, o termo mais usual é skin picking.

Entre as 20 mulheres participantes do Grupo A, apenas uma (11) não fez tratamento medicamentoso por apresentar, segundo consta em seu prontuário, grau leve de escoriação psicogênica. Prazeres, Souza e Fontenelle (2007), citados por Alves, Martelli, Prado e Fonseca (2009) colocam que, atualmente, a conduta terapêutica medicamentosa da escoriação psicogênica consiste na indicação de antidepressivos e antipsicóticos.

Dentre as 20 participantes desse grupo, apenas quatro (2, 7, 9 e 13) realizaram psicoterapia como forma de tratamento para a psicodermatose. Frente à dificuldade em lidar

com os impulsos, a possíveis instabilidades emocionais e até mesmo à resistência a tratamentos diversos, estudos apontam a eficácia de técnicas da terapia comportamental. Muller e Ramos (2004) citados por Alves e cols (2009), enfatizando que, dentre as possibilidades terapêuticas não-medicamentosas, a literatura aponta a psicoterapia comportamental, focal ou breve.

Os dados constantes nos prontuários, como, ano de início de tratamento, uso de medicamentos, realização de psicoterapia e as hipóteses diagnósticas são apresentados no quadro 10.

	Ano de início ao tratamento no ILSL	Uso atual de medicamentos	Psicoterapia (Atualmente)	No. de hipóteses diagnósticas antes do diagnóstico atual
1	2007	Sim	Não	4
2	1996	Sim	Sim	2
3	2008	Sim	Não	2
4	2007	Sim	Não	2
5	2008	Sim	Não	1
6	2008	Sim	Não	4
7	1994	Sim	Sim	7
8	2008	Sim	Não	5
9	2006	Sim	Sim	6
10	2003	Sim	Não	4
11	2009	Não	Não	2
12	1994	Sim	Não	10
13	2006	Sim	Sim	2
14	2009	Sim	Não	2
15	2008	Sim	Não	0
16	2008	Sim	Não	3
17	1987	Sim	Não	9
18	1997	Sim	Não	3
19	2008	Sim	Não	0
20	2006	Sim	Não	1

Quadro 10 - Dados de Prontuário do Grupo A

IV - Dados da entrevista de anamnese (Grupo A)

A) História da doença e tratamentos

O quadro 11 mostra os dados de anamnese referentes à história da doença e tratamentos das mulheres do Grupo A.

	Psicodermatose na família	Início da doença	Regiões do corpo afetadas	Tratamentos realizados
1	Sim	Há + ou – 6 anos	Rosto, braços, pernas, nádegas, seios, pés, mãos e costas	Dermatológico Homeopático Psicoterapia Psiquiátrico
2	Não	Infância	Costas, pernas, cabeça e braços	Dermatológico Psicoterapia Psiquiátrico
3	Não	Há 24 anos	Pernas, braços e rosto	Dermatológico
4	Não	Há + ou - 11 anos	Pernas, braços, barriga, nádegas e costas	Dermatológico
5	Não	Aos 13 anos de idade	Nádegas e braços	Dermatológico
6	Sim	Há 2 anos	Pés, mãos e pernas	Dermatológico Psicoterapia
7	Não	Há 22 anos	Inicialmente barriga, costas e braços. Atualmente o corpo todo, até o couro cabeludo	Dermatológico Homeopático Psicoterapia
8	Não	Há + ou – 12 anos	Braços, eventualmente no corpo todo	Dermatológico
9	Não	Há + ou – 7 anos	Braços, virilha e face	Dermatológico Psicoterapia
10	Não	Há pelo menos 3 anos	Principalmente os braços	Dermatológico
11	Sim	Agravou-se quando descobriu traição do marido, há + ou – 1 ano	No passado face, atualmente nas mãos	Dermatológico
12	Sim	Aos 18 anos de idade	Corpo todo, principalmente nas pernas	Dermatológico
13	Não	Depois de	Braços, peito e pescoço	Dermatológico

		enfrentar problemas, + ou – há 4 anos		Psicoterapia Psiquiátrico
14	Não	Há + ou – 3 anos	Principalmente nos braços	Dermatológico
15	Não	Há 1 ano e 8 meses	Pernas, nádegas, braços, costas e pescoço	Dermatológico Psicoterapia
16	Sim	Há 2 anos	Diversas áreas do corpo, inicialmente na vagina	Dermatológico
17	Sim	Há + ou – 2 anos	Corpo todo, mais acentuada nos braços	Dermatológico
18	Não	Há + ou – 15 anos	Braços, peito e pernas	Dermatológico Psicoterapia
19	Não	Início da infância	Braços, pernas, costas e próximo ao pescoço	Dermatológico Psicoterapia
20	Não	Há 10 anos	Corpo todo, bem acentuada nos braços e rosto	Dermatológico

Quadro 11 – Dados de anamnese: História da doença e tratamentos (Grupo A)

Psicodermatose na família

Entre as 20 participantes do grupo A, apenas seis mulheres (1, 6, 11, 12, 16 e 17) apontaram presença de psicodermatose na família, sendo que duas delas (1 e 6) relataram ser no (s) irmão (s). Essas participantes relataram a ocorrência de relacionamentos traumáticos com o pai. A primeira (1) referiu que seu pai assassinou sua mãe e irmãos, sendo agressivo e alcoólatra. A outra participante (6) associou a figura do pai à de um “monstro”, pois este era agressivo e ela sentia medo dele.

Uma das participantes (11) não especificou o familiar com psicodermatose. Outra (12) afirmou que seu pai tinha muito prurido no corpo e ainda relatou um conflito ou dificuldade com a família de origem, relacionado à “teimosia” de sua mãe, e que, esta sempre foi depressiva e queixosa em relação à própria saúde.

Duas participantes aparentemente se precipitaram ao responder “sim” à questão sobre a presença de psicodermatose na família, pois uma delas (16) explicou que a filha apresenta uma dermatose (e não psicodermatose), não especificando-a. Outra contou que seu tio tem algum problema de pele mas não soube precisar qual.

Início da doença

Quanto ao início da doença, as mulheres 6, 11, 15, 16 e 17 relataram ser relativamente recente, tendo surgido de um a dois anos atrás. Porém, uma das participantes (6) relatou que sempre foi alérgica, tinha muito prurido no corpo e já formava lesões na pele, a tal ponto que o cobertor grudava nas feridas durante a noite, relacionando essa ocorrência ao fato do pai ser agressivo, obrigando-a a trabalhar na fazenda. Outra participante (11) também relatou que já escoriava a face, porém, que há um ano o quadro agravou-se, ao descobrir uma traição do marido.

Três mulheres da amostra referiram início da doença há mais ou menos dois anos. Todas as três afirmaram ter vivido situações difíceis há pouco tempo, o que relacionaram ao início ou ao agravamento da psicodermatose. Uma participante (15) vivenciou a perda do neto do qual ela cuidava, há mais ou menos dois anos, por ter nascido com comprometimentos de saúde. Outra (16) teve um relacionamento conflituoso com o marido, pai de seus filhos, vivenciando assim, uma separação conjugal. Por último, a participante 17 referiu conviver com um esposo “teimoso” e um filho de nove anos muito “nervoso”.

As outras participantes, quando solicitadas a comentar sobre o início do quadro, pontuaram “há pelo menos três anos” até “há 24 anos”. Duas mulheres (2 e 19) relataram o início da psicodermatose na infância, e, junto a este relato, descreveram eventos marcantes nesta fase de vida. A participante 2, quando requisitada a falar sobre seus antecedentes e relações familiares, descreveu o pai como uma pessoa “calada e fria”, e a participante 19, relatou a ocorrência de muitas fobias na infância, referindo que, hoje, “quer matar a coceira”.

Regiões do corpo afetadas

Embora na entrevista de anamnese não tenha sido perguntado o local do corpo no qual as participantes lesionavam sua pele, todas as mulheres o indicaram no transcorrer da entrevista. Elas relataram uma diversidade de áreas corporais em que se auto-agridem, como: braços, pernas, nádegas, seios, pés, mãos, costas, cabeça, barriga, couro cabeludo, virilha, face/rosto, peito, pescoço e vagina. Os braços são os mais afetados, já que dezesseis mulheres da amostra relataram escoriar a pele dos braços.

Tratamentos realizados

Os tratamentos de saúde realizados pelas participantes, conforme seus relatos foram: dermatológico, psicoterápico, psiquiátrico e homeopático. Nove mulheres relataram ter realizado psicoterapia e uma (6) relatou realizar esse tratamento atualmente.

B) História de vida

As participantes foram questionadas, na entrevista de anamnese, a respeito de: dados de identificação, queixa principal, antecedentes e relações familiares, presença de casos de psicodermatose na família, relação com a família de origem e atual, saúde, abordando as condições atuais, presença de doenças e sintomas, prática de atividades físicas e sua regularidade, realização de atividades de lazer, frequência e tratamentos que realiza, saúde na infância, adolescência e da família. Foram questionadas também a respeito da história da doença atual, quando e como iniciou, tipos de tratamentos realizados, presença e tratamento de manias ou compulsões, a que atribuíam o ato de escoriar-se e se faziam esforço para se conter. Nas relações sociais, buscou-se saber se têm amigadas e como são, se realizam-se no trabalho e as dificuldades que enfrentam nessa área. Quanto à psicodermatose, foi abordado o que mais incomoda frente à doença de pele, como isto reflete no comportamento social, que reações provoca nas pessoas, e como se sentem frente a essas reações. No final, as observações buscaram levantar os relatos de problemas, eventos traumáticos, situações especiais vividas e outras.

O Quadro 12 apresenta os dados referentes aos relatos das participantes sobre sua história de vida, especificamente, a percepção de suas relações com a família de origem e a família atual, e os eventos marcantes de sua história de vida. Para Dias e cols (2007), a relação do indivíduo com seu mundo interno e externo pode ser verificada na qualidade e característica das relações estabelecidas ao longo da vida.

P	Avaliação da relação com família de origem e a família atual e eventos marcantes da história de vida
1	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: RUIB Eventos marcantes: Pai assassinou a mãe e irmãos a facadas aos seus 4 anos de idade, está preso; foi criada pela tia, junto com seu irmão; trabalhava para dar dinheiro à tia; esposo é muito agressivo e alcoólatra; não que abandonar a casa mas é difícil suportar o esposo; mantém bom relacionamento apenas com a filha; esposo expulsou filho de casa; Relata: “A minha vida não é fácil desde quando nasci” e “Parece que não tenho sorte, que não tenho vez”.</p>
2	<p>Relação com família de origem: BOA</p>

	<p>Relação com família atual: BOA Pai extremamente frio, pouco afetivo; Esposo frio, não demonstra carinho; Abriu mão da vida profissional para cuidar dos filhos; Rejeitou a filha mais nova, já tinha outro bebê, deixando-a uma semana sem nome.</p>
3	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: BOA Sua mãe abandonou a família durante a infância, traia o pai; Paciente fugiu de casa, não suportou morar com a mãe que era alcoólatra e roqueira; Teve relacionamentos conturbados; Perdeu seu bebê de 5 meses; Saúde extremamente debilitada.</p>
4	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: BOA Tinha uma mãe muito agressiva, apanhou muito dela a ponto de ficar marcas; Mãe não demonstrava afeto; Foi casada, esposo a agredia, era alcoólatra; Paciente não quis ter filhos, retirou o útero; Sofreu muito com a perda do pai, percebeu aumento da psicodermatose; Após a morte da mãe a psicodermatose aumentou ainda mais.</p>
5	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: BOA Mãe era muito brava, agredia esposo e filhos; Paciente saiu de casa para fugir da mãe que brigava muito e era controladora; Na juventude perdeu um irmão (afogado na praia); Não tem contato com o pai de seus filhos; Trabalha excessivamente, quando parada sente necessidade em escoriar-se.</p>
6	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: BOA Paciente com sentimentos de rejeição do pai, este não gostava de filhas mulheres; Pai era agressivo, “parecia um monstro”; Fugiu de casa aos 13 anos devido ao medo que sentia do pai; Pai dominava a mãe e obrigava a paciente a matar cobras; Pai obrigava a trabalhar na fazenda, o mato deixava feridas na pele que sangravam no cobertor; Perda do contato com seus irmãos; Divorciada, ex-marido bebia e mantinha relacionamento extraconjugal; Apresenta dificuldade no relacionamento com amasio (bravo).</p>
7	<p>Relação com família de origem: REGULAR Relação com família atual: REGULAR Dificuldade em relacionamentos interpessoais com sua irmã e esposo; Gravidez inesperada e indesejada; Início da psicodermatose após a cesárea do segundo filho (gravidez indesejada); Transtorno Bipolar; Passou por internação psiquiátrica (euforia + agressividade).</p>
8	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: BOA Paciente com dificuldade financeira, já passou fome; Pais eram bravos, mãe a agredia muito e pai era mais alegre; Trabalhou aos 7 anos na roça, casou-se muito cedo; Esposo era alcoólatra, divorciou-se; Soube do falecimento do ex-marido 18 anos depois da sua morte; Sofreu demasiadamente a perda do pai, anteriormente não tinha problemas na pele; Caracteriza a perda do pai como “a pior coisa do mundo”;</p>

	<p>Refere que sua resolução de problemas é em sua própria pele; Carrega uma toalha para conter o sangue da escoriação.</p>
9	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: BOA Paciente realizou três cursos de ensino superior, não se identificou com eles; Atualmente é podóloga; Sua irmã adotou uma criança que passou por um evento traumático (viu os pais morrerem em um acidente); Paciente ajuda a cuidar do menino de 7 anos, tem forte vínculo afetivo; Paciente refere muito prurido com a chegada do menino e com as mudanças na sua vida profissional.</p>
10	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: BOA No passado seu pai mantinha relacionamentos extraconjugais, era alcoólatra e agressivo; Paciente afirma que ela “era o homem da casa”, brigou com amante do pai e cuidava da família; Pai sumiu há 25 anos, família desconhece o motivo do desaparecimento deste; Acredita estar no mundo para ajudar pessoas; Mantém bom relacionamento com família atual, porém, filhos são muito dependentes dela, ela cuida dos netos; Acredita ter psicodermatose devido ao estresse, ouviu isto de um médico.</p>
11	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: BOA Paciente sofreu muito ao abandonar seu trabalho na sua juventude; As pessoas pensam que ela é alegre, sente-se “preta por dentro”; Casou-se aos 16 anos, morava com a sogra dominadora, eram muito pobres; Suportou situações de submissão à sogra; Casou-se cedo para livrar-se de sua mãe; Mãe era agressiva somente com ela e não com seus irmãos, casou-se grávida da paciente; Mãe nunca demonstrou carinho, culpava a paciente por estragar sua vida; Mãe obrigava os filhos a trabalhar na infância destes; Pais rígidos com a amizade dos filhos (paciente não podia manter vínculos de amizade); Há + ou - 1 ano descobriu traição do marido e o agrediu; Escoria-se até com os dentes, refere ser “uma dor como se fosse uma facada”; Sente angústia, raiva e já perdeu sensibilidade em partes do corpo; Perdoou o marido, porém, vive insegura; Acredita que nasceu com raiva, e que aflorou agora; Escoria a pele com unhas, tesoura, alicate e dentes até sangrar.</p>
12	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: REGULAR Conflito com a mãe; Dificuldade em suportar “crises” de sua mãe que apresenta depressão e apresenta muitas queixas; Dermatoses na família, em avó, pai e filhos; Refere ter problemas de pele desde o seu nascimento; Dificuldade em ser sociável; Dificuldade em vínculo conjugal, pouco afetiva com esposo devido à sua ausência (permanência durante um tempo no exterior), paciente sofre com tal situação.</p>
13	<p>Relação com família de origem: REGULAR Relação com família atual: REGULAR Paciente tinha uma mãe muito nervosa, se jogava no chão e pai batia nela para acordá-la; Não havia trocas afetivas entre paciente e mãe, esta última tinha afeto embotado; Mãe era extremamente exigente, gostava da casa excessivamente limpa; Pai era agressivo, alcoólatra e extremamente autoritário;</p>

	<p>Pai agredia as filhas, paciente tinha medo dele e não o enfrentava; Mantém pouco contato com seus irmãos; Filha da paciente teve um traumatismo craniano aos 13 anos de idade, teve coágulo no cérebro que ocasionou alguns comprometimentos; Paciente se culpa pela situação da filha; Paciente controlava a filha que se casou com 17 anos. Filha teve câncer e, nesta fase, apanhava do seu pai (esposo da paciente) por causa da gravidez inesperada; Esposo controlador; Filha se divorciou e há um ano o pai dos seus filhos morreu; Filha da paciente se envolveu com homem mais velho e usuário de drogas, passou a fazer uso também; Paciente ajudava muito a filha, mandava cesta básica para ela e ela vendia para comprar drogas; Refere duas tentativas de suicídio; Paciente jogava álcool nas feridas, escoriava-se até sangrar, refere que saía algo de dentro da pele; Atualmente apresenta melhora, porém, escoria-se “quando as coisas fogem do controle”; Iniciou sua psicodermatose após suas vivências com a filha.</p>
14	<p>Relação com família de origem: REGULAR Relação com família atual: BOA Trabalhava em um museu, iniciou um processo de prurido onde paciente coçava e lesionava a pele; Quando o pai faleceu há 10 anos passou a sentir muito medo (fobias) e estava depressiva, tentou suicídio 3 vezes; Não gosta de ficar sozinha, nesta condição lesiona a pele; Vínculo familiar fragilizado, tem pouco contato com os irmãos, apenas com o mais novo; Coloca blusa com manga e no calor passa base para esconder as marcas das lesões; Atualmente agride a pele, porém, diminuiu as lesões devido ao uso de luvas de lycra.</p>
15	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: REGULAR Paciente não conheceu o pai, foi criada pelo padrasto (pai dos seus irmãos); Teve um neto com comprometimentos devido ao uso de drogas da sua nora, teve a guarda do neto. O neto viveu 1 ano e 7 meses, faleceu há 8 meses; Aumentou o prurido com a perda do neto, ademais, teve depressão e tentou suicídio; Dorme separada do esposo, tem vergonha do corpo lesionado.</p>
16	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: BOA Paciente refere auto-punição devido à depressão; Boa relação com os pais, porém não eram afetivos e trabalhavam excessivamente; Acredita que escoriava-se até sangrar devido ao seu emocional; Tem muitas cicatrizes, sente-se feia; Atualmente manuseia a pele, refere ser uma necessidade e que isto traz alívio, como consequência, sente-se mal e se arrepende; Sente-se mal por ter marcas de lesões no corpo; Tinha dificuldade de dormir devido às lesões que causava na pele, reconhece que a causa era sua auto-agressão; Teve um relacionamento conflituoso com o marido, pai de seus filhos, separou-se; Descobriu que marido era homossexual e que a traía, este tinha dívidas de jogos e a agredia muito. Foi agredida pelo marido quando fez laqueadura, refere que ele queria ter filhos para reafirmar sua masculinidade.</p>
17	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: BOA Paciente refere quedas em sua infância devido à fragilidade nas juntas, estas quedas ocasionaram manchas no corpo; Paciente tem uma síndrome (não se recorda o nome) que falta colágeno na pele;</p>

	<p>Esposo e filho são, respectivamente, percebidos como teimoso e nervoso; Reside com seus pais, esposo e filho; Refere que esposo e filho são iguais por quererem as coisas do jeito deles; Sentir dor ao se escoriar a acalma é uma maneira de se desligar dos problemas; Escoria-se com unha, alicate, pinça e alfinete; Escoriar-se diminui a sensação de fome; Acredita e relata ser mais fácil escoriar a pele do que resolver conflitos.</p>
18	<p>Relação com família de origem: REGULAR Relação com família atual: BOA Paciente relata história de vida triste, não recebeu afeto materno; Mãe a acusava de não ter as coisas por causa do nascimento da paciente, paciente sempre disse que não pediu para nascer; No passado brigava muito com a mãe; Foi morar com a tia (dos 3 aos 7 anos) para fazer tratamento pulmonar em Bauru. Aos 8 anos voltou para casa e a mãe não a aceitava mais como filha; Paciente lembra-se que a mãe não fazia bolo de aniversário para ela; No passado tinha muitos desmaios, era chamada de “louca” por este motivo, refere que as pessoas fugiam dela; Confecciona bonequinhas de crochê, levou as bonecas no atendimento; Compara a escoriação com o vício de um fumante que deseja largar o cigarro.</p>
19	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: BOA Paciente com problemas cutâneos desde a infância; Frustração ligada ao impedimento em frequentar a piscina do clube durante sua infância, lembra disto até os dias de hoje; Paciente sofreu muito com a perda dos pais, aconteceu na sua juventude; Sempre foi muito obediente e “certinha”, sente que não deveria ter sido assim; Refere fobias na infância, “era muito medrosa”; Atualmente tem medo de brigas, bichos e sente angústia quando no escuro ou quando começa escurecer; Apresentou forte medo ao chegar perto da idade de morte dos pais; Refere querer matar a coceira, que é algo que vem de dentro; Refere que no ILSL descobriram que sua dermatose estava ligada a conteúdos emocionais.</p>
20	<p>Relação com família de origem: BOA Relação com família atual: BOA Refere que o pai era “tudo” para ela; Perdeu um filho em 2008, este faleceu aos 32 anos. Paciente o encontrou morto, estava dormindo e enfartou; O filho batia na mão dela para parar a escoriação, dizia que iria comprar uma ferida de plástico para ela “cutucar”; Psicodermatose interfere quanto à busca de emprego, refere que as pessoas não a aceitam pois tem medo de contaminação; Acredita na perda de oportunidade de trabalho devido às lesões, pois a chamaram por telefone e pessoalmente não a contrataram; Numa noite saiu de casa e espirraram, sem intenção, veneno da dengue na paciente, sentiu incomodo na pele “parecia agulha dentro de mim”, cutucava as bolhas com as unhas. Tinha a impressão de que saía espinhos se ela manipulasse a pele. Escoriava tanto a pele que sangrava; Gosta de fazer palavras cruzadas para amenizar nervosismo, quando elas não resolvem busca alívio escoriando a pele; Não saía no portão com roupa sem manga, atualmente percebe que não vale a pena pois considera “uma coisa que está aí mesmo e não tem cura”; Evita mostrar a pele por vergonha. Considera o ILSL “uma mãe”.</p>

Quadro 12 - Dados de anamnese: história de vida (Grupo A)

Relação com a família de origem

No que diz respeito à relação com a família de origem, questão esta abordada no início da entrevista, nenhuma das participantes a classificou como sendo ruim. Algumas mulheres (7, 13, 14 e 18) pontuaram como regular, e as outras dezesseis participantes a classificaram como uma boa relação. Estes dados evidenciam uma contradição, pois, ao relatarem eventos marcantes de vida, muitas dificuldades relacionadas à família ou à relação com os pais foram apontadas por elas. Estes eventos foram abordados no final da entrevista, mostrando, possivelmente, maior facilidade e abertura no decorrer da entrevista, facilitando relatos sobre questões mais íntimas e difíceis de lembrar.

Relação com a família atual

Quanto à relação com a família atual, apenas uma mulher (1) classificou-a como ruim, devido ao seu esposo que é alcoólatra e a agride e a seu filho, que não ajuda em casa e foi expulso do lar pelo pai. Quatro participantes (7, 12, 13 e 15) disseram que a relação com a família atual é regular. A participante 7 contou que a filha é muito fechada e que ela mesma era assim no passado e, por este motivo, teve muitas perdas. Outra (12) contou que não tem afeto pelo marido, pois ele ficou muito tempo no exterior, e isto a fez sofrer. A participante 13 sofre por causa da filha, relatando que não tem problemas com o esposo. Por último, uma mulher (15) contou que dorme separada do esposo porque tem vergonha do seu corpo escoriado. As outras 15 participantes classificaram a relação com a família atual como “boa”.

Eventos marcantes de vida

Os eventos marcantes de vida foram abordados no final da entrevista de anamnese. Todas as mulheres comentaram sobre suas dificuldades, conflitos emocionais e afetivos, e, ainda, procuraram descrever sua história de vida, sofrimentos e eventos geradores de angústia. Azambuja (2000), ao relacionar problemas cutâneos com o estado emocional, relata que a observação do cotidiano das pessoas e a experiência própria de cada um sempre comprovaram que variações emocionais provocam efeitos diversos no organismo, desde o simples enrubescimento do rosto numa situação constrangedora, até o colapso mortal por um choque emocional violento.

Quinze, das vinte mulheres entrevistadas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18) apontaram suas fragilidades e dificuldades relacionadas ao afeto e a vínculos paternos e maternos negativos ou traumáticos. Essas quinze mulheres passaram por diversos eventos marcantes no passado, como: comportamento agressivo de seus pais, ausência de afeto e carinho paterno, abandono materno, mãe extremamente agressiva e controladora, rejeição do pai, pais bravos, pai alcoólatra, pai com relacionamentos extraconjugais, mãe que culpava o filho por estragar sua vida e ainda obrigava-o a trabalhar na infância, mãe queixosa e depressiva, pai autoritário, pai desconhecido, pais pouco afetivos e que trabalhavam excessivamente, e brigas com a mãe que culpava a paciente por não ter as coisas que gostaria de ter.

Conflitos mais atuais foram descritos por algumas entrevistadas. A participante 7 contou sobre sua dificuldade em se relacionar com a irmã e o esposo, pois sente não ter estrutura para lidar com os problemas a eles relacionados. Disse que teve uma gravidez inesperada e indesejada. Outra (9) comentou sobre sua relação com um sobrinho que passou por um evento traumático, e que, sendo a criança adotada por sua irmã, a paciente a ajuda a cuidar do menino (de sete anos, com o qual tem forte vínculo afetivo). Referiu a ocorrência de muito prurido com a chegada do menino e com as mudanças decorrentes em sua vida profissional. Outra entrevistada (17) contou sobre dificuldades em lidar com certas posturas do esposo e do filho. A participante 19 apresentava diversas fobias na sua infância e a 20 vivenciou a perda de um filho adulto.

Em um estudo realizado sobre a variabilidade de diagnósticos frente à avaliação dermatológica da escoriação psicogênica, detectou-se aspectos diversos em pacientes com escoriação psicogênica. Através de estudos de casos, evidenciou-se que, embora haja uma diversidade de diagnósticos psicológicos entre as mulheres, alguns aspectos denotam-se comuns entre elas, como os traumas emocionais sofridos durante o desenvolvimento infantil, vividos como abandono; adolescência mal-adaptada, com vínculos afetivos restritos; idade adulta com dificuldades de realizar tarefas que exigem maturidade emocional e habilidade para controlar impulsos (ALVES e COLS, 2009).

C) Início e evolução da psicodermatose

O quadro 13 apresenta os dados obtidos na anamnese referentes à psicodermatose e à presença de comorbidades, como manias e compulsões.

	Motivo da escoriação	Ocasões em que a escoriação se intensifica	Esforço para conter o ato de escoriar-se	Presença de manias ou compulsões
1	Não sabe explicar	Quando o esposo está alcoolizado ou está sozinha	Não, escoria-se até sangrar	Compulsão por ferir a pele
2	Não sabe explicar	Quando está ansiosa e irritada	Sim, mas em geral escoria até sangrar	Compulsão por ferir a pele (denomina como auto-flagelo)
3	Não sabe explicar	Quando está nervosa	Não, escoria-se até sangrar e formar lesões	Compulsão por ferir a pele
4	Presença de prurido	Quando “o tempo fecha”. Quando está ansiosa e estressada	Não, escoria-se até sangrar	Compulsão por ferir a pele. “Mexer na pele”
5	Dificuldade em se conter; Sente prazer	Quando as mãos estão “livres”	Sim, porém permite que sangre. Lembra dos tratamentos que já passou.	Come muito leite em pó. Lembra que na infância, apanhou por derrubar leite em pó no chão.
6	Presença de prurido	No período da noite e, mais intensamente, no frio	Não, escoria-se até sangrar	Compulsão alimentar
7	Presença de prurido	Não sabe identificar	Sim. Acredita ser uma manipulação leve até que percebe as lesões	Compulsão por ferir a pele
8	Falta de ocupação, uma mania	Quando está agitada, preocupada e ansiosa	Não, escoria-se até sangrar	Não
9	Presença de prurido	Quando está tensa, frente a situações que geram ansiedade	Sim, quando percebe, “fala” consigo mesma	Compulsão por ferir a pele
10	Presença de prurido e por prazer	Durante a noite	Sim, mas em geral escoria até sangrar	Compulsão por ferir a pele à noite
11	Presença de prurido	Quando nervosa e ansiosa	Sim, lava a pele e passa pomada	Não
12	Nervosismo e ansiedade	Quando tem fortes problemas emocionais, principalmente ligados à sua mãe. Refere “não ter sossego”.	Sim, eventualmente coloca meia fina nas pernas para não lesionar a	Compulsão por ferir a pele Onicofagia

			pele	
13	Realiza sem perceber, atualmente devido a conflitos familiares	Quando está nervosa	Sim, refere ter consciência do ato auto-lesivo e tenta não fazer	Fala excessiva
14	Ansiedade	Quando está sozinha, ansiosa ou preocupada com algo	Sim, procura cortar as unhas e usar luvas	Compulsão alimentar Compulsão por ferir a pele
15	Prurido, “começa a morder o corpo”	Quando está ansiosa	Sim, sai para andar ou brinca com o filho	Refere irritação
16	Sentimento de raiva pelo ex-marido	Quando sente raiva e fica brava	Não, forma lesões	Compulsão por comer chocolate Inquietação
17	Não sabe explicar. Percebe que alivia tensão ligada a conflitos	Quando está sozinha	Sim, tenta pintar tecidos e mexer com fotos no computador	Compulsão por ferir a pele Bate as pernas de forma ansiosa Range os dentes Tricotilomania
18	Presença de prurido	Em certas épocas, não sabe precisar quando	Não, tenta mas não consegue	Onicofagia Coça a cabeça
19	Presença de prurido	Quando está frente a preocupações, angústias, em condição agitada e ansiosa. “É automático”	Sim, passa a mão para conter, porém, dificilmente interrompe o processo escoriativo	Compulsão por ferir a pele Compulsão alimentar
20	Nervosismo	No momento em que sente raiva e nervoso	Sim, procura sair de casa ou ocupar a mão com algo	Compulsão por ferir a pele

Quadro 13 – Dados de anamnese: Psicodermatose

Motivo da escoriação

Quanto ao motivo da escoriação, quatro mulheres (1, 2, 3 e 17) não souberam explicar porque se auto-agridem, porém a participante 17, disse perceber que alivia sentimentos ligados à dificuldade de resolução de conflitos.

Nove mulheres (4, 6, 7, 9, 10, 11, 15, 18 e 19) apontaram o mesmo fator desencadeante, a presença de prurido, sendo que, a participante 15 afirmou que ele “começa a morder o corpo”. A participante 10 afirmou que, além do prurido, escoriar a pele lhe dá prazer. Uma participante (5) também relatou sentir prazer ao escoriar a própria pele, e que o realiza também devido à dificuldade que apresenta em conter este ato.

Diversos motivos para a escoriação foram apontados pelas participantes. Uma delas (8) relatou escoriar-se por falta de ocupação ou mania. A participante 14 atribuiu à ansiedade, a (20) ao nervosismo e outra (12) ao nervosismo e ansiedade. Uma delas (13) relatou escoriar-se sem perceber, e que atualmente o faz devido aos conflitos familiares. Uma única mulher (16) relacionou o motivo da escoriação ao sentimento de raiva pelo ex-marido.

Ocasões em que a escoriação se intensifica

Apenas duas mulheres (7 e 18) não souberam identificar as ocasiões em que a escoriação se intensifica, sendo que a participante 18 percebe maior ocorrência em “certas épocas”, mas não as identifica com precisão.

Três mulheres (1, 14, 17) relataram que se escoriam no momento em que estão sozinhas. A participante 1 também se escoria quando o esposo está alcoolizado e a 14 acrescentou que também se escoria quando está ansiosa ou preocupada com algo.

Oito participantes (2, 4, 8, 9, 11, 14, 15 e 19) relataram que a escoriação se intensifica quando estão ansiosas e a participante 4 relatou se escoriar também quando o tempo “fecha” ou está estressada”. A participante 8 pontuou o fato de se escoriar por estar agitada e preocupada. As participantes 9 e 11 acrescentaram que o ato de escoriar-se se intensifica quando estão tensas ou nervosas. A participante 14 referiu intensificação da escoriação quando está sozinha ou preocupada com algo, e a 19 pontuou situações como estar frente a preocupações, angústias, agitação, e afirmou ainda que “é automático”. Apenas uma mulher (15) relatou a ansiedade como único fator desencadeante.

Três participantes (3, 13, 20) contaram que quando estão nervosas escoriam-se mais, porém, uma delas (20) também se auto-agride quando sente raiva. Uma mulher (16) relatou que isto ocorre quando sente raiva e fica brava.

Apenas uma mulher (5) explicou que o ato se intensifica quando “as mãos estão livres”. Outra (12) citou quando tem fortes problemas emocionais, e, principalmente quando estes estão ligados à sua mãe. Refere ainda “não ter sossego”.

Outras duas mulheres (6 e 10) afirmaram que se intensifica durante a noite, a primeira acrescentou que também se intensifica no frio.

Esforços para conter o ato de escoriar-se

Quando consultadas sobre os esforços que realizam para conter o ato de escoriar-se, sete mulheres (1, 3, 4, 6, 8, 16 e 18) afirmaram escoriar-se até lesionar a pele; duas delas (1 e 8) relataram que “faz até ver o fim” e “quando começa vai até o fim”. Uma única mulher (18) contou que tentou parar, mas não conseguiu, comparando a escoriação a um fumante em processo de abandono do vício.

Algumas das participantes disseram que se esforçam para se conter. Porém, em seguida descreveram posturas que contradizem a resposta dada. Estas mulheres (2, 5, 7, 10 e 19) disseram escoriar a pele até permitir sangrar ou até perceber as lesões. Uma delas (5), embora manipule a pele até sangrar, procura lembrar dos tratamentos aos quais já foi submetida na tentativa de se conter.

Nove mulheres (9, 11, 12, 13, 14, 15, 17 e 20) responderam que se esforçam para se conter e explicaram as posturas e os recursos que utilizam para parar a escoriação. Respectivamente, apontaram que quando percebem, “fala” consigo mesma; lava a pele e passa pomada; eventualmente coloca meia fina nas pernas; tenta não fazer por ter consciência do ato auto-lesivo; corta as unhas e usa luvas; sai para andar ou brinca com o filho; tenta pintar tecidos e mexer com fotos no computador; procura sair de casa ou ocupar a mão com algo. Uma delas (19) relatou que passa a mão para conter, porém, dificilmente interrompe o processo escoriativo.

Presença de manias ou compulsões

Em relação à presença de manias/tiques ou compulsões, apenas duas mulheres (8 e 11) relataram não os apresentar. Todas as outras mulheres relataram uma diversidade de manias e compulsões, entre elas: ferir a pele, sendo que uma delas (2) denominou o ato de “auto-flagelo”; compulsão alimentar; onicofagia; fala excessiva; bater de pernas; tricotilomania;

ranger de dentes; “coçar a cabeça”. Uma mulher (15) considerou sua irritação uma mania, e outra (16), além da compulsão alimentar, apontou sua inquietação.

D) Psicodermatose e relações sociais

O quadro 14 mostra os dados de anamnese referentes à psicodermatose e às relações sociais das participantes do grupo A.

	O que mais incomoda na psicodermatose	Sentimentos após o escoriar-se	Efeitos no comportamento social	Reações que provoca nas pessoas	Sentimentos frente à reação dos outros	Atividade de Lazer
1	Marcas no rosto	Relaxa e estado de calma	Não a atinge, porém, às vezes a chateia	Curiosidade	Chateação	Não
2	As marcas, pois não tem volta	Satisfação	Pessoas perguntam muito o que é	Curiosidade	Indiferença	Não
3	O aspecto, as pessoas ficam olhando	Alívio de tensões	Envergonha-se, priva-se de praia, piscina e certas roupas	Curiosidade	Sente-se mal e feia, evita se olhar no espelho	Não
4	As manchas na pele	Alívio	Evita sair de casa; vergonha das marcas	Surpresa, curiosidade e preocupação	Constrangimento	Não
5	As marcas na pele	Alívio da ansiedade ; Sentimento de prazer.	As pessoas olham muito e perguntam	Curiosidade e fúria por vê-la se ferir	Indiferença	Sim
6	O prurido	Sentimento de prazer	Sente vergonha das marcas das lesões	Nojo e medo	Sente vergonha	Sim
7	O prurido e a reação das pessoas	Não relatado	Atualmente aprendeu a lidar com a reação das pessoas	Curiosidade Repulsa, devido às manchas de sangue	Atualmente lida bem, no passado sentia-se mal.	Sim
8	Nada, já se acostumou	Sentimento de prazer, de resolver seus problemas	Inicialmente envergonha-se, não usava qualquer roupa. Atualmente não se importa	Medo de contaminação	Indiferença	Não
9	A compulsão	Alívio do prurido	Pouco. Incomoda algumas vezes	Curiosidade	Normal, pensa ser um	Não

			somente		direito demonstrarem curiosidade	
10	Não poder usar roupa cavada e tomar sol	Sentimento de prazer	Não afeta, embora evite usar certas roupas	Curiosidade, “pessoas ficam olhando”	Não ofende. Pessoas do seu convívio não comentam	Não
11	A estética	Não relatado	Não interfere	Nenhuma. Procura esconder as lesões	Mente para as pessoas, diz que são machucados, cortes	Sim
12	A aparência física, a pele toda marcada	Não relatado	Isola-se, não vai à praia devido às manchas na pele	Curiosidade e medo de ser contagioso	Irritação, não gosta da situação	Não
13	No início vergonha, atualmente lida melhor com isto	Não relatado	Não se importa em mostrar as manchas. Antes sim, devido às feridas	Curiosidade	Chateação	Não
14	As manchas	Não relatado	Não tem problemas, as pessoas a tratam bem	As pessoas não se incomodam. Antes tinham dó quando ela chorava	Confortável em receber apoio	Não
15	Prurido	Não relatado	Normal	Sentem dó	Afasta-se das pessoas, não gosta que olhem, cobre o corpo	Não
16	No passado, dificuldade de um bom sono devido à dor das lesões. As manchas	Sente-se mal (culpa)	Inicialmente isolou-se do contato social, evitava sair de casa	Curiosidade	Irritação	Sim
17	Vergonha, não usa roupas cavadas devido às marcas	Acalma. Desliga de problemas ; Diminui a fome	É prejudicial, sente vergonha Sente-se mal em praia	Espanto e curiosidade	Antes sentia raiva, atualmente enfrenta melhor	Sim
18	O prurido e o resultado do manuseio que faz sangrar	Não relatado	Pessoas sentem nojo. Já foi empurrada ao cumprimentar uma pessoa	Nojo	Tristeza	Sim

			devido à pele			
19	Prurido; sujeira gerada, pois mancha o travesseiro de sangue	Sensação de Alívio	As pessoas pedem para que ela pare, mas já se acostumou	Ficam assustadas Nojo	No passado sentia-se mal, angustiada, atualmente é menos	Sim
20	Restrição em roupas, blusa cavada. Espanto das pessoas	Resolução de conflitos	As pessoas tem nojo e não se aproximam dela. Não arruma emprego	Medo de contaminação “...falo que isso é meu”	Chateação	Sim

Quadro 14 – Dados de anamnese: psicodermatose e relações sociais

O que incomoda frente à psicodermatose

Quando consultadas a respeito do que as incomoda frente à psicodermatose, diversos fatores foram apontados como, as marcas deixadas, as manchas, o prurido e outros. As marcas foram apontadas por uma das mulheres (2) como algo que não tem volta. Outras participantes (1, 5 e 12) também disseram que se incomodam com as marcas na pele devido à escoriação, sendo que, uma delas (17) apontou sentir vergonha em usar roupas cavadas devido às marcas. Algumas mulheres (10, 12 e 17) contaram que a escolha da roupa está relacionada às marcas na pele. Uma participante (20) relatou que “causa espanto nas pessoas”.

Uma das mulheres (3) contou que se incomoda com o aspecto da pele escoriada, pois “as pessoas ficam olhando”. As manchas da pele foram mencionadas pelas participantes 4, 14 e 16 como algo que lhes causa incômodo.

O prurido também foi apontado como causador de incômodo por algumas mulheres (6, 7, 15, 18 e 19). Uma delas (7) acrescentou que, além do prurido, sente-se mal com a reação das pessoas, outra (18) apontou ainda o resultado do manuseio que faz sangrar. Uma única mulher (19), além do prurido contou sobre a “sujeira” que a escoriação ocasiona, pois “mancha o travesseiro de sangue”.

Uma mulher (8) afirmou que nada mais a incomoda, pois já se acostumou com sua condição, e outra (13) contou que, no início sentia vergonha e que atualmente lida melhor com isto.

A compulsão em ferir a pele apareceu como algo que incomoda por apenas umas das participantes (9), e, apenas uma mulher (11) enfatizou se preocupar com a estética.

Sentimentos após o ato de escoriar-se

Este aspecto não foi abordado diretamente na entrevista, porém, apareceu nos relatos como fator de grande importância para as participantes, vista que, muitas mulheres contaram seus sentimentos após o ato de escoriação, espontaneamente. Sete mulheres (7, 11, 12, 13, 14, 15 e 18) não revelaram esses sentimentos.

Cinco mulheres (3, 4, 5, 9 e 19) afirmaram ter uma sensação de alívio após se escoriarem, identificando-o como alívio de tensão, ansiedade e até mesmo do prurido. Uma mulher (5), além de sentir alívio da ansiedade, afirmou que sente prazer após escoriar-se. Outras três participantes (6, 8 e 10) também relataram sentir de prazer.

Apenas uma participante (16) afirmou sentir culpa após a escoriação na pele. Três mulheres (1, 2, 17 e 20) descreveram diferentes sentimentos como tranquilidade, satisfação, diminuição da sensação de fome e sensação de alívio ou resolução de seus conflitos, respectivamente.

Como a psicodermatose reflete no comportamento social

Quando consultadas, dez mulheres (1, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15 e 16) contaram que a psicodermatose não interfere no comportamento social, ou então, que as pessoas pouco consideram esta condição. Alguns relatos apontaram uma habituação com este comportamento. Uma participante (7) contou que aprendeu a lidar com a reação dos outros e outra (8), que inicialmente se envergonhava, porém que, atualmente, não se importa mais. Uma participante (16) também afirmou que inicialmente isolou-se do contato social, evitava sair de casa.

Embora a princípio tivessem negado prejuízos no comportamento social, uma das participantes (1) relatou que muitas vezes se chateia. Outra (10) acrescentou que evita usar certos tipos de roupas. Cinco mulheres (3, 4, 6, 12 e 17) relataram que sofrem por sentir vergonha ou viver privações devido à psicodermatose. Uma mulher (3) contou que se priva de ir à piscina ou à praia, e que precisa escolher o tipo de roupa para usar. Duas mulheres (12 e 17) também relataram suas dificuldades em ir à praia. As mulheres 4 e 6 contaram ter vergonha até para sair de casa, evidenciando-se interferências da aparência da pele no comportamento social.

Quando solicitadas, cinco mulheres (2, 5, 18, 19 e 20) relataram seu prejuízo relacionando-o à reação das pessoas, pois estas olham e perguntam. Uma participante (18)

sente que as pessoas têm nojo, conta ainda que já foi empurrada por causa do sentimento de repulsa de uma pessoa. Outra (20) também percebe que as pessoas têm nojo e evitam se aproximar, e que tem dificuldade em arrumar emprego devido à sua condição. Apenas uma participante (19) relatou que as pessoas percebem e pedem para que ela pare de se escoriar.

Reações que a psicodermatose provoca nas pessoas

Muitas mulheres (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 13, 16 e 17) contaram que as pessoas sentem curiosidade ao se deparar com uma pele lesionada devido às escoriações. Algumas dessas mulheres (4, 5, 7, 12 e 17) além da curiosidade acrescentaram sentimentos como de surpresa e preocupação, fúria por ver o outro se ferir, repulsa devido às manchas de sangue, medo de ser contagioso e espanto, respectivamente.

