

Avaliação comportamental de um caso de tricotilomania em uma adolescente

Behavioral assessment of a trichotillomania case in a teenage girl

Evaluación conductual de un caso de tricotilomanía en una adolescente

Marisa Richartz ✉

Consultório Particular



Marcia Cristina Caserta Gon

Universidade Estadual de Londrina (UEL)



Robson Zazula

Universidade Federal da Integração Latino Americana (UNILA)

RESUMO

Objetivou-se realizar uma avaliação comportamental em uma adolescente com tricotilomania, que se caracteriza por ser uma perda capilar em pessoas que arrancam cabelo ou pelos. Participaram do estudo uma adolescente e sua mãe. A mãe respondeu aos seguintes instrumentos: *Roteiro de entrevista para pais e/ou cuidadores*, *Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/ 6-18)* e *Inventário de estilos parentais (IEP)*. A adolescente respondeu aos seguintes instrumentos: *Roteiro de entrevista para adolescente*, *Inventário de autoavaliação para adolescentes de 11 a 18 anos (YSR)* e *Inventário de habilidades sociais para adolescentes (IHSA)*. Constatou-se que o comportamento de tricotilomania apresenta consequências reforçadoras e punitivas e que a adolescente apresenta *deficit* de repertório social e problemas afetivos, de ansiedade e problemas de transtorno obsessivo-compulsivo. Sugere-se a realização de novos estudos sobre a relação entre práticas parentais e a tricotilomania.

Palavras-chave: tricotilomania, avaliação comportamental, habilidades sociais, práticas parentais

ABSTRACT

The purpose of this study was to conduct a behavioral assessment with a teenage girl with trichotillomania, which consist of pulling out one's hair. A teenage girl and her mother participated in the study. The caregiver filled the following instruments and scales: structured interview for parents and caregivers, Child Behavior Checklist for ages 6 to 18 (CBCL/ 6-18), and Parental Style Inventory (IEP). The teenager filled the following instruments and scales: structured interview for teenagers, Youth Self Report for ages 11 to 18 (YSR), and Social Skills Inventory for Adolescents (IHSA). Results showed that trichotillomania behavior produces positive reinforced and punitive consequences; the teenager presented deficits in her social repertoire, affective problems, anxiety, and problems related to obsessive-compulsive disorder. The study suggests the conduction of new studies on the relationship between parental practices and trichotillomania.

Keywords: trichotillomania, behavioral assessment, social skills, parental practices

RESUMEN

El objetivo del estudio es realizar una evaluación conductual en una adolescente con tricotilomanía, trastorno que tiene como su principal característica la perdida capilar en personas que arrancan el pelo. Participaron del estudio una adolescente y su madre. La madre respondió a los siguientes instrumentos: Entrevista para Padres y/o Cuidadores, Inventario de Conductas para Niños y Adolescentes entre 6 y 18 años (CBCL/ 6-18) y el Inventario de Estilos Parentales (IEP). La adolescente respondió a los siguientes instrumentos: Entrevista Semiestructurada para Adolescentes, Inventario de Autoevaluación para Adolescentes (YSR) e Inventario de Habilidades Sociales para Adolescentes (IHHSSA). Se constató que la conducta de tricotilomanía presenta consecuencias reforzadoras positivas y punitivas y que la adolescente presenta deficiencias en el repertorio social y problemas afectivos, de ansiedad y problemas de trastorno obsesivo-compulsivo. Sugerencias para nuevos estudios incluyen la investigación de la asociación entre la tricotilomanía y las conductas de los padres.

Palabras clave: tricotilomanía, evaluación conductual, habilidades sociales, practicas parentales

A tricotilomania, classificada na dermatologia como dermatite factícia e dermatite paraartefacta, é caracterizada pela perda significativa de cabelo e de pelos em decorrência de comportamentos repetitivos de arrancá-los (American Psychiatric Association, 2013; Harth, Taube, & Gieler, 2010; Shah & Fried, 2006). É uma condição dermatológica na qual uma lesão é produzida pelo próprio paciente sem que existam alterações biológicas ou genéticas que a expliquem (Shah & Fried, 2006).