Três mulheres (6, 18 e 19) afirmaram que sua doença de pele provoca nojo nas pessoas. Uma mulher (6) acrescentou ainda que os outros sentem medo e a participante 19 disse que as pessoas ficam assustadas com sua condição. O medo de contaminação também foi relatado por algumas mulheres (8, 12 e 20), sendo que a participante 20 afirmou: “falo que isso é meu”.

Duas mulheres (14 e 15) relataram que as pessoas sentem dó e 14 explicou que isto ocorria quando ela chorava. Apenas uma mulher (11) afirmou que não causa reações nas pessoas, pois ela esconde as lesões.

Esses relatos apontam que a escoriação psicogênica evidencia uma anormalidade cutânea, a qual as pessoas reagem de diversas maneiras ao se depararem com a pele desfigurada. Strauss (1989, p.1221) citado por Hoffman e cols (2005) afirma que: “[...] ao mesmo tempo que nos protege, é a fachada que nos expõe”, afinal, a pele atua como limite dentro-fora, eu e o outro, agindo como sistema de abrigo da nossa individualidade.

Sentimentos frente às reações provocadas nos outros

Três mulheres (2, 5 e 8) afirmaram sentir indiferença quanto à reação provocada dos outros. Dez mulheres (1, 3, 4, 6, 12, 13, 16, 18 e 20) contaram que se sentem mal quando alguém percebe sua doença de pele. Os sentimentos relatados foram respectivamente: chateação, sentir-se mal e sentir-se feia; constrangimento; vergonha; irritação; chateação; irritação; tristeza e chateação.

Quando consultadas, três participantes (7, 17 e 19) contaram que passaram a lidar com a reação das pessoas. Uma delas (7) relatou que atualmente lida bem, mas no passado sentia-se mal, outra (17) apontou que no passado sentia raiva das reações dos outros, mas que hoje lida melhor com isto e, a participante 19, também relatou sentir angústia no passado e que passou a lidar melhor com a reação dos outros.

Duas mulheres (9 e 10) percebem as reações como algo normal. Respectivamente, relataram ser “um direito das pessoas demonstrarem curiosidade” e que não a ofende, pois, “pessoas do convívio não comentam”.

Apenas uma mulher (11) relatou que nega sua real condição para outras pessoas, mente e diz que são machucados e cortes. Outra mulher (15) contou que se afasta das pessoas por não gostar que olhem, então, cobre o seu corpo. Uma mulher (14) contou que se sente confortável quando os outros reagem frente à sua psicodermatose, pois, dessa forma, recebe apoio das pessoas.

Realização de Atividades de Lazer

Quando consultadas sobre a realização de atividades de lazer, as participantes 5, 6, 7, 11, 16, 17, 18, 19 e 20 contaram que as realizam. Para estas mulheres, o lazer está respectivamente em assistir televisão e trabalhar; comer e fazer “guloseimas”; pescar com o esposo; passeios frequentes; passeios eventuais; passeios como ir ao *shopping*; fazer artesanato tomando tereré ou chimarrão; assistir televisão, ouvir música ou passeios aos finais de semana; fazer palavras cruzadas.

As demais onze participantes relataram não realizar atividades de lazer. Uma das participantes (2), quando interrogada, apontou que não realiza atividades de lazer, porém, em seguida, contou que lê, faz tricô e artesanato. O mesmo ocorreu com uma mulher (3) que, ao responder não ter lazer, afirmou que assiste novelas na TV. Outra (10) relatou não ter atividades de lazer, mas que, eventualmente vai a um sítio para passear. A participante 13 também afirmou não realizar atividades de lazer, mas procura participar da “pastoral da criança”. Outra (14), contou que dorme o final de semana todo. A participante 15, apontou não ter lazer, que fica apenas dentro de casa, “lava, passa e cozinha”. Para estas mulheres as atividades relatadas não são consideradas lazer.

V- Dados do IFP: Grupo A e B

Os resultados de cada participante do grupo A no IFP foram avaliados quantitativamente e interpretados de acordo com o Manual de Aplicação (PASQUALI e COLS, 1997).

Grupo A

As figuras apresentadas abaixo representam os resultados do IFP (no Grupo A) quanto ao índice de escores que são classificados como *extremos alto, forte, fraco e extremo baixo*. As cores em destaque representam as necessidades abordadas no Inventário Fatorial de Personalidade (IFP), segundo a representação da legenda. A seguir está a interpretação dos resultados, com a descrição da classificação de escores e leitura psicodinâmica dos resultados.

Avaliação e interpretação dos dados obtidos no IFP: Grupo A

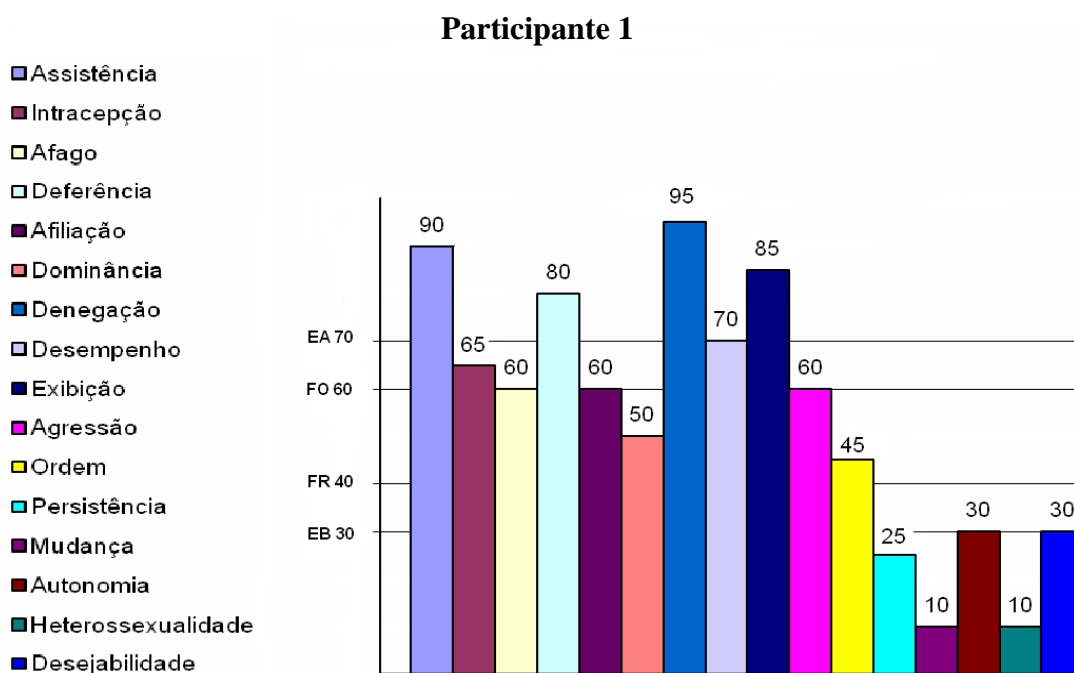


Figura 1. Resultados da participante 1 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- *Escores extremos altos* em Assistência (percentil de mais ou menos 90), Deferência (percentil 80), Denegação (percentil de mais ou menos 95), Desempenho (percentil 70) e Exibição (percentil de mais ou menos 85); *os escores extremamente baixos* em Persistência (percentil 25), Mudança (percentil 10), Autonomia (percentil 30), Heterossexualidade (percentil 10).
- *Escores fortes* em Intracepção (percentil 65), Afago (percentil de mais ou menos 60), Afiliação (percentil 60), Agressão (percentil 60).

Os resultados sugerem uma postura de subordinação ao próximo, uma pessoa que se submete e suporta o outro (principalmente quando se trata de figuras de autoridade) e que se anula a ponto de sentir-se culpada, fracassada e com desejos de autodestruição (Assistência, Deferência e Denegação). Tais posturas implicam num forte desejo de ser vista e ouvida, amada e protegida, dando e recebendo afeto do outro (Exibição, Afago e Afiliação), e, quando tais necessidades não são supridas, a reação é de muita raiva (Agressão).

O escore extremamente baixo em Heterossexualidade sugere conflitos com a figura do sexo oposto e/ou pouco desejo de contato sexual. Posturas de subordinação, resignação e anulação estão diretamente ligadas a um vínculo conflituoso com a figura masculina.

A pessoa avaliada tem dificuldades de aceitar mudanças e aceita facilmente imposições e não luta por sua liberdade. Sua vida é regida e liderada por outras pessoas (Autonomia e Mudança). Frequentemente vive num mundo imaginário, dos sonhos, das fantasias (é o que ela dá conta de viver), não se tratando de uma pessoa persistente frente à vida, embora exista ainda o desejo de encarar a vida e vencer obstáculos (Intracepção, Persistência e Desempenho).

Participante 2

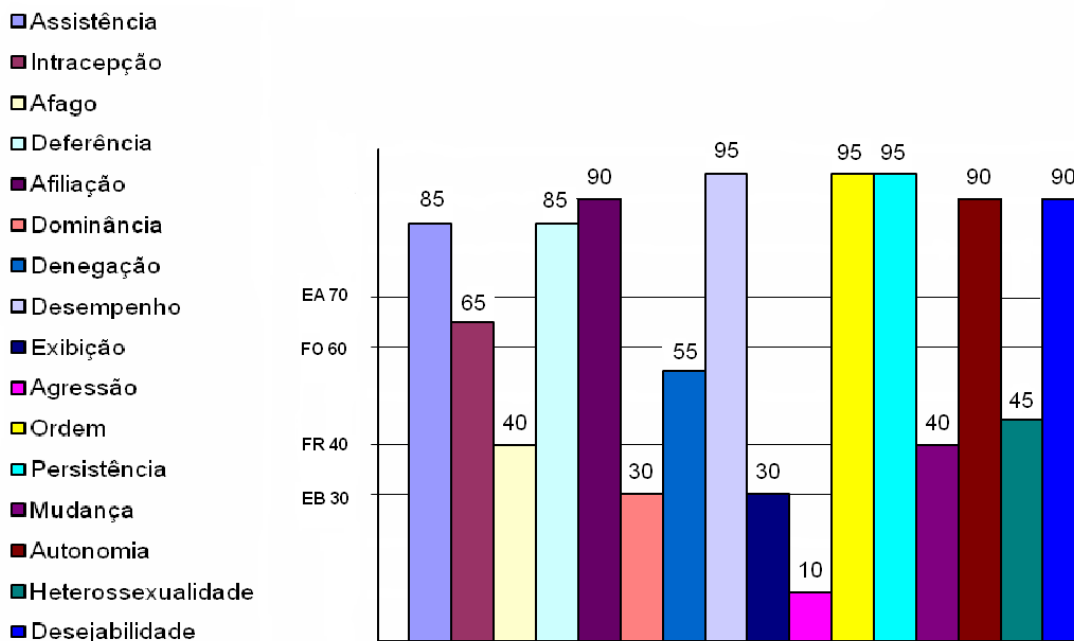


Figura 2. Resultados da participante 2 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- **Escores extremos altos** em Assistência (percentil 85), Deferência (percentil de mais ou menos 85), Afiliação (percentil 90), Desempenho (percentil 95), Ordem (percentil 95), Persistência (percentil de mais ou menos 95), Autonomia (percentil de mais ou menos 90) e Desejabilidade Social (percentil de mais ou menos 90); **os escores extremamente baixos** em Exibição (percentil 30), Agressão (percentil de mais ou menos 10).
- **Escores fortes** em Intracção (percentil 65) e **fracos** em Afago (percentil 40), Dominância (percentil de mais ou menos 30), Mudança (percentil 40).

Os resultados indicam uma pessoa que demonstra muita simpatia e que procura dar suporte ao outro, apresentando sentimentos de compaixão, lealdade e forte apego ao próximo, mantendo ainda uma postura de respeito com figuras que representam autoridade (Assistência, Afiliação e Deferência). Estas são as características com as quais deseja ser vista. Tais posturas parecem ser o resultado da necessidade de se apresentar da maneira como os outros gostariam que ela fosse, e não como ela realmente é. Dessa forma, mostra-se como

uma mulher forte, independente, com pouca necessidade de ser acolhida, aceita ou amada e que dificilmente mostra raiva ou irritação (Desejabilidade Social, Afago, Exibição e Agressão).

Suas necessidades de realização levam-na a se empenhar em suas atividades, mostrando persistência, precisão e organização, em parte, ainda para ser bem vista pelos outros (Desejabilidade Social, Desempenho, Autonomia, Persistência e Ordem).

Tende a procurar a felicidade no campo da fantasia, imaginando uma “vida ideal”. Seu recurso ao uso freqüente de fantasias pode estar associado a um baixo escore obtido em Mudança, pois, para lidar com desafios e realizar mudanças, teria que enfrentar aspectos difíceis da realidade. Trata-se de uma pessoa com baixo nível de autoconfiança (Intracessão, Mudança e Dominância).

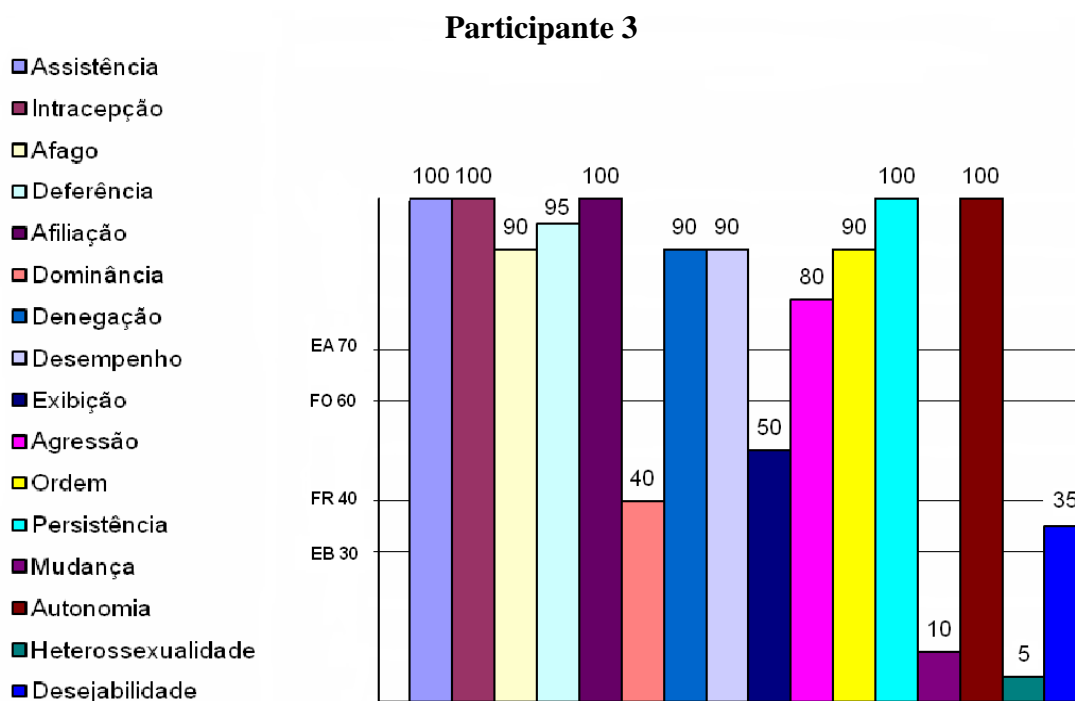


Figura 3. Resultados da participante 3 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Assistência (percentil 100), Intracepção (percentil 100), Afago (percentil de mais ou menos 90), Deferência (percentil 95), Afiliação (percentil 100), Denegação (percentil 90), Desempenho (percentil de mais ou menos 90), Agressão (percentil 80), Ordem (percentil 90), Persistência (percentil 100), Autonomia (percentil 100); **os escores extremamente baixos** em Mudança (percentil de mais ou menos 10) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 5).
- **escore fraco** em Dominância (percentil 40).

Esses resultados mostram uma pessoa que valoriza muito os outros (colegas e amigos) e que se apega facilmente ao outro, com simpatia e sentimentos de compaixão e proteção. Deseja, no entanto, ser retribuída, tendo seus desejos satisfeitos e recebendo amor, compreensão e proteção do outro. Apresenta ansiedade de abandono e sentimentos de insegurança (Afiliação, Assistência e Afago).

Recorre com frequência a fantasias para lidar com a realidade e é pouco prática em suas ações, apresentando dificuldades de realizar mudanças em sua vida, com temores com relação ao novo ou diferente (Intracepção e Mudança).

Há empenho para se organizar e fazer as coisas com acerto e precisão, dada sua necessidade de auto-realização. Gosta de se sentir livre, mantendo sua autonomia frente à vida (Ordem, Persistência, Desempenho e Autonomia). Não valoriza a relação com a figura do sexo oposto e/ou não apresenta, no momento, interesse em relacionar-se com o sexo oposto (Heterossexualidade).

Trata-se de uma pessoa pouco dominadora e autoconfiante, que mantém posturas de respeito e reverência ao próximo, a ponto de aceitar desaforos, carregar culpas e sentir-se inferior, com atitudes auto-destrutivas (Dominância, Deferência e Denegação). Mostra características de insegurança, ansiedade, irritabilidade e a necessidade de ser acolhida e amada, bem como, forte tendência a estados de humor deprimido (Agressão).

Participante 4

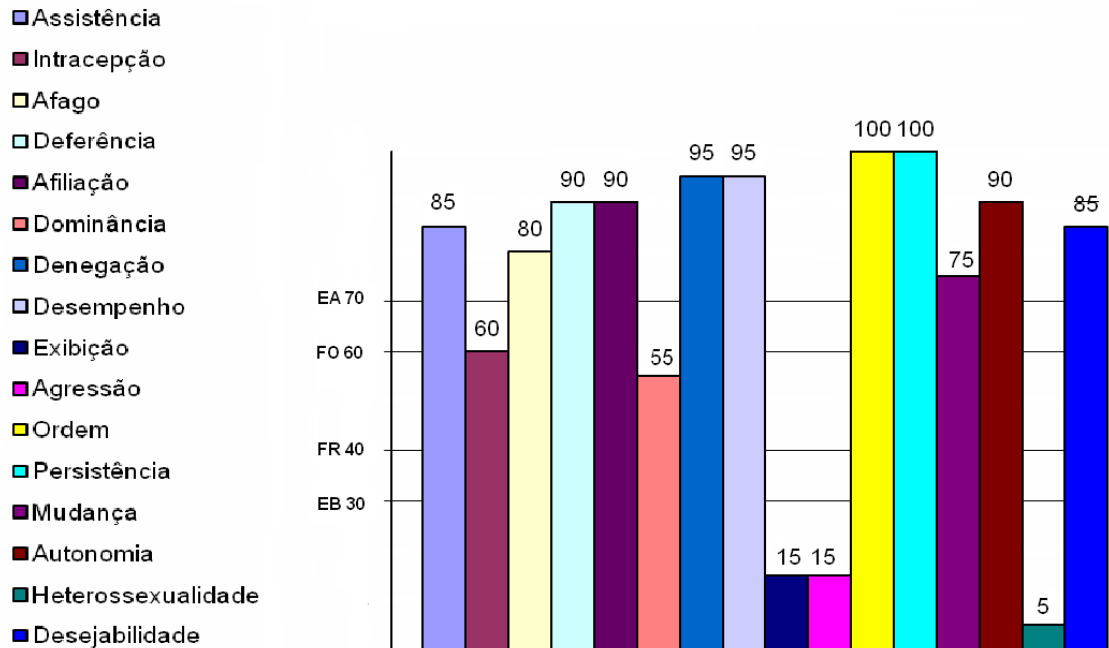


Figura 4. Resultados da participante 4 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Assistência (percentil de mais ou menos 85), Afago (percentil 80), Deferência (percentil 90), Afiliação (percentil 90), Denegação (percentil de mais ou menos 95), Desempenho (percentil de mais ou menos 95), Ordem (percentil de mais ou menos 100), Persistência (percentil de mais ou menos 100), Mudança (percentil 75), Autonomia (percentil de mais ou menos 90) e Desejabilidade Social (percentil 85); o **escore extremamente baixo** em Exibição (percentil de mais ou menos 15), Agressão (percentil 15) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 5).
- **escore forte** em Intração (percentil 60).

Esses resultados apontam uma pessoa com dificuldades com relação à figura masculina. Apresenta-se como pessoa simpática, que demonstra compaixão pelo outro, além de reverência e respeito por pessoas que considera seus superiores (Heterossexualidade, Assistência e Deferência). Procura dar afeto, buscando receber amor, proteção e acolhimento. (Afiliação e Afago).

Os baixos escores em Exibição e Agressão indicam uma pessoa que não luta pelo seu espaço, não se manifestando raiva ou energia para conseguir atenção e respeito do outro. Busca atender as expectativas do outro e se preocupa muito com a opinião alheia sobre ela, por temores de rejeição (Desejabilidade Social). No entanto, gostaria de se sentir livre e de seguir seus próprios impulsos, bem como de poder dominar e manipular pessoas ou seu ambiente (Autonomia). Uma pessoa extremamente organizada e que se adapta facilmente a mudanças e que se empenha em realizar bem suas atividades (Ordem, Mudança, Desempenho).

Embora tenha certa tendência em se deixar conduzir por sentimentos e emoções e de ser dominada por fantasias, esta participante vive obcecada por ver o resultado final de um trabalho, resultando, não raro, em queixas de pouco tempo, de cansaço e preocupações. Apresenta também fortes sentimentos de resignação, fracasso e autodestruição (Intracção, Persistência e Denegação).

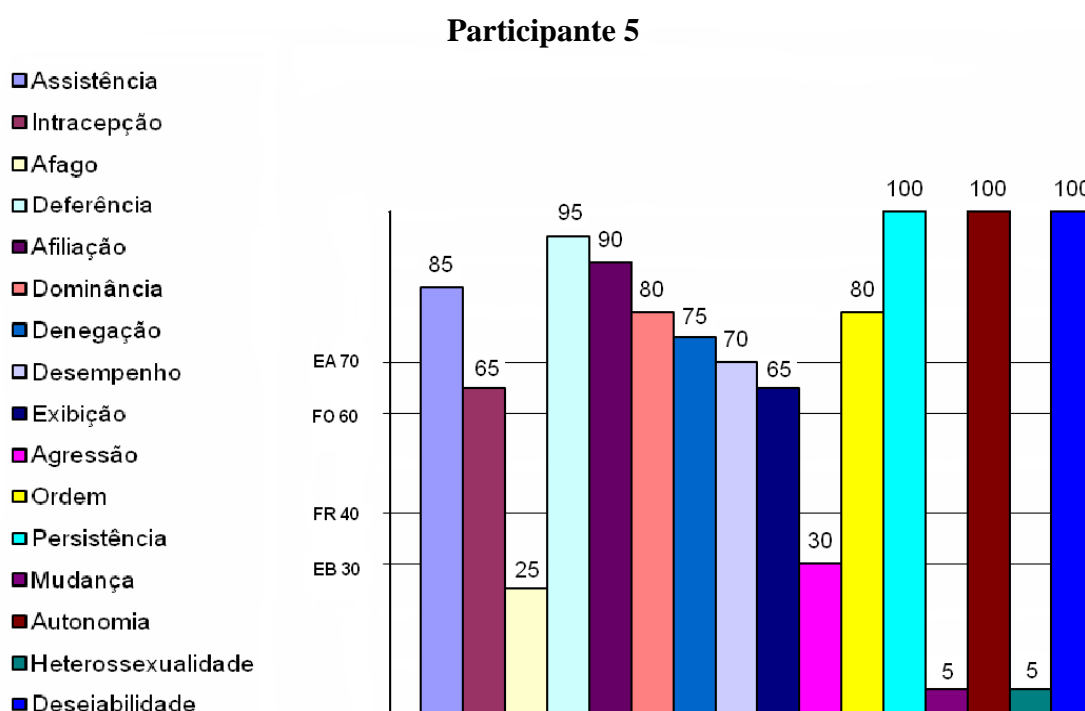


Figura 5. Resultados da participante 5 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Assistência (percentil de mais ou menos 85), Deferência (percentil de mais ou menos 95), Afiliação (percentil de mais ou menos 90), Dominância (percentil 80), Denegação (percentil 75), Desempenho (percentil 70), Ordem (percentil 80), Persistência (percentil 100), Autonomia (percentil 100) e Desejabilidade Social (percentil 100); *os escores extremamente baixo* em Afago (percentil 25), Agressão (percentil 30), Mudança (percentil de mais ou menos 5) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 5).
- *escores forte* em Intração (percentil 65) e Exibição (percentil 65).

Os resultados mostram uma pessoa que tende a se apresentar da maneira como acha que os outros gostariam que ela fosse, atendendo as expectativas dos outros (Desejabilidade Social). Mostra-se simpática e afetuosa, demonstrando sentimentos de piedade e compaixão, além de respeito por pessoas que considera seus superiores, sem, no entanto, demonstrar suas necessidades de afeto, atenção, compreensão e proteção (Assistência, Deferência, Afago e Exibição).

Trata-se de pessoa dominadora, com desejos de controlar os outros e manter sua autoconfiança, mostrando-se sempre organizada e precisa (Dominância e Ordem). É persistente a ponto de levar um trabalho até o fim por mais difícil que ele possa ser (Persistência).

Gosta de sentir-se livre de imposições, apresentando ambição e empenho na busca por domínio e controle dos outros ou do ambiente (Autonomia e Desempenho), o que busca obter por meio de cuidados e demonstrações de afeto com relação ao outro (Afiliação). Apresenta, ainda, condutas autodestrutivas e sentimentos de fracasso e inferioridade (Denegação).

Trata-se de uma pessoa pouco prática, com tendências a fantasiar e se deixar conduzir por sentimentos e emoções, com dificuldades de realizar ou aceitar mudanças em sua vida e rotina (Intração e Mudança). Não costuma demonstrar raiva ou irritação (Agressão), por temores de não ser aceita socialmente (Desejabilidade Social) e tem dificuldades em manter relações harmoniosas com pessoas do sexo masculino (Heterossexualidade).

Participante 6

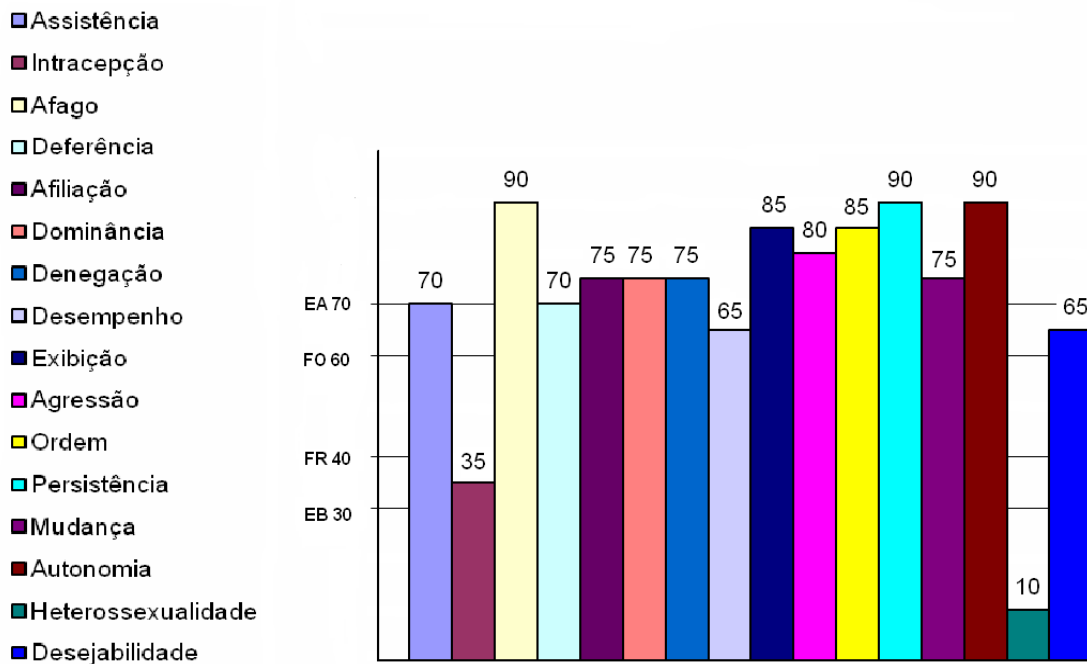


Figura 6. Resultados da participante 6 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Assistência (percentil 70), Afago (percentil 90), Deferência (percentil 70), Afiliação (percentil 75), Dominância (percentil de mais ou menos 75), Denegação (percentil 75), Exibição (percentil de mais ou menos 85), Agressão (percentil de mais ou menos 80), Ordem (percentil de mais ou menos 85), Persistência (percentil de mais ou menos 90), Mudança (percentil de mais ou menos 75) e Autonomia (percentil 90); o **escore extremo baixo** em Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 10).
- **escores forte** em Desempenho (percentil 65) e **fraco** em Intracção (percentil 35).

Apresenta necessidade de ser amada, ansiedade de abandono e sentimentos de insegurança, segundo resultados. Tem boa vontade em atender aos outros, demonstra afeto positivo e costuma se apegar e ser leal aos amigos (Afiliação e Afago). Para receber amor e se sentir protegida, procura ser simpática e gratificar as necessidades do próximo com muito respeito e, muitas vezes, reverentemente. Tende a submeter-se passivamente às forças externas, aceitando desaforos e sentindo-se inferior, o que resulta em comportamentos autodestrutivos

(Assistência, Deferência e Denegação). No entanto, a lealdade e dedicação ao outro, representam tentativa de dominar e de influenciar os demais, apresentando a raiva e irritabilidade diante de frustrações (Dominância e Agressão). Deseja se sentir livre, não gosta de executar tarefas impostas por autoridade, mas, ao contrário, prefere agir independente e livremente, seguindo seus próprios impulsos (Autonomia). Quando submetida a autoridades demonstra fortes sentimentos de raiva e irritação (Agressividade). Trata-se de pessoa que busca ser organizada e que persiste em suas tarefas até se cansar (Ordem, Persistência).

Uma pessoa com facilidade de aceitar mudanças, novidades e aventuras e que procura não ter nenhuma ligação permanente com lugares, objetos ou pessoas. Ambição e empenho caracterizam-na; gosta de manipular e organizar objetos, pessoas e idéias, bem como realizar coisas independentemente para vencer obstáculos e manter altos padrões de realização. Tais posturas são pautadas por atitudes concretas, ou seja, é uma pessoa que não vive de fantasias, mas encara a realidade como ela é (Mudança, Desempenho e Intraceção). Tem dificuldade em manter relacionamentos mais próximos com a figura masculina (Heterossexualidade).

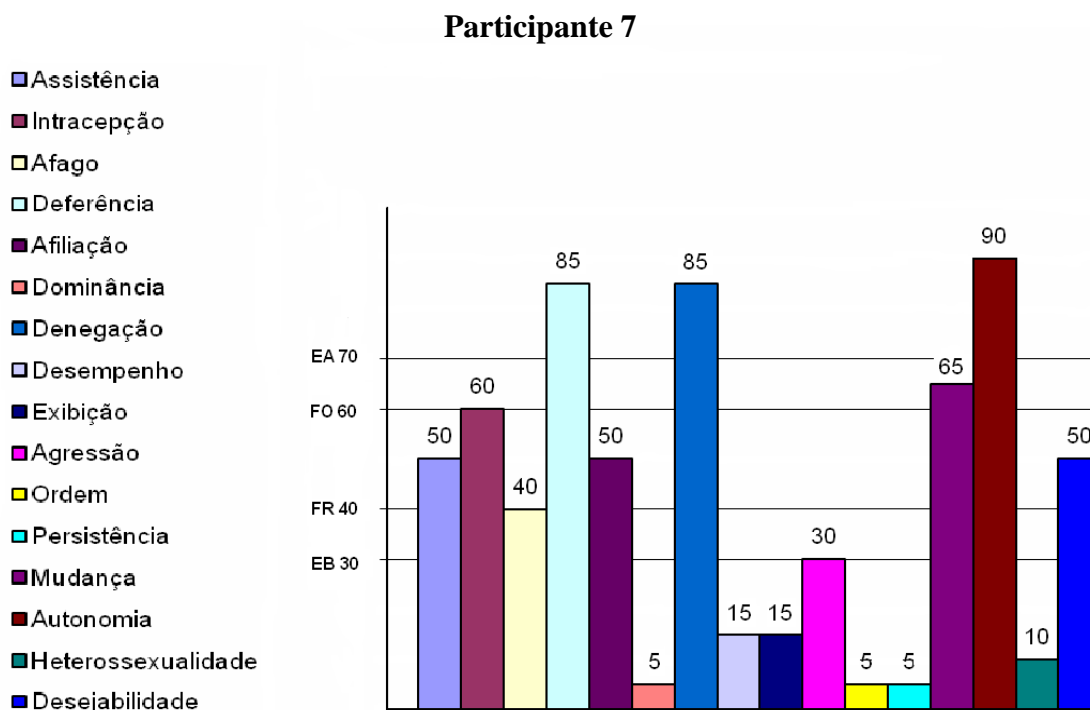


Figura 7. Resultados da participante 7 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Deferência (percentil 85), Denegação (percentil de mais ou menos 85) e Autonomia (percentil 90); *os escores extremamente baixos* em Dominância (percentil 5), Desempenho (percentil de mais ou menos 15), Exibição (percentil 15), Agressão (percentil 30), Ordem (percentil de mais ou menos 5), Persistência (percentil de mais ou menos 5) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 10).
- *escores forte* em Intração (percentil 60) e Mudança (percentil 65) e *fraco* em Afago (percentil 40).

Resultados mostram uma mulher com certa ambivalência em suas necessidades, pois, embora tente se sentir livre e resistir a oposições tende a demonstrar respeito e reverência para com pessoas que considera seus superiores Age de forma independente e não gosta de executar tarefas impostas, preferindo seguir seus próprios impulsos. No entanto, ao mesmo tempo, tende a se mostrar submissa, aceitando desaforos, assumindo culpas e erros, evidenciando seus desejos autodestrutivos e de receber castigos (Autonomia, Deferência e Denegação). Ademais, aparenta não se importar em ser amada e protegida pelo outro (Afago).

Demonstra dificuldade em se organizar e manter equilíbrio, porém se empenha em organizar não só objetos, como idéias e, ainda, em finalizar as coisas que realiza (Ordem, Desempenho e Persistência). Apresenta baixo nível de agressividade e de desejo de controlar o outro (Agressão e Dominância).

Mostra-se como uma pessoa que não se importa em ser notada, vista ou ouvida, principalmente por pessoas do sexo oposto, com as quais ela tem dificuldade em manter relações próximas (Exibição e Heterossexualidade). Embora seja intraceptiva, se deixando conduzir por seus próprios sentimentos, imaginações e fantasias, tem facilidade em aceitar novidades e mudanças em sua vida (Intração e Mudança).

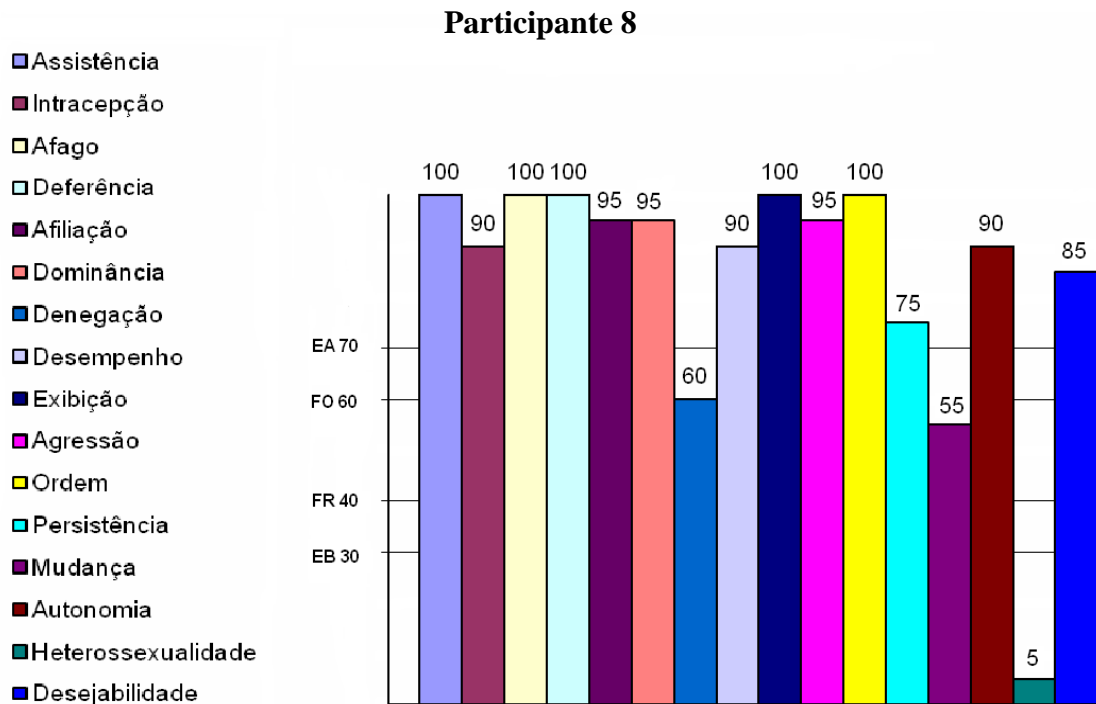


Figura 8. Resultados da participante 8 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Assistência (percentil 100), Intração (percentil 90), Afago (percentil 100), Deferência (percentil 100), Afiliação (percentil 95), Dominância (percentil de mais ou menos 95), Desempenho (percentil 90), Exibição (percentil 100), Agressão (percentil 95), Ordem (percentil 100), Persistência (percentil 75), Autonomia (percentil de mais ou menos 90) e Desejabilidade Social (percentil 95); o **escore extremo baixo** em Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 5).
- **escores forte** em Denegação (percentil 60).

Nos resultados temos uma pessoa que encara a vida e as adversidades de forma subjetiva e fantasiosa, sem dar muita atenção ao concreto, ao real (Intração). Vive segundo as expectativas dos outros, pois tem dificuldade em expor suas próprias necessidades (Desejabilidade Social). Trata-se de pessoa que demonstra simpatia e se compadece pelo outro, expressando afeto e boa vontade, além de respeito e reverência a superiores, de acordo

com a maneira como deseja ser vista. É preocupada com organização e procura fazer suas coisas com empenho (Assistência, Afiliação, Deferência e Ordem). Porém, por trás desses aspectos, há uma forte necessidade de satisfazer seus desejos, de ser apoiada, protegida e amada, bem como, de dominar e influenciar as pessoas e controlá-las, assim como ao ambiente (Afago, Dominância e Desempenho). Apresenta uma forte necessidade de sentir-se livre, de ter autonomia e ser persistente em suas realizações (Autonomia e Persistência). Tem necessidade de receber atenção, de ser percebida pelo outro e ser atendida em seus desejos e necessidades. Quando frustrada, sente raiva e irritação (Exibição e Agressão).

Tem dificuldade de se relacionar com a figura do sexo oposto, o que sugere conflitos nessas relações. Tem a tendência de se sentir inferior, com sentimentos de fracasso e comportamentos autodestrutivos.

Participante 9

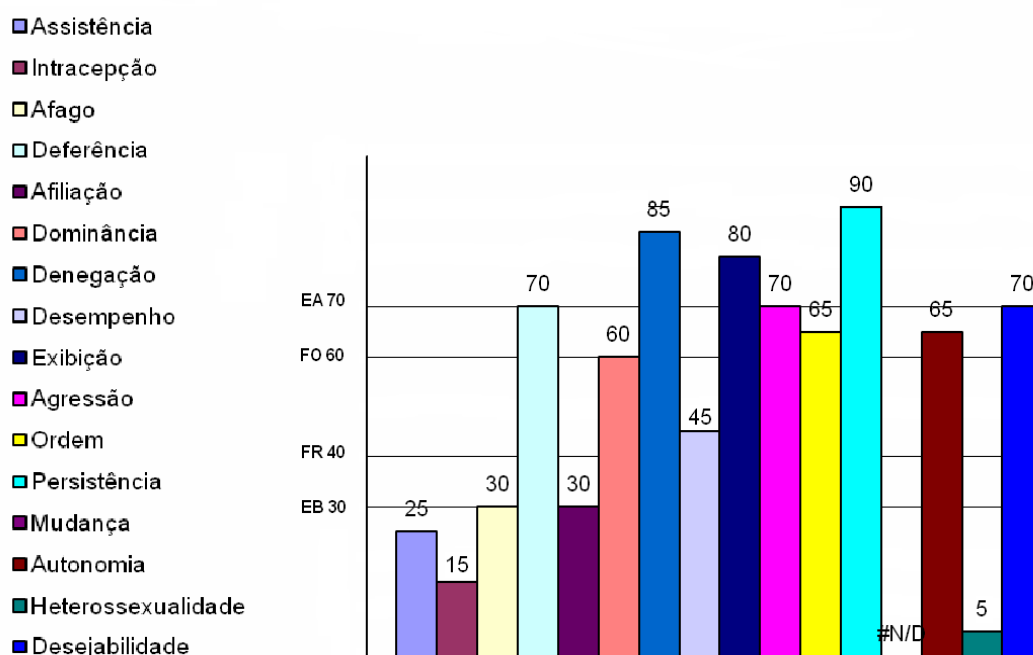


Figura 9. Resultados da participante 9 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Deferência (percentil 70), Denegação (percentil 85), Exibição (percentil de mais ou menos 80), Agressão (percentil de mais ou menos 70), Persistência (percentil 90) e Desejabilidade Social (percentil 70); os *escores extremamente baixos* em Assistência (percentil 25), Intração (percentil de mais ou menos 15), Afago (percentil 30), Afiliação (percentil 30), Mudança (percentil de mais ou menos 5) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 5).
- *escores fortes* em Dominância (percentil 60), Ordem (percentil 65), e Autonomia (percentil 65).

Os resultados dessa participante no IFP mostram que ela respeita seus superiores a ponto de submeter-se a eles. Tem sentimentos de culpa, sente-se inferior e apresenta comportamentos de autodestruição. Tem sentimentos de raiva e irritabilidade quando frustrada (Deferência, Denegação e Agressão).

Tende a ter dificuldades em estabelecer e manter relações com a figura do sexo oposto. Tem dificuldade de aceitar mudanças e novas situações de vida, porém, mantém uma postura persistente e preocupada em terminar seus afazeres por mais difícil que possam ser (Heterossexualidade, Mudança, Persistência).

Não se prende a amizades e não se preocupa em dar e receber afeto, com baixa tolerância nas relações interpessoais. Não mostra necessidade de receber apoio ou afeto dos outros. É extremamente prática e não se deixa conduzir por sentimentos (Afiliação, Assistência, Afago, Exibição, Intração).

Pessoa que gosta de dominar e influenciar o comportamento de outras pessoas, sentindo-se livre, seguindo seus próprios impulsos e não executando tarefas impostas. É também, uma pessoa organizada, que gosta de ter precisão e limpeza nas coisas que realiza, além de ser bem vista pelos outros (Dominância, Autonomia, Ordem e Desejabilidade Social).

Participante 10

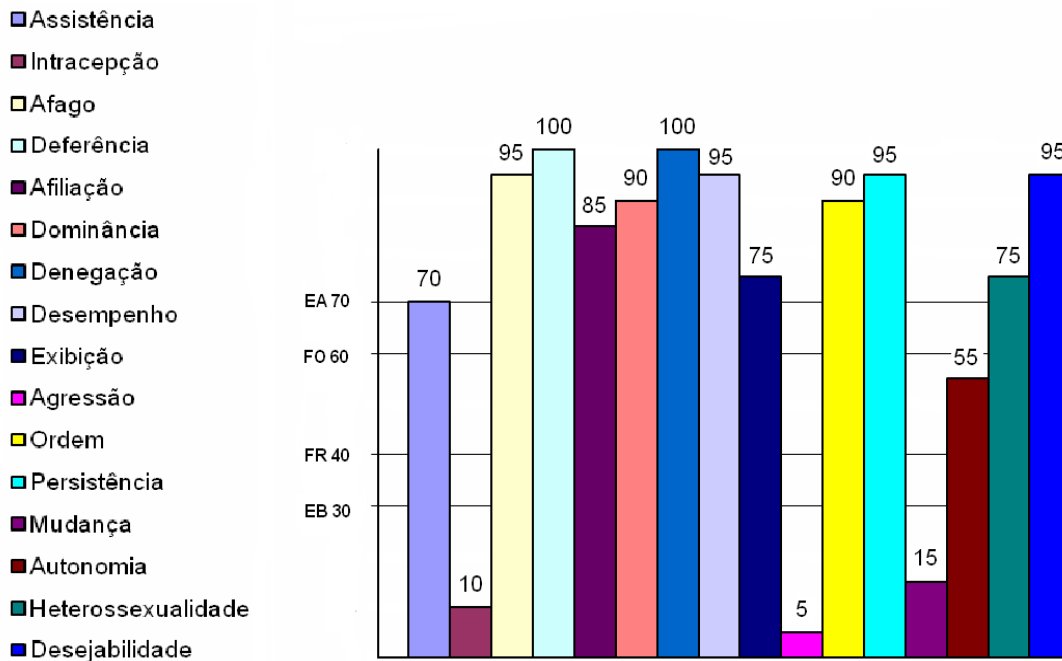


Figura 10. Resultados da participante 10 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Assistência (percentil 70), Afago (percentil 95), Deferência (percentil 100), Afiliação (percentil 85), Dominância (percentil de mais ou menos 90), Denegação (percentil 100), Desempenho (percentil de mais ou menos 95), Exibição (percentil de mais ou menos 75), Ordem (percentil 90), Persistência (percentil 95), Heterossexualidade (percentil 75) e Desejabilidade Social (percentil 95); os *escores extremos baixo* em Intracção (percentil de mais ou menos 10), Agressão (percentil de mais ou menos 5) e Mudança (percentil de mais ou menos 15).

Esses resultados mostram uma pessoa que se preocupa com a maneira como os outros a vêem, procurando se comportar de acordo com as expectativas sociais (Desejabilidade Social). Trata-se de pessoa que se apresenta com postura de resignação, que se submete a outras pessoas, presta reverência a superiores e, deixando de lado seus desejos e preferências, tende a apresentar comportamentos autodestrutivos (Denegação e Deferência). Sugerem ainda ser uma mulher prática que vive dentro da realidade, não se deixando levar por sentimentos

ou juízos pessoais. Além do mais, apresenta-se com raros sentimentos de ódio, irritabilidade e raiva (Intracção e Agressão).

Gosta de ser vista como pessoa atenciosa, leal e afetuosa, dedicada ao próximo e aos amigos. Tem necessidade de receber apoio e protecção, ser amada e consolada, ou seja, “dá para receber em troca” (Assistência, Afiliação e Afago).

Apresenta a tendência em organizar e manter precisão no que faz e tem dificuldade de mudar, aceitar coisas diferentes e realizar mudanças, preferindo manter as coisas organizadas como estão (Ordem e Mudança).

Trata-se de uma pessoa vaidosa, que gosta de atenção e que procura manter vínculo/relação com indivíduos do sexo oposto (Exibição e Heterossexualidade). É uma pessoa dominadora e autoconfiante, ambiciosa e empenhada em vencer desafios e concluir aquilo que inicia, tendendo a dominar, manipular e controlar os outros e o ambiente. No trabalho, é empenhada, muitas vezes se sobrecarregando e se cansando em demasia (Dominância, Desempenho e Persistência).

Participante 11

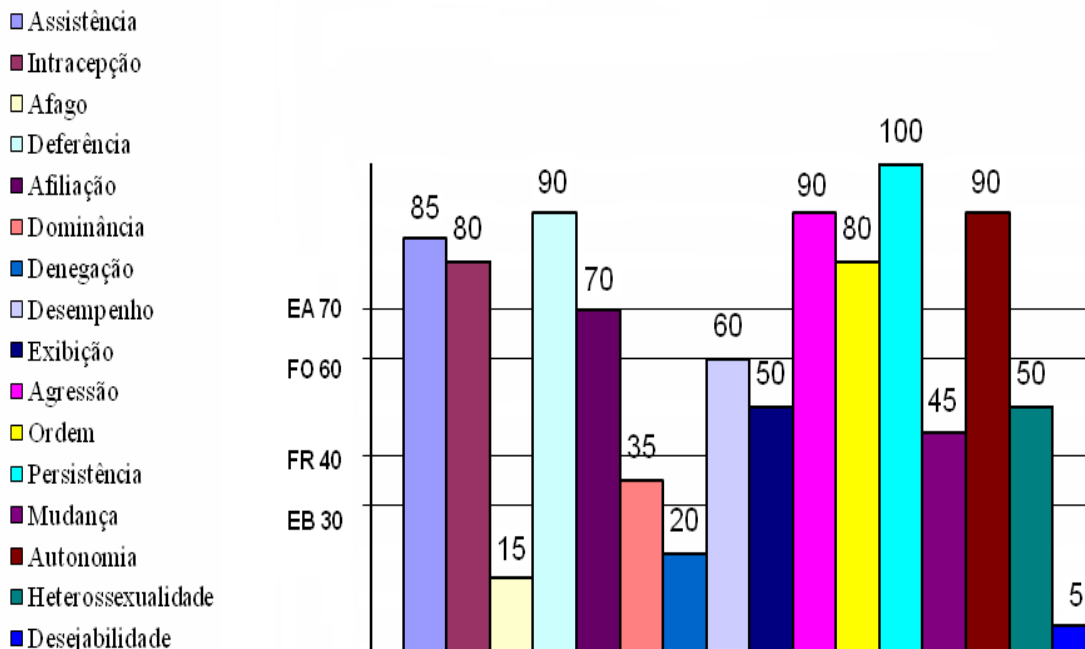


Figura 11. Resultados da participante 11 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Assistência (percentil 85), Intracepção (percentil 80), Deferência (percentil 90), Afiliação (percentil 70), Agressão (percentil 90), Ordem (percentil 80), Persistência (percentil 90), Autonomia (percentil de mais ou menos 90); os *escores extremos baixos* em Afago (percentil de mais ou menos 15) e Denegação (percentil 20).
- *escores fortes* em Desempenho (percentil 60) e *fraco* em Dominância (percentil 35).

Segundo resultados, esta pessoa se dedica ao próximo, dando suporte emocional, simpatia e gratificações, o que lhe permite estabelecer fortes vínculos de amizade e suprir sua carência afetiva (Assistência e Afiliação). Apresenta a necessidade de agradar, porém não se preocupa em receber nada em troca, pois suprime seus desejos para se sentir próxima e aceita (Afago).

Trata-se de uma pessoa extremamente respeitosa e submissa a figuras de autoridade e com pouca confiança em si mesma (Deferência e Dominância). Preserva suas fantasias, imaginações, parcialidade das opiniões e formas dedutivas de perceber a vida (Intracepção). Mesmo sendo sensível e apaixonada, facilmente se torna agressiva, com muita irritabilidade, raiva e ataque ao outro, não aceitando desaforos (Agressão e Denegação).

Mostra persistência frente à vida, uma pessoa impulsiva e que preza por sua independência (Autonomia). O desejo de vencer obstáculos está preservado e há certo empenho para manter a ordem, principalmente quando se trata de relacionamentos e vínculos afetivos (Desempenho e Ordem).

Participante 12

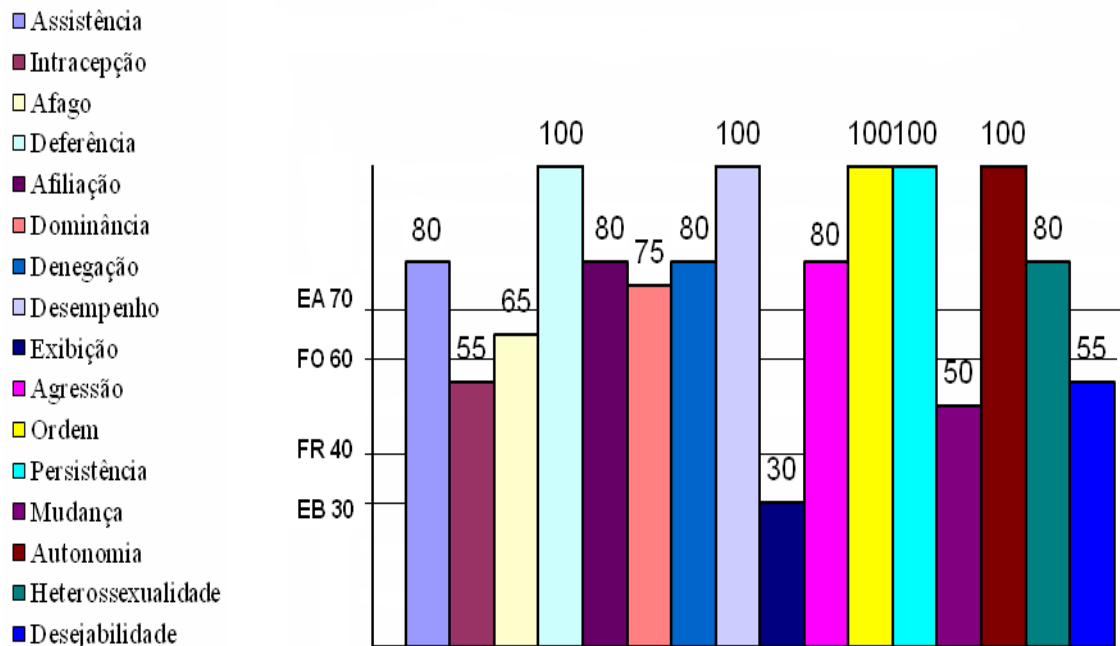


Figura 12. Resultados da participante 12 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Assistência (percentil 80), Deferência (percentil 100), Afiliação (percentil 80), Dominância (percentil de mais ou menos 75) Denegação (percentil 80), Desempenho (percentil 100), Agressão (percentil de mais ou menos 80), Ordem (percentil 100), Persistência (percentil 100), Autonomia (percentil 100), Heterossexualidade (percentil 80).
- **escores forte** em Afago (percentil 65) e **fraco** em Exibição (percentil de mais ou menos 30).

Segundo resultados, há forte necessidade em dar suporte e satisfazer as necessidades do outro; dar e receber afeto de amigos, mostrando confiança, boa vontade e amor, respeitando e prestando reverência aos seus superiores (Assistência, Afiliação e Deferência). Tais características se apresentam relacionadas ao desejo de controlar os outros através da sedução ou persuasão (Dominância), e, quando não o consegue, sente-se fracassada, culpa-se e apresenta sentimentos de autodestruição (Denegação).

Evidenciam-se fortes sentimentos de raiva e irritabilidade, o que se manifesta em posturas dominantes e manipuladoras. Apresenta também necessidade de realizar-se e está aberta às relações com figura do sexo oposto (Agressão, Desempenho e Heterossexualidade).

O escore alto em Ordem mostra uma necessidade de manter certo equilíbrio frente à vida, é uma pessoa persistente em diversos aspectos de sua vida (Persistência). Sua necessidade de liberdade e independência mostra uma mulher que faz suas próprias escolhas e toma decisões (Autonomia).

Demonstra ser uma pessoa pouco vaidosa, que não se importa em ser ouvida ou ser vista pelo outro, o que, provavelmente, exerce influencia em seus relacionamentos afetivos (escore baixo em Exibição).

Participante 13

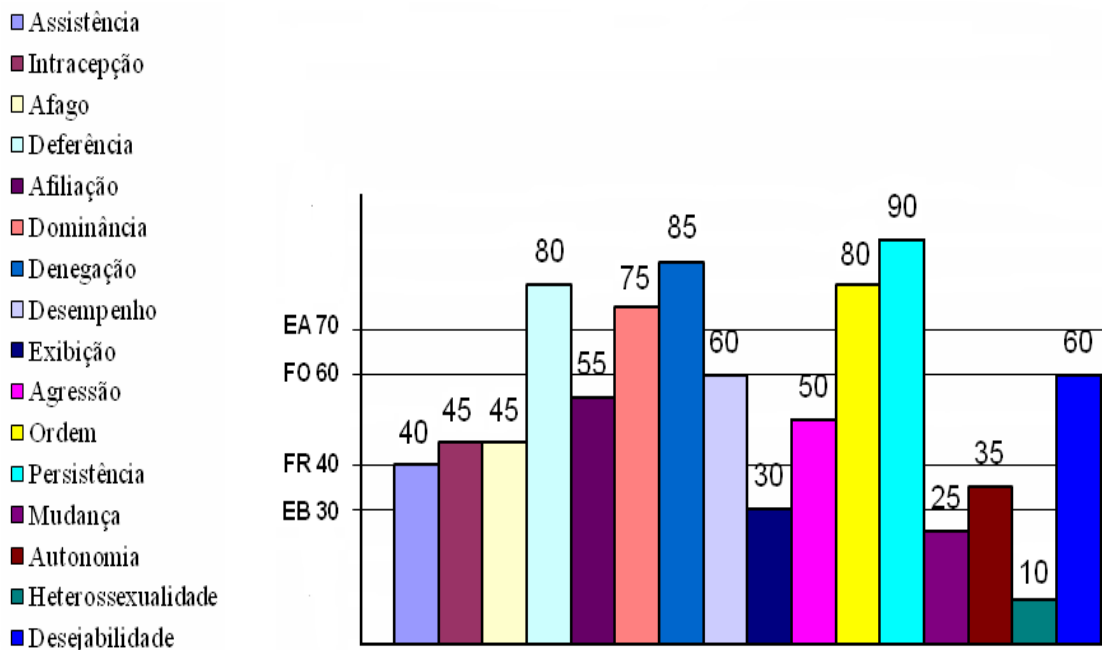


Figura 13. Resultados da participante 13 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Deferência (percentil 80), Dominância (percentil 75), Denegação (percentil 85), Ordem (percentil 80), Persistência (percentil de mais ou menos 90); os **escores extremos baixos** em Mudança (percentil de mais ou menos 25) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 10).
- **escores fortes** em Desempenho (percentil de mais ou menos 60) e **fracos** em Assistência (percentil 40), Exibição (percentil de mais ou menos 30) e Autonomia (percentil 35).

Esses resultados mostram uma pessoa que se submete às forças externas, com sentimentos de culpa, inferioridade e desejos de autodestruição. Por sentir-se fracassada frente à vida, apresenta dificuldade em realizar mudanças por si mesma, experimentar coisas novas e, ainda, em dar suporte emocional ao outro e gratificar suas necessidades (Denegação, Mudança e Assistência).

Esta pessoa apresenta necessidades conflituosas, pois, ao mesmo tempo em que demonstra respeito, admiração e reverência a seus superiores, e até mesmo uma postura de dependência e submissão à autoridade, mantém uma postura dominadora, com desejos de controlar os outros e influenciar seus comportamentos (Deferência, Autonomia e Dominância).

Uma pessoa organizada e disposta a terminar qualquer trabalho iniciado e que se empenha para alcançar realização pessoal (Ordem, Persistência, Desempenho). Porém, quando se trata de relacionamento amoroso, apresenta dificuldade em lidar com a figura masculina e não demonstra suas vontades, preferindo não ser notada pelo outro (Heterossexualidade e Exibição).

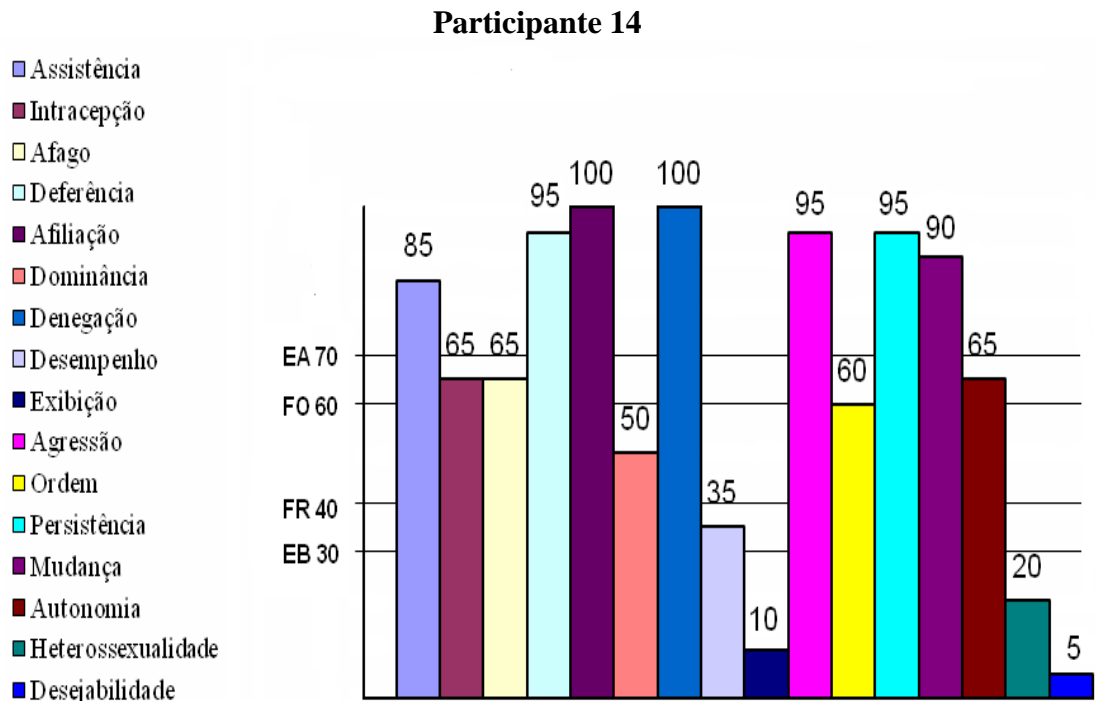


Figura 14. Resultados da participante 14 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Assistência (percentil de mais ou menos 85), Deferência (percentil 95), Afiliação (percentil 100), Denegação (percentil 100), Agressão (percentil 95), Persistência (percentil de mais ou menos 95), Mudança (percentil 90); os *escores extremos baixos* em Exibição (percentil 10) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 20).
- *escores fortes* em Intração (percentil 65), Afago (percentil 65), Ordem (percentil 60), Autonomia (percentil 65) e *fraco* em Desempenho (percentil de mais ou menos 35).

Apresenta-se como uma pessoa que valoriza muito suas amizades e com sentimentos de compaixão e ternura para com o próximo, bem como respeito e reverência a figuras que considera seus superiores (Assistência e Deferência). Dar e receber afeto de amigos parece ser o desejo desta participante, que gosta de se apegar e ser leal aos amigos (Afiliação). Deseja ser afagada, apoiada, protegida, amada, orientada e consolada, precisando constantemente de alguém que a entenda e a proteja. Tem ansiedade de abandono, insegurança e desespero (Afago). Os amigos são muito valorizados por esta pessoa devido ao apoio emocional recebido. No entanto, deseja seguir seus próprios impulsos, e ser independente de imposições de pessoas do seu convívio (Autonomia).

Apresenta traços de autodestruição e se entrega à resignação com sentimentos de inferioridade e tendência a se sentir doente e depressiva (Denegação). Embora com alto grau de irritabilidade, ódio e queixas de preocupações, é persistente em dar continuidade à vida (Agressão e Persistência), procurando sempre manter e experimentar coisas novas e diferentes (Mudança).

Apresenta uma necessidade de manter ordem e equilíbrio emocional, porém, pouca capacidade de se empenhar para manter altos padrões de realização, o que pode gerar um estado de humor deprimido (Ordem e Desempenho). Não é uma pessoa vaidosa e não se esforça ou deseja manter relações com figuras do sexo oposto (Exibição e Heterossexualidade), demonstrando ser uma pessoa com medo de relacionar-se e de perder a figura amada, preferindo permanecer no âmbito da imaginação e da fantasia (Intração).

Participante 15

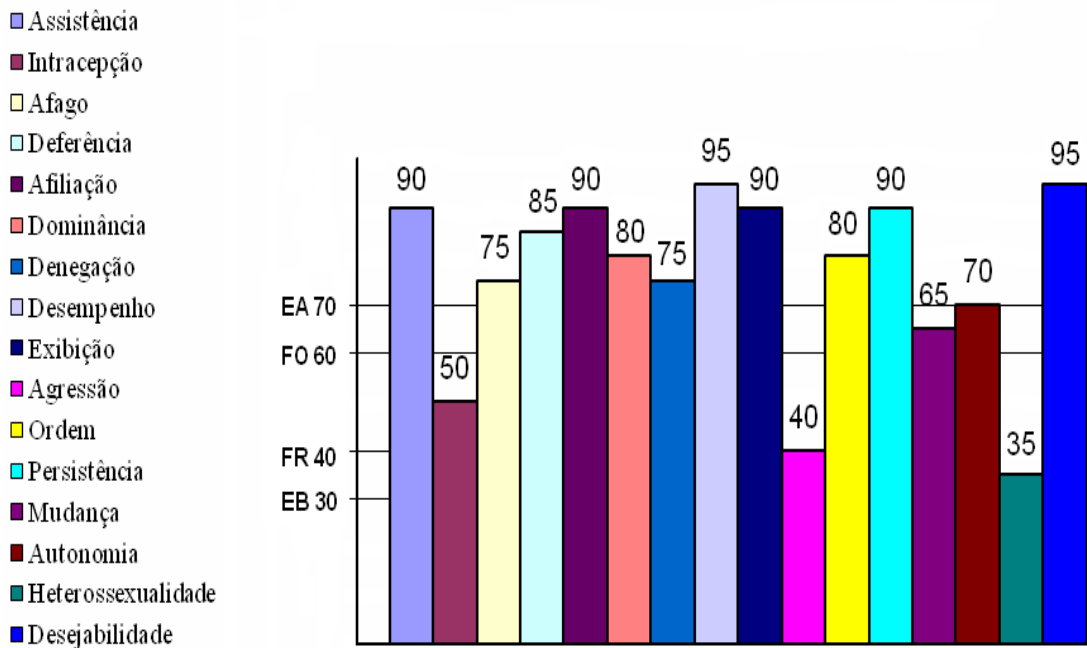


Figura 15. Resultados da participante 15 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Assistência (percentil de mais ou menos 90), Afago (percentil de mais ou menos 75), Deferência (percentil 85), Afiliação (percentil de mais ou menos 90), Dominância (percentil 80), Denegação (percentil 75), Desempenho (percentil 95), Exibição (percentil de mais ou menos 90), Ordem (percentil de mais ou menos 80), Persistência (percentil de mais ou menos 90), Autonomia (percentil 70), Desejabilidade Social (percentil 95).
- **escores forte em** Mudança (percentil 65) e **fraco** em Agressão (percentil 40) e Heterossexualidade (percentil 35).

Amizade é algo de grande valor para esta pessoa, que se apega facilmente aos outros (Afiliação). Preocupa-se muito com a forma pela qual é vista pelo outro, e este fator deve ser considerado em todos os pontos desta interpretação (Desejabilidade Social). Por se preocupar com o modo com que é vista, sua postura é a de uma pessoa que procura ser simpática, dar atenção e apoio ao próximo, demonstrando reverência a quem considera seu superior.

Contudo, por trás destas características, há um forte desejo de ser protegida, amada e até mesmo de ser digna de pena, acompanhado de sentimentos de inferioridade. Persiste nos seus objetivos, pois quer se mostrar forte para a sociedade, chegando ao ponto de se anular (Assistência, Deferência, Afago, Denegação e Persistência).

Trata-se de pessoa que gosta de ter o comando e de dominar situações. Deseja sentir-se livre para realizar suas próprias escolhas, e, para isso, manipula pessoas para se sentir realizada (Dominância, Autonomia e Desempenho).

Adapta-se facilmente a mudanças e pessoas. Apresenta forte necessidade de ordem, organização e de manter o equilíbrio, e gosta de ser vista dessa forma pelo outro (Mudança, Ordem e Desejabilidade Social). O alto escore em Agressão mostra a existência de raiva e irritação, a qual é frequentemente contida para não prejudicar sua imagem perante os demais. Dessa forma, esta pessoa não consegue ser ela mesma, mas sim, tenta corresponder à expectativa social.

Seus resultados apontam uma pessoa com forte desejo de ser vista, notada, e que necessita ser amada (Desejabilidade Social). Apresentada dificuldades com relação à figura masculina (Exibição, *fraco* Heterossexualidade).

Participante 16

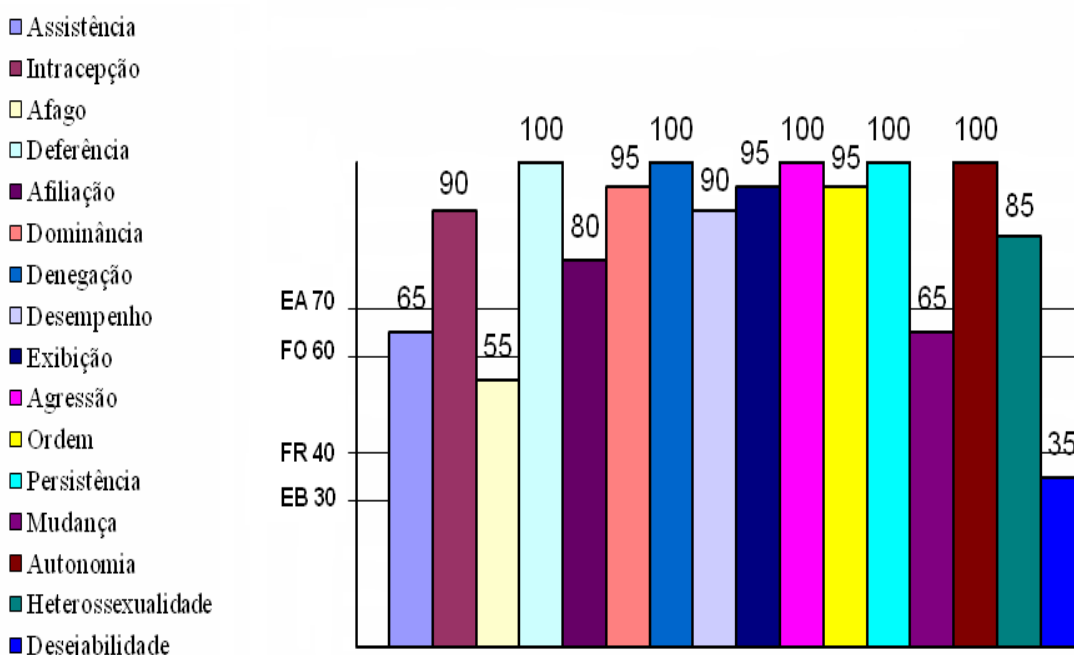


Figura 16. Resultados da participante 16 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Intracepção (percentil de mais ou menos 90), Deferência (percentil 100), Afiliação (percentil 80), Dominância (percentil 95), Denegação (percentil 100), Desempenho (percentil de mais ou menos 90), Exibição (percentil de mais ou menos 95), Agressão (percentil 100), Ordem (percentil de mais ou menos 95), Persistência (percentil 100), Autonomia (percentil 100) e Heterossexualidade (percentil 85).
- *escores fortes* em Assistência (percentil de mais ou menos 65) e Mudança (percentil 65).

Esses resultados apresentados apontam uma pessoa intraceptiva, isto é, conduzida por seus sentimentos e dominada pela busca constante da felicidade (Intracepção). Apontam, ainda, uma pessoa capaz de sentir compaixão pelo próximo, que necessita dar e receber afeto e confiança. Gosta de se apegar ao outro e apresenta sentimentos de amor (Assistência e Afiliação). Com figuras que representam autoridade, posiciona-se de forma submissa e com muito respeito, a ponto de aceitar desaforos e punições. É resignada e apresenta desejos de autodestruição e tendência ao adoecimento (Deferência e Denegação).

Trata-se de uma pessoa que gosta de manter as coisas precisas e bem organizadas, é persistente em seus ofícios e, embora reclame de cansaço e preocupações, empenha-se para organizar as coisas ao seu redor, como objetos, pessoas e idéias, pois precisa se realizar e manter o domínio sobre o outro. Quando não consegue esses objetivos, alimenta fortes sentimentos de raiva e irritabilidade (Ordem, Persistência, Desempenho, Dominância e Agressão).

Aspira por liberdade e independência e não gosta de executar tarefas impostas por outros; mas, ao contrário, gosta de viver seguindo seus impulsos, desejando ser livre. Facilmente aceita mudanças, gosta de novidades e coisas diferentes (Autonomia e Mudança).

Procura manter seus relacionamentos amorosos e sexuais, é vaidosa, gosta de impressionar, ser ouvida e vista. Gosta ainda de fascinar as pessoas para impressionar e entreter (Heterossexualidade e Exibição).

Participante 17

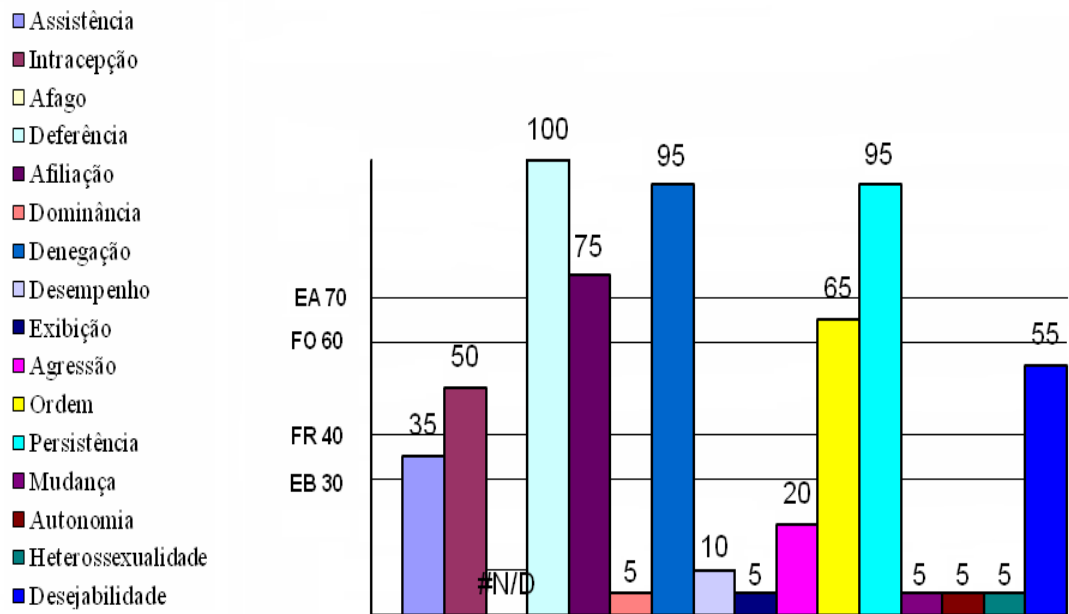


Figura 17. Resultados da participante 17 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Deferência (percentil 100), Afiliação (percentil 75), Denegação (percentil de mais ou menos 95), Persistência (percentil 95); **os escores extremamente baixos** em Afago (percentil de mais ou menos 5), Dominância (percentil de mais ou menos 5), Desempenho (percentil de mais ou menos 10), Exibição (percentil de mais ou menos 5), Agressão (percentil de mais ou menos 20), Mudança (percentil 5), Autonomia (percentil de mais ou menos 5) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 5).
- **Escore forte** em Ordem (percentil 65) e **fraco** em Assistência (percentil 35).

Resultados apontam uma postura de muito respeito e até mesmo subordinação a figuras que ela considera seus superiores. Trata-se de uma pessoa que se submete passivamente ao desejo do outro, sentindo-se inferior, com desejos de autodestruição e tendência a doenças (Deferência e Denegação). Em geral, não se sente merecedora de sentimentos de amor e não mostra o desejo de ser amada, protegida ou apoiada, porem sofre com sua insegurança (baixo escore em Afago).

Trata-se de pessoa organizada e obcecada por terminar as coisas que começa, tem alto nível de empenho e vive organizando e manipulando pessoas e seu ambiente para se satisfazer e se sentir realizada (Ordem, Persistência e Desempenho).

Não dá muita atenção aos outros, não se empenhando em ser simpática ou dar apoio ao próximo. Porém, é uma pessoa confiante e leal com as pessoas com as quais se relaciona (Assistência e Afiliação).

Não se preocupa em influenciar o outro para não ser influenciada, ou seja, pouco interfere no comportamento do outro e, sendo assim, não se importa em ser ouvida, vista ou apoiada (Dominância e Exibição). Apresenta baixo escore em agressão, não expressando seus sentimentos de irritabilidade. Não se importa em preservar sua liberdade, mantendo postura de submissão ao outro (Agressão e Autonomia). Deixa o comando de sua vida para o outro e pouco deseja se relacionar com figura do sexo oposto (Heterossexualidade). Apresenta pouca capacidade de mudança, não se dá a chance de experimentar novidades, pois está sempre numa postura de subordinação (Mudança).

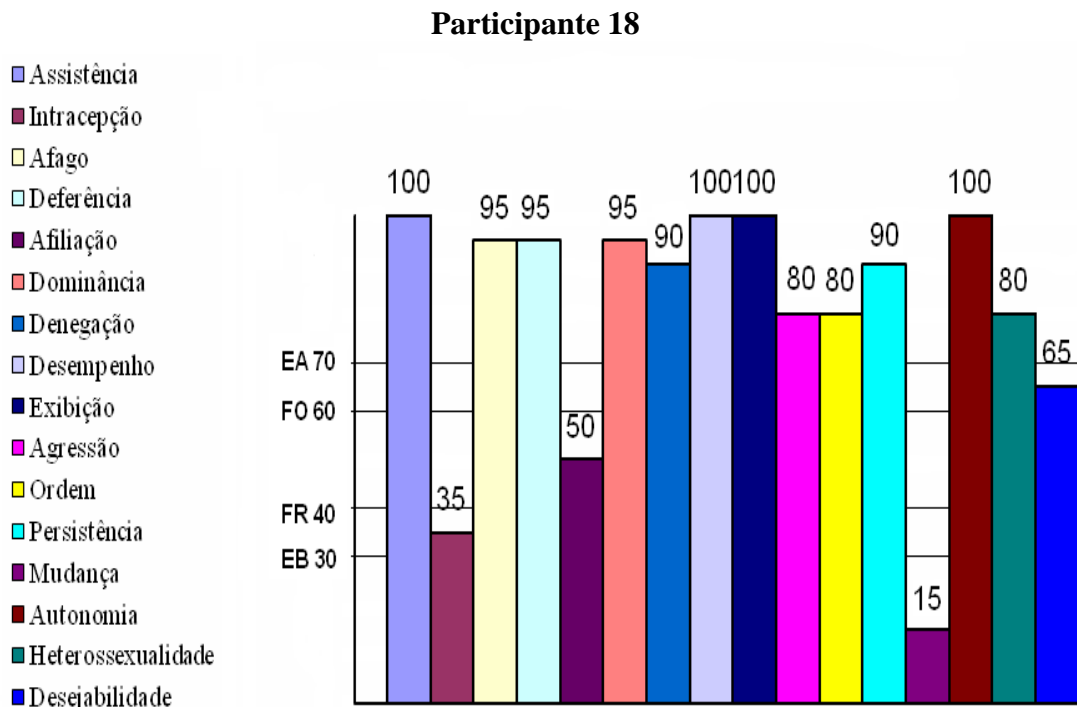


Figura 18. Resultados da participante 18 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Assistência (percentil 100), Afago (percentil de mais ou menos 95), Deferência (percentil de mais ou menos 95), Dominância (percentil de mais ou menos 95), Denegação (percentil de mais ou menos 90), Desempenho (percentil 100), Exibição (percentil 100), Agressão (percentil de mais ou menos 80), Ordem (percentil de mais ou menos 80), Persistência (percentil de mais ou menos 90), Autonomia (percentil 100) e Heterossexualidade (percentil 80); **o escore extremamente baixo** em Mudança (percentil de mais ou menos 15).
- **escores forte** em Desejabilidade Social (percentil 65) e **fraco** em Intração (percentil 35).

Esses resultados apontam desejos de ser protegida e amada (Afago), apresentando comportamentos voltados ao outro e demonstrativos de preocupação e cuidados com o próximo (Assistência), bem como uma postura de respeito e reverência aos seus superiores (Deferência). É carente de afeto, tem sentimentos de inferioridade e tende a sentir culpa e a ter impulsos autodestrutivos (altos escores em Denegação). Apresenta ainda uma forte necessidade de ser ouvida e vista (Exibição) e tem muita raiva contida (Agressão). Além disso, a necessidade de manter fortes relações com a figura masculina reforça o aspecto de carência do ponto de vista afetivo (Heterossexualidade).

Os escores altos em Dominância e Desempenho se coadunam com as atitudes de comandar, manipular e buscar alguma realização, ainda que seja em pequenas coisas, o que a faz sentir-se melhor, organizada, porém com certa obsessão por ver o resultado final de seu trabalho (Ordem e Persistência). Sente-se livre ao seguir seus próprios impulsos (Autonomia).

Trata-se de uma pessoa que não aprecia novidades e mudanças na sua vida (escore baixo em Mudança). Demonstra dificuldades em compreender e conduzir-se por seus próprios sentimentos, tendo pouca capacidade de reflexão e imaginação (escore fraco em Intração).

Participante 19

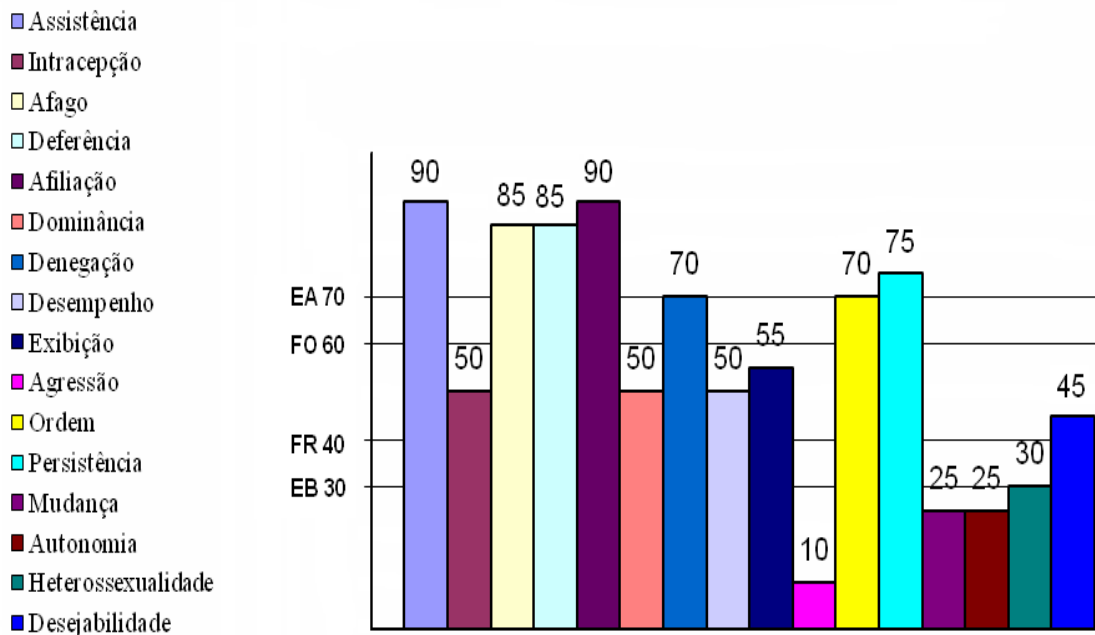


Figura 19. Resultados da participante 19 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Assistência (percentil 90), Afago (percentil 85), Deferência (percentil de mais ou menos 85), Afiliação (percentil de mais ou menos 90), Denegação (percentil 70), Ordem (percentil 70), Persistência (percentil de mais ou menos 75); **os escores extremamente baixos** em Agressão (percentil de mais ou menos 10), Mudança (percentil de mais ou menos 25) e Autonomia (percentil 25).
- **escore fraco** em Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 30).

Trata-se de pessoa muito submissa e com fortes sentimentos de respeito e reverência, principalmente aos seus superiores, segundo resultados do IFP. Entrega-se à resignação com desejo ou tendência de se submeter passivamente à força externa, a culpar-se, sentir-se inferior e fracassada, com atitudes autodestrutivas (Deferência e Denegação). Não se percebe boa o suficiente para lidar com as demandas de sua vida, o que leva a sentimentos autodestrutivos. Tem forte necessidade de ser amada, protegida e compreendida pelo outro, o que se relaciona à sua extrema insegurança (Afago).

Procura dar e receber afeto de amigos e demonstra boa vontade, atenção e ternura, procurando sempre gratificar as necessidades do outro (Afiliação e Assistência).

Gosta de persistir nas coisas que realiza, tem a tendência de finalizar seus afazeres, pois é obcecada por organizar e ver o resultado final de seu trabalho (Persistência e Ordem).

Os resultados evidenciam certa dificuldade em expressar sentimentos de raiva e ataque ao outro. Não se importa em executar tarefas impostas e não luta por sua independência ou liberdade. Tais posturas interferem na capacidade de aceitar mudanças em sua vida, pois não se sente livre, mas sim, subordinada a outras pessoas. Apresenta muita insegurança e tendência a fobias (Agressão, Autonomia e Mudança). Tem dificuldades em manter relações com pessoas do sexo oposto (Heterossexualidade).

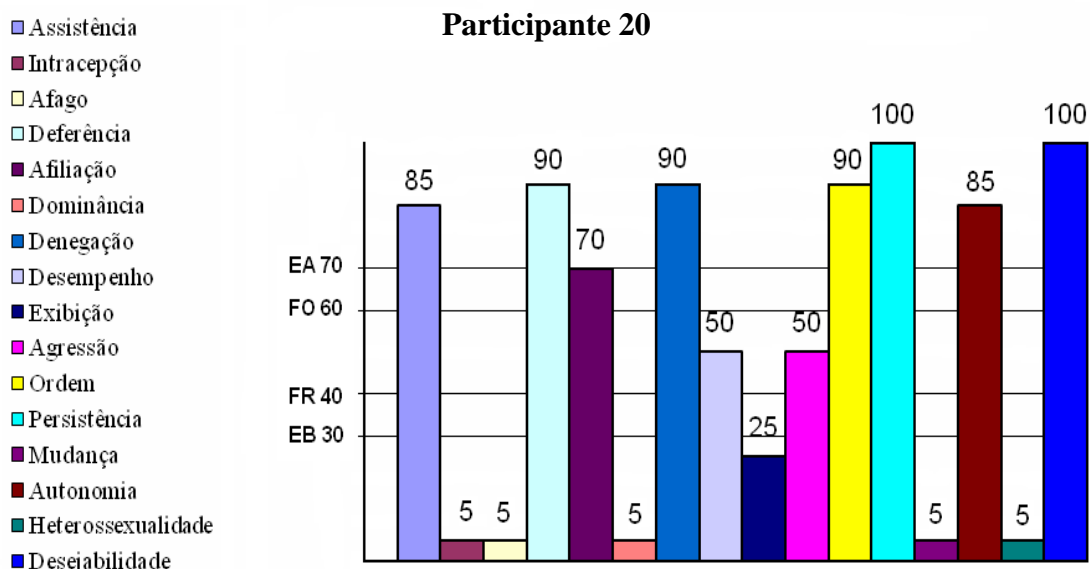


Figura 20. Resultados da participante 20 do grupo A no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Assistência (percentil de mais ou menos 85), Deferência (percentil 90), Afiação (percentil 70), Denegação (percentil de mais ou menos 90), Ordem (percentil 90), Persistência (percentil 100), Autonomia (percentil de mais ou menos 85) e Desejabilidade Social (percentil 100); **os escores extremamente baixos** em Intracção (percentil de mais ou menos 5), Afago (percentil de mais ou menos 5), Dominância (percentil de mais ou menos

5), Exibição (percentil 25), Mudança (percentil de mais ou menos 5) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 5).