O comportamento de tricotilomania pode ser observado em crianças, adolescentes e adultos, e sua prevalência varia de 0,6% até 3,4% da população em geral. Não há diferença quanto à incidência da

condição entre os diferentes gêneros na infância. Durante a idade adulta, mulheres apresentam esse comportamento em maior frequência, quando comparado a indivíduos do sexo masculino, na proporção de dez para um. Embora a tricotilomania seja mais frequente na infância, a condição se apresenta de forma menos grave dermatológica e psicologicamente nessa fase quando comparado à sua ocorrência na adolescência e idade adulta. Ainda, quando iniciada na adolescência, a sua forma de manifestação é mais grave e de curso crônico (APA, 2013; Sadock, Sadock & Ruiz, 2016).

O diagnóstico psiquiátrico da tricotilomania ocorre quando uma pessoa: (a) arranca o cabelo de forma recorrente resultando em perda capilar; (b) tenta

reduzir ou parar o comportamento sem sucesso; (c) sofre prejuízo significativo em diferentes áreas da vida (e.g., profissional, social, acadêmica e lazer) por gerar sentimentos negativos, como sensação de perda de controle, constrangimento, vergonha e comportamentos de evitação de situações públicas; (d) não apresenta outra condição médica associada (e.g., alucinação ou delírio) que explique o comportamento de arrancar o cabelo; bem como (e) não apresenta outro diagnóstico psiquiátrico que justifique o comportamento de arrancar o cabelo ou os pelos (e.g., transtorno dismórfico corporal; APA, 2013).

A tricotilomania pode ocorrer em qualquer região do corpo (e.g., couro cabeludo, sobrancelhas, cílios, região axilar, facial, púbica e perirretal) de forma focada, quando o indivíduo arranca cabelo ou pelos intencionalmente para controlar experiências pessoais desagradáveis (e.g., sensações corporais de tensão, queimação e coceira) e produzir sentimentos de prazer ou alívio, ou de forma automática, quando emite o comportamento sem percebê-lo durante a realização de atividades sedentárias (APA, 2013; Sadock et al., 2016). O comportamento de arrancar cabelo ou pelos pode acontecer em episódios breves, mais frequentes e pouco intensos ou em episódios mais longos, menos frequentes e mais intensos (e.g., duração de uma hora) distribuídos ao longo do dia. Além disso, outros comportamentos como observar o fio pela visão e tato e procurar um fio com textura específica compõem o contexto da pessoa arranca o cabelo (APA, 2013).

Contudo, além das descrições e critérios médicos para diagnosticar ou classificar uma dada classe comportamental como tricotilomania, Goulart-Junior e Britto (2010) afirmaram que arrancar os fios de cabelos ou pelos é um comportamento operante e, como tal, deve ser compreendido junto às características do contexto no qual é observado. Por essa razão é necessário especificar as relações

compreendidas entre o comportamento de arrancar o fio de cabelo ou pelos e os eventos ambientais que o antecedem e o mantêm.

A especificação das relações entre eventos antecedentes, resposta e eventos consequentes foi descrita em alguns estudos como o conduzido por Iwata, Dorsey, Sliper, Baumam e Richman (1994). Esses autores elaboraram um protocolo de avaliação funcional para o comportamento de autolesão que incluiu a tricotilomania e apresentaram resultados de uma avaliação realizada a partir desse protocolo. O estudo consistiu em observar o comportamento de nove participantes em quatro condições experimentais: desaprovação social, demanda acadêmica, disponibilidade de brinquedos e ausência de tarefas e sozinho. A primeira condição foi a de desaprovação social, na qual o participante era exposto a um ambiente com brinquedos na presença do pesquisador, que o instruiu a brincar enquanto permanecia engajado em outra atividade. Quando o comportamento de autolesão ocorria, o pesquisador o reforçava positivamente com atenção na forma de frases de preocupação e de desaprovação (e.g., “Não faça isso, você irá se machucar”). A segunda condição foi a de demanda acadêmica, na qual o pesquisador solicitava ao participante que realizasse tarefas escolares com baixa probabilidade de ocorrência e que ele não costumava realizar espontaneamente. O comportamento de engajar-se na tarefa era reforçado pelo pesquisador por validação social, e o comportamento autolesivo era conseqüenciado pela interrupção da tarefa com recomeço apenas 30 segundos após seu término. A terceira condição foi a de brincar não estruturado, que consistiu em um ambiente com disponibilidade de brinquedos, ausência de tarefas, no qual o participante poderia comportar-se livremente e escolher as atividades. Nessa condição, definida também como um ambiente enriquecido, a não ocorrência de