Resultados mostram uma pessoa preocupada com a forma como é vista pelo outro e que tem desejos de atender as expectativas dos outros. Deseja ser vista como pessoa bem organizada e que mantém as coisas limpas e precisas, porém, apresenta uma folha de respostas (IFP) com muitas rasuras e rabiscos, o que evidencia dificuldades em se organizar e atingir a organização desejada (Desejabilidade Social e Ordem).

Esta pessoa, ao mesmo tempo em que se apresenta com características de gratificação e compaixão pelo outro, que forma bons vínculos de amizade, se apega, é leal e ama as pessoas com as quais convive, respeitando pessoas que considera seus superiores. Na verdade, gosta de ser vista como uma fortaleza, como uma pessoa que não necessita dos outros (amada e protegida). Mantém comportamentos que se relacionam à forma com que deseja ser vista, ou seja, como alguém forte, prática, que suporta uma condição de provedora de amor ao próximo sem necessidade de ter nada em troca. É capaz de resignar-se, confessar erros e aceitar desaforos, demonstrando que não se importa em ser bem vista (Assistência, Afiliação, Afago, Deferência, Denegação, Intracepção e Exibição).

É persistente e deseja ver o resultado das atividades realizadas. Preza por sua independência e liberdade e não mostra desejo de dominar ou comandar os outros (Persistência, Autonomia e Dominância).

Uma pessoa frágil, com dificuldades em realizar mudanças e experimentar coisas novas e que não se importa em manter relações sólidas com a figura do sexo oposto. Sua grande preocupação está na forma pela qual é percebida pelo mundo (Mudança e Heterossexualidade).

Grupo B

As figuras apresentadas abaixo representam os resultados do IFP (no Grupo B) quanto ao índice de escores que são classificados como *extremos alto, forte, fraco e extremo baixo*. As cores em destaque representam as necessidades abordadas no Inventário Fatorial de Personalidade (IFP), segundo a representação da legenda. Em seguida está a interpretação dos resultados, com a descrição da classificação de escores e leitura psicodinâmica dos resultados.

Avaliação e interpretação dos dados obtidos no IFP: Grupo B

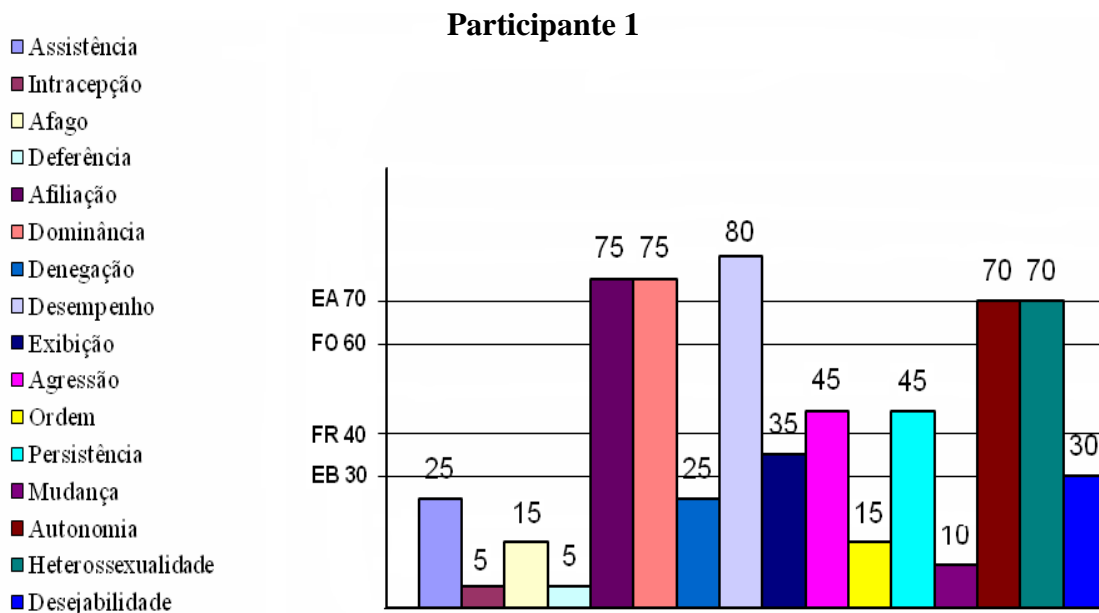


Figura 21. Resultados da participante 1 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Afiliação (percentil 75), Dominância (percentil 75), Desempenho (percentil 80), Autonomia (percentil 70) e Heterossexualidade (percentil 70); os *escores extremos baixos* em Assistência (percentil 25), Intração (percentil de mais ou menos 5), Afago (percentil 15), Deferência (percentil de mais ou menos 5), Denegação (percentil 25), Ordem (percentil de mais ou menos 15) e Mudança (percentil de mais ou menos 10).
- *escore fraco* em Exibição (percentil 35).

Segundo resultados trata-se de uma pessoa discreta, que evita impressionar o outro. Tende a exercer domínio sobre o outro e a manter influência na vida alheia, porém, com as figuras de autoridade mantém o respeito, admiração e reverência. Demonstra não se entregar à resignações, não sente-se inferior ou mantém posturas de submissão (Exibição, Dominância, Deferência e Denegação).

Procura dar e receber afeto, mantendo boas relações com pessoas que considera seus amigos e pessoas do sexo oposto, porém, apresenta dificuldades em dar suporte ao outro, o

que relaciona-se com a dificuldade em ser afagada e amada (Afiliação, Heterossexualidade, Assistência e Afago).

Apresenta dificuldades em manter as coisas em ordem e realizar mudanças (Ordem e Mudança). Gosta de sentir-se livre e agir independentemente, empenhando-se para realizar algo difícil como dominar e manipular as coisas de forma prática e concreta, encarando sua realidade como ela é (Autonomia, Desempenho e Intracepção).

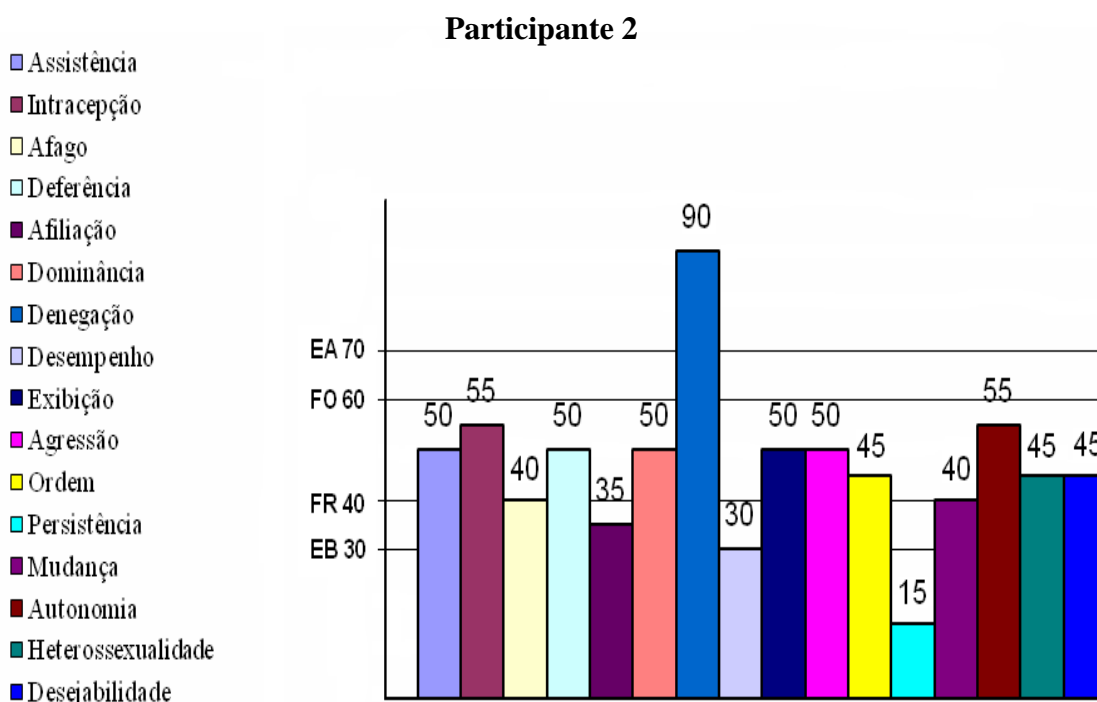


Figura 22. Resultados da participante 2 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Denegação (percentil 90); os *escores extremos baixos* em Desempenho (percentil 30) e Persistência (percentil de mais ou menos 15).
- *escores fraco* em Afago (percentil 40), Afiliação (percentil de mais ou menos 35) e Mudança (percentil 40).

Os resultados apontam uma pessoa com postura de respeito, admiração e reverência a quem considera seus superiores, os quais procura elogiar e obedecer (Denegação). Porém, no

que se refere à auto-realização, demonstra pouco empenho, mostrando sua fragilidade em vencer obstáculos e manipular as coisas da sua vida. Mostra ser pouco persistente em seus afazeres e apresenta dificuldades em levar qualquer trabalho até o fim (Desempenho e Persistência).

Demonstra uma tendência ao isolamento, com dificuldades em manter amizades, ser afetiva e demonstrar boa vontade e amor. Mostra características de uma pessoa frágil no sentido de buscar apoio e proteção de amigos e que não deseja ser afagada, protegida ou amada, dada sua postura em sentir-se suficientemente segura a ponto de não precisar do outro (Afiliação e Afago).

Tem dificuldade em aceitar coisas novas como pessoas, situações, lugares e objetos, mostrando pouca capacidade em aceitar mudanças em sua vida, o que a caracteriza com tendência ao isolamento (Mudança).

Participante 3

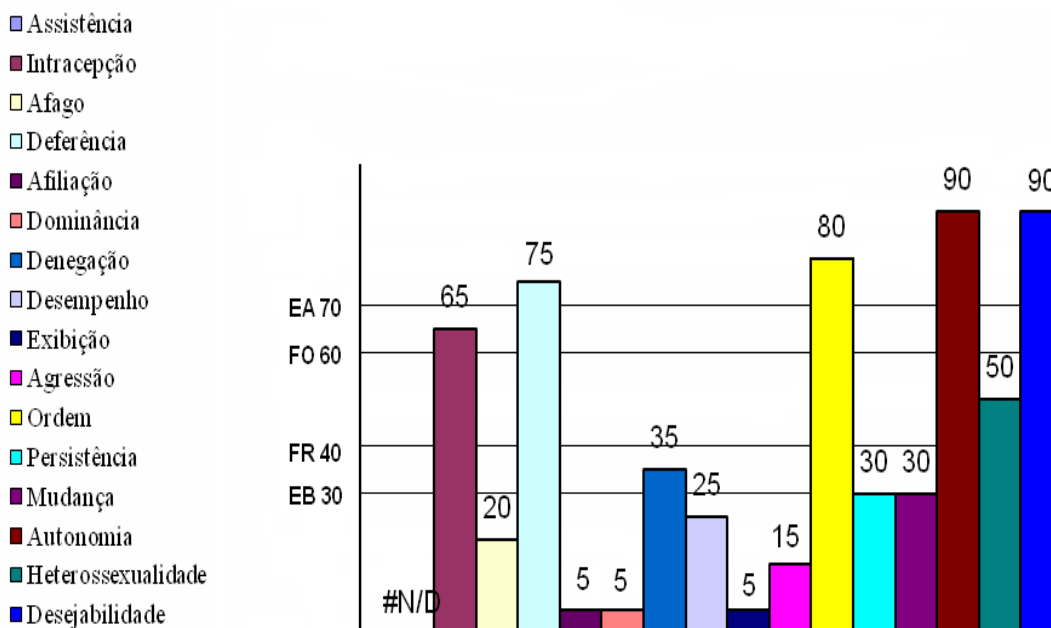


Figura 23. Resultados da participante 3 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Deferência (percentil 75), Ordem (percentil de mais ou menos 80), Autonomia (percentil de mais ou menos 90) e Desejabilidade Social (percentil 90); os *escores extremos baixos* em Assistência (percentil de mais ou menos 5), Afago (percentil 20), Afiliação (percentil de mais ou menos 5), Dominância (percentil de mais ou menos 5), Desempenho (percentil 25), Exibição (percentil de mais ou menos 5), Agressão (percentil 15), Persistência (percentil 30) e Mudança (percentil 30).
- *escores forte* em Intracepção (percentil 65) e *fraco* em Denegação (percentil 35).

Os resultados mostram uma pessoa que tem desejos de atender as expectativas dos outros, que preocupa-se com maneira pela qual é vista (Desejabilidade Social).

Demonstra características de uma pessoa organizada, precisa e autônoma e que procura dar conta de suas coisas sem depender do outro, preservando sua liberdade e direito de agir independentemente (Ordem e Autonomia). Uma pessoa que não valoriza a afetividade e que não procura ser simpática e auxiliar ao próximo, e, ao mesmo tempo, não espera ter seus desejos satisfeitos por alguma pessoa querida. Pouco valoriza as amizades e relacionamentos que demonstram afeto. Demonstra não precisa do outro, sente-se suficientemente capaz de lidar com seus conflitos sem recorrer ao próximo. Às pessoas que considera seus superiores demonstra respeito e reverência e os têm como modelo (Assistência, Afago, Afiliação e Deferência).

Apresenta escore baixo em dominância, o que explica ser uma pessoa que não alimenta sentimentos de raiva e ódio em relação ao outro (Dominância e Agressão). Dificilmente aceita mudanças e coisas novas em sua vida, afinal, gosta de viver seu mundo de forma subjetiva e individualista, vivendo suas fantasias e deixando-se conduzir por seus próprios sentimentos (Mudança e Intracepção). Trata-se de uma mulher discreta e pouco vaidosa. Mesmo demonstrando baixo empenho e persistência em suas realizações, dificilmente se entrega a resignações ou sente-se fracassada, não admite inferioridade, não aceita desaforos ou carrega sentimentos de culpa (Exibição, Desempenho, Persistência e Denegação).

Participante 4

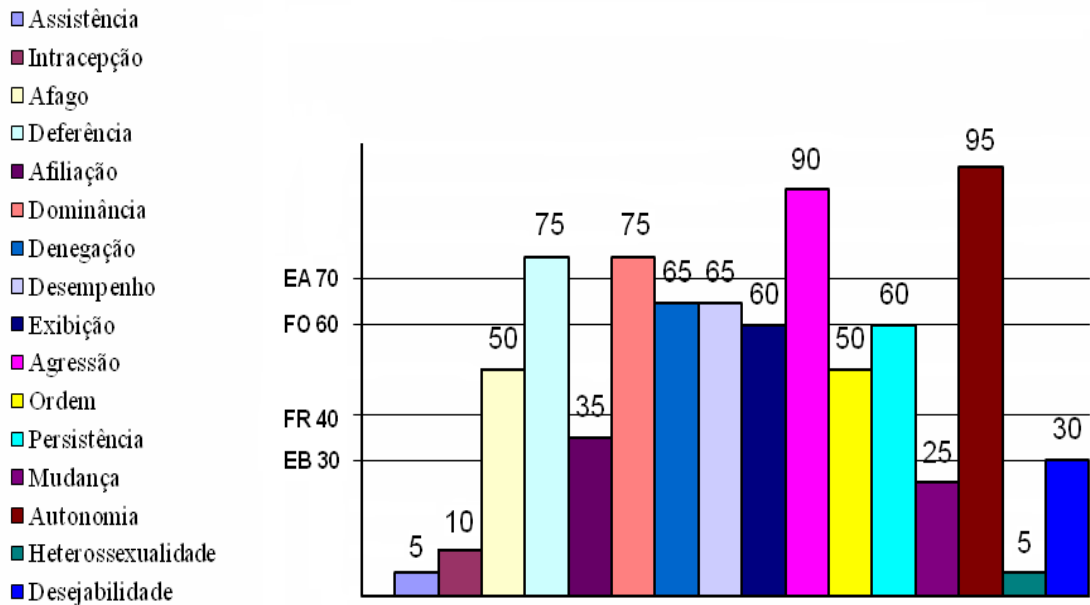


Figura 24. Resultados da participante 4 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Deferência (percentil 75), Dominância (percentil 75), Agressão (percentil 90) e Autonomia (percentil 95); os **escores extremos baixos** em Assistência (percentil de mais ou menos 5), Intração (percentil de mais ou menos 10), Mudança (percentil 25) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 5).
- **escores forte** em Denegação (percentil 65), Desempenho (percentil 65), Exibição (percentil 60), Persistência (percentil 60) e **fraco** em Afiliação (percentil 35).

Nos resultados apresenta-se uma pessoa com desejos de dominar e manipular as pessoas de sua convivência de maneira agressiva, caracterizando-se com sentimentos de raiva e irritabilidade. Mantém diferente postura com pessoas que considera seus superiores, onde procura respeitar e prestar reverência (Dominância, Agressão e Deferência).

Trata-se de pessoa prática, que não se deixa levar por seus próprios sentimentos. Demonstra forte necessidade em manter sua autonomia e evita posturas de submissão, procurando seguir seus impulsos e sentir-se livre, mantendo sempre um bom desempenho,

ambição e o desejo de realizar algo difícil, como dominar e manipular as coisas. Quando (eventualmente) se entrega às resignações e se submete a desejos do outro sente-se fracassada (Intracção, Autonomia, Desempenho e Denegação).

Evidenciam-se fracos desejos de compaixão e suporte emocional ao próximo. Trata-se de uma pessoa que não procura dar e receber afeto de amigos e tem dificuldades em expressar sentimentos de boa vontade e amor, o que pode relacionar-se à fraca necessidade de ser ouvida ou vista e de chamar a atenção do outro (Assistência, Afiliação e Exibição).

Trata-se de pessoa que gosta de finalizar as tarefas iniciadas, persistentemente. Apresenta dificuldade em aceitar coisas novas e diferentes, sejam pessoas, idéias ou até mesmo lugares. Apresenta dificuldades em manter relações próximas com indivíduos do sexo oposto (Persistência, Mudança e Heterossexualidade).

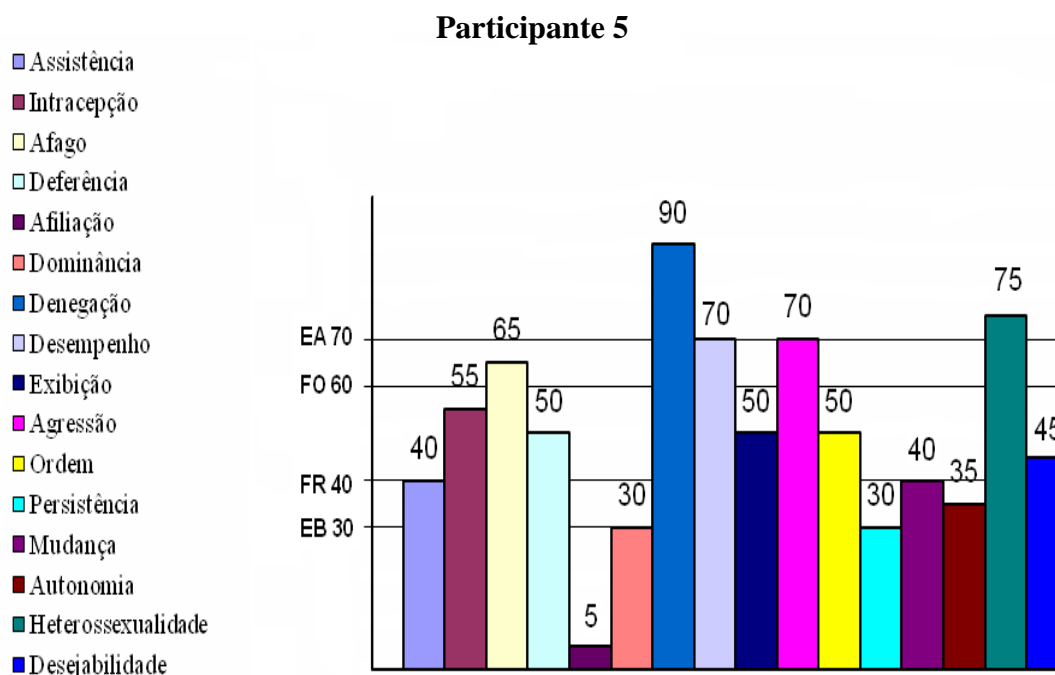


Figura 25. Resultados da participante 5 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Denegação (percentil 90), Desempenho (percentil 70), Agressão (percentil 70) e Heterossexualidade (percentil 75); e os **escores extremos baixos** em Afiliação (percentil 5), Dominância (percentil 30) e Persistência (percentil 30).

- **escores forte** em Afago (percentil 65), e **fraco** em Assistência (percentil 40), Mudança (percentil 40) e Autonomia (percentil 35).

Apresenta-se como uma mulher que gosta de manter fortes vínculos com a figura do sexo oposto, contudo, apresenta dificuldades em dar e receber afeto dos amigos e demonstrar boa vontade e amor, não se importando em se apegar ou manter amizades (Heterossexualidade e Afiliação).

Entrega-se à resignação e submete-se a forças externas. Essas posturas a fazem sentir-se culpada e fracassada, com sentimentos de inferioridade. Tais características se coadunam com o baixo escore em Dominância, pois não procura influenciar os outros, ao contrário, adota uma postura mais submissa do que dominadora. Ademais, não luta por sua autonomia e liberdade frente à vida. Sua submissão e passividade parece favorecer a posturas de agressividade e irritabilidade (Denegação, Dominância, Autonomia e Agressão).

Trata-se de pessoa que gosta de sentir-se amada, porém, tem dificuldades em demonstrar compaixão e simpatia e em dar suporte emocional ao outro quando necessário (Afago, Assistência).

Os resultados apontam sua dificuldade de levar um trabalho até o fim, embora exista o desejo de sentir-se realizada e empenha-se para isto. Sua dificuldade está em realizar mudanças e aceitar coisas novas e diferentes (Persistência, Desempenho e Mudança).

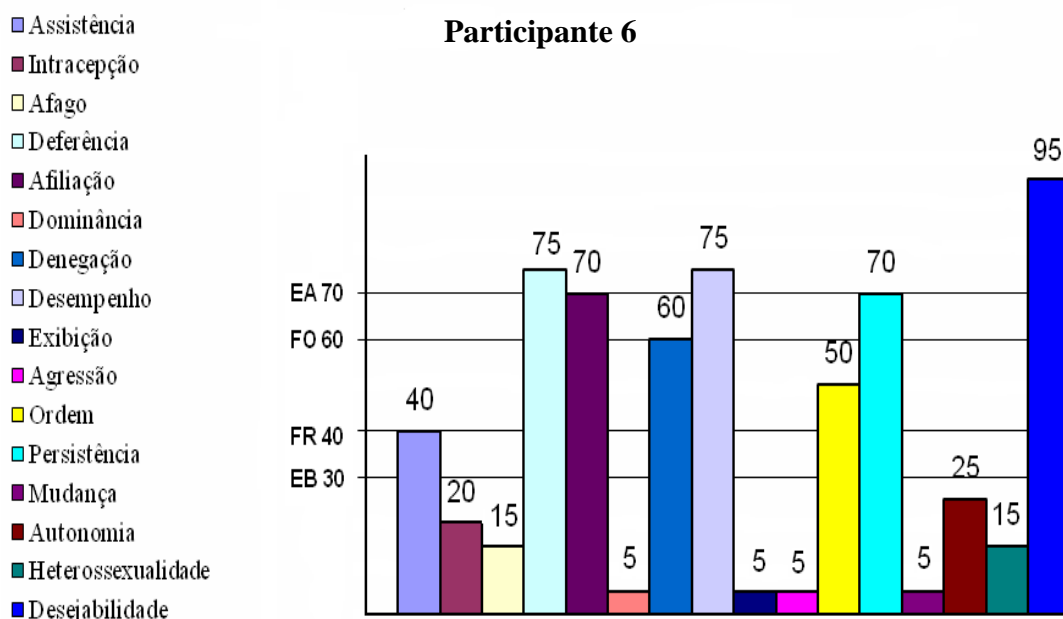


Figura 26. Resultados da participante 6 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Deferência (percentil 75), Afiliação (percentil 70), Desempenho (percentil 75), Persistência (percentil 70) e Desejabilidade Social (percentil de mais ou menos 95); os *escores extremos baixos* em Intração (percentil de mais ou menos 20), Afago (percentil de mais ou menos 15), Dominância (percentil de mais ou menos 5), Exibição (percentil de mais ou menos 5), Agressão (percentil de mais ou menos 5), Mudança (percentil de mais ou menos 5), Autonomia (percentil 25) e Heterossexualidade (percentil 15).
- *escores forte* em Denegação (percentil de mais ou menos 60) e *fraco* em Assistência (percentil 40).

Nos resultados evidencia-se uma mulher que valoriza as expectativas do outro, desta forma, tende a se mostrar da maneira com que deseja ser vista (Desejabilidade Social). Demonstra ser uma pessoa persistente que se empenha para alcançar sua auto-realização, mesmo que seja preciso manipular coisas ao seu redor (Persistência e Desempenho).

Deseja ser vista como alguém que respeita e dá suporte a pessoas que considera uma autoridade, mantendo uma postura de submissão e resignação, o que relaciona-se com sua dificuldade em dominar e controlar os outros (Deferência, Denegação e Dominância).

Não se deixa conduzir por sentimentos e fantasias, vive a realidade (Intração).

Demonstra ser uma pessoa que valoriza amizades, porém, pouco se compadece e demonstra amor ao próximo. Esta pessoa tem dificuldades em oferecer suporte emocional, e, ao mesmo tempo, não demonstra desejos de ser amada e protegida, ouvida ou vista (não deseja receber afeto devido à dificuldade em retribuir) (Afiliação, Assistência, Afago e Exibição).

Uma pessoa tranquila, que não expressa sentimentos de raiva e irritabilidade e que, facilmente se submete a imposições, não prezando por sua liberdade (Agressão e Autonomia). Suas fragilidades são ligadas à dificuldade de aceitar mudanças e de manter relações com o sexo oposto (Mudança e Heterossexualidade).

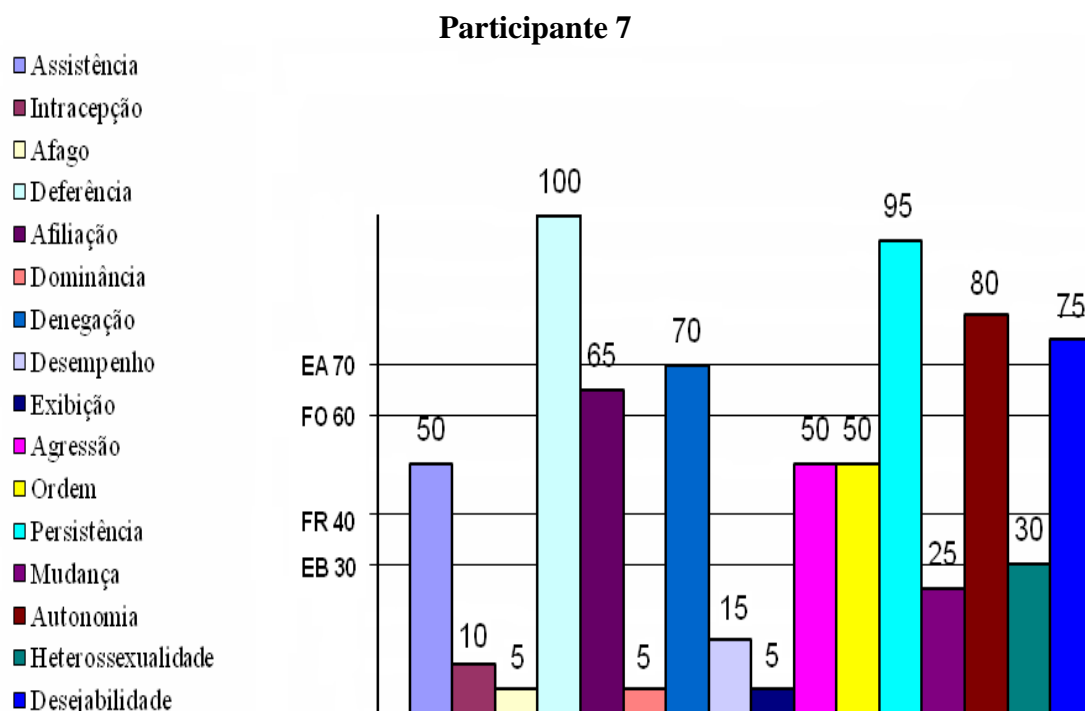


Figura 27. Resultados da participante 7 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Deferência (percentil de mais ou menos 100), Denegação (percentil de mais ou menos 70), Persistência (percentil 95), Autonomia (percentil 80) e Desejabilidade Social (percentil 75); os **escores extremos baixos** em Intração (percentil de mais ou menos 10), Afago (percentil de mais ou menos 5), Dominância (percentil de mais ou menos 5), Desempenho (percentil 15), Exibição (percentil de mais ou menos 5), Mudança (percentil 25) e Heterossexualidade (percentil 30).
- **escore forte** em Afiliação (percentil 65).

Os resultados mostram uma pessoa que valoriza as expectativas do outro e o modo como é vista por este (Desejabilidade Social). Vive a realidade sem se deixar conduzir por impulsos e sentimentos, gosta de sentir-se livre para seguir seus próprios instintos, resistindo à oposição e, de maneira persistente, gosta de levar um trabalho até o fim, se empenhando para isso. Não raro, queixa-se de cansaço e mostra muita preocupação (Intração, Autonomia, Desempenho e Persistência).

Demonstra respeito a figuras que considera seus superiores, procurando obedecê-los a ponto de resignar-se, afinal, tende a submeter-se passivamente à força externa, admitir inferioridade, erro e fracasso. Não expressa sentimentos de autoconfiança (Deferência, Denegação e Dominância).

Caracteriza-se como uma pessoa segura, pois demonstra que raramente busca apoio, proteção e/ou deseja ser amada. Tais necessidades se coadunam com o fraco desejo em ser ouvida ou vista. Porém, valoriza os amigos, demonstrando confiança (Desejabilidade Social, Afago e Exibição). Apresenta dificuldade em aceitar mudanças, principalmente quando estas estão relacionadas à figura masculina, pois tem dificuldades em manter fortes relações com a figura do sexo oposto (Mudança e Heterossexualidade).

Participante 8

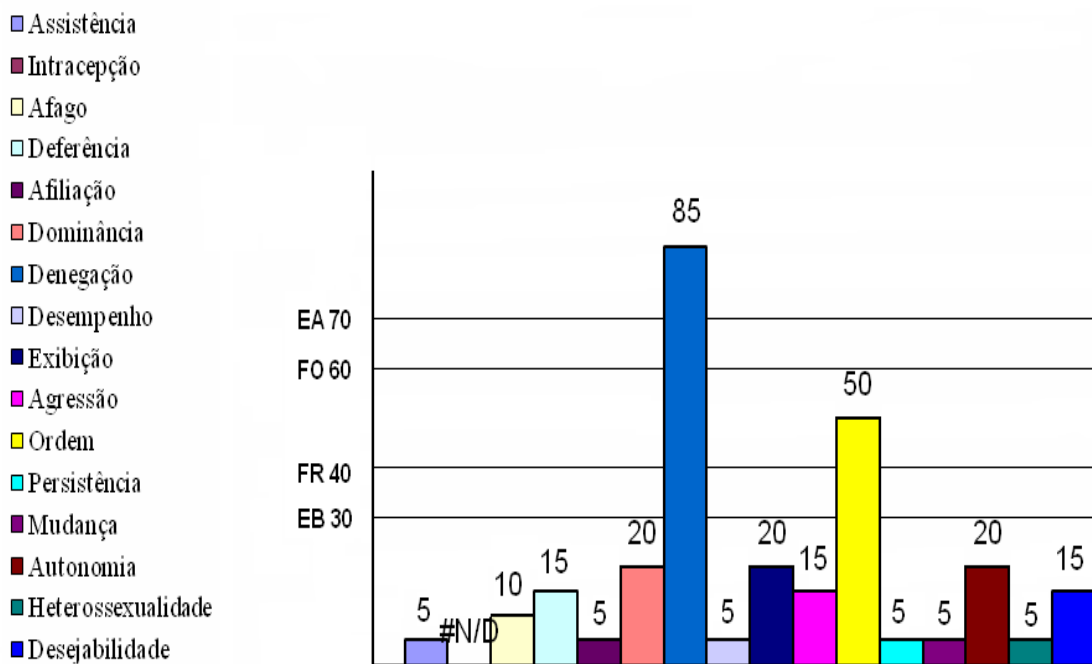


Figura 28. Resultados da participante 8 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- *score extremo alto* em Denegação (percentil 85); os *escores extremos baixos* em Assistência (percentil de mais ou menos 5), Intração (percentil de mais ou menos

5), Afago (percentil de mais ou menos 10), Deferência (percentil 15), Afiliação (percentil de mais ou menos 5), Dominância (percentil 20), Desempenho (percentil de mais ou menos 5), Exibição (percentil 20), Agressão (percentil 15), Persistência (percentil de mais ou menos 5), Mudança (percentil de mais ou menos 5), Autonomia (percentil de mais ou menos 20) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 5).

Os resultados apontam que exercer domínio sobre outras pessoas não é uma necessidade desta mulher, que, frente a autoridades tende a reverenciá-las e submeter-se a elas. Estas posturas se coadunam com a tendência em resignar-se e submeter-se à força externa, alimentando assim, sentimentos de fracasso e inferioridade, com baixo escore em agressividade (Dominância, Deferência, Denegação e Agressão). Trata-se de uma mulher que sofre influência do outro nas suas escolhas e desejos e que não zela por sua liberdade (Autonomia).

Uma pessoa imatura do ponto de vista emocional, com dificuldades em demonstrar compaixão e amor ao próximo. Esta postura parece ser uma defesa, porque, com ela, vem a dificuldade em buscar apoio e proteção, ser ouvida ou vista e ainda a ausência de desejos de ser afagada, apoiada e amada. Sente-se segura a ponto de não precisar do outro para administrar seus sentimentos. Não valoriza vínculos de amizade e tem dificuldade em manter relações harmoniosas com a figura do sexo oposto, evidenciando assim sua fragilidade afetiva (Assistência, Afago, Afiliação, Heterossexualidade e Exibição).

Trata-se de pessoa extremamente prática que não se deixa conduzir por sentimentos, tem dificuldades em aceitar mudanças e em levar algo até o fim, pouco se empenhando em suas realizações (Intracepção, Mudança, Persistência e Desempenho).

Participante 9

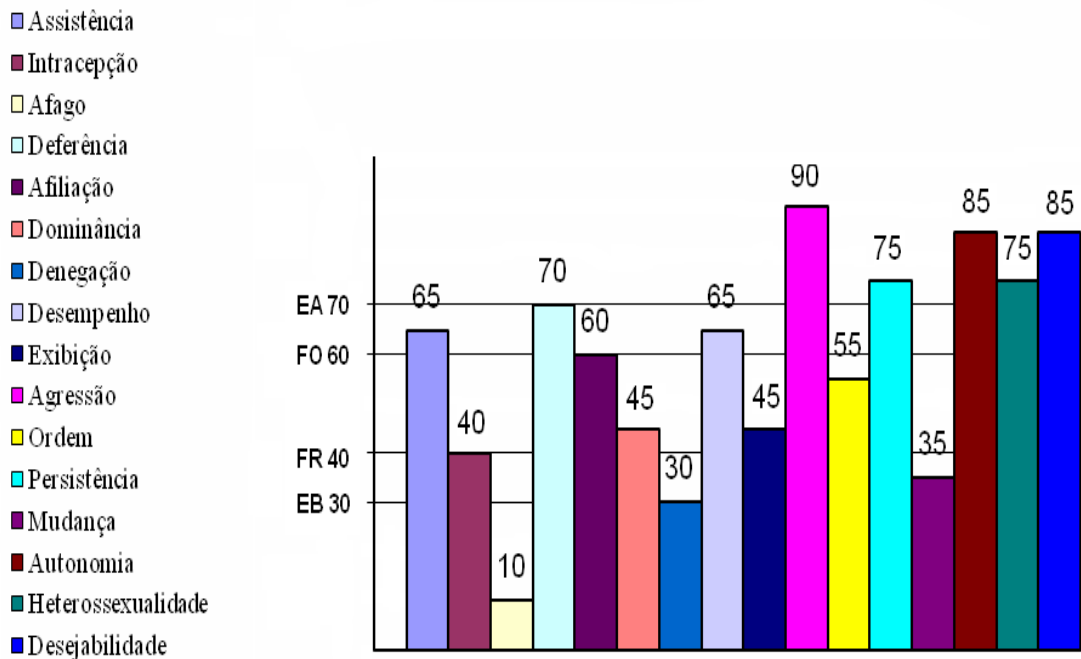


Figura 29. Resultados da participante 9 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Deferência (percentil 70), Agressão (percentil de mais ou menos 90), Persistência (percentil de mais ou menos 75), Autonomia (percentil de mais ou menos 85), Heterossexualidade (percentil 75) e Desejabilidade Social (percentil 85); os **escores extremos baixos** em Afago (percentil de mais ou menos 10) e Denegação (percentil 30).
- **escores forte** em Assistência (percentil 65), Afiliação (percentil 60) e Desempenho (percentil 65) e **fraco** em Intração (percentil 40) e Mudança (percentil 35).

Em resultados apresentam uma pessoa com desejos de ser aceita socialmente e que tende a apresentar-se segundo as expectativas dos outros (Desejabilidade Social). Embora demonstre sentimentos de compaixão e desejo de manter suas amizades, dando e recebendo afeto, apresenta alto escore de agressividade e irritabilidade (Assistência, Afiliação e Agressão).

Caracteriza-se por alguém que preza por liberdade e não costuma executar tarefas impostas por autoridades, pois gosta de agir independentemente e ser uma mulher persistente, que leva suas tarefas até o fim com empenho para realizar algo difícil e que exige energia, dado que dificilmente se entrega a resignações ou se deixa dominar (Autonomia, Persistência, Desempenho e Denegação). Porém, quando se trata de seus superiores, demonstra obediência e respeito (Deferência).

Trata-se de pessoa prática, que vive sua realidade de forma concreta (Intracção). Ademais, resultados apontam uma pessoa que não busca o apoio e o amor do outro e que tem dificuldade em aceitar mudanças em sua vida (Afago e Mudança). Estabelece, com facilidade, fortes relações com a figura do sexo oposto (Heterossexualidade).

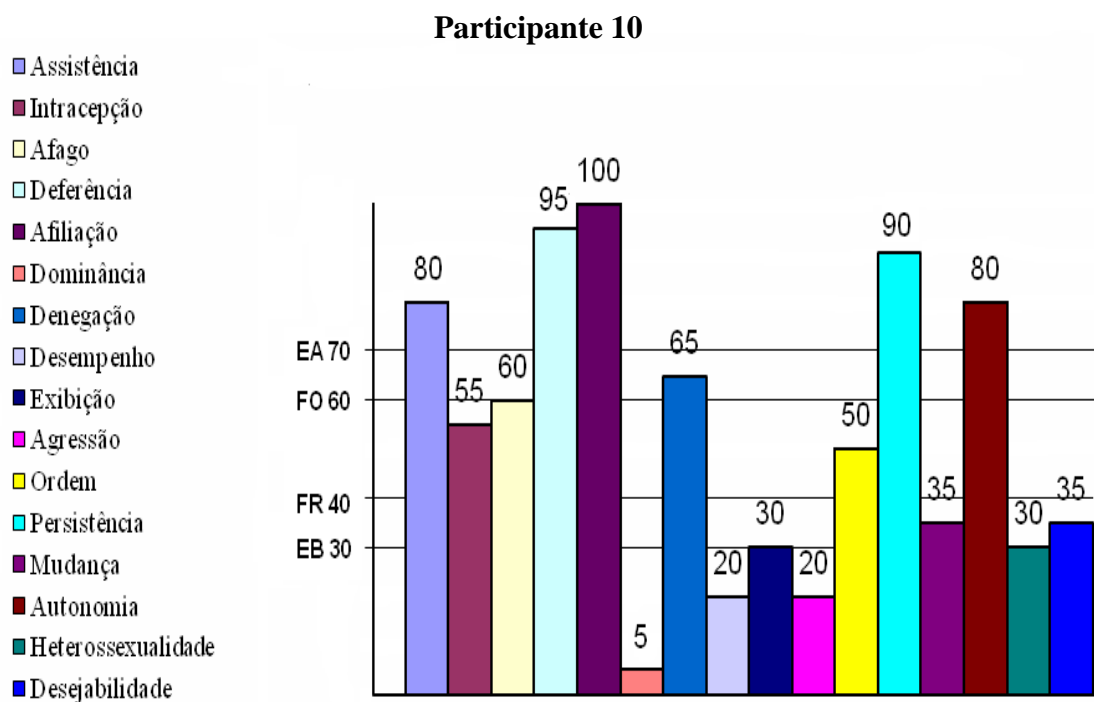


Figura 30. Resultados da participante 10 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Assistência (percentil 80), Deferência (percentil de mais ou menos 95), Afiliação (percentil 100), Persistência (percentil de mais ou menos 90) e Autonomia (percentil 80); os *escores extremos baixos* em

Dominância (percentil de mais ou menos 5), Desempenho (percentil 20), Exibição (percentil 30) e Agressão (percentil de mais ou menos 20).

- *escores forte* em Afago (percentil de mais ou menos 60) e Denegação (percentil 65), e *fraco* em Mudança (percentil 35) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 30).

Os resultados indicam uma pessoa simpática, que valoriza o outro expressando sentimentos de compaixão, e que procura dar e receber afeto dos amigos (Assistência e Afiliação). Esta pessoa gosta de receber todo o carinho oferecido; sendo assim, deseja sentir-se amada e protegida por alguém e, para isto, por vezes, tem comportamentos de submissão ao outro, principalmente com figuras de autoridade, frente às quais demonstra muito respeito (Afago, Denegação e Deferência).

Caracteriza-se por uma pessoa pouco dominadora, sem desejos de controlar os outros, que procura ser discreta, pois, não gosta de impressionar os outros. Apresenta um baixo escore em agressão, o que demonstra que não nutre sentimentos de raiva e ódio (Dominância, Exibição e Agressão).

Trata-se de uma mulher persistente em ver o resultado final das coisas, porém, com pouca ambição e desejos de controlar objetos ou pessoas (Persistência e Desempenho). Gosta de sentir-se livre e de agir independentemente (Autonomia). Tem dificuldades em aceitar coisas novas e diferentes e em manter relações próximas e harmoniosas com figura do sexo oposto (Mudança e Heterossexualidade).

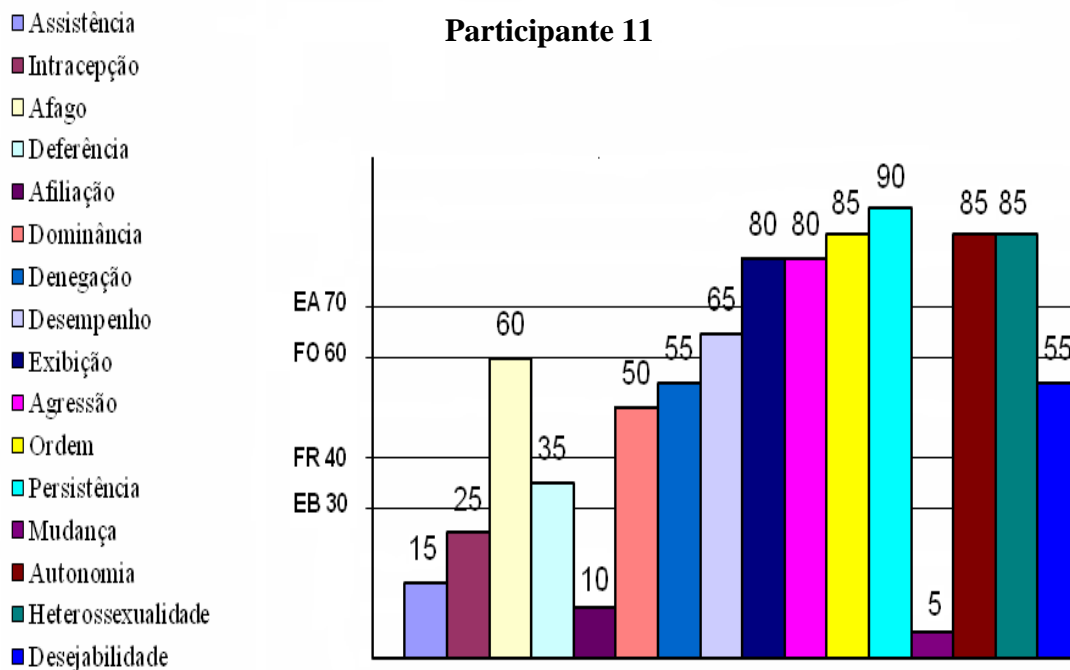


Figura 31. Resultados da participante 11 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Exibição (percentil de mais ou menos 80), Agressão (percentil de mais ou menos 80), Ordem (percentil 85), Persistência (percentil 90), Autonomia (percentil 85) e Heterossexualidade (percentil 85); os **escores extremos baixos** em Assistência (percentil 15), Intração (percentil 25), Afiliação (percentil 10) e Mudança (percentil de mais ou menos 5).
- **escores forte** em Afago (percentil de mais ou menos 60) e Desempenho (percentil 65) e **fraco** em Deferência (percentil 35).

Esta pessoa tem fortes necessidades em ser ouvida e vista, o que a faz manter comportamentos para impressionar o outro. Precisa ser amada e afagada, sempre buscando apoio e proteção de pessoas queridas e amigas. Precisa constantemente de alguém que a entenda e a proteja, apresentando ansiedade de abandono e insegurança (Exibição e Afago).

Fica evidente a necessidade em receber afeto, porém, trata-se de uma pessoa que tem dificuldades em oferecer suporte e bons sentimentos. Sua fragilidade também se expressa no

sentido de dar e receber afeto dos amigos, não demonstrando facilmente abertura e proximidade afetiva. Contudo, é capaz de manter relações próximas com a figura do sexo oposto (Assistência, Afiliação e Heterossexualidade).

Segundo resultados mostra-se uma pessoa que se irrita com facilidade, extremamente organizada e ambiciosa. Demonstra forte empenho na realização de algo difícil, manipulando assim pessoas ou objetos. Vive com praticidade a sua realidade, não se deixando conduzir por seus próprios sentimentos (Agressão, Ordem, Desempenho e Intração)

Preza por sua liberdade e autonomia e não gosta de submeter-se a imposições, ainda que esteja diante de uma pessoa que considera um superior. Resultados mostram uma pessoa persistente em suas necessidades pessoais e que gosta de levar qualquer tarefa até o fim (Autonomia, Deferência e Persistência). É frágil no que diz respeito a mudanças, não se adaptando facilmente a coisas novas e diferentes (Mudança).

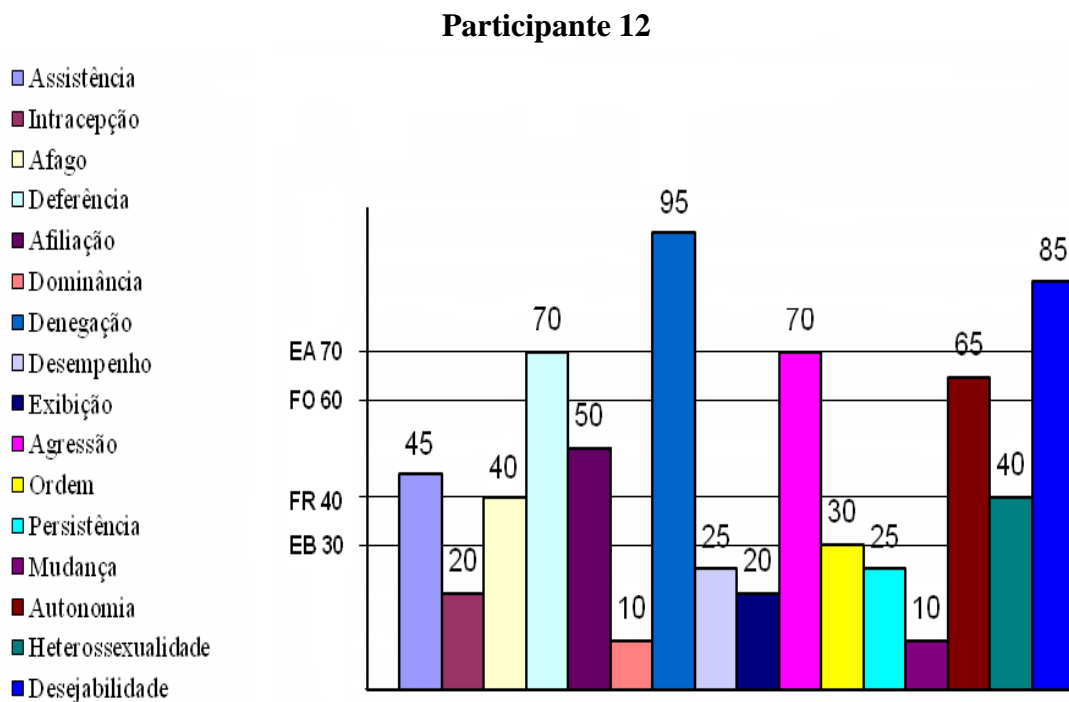


Figura 32. Resultados da participante 12 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Deferência (percentil 70), Denegação (percentil de mais ou menos 95), Agressão (percentil 70) e Desejabilidade Social (percentil 85); os *escores extremos baixos* em Intracepção (percentil de mais ou menos 20), Dominância (percentil 10), Desempenho (percentil 25), Exibição (percentil 20), Ordem (percentil 30), Persistência (percentil de mais ou menos 25) e Mudança (percentil 10).
- *escores forte* em Autonomia (percentil 65) e *fraco* em Afago (percentil 40) e Heterossexualidade (percentil 40).

Esta pessoa preocupa-se com a maneira pela qual é vista pelo outro, podendo se apresentar com base nas expectativas do outro (Desejabilidade Social). Gosta de ser vista como uma mulher submissa e admite certa inferioridade, além do mais, procura respeitar e até mesmo ser reverente com pessoas que considera seus superiores (Denegação e Deferência).

Segundo seus resultados, esta pessoa apresenta sentimentos de ódio e raiva em relação aos outros (Agressão). Demonstra ser pouco dominante, porém, preserva parte de sua autonomia no sentido de sentir-se livre para realizar suas escolhas (Dominância e Autonomia).

Trata-se de pessoa que deseja ser vista como uma fortaleza, alguém que não precisa de proteção, apoio e carinho. Ademais, não valoriza fortes relações com a figura do sexo oposto (Afago e Heterossexualidade). É uma mulher prática, que não segue seus impulsos e fantasias, mas vive a realidade como ela é. Não persiste em suas realizações, é pouco ambiciosa e pouco se empenha para realizar algo difícil (Intracepção, Persistência e Desempenho).

Uma pessoa com dificuldade em se adaptar a mudanças, o que se relaciona com a dificuldade de organização, pois mudar gera novas organizações. Trata-se de uma mulher pouco vaidosa e que não gosta de impressionar ou exhibir-se (Mudança, Ordem e Exibição).

Participante 13

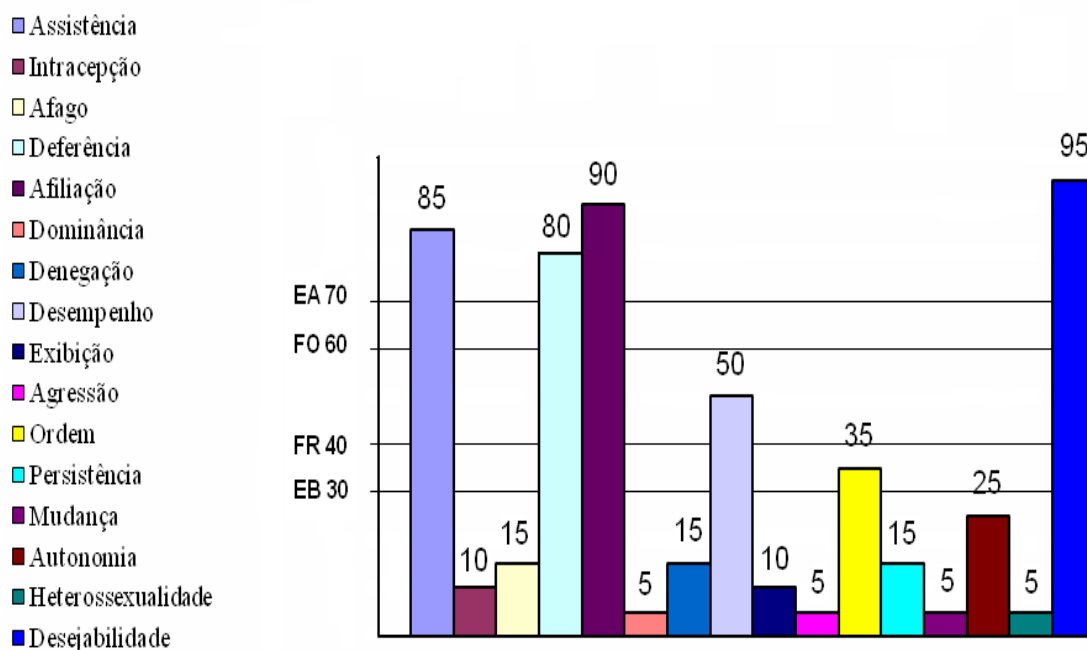


Figura 33. Resultados da participante 13 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Assistência (percentil 85), Deferência (percentil 80), Afiliação (percentil de mais ou menos 90) e Desejabilidade Social (percentil de mais ou menos 95); os **escores extremos baixos** em Intracção (percentil 10), Afago (percentil de mais ou menos 15), Dominância (percentil de mais ou menos 5), Denegação (percentil de mais ou menos 15), Exibição (percentil 10), Agressão (percentil de mais ou menos 5), Persistência (percentil de mais ou menos 15), Mudança (percentil de mais ou menos 5), Autonomia (percentil 25) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 5).
- **escore fraco** em Ordem (percentil 35).

Segundo os resultados esta pessoa preocupa-se com a maneira pela qual é vista pelo outros e procura atender as expectativas alheias (Desejabilidade Social). Sendo assim, demonstra ser uma pessoa carismática, simpática e que se compadece pelo próximo sem pedir nada em troca. Trata-se de uma mulher que gosta de ser vista como alguém que não necessita de apoio e proteção (Assistência e Afago). Caracteriza-se como alguém capaz de dar e receber

afeto de amigos, alguém confiável. Com seus superiores é reverente e os tem como forte exemplo, elogiando-os e respeitando-os (Afiliação e Deferência).

Uma pessoa calma, que dificilmente se irrita, demonstra agressão ou controla a vida das pessoas e, ainda, que não se importa em seguir regras, mesmo que tenha que abdicar de sua autonomia e submeter-se a tarefas que lhes são impostas. Esta mulher não se entrega a resignações e acredita em sua capacidade de realização (Agressão, Dominância, Autonomia e Denegação).

Uma pessoa pouco dedutiva e que não se deixa levar por sentimentos e fantasias. Caracteriza-se como uma pessoa conservadora, que gosta de manter as coisas como são sem muitas mudanças em seus planos (Intracção e Mudança). Não se preocupa em levar suas coisas até o fim, mostra-se pouco persistente e organizada. É uma pessoa discreta, pouco vaidosa e que tem dificuldades em manter relações saudáveis com a figura do sexo oposto (Persistência, Ordem, Exibição e Heterossexualidade).

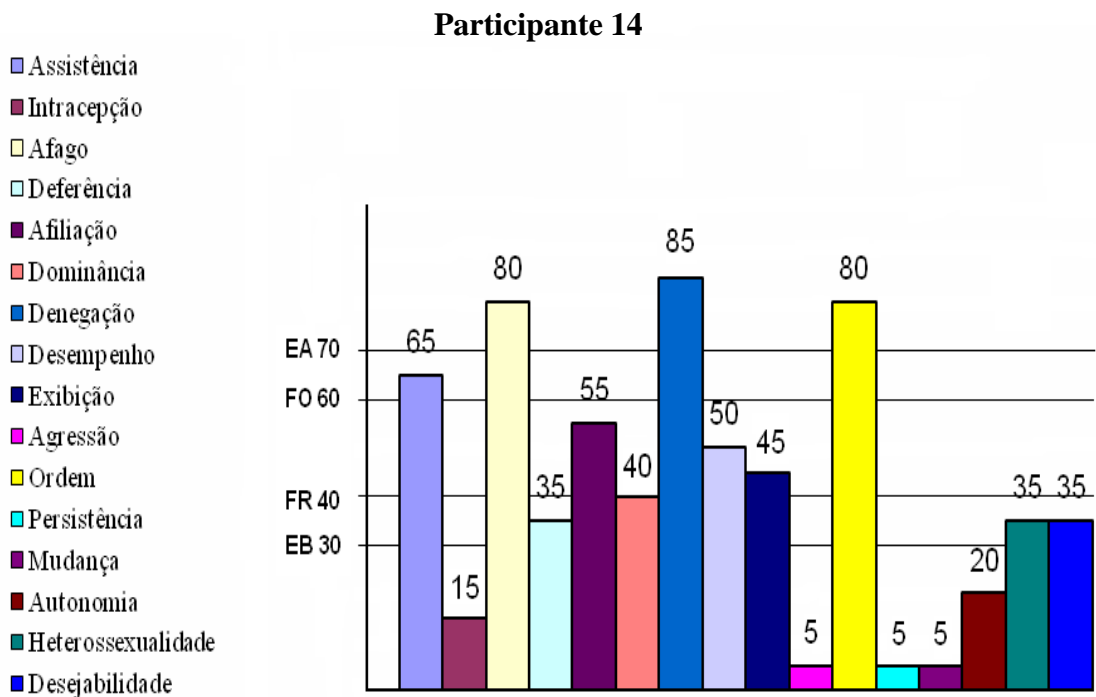


Figura 34. Resultados da participante 14 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Afago (percentil 80), Denegação (percentil 85) e Ordem (percentil 80); *escores extremos baixos* em Intração (percentil 15), Agressão (percentil de mais ou menos 5), Persistência (percentil de mais ou menos 5), Mudança (percentil de mais ou menos 5) e Autonomia (percentil de mais ou menos 20).
- *escores forte* em Assistência (percentil 65) e *fraco* em Deferência (percentil 35), Dominância (percentil 40) e Heterossexualidade (percentil 35).

Trata-se de pessoa com desejos de ser amada e protegida, sendo que, para suprir tais necessidades, procura demonstrar sentimentos como compaixão e dar simpatia, ou, até mesmo, submete-se a certas pessoas ou situações, devido à necessidade de receber consolo e proteção do outro (Afago, Assistência e Denegação).

Os resultados apresentam escore extremo baixo em agressividade e revelam uma pessoa que não procura exercer domínio sobre a vida dos outros (Agressão, Dominância). Trata-se de uma mulher organizada e que, embora seja prática, não se importa em levar, com afinco, um trabalho até o fim. Não segue seus sentimentos, ao contrário, vive concretamente sua realidade (Ordem, Persistência, Intração).

Esta mulher apresenta dificuldades em aceitar inovações e mudanças em sua vida. Ademais, solicita muito o outro em suas decisões, pois não luta por sua autonomia e liberdade (Mudança e Autonomia).

Esta pessoa que não se importa em elogiar e reverenciar seus superiores. Apresenta dificuldades em manter relações próximas e harmoniosas com o sexo oposto (Deferência e Heterossexualidade).

Participante 15

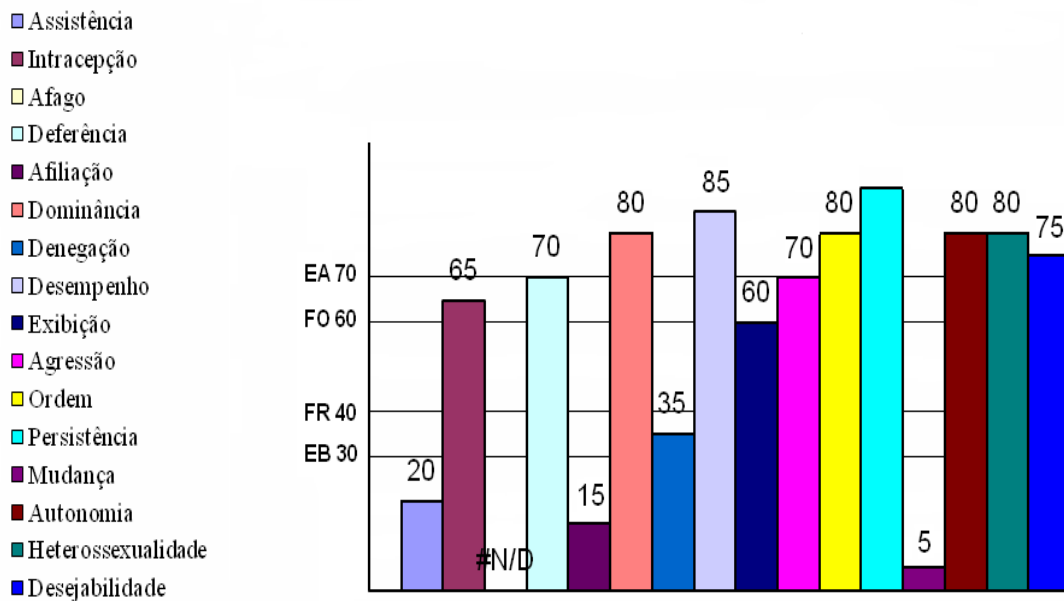


Figura 35. Resultados da participante 15 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Deferência (percentil 70), Dominância (percentil de mais ou menos 80), Desempenho (percentil de mais ou menos 85), Agressão (percentil de mais ou menos 70), Ordem (percentil de mais ou menos 80), Persistência (percentil de mais ou menos 90), Autonomia (percentil 80), Heterossexualidade (percentil 80) e Desejabilidade Social (percentil 75); os **escores extremos baixos** em Assistência (percentil 20), Afago (percentil de mais ou menos 5), Afiliação (percentil 15) e Mudança (percentil de mais ou menos 5).
- **escores forte** em Intração (percentil 65) e Exibição (percentil de mais ou menos 60), e **fraco** em Denegação (percentil 35).

Esta pessoa gosta de atender as expectativas do outro, e, segundo resultados, procura mostrar-se da maneira que gostaria de ser vista (Desejabilidade Social). Apresenta-se como uma mulher organizada, que preza por sua autonomia e liberdade, agindo de forma independente e dominadora em relação a outras pessoas, de maneira a não submeter-se a

estas. (Ordem, Autonomia, Dominância e Denegação). Trata-se de pessoa com desejos de realizar algo difícil, como dominar, manipular, apresentando sentimentos de raiva e ódio quando as coisas fogem do seu controle, embora persista, insistentemente, em suas realizações (Desempenho, Agressão e Persistência).

Uma mulher frágil no que diz respeito ao apego. Procura não demonstrar compaixão e amor ao próximo e não valoriza vínculos de amizade. Resultados apontam a dificuldade em estabelecer vínculos de afeto e fracos desejos de ser protegida e amada. Contudo, é vaidosa, gosta de ser notada pelo outro e de manter bom relacionamento com o sexo oposto. Com figuras que considera uma autoridade mantém respeito e reverência (Assistência, Afago, Afiliação, Heterossexualidade, Exibição e Deferência).

Resultados mostram uma mulher que tende a se conduzir por sentimentos e impulsos, não vive a realidade como ela é. Caracteriza-se por dificuldades em aceitar mudanças e experiências novas em sua vida (Intracção e Mudança).

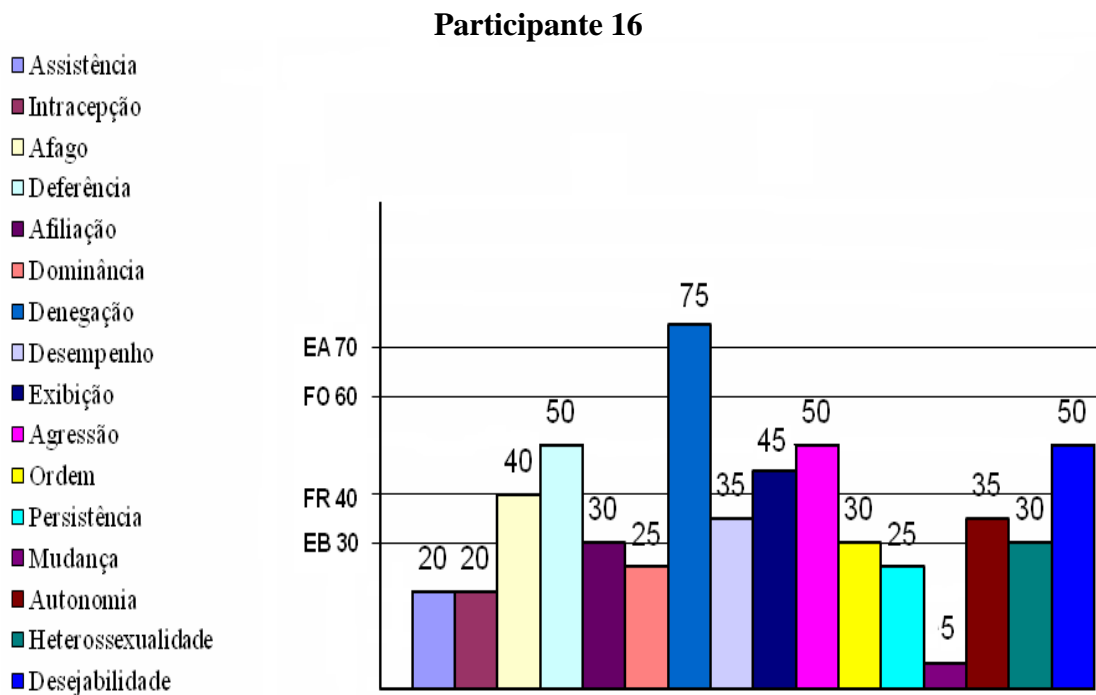


Figura 36. Resultados da participante 16 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Denegação (percentil 75); os *escores extremos baixos* em Assistência (percentil 20), Intração (percentil de mais ou menos 20), Afiliação (percentil 30), Dominância (percentil 25), Ordem (percentil 30), Persistência (percentil de mais ou menos 25), Mudança (percentil de mais ou menos 5) e Heterossexualidade (percentil 30).
- *escores fraco* em Afago (percentil 40), Desempenho (percentil de mais ou menos 35) e Autonomia (percentil 35).

Os resultados apontam uma tendência a se submeter à força externa, aceitando desaforos, sentindo-se culpada e resignando-se ao destino. Essas posturas se coadunam com o baixo escore em dominância. Trata-se de uma mulher com dificuldades em sentir-se autoconfiante, a ponto de interferir na vida das pessoas. Tem dificuldades para organizar e equilibrar sua vida (Denegação, Dominância e Ordem).

Trata-se de pessoa que não se deixa conduzir por seus próprios sentimentos e que pouco valoriza o afeto de amigos. Apresenta dificuldades em manter relações harmoniosas com figuras do sexo oposto (Intração, Afiliação e Heterossexualidade).

Caracteriza-se como uma pessoa frágil, com desejos de sentir-se protegida. Apresenta compaixão pelo outro, dando-lhe assistência quando necessário (Afago e Assistência). Apresenta-se ainda como uma mulher que não luta por sua liberdade e autonomia e que apresenta pouca ambição em suas realizações, é pouco persistente. Apresenta dificuldade em aceitar mudanças, coisas novas e diferentes (Autonomia, Desempenho, Mudança e Persistência).

Participante 17

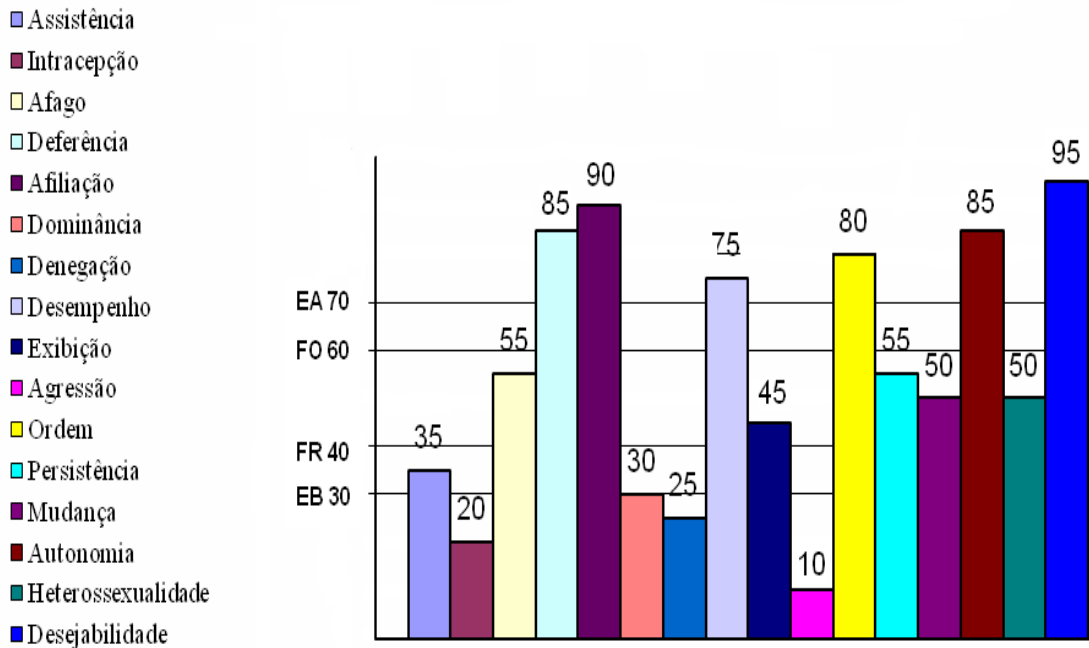


Figura 37. Resultados da participante 17 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Deferência (percentil 85), Afiliação (percentil 90), Desempenho (percentil 75), Ordem (percentil de mais ou menos 80), Autonomia (percentil 85) e Desejabilidade Social (percentil de mais ou menos 95); os **escores extremos baixos** em Intracepção (percentil 20), Dominância (percentil 30), Denegação (percentil 25) e Agressão (percentil de mais ou menos 10).
- **escore fraco** em Assistência (percentil 35).

Trata-se de pessoa que gosta de atender as expectativas do outro e procura se mostrar da maneira pela qual gosta de ser vista (Desejabilidade Social). Resultados mostram pessoa que respeita o próximo, principalmente quando se trata de seus superiores. Dificilmente procura comandar ou exercer domínio em relação às pessoas de seu convívio, porém, não se submete à força externa ou se entrega a resignações (Deferência, Dominância e Denegação).

Caracteriza-se como pessoa organizada, que facilmente se apega aos amigos, dando e recebendo afeto e demonstrando confiança e amor. Demonstra pouca agressividade e irritabilidade (Ordem, Afiliação e Agressão).

Apresenta forte empenho para realizar algo difícil e conquistar a auto-realização, de forma que, suas ações sejam independentes do outro, pois preza por sua liberdade e autonomia (Desempenho e Autonomia). Uma pessoa que demonstra ser prática, objetiva e que não se deixa levar por sentimentos ou impulsos. Dificilmente se compadece pelo outro ou demonstra piedade (Intracção e Assistência).

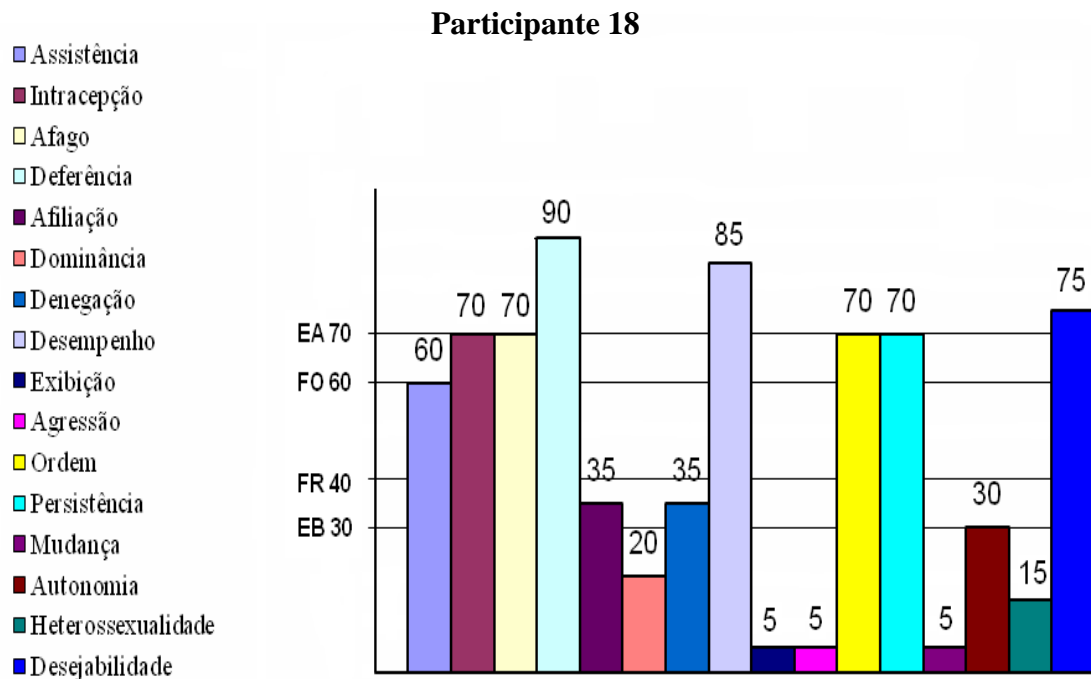


Figura 38. Resultados da participante 18 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- *escores extremos altos* em Intracção (percentil 70), Afago (percentil 70), Deferência (percentil 90), Desempenho (percentil 85), Ordem (percentil 70), Persistência (percentil 70) e Desejabilidade Social (percentil 75); os *escores extremos baixos* em Dominância (percentil 20), Exibição (percentil de mais ou menos 5), Agressão (percentil de mais ou menos 5), Mudança (percentil de mais ou menos 5), Autonomia (percentil 30) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 15).
- *escores forte* em Assistência (percentil 60) e *fraco* Afiliação (percentil 35) e Denegação (percentil 35).

Esta mulher busca atender as expectativas do outro, procurando se mostrar da maneira pela qual gostaria de ser vista (Desejabilidade Social). Gosta de ser vista como uma pessoa organizada e com forte empenho em suas realizações, buscando sempre finalizar aquilo que inicia, ainda que seja algo difícil (Ordem, Desempenho e Persistência).

Tende a seguir seus impulsos e sentimentos, gosta de fantasiar e fazer seus próprios julgamentos a respeito do outro. Resultados mostram alguém que se compadece e auxilia o próximo, mostrando ser uma pessoa simpática. No entanto, não valoriza seus vínculos de amizade, e, embora goste de sentir-se amada e protegida pelo outro, recorre a este quando necessita ser consolada e protegida. A dificuldade em manter relações não se dá apenas com os amigos, demonstra fragilidade também na relação com a figura do sexo oposto (Intracção, Assistência, Afiliação, Afago e Heterossexualidade).

Apresenta baixo escore em dominância, demonstrando que esta pessoa não tende a controlar as pessoas do seu meio. O baixíssimo escore em agressão mostra uma pessoa que não nutre sentimentos de raiva ou ódio. Trata-se de uma mulher que não preza por sua liberdade e autonomia. Demonstra ser alguém que aceita compartilhar suas decisões, porém, não se entrega a resignações, mantém uma postura firme e não gosta de submeter-se ao outro ou aceitar desaforo. Porém, gosta de ser vista como alguém passiva e tranquila, embora os resultados também apontam uma postura que visa preservar sua integridade, não submetendo-se ao outro (Dominância, Agressão, Autonomia e Denegação).

Trata-se de pessoa com dificuldades em aceitar mudanças, é pouco vaidosa e que não deseja se exhibir e chamar a atenção dos outros. Procura preservar o respeito e admiração aos seus superiores, tendo-os como modelo sempre que possível (Mudança, Exibição e Deferência).

Participante 19

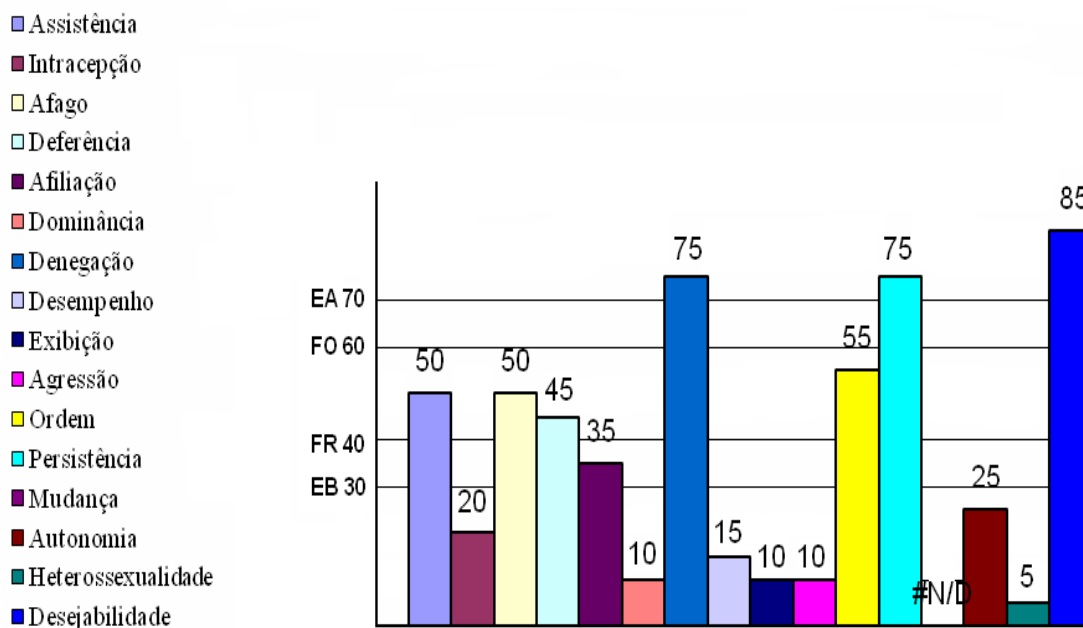


Figura 39. Resultados da participante 19 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Denegação (percentil 75), Persistência (percentil 75) e Desejabilidade Social (percentil 85); os **escores extremos baixos** em Intração (percentil 20), Dominância (percentil de mais ou menos 10), Desempenho (percentil de mais ou menos 15), Exibição (percentil de mais ou menos 10), Agressão (percentil 10), Mudança (percentil de mais ou menos 5), Autonomia (percentil 25) e Heterossexualidade (percentil de mais ou menos 5).
- **score fraco** em Afiliação (percentil de mais ou menos 35).

Os resultados apresentam uma mulher que deseja atender as expectativas dos outros, e, este fator deverá ser considerado nesta interpretação (Desejabilidade Social). Trata-se de pessoa prática, que não se deixa levar por sentimentos e deduções, persistindo nos seus afazeres e levando uma tarefa até o fim. Porém, não demonstra empenho quando se trata de dominar objetos ou pessoas (Intração, Persistência e Desempenho).

Trata-se de uma mulher que com dificuldades em dar e receber afeto aos amigos e demonstrar amor por estes, concomitantemente, tem dificuldade em manter relações próximas com a figura do sexo masculino (Afiliação e Heterossexualidade).

Uma pessoa que se anula, se entregando à resignação e submetendo-se passivamente à força externa. Tem baixíssimo grau de dominação e controle dos outros. Apresenta também baixíssimo grau de agressividade (Denegação, Dominância e Agressão).

Esta mulher caracteriza-se pela dificuldade em aceitar o que é diferente e não se importa com sua liberdade, contenta-se em viver na mesmice e sob imposições de autoridades. Não luta para ser ouvida ou vista, é pouco vaidosa (Mudança, Autonomia e Exibição).

Participante 20

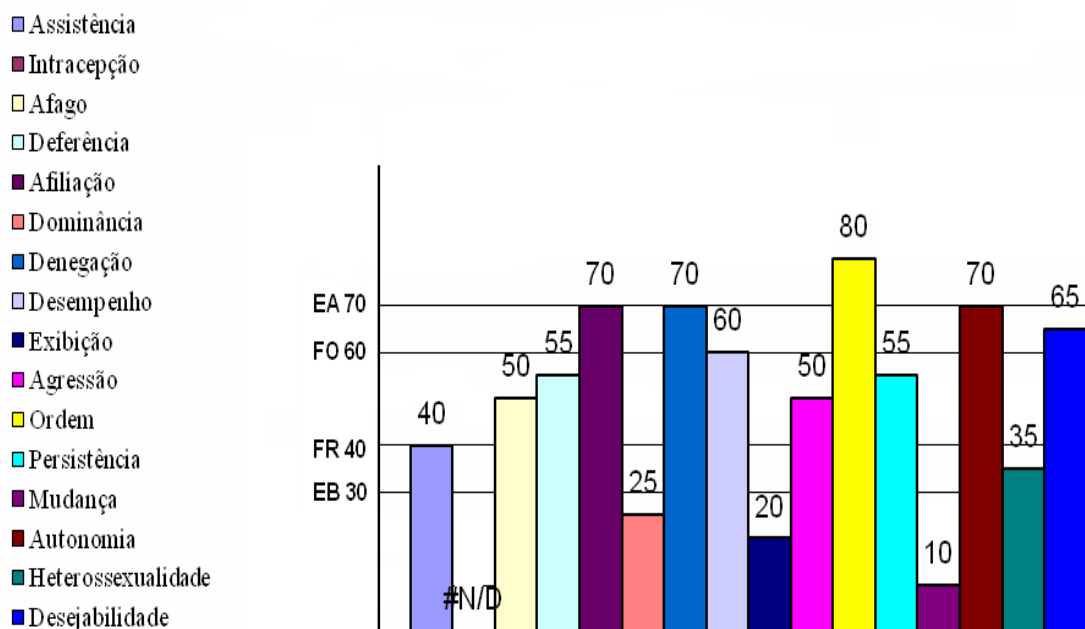


Figura 40. Resultados da participante 20 do grupo B no IFP.

Pode-se observar:

- **escores extremos altos** em Afiliação (percentil 70), Denegação (percentil de mais ou menos 70), Ordem (percentil 80) e Autonomia (percentil 70); os **escores extremos baixos** em Intracção (percentil de mais ou menos 5), Dominância (percentil 25), Exibição (percentil de mais ou menos 20) e Mudança (percentil de mais ou menos 10).

- *escores forte* em Desempenho (percentil 60), e *fraco* em Assistência (percentil 40) e Heterossexualidade (percentil 35).

Os resultados apontam a necessidade de manter bons vínculos de amizade, porém, esta pessoa tem dificuldades em relacionar-se com a figura do sexo oposto (Afiliação e Heterossexualidade). Demonstrar sentimentos de compaixão e amor pelo outro não é algo que ela valoriza, embora goste de ser leal a pessoas que considera seus amigos (Assistência).

Trata-se de pessoa pouco fantasiosa e ilusória, que gosta de viver com muita praticidade e empenho para realizar algo difícil e vencer obstáculos (Intracção e Desempenho). Não deseja comandar e exercer domínio na vida das pessoas. É discreta, pouco vaidosa e dificilmente tenta impressionar o outro (Dominância e Exibição).

Trata-se de pessoa organizada e que gosta de lutar por sua liberdade e autonomia (Ordem e Autonomia). Contudo, tende a se entregar a resignações, submeter-se ao outro e a sentir-se inferior, aceitando desaforos, com sentimentos de fracasso. Apresenta dificuldades em realizar mudanças em sua vida e em aceitar experiências novas e diferentes (Denegação e Mudança).

VI- Análise Estatística dos Resultados: comparação dos Grupos (A e B) em função dos escores obtidos no IFP

As análises estatísticas foram realizadas por meio dos Testes não paramétricos Qui-Quadrado e Mann-Whitney, considerando o nível de significância de 5% (SIEGEL & CASTELLAN, 2006).

Os dados foram agrupados em tabelas e gráfico no para facilitar a compreensão e disposição das informações relacionadas às respostas do IFP - Inventário Fatorial de Personalidade - bem como para facilitar a análise estatística de cada grupo (A e B) quanto às diferenças significativas existentes entre eles.

Tabela 1 - Descrição da mediana, mínimo, máximo e significância entre os grupos A e B: Fatores ou Necessidades - IFP

Necessidades	Mediana		Mínimo		Máximo		Significância
	A	B	A	B	A	B	
Assistência	56,5	47,0	44	30	63	56	**
Intracção	48,5	40,0	33	27	60	51	**
Afago	48,5	43,0	22	17	62	53	*
Deferência	53,0	48,0	48	33	62	60	**
Afiliação	57,0	50,0	47	37	63	62	**
Dominância	34,5	26,0	12	9	53	42	**
Denegação	43,5	38,0	29	28	58	50	**
Desempenho	51,0	47,5	37	34	63	55	*
Exibição	34,5	29,0	20	16	57	43	*
Agressão	34,0	31,5	16	14	55	47	ns
Ordem	54,0	47,0	23	37	63	55	**
Persistência	56,0	44,0	26	25	63	56	**
Mudança	44,5	36,5	27	25	58	49	*
Autonomia	52,0	46,5	25	37	62	55	*
Heterossexualidade	33,5	42,0	9	25	53	53	ns
Desejabilidade	51,5	53,0	39	43	70	62	ns
Validade	21,5	18,0	14	9	35	28	*

* Diferenças estatisticamente significativas a 5%

** Diferenças estatisticamente significativas a 1%

ns: diferença não significativa entre os grupos

Os resultados apresentados na Tabela 1 apontam que apenas as necessidades de *Agressão*, *Heterossexualidade* e *Desejabilidade Social* não apresentaram diferença estatística significativa na comparação dos grupos A e B. Nas demais necessidades ou fatores, foram obtidas diferenças estatisticamente significativas, encontrando-se diferenças altamente significativas (a 1%) em oito fatores e significativas em nível de 5% em seis fatores. No fator *Agressão*, embora não tenha ocorrido diferença significativa entre os grupos, o nível do escore é maior no Grupo A.

Quanto ao fator VALIDADE, apenas no grupo A, duas participantes tiveram escores acima de 32, o que indica que responderam sem atenção, mentiram ou pretenderam agradar. Ambas não foram eliminadas do estudo, pois, o critério de exclusão, nesses casos, nesse instrumento, é aplicável a situações de seleção de pessoal e não a objetivos clínicos. No grupo B, nenhuma participante teve escore superior a 32, o que resultou em diferença estatística significativa entre os dois grupos. Entretanto, não se encontrou diferença estatisticamente

significativa entre os grupos no fator DESEJABILIDADE SOCIAL, o que mostra que as respostas de ambos os grupos não se pautaram pela necessidade de agradar ou atender possíveis expectativas sociais. Também não se encontrou diferença estatística significativa entre os grupos nos fatores HETEROSSEXUALIDADE e AGRESSÃO, mostrando que, em ambos os grupos, a necessidade de estabelecer relações com o sexo oposto e a manifestação de agressividade não caracterizou nenhum dos grupos.

Quanto à Mediana, os resultados apontam o nível dos escores maior no Grupo A, excetuando-se duas necessidades (*Heterossexualidade e Desejabilidade Social*) que tiveram maior nível dos escores no Grupo B. Tais resultados indicam que, no grupo B, os escores obtidos mostram maior aceitação ou desejo de manter relações afetivas e/ou sexuais com o sexo oposto do que no grupo A e maior preocupação, no grupo B, em responder de forma socialmente adequada ou desejável aos itens do instrumento, do que no grupo A, porém não se encontrou nenhum caso, no grupo B, de percentil superior ao 70, o que indicaria forte desejo de atender expectativas sociais.