comportamento autolesivo pelo participante era reforçada pelo pesquisador com validação social e contato físico. Por fim, na última situação experimental, o participante permanecia na sala na ausência do pesquisador e sem estímulos reforçadores disponíveis (e.g., pessoas, brinquedos). Foram obtidos os seguintes resultados: (a) o comportamento de autolesão variou entre os indivíduos e também entre as sessões experimentais para cada participante; (b) seis participantes apresentaram frequência maior de comportamento de autolesão em uma condição experimental específica; (c) quatro participantes apresentaram alta frequência no comportamento de autolesão quando estavam sozinhos; (d) dois participantes tiveram maior frequência durante a realização de demanda acadêmica; (e) um participante apresentou alta frequência de autolesão durante as sessões de desaprovação social; bem como (f) três participantes apresentaram frequência semelhante de comportamento autolesivo entre as diferentes condições experimentais. Mediante esses resultados, Iwata et al. (1994) concluíram que: (a) a autolesão pode ter várias fontes de reforçamento, (b) a autoestimulação pode ser considerada como uma variável motivacional relevante e (c) o comportamento autolesivo tem múltiplas funções.

O protocolo de Iwata et al. (1994) foi utilizado por Rapp, Miltenberg, Galensky, Ellingson e Long (1999) para avaliar o comportamento de puxar o cabelo em uma jovem adulta com desenvolvimento atípico. A pesquisa foi realizada em duas fases. A primeira fase consistiu em observação e registro do comportamento de puxar e manipular o cabelo nas condições experimentais propostas por Iwata et al. (1994). Nessa fase, os autores observaram que a participante puxava o fio com mais frequência quando estava sozinha ($M=34,5\%$) e menos frequentemente na condição controle de ambiente enriquecido ($M=0,97$). Os dados das condições

anteriores sugeriram aos autores que o comportamento de tricotilomania estava sendo mantido por reforçamento sensorial perceptual. No entanto, durante a fase de observação, os autores verificaram que a participante segurava os fios nos dedos depois de puxá-los. Em virtude disso, procedeu-se à realização da segunda fase do estudo, que consistiu em observar o comportamento de puxar e manipular o cabelo em três condições: (a) sozinha, (b) sozinha e com fios disponíveis e (c) sozinha e usando luvas. Observou-se que o comportamento de puxar o cabelo ocorreu com maior frequência na condição de estar sozinha, porém o comportamento de manipulá-lo ocorreu com maior frequência diante dos fios de cabelo disponíveis e em menor frequência na condição de uso de luva. Esses dados sugeriram, segundo Rapp et al. (1999), que o comportamento de puxar o fio pode ser produzido pelo contato sensorial (i.e., tato) com os fios de cabelo.

Outro estudo sobre o tema conduzido com um participante com tricotilomania foi o de Deaver, Miltenberger e Stricker (2001). Esses autores encontraram resultados semelhantes àqueles obtidos nos estudos de Iwata et al. (1994) e Rapp et al. (1999) e concluíram que o comportamento de mexer o cabelo que antecede o de arrancá-lo estaria sendo mantido por reforçamento automático. Por sua vez, Duke, Bodzin, Tavares, Geffken e Storch (2009) afirmaram que o comportamento de tricotilomania pode ter uma função de autorregulação, ou seja, de fornecer homeostase ao sistema nervoso central quando nele há *deficit* ou excessos de estimulação. Os estudos citados referenciam os termos “reforçamento automático” e “reforçamento sensorial” como sinônimos e os descrevem como um reforço que é produto direto do comportamento do indivíduo porque independe da mediação social (Vaughan & Michael, 1982). Portanto o reforçamento automático é o resultado

natural diante de um comportamento que opera no organismo ou no ambiente ao seu redor (Vaughan & Michael, 1982).