Na tabela 1, *Mínimo e Máximo* representam a menor e a maior soma das respostas obtidas pelos Grupos A e B para cada necessidade ou fator. Em *Mínimo*, apenas as necessidades de *Ordem, Autonomia, Heterossexualidade e Desejabilidade Social* tiveram menor escore no Grupo A. Em *Máximo*, *Heterossexualidade* se igualou entre os grupos, e as outras necessidades foram superiores no Grupo A. Portanto, de uma maneira geral, o Grupo A tem escores mais fortes que o Grupo B na maior parte das necessidades ou fatores, conforme descrito.

A figura 41 apresenta a diferença de Mediana entre os grupos A e B.

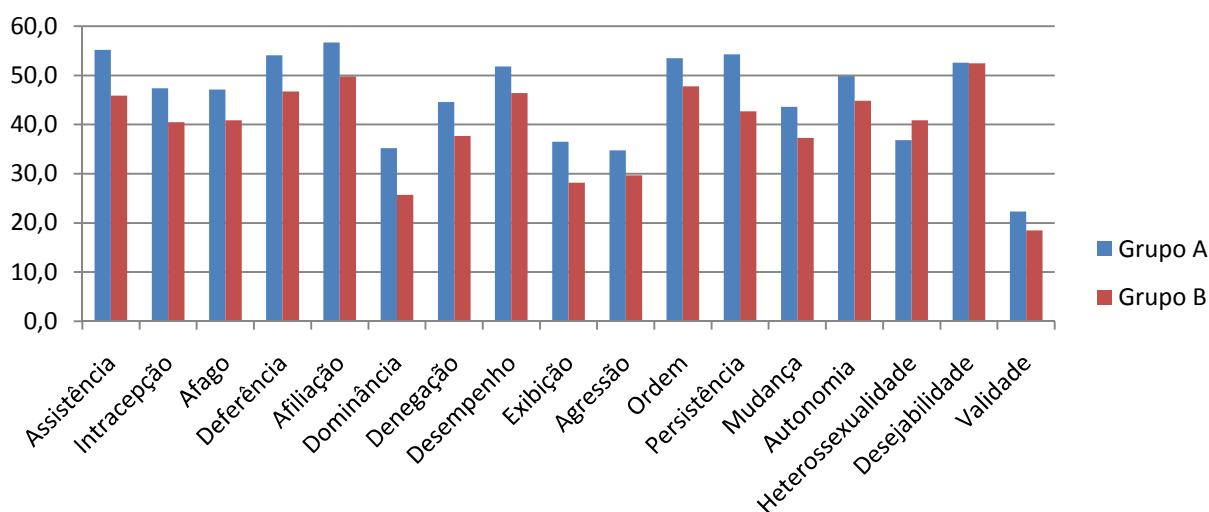


Figura 41. Diferença entre os grupos A e B quanto à mediana

Esta figura apresenta o índice médio das respostas, comparando os grupos A e B. No Grupo B, apenas as necessidades de *Heterossexualidade e Desejabilidade Social* têm escores mais fortes que o Grupo A. As demais necessidades representadas são evidentemente maiores na amostra A, ou seja, são características fortes e salientes na personalidade das mulheres representadas pelo Grupo A quando comparadas ao grupo B.

Classificação, concentração dos escores e porcentagem comparativamente entre os grupos A e B

Os dados referentes aos escores obtidos em cada necessidade ou fator (apresentados em detalhe nos quadros 15 e 16) foram estatisticamente analisados quanto à ocorrência e classificação dos escores (Extremamente Alto; Forte; Não Saliente; Fraco; Extremamente Baixo). A concentração dos escores em cada uma das classificações e a porcentagem dos escores em cada classificação, comparativamente, entre os grupos A e B são apresentados por meio de cinco tabelas e uma figura.

As tabelas foram divididas em **Tabela 2: Assistência, Intracepção e Afago: Classificação, concentração e porcentagem dos escores;** **Tabela 3: Deferência, Afiliação e Dominância: Classificação, concentração e porcentagem dos escores;** **Tabela 4: Denegação, Desempenho e Exibição: Classificação, concentração e porcentagem dos escores;** **Tabela 5: Agressão, Ordem e Persistência: Classificação, concentração e porcentagem dos escores;** **Tabela 6: Mudança, Autonomia e Heterossexualidade: Classificação, concentração e porcentagem dos escores.**

Tabela 2 - Assistência, Intracepção e Afago: Classificação, concentração e porcentagem dos escores

Níveis	Assistência				Intracepção				Afago			
	A	B	% A	% B	A	B	% A	% B	A	B	% A	% B
EA	15	2	75	10	4	1	20	5	8	2	40	10
FO	1	3	5	15	6	2	30	10	3	3	15	15
NS	1	4	5	20	5	3	25	15	2	4	10	20
FR	2	4	10	20	2	1	10	5	2	3	10	15
EB	1	7	5	35	3	13	15	65	5	8	25	40

Legenda: Níveis: EA: Escore extremo alto; EB: Escore extremo baixo; FO: Escore forte; FR: Escore fraco; NS: Características não salientes do sujeito.

A: Grupo A, com escoriação psicogênica; B: Grupo B, sem indicadores de escoriação psicogênica.

Comparando-se os grupos A e B, os resultados apontam maior força das necessidades de *Assistência, Intracepção e Afago* no Grupo A. Considerando apenas os níveis extremos (EA, EB), relacionados a essas necessidades, os resultados apresentados na tabela 1 apontam maior frequência de respostas com *nível extremamente Alto (EA)* no grupo A, e ainda, maior frequência de respostas com *escore extremamente baixo (EB)* no grupo B. Essa diferença envolvendo EA e EB, para as três necessidades, é estatisticamente significativa.

As mulheres do grupo A mostraram intensos desejos de prestar suporte e consolar (*Assistência*) e de, ao mesmo tempo, sentirem-se protegidas e amadas (*Afago*), demonstrando assim uma forte necessidade de troca afetiva, pois “buscam dar para receber” o afeto do próximo (*Afiliação*), o que traduz dificuldades em lidar com a afetividade, diferenciando-se nesses aspectos, das mulheres do grupo B. Alguns relatos dessas mulheres são ilustrativos: “*Não tenho muito vínculo familiar, tenho pouco contato com meus irmãos, só converso por necessidade*” (14), ou, “*Minha mãe não me aceitava como filha, não fazia bolo de aniversário para mim, sempre disse para ela que não pedi para nascer*” (18). Essas pacientes, frente a tais conflitos afetivos, relataram manter vínculos de amizade, ainda que poucos. Para McDougall (1989), quando a vivência dos afetos é desagregadora, ela excede a elaboração psíquica.

Neme (2010), em um estudo com mulheres com e sem câncer, ao abordar a dificuldade em lidar com afetos, discute o conceito de “desafetação” descrito por McDougall, sendo esta considerada uma defesa alienante, na qual ocorre uma exclusão dos afetos do psiquismo, levando o indivíduo a se distanciar de sua realidade interna e de suas vivências afetivas. Resta, a esses indivíduos, a via somática como único caminho para a expressão desses afetos, que, no caso do presente estudo, é a própria pele. Portanto, a desafetação dificulta a identificação e a elaboração de conflitos psíquicos, emoções e sentimentos e levam o indivíduo a um funcionamento aparentemente adaptativo. Desta maneira, na escoriação psicogênica, a pele é imediatamente prejudicada.

No grupo A evidenciou-se também a necessidade de *Intracepção*, com tendências a fazer julgamentos e dificuldade em compreender os fatos concretos, o que caracteriza essas mulheres como subjetivas, imaginativas, parciais em suas opiniões, dedutivas e intuitivas nas observações. Tais características podem ser compreendidas no contexto do que Marty (1993) denomina “má” mentalização, que consiste em representações psíquicas empobrecidas e isto

dificulta a elaboração de tensões e pressões emocionais que se apresentam ao longo da vida e favorecem a somatização. Pacientes somáticos não lidam facilmente com a realidade no que se refere à superação de tensões e conflitos, demonstrando, em decorrência, o adoecimento orgânico, neste caso, através de um comportamento auto-lesivo.

Tabela 3 - Deferência, Afiliação e Dominância: Classificação, concentração e porcentagem dos escores

Níveis	Deferência				Afiliação				Dominância			
	A	B	% A	% B	A	B	% A	% B	A	B	% A	% B
EA	20	11	100	55	15	6	75	30	9	3	45	15
FO	0	0	0	0	1	2	5	10	1	0	5	0
NS	0	5	0	25	3	2	15	10	4	3	20	15
FR	0	2	0	10	0	4	0	20	3	1	15	5
EB	0	2	0	10	1	6	5	30	3	13	15	65

Legenda: Níveis: EA: Escore extremo alto; EB: Escore extremo baixo; FO: Escore forte; FR: Escore fraco; NS: Características não salientes do sujeito.

A: Grupo A, com escore psicogênica; B: Grupo B, sem indicadores de escore psicogênica.

Observa-se que as necessidades *Deferência*, *Afiliação* e *Dominância* são marcantes nas mulheres do Grupo A. A frequência das respostas de *escore extremamente Alto (EA)* foi maior no Grupo A e, o Grupo B apresentou frequência significativa no *escore extremamente baixo (EB)*. Assim, a diferença entre EA e EB, para essas três necessidades é estatisticamente significativa.

Ao mesmo tempo em que demonstram respeito, admiração e reverência a um superior (*Deferência*), as mulheres do Grupo A mostraram que, de maneira significativa, são mais dominantes (*Dominância*) que as do grupo B. Há a necessidade de assumir o comando e de dominar, sendo este o modo de enfrentar as adversidades da vida e de se defender, dadas as experiências de dificuldades e agressões que subjugarão essas mulheres a pais autoritários e exigentes: “*Passei por muitas dificuldades financeiras, já passei fome*” (8); “*Minha mãe me obrigava a trabalhar na minha infância*” (11); “*Minha mãe era extremamente exigente, gostava da casa excessivamente limpa, meu pai era agressivo, alcoólatra e extremamente autoritário, nos agredia e eu tinha medo dele e não o enfrentava*” (13).

Tabela 4 - Denegação, Desempenho e Exibição: Classificação, concentração e porcentagem dos escores

Níveis	Denegação				Desemp.				Exibição			
	A	B	% A	% B	A	B	% A	% B	A	B	% A	% B
EA	17	9	85	45	11	6	55	30	8	1	40	5
FO	1	3	5	15	3	4	15	20	1	2	5	10
NS	1	1	5	5	3	2	15	10	3	6	15	30
FR	0	3	0	15	1	1	5	5	2	1	10	5
EB	1	4	5	20	2	7	10	35	6	10	30	50

Legenda: Níveis: EA: Escore extremo alto; EB: Escore extremo baixo; FO: Escore forte; FR: Escore fraco; NS: Características não salientes do sujeito.

A: Grupo A, com escoriação psicogênica; B: Grupo B, sem indicadores de escoriação psicogênica.

Os resultados estatísticos apontam que as necessidades *Denegação*, *Desempenho* e *Exibição* são salientes na personalidade das mulheres do Grupo A. A frequência das respostas de *escore extremamente Alto (EA)* foi significativamente maior no Grupo A e, o Grupo B apresentou maior número de *escore extremamente baixo (EB)* para essas necessidades.

Quando comparadas ao grupo B, as mulheres do grupo A mostraram-se mais desejosas de realizar tarefas difíceis de maneira independente e eficaz, a fim de sentirem-se realizadas (*Desempenho*). Ademais, como consta na tabela 5, mostraram-se altamente persistentes em suas tarefas, levando-as até o fim, por mais difíceis que sejam (*Persistência*). Neme (2010) ao citar McDougall (1991), explica que “a busca excessiva por atividades práticas tem a função de ajudar na eliminação de tensões que não foram simbolizadas, o que ocorre em pessoas com pobre capacidade de lidar com seus afetos e os dos demais, levando a relações afetivas superficiais e insatisfatórias” (p.142).

O fator *Denegação* evidenciado nos resultados do grupo A, sugere a presença de sentimentos de inferioridade e desejos de auto-destruição. A escoriação psicogênica é vista como um comportamento auto-destrutivo, sendo compreendida por Sharma (2008) como o resultado do excesso de coçar, escoriar ou arranhar a pele utilizando dentes, pinça, unhas, pinos, facas e outros. Quanto aos sentimentos de inferioridade, um estudo de Calikusu e cols (2003), comparou pacientes diagnosticados com escoriação psicogênica a pacientes com outra doença dermatológica em termos de comorbidades com transtornos psiquiátricos. Os resultados apontaram que a tendência à depressão foi o mais comum distúrbio psiquiátrico no grupo com escoriação psicogênica, pois houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em termos de maior ocorrência da depressão.

Em relação à perceptível desfiguração causada pelas lesões em escoriação psicogênica, Azulay e Azulay (1992) postulam que o indivíduo com a pele comprometida,

sobretudo com áreas descobertas, dificilmente deixa de ficar envergonhado, ansioso e triste. No entanto, no grupo A, a necessidade de *Exibição*, que exprime desejos de impressionar, ser ouvido ou visto é consideravelmente maior do que no grupo controle (B). Esta ocorrência pode relacionar-se à necessidade dessas mulheres de serem notadas, acolhidas e protegidas (*Afago*) devido a carências afetivas, tal como percebidas em seus relatos, evidenciando sentimentos de desânimo e depressão. Frente à reação das pessoas ao verem a pele escoriada, as mulheres relataram sentimentos de chateação, inferioridade, constrangimento, vergonha, irritação e tristeza.

Nos relatos das participantes do grupo A evidenciaram-se sentimentos de inferioridade e posturas depressivas frente à vida e seus eventos. Uma participante (1) relatou: “*A minha vida não é fácil desde quando nasci*” e “*Parece que não tenho sorte, que não tenho vez*”. Outra (11) disse: “*acredito que nasci com raiva*”. E ainda acrescentou: “*as pessoas pensam que sou alegre mas sou preta por dentro*”.

Ao discutirem os aspectos psicológicos em dermatoses, Ludwig e cols (2006) constataram a presença de depressão em pacientes com problemas de pele, e, embora os resultados na Escala de Depressão de Beck (BDI) apresentassem nível mínimo de depressão na sua maior parte (56,3%; n=85), em 43,7% ocorreu algum nível de depressão. Para os autores, a depressão se caracteriza por sofrimento eminentemente psicológico, no qual se espera uma elaboração no plano psíquico. A manifestação orgânica tende a surgir quando há a impossibilidade dessa organização.

Tabela 5 - Agressão, Ordem e Persistência: Classificação, concentração e porcentagem dos escores

Níveis	Agressão				Ordem				Persist.			
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
EA	9	6	45	30	15	7	75	35	18	8	90	40
FO	1	0	5	0	3	0	15	0	0	1	0	5
NS	2	5	10	25	1	9	5	45	0	3	0	15
FR	1	0	5	0	0	1	0	5	0	0	0	0
EB	7	9	35	45	1	3	5	15	2	8	10	40

Legenda: Níveis: EA: Escore extremo alto; EB: Escore extremo baixo; FO: Escore forte; FR: Escore fraco; NS: Características não salientes do sujeito.

A: Grupo A, com escoriação psicogênica; B: Grupo B, sem indicadores de escoriação psicogênica.

Nesta tabela, os resultados estatísticos não indicaram diferença significativa apenas na necessidade *Agressão*, na comparação das respostas dos grupos A e B. O fator *Agressão* não apareceu como saliente nos resultados das mulheres do Grupo A, mostrando-se similar aos resultados das participantes do Grupo B. No grupo A, sentimentos e comportamentos de raiva e ódio parecem ter sido direcionados ao próprio corpo, e, desta maneira, a pele é usada como uma via de expressão da agressividade, manifestada por meio da psicodermatose. Assim, a agressividade é canalizada ou desviada, manifestando-se no ato de escoriar-se até sangrar a própria pele. Para Fitzpatrick's (1999), a agressão em pacientes com escoriação psicogênica, muitas vezes provém de sentimentos não resolvidos e relacionados aos pais. Essa assertiva é corroborada pelos resultados encontrados no presente estudo, no qual pode-se interpretar que a pele sofre e revela alto nível de agressão.

A necessidade de manter a *Ordem*, ou, o desejo de manter tudo organizado e limpo de maneira precisa, como apareceu entre as mulheres do Grupo A, significativamente mais do que entre as mulheres do Grupo B, revela um aspecto obsessivo. Embora a escoriação psicogênica não seja caracterizada como um Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), estudos apontam alta frequência dessa comorbidade. Calikusu e cols (2003) apontaram que cerca de 45,2% de um grupo com escoriação psicogênica foi diagnosticado com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), enquanto que a proporção era de apenas 3,7% no grupo controle.

Tabela 6 - Mudança, Autonomia e Heterossexualidade: Classificação, concentração e porcentagem dos escores

Níveis	<i>Mudança</i>				<i>Autonomia</i>				<i>Heterossex.</i>			
	A	B	% A	% B	A	B	% A	% B	A	B	% A	% B
EA	3	0	15	0	13	10	65	50	4	5	20	25
FO	3	0	15	0	2	1	10	5	0	0	0	0
NS	3	1	15	5	1	1	5	5	2	3	10	15
FR	1	4	5	20	1	2	5	10	2	4	10	20
EB	10	15	50	75	3	6	15	30	12	8	60	40

Legenda: Níveis: EA: Escore extremo alto; EB: Escore extremo baixo; FO: Escore forte; FR: Escore fraco; NS: Características não salientes do sujeito.

A: Grupo A, com escoriação psicogênica; B: Grupo B, sem indicadores de escoriação psicogênica.

Quanto ao fator *Mudança*, os resultados indicaram predominância do EA no grupo A e, do EB no grupo B, sendo essa relação estatisticamente significativa. No fator *Heterossexualidade* não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Os fatores *Mudança* e *Autonomia* destacaram-se no grupo A, comparativamente ao grupo B. Os relatos de histórias de vida das mulheres do grupo A mostraram vivências de sofrimento e possível desamparo, o que pode ter estimulado a necessidade de autonomia e mudança nessas mulheres. Alguns relatos ilustrativos: “*Minha mãe era brava, por qualquer motivo ela batia, já me deixou muito marcada, ela não ficava abraçando e beijando, às vezes passava a mão na cabeça, mas era só eu que apanhava... A pele piorou quando meu pai morreu, e mais ainda quando minha mãe morreu*” (04); “*Cuidei do meu neto com comprometimentos, ele não tinha a parte do cérebro. Quando ele era vivo eu não mexia na pele*” (15); “*Sou muito agitada... mas qualquer coisa mexo na pele, mas não causo mais lesões porque estou tentando usar luvas de lycra*” (14). No geral, nessa amostra apareceram relatos de conflitos emocionais e sofrimentos que as mulheres aprenderam a aceitar para poder e se adaptar à vida e suas demandas na luta pela sobrevivência.

Em síntese, os resultados encontrados no IFP indicam que as participantes do grupo A, quando comparadas às do Grupo B, mostraram-se como pessoas que se conduzem significativamente mais pelas emoções e sentimentos, sendo pouco práticas, mais individualistas, recorrendo mais às fantasias e a avaliações subjetivas acerca de suas experiências e do comportamento dos outros (INTRACEPÇÃO). Mostram-se significativamente mais voltadas às expectativas dos outros, sendo simpáticas e dando suporte e proteção aos que julgam indefesos (ASSISTÊNCIA). Ao mesmo tempo, desejam, em troca, receber apoio, proteção e afeto e, para isso, podem recorrer à sedução, tentando controlar ou influenciar o comportamento dos outros para atender suas carências e necessidades (AFAGO e DOMINÂNCIA). Desejam impressionar, serem ouvidas e vistas pelos outros, fascinando-os ou chocando-os (EXIBIÇÃO) para obter atenção. Apresentam, assim, a necessidade de dar e receber afeto, atenção e consideração (AFILIAÇÃO), porém, paradoxalmente, mostram-se significativamente mais do que as participantes do grupo B, com tendência à abulia, resignação ao seu destino, submissão à força externa, culpa, sentimentos de inferioridade e desejos de autodestruição (DENEGACÃO). Essa característica de submissão aparece também no desejo de agradar, obedecer e reverenciar superiores (DEFERÊNCIA). As participantes do grupo A, significativamente mais que as do grupo B, são impulsivas e, por agirem de forma submissa e reverente aos outros, em contrapartida, desejam sentir-se livres e fazer frente à

coerção e dominação dos demais (AUTONOMIA). Desejam, dessa forma, desligar-se de tudo o que é rotineiro e fixo, lançando-se a aventuras e mantendo-se desligadas de pessoas, objetos ou lugares, o que, em certo aspecto, pode contribuir para a adaptabilidade a situações e experiências novas e diferentes (MUDANÇA). As diferenças altamente significativas encontradas entre os resultados dos grupos A e B em ORDEM e PERSISTÊNCIA, mostram um aspecto de obsessividade, caracterizado por necessidade de manter as coisas em ordem com precisão e de persistirem até o cansaço ou exaustão em suas tarefas, levando-as até o fim, do mesmo modo como fazem ao escoriarem a pele: “vão até o fim”. Por outro lado, esses aspectos favorecem o DESEMPENHO, fator no qual a diferença entre os dois grupos também foi significativa, mostrando grande empenho, ambição e tendência a dominar ou manipular pessoas ou situações e sobressair-se em relação aos demais, mais no grupo A do que no grupo B.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, as mulheres com diagnóstico de escoriação psicogênica assumiram que agredem a própria pele, principalmente com as unhas, sendo esta informação essencial para o diagnóstico diferencial entre esta doença e a dermatite factícia. As lesões ocorrem principalmente em partes do corpo mais facilmente alcançadas pelas mãos, sendo que, nessa amostra ocorreu mais frequentemente nos braços. Confirmando a literatura médica na área, verificou-se prevalência de mulheres com diagnóstico de escoriação psicogênica, haja vista que, de 169 prontuários verificados, apenas 21 pertenciam à pacientes do sexo masculino.

Na entrevista de anamnese, as mulheres com escoriação psicogênica relataram a ocorrência de experiências de vida como desamparo, agressões e violência, muitas das quais, caracterizadas como traumas emocionais, especialmente nas relações com as figuras parentais na infância ou adolescência, ou com os cônjuges, na fase de vida adulta. Os vínculos paternos ou maternos iniciais, tal como relatados pelas participantes, podem ser considerados como patogênicos ou complicados e potencialmente favorecedores de comportamentos compulsivos e agressivos, representados, nessa população, pelo ato de escoriar-se. Experiências familiares progressas geradoras de ansiedade, desamparo, insegurança, temor e depressão, parecem ter se perpetuado, constituindo-se padrões emocionais repetidos na vida adulta, especialmente nas relações conjugais, nas quais ocorreram vivências afetivas similares.

Considerando-se os resultados obtidos no IFP pelas mulheres com e sem a escoriação psicogênica, pode-se indicar que as primeiras apresentam significativamente mais que as segundas, necessidades psicológicas de agradar, de se sentirem amadas e de atender as demandas das outras pessoas, às quais se afiliam, buscando também receber atenção, apoio e amor, possivelmente compensando as experiências afetivas negativas vividas na infância e adolescência. A ânsia de agradar e de receber afeto positivo gera a necessidade de manter controle sobre o outro e sobre o universo afetivo, evitando decepções e frustrações pessoais, tais como as frequentemente vividas em sua trajetória existencial. Essa dinâmica afetiva caracteriza-se por uma ambivalência de sentimentos e necessidades, pois, a busca de afago e consideração positiva confunde-se com a necessidade de exercer controle sobre o outro e, em contrapartida, exige a auto-anulação e a desconsideração pelos próprios desejos e necessidades.

As mulheres com escoriação psicogênica, ao buscarem satisfazer suas necessidades afetivas, apresentaram significativamente mais que as mulheres sem a psicodermatose, o

desejo de serem vistas, notadas e reconhecidas pelo outro. Porém, paradoxalmente, relatam o desconforto que sentem ao serem observadas e a vergonha em expor sua pele escoriada. Assim, de forma ambivalente, buscam atrair e afastar o outro de suas vidas, já que a pele lesionada tende a gerar repulsa e afastamento social.

Compensatoriamente, as mulheres com a psicodermatose, significativamente mais que as participantes sem essa condição, tendem a refugiar-se na fantasia e em idealizações, evitando sua difícil realidade de insatisfações e desejando, com ansiedade, novas experiências e mudanças em suas vidas, bem como ansiando por liberdade e autonomia. Todas as participantes da amostra com escoriação mostraram que, frente às concretas adversidades da vida, apresentaram dificuldades de enfrentá-las, procurando alívio das tensões, da raiva e das contrariedades no próprio corpo, o que confirma as íntimas ligações entre estados emocionais e pele.

A escoriação psicogênica está associada à dificuldade de controle de impulsos e a aspectos obsessivos da personalidade. Neste estudo, as mulheres com esta psicodermatose, significativamente mais do que as mulheres sem este quadro auto-lesivo, apresentaram necessidades relacionadas à obtenção e manutenção de organização, ordem, perfeição e persistência em suas atividades, perseverando e levando-as até o fim, o que se pode comparar a aspectos pertinentes aos comportamentos obsessivo-compulsivos.

Considerando-se os danos na qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de escoriação psicogênica, os resultados deste estudo mostram que o dermatologista deve considerar sempre o componente afetivo-emocional em pessoas com diagnóstico de escoriação psicogênica, bem como em outros quadros dermatológicos, realizando indicações para avaliação psicológica e acompanhamento psicoterápico desses pacientes, tendo em vista o sofrimento decorrente do descontrole de impulsos e da instabilidade emocional.

Sugere-se a realização de estudos com pessoas portadoras do diagnóstico de escoriação psicogênica, com maior número de participantes, com comparação entre os gêneros e com a utilização de diferentes instrumentos de avaliação psicológica ou de personalidade, que permitam ampliar e aprofundar o conhecimento acerca do funcionamento emocional ou dinâmica da personalidade desses pacientes. Os resultados de estudos nessa área devem buscar estabelecer protocolos de avaliação e subsidiar procedimentos e condutas de tratamento ou intervenções médicas e psicológicas com essa população.

REFERÊNCIAS

ABREU, C.N.; TAVARES, H.; CORDÁS, T.A. e cols. **Manual Clínico do controle de impulsos**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224 p.

ALVES, C.J.M.; MARTELLI, A.C.C.; PRADO, R.B.R.; FONSECA, M.S. Variabilidade de diagnósticos psicológicos frente à avaliação dermatológica da escoriação psicogênica. **An Bras Dermatol**. V. 84, n.5, 2009.

ANZIEU, D. **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

ARNOLD, L. M.; AUCHENBACH, M. B.; McELROY, S. L. **Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment**. CNS Drugs. Vol 15(5), 2001.

ARNOLD, L. M.; McELROY, S. L.; MUTASIM, D. F.; DWIGHT, M. M.; LAMERSON, C. L.; MORRIS, E. M. **Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation**. J Clin Psychiatry, 59(10):509-14, 1998.

AZAMBUJA, R.D. Prurido Psicogênico e Escoriações Neuróticas. In: RAMOS, M.; CASTRO, S.M.C.R. **Fundamentos de Dermatologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 105, p.1483-1493.

AZAMBUJA, R.D. Dermatologia integrativa: a pele em novo contexto. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, 75(4):393-420, jul./ago. 2000.

AYACHE, D.C.G.; COSTA, I.P.. Alterações da personalidade no lúpus eritematoso sistêmico. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042005000500006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20/09/2009.

AZULAY, R.D.; AZULAY, D.R. **Dermatologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.: 1992.

BARBETTA, P.A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. Ed. da U.F.S.C., Santa Catarina: 1994.

CABRAL, M.A.; GIGLIO, J.S.; STANGEHAUS, G. Características de personalidade de pacientes artríticos reumatóides, tratados no ambulatório de um Hospital-Escola. **Revista ABP-APAL**, 8(3):102-6, jul.-set. 1986.

CALIKUSU, C.; YUSEL, B.; POLAT, A.; BAYKAL, C. The Relation of Psychogenic Excoriation With Psychiatric Disorders: A Comparative Study. **Comprehensive Psychiatry**. v. 44, n. 3 (May/June), 2003.

CAROPRESO, F.; SIMANKE, R.T. Compulsão à repetição: um retorno às origens da metapsicologia freudiana. **Ágora (Rio J)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, dez. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982006000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2009.

CARVALHO, D.F.; CERCATO, C.; ALMEIDA, M. Q.; MANCINI, M.C.; ALFREDO, H. Abordagem terapêutica da obesidade na Síndrome de Prader-Willi. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 51, n. 6, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Jan. 2011.

CLEMENTS, H. **Doenças de pele**. Lisboa: Editorial Presença, 1973.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

COELHO, C.L.S.; AVILA, L.A. Controvérsias sobre a somatização. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 6, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000600004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2009.

DIAS, H.Z.J., RUBIN, R.; DIAS, A.V.; GAUER, G.J.C. Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico. **Psicol. clín.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, dez. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652007000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2008

FERRÃO, Y.A.; FERRÃO, T.A.; CUNHA, D. Dermatitilexomania em estudantes de medicina: um estudo piloto. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 2, jun. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2009.

FERRÃO, Y.A. **Questionário sobre Dermatitilexomania**. Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Serviço de Psiquiatria, Ambulatório de Transtornos de Ansiedade, 1996.

FITZPATRICK, J.E. **Segredos em dermatologia: respostas necessárias ao dia-a-dia: em rounds, na clínica, em exames orais e escritos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FITZPATRICK, T. B. e Cols. **Dermatology in General Medicine**. 5.ed. McGraw – Hill. United States of America, 1999.

GONDAR, J. Sobre as compulsões e o dispositivo psicanalítico. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, dez. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982001000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2009.

HOFFMANN, F.S.; ZOGBI, H.; FLECK, P.; MULLER, M.C.. A integração mente e corpo em psicodermatologia. v.7, n.1, **Psicologia: Teoria e Prática**, p.51-60, jul., 2005.

JORGE, H.Z.; MULLER, M.C.; FERREIRA, V.R.T.; CASSAL, C. **Pacientes portadores de dermatoses: relações iniciais e auto-agressividade**. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, Vol. 5, nº.2, 2004. Acesso em: 10 mar. 2009

LUDGWIG, M.W.B. e Cols . Localização da lesão e níveis de stress em pacientes dermatológicos. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 3, set. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 mai 2009.

_____. Psychological aspects in dermatology: anxiety, depression, stress and specific quality of life evaluation. **Psic**, São Paulo, v. 7, n. 2, dez. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167673142006000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 05 jan. 2011.

MARTELLI, A.C. Ipele [online]. São José do Rio Preto: **Dermatoses psiquiátricas**. [update 2006 outubro 11; citado 2008 maio 13]. Disponível em: <http://www.ipele.com.br/livro/capitulo>. Acesso em: 13/01/2009.

MARTINELLI, S. C.; SISTO, F. F. (2006). **Escalas Feminina e Masculina de Autocontrole**. São Paulo: Vetor.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Trad. P.C. Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

McDOUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. **Teatros do corpo**. Trad. P.H.B. Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. **A psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

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

MULLER, M.C.; RAMOS, D.G. Psicodermatologia: uma interface entre psicologia e dermatologia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, sept. 2004 . Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 03 fev 2009.

NEME, C.M.B.; BREDARIOLLI, R.N.B.. **Mulheres com câncer de mama, de útero e de ovários: estudos clínicos de casos**. In: C.M.B, 2009.

NEME, C.M.B. e cols. **Psico-oncologia: caminhos e perspectivas**. São Paulo: Summus, 2009.

PASQUALI, L.; AZEVEDO, M.M.; GHESTI, I. **Inventário Fatorial de Personalidade**. Manual Técnico e de Avaliação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

PERES, R.S.; SANTOS, M.A. **A exclusão do afeto e a alienação do corpo**. São Paulo: Vetor, 2006.

PERESTRELLO, D.; VALLE, J.R.; BLAYA, M.; LUCHINA, I.L.; SCHOENFELDT, B. K.. **Medicina Psicossomática** (Psicopatologia e Terapêutica). São Paulo: Artes Médicas, 1966.

PRIMI, Ricardo. Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. spe, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722010000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2011.

ROCHA, T.N. O atendimento dermatológico integrativo: uma contextualização do atendimento médico sob a ótica integrativa. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, out. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000500013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2009.

SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. **Dermatologia**. 1.a ed. São Paulo: Artes Médicas, 1998.

SAMPAIO, S.A.P.; CASTRO, R.M.; RIVITTI, E.; 2.ed. **Dermatologia Básica**. São Paulo: Artes Médicas, 1978.

SANTOS, J.B. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. **Brasília Médica** Paraná, v. 36 (3/4):90-95, 1999.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, J.Jr. **Estatística Não-paramétrica para ciências do comportamento**. 2ª. edição, Porto Alegre: Artmed, 2006.

VOLICH, R. M. **Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WILHELM, S., KEUTHEN, N. J., DECKERSBACH, T., ENGELHARD, I. M., FORKER, A. E., BAER, L., O'SULLIVAN, R.L.; JENIKE, M.A. **Self injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity**. *J Clin Psychiatry*, 60(7):454-9, 1999

ANEXO A

ROL DOS 60 ESTUDOS ANALISADOS

1- STEIN, D.J.; CHAMBERLAIN, S.R.; FINEBERG, N. **An A-B-C model of habit disorders: hair-pulling, skin-picking, and other stereotypic conditions.** CNS Spectr, 11(11):824-7, 2006

Um abc do modelo de transtornos por hábito: arrancar cabelo, escoriar a pele e outras condições estereotipadas

Objetivos: realizar um estudo teórico a respeito dos transtornos por hábito: arrancar cabelo, escoriar a pele e outras condições estereotipadas.

Participantes e métodos: não foram discriminados

Resultados: o grave puxar do cabelo é característica da tricotilomania, um transtorno de controle de impulsos não classificado. Outros hábitos patológicos graves, incluindo o roer unhas e o escoriar a pele também são prevalentes e potencialmente diagnosticados como transtorno estereotipados. Há uma sensibilização crescente para a morbidade associada a este tipo de transtornos por hábitos, mas, até a data, relativamente poucos ensaios clínicos controlados de farmacoterapia ou de psicoterapia foram desenvolvidos.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: avanços na compreensão dos mecanismos cognitivo-afetivos básicos de comportamentos estereotipados em animais e seres humanos podem levar a novas abordagens. Uma regulação no afeto, na dependência comportamental e no controle cognitivo são conceitos abordados para delinear o manejo destas condições.

2- CUMURCU, B.E.; KAYA, B. **A case with tricotillomania, psychogenic excoriation and pathological internet use.** Klinik Psikiyatri Dergisi. Vol 7(2), 2004

Um caso com tricotilomania, escoriação psicogênica e o patológico uso da internet

Objetivos: realizar um estudo teórico a respeito da tricotilomania, escoriação psicogênica e uso patológico da internet

Participantes e métodos: não foram discriminados

Resultados: Atualmente o uso excessivo do computador e da Internet se tornou um problema importante. Ainda há controvérsia se o vício a internet é real ou não, tal comportamento deve ser reconhecido e tratado adequadamente. A dependência pela internet pode ser observada mesmo em pessoas sem qualquer problema de dependência ou transtorno psiquiátrico, e tais pessoas podem apresentar distúrbio social e problemas na função profissional.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Uso patológico da internet pode ser um tema de controvérsia em duas diferentes classificações diagnósticas DSM-IV. Embora relatórios iniciais associem o uso patológico da internet com abuso ou dependência de substância, resultados recentes dão uma idéia de que esse distúrbio provavelmente relaciona-se com transtorno de impulso não especificado de outra forma. Presença de casos com uso de álcool ou substância de dependência e vários transtornos de impulsos demonstram controvérsias relacionadas à classificação, o que deve ser dado continuação.

3- ODLAUG, B.L.; GRANT, J.E. **Childhood-onset pathologic skin picking: clinical characteristics and psychiatric comorbidity.** Compr Psychiatry;48(4):388-93, 2007

Escoriação patológica da pele no início da infância: características clínicas e comorbidades psiquiátricas

Objetivos: Comparar indivíduos com a patologia de escoriar a pele, sendo considerados indivíduos com patologia de escoriar a pele no início da infância (antes dos 10 anos de idade) e aqueles com início mais tardio.

Participantes e métodos: Uma amostra de 40 indivíduos. A gravidade dos sintomas foi analisada através da avaliação de tempo gasto por dia escoriando, intensidade e frequência dos pensamentos e insistência para escoriar, funcionamento social e profissional.

Resultados: Dos 40 indivíduos, 19 (47,5%) relataram o início da escoriação da pele antes de 10 anos de idade. Estes indivíduos, além de apresentar a doença no início da infância tiveram, significativamente, maior duração desta antes de receber tratamento e estavam mais propensos a escoriar-se de forma inconsciente.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: A gravidade dos sintomas, as comorbidades e o funcionamento social não diferiram entre os grupos. Estes resultados preliminares sugerem que, embora o início do quadro antes dos 10 anos de idade é bastante comum entre pessoas com patologia de escoriar a pele, indivíduos que

desenvolvem esse comportamento anteriormente na vida têm características clínicas semelhantes com aqueles com início mais tardio, mas podem ser menos propensos a procurar tratamento.

4- CALIKUSU, C; YÜCEL, B; POLAT, A; BAYKAL, C. **Expression of anger and alexithymia in patients with psychogenic excoriation: a preliminary report.** International Journal of Psychiatry in Medicine. Vol 32(4), 2002

Expressão de raiva e alexitimia em pacientes com escoriação psicogênica: um relatório preliminar

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar as características sócio-demográficas dos pacientes com escoriações psicogênicas e outras psicodermatoses, e compará-los em condições de formas de expressão de raiva e alexitimia.

Participantes e métodos: Trinta e um indivíduos com escoriações psicogênicas e trinta e um pacientes com urticária crônica foram recrutados em uma clínica dermatológica ambulatorial. Todos os sujeitos completaram a Scale Toronto Alexitimia e Trait Anger Anger e Escala de Expressão.

Resultados: Pacientes com escoriações psicogênicas apresentaram níveis mais elevados de raiva ($p < .01$) e tendem a não mostrar sua raiva ($p < .05$), sendo mais alexitimistas ($p < .05$). Houve também uma correlação positiva entre a raiva e a pontuação alexitimia ($r = .49, p < .05$).

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Escoriação psicogênica, que é caracterizada por lesões formada por auto-escoriação, tem um importante lugar entre as dermatoses relacionadas a fatores psicológicos. Emoções, especialmente aquelas como raiva que não pode ser expressa, pode ser importante na etiologia. A escoriação psicogênica, um grave e crônico problema psiquiátrico e dermatológico, pode estar relacionada à regulação das emoções, especialmente raiva e alexitimia. Devido ao fato de que ela tem um lugar diferente entre as psicodermatoses, os indivíduos com a escoriação psicogênica poderiam se beneficiar ao aprender a regular suas emoções ao invés de escoriar-se.

5- HAJCAK, G.; FRANKLIN, M.E.; SIMONS, R.F.; KEUTHEN, N.J. **Hairpulling and skin picking in relation to affective distress and obsessive-compulsive symptoms.** Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. Vol 28(3), 2006

Arrancar de cabelo e escoriação de pele em relação a dificuldade afetiva e sintomas obsessivo-compulsivos

Objetivos: Examinar a angústia associada a ambos os comportamentos: arrancar cabelo e escoriar a pele usando a escala de Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale (MGHHS) e Escala de escoriação da pele (SPS).

Participantes e métodos: 1.324 estudantes universitários. Na amostra, muitos participantes relataram significativa dificuldade relacionada ao arrancar cabelo e a escoriação da pele. Os participantes (N = 72) foram agendados para uma sessão de testes de follow-up para continuar a avaliar as relações entre esses comportamentos e as medidas para lidar com o afeto.

Resultados: Comparado com uma amostra de controle, o grupo do *follow-up* apresentou significativamente mais sintomas de ansiedade e estresse reativo, e tiveram escores mais altos em uma medida de sintomas obsessivo-compulsivos.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: não foram discriminados

6- FERRÃO, Y.A.; ALMEIDA, V.P.; BEDIN, N.R.; ROSA, R.; BUSNELLO, E.A. **Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder.** Compr Psychiatry;47(4):282-8, 2006

Compulsão e impulsividade em pacientes com tricotilomania ou escoriação da pele comparados com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo

Objetivos: Realizar um estudo de caso com um grupo de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo e um grupo de pacientes com a escoriação da pele e / ou tricotilomania.

Participantes e métodos: Para comparar a impulsividade e a compulsão, realizou-se um estudo de caso controlado comparando um grupo de 20 pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo com um grupo de 20 pacientes com a escoriação da pele e / ou tricotilomania.

Resultados: Os escores da Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale foram significativamente maiores em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo, em comparação com pacientes com escoriação da pele e Tricotilomania ($F = 90,29$, $P < .001$). O Hamilton Inventário e a Escala Schalling de impulsividade não revelaram diferenças significativas nos intergrupos. O Instrumento de avaliação Multidimensional de Impulsividade-Compulsividade permitiu encontrar 6 diferenças estatísticas significativas entre os grupos: a capacidade ou incapacidade para atrasar um impulso, resposta rápida ou de planejamento de ação, sentimentos de prazer ou culpa durante ou após um ato, ritualização, e se o paciente acredita que tem prejuízos ou benefícios se impedido de agir.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Em conclusão, escoriação da pele e tricotilomania merecem maior atenção sobre a sua classificação em futuras versões de Manuais de Diagnóstico, pois na Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão, o diagnóstico e manual estatístico de transtornos mentais Fourth Edition inclui estes distúrbios no mesmo capítulo do jogo patológico, cleptomania, piromania e outros. Apesar de suas semelhanças com as compulsões, sua classificação no âmbito do Espectro Obsessivo-Compulsivo necessita de particulares investigações fenomenológicas e neurobiológicas.

7- KONDZIOLKA, D.; HUDAK, R. **Management of obsessive-compulsive disorder-related skin picking with gamma knife radiosurgical anterior capsulotomies: a case report.** J Clin Psychiatry; 69(8):1337-40, 2008

Conduta de transtorno obsessivo-compulsivo relacionado com escoriação da pele com navalha radiosurgical anterior capsulotomies: um relato de caso

Objetivos: Realizar um estudo de caso de um homem com uma história de escoriação da pele com auto-lesão cada vez mais severa.

Participantes e métodos: Sr. A, de 55 anos de idade, casado, engenheiro, tinha 25 anos de uma história de escoriação da pele com auto-lesão cada vez mais severa quando se apresentou pela primeira vez em um hospital, em 2002, depois de ter sido cuidado em outras instalações regionais por vários anos.

Resultados: Seu comportamento foi focado principalmente na cabeça e pescoço. Ele não tinha uma história de tricotilomania, mas ele tinha algumas características do TOC, tal como obsessivas demoras.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: ‘Radiosurgical capsulotomies anterior’ pode proporcionar benefícios em um paciente com transtorno obsessivo-compulsivo, proporcionando melhoras no pensamento e comportamentos sociais, assim como na manifestação física da doença.

8- BOHNE, A.; KEUTHEN, N.; WILHELM, S.. **Pathologic hairpulling, skin picking and nail biting.** Ann Clin Psychiatry;17(4):227-32, 2005

Patológico arrancar de cabelo, escoriação da pele e roer das unhas

Objetivos: Analisar resultados de investigação sobre formas de comportamentos patológicos

Participantes e métodos: O estudo analisou os resultados da investigação sobre três formas de comportamento patológico (tricotilomania, escoriação psicogênica e onicofagia), destacando suas semelhanças e diferenças.

Resultados: A fenomenologia, o que desencadeia, as consequências e funcionalidade do arrancar cabelos, escoriação da pele e roer de unhas são semelhantes, o que sugere sua categorização num conjunto diagnóstico. Sofredores muitas vezes não admitem a natureza auto-infligida dos seus prejuízos físicos por vergonha e constrangimento, o que dificulta o reconhecimento da doença e diagnóstico diferencial. Assim, os profissionais têm de estar particularmente atentos aos sinais físicos possivelmente relacionados a esses transtornos de comportamento.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: A investigação sugere que o arrancar de cabelos, escoriação da pele e roer de unhas são problemas não reconhecidos que ocorrem em um continuum variando de leve a grave. Mais pesquisas são necessárias, especialmente no que se refere à etiologia destas patologias para fomentar o desenvolvimento de eficazes e duradouros tratamentos e estratégias de prevenção.

9- GRANT, J.E.; MENARD, W.; PHILLIPS, K.A. **Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder.** Gen Hosp Psychiatry, 28(6):487-93, 2006

Patologia de escoriar a pele em indivíduos com transtorno dismórfico corporal

Objetivos: O objetivo deste estudo foi examinar a prevalência e correlação clínica da patologia de escoriar a pele em uma grande amostra de indivíduos com transtorno dismórfico corporal.

Participantes e métodos: 176 indivíduos com transtorno dismórfico corporal (71,0% mulheres, idade média, 32,5 ± 12,3 anos) foram avaliados com relação à comorbidade, gravidade do transtorno, 'delusionalty' (visão-insight), qualidade de vida e funções sociais / profissionais, utilizando medidas confiáveis e válidas. Todas as variáveis foram comparadas em indivíduos com transtorno dismórfico corporal com e sem escoriação patológica da pele.

Resultados: Cerca de 44,9% dos indivíduos relataram viver um patológico escoriar da pele, e, 36,9% relataram a ocorrência do escoriar patológico da pele devido ao transtorno dismórfico corporal. Indivíduos do sexo feminino foram mais propensos a apresentar transtorno dismórfico corporal, tendo maiores preocupações com a pele, comorbidades com a tricotilomania ou distúrbio de personalidade, bem como a camuflagem com maquiagem e a atitude de não procurar e receber tratamentos não psiquiátricos (por exemplo, dermatológicos) para sua preocupação com a pele.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Existe uma alta prevalência da patológica escoriação da pele entre os indivíduos com transtorno dismórfico corporal, e os clínicos devem estar cientes da correlação clínica neste problema de comportamento.

10- OSABA, O; MAHR, G. **Psychogenic excoriation and câncer.** Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry. Vol 43(3), 2002

Escoriação psicogênica e câncer

Objetivos: Realizar um estudo de caso de uma mulher com escoriação psicogênica que pode ter levado a um carcinoma.

Participantes e métodos: Descreve a mulher branca, com 52 anos de idade, que tinha escoriação psicogênica que pode ter levado a um carcinoma epidermóide externo na orelha. Uma discussão dos transtornos de controle dos impulsos segue.

Resultados: não foram discriminados

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: não foram discriminados

11- WILHELM, S.; KEUTHEN, N.J.; DECKERSBACH, T.; ENGELHARD, I.M.; FORKER, A.E.; BAER, L.; O'SULLIVAN, R.L.; JENIKE, M.A. **Self injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity.** J Clin Psychiatry, 60(7):454-9, 1999

Auto-lesão de escoriar a pele: as características clínicas e comorbidades

Objetivos: Examinar a demografia, fenomenologia e associada psicopatologia em 31 sujeitos com a auto-lesão de escoriação repetitiva da pele.

Participantes e métodos: 31 sujeitos (idade 18-53 anos) com auto-lesão de escoriação repetitiva da pele foram administrados na Entrevista Clínica Estruturada para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-IV (DSM-IV) para transtornos do Eixo I e Eixo II. Eles também responderam a diversos questionários de humor e um novo inventário de auto-relato concebido para avaliar a fenomenologia, motivos, cognições, emoções e conseqüências associadas com a escoriação da pele.

Resultados: A idade média de início da auto-lesão da escoriação de pele foi de 15 anos, e a duração média da doença foi 21 anos. Todos os sujeitos escoriavam em mais de 1 área do corpo, e os locais mais freqüentes de escoriação de pele foram espinhas e cicatrizes. A comorbidade mais comum do Eixo I de diagnósticos foram: transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), abuso / dependência de álcool e transtorno dismórfico corporal. 48% dos sujeitos preencheram os critérios para pelo menos 1 transtorno de humor, e 65% para pelo menos 1 transtorno de ansiedade. Os transtornos do Eixo II mais comuns foram: transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo e transtorno de personalidade borderline.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Conclui-se que a auto-lesão da escoriação da pele é um problema psiquiátrico grave e crônico e um problema dermatológico associado com altas taxas de comorbidade psiquiátrica.

12- SINGAREDDY, R; MOIN, A.; SPURLOCK, L.; MERRITT-DAVIS, O.; UHDE, T. W. **Skin picking and sleep disturbances: relationship to anxiety and need for research.** *Depress Anxiety*, 18(4):228-32, 2003

Escoriação da pele e distúrbios do sono: a relação com a ansiedade e a necessidade de uma investigação

Objetivos: Examinar a qualidade do sono e os níveis de ansiedade em pacientes dermatológicos com escoriação patológica da pele.

Participantes e métodos: Pacientes dermatológicos com (n = 10) e sem Escoriação patológica (n = 10) e controles saudáveis (n = 10) foram avaliados em padronizadas e validadas medidas da qualidade subjetiva do sono [Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)], ansiedade (Spielberger Estado e Trait Anxiety Inventory; pela Escala de Ansiedade Zung), estresse (FAD) e incapacidade social [Sheehan Disability Inventory subescala SDI4].

Resultados: Entre os dois grupos de pacientes dermatológicos, apenas o grupo de escoriação patológica tinha o sono muito ruim, alta ansiedade e estresse percebido em comparação com controles saudáveis. Nos pacientes dermatológicos com escoriação patológica, PSQI escores global foram significativamente positivamente correlacionado com Spielberger Estado e de Ansiedade de Zung. Escoriação patológica ou escoriação da pele é visto em quase 2% dos pacientes que frequentam clínicas de dermatologia e é frequentemente associada com ansiedade, estresse e busca de ajuda. Enquanto a ansiedade e o estresse são considerados a causa de dificuldades no sono, na população em geral, nem todas as pessoas ansiosas, mesmo aqueles com transtornos de ansiedade incapacitantes, necessariamente sofrem de insônia.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Pacientes dermatológicos com escoriação patológica da pele são mais ansiosos e têm pior qualidade de sono em comparação com pacientes dermatológicos sem escoriação patológica (PE) e pacientes saudáveis.

13- CALIKUSU, C; YÜCEL, B.; POLAT, A.; BAYKAL, C. **The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: a comparative study.** Comprehensive Psychiatry. Vol 44(3), 2003

A relação de escoriação psicogênica com transtornos psiquiátricos: um estudo comparativo

Objetivos: O objetivo deste estudo foi comparar pacientes com diagnóstico de escoriação psicogênica (EP) de um grupo de pacientes com outras psicodermatoses em termos de transtornos psiquiátricos comórbidos.

Participantes e métodos: 31 indivíduos foram recrutados a partir de uma clínica dermatológica ambulatorial. O grupo controle foi composto de 31 pacientes com uma doença dermatológica, exceto escoriação psicogênica. Os sujeitos foram entrevistados por meio da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-III-R, Inventário de Depressão Beck (BDI), Hamilton Anxiety Rating Scale (Hars) e de Yale-Brown Obsession e compulsão Scale (YBOCS). Indivíduos também preencheram um questionário semi-estruturado de dados sociodemográficos e características clínicas.

Resultados: Tendência a depressão foi o transtorno mais freqüente no grupo de escoriação psicogênica. Houve uma diferença estatística significativa entre os dois grupos em termos de síndrome depressiva (grupo EP 58,1%, e 6,5% do grupo controle, $p < 0,01$). Cerca de 45,2% do grupo escoriação psicogênica foi diagnosticado com transtorno obsessivo compulsivo (TOC), enquanto que a proporção era de apenas 3,7% no grupo controle. O grupo com escoriação psicogênica apresentou pontuações significativamente mais elevadas no BDI, Hars e da YBOCS.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Escoriação psicogênica caracterizada pelo excessivo ato de coçar ou arrancar da pele, ainda não é reconhecida como um sintoma de um distúrbio do DSM-IV. É um transtorno crônico com uma elevada taxa de comorbidade psiquiátrica. Os resultados deste estudo apontam para uma estreita relação entre escoriação psicogênica, depressão e transtorno obsessivo-compulsivo.

14- CULLEN, B.A.; SAMUELS, J.F.; BIENVENU, O.J.; GRADOS, M.; HOEHN-SARIC, R.; HAHN, J.; LIANG, K.; WELWN, D.; DEES, M.; RIDDLE, M.A.; NESTADT, G. **The relationship of pathologic skin picking to obsessive-compulsive disorder.** J Nerv Ment Dis, 189(3):193-5, 2001

A relação da patológica escoriação da pele com o transtorno obsessivo-compulsivo

Objetivos: Investigar a relação entre a escoriação patológica da pele e o transtorno obsessivo-compulsivo.

Participantes e métodos: 80 adultos foram entrevistados, junto com 343 dos seus parentes de primeiro grau. 73 indivíduos no grupo controle foram entrevistados junto com 300 dos seus parentes de primeiro grau. Investigou a relação entre a escoriação patológica da pele e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), e abordou 3 perguntas.

Primeiramente se escoriação patológica da pele é mais prevalente em sujeitos com TOC? Em segundo lugar, se assim for, é escoriação patológica da pele exclusiva para TOC? Em terceiro lugar a escoriação patológica da pele caracteriza-se com características clínicas ou familiares de TOC?

Resultados: Os resultados sugerem que a escoriação patológica da pele não é específica para indivíduos com TOC.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: não foram discriminados

15- ODLAUG, B.L.; GRANT, J.E. **Tricotillomania and pathologic skin picking: clinical comparison with an examination of comorbidity.** Ann Clin Psychiatry, 20(2): 57-63, 2008

Tricotilomania e patologia de escoriar a pele: comparação clínica com verificação de comorbidade

Objetivos: Analisar as semelhanças e diferenças entre estes três grupos (escoriação patológica da pele, tricotilomania, e as pessoas com diagnóstico de comorbidade em escoriação patológica da pele + diagnóstico de tricotilomania) a partir de uma perspectiva clínica.

Participantes e métodos: 77 indivíduos com escoriação patológica da pele, tricotilomania, e com comorbidade em escoriação patológica da pele + tricotilomania foram analisadas para este estudo. Os grupos são compostos dos referidos sujeitos da pesquisa, sendo pacientes ambulatoriais que se apresentaram voluntariamente para tratamento em um grande centro médico de uma universidade pública. Patológica escoriação da pele (PSP) e a tricotilomania (TTM) são comportamentos repetitivos que se presume compartilhem características clínicas.

Resultados: Houve muito mais semelhanças do que diferenças em indivíduos com escoriação patológica da pele, tricotilomania, e escoriação patológica da pele + tricotilomania. Diferenças significativas, no entanto, foram encontradas no tempo gasto de escoriar / puxar, desencadeadores dos comportamentos, taxas de comorbidade do transtorno depressivo e história familiar de escoriação patológica da pele.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Este estudo representa a primeira comparação da escoriação patológica da pele, tricotilomania e comorbidade entre as duas na literatura. Os 3 grupos são bastante semelhantes na sua apresentação clínica geral e

gravidade. Autores sugerem que mais estudos são necessários para validar os achados e deverão centrar-se sobre as formas de tratamento efetivo.

16- LOCHNER, C; SIMEON, D; NIEHAUS, D.J.; STEIN, D.J. **Tricotillomania and skin picking: a phenomenological comparison.** *Depress Anxiety*, 15(2):83-6, 2002

Tricotilomania e escoriação da pele: uma comparação fenomenológica

Objetivos: Comparar pacientes com tricotilomania e escoriação da pele

Participantes e métodos: Os pacientes com tricotilomania e escoriação patológica da pele foram comparados em termos de gravidades demográficas (idade, sexo), clínicas (eixo I e comorbidade com transtornos II) e variáveis de personalidade.

Resultados: Tricotilomania e escoriação patológica da pele são muito similares em demografia, comorbidades psiquiátricas e nas dimensões da personalidade. Sintomas dissociativos podem ser mais comuns na tricotilomania do que na escoriação patológica da pele.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Os trabalhos futuros para avaliar implicações para a avaliação clínica e a intervenção nas duas condições podem ser úteis.

17- STEIN, D.J.; GARNER, J.P.; KEUTHEN, N.J.; FRANKLIN, M.E.; WALKUP, J.T.; WOODS, D.W. **Tricotillomania, stereotypic movement disorder, and related disorders.** *Curr Psychiatry Rep*, 9(4):301-2, 2007

Tricotilomania, desordem mental estereotipada e doenças relacionadas

Objetivos: não foram discriminados

Participantes e métodos: não foram discriminados

Resultados: Tricotilomania é atualmente classificado como um transtorno de impulsos não classificados de outra maneira. Comportamentos com foco no corpo diferenciam do puxar-cabelo e podem ser diagnosticados como uma desordem mental estereotipada.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Uma série de transtornos caracterizados por repetição, comportamentos com foco no corpo (por exemplo escoriação da pele) são prevalentes e incapacitantes e podem ter aspectos fenomenológicos e psicobiológicos ao mesmo tempo. Tais distúrbios merecem um maior reconhecimento na nosologia oficial, e não parece ser vantagem clínica classificá-los na mesma categoria diagnóstica.

18- KO, S.M. **Under-diagnosed psychiatric syndrome II: pathologic skin picking.** Ann Acad Med Singapore, 28(4):557-9, 1999

Síndrome psiquiátrica sub-diagnosticada II: patologia de escoriar a pele

Objetivos: não foram discriminados

Participantes e métodos: não foram discriminados

Resultados: Patologia de escoriar a pele, anteriormente conhecida como escoriação neurótica, caracteriza-se por habituais e repetitivos atos de auto-escoriação da pele. Afetando principalmente as mulheres, com início nos 20 e 30 anos, pode levar a grandes dificuldades, disfunção e desfiguramento.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Devido à estreita semelhança com o transtorno obsessivo-compulsivo em fenomenologia e resposta farmacológica para inibidores de recaptção de serotonina (por ex. clomipramina, fluoxetina e sertralina), a patologia de escoriar a pele tem sido considerada como um espectro do TOC.

19- WIGREN, M.; HEIMANN, M. **Excessive picking in Prader Willi syndrome: a pilot study of phenomenological aspects and comorbid symptoms.** International Journal of Disability, Development and Education. Vol 48(2), Jun 2001

Escoriação excessiva na síndrome de Prader Willi: um estudo piloto de aspectos fenomenológicos e sintomas comórbidos

Objetivos: Examinar os diferentes aspectos e formas de escoriar a pele, assim como os relatos de comportamentos de arrancar e puxar compulsivos e sintomas impulsivos e agressivos

Participantes e métodos: Pais de 37 indivíduos com Síndrome de Prader Willi, com idade entre 12-30 anos, participaram através do preenchimento de questionários especialmente desenvolvidos, com a finalidade de capturar características específicas e relevantes para o modelo clínico de Síndrome de Prader Willi.

Resultados: Dois terços da amostra exibiram escoriação de pele com uma frequência variando de sintomas episódicos passageiros a crônicos.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Escoriação da pele constitui um menor critério de diagnóstico para síndrome de Prader Willi e é considerada uma síndrome de comportamentos específicos. Muitos indivíduos com escoriação de pele também exibiram

comorbidades e os indivíduos com o excessivo escoriar da pele também tiveram problemas como acessos de raiva frequentes e violentas explosões.

20- DIDDEN, R.; PROOF, I.; LANÇIONI, G.E.; VAN, R.; CURFS, L.M.G. **Individuals with Prader Willi syndrome and their perceptions of skin-picking behaviour** *British Journal of Developmental Disabilities*. British Journal of Developmental Disabilities. v 54 (107, Pt2), 123-130, 2008

Indivíduos com síndrome de Prader Willi e suas percepções sobre o comportamento de escoriar a pele

Objetivos: Realizar um estudo qualitativo baseado em relatos de opiniões de pessoas com a Síndrome Prader Willi

Participantes e métodos: Um estudo utilizando a pesquisa qualitativa como método baseado em fundamentos teóricos para obter a opinião das pessoas com Síndrome Prader Willi sobre o sensível problema do comportamento de escoriar a pele.

Resultados: Investigações sobre as perspectivas dos indivíduos com Síndrome de Prader Willi relativas ao seu comportamento de escoriar a pele é inexistente. As entrevistas mostram que este comportamento pode ter consequências negativas para os indivíduos envolvidos.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Auto-lesão de escoriar a pele é uma característica distintiva da síndrome de Prader Willi. Até o presente, os estudos têm abordado a sua prevalência, características e causas. Entretanto, pouco é conhecido sobre como os indivíduos experienciam este tipo de comportamento e qual impacto a escoriação da pele tem as suas vidas. Em geral, as entrevistas indicam que indivíduos com Síndrome de Prader Willi são capazes de fornecer pistas sobre o motivo pelo qual eles exibem esse comportamento e qual impacto que tem sobre a sua qualidade de vida. O conhecimento sobre essas pistas pode ajudar no desenvolvimento de programas que visam apoiar as pessoas com a Síndrome de Prader Willi, ajudando-as a reduzir a escoriação da pele.

21- DIDDEN, R.; KORZILIUS, H.; CURFS, L.M.G., 2007. **Skin picking in individuals with Prader Willi syndrome: prevalence, functional, assessment, and its comorbidity with compulsive and self injurious behaviours.** *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Vol 20(5), 2007

Escoriação da pele em indivíduos com síndrome de Prader Willi: Prevalência, avaliação funcional e sua comorbidade com comportamentos compulsivos e auto-lesivos

Objetivos: Investigar a prevalência e avaliação funcional da escoriação de pele, e sua associação com o comportamento compulsivo e auto-lesivo em um grande grupo de indivíduos com a Síndrome de Prader Willi

Participantes e métodos: 119 indivíduos com síndrome Prader Willi. Os dados sobre características demográficas, escoriação da pele e comportamentos compulsivos e auto-lesivos foram coletados por questionários. Função comportamental da escoriação da pele foi avaliada pela Escala de Questões acerca do Comportamento Funcional.

Resultados: Escoriação da pele foi detectada em 86% da amostra, tendo uma correlação positiva a comportamentos compulsivos. Não foram encontradas associações entre a escoriação da pele e outras variáveis. Avaliação funcional sugere que, na maioria dos casos (isto é, 70%) de escoriação da pele principalmente tinha funções anti-sociais.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Os indivíduos com síndrome de Prader Willi apresentam problemas de comportamento, tais como a escoriação da pele e comportamentos compulsivos. Escoriação da pele e comportamentos compulsivos são comuns na síndrome de Prader Willi. Na maioria dos casos, escoriações da pele podem ser mantidas para reduzir a tensão. Controlados estudos sobre tratamento comportamentais são escassos. Implicações para tratamento da escoriação são discutidos.

22- ARNOLD, L.M.; MUTASIM, D.F.; DWIGHT, M.M.; LAMERSON, C.L.; MORRIS, E.M.; McELROY, S.L. **An open clinical trial of fluvoxamine treatment of psychogenic excoriation.** Journal of Clinical Psychopharmacology. Vol 19(1), Feb 1999

Um ensaio clínico aberto de tratamento com fluvoxamina em escoriação psicogênica

Objetivos: Examinar a segurança e eficácia da fluvoxamina no tratamento da escoriação psicogênica da pele.

Participantes e métodos: Para 14 indivíduos com escoriação psicogênica foi dado a fluvoxamina em 12 semanas, experimento realizado sem prescrição médica. Após a realização da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV, evidenciou pelo menos um transtorno psiquiátrico comórbido, o transtorno de humor foi o mais comum.

Resultados: A maioria dos indivíduos com escoriação tinha características de transtorno de controle de impulsos. Todo grupo teve uma melhora significativa modificada na Escala Yale-Brown Obsessive-Compulsive, mas não melhora na escala Hamilton para depressão. Os resultados deste primeiro experimento sugerem que a fluvoxamina pode ser eficaz na redução da escoriação psicogênica.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: No auto-relato dos dados 7 indivíduos tiveram redução significativa nos comportamentos que envolvem a pele (por ex. coçar, escoriar, arranhar e apertar) e na avaliação global dos sintomas. Terminada a análise dos 14 indivíduos, os dados do auto-relato demonstraram uma melhora significativa na presença de sensações na pele, aparência da pele e lesões, comportamentos que envolvem a pele, e avaliação global. São necessários estudos controlados para confirmar esses achados.

23- SIMEON, D.; STEIN, D.J.; GROSS, S.; ISLAM, N.; SCHMEIDLER, J.; HOLLANDER, E. **A double blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking.** J Clin Psychiatry, 58(8):341-7, 1997

Um estudo duplo-cego da fluoxetina na escoriação patológica da pele

Objetivos: Investigar a eficácia da fluoxetina no tratamento da escoriação patológica da pele em um estudo duplo-cego, controlado por placebo, e um experimento paralelo.

Participantes e métodos: 21 adultos (20-58 anos) com patologia crônica de escoriação da pele concordaram em participar do estudo e receberam 10 semanas de placebo ou o tratamento com fluoxetina. Tratamento com fluoxetina teve uma flexível dosagem de até 80 mg / dia. Três medidas em escoriação de pele foram empregadas, incluindo a Escala de Impressão-melhoria Global Clínica, a Escala de tratamento de escoriação de pele, e uma escala analógica visual de auto-avaliação da mudança. Além disso, depressão, ansiedade, e obsessões-compulsões foram avaliados utilizando a Escala de Hamilton para Depressão, a Escala de Hamilton para Ansiedade, o Inventário Spielberger de Estado-Traço de Ansiedade e a escala Yale-Brown Obsessivo Compulsivo para a duração do estudo. 17 sujeitos (6 tratados com fluoxetina e 11 tratados com placebo) completaram o estudo, em uma dose média da fluoxetina de 55 mg / dia.

Resultados: Os resultados sugerem que a fluoxetina pode ser um benefício terapêutico.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: A fluoxetina foi significativamente superior ao placebo no tratamento da escoriação da pele de acordo com 2 das 3 medidas para completar a análise e 1 das 3 medidas para a intenção de tratar na análise.

24- CURTIS, A.R.; RICHARDS, R.W. **Aripiprazole augmentation of venlafaxine in the treatment of psychogenic excoriation.** Journal of Clinical Psychiatry. Vol 67(8), 2006

Aumentando aripiprazole de venlafaxina no tratamento de escoriação psicogênica

Objetivos: Apresentar o caso de um paciente do sexo feminino cuja escoriação psicogênica não reagiu a um inibidor da recaptção de serotonina-noradrenalina, mas melhorou acentuadamente quando o aripiprazol foi adicionado.

Participantes e métodos: Um estudo de caso com uma mulher de 50 anos de idade com escoriação psicogênica

Resultados: A mulher de 50 anos de idade foi diagnosticada com depressão e ansiedade por um médico de primeiros socorros e foi formalmente diagnosticada com transtorno depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada (DSM-IV) quando ela se apresentou pela primeira vez à uma clínica. Ela tinha 20 anos de uma história de escoriação psicogênica associada com alopecia. Seus braços, pernas e rosto tiveram vários lugares de escoriação crônica devido à coceira e sensações de ardor, e seu couro cabeludo exibia 2 fragmentos (2 a 3 cm) de alopecia. Para esta paciente, risperidona e, em seguida, o aripiprazol foram escolhidos devido a preocupações sobre um possível ganho de peso associado a olanzapina.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Este caso sugere uma possível função para aripiprazol aumentado da venlafaxina e talvez de outros fármacos serotoninérgicos, tais como os inibidores seletivos da recaptura da serotonina no tratamento de escoriação psicogênica.

25- SASSO, D.A.; KALANITHI, P.S.A.; TRUEBLOOD, K.V.; PITTINGER, C.; KELMENDI, B.; WAYSLINK, S.; MALISON, R.T.; KRYSTAL, J.H.; CORIC, V. **Bennefical effects of the glutamate-modulating agent riluzone on disordered eating and pathological skin-picking behaviors.** J Clin Psychopharmacol, 26(6):685-7, 2006

Efeitos benéficos do glutamato-modular com agente riluzol sobre os transtornos alimentares e comportamentos patológicos de escoriar a pele

Objetivos: Discorrer a respeito do Glutamato-modular com agente Riluzol sobre transtornos alimentares e comportamentos patológicos de escoriar a pele

Participantes e métodos: Em um estudo de caso foi descrito um paciente que, além da melhora no transtorno obsessivo-compulsivo e sintomas depressivos, experienciou significativa redução de escoriação patológica da pele durante a medicação riluzol.

Resultados: Associações diretas foram encontradas entre o escoriar da pele e depressão, ansiedade e sintomas obsessivo-compulsivos, o que pode favorecer o modelo de regulação emocional patológico de escoriar a pele.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Para estabelecer uma classificação diagnóstica adequada da patologia de escoriar a pele e otimizar o planejamento de tratamento e seus resultados, uma investigação mais aprofundada das relações funcionais entre a escoriação da pele e dificuldade afetiva é necessário. Vários estudos têm relatado que riluzol é benéfico no tratamento de transtorno obsessivo-compulsivo e depressão.

26- DENYS, D.; VAN MEGEN, H.J.; WESTENBERG, H.G. **Emerging skin picking behavior after serotonin reuptake inhibitor-treatment in patients with obsessive-compulsive disorder: possible mechanisms and implications for clinical care.** J Psychopharmacol, 17(1):127-9, 2003

Surgimento de comportamento de escoriar a pele após tratamento de inibidor da recaptção de serotonina e pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo: possíveis mecanismos e implicações para o cuidado clínico

Objetivos: Apresentar dois relatos de caso e verificar o tratamento de SSRIs (inibidores seletivos da recaptção de serotonina)

Participantes e métodos: Patológica escoriação da pele é uma auto-lesão, um comportamento impulsivo com características repetitivas e ritualísticas. Vários estudos mostram que os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (SSRIs) podem ser eficazes na redução do comportamento de escoriar a pele. Dois relatos de caso são apresentados demonstrando que o tratamento SSRIs pode causar ou agravar a patologia de comportamentos de escoriar a pele. Possíveis mecanismos de SSRI provocando a patológica escoriação da pele e as implicações para os cuidados clínicos são discutidos.

Resultados: não foram discriminados

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: não foram discriminados

27- BLOCHMR, E.M.; THOMPSON, H.; KORAN, L.M. **Fluoxetine in pathologic skin picking: open –label and double-blind results.** Psychosomatics;42(4):314-9, 2001

Fluoxetina na escoriação patológica da pele: classe aberta e resultados do duplo-cego

Objetivos: Investigar a eficácia da fluoxetina no tratamento do comportamento de escoriar a pele

Participantes e métodos: 15 indivíduos com significância clínica de escoriação da pele foram recrutados por anúncio de jornal. Eles receberam 6 semanas de tratamento aberto com fluoxetina, sendo randomizados a 6 semanas de duplo-cego de fluoxetina ou placebo. O efeito do tratamento foi avaliado com escalas padronizadas. Todos os 15 pacientes completaram tratamento aberto e 8 foram respondedores. Destes oito, quatro randomizados a placebo de fluoxetina mantendo clinicamente significativa melhora.

Resultados: Os quatro randomizados para placebo voltaram ao seu nível inicial do sintoma.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Estudos maiores são necessários para determinar quais os indivíduos são susceptíveis em responder a fluoxetina bem como a eficácia desta, de outros SSRIs (inibidores seletivos da recaptção de serotonina) e outras formas de tratamento.

28- SEEDAT, S.; STEIN, D.J.; HARVEY, B.H. **Inositol in treatment of tricotillomania and compulsive skin picking.** J Clin Psychiatry, 62(1):60-1, 2001

Inositol no tratamento de tricotilomania e escoriação compulsiva da pele

Objetivos: Descrever relatos sobre os possíveis benefícios de inositol, um simples isomero de glicose, como um tratamento primário da tricotilomania e com o aumento de um inibidor da recaptção da serotonina para o compulsivo escoriar da pele.

Participantes e métodos: Os sujeitos eram 3 mulheres com idade entre 21-46 anos. Todos os sujeitos responderam positivamente ao tratamento com inositol.

Resultados: O inositol foi razoavelmente bem tolerado, e o tempo de resposta foi de 4-8 semanas. Duas das mulheres tinham comorbidade com depressão, o que também resolveu no tratamento com inositol.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: não foram discriminados

29- GRANT, J.E.; ODLAUG, B.L.; KIM, S.W. **Lamotrigine treatment of pathologic skin picking: an open-label study.** J Clin Psychiatry, 68(9):1384-91, 2007

Tratamento de lamotrigina em patologias de escoriar a pele: um estudo para descobrir classificações

Objetivos: Analisar o tratamento com lamotrigina em escoriação da pele. Embora a patologia de escoriar a pele é um comportamento relativamente comum, os dados de tratamento são limitados. Os autores descrevem a hipótese que a lamotrigina deve reduzir os sintomas da patologia cutânea de escoriar a pele.

Participantes e métodos: 24 indivíduos (19 mulheres [79,2%]; média + /-SD idade = 34,1 + / - 12,2 anos) com patologias cutâneas de escoriar a pele (com base no DSM-IV os critérios para outros transtornos de controle do impulso) foram tratados em 12 semanas verificando vastos registros da Lamotrigina como mono-terapia. A dosagem de lamotrigina variou de 25 mg /dia a 300 mg / dia. O primeiro resultado medido foi o tempo gasto por dia mexendo na pele. Os indivíduos também foram avaliados com exames de medidas dos sintomas de patologias de escoriar a pele e funcionamento psicossocial. Os dados foram coletados a partir de 15 de janeiro de 2006, para 18 de setembro de 2006.

Resultados: A média (DP) de tempo gasto por dia com a escoriação baixou de 118,1 (130,0) para 59,9 (115,2) minutos ($p < .001$). Em 16 indivíduos (66,7%) foi considerado muita melhora em termos de sintomas da escoriação da pele. Sete indivíduos (29,2%) relataram não escoriar no final do estudo. Melhoria significativa foi observada em escalas avaliativas dos sintomas de patologias cutâneas de escoriar-se ($p = .001$) e funcionamento social ($p = .002$).

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Lamotrigina provocou melhorias em dois terços dos indivíduos com patologias cutâneas de escoriar-se. São necessários estudos adicionais controlados por placebo para avaliar a segurança, tolerabilidade e eficácia da Lamotrigina no tratamento deste problema de comportamento.

30- O'SULLIVAN, R.L.; PHILLIPS, K.A.; KEUTHEN, N.J.; WILHELM, S. **Near-fatal skin picking from delusional body dysmorphic disorder responsive to fluvoxamine.** Psychosomatics, 40(1):79-81, 1999

Quase fatal escoriação da pele no delirante transtorno dismórfico corporal respondendo à fluvoxamina

Objetivos: Relatar o caso de grave escoriação da pele atribuível ao delirante transtorno dismórfico corporal.

Participantes e métodos: Relata o caso de grave escoriação da pele atribuível ao delirante transtorno dismórfico corporal, que resultou em considerável morbidade médica e um desfecho quase fatal. O paciente foi uma mulher de 48 anos.

Resultados: Após seu tratamento com fluvoxamina que foi aumentada para 300 mg / dia houve uma maior redução da escoriação, tal redução ocorreu em 20 minutos por dia.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Este caso ilustra que o diagnóstico de transtorno dismórfico corporal pode facilmente ser falho e os autores enfatizam a necessidade de cuidados diferenciais no diagnóstico de escoriação da pele.

31- SAHIN, E.; KALYONCU, O. A.; PEKTAS, Ö.; TAN, D.; MIRSAL, H.; BEYAZYÜREK, M. **Near-fatal skin picking due to obsessive compulsive disorder responding to combined fluoxetine and cognitive-behavioral therapy: a case report.** Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. Vol 14(2), 2004

A quase fatal escoriação da pele devido ao transtorno obsessivo-compulsivo respondendo a combinação de fluoxetina e terapia cognitivo-comportamental: relato de caso

Objetivos: Descrever um caso com compulsiva escoriação da pele que desenvolveu um hábito auto-destrutivo de apertar ou cavar detritos sem tecido cutâneo e de escoriar a acne e escaras em sua testa, bochechas e queixo.

Participantes e métodos: Escoriação da pele também pode levar a complicações médicas. Os autores descreveram uma mulher casada de 40 anos de idade com compulsivo escoriar da pele que desenvolveu um hábito perigosamente auto-destrutivo de apertar ou cavar detritos sem tecido cutâneo e escoriar a acne e escaras em sua testa, bochechas e queixo.

Resultados: Patológica escoriação da pele tem sido relatada associada com os principais transtornos psiquiátricos. As doenças psiquiátricas comórbidas mais comuns encontradas em pacientes com escoriação da pele foram depressão e ansiedade (especialmente transtorno obsessivo-compulsivo).

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: A paciente foi tratada com sucesso com uma combinação de fluoxetina e psicoterapia cognitivo-comportamental.

32- KEUTHEN, N.J.; JAMESON, M.; LOH, R.; DECKERSBACH, T.; WILHELM, S.; DOUGHERTY, D.D. **Open-label escitalopram treatment for pathological skin picking.** Int Clin Psychopharmacol, 22(5):268-74, 2007

Tratamento não-controlado (sem prescrição médica) de escitalopram para escoriação patológica da pele

Objetivos: Este estudo procurou avaliar a eficácia do escitalopram no tratamento da escoriação patológica da pele.

Participantes e métodos: 29 indivíduos com escoriação patológica da pele foram registrados em 18 semanas através de uma verificação não controlada do escitalopram. O estudo avaliou medidas de gravidade e impacto de escoriação da pele, ansiedade, depressão, e qualidade de vida nas semanas 2, 4, 6, 10, 14 e 18. A média da dose máxima tolerada foi 25,0 mg (desvio padrão = 8,4).

Resultados: Para os 19 estudos complementares, análises pré e pós-tratamento revelaram melhorias significativas ($P < 0,05$) sobre as medidas de escoriar a pele, sua gravidade e impacto, qualidade de vida, e a auto-avaliação do estado de ansiedade e depressão. As análises indicaram que aproximadamente metade da amostra ficou plenamente satisfeita com a reação da medicação e um quarto responderam parcialmente à medicação. Análises correlacionais indicaram que as alterações na depressão, ansiedade, e qualidade de vida co-ocorreram com reduções na severidade do escoriar da pele. Um elevado percentual de variação na gravidade, no entanto, manteve-se sem explicação.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Escoriação patológica da pele é caracterizada por disfuncional, repetitiva e excessiva manipulação da pele, resultando em dano tecidual perceptível. Estes resultados sugerem que escitalopram pode ser um agente efetivo na redução do escoriar patológico da pele. A falta de resposta a medicação em um

subconjunto da amostra sugere a possibilidade de subtipos de escoriação patológica da pele.

33- CHRISTENSEN, R.C. **Olanzapine augmentation of fluoxetine in the treatment of pathological skin picking.** Can J Psychiatry;49(11):788-9, 2004

Olanzapine aumentada na fluoxetina no tratamento da patologia de escoriar a pele

Objetivos: Apresentar um relato de um caso de uma paciente geriátrica cuja patologia de escoriar a pele não respondeu a vários agentes antidepressivos, incluindo inibidores da recaptção serotoninérgicos, até que uma baixa dose de olanzapina foi adicionado à sua dosagem mantida de fluoxetina.

Participantes e métodos: Uma mulher com idade compreendida entre os 64 anos sofria de transtorno de ansiedade generalizada, transtorno distímico e patológicas de escoriar a pele. Ela tinha sido acompanhada pelo seu médico para cuidados primários 2 anos antes de ser encaminhada para uma avaliação psiquiátrica.

Resultados: Fluoxetina tem sido relatada ser especialmente benéfica na redução dos comportamentos patológicos de escoriar a pele.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Com esta paciente em particular, a fluoxetina foi bastante eficaz no controle de humor e sintomas de ansiedade, mas de leve benefício na diminuição a escoriação psicogênica.

34- BIONDI, M.; ARCANGELI, T.; PETRUCCI, R.M. **Paroxetine in a case of psychogenic pruritus and neurotic excoriation.** Psychotherapy and Psychosomatics. Vol 69(3), 2000

Paroxetina em um caso de prurido psicogênico e escoriações neuróticas

Objetivos: Realizar um estudo de caso de uma mulher que apresentou prurido psicogênico e escoriação neurótica

Participantes e métodos: Neste estudo os autores apresentam o caso de uma mulher de 66 anos que foi internada em um ambulatório psiquiátrico com uma história de um grave e constante prurido. A paciente queixou-se de ter pruridos localizados no rosto, tórax e membros superiores, obrigando-a a arranhar a si mesma excessivamente por muitas horas diárias provocando até uma pele escoriada.

Resultados: Estudos de laboratório não revelaram resultados significativos. A paciente refere o aparecimento da sintomatologia após a morte de sua melhor amiga e, conseqüentemente, ela experimentou sentimentos de raiva, tristeza, solidão e, ao mesmo tempo também desenvolveu o prurido. A avaliação psicológica revelou a presença de um estado clínico de depressão, com impulsividade e extrema atenção em funções somáticas.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: O tratamento de paroxetina foi bem sucedido na resolução dos sintomas. Prurido psicogênico e auto-excoriação são diagnósticos difíceis de definir. Prurido psicogênico está incluído nos transtornos psicocutâneos geralmente classificados em duas categorias.

35- SHARMA, H. **Psychogenic excoriation responding fluoxetine: a case report.**

J Indian Med Assoc. 106(4):245, 262, 2008

Escoriação psicogênica respondendo à fluoxetina: um estudo de caso

Objetivos: Realizar um estudo de caso de uma jovem com escoriação psicogênica e discutir o tratamento com fluoxetina e terapia comportamental

Participantes e métodos: Uma jovem paciente participou do estudo com as queixas de várias lesões escoriadas ao longo do rosto, braços e antebraços. O diagnóstico foi escoriação psicogênica que é uma condição psicodermatológica incomum. Ela foi tratada com fluoxetina e terapia comportamental.

Resultados: A paciente recuperou-se completamente com este tratamento no final de 3 meses.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Escoriação psicogênica é uma condição psicodermatológica incomum que responde bem na recaptura dos inibidores seletivos de serotonina e a terapia comportamental (inversão de formação). Escoriação compulsiva da pele, acne escoriada, escoriação neurótica (psicogênica), dermatotilomania, vem ocorrendo em 2% de pacientes dermatológicos, principalmente nas mulheres, é um resultado do excesso de coçar, escoriar ou arranhar a pele utilizando dentes, pinças, unhas, pinos e facas, etc. As lesões são geralmente encontradas na face e membros superiores e também na parte superior das costas, áreas onde pacientes pode alcançar facilmente. Podem ocorrer na ausência ou em resposta de uma patologia da pele ou sensação de prurido.

36- CURTIS, A.R.; RICHARDS, R.W. **The treatment of psychogenic excoriation and obsessive disorder using aripiprazole and fluoxetine.** Ann Clin Psychiatry, 19(3):199-200, 2007

O tratamento de escoriação psicogênica e transtorno obsessivo-compulsivo usando aripiprazole e fluoxetina

Objetivos: Apresentar um estudo de caso de uma mulher branca de 18 anos de idade que apresentou comorbidade com transtorno obsessivo compulsivo e escoriação psicogênica , refratária a numerosos regimes de tratamento.

Participantes e métodos: A paciente relatou constantes pensamentos intrusivos de danos para os pais dela, causando-lhe extrema ansiedade. Além disso, ela relatou excessiva escoriação da pele associada com uma tensão.

Resultados: Estudos de laboratório revelaram um hemograma completo normal, função hepática, TSH, T4 livre, e glicemia de jejum. O aripiprazol, um antipsicótico atípico é caracterizada como um agonista parcial sobre receptores da dopamina D2, bem como um 5-HT1A receptor agonista parcial e antagonista 5-HT2A.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Tal como indicado clinicamente pela apresentação do caso, as propriedades do aripiprazol podem tornar uma boa opção para o tratamento da escoriação psicogênica no ajustamento do transtorno obsessivo-compulsivo, especialmente quando um paciente não pode atingir doses terapêuticas de um antipsicótico devido aos efeitos secundários da sedação e ganho de peso.

37- PUKADAN, D.; ANTONY, J.; MOHANDAS, E.; CYRIAC, M.; SMITH, G.; ELIAS, A. **Use of escitalopran in psychogenic excoriation.** Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. Vol 42(5), 2008

Uso de escitalopram em escoriação psicogênica

Objetivos: Realizar dois estudos de caso para verificar o uso de escitalopram em escoriação psicogênica

Participantes e métodos: Apresenta dois estudo de caso. Primeiro, a paciente foi uma mulher de 63 anos de idade que se apresentou ao departamento de dermatologia do Hospital de Missão Jubileu, Kerala, Índia, com um 1 mês de história de comichão em todo o corpo e coçar excessivo juntamente com sintomas depressivos reunidos nos critérios

DSM-IV - TR para transtorno depressivo maior. A paciente recebeu tratamento com escitalopram em uma dose diária de 10 mg. Imipramine foi evitada devido ao efeito colateral desfavorável para seu perfil. O segundo paciente era um homem de 24 anos de idade que se apresentou com uma história de 10 anos com mordidas frequentes nos lábios, e as características do transtorno depressivo maior, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR. Após o aparecimento dos sintomas depressivos as mordidas nos lábios se tornaram graves. Escitalopram foi dado.

Resultados: Na paciente: Após 1 semana de comichão e coçar, observou-se em seguida, desaparecimento ao longo de um período de 2 semanas. Diminuiu a intensidade da depressão gradualmente ao longo das 6 semanas subsequentes. No paciente: A frequência das mordidas nos lábios declinou como a depressão melhorou. As mordidas nos lábios parou completamente após 2 semanas.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Estes casos são coerentes com relatos anteriores mostrando que escoriação psicogênica é encontrada sendo comorbidade com transtornos psiquiátricos, que os transtornos depressivos são os mais comuns e que podem favorecer a origem de escoriações psicogênicas. O efeito do escitalopram pode ser mediado através da serotonina em vez da ação periférica na pele.

38- FLESSNER, C.A.; BUSCH, A.M.; HEIDEMAN, P.W.; WOODS, D.W. **Acceptance-enhance behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing.** Behavior Modification. Vol 32(5), 579-594, 2008

Aceitação reforçada da terapia comportamental (aebt) para tricotilomania e escoriação crônica da pele: estudar os efeitos do componente por sequenciamento

Objetivos: Este estudo-piloto analisou a vantagem da técnica da aceitação-reforçada da terapia comportamental (AEBT) para tricotilomania (TTM) e escoriação crônica da pele (CSP) e o impacto na alteração da sequência da técnica e a eficácia do tratamento.

Participantes e métodos: Os participantes referidos com TTM e CSP (uma especialidade clínica) foram avaliados. O primeiro grupo de 3 participantes recebeu hábito-inversão formação (HRT), seguido pela aceitação e terapia compromisso (ACT), e o segundo grupo de participantes recebeu os dois, ACT seguido pelo HRT.

Resultados: Os resultados indicaram que AEBT proporcionou grande redução em puxar / escoriar para todos os cinco participantes e que a ordem em que as técnicas foram aplicadas fez pouca ou nenhuma diferença no tratamento de curto prazo.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Conclusões, limitações e futuras áreas de investigação são discutidas.

39- TWOHIG, M.P.; HAYES, S.C.; MASUDA, A. **A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking.** Behaviour Research and Therapy, 44(10):1513-22, 2006

Uma investigação preliminar de aceitação e compromisso com uma terapia e tratamento para a escoriação crônica da pele

Objetivos: Avaliar a eficácia de uma deliberada versão de terapia com aceitação e compromisso (ACT) para a escoriação crônica da pele.

Participantes e métodos: A eficácia foi avaliada em um par de bases múltipla através dos desenhos dos 5 participantes.

Resultados: Quanto ao auto-controle em escoriação da pele, mostrou que quatro dos cinco participantes alcançaram níveis próximos a zero de escoriação no pós-tratamento, mas esses ganhos não foram plenamente mantida por três dos quatro participantes em follow-up.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Os resultados do auto-relato da escoriação de pele foram geralmente confirmados por notações de fotografias das áreas degradadas e pela quantidade de medidas validadas de gravidade de escoriação da pele. Todos os participantes classificaram a intervenção como socialmente aceitável, e reduções foram encontradas sobre as medidas de ansiedade, depressão e evitação experiencial para a maioria dos participantes, como resultado da intervenção. Resultados apontam a construção de mais protocolos para compreensão da ACT para a escoriação da pele.