Ainda sobre possíveis variáveis que se relacionam ao comportamento de puxar os fios de cabelo, uma pesquisa mostrou uma correlação positiva entre tricotilomania em mulheres e história de violência na infância. Dentre as 44 participantes desse estudo, 91% relataram a ocorrência de trauma ou violência quando criança, e 86% afirmaram ter sofrido violência concomitantemente com o aparecimento da tricotilomania (Boughn & Holdom, 2003). Um estudo de revisão conduzido por Graber e Arndt (1993) pontuou também a associação entre a tricotilomania e a ocorrência de problemas de comportamento (e.g., problemas escolares e dificuldade na expressão da agressão) ou presença de comorbidades (e.g., depressão, hipocondria e distúrbios na alimentação). Por exemplo, verificou-se que a tricotilomania está relacionada a uma história com diagnóstico de transtornos de humor ou outros transtornos de ansiedade diferentes do transtorno obsessivo-compulsivo (Hanna, 1997).

Os resultados e considerações descritos nos estudos sobre tricotilomania citados anteriormente pontuam a multideterminação desse transtorno e a necessidade de sua investigação sistemática. Assim conduziu-se uma avaliação comportamental de tricotilomania em uma adolescente com desenvolvimento típico que arrancava os cílios. Essa avaliação teve por objetivo identificar possíveis relações entre aspectos antecedentes e consequentes ao comportamento de arrancar os fios, além de investigar: a) se a adolescente apresentava ou não problemas de comportamento e dificuldades de habilidades sociais, b) quais práticas parentais eram predominantes no repertório da mãe e c) qual a percepção da mãe sobre comportamentos da filha.

Ambas responderam a um roteiro de entrevista estruturado sobre o comportamento de tricotilomania e a instrumentos de avaliação comportamental padronizados. A presente avaliação diferencia-se daquelas destacadas por ser conduzida com um indivíduo com desenvolvimento típico e utilizar relatos verbais tanto da adolescente quanto de sua mãe, por meio do que é possível conhecer como ambas percebem e avaliam a tricotilomania, bem como a descrição de comportamentos, sentimentos e emoções. Tais elementos não foram analisados nos estudos conduzidos anteriormente sobre a temática.

A utilização de relatos é um recurso fundamental, sobretudo na área clínica, na qual muitas vezes não é possível o acesso a determinadas situações e comportamentos seja por questões éticas, custo financeiro ou tempo elevado. Além disso, é por meio das interações verbais que ocorrem comportamentos com funções clínicas importantes (Silvares & Gongora, 1998). A proposta da avaliação que será apresentada poderá contribuir para formulação de avaliação comportamental de tricotilomania direcionada a psicólogos e outros profissionais da saúde, uma vez que se fundamenta em dados de pesquisas e instrumentos de medidas indiretas validados.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo uma adolescente de 12 anos de idade e sua mãe com 49 anos. A adolescente possuía desenvolvimento típico e estava cursando a sétima série do ensino fundamental. No momento da avaliação, apresentava falhas nos cílios em ambos os olhos, com predomínio no olho direito. A adolescente não possuía histórico de condições relevantes de saúde e não estava em tratamento

psicológico, dermatológico ou psiquiátrico para tricotilomania. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CAAE: 0545554312.0.0000.5231).

Instrumentos respondidos pela mãe

Roteiro de entrevista para pais e/ou cuidadores. Elaborado pela pesquisadora-principal com questões sobre a rotina e dinâmica familiar, dimensão, características e histórico do comportamento de arrancar cílios. Teve por base de elaboração estudos e instrumentos para avaliação clínica, avaliação de tricotilomania e *skin picking* (Keuthen et al., 2001; Rothbaum & Ninan, 1994; Silvaes & Gongora, 1998; Snorrason et al., 2012; Toledo et al., 2011).