40- DECKERSBACH, T.; WILHELM, S.; KEUTHEN, N.J.; BAER, L.; JENIKE, M.A. **Cognitive-behavior therapy for self-injurious skin picking. A case series.** Behav Modif;26(3):361-77, 2002

Terapia cognitivo-comportamental para a auto-lesão da escoriação de pele. Uma série de casos

Objetivos: Descrever a aplicação e os resultados da terapia cognitivo-comportamental para três pacientes com severa auto-lesão da escoriação da pele

Participantes e métodos: No artigo os autores descrevem a aplicação e os resultados da terapia cognitivo-comportamental para três pacientes com severa auto-lesão da escoriação da pele, das quais duas tinham comorbidades psiquiátricas. O artigo buscou descrever que auto-lesões em escoriação da pele é caracterizada por repetitivos, ritualísticos, ou impulsiva escoriação da pele que leva a danos nos tecidos e causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento diário. Pouco se sabe sobre a eficácia comportamental ou tratamentos cognitivo-comportamentais para auto-lesões na escoriação da pele. Conforme descrito por Azrin e cols, a inversão de hábito é um tratamento promissor para modificar hábitos comportamentais ou tiques nervosos. Para o conhecimento dos autores, apenas uma série de casos existe atualmente na literatura mostrando que a auto-lesão na escoriação da pele, na ausência de uma condição subjacente dermatológica ou sem comorbidades psiquiátricas, pode ser tratada com sucesso com a reversão do hábito.

Resultados: não foram discriminados

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: não foram discriminados

41- TENG, E.J.; WOODS, D.W.; TWOHIG, M.P. **Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: a pilot investigation.** Behavior Modification, 30(4), 411-22, 2006.

Reversão de hábito como um tratamento para escoriar crônico da pele: uma investigação piloto

Objetivos: O objetivo deste estudo foi comparar a eficácia de reversão de hábito (AR) em uma lista de espera de um tratamento para escoriação crônica da pele em adultos.

Participantes e métodos: 25 adultos com um problema crônico de escoriar a pele foram divididos aleatoriamente em uma lista de espera. No pré-tratamento, pós-tratamento, e a 3 meses seguidos, a escoriação da pele auto-relatada foi avaliada, e fotografias foram tiradas de áreas degradadas e posteriormente avaliados por observadores independentes.

Resultados: Dados de aceitabilidade do tratamento foram coletados no pós-tratamento apenas. Os resultados mostraram que a AR produziu um maior decréscimo na escoriação da pele no pós-tratamento e follow-up quando comparado ao um grupo controle.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Resultados apontam a construção de mais protocolos para compreensão de tratamentos para a escoriação da pele. Dados de avaliadores independentes confirmaram estes achados. AR também foi encarada como uma intervenção aceitável pelos participantes.

42- FRIED, R.G.; FRIED, S. **Picking apart the picker: a clinician's guide for management of the patient presenting with excoriations.** *Cutis*, 71(4):291-8, 2003

Desfazer a escoriação: guia de um clínico para a gestão do paciente que apresenta escoriações

Objetivos: O objetivo deste trabalho é fornecer um quadro conceitual para a avaliação e tratamento de pacientes com escoriações.

Participantes e métodos: 10 categorias de diagnóstico são examinadas, e sugestões específicas para o tratamento são oferecidas. Os autores descrevem que gestão de pacientes que escoriam em sua pele é muitas vezes difícil. Etiologias e fatores de manutenção podem ser pouco claros. Comorbidade psiquiátrica significativa está frequentemente presente, por este motivo, e o médico pode ficar com um diagnóstico diferencial e um plano de tratamento mal focado.

Resultados: não foram discriminados

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: não foram discriminados

43- ARNOLD, L.M.; AUCHENBACH, M.B.; McELROY, S.L. **Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment.** *CNS Drugs*. Vol 15(5), 2001

Escoriação psicogênica. Características clínicas, critérios diagnósticos propostos, epidemiologia e abordagens de tratamento

Objetivos: Descrever a respeito da Escoriação Psicogênica, suas características clínicas, critérios diagnósticos propostos, epidemiologia e abordagens de tratamento

Participantes e métodos: não foram discriminados

Resultados: Escoriação Psicogênica (também chamada de escoriação neurótica, acne escoriada, arrancar patológico e compulsivo da pele e dermatotilomania) se caracteriza por um excessivo ato de coçar ou arrancar da pele normal ou com pequenas

irregularidades superficiais. Estima-se a ocorrer em 2% de pacientes em clínicas dermatológicas e está associada com comprometimento não orgânico, complicações médicas (por exemplo infecção) ou angustia substancial. Escoriação Psicogênica ainda não é reconhecida no DSM. O estudo propõe critérios operacionais preliminares para seu diagnóstico do que levar em conta a heterogeneidade de comportamentos associados com escoriação psicogênica e permitir juntamente subtipos de traços a compulsividade e impulsividade. Comorbidades psiquiátricas em pacientes com escoriação psicogênica, particularmente transtornos de ansiedade e humor é comum. Pacientes com escoriação psicogênica frequentemente tem transtornos comórbidos com traços de compulsividade e impulsividade, incluindo transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno dismórfico corporal, transtorno por uso de substâncias, transtornos alimentares, tricotilomania, cleptomania, comprar compulsivo, transtorno obsessivo-compulsivo de personalidade e transtorno de personalidade borderline.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Existem poucos estudos sobre o tratamento farmacológico dos pacientes com escoriação psicogênica. Estudos de caso, notórios ensaios e pequenos estudos tem demonstrado a eficácia dos inibidores de recaptção seletiva de serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT) em escoriação psicogênica. Outros tratamentos farmacológicos que têm sido bem sucedidos em casos relatados incluem doxepin, clomipramina, naltrexona, pimozida e olanzapina. Não existem estudos controlados de tratamentos psicoterápicos ou comportamentais para escoriação psicogênica. Tratamentos considerados eficazes em casos relatados incluem uma técnica de comportamento chamada “tendência reversiva” (comportamento reversivo), um programa multicomposto constituído por auto-controle a relatos de episódios de coçar, e um eclético programa psicoterápico com visão orientada e componentes comportamentais.

44- LANE, K.L.; THOMPSON, A.; RESKE, C.L.; GABLE, L.M.; BARTON-ARWOOD, S. **Reducing skin picking via competing activities.** J Appl Behav Anal;39(4):459-62, 2006

Reduzindo a escoriação da pele através de atividades de competição

Objetivos: Analisar os resultados de uma intervenção com atividades de competição para diminuir atividades de escoriar a pele exibidas por uma estudante de 9 anos com comorbidades diagnósticas.

Participantes e métodos: não foram discriminados

Resultados: Resultados de um projeto ABCBAB revelou que o uso de manipulações em estudantes selecionados resultou na redução da escoriação da pele.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: não foram discriminados

45- FLESSNER, C.A.; MOUTON-ODUM, S.; STOCKER, A.J.; KEUTHEN, N.J. **Stop picking.com: internet-based treatment for self-injurious skin picking.** [Dermatol Online J.](#) 13(4):3, 2007

Pareaescoriação.com: tratamento à base de internet para auto-lesões da escoriação da pele

Objetivos: Examinar o desenvolvimento e duas fases de avaliação de um programa de auto ajuda na Internet para o tratamento de auto-lesões da escoriação de pele.

Participantes e métodos: Os participantes foram 372 indivíduos matriculados em stoppicking.com durante um período de 5 meses. Stoppicking.com é uma interativa auto-ajuda derivada de uma abordagem baseada em evidências do modelo cognitivo-comportamental no tratamento para a escoriação da pele.

Resultados: Os resultados revelaram reduções significativas na frequência de episódios de escoriação e classificação dos sintomas de gravidade da linha de base para a pós-intervenção. Taxas de resposta ao tratamento foi comparável ou superior à pesquisa anterior, utilizando a farmacoterapia para o tratamento de escoriação da pele sugerindo que StopPicking.com pode constituir uma alternativa ou tratamento adjuvante para escoriação da pele.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: O estudo atual é limitado pela falta de uma condição de controle e utilização de uma amostra não classificada de escoriadores de pele.

46- SHENEFELT, P.D. **Using hipnosis to facilitate resolution of psychogenic excoriations in acne excoriée.** American Journal of Clinical Hypnosis. Vol 46(3), 2004

Usando hipnose para facilitar a resolução da escoriação psicogênica em acne escoriada

Objetivos: Descrever a respeito do uso da hipnose no quadro escoriação psicogênica

Participantes e métodos: Discutir a respeito da acne escoriada em uma mulher grávida que tem lesionado sua acne no rosto durante 15 anos.

Resultados: Sugestão hipnótica tem aliviado com êxito o aspecto comportamental de coçar a acne escoriada em uma mulher grávida que tem lesionadas o rosto durante 15 anos. Acne escoriada é um subconjunto de escoriação psicogênica ou neurótica.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Tratamentos convencionais com antibiótico tópico foram utilizados para o tratamento da acne. Em comparação com outros tratamentos para acne escoriada, hipnose é relativamente breve e tem boa relação custo-benefício e não é tóxico na gravidez.

47- WALTHER, M.R.; FLESSNER, C.A.; CONELEA, C.A.; WOODS, D.W. **The milkawee inventory for the dimensions of adult skin picking (midas): initial development and psychometric properties.** Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol 40(1), 127-135, 2009

O inventário milkawee para as dimensões da escoriação adulta (midas): desenvolvimento inicial e propriedades psicométricas

Objetivos: Descrever o Inventário Milwaukee.

Participantes e métodos: Este artigo descreve o desenvolvimento inicial e propriedades psicométricas do inventário Milwaukee para dimensões do adulto com escoriação (MIDAS), uma medida destinada a avaliar o “automático” e “centrado” escoriar da pele.

Os dados foram coletados a partir de 92 participantes que completaram uma pesquisa anônima pela internet.

Resultados: Resultados de uma análise exploratória fatorial revelou dois fatores solução. Fatores 1 (Escala picking "centrada") e 2 (Escala picking "automático") cada uma composta de 6 itens, e os dados preliminares demonstraram adequada consistência interna, boa validade construto, e uma boa validade discriminante.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: O MIDAS fornece pesquisas confiáveis e avaliação bem fundamentada no "automático" e "centrado" ato de coçar a pele.

48- KEUTHEN, N.J.; DECKERSBACH, T.; WILHELM, S.; ENGELHARD, I.; FORKER, A.; O'SULLIVAN, R.L.; JENIKE, M.A.; BAER, L. **The skin picking impact**

scale (SPIS): scale development and psychometric analyses. *Psychosomatics*, 42(5):397-403, 2001

A escala de impacto de escoriação da pele (SPIS): escala de desenvolvimento e análise psicométrica

Objetivos: Descrever a escala de impacto de escoriação da pele (SPIS), um instrumento de auto-relato desenvolvido para avaliar as consequências psicossociais do repetitivo escoriar da pele.

Participantes e métodos: A primeira escala de 28 itens foi administrada com 31 indivíduos com auto-lesões severas de escoriação da pele (idade média de 40,2 anos) e 78 indivíduos sem auto-lesão de escoriação da pele.

Resultados: Níveis de dificuldade e parte da correlação toda resultou em uma escala de 10 itens, com boa consistência interna. A média de SPIS para aqueles com auto-lesões de escoriação da pele foram significativamente maiores do que para aqueles que não auto-lesionaram a pele..A Escala de impacto de escoriação da pele (SPIS) é um instrumento de auto-relato desenvolvido para avaliar as consequências psicossociais do repetitivo escoriar da pele.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Sensitivas e específicas análises indicam que uma escala de pontuação de corte 7 discrimina de forma ideal os indivíduos com auto-lesões de escoriação de pele daqueles que não auto-lesionam com a escoriação da pele.

49- KEUTHEN, N.J.; WILHELM, S.; DECKERSBACH, T.; ENGELHARD, I.M.; FORKER, A.E.; BAER, L.; JENIKE, M.A. **The skin picking scale: scale construction and psychometric analyses.** *J Psychosom Res*, 50(6):337-41, 2001

Escala de escoriação da pele: escala de construção e análises psicométricas

Objetivos: Relatar o desenvolvimento da escala de escoriação da pele (SPS), com seis itens de medidas descritivas para a avaliação da escoriação da pele.

Participantes e métodos: 28 severos auto-lesivos (idade 18-53 anos) e 77 sem comportamento de auto-lesões em escoriação da pele (entre os 18-29 anos) inicialmente completaram 8 itens na escala de gravidade modelada após a Yale-Brown Obsessive-Compulsive Escale (Y-BOCS).

Resultados: Comparações grupais e parte do grupo todo, correlacionados para os itens da escala individual, resultou em uma escala de seis itens com uma pontuação total na faixa de 0-24. Coeficiente alfa Cronbach de 80 indicou consistência interna moderada para a escala.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: A validade do construto foi demonstrada por correlações significativas entre os escores da escala SPS total e auto-relato da duração média de episódios de escoriar a pele. Correlações significativas também foram registradas entre os escores tais da escala SPS e ambas as pontuações de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade Beck (BAI), bem como o auto-relato da intensidade das emoções durante o processo de escoriação.

50- FERRÃO, Y.A.; FERRÃO, T.A.; CUNHA, D. **Dermatotilexomania in medical students: a case report.** Rev. Bras. Psiquiatr. 21(2): 109-113, ND. 1999

Dermatotilexomania em estudantes de medicina: um estudo piloto

Objetivos: O objetivo deste trabalho é identificar a prevalência de dermatotilexomania em estudantes de medicina de uma faculdade de Porto Alegre (RS).

Participantes e métodos: Um questionário adaptado de 23 itens sobre as características demográficas e clínicas foi aplicado a 144 estudantes de medicina. 144 do sexo masculino e feminino com idades entre 17-37 anos preencheram o questionário completo.

Resultados: 89 sujeitos (61,8%) tinham produzido ou tiveram agravadas as lesões de pele no passado e ainda estavam fazendo isso. 12 sujeitos (8,3%) indicaram que feriram sua pele mais frequentemente do que o habitual. 80 sujeitos (55,6%) consideraram a escoriação da pele um mau hábito. Dermatotilexomania pode ser classificada, segundo o DSM-IV, dentro do capítulo de transtornos de controle de impulsos não classificados em outro lugar. Autores têm incluído o distúrbio dentro do espectro obsessivo-compulsivo.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Os resultados sugerem que a escoriação de pele pode ser uma prática frequente entre os jovens, mas pode ser classificada como uma desordem só nos casos mais graves.

51- KEUTHEN, N.J.; DECKERSBACH, T.; WILHELM, S.; HALE, E.; FRAM, C.; BAER, L.; O'SULLIVAN, R.L.; JENIKE, M.A. **Repetitive skin picking in a student**

population and comparison with a sample of self-injurious. Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry. Vol 41(3), May-Jun 2000

Repetitiva escoriação da pele em uma população estudantil e comparação com uma amostra de escoriadores da pele com auto-lesão

Objetivos: Documentar a prevalência de escoriação da pele e suas características associadas em uma amostra não clínica de 105 estudantes universitários.

Participantes e métodos: Os participantes (105 estudantes universitários) completaram um inventário de auto-relato de escoriação de pele e diversas escalas descritivas. Os alunos que confirmaram a escoriação de pele foram comparados a uma amostra clínica de 31 escoriadores de pele auto-lesivos relatados anteriormente.

Resultados: Dos sujeitos estudantis, 78% (n = 82) confirmou certo grau de escoriação da pele e quatro indivíduos completaram os critérios para uma grave auto-lesão de escoriar a pele.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Os Estudante sujeitos diferiram significativamente da amostra clínica de escoriadores de pele auto-lesivos em duração, foco, extensão da escoriação, técnicas utilizadas, as razões para a escoriação, as emoções associadas, e as sequelas da escoriação.

52- BOHNE, A.; WILHELM, S.; KEUTHEN N.J.; BAER, L.; JENIKE, M.A. **Skin picking in german students. Prevalence, phenomenology, and associated characteristics.** Behav Modif, 26(3):320-39, 2002

Escoriação da pele em estudantes de alemão. Prevalência, fenomenologia e características associadas

Objetivos: Investigar escoriação da pele e suas características em uma população estudantil alemã.

Participantes e métodos: Os participantes (N = 133) completaram vários questionários de auto-relato. Mais de 90% (n = 122) relataram escoriação da pele ocasional, com seis estudantes (4,6%), endossando o prejuízo significativo da repetição, a auto-lesão de escoriar a pele. Escoriação da pele foi desencadeada por estímulos cutâneos específicos, situações e emoções.

Resultados: Os alunos principalmente apertaram (85%) e arranharam (77,4%) a pele, com um foco principal na face (94,7%) e cutículas (52,6%). Cerca de 20% (n = 26) manipularam posteriormente até o tecido escoriado.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Os resultados sugerem que escoriação da pele é um problema que ocorre em um continuum que varia de leve a grave, com características clínicas geralmente estáveis entre as culturas. Até a data, escoriação da pele tem recebido pouca atenção na literatura psiquiátrica.

53- WEINTRAUB, E.; ROBINSON, C.; NEWMAYER, M. **Catastrophic medical complication in psychogenic excoriation.** South Med J, 93(11):1099-101, 2000

Complicação médica catastrófica em escoriação psicogênica

Objetivos: Descrever um caso com graves sequelas neurológicas apoiado na literatura para avaliar os fatores que provavelmente contribuiu para o fracasso, isto para evitar uma grave consequência.

Participantes e métodos: não foram discriminados

Resultados: Apesar dos esforços para integrar ao tratamento, a paciente apresentava graves complicações médicas, um abscesso epidural e posterior paralisia, com um compulsivo ato de escoriar a pele. Compulsivo ato de escoriar a pele geralmente tem uma possível limitação e consequências a saúde.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Escoriação psicogênica não deve ser subestimada como causa de complicações médicas.

54- ARNOLD, L.M.; McELROY, S.L.; MUTASIM, D.F.; DWIGHT, M.M.; LAMERSON, C.L.; MORRIS, E.M. **Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation.** J Clin Psychiatry, 59(10):509-14, 1998

Características de 34 adultos com escoriação psicogênica

Objetivos: O objetivo deste estudo foi o de fornecer dados sobre a demografia, fenomenologia, o curso da doença, associação a comorbidades psiquiátricas, e história familiar de indivíduos com escoriação psicogênica.

Participantes e métodos: 34 indivíduos foram recrutados de um ambulatório de dermatologia de práticas e publicidade. Indivíduos completaram a Entrevista Clínica

Estruturada para o DSM-IV aumentada com módulos de transtorno de impulsos, de Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, e uma semi-estruturada para a história familiar, dados demográficos e características clínicas.

Resultados: A maioria dos indivíduos eram mulheres que descreveram uma idade média de início de 38 anos e um comportamento crônico. Os indivíduos se escoriavam em vários lugares, mais frequentemente na face. O comportamento causou substancial angústia e disfunção. Todos os 34 indivíduos preencheram critérios para pelo menos uma comorbidade com transtorno psiquiátrico, sendo o transtorno do humor o mais comum. Histórias familiares foram notáveis para os transtornos depressivos e transtornos por utilização de substâncias psicoativas. A maioria dos indivíduos experienciaram não só suportar tensão antes da escoriação, mas o alívio após escoriação como em transtornos de impulsos. Uma minoria de indivíduos tinha escoriação da pele como parte do transtorno obsessivo-compulsivo. Transtorno corporal dismórfico com preocupação sobre a aparência da pele com escoriação apareceu em cerca de um terço dos indivíduos. Escoriação psicogênica, caracterizada pelo excessivo coçar ou apanhar a pele, ainda não é reconhecido como um sintoma de um distúrbio distinto DSM-IV.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Escoriação psicogênica é crônica, envolve múltiplos lugares, e está associada a uma alta taxa de comorbidade psiquiátrica. O comportamento associado à escoriação é heterogêneo e abrange um espectro impulsivo-compulsivo. A maioria dos indivíduos nesta amostra descreve características de um transtorno de controle de impulsos.

55- ODLAUG, B.L.; GRANT, J.E. **Clinical characteristics e medical complications of pathological of pathologic skin picking.** General Hospital Psychiatry. Vol 30(1), 61-66, 2008

As características clínicas e complicações médicas da escoriação patológica da pele

Objetivos: Este estudo buscou descrever a fenomenologia e consequências médicas da patologia de escoriar a pele (PSP).

Participantes e métodos: Sessenta indivíduos (11,7% do sexo masculino) com a PSP (média + /-DP = 33,7 + / -11,6 anos) foram avaliados. Indivíduos foram observados em um estudo farmacológico bem como os provenientes de um estudo longitudinal contínuo em ambulatório compôs esta amostra. Os indivíduos foram avaliados quanto a tendências

e comorbidades psiquiátricas ao longo da vida (utilizando a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV Axis I Disorders), gravidade clínica (utilizando a Impressão Clínica Global - Severity escala) e interferências psicossociais devido a escoriação (picking) (usando a Escala Sheehan Deficiência). Dados clínicos característicos, incluindo o tempo gasto por dia com a escoriação, local da escoriação e complicações médicas diretamente resultantes do comportamento de escoriar a pele, bem como a história familiar, também foram obtidas.

Resultados: A idade média (+ /-SD) de início para a PSP foi 12,3 + / -9,6 anos. A área escoriada mais comum foi a face. Indivíduos escoriam em uma média de 107,6 min cada dia. Cicatrizes, úlceras e infecções eram comuns. Poucos já haviam procurado tratamento psiquiátrico para o seu comportamento. Tendência comórbida do Eixo I de condições psiquiátricas foram encontradas em 38,3% da amostra. Tricotilomania (36,7%), roer unha compulsivamente (26,7%), transtorno depressivo (16,7%) e transtorno obsessivo-compulsivo (15%) foram as atuais condições comórbidas mais comuns.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: PSP parece consumir mais tempo e frequentemente estar associada a complicações médicas. A investigação é necessária para otimizar o cuidado do paciente para os indivíduos com esse comportamento.

56- MARTÍNEZ, A.J.C.; GONZÁLES, L.C. **Dermatotillomanía**. Bol. Soc. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc, 2004.

Dermatotilomania (estudo em espanhol)

Objetivos: Demonstrar que a dermatotilomania, tal como outros transtornos de controle de impulsos, respondem ao uso de antidepressivos.

Participantes e métodos: Apresenta 4 casos clínicos de coçar compulsivo da pele, que respondem ao uso da fluoxetina em doses variáveis. Três destes casos correspondem a um mesmo grupo familiar, e o quarto caso está associado a masturbação compulsiva e transtorno por “atración”.

Resultados: não foram discriminados

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: A fluoxetina é eficaz no controle do coçar compulsivo da pele. Foi encontrada uma associação familiar e relação com outras patologias de controle de impulsos.

57- GRANT, J.E.; CHRISTENSON, G.A. **Examination of gender in pathologic grooming behaviors.** *Psychiatric Quarterly*. Vol 78(4), Dec 2007

Exame de gênero em comportamentos patológicos aliciados

Objetivos: Examinar uma amostra com tricotilomania ou escoriação patológica da pele

Participantes e métodos: Setenta e sete indivíduos adultos (12 homens) com tricotilomania ou escoriação patológica da pele foram examinados em uma variedade de medidas, incluindo sintomas clínicos, o funcionamento, e comorbidade.

Resultados: Havia mais semelhanças do que diferenças entre homens e mulheres com estes comportamentos. Algumas diferenças significativas, no entanto, foram que os homens com transtornos grooming (aliciamento) tinham uma idade de início tardio dos comportamentos, tiveram maior comprometimento funcional, devido ao comportamento, e foram mais propensos a sofrer de uma co-ocorrência de transtorno de ansiedade. Tricotilomania e patológico escoriar da pele são versões de "aliciamento" de comportamentos patológicos. Embora mencionada na literatura psiquiátrica a décadas, pouco se sabe sobre como o gênero influencia na apresentação clínica destes comportamentos.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Este estudo sugere que o sexo pode ser um fator importante na avaliação clínica e tratamento destes distúrbios. Mais pesquisas são necessárias para validar os achados e identificar se os tratamentos devem ser especialmente adaptados de maneira diferente para homens e mulheres com transtornos grooming (aliciados).

58- FLESSNER, C.A.; WOODS, D.W. **Phenomenological characteristics, social problems, and economic impact associated with chronic skin picking.** *Behav Modif*, 30(6): 944-63, 2006

Características fenomenológicas, problemas sociais e o impacto econômico associado com escoriação crônica da pele

Objetivos: Realizar uma coleta de dados sobre as características demográficas, fenomenologia, e o impacto social e econômico de escoriação da pele.

Participantes e métodos: Um total de 92 participantes completaram em anônimo, uma pesquisa pela Internet através do link Tricotilomania Learning Center home page.

Resultados: Os resultados indicaram que escoriadores da pele experienciaram comprometimentos sociais, profissionais e acadêmicos. Os resultados também revelaram estatisticamente significantes relações entre a gravidade da escoriação a pele e sintomas de depressão, ansiedade e evitação experiencial.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Análises posteriores mediadoras demonstraram que a relação entre a gravidade da escoriação de pele e sintomas de ansiedade e depressão foi parcialmente mediada pela evitação experiencial.

59- HAYES, S.L.; STORCH, E.A.; BERLANGA, L. **Skin picking behaviours: an examination of the prevalence and severity in a community sample.** Journal of Anxiety Disorders, Vol 23(3), 314-319, 2009

Comportamentos de escoriar a pele: uma análise de prevalência e gravidade em uma amostra da comunidade

Objetivos: Este estudo examinou: (1) A prevalência e gravidade de escoriar a pele em uma amostra clínica da comunidade, e (2) As associações entre o escoriar da pele e de outras medidas de funcionamento psicológico.

Participantes e métodos: 354 participantes foram medidos em funcionamento psicológico e em frequência e gravidade de escoriar a pele. Um total de 62,7% apontou alguma forma de escoriar a pele e 5,4% relatou níveis clínicos de escoriar da pele e associados a angústia/impacto.

Resultados: Associações diretas foram encontradas entre o escoriar da pele e depressão, ansiedade e sintomas obsessivo-compulsivos, o que pode favorecer o modelo de regulação emocional no patológico escoriar da pele. Comportamentos repetitivos centrados no corpo, como o escoriar da pele, recentemente tem ganhado atenção na literatura psiquiátrica. Prevalência de escoriar a pele não tem sido estudada a fundo e é difícil de avaliar. No entanto, consequências de tais comportamentos podem incluir graves complicações médicas e comprometimento social e funcionamento profissional.

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Para estabelecer uma adequada classificação diagnóstica da patologia de escoriar a pele e otimizar o planejamento de tratamento e seus resultados, uma investigação mais aprofundada das relações funcionais entre a escoriação da pele e dificuldade afetiva é necessário.

60- NEZIROGLU, F.; RABINOWITZ, D.; BREYTMAN, A.; JACOFSKY, M. **Skin picking phenomenology and severity comparison.** Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 10(4):306-12, 2008

Fenomenologia de escoriar da pele e comparação de gravidade

Objetivos: Apesar das dificuldades substanciais e comprometimento frequentemente associados com a pele escoriada, existe atualmente limitados estudos examinando diversos aspectos fenomenológicos deste comportamento. O presente trabalho contribui para a literatura existente através da investigação de variáveis fenomenológicas relacionadas à escoriação da pele, tais como envolvimento familiar, ansiedade, depressão, e as conseqüências emocionais da escoriação da pele. Além disso, com base nos níveis de gravidade dos sintomas, foram analisadas as diferenças entre os indivíduos que estavam escoriando a pele e de uma população psiquiátrica.

Participantes e métodos: Quarenta indivíduos com variáveis clínicas do DSM-IV, além de diagnósticos da sintomatologia de escoriar a pele participaram do presente estudo, que foi conduzido a partir de Setembro de 2002 a Janeiro de 2003. Os participantes administraram um questionário de auto-relato (que avaliou informações demográficas, sintomas e diagnóstico anterior), bem como o Inventário de Depressão Beck, o Beck Anxiety Inventory, e a entrevista de Auto-Lesão.

Resultados: Dados fenomenológicos sobre vários aspectos dos indivíduos com escoriação de pele são apresentados. Os indivíduos com leve escoriação de pele e indivíduos com grave escoriação de pele foram comparados e verificou-se que diferem no nível de angústia que experimentaram ($t = -2,35$, $p = .05$) e ao montante dos prejuízos causados pelo seu comportamento de escoriar ($t = -3,06$, $p = .01$).

Conclusões e sugestões para outras pesquisas: Em geral, escoriar a pele representa um comportamento com as suas próprias características e acompanha níveis de sofrimento e comprometimento que merece atenção especial, por clínicos.

ANEXO B

ENTREVISTA DE ANAMNESE

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Nacionalidade: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Estado civil: _____

Filhos: _____

Nível de escolaridade: _____ Profissão: _____

Ocupação atual: _____

Numero de salários mínimos da família (renda familiar) _____

Naturalidade: _____

Residência: _____ N _____ Fone: () _____

2. QUEIXA PRINCIPAL: _____

3. ANTECEDENTES E RELAÇÕES FAMILIARES

Pai: _____

Mãe: _____

Situação do paciente na constelação familiar (idade e sexo) dos irmãos se houver:

Outras pessoas que residem na casa:

Na família há mais casos de psicodermatoses? () Sim () Não

Como é a relação com sua família de origem?

() Boa () Ruim () Regular

Dificuldades

Como é a relação com sua família atual?

() Boa () Ruim () Regular

Dificuldades

3. SAÚDE

Condições atuais de saúde: () Boa () Ruim () Regular

Doenças/Sintomas que apresenta:

Pratica atividades físicas? () Sim () Não - Quais

Com qual regularidade?

Realiza atividades de lazer? () Sim () Não – Quais?

Qual a frequência? _____

Realiza outros tratamentos de saúde ? () Sim () Não – Quais?

FALE SOBRE:

3.1- Saúde na infância -() Boa () Ruim () Regular

(explique)

3.2- Saúde na adolescência-() Boa () Ruim () Regular

(explique)

3.3- Saúde na família-() Boa () Ruim () Regular

(explique)

4. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Quando iniciou? _____

Como se apresentou as escoriações na pele inicialmente?

Tipo de tratamento que foi feito (terapias, medicações, internamentos ou outros):

Apresenta manias/tiques ou compulsões?

Realizou algum outro tratamento para este problema? () Sim () Não – Quais?

A que você atribui o ato de escoriar-se?

Este hábito se intensifica em algumas ocasiões? Quais? Como?

Você faz algum esforço para conter o ato de escoriar-se quando nota que o está praticando?
() SIM () NÃO

4. RELAÇÕES SOCIAIS

Você tem amigos? Como são essas amizades?

Sente-se realizada em seu trabalho?

Dificuldades

5. PSICODERMATOSE

O que mais a incomoda frente à doença de pele?

Como a doença se reflete no comportamento social?

Que reações provoca nas pessoas?

Como você se sente frente às reações dos outros?

OBSERVAÇÕES (relatos de problemas, eventos traumáticos, situações especiais vividas, além de outras observações)

ANEXO C

RHINOTILLEXOMANIA QUESTIONNAIRE: QUESTIONÁRIO SOBRE DERMATOTILLEXOMANIA (ADAPTADO PARA ESCORIAÇÃO PSICOGÊNICA)

FERRÃO, Y.A. **Questionário sobre Dermatotilexomania.** Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Serviço de Psiquiatria, Ambulatório de Transtornos de Ansiedade, 1996.

I- Identificação:

Inst. Num.:

- 1- Iniciais do nome (opcional): _____ 2- Sexo: () M () F
3- Idade: _____
4- Raça:
4.1- () Branca;
4.2- () Negra;
4.3- () Mista;
4.4- () Outra: _____
5- Estado Civil:
5.1- () Solteiro(a);
5.2- () Casado(a)/União estável;
5.3- () Viúvo(a);
5.4- () Separado(a)/divorciado(a).
6- Situação de moradia (Atualmente você mora):
6.1- () Sozinho
6.2- () Com colegas/amigos
6.3- () Com pais
6.4- () Com cônjuge
6.5- () Com cônjuge e filhos
6.6- () Com filhos
6.7- () outros: _____
7- Trabalho atual (escolha múltipla):
7.1- () Estudante;
7.2- () Empregado;
7.3- () Desempregado.
7.4- () Outros: _____

II- Questionário:

Para o propósito deste questionário definimos Dermatotilexomania como :
“Compulsão ou dificuldade de resistir ao impulso de causar ou agravar lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar), usando para tal as unhas ou outros objetos.”

2- Você costuma causar ou agravar lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar) usando para tal as unhas ou outros objetos? () Sim () Não

3- Você já causou ou agravou lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar) usando para tal as unhas ou outros objetos? () Sim () Não

Se você respondeu afirmativamente alguma das perguntas acima, passe para as seguintes; se você respondeu negativamente às duas questões acima, passe para a questão 16.

4- Se você costumava causar ou agravar lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar), mas atualmente não o faz mais, com que idade você parou? _____

() Não parei

5- Como você classificaria sua dermatotilexomania?

5.1- () Extrema

5.2- () Muito mais do que a maioria das pessoas

5.3- () Mais do que a maioria das pessoas

5.4- () Da mesma forma que a maioria das pessoas

5.5- () Menos do que a maioria das pessoas

5.6- () Muito menos do que a maioria das pessoas

6- Você costuma causar ou agravar lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar) em público? (Por “em público” queremos dizer locais onde exista uma chance considerável de você ser visto.)

() Sim () Não

6.1- Se sim, você tentou evitar de ser visto? () Sim () Não

6.2- Se você causa ou agrava lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar) em público, em que locais públicos isso ocorre mas comumente?

7- Em média, quanto você costuma causar ou agravar lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar)?

7.1- () uma vez ao mês

7.6- () 3 vezes ao dia

7.2- () uma vez por semana

7.7- () 5 vezes ao dia

7.3- () 3 vezes por semana

7.8- () uma vez por hora

7.4- () uma vez ao dia

7.9- () duas vezes por hora

7.5- () duas vezes ao dia

7.10- () 3 a 5 vezes por hora

7.11- () mais de 5 vezes por hora

8- Quanto tempo você perde por dia causando ou agravando lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar)?

8.1- () menos de 10 minutos por dia

8.2- () de 10 minutos a 30 minutos por dia

8.3- () de 30 minutos a 1 hora por dia

8.4- () de 1 a 2 horas por dia

8.5- () mais de 2 horas por dia

9- O que você usa para causar ou agravar lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar)?

9.1- () unhas

9.2- () Outros: _____

10- Após causar ou agravar lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar), com que frequência você observa o material que removeu?

10.1- () nunca

10.2- () menos do que um terço das vezes

10.3- () entre 1/3 e 2/3 das vezes

10.4- () mais de 2/3 das vezes, mas não sempre

10.5- () sempre

11- Por favor marque todas as razões pelas quais você causa ou agrava lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar):

11.1- () Higiene pessoal

11.2- () Hábito

11.3- () Para aliviar um desconforto/coceira

11.4- () Para aliviar ansiedade

11.5- () Por uma sensação de ter que fazer / impulso

11.6- () Outros: _____

12- Classifique quanto incômodo sua dermatotilexomania causa para você:

12.1- () Nenhum

12.2- () Um pouco

12.3- () Moderadamente, mas suportável

12.4- () Muito incômodo

12.5- () Insuportável

13- Classifique quanto incômodo sua dermatotilexomania causa nas outras pessoas:

13.1- () Nenhum

13.2- () Um pouco

13.3- () Moderadamente, mas suportável

13.4- () Muito incômodo

13.5- () Insuportável

14- Você já teve alguma complicação graças a sua dermatotilexomania? () Sim

() Não

14.1- Se sim, quais?

() infecção

() sangramentos

() embaraço social

() outros: _____

15- Classifique quanto a dermatotilexomania interfere com seu funcionamento (trabalho, estudo, interações sociais, relacionamentos, atividades diárias)?

15.1- () nada

15.2- () pouco

15.3- () moderadamente, mas suportável

15.4- () muita

15.5- () incapacitante

16- O que você pensa de outras pessoas causando ou agravando lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar) em público? (Escolha múltipla)

- 16.1- () São normais.
- 16.2- () São socialmente inadequados.
- 16.3- () São sujos.
- 16.4- () São mentalmente doentes
- 16.5- () Outros: _____

17- O que você pensa de outras pessoas causando ou agravando lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar) em local privado? (Escolha múltipla)

- 17.1- () São normais.
- 17.2- () São socialmente inadequados.
- 17.3- () São sujos.
- 17.4- () São mentalmente doentes
- 17.5- () Outros: _____

18- Qual sua opinião sobre dermatotilexomania? (escolha múltipla)

- 18.1- () Uma prática aceitável sob qualquer circunstância;
- 18.2- () Uma prática aceitável, mas somente se feito em locais privados;
- 18.3- () Comum entre os jovens;
- 18.4- () Comum entre os adultos;
- 18.5- () Uma coisa que as pessoas não deveriam fazer;
- 18.6- () Uma coisa que todas as pessoas fazem;
- 18.7- () Uma necessidade de higiene pessoal diária;
- 18.8- () Uma maneira de provocar doenças;
- 18.9- () Uma maneira de prevenir doenças;
- 18.10- () Inaceitável em qualquer circunstância;
- 18.11- () Um mau hábito.

	Você costuma (Marque com um "X" :	Atualmente	No passado	Nunca
19-	roer as unhas?			
20-	arrancar ou morder as cutículas?			
21-	arrancar cabelos ou pêlos?			

22- Você já foi diagnosticado como tendo um Transtorno Psiquiátrico? () Sim () Não

22.1-Se sim, por favor qual: _____

23- Você tem algum familiar que já foi diagnosticado como tendo algum Transtorno Psiquiátrico?

- () Sim () Não

23.1- Se sim, por favor liste o parentesco e o diagnóstico abaixo

**Por favor faça sugestões ou comentários sobre este trabalho no espaço abaixo.
Obrigado pela cooperação.**

ANEXO D

FICHA DE DADOS DE PRONTUÁRIO

Dados de Identificação

Nome/Número: _____

Idade: ____ Sexo: M () F () Estado civil: _____

Diagnóstico médico: _____ Realizado em (data): _____

Nacionalidade: _____

Residência: _____ Fone: _____

Procedência: _____

Medicamentos atuais : _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Exames Solicitados: _____

Outros tratamentos/indicações médicas: _____

Periodicidade das consultas do paciente no ILSL: _____

Data de Retorno: ____/____/____

Encaminhamento:

ANEXO E

FICHA DE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Sexo: M () F ()

Idade: _____

Estado Civil: _____ Número de filhos: _____

Naturalidade: _____

Nível de Escolaridade: _____

Profissão: _____

Ocupação Atual: _____

Residência: _____

Telefone: () _____

Número de salários mínimos recebido pela família: _____

Realiza algum tratamento médico? _____ Qual? _____

Por que? _____

Possui alguma doença crônica como doenças cardiovasculares, hipertensão ou diabetes?

Observações: _____

ANEXO F
IFP – Folha de respostas

IFP Inventário
Fatorial
de Personalidade

Maria Mazzarello Azevedo
Ivânia Ghesti
Instituto de Psicologia, UnB

**FOLHA DE
RESPOSTAS**

Nome

Sexo Idade Data

Escolaridade Profissão

Questão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Resposta																					

Questão	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
Resposta																					

Questão	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
Resposta																					

Questão	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	
Resposta																					

Questão	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	
Resposta																					

Questão	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	
Resposta																					

Questão	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	
Resposta																					

Questão	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155
Resposta															

	EB	%		EB	%		EB	%		EB	%		EB
(Ass)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Afl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Ex)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(M)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Me)	<input type="text"/>
(I)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Do)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Ag)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Aut)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
(Af)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Den)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Het)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
(Def)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Des)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Pers)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Ds)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		



ANEXO G

unesp

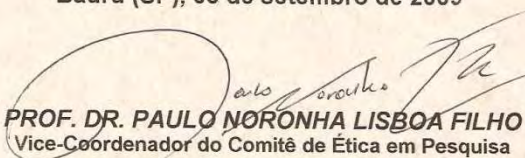


UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Bauru



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, em sua 10ª Reunião Extraordinária realizada no dia 03 de setembro de 2009, no Prédio do STI da Faculdade de Ciências da UNESP, Campus de Bauru, às 09h00, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto "Escoriação psicogênica: Aspectos psicológicos e fatores de personalidade", Processo nº 1601/46/01/09, sob responsabilidade da Professora Doutora Carmen Maria Bueno Neme.

Bauru (SP), 03 de setembro de 2009


PROF. DR. PAULO NORONHA LISBOA FILHO
Vice-Cóordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
no exercício da coordenação

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Engº Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 - Vargem Limpa - Bauru-SP - CEP: 17.033-360
Fone: (14) 3103-6187 - email: celiaf@fc.unesp.br

ANEXO H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GA)

Eu, _____ recebi do pesquisador esclarecimentos quanto ao Projeto intitulado ESCORIAÇÃO PSICOGÊNICA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS E FATORES DE PERSONALIDADE.

Fui informado que o projeto, coordenado pela pesquisadora Débora Elisa Parente de Freitas, pretende investigar aspectos psicológicos e fatores de personalidade possivelmente associados à escoriação psicogênica (alteração cutânea que tem ligações com processos mentais causando desconforto físico e psíquico ao paciente). Para esta participação, estou ciente que serão coletados dados de meu prontuário e ainda me submeterei a:

- Entrevista de anamnese abordando os seguintes aspectos: Dados de identificação pessoal; Queixa principal; Antecedentes e relações familiares; Saúde; História da doença atual; Relações Sociais; Psicodermatose (alteração cutânea de origem em processos mentais) e outras observações necessárias.

Responderei ao questionário:

- Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) para a realização de um levantamento de aspectos de personalidade, de natureza objetiva e verbal.

Compreendi que posso livremente interromper minha participação a qualquer momento, sem necessidade de justificar minha decisão. Compreendi, também, que será preservado o sigilo de minha identidade, bem como que não terei despesas e não receberei qualquer benefício material por participar do estudo. Fui informado ainda que posso receber explicações adicionais dos pesquisadores assim que queira solicitar, bem como, terei acesso aos resultados se assim o desejar. Devidamente informado e esclarecido, manifesto aqui meu consentimento em participar do estudo.

Telefone do participante para contato: _____

Protocolo n° _____ TCLE n° _____

Recebi uma via do presente termo para arquivo pessoal

Telefone contato pesquisadoras:

Bauru,...../...../.....

Assinatura do participante: _____

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GB)

Eu, _____ recebi do pesquisador esclarecimentos quanto ao Projeto intitulado ESCORIAÇÃO PSICOGÊNICA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS E FATORES DE PERSONALIDADE.

Fui informado que o projeto, coordenado pela pesquisadora Débora Elisa Parente de Freitas, pretende investigar aspectos psicológicos e fatores de personalidade possivelmente associados à escoriação psicogênica (alteração cutânea que tem ligações com processos mentais causando desconforto físico e psíquico ao paciente). Para esta participação, será preenchida uma ficha com questões relacionadas aos meus dados pessoais (Ficha de Identificação). Ainda, responderei a dois questionários:

- Questionário de Dermatitilexomania contendo questões relacionadas ao quadro apresentado (Escoriação Psicogênica);
- Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) para a realização de um levantamento de aspectos de personalidade, de natureza objetiva e verbal.

Compreendi que posso livremente interromper minha participação a qualquer momento, sem necessidade de justificar minha decisão. Compreendi, também, que será preservado o sigilo de minha identidade, bem como que não terei despesas e não receberei qualquer benefício material por participar do estudo. Fui informado ainda que posso receber explicações adicionais dos pesquisadores assim que queira solicitar, bem como, terei acesso aos resultados se assim o desejar. Devidamente informado e esclarecido, manifesto aqui meu consentimento em participar do estudo.

Telefone do participante para contato: _____

Protocolo n° _____ -TCLE n° _____

Recebi uma via do presente termo para arquivo pessoal

Telefone contato pesquisadoras:

Garça,/...../.....

Assinatura do participante: _____