Inventário de comportamentos para crianças de adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/ 6-18), versão brasileira com tradução de Bordin, Silvaes, Rocha, Teixeira & Paula (2010). Consiste em 118 itens para avaliação de problemas emocionais e de comportamento e 20 itens para avaliação da competência da criança ou do adolescente a partir de questões sobre prática de esportes, realização de atividades lúdicas, participação em grupos ou equipes, relacionamentos pessoais e desempenho acadêmico. O instrumento classifica problemas de comportamento, síndromes e competência social da criança de acordo com as categorias clínica, não clínica ou limítrofe (Achenbach & Rescorla, 2001).

Inventário de estilos parentais (IEP). Consiste em 42 questões respondidas pelos pais e/ou cuidadores com o objetivo de avaliar 7 práticas parentais. São avaliadas as seguintes práticas: monitoria positiva e comportamento moral (i.e., práticas positivas), punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico (i.e., práticas negativas; Gomide, 2006).

Instrumentos respondidos pela adolescente

Roteiro de entrevista para adolescente. Elaborado pela pesquisadora-principal com questões sobre a dimensão, características e histórico do comportamento de arrancar cílios; teve por base para sua elaboração estudos e instrumentos para avaliação clínica, avaliação de tricotilomania e *skin picking* (Keuthen et al., 2001; Rothbaum & Ninan, 1994; Silvaes & Gongora, 1998; Snorrason et al., 2012; Toledo et al., 2011).

Inventário de autoavaliação para adolescentes de 11 a 18 anos (YSR), versão brasileira com tradução de Bordin, Silvaes, Rocha, Teixeira & Paula (2010). Variação do CBCL para avaliação de adolescentes a partir do autorrelato. Objetiva avaliar problemas emocionais e de comportamento da competência do adolescente sobre prática de esportes, participação em grupos ou equipes, relacionamentos pessoais e desempenho acadêmico. O instrumento classifica o adolescente como clínico, não clínico ou limítrofe para problemas de comportamento, síndromes ou competência social (Achenbach & Rescorla, 2001). A versão utilizada no estudo foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Rocha, Araújo e Silvaes (2008).

Inventário de habilidades sociais para adolescentes (IHSA-Del-Prette). Instrumento de autorrelato com o objetivo de avaliar o repertório de habilidades sociais de adolescentes de 12 a 17 anos em situações de demandas interpessoais cotidianas nas relações familiares, escolares, de amizade, afetivo-sexuais, de lazer e de trabalho (Del Prette & Del Prette, 2009).

Procedimentos

A pesquisa foi realizada em duas etapas: (a) seleção e (b) avaliação comportamental do participante. A

seleção ocorreu por meio da avaliação das fichas de triagem, que continham as informações dos pacientes que estavam na lista de espera para atendimento em uma clínica-escola de uma faculdade no interior do Paraná. Foram utilizados os seguintes critérios para inclusão dos participantes: (a) apresentar como queixa principal tricotilomania, (b) ter entre 12 e 18 anos e (c) não ter relato de dificuldades do desenvolvimento (e.g., transtorno *deficit* de atenção ou hiperatividade). Apenas uma adolescente foi selecionada; então, por meio de contato telefônico com os responsáveis, foi realizado o convite para participar da pesquisa, e foi marcada a sessão para a avaliação comportamental. Nessa sessão, que consistiu na segunda etapa da pesquisa, informações sobre a pesquisa foram apresentadas para a adolescente e sua mãe, que, em seguida, assinaram o termo de consentimento para participação no estudo. Na sequência foi realizada a coleta de dados, que ocorreu da seguinte forma: enquanto a mãe participava de uma entrevista com a primeira autora do estudo, a adolescente foi entrevistada por uma estagiária do último ano do curso de Psicologia que havia sido previamente treinada para fazer a coleta de dados. Ambas as entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra pela pesquisadora principal e primeira autora do estudo.

Análise de dados

A análise dos dados foi realizada em duas fases: na primeira fase, as entrevistas foram analisadas em categorias, baseadas nos roteiros de entrevista; na segunda fase, os inventários foram corrigidos e analisados conforme os manuais de cada um deles. Posteriormente, foi realizada uma avaliação qualitativa dos dados coletados a partir de quatro perspectivas: (a) descrição do comportamento de

arrancar cílios, (b) repertório de habilidades sociais, (c) outros problemas de comportamento e (d) estilos parentais.

RESULTADOS

Descrição do comportamento de arrancar os cílios

Em relação ao comportamento de arrancar cílios, os principais dados, bem como suas respectivas categorias, estão descritos na Tabela 1.

Repertório de habilidades sociais

A avaliação das habilidades sociais foi realizada a partir da frequência e dificuldade com que a adolescente reagia a diferentes situações de demanda social. Os resultados obtidos estão apresentados na Tabela 2.

Ao avaliar o repertório total de recursos e *deficit* das habilidades sociais, que incluem repertórios de empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social, constatou-se que a adolescente apresenta um repertório médio inferior de habilidades sociais (percentil 35). O repertório de empatia e civilidade foi avaliado como dentro da média para frequência (percentil 50); em relação à dificuldade, constatou-se que a adolescente apresenta baixo custo na emissão dessas respostas (percentil 3). O repertório de empatia inclui comportamentos relacionados à sensibilidade ao outro (e.g., identificar sentimentos e problemas do outro, pedir apoio, negociar soluções em situação de conflito de interesse, preocupar-se com o bem-estar do outro, guardar segredos, elogiar e fazer amizades), e o repertório de civilidade inclui habilidades de traquejo social (e.g., despedir-se, agradecer favores ou elogios, cumprimentar, elogiar e fazer pequenas gentilezas; Del Prette & Del Prette, 2009).

Tabela 1

Comparação entre o relato da adolescente e o relato da mãe sobre o comportamento de arrancar os cílios

Categoria	Relato da adolescente	Relato da mãe
Topografia	Disse que arrancava com o dedo.	Disse que a filha arrancava com o dedo.
Frequência	Contou que passou a arrancar menos após conhecimento dos pais sobre o comportamento.	Relatou que a frequência de comportamento de arrancar diminuiu após os pais terem descoberto a tricotilomania.
Histórico do comportamento	Contou que ocorre há mais de um ano.	Contou que ocorre há quatro meses.
Motivos do comportamento	Não conseguiu descrever um motivo.	Não soube descrever um motivo e sugeriu que a filha saberia responder.
Tentativas de impedir comportamento	Disse ter passado a comer mais que o habitual, praticar exercícios físicos e investir mais na escola.	Não soube descrever.
Possíveis antecedentes	Relatou arrancar os cílios diante de discussão entre familiares.	Não soube descrever.
Possíveis consequências sociais	Relatou que a mãe, ao descobrir, brigou e contou para o pai, que também brigou. Após essa reação inicial, relatou que os pais passaram a apoiá-la mais.	A mãe relatou que, após ter conhecimento da tricotilomania, conversou com a filha. Ela informou que o pai brigou e que a irmã contou que já arrancou o cabelo durante um período da vida.
Possíveis consequências não sociais	Relatou que passou a evitar maquiagem e tentar esconder a falha com delineador.	Descreveu que a filha passou a evitar mostrar os cílios para as pessoas.
Comportamentos da adolescente diante das reações do outro	Disse não estar arrancando mais “ <i>por enquanto</i> ” (sic).	Relatou que a filha não está arrancando mais, mas que observa que um olho tem mais cílios que o outro. Questionou se os cílios da filha estão crescendo de forma diferente ou se ela tem arrancado apenas de um olho.
Sentimentos associados ao comportamento	Relatou que antes de arrancar sente-se ansiosa e culpada e que após arrancar sente-se culpada e envergonhada. Na emissão do comportamento, relatou sentir-se culpada e feliz.	Descreveu que a filha é ansiosa e que não nota diferença nos sentimentos da filha em épocas em que ela arranca ou não.

Tabela 2

Avaliação do repertório de habilidades sociais e percentis dos escores da adolescente obtidos no IHSA- Del Prette

Itens avaliados	Frequência	Dificuldade
Escore total	Médio inferior (35)	Baixo custo de resposta (30)
Empatia	Dentro da média (50)	Baixa dificuldade (3)
Autocontrole	Abaixo da média (1)	Alto custo de resposta (95)
Civilidade	Dentro da média (45)	Baixa dificuldade (15)
Assertividade	Abaixo da média (20)	Média dificuldade (60)
Abordagem afetiva	Altamente elaborado (100)	Baixa dificuldade (1)
Desenvoltura social	Altamente elaborado (80)	Baixa dificuldade (20)

As subescalas *desenvoltura social* e *abordagem afetiva* foram avaliadas como um repertório altamente elaborado (respectivamente percentis 80 e 100) com baixo custo de resposta para emissão desses comportamentos (percentis 20 e 1

respectivamente). As habilidades requeridas em situações de exposição social e conversação (e.g., apresentar trabalhos em grupo, conversar com pais sobre sexualidade, pedir informações e conversar com pessoas de autoridade) representam o

repertório de desenvoltura social e habilidades de estabelecer contato e conversação de relações de amizades, relações de intimidade sexual e expressão de satisfação e insatisfação a diferentes formas de carinho estão inclusas no repertório de abordagem afetiva (Del Prette & Del Prette, 2009).

Apesar dos resultados indicarem que não há dificuldades no repertório de empatia, civilidade, desenvoltura social e abordagem afetiva, a adolescente apresenta *deficit* no repertório de autocontrole e assertividade. Os dados do IHSA indicam resultados abaixo da média na avaliação da frequência de autocontrole (percentil 1) e de assertividade da adolescente (percentil 20), sendo o primeiro com alto (percentil 95) e o segundo com médio custo de resposta (percentil 60). Esses dados pontuam a necessidade de treinamento de habilidades sociais, sobretudo nessas áreas, conforme sugerem Del Prette e Del Prette (2009). O repertório de autocontrole inclui comportamentos como reagir com calma a situações aversivas em geral, que produzem sentimento de frustração, desconforto, raiva e humilhação (Del Prette & Del Prette, 2009). Ter autocontrole significa reagir com calma a críticas de pais e amigos, ofensas de vários tipos, gozações, derrotas em jogos, tentativas malsucedidas, por exemplo, expressando desagrado ou raiva de forma socialmente competente (Del Prette & Del Prette, 2009). Por sua vez, o repertório de assertividade refere-se à habilidade social de lidar com situações interpessoais que demandam a afirmação e defesa de direitos da autoestima (Del Prette & Del Prette, 2009). Ao fazer isso, o indivíduo está sujeito a uma reação indesejável, como rejeição, réplica ou oposição, por parte do outro (Del Prette & Del Prette, 2009). A assertividade inclui as seguintes respostas: recusar pedidos abusivos e não abusivos, resistir à pressão

do grupo, demonstrar desagrado, encerrar uma conversa e conversar com pessoas de autoridade (Del Prette & Del Prette, 2009).

Outros problemas de comportamento

A avaliação quanto aos possíveis problemas de comportamento diferiu consideravelmente entre a adolescente e sua mãe, como evidenciado na Tabela 3. Enquanto a mãe avaliou todos os itens como não clínicos, a adolescente avaliou ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas de pensamento, problemas sociais e comportamentos agressivos como problemas de comportamento clínicos ou limítrofes. A avaliação do perfil de problemas de comportamento apresentados pela adolescente divergiu entre ambas. Enquanto a mãe avaliou o perfil de problemas internalizantes, externalizantes e problemas totais como não clínicos (escores 59, 55 e 55 respectivamente), a adolescente avaliou o perfil externalizante, internalizante e problemas totais como clínicos (escores 71,65 e 73 respectivamente)

Estilo parental

Quanto aos estilos parentais, constatou-se escore nove, que representa estilo parental regular e indica necessidade de orientações para aprimoramento das práticas parentais. Cada prática foi analisada individualmente, conforme dados da Tabela 4. Salienta-se que a prática de negligência foi avaliada como de risco, condição que indica a necessidade de intervenção terapêutica direcionada às consequências do uso de práticas negativas.

DISCUSSÃO

A adolescente apresentava respostas de arrancar os cílios, condição relatada pelas participantes e visualizada no momento da entrevista. De acordo com Hanna (1997), em uma avaliação com

adolescentes com tricotilomania, 73% dos participantes apresentavam o comportamento de tricotilomania na forma de comportamentos de

arrancar os cílios. Em outro estudo, 29,6% dos participantes apresentaram o mesmo comportamento (Duke et al., 2009).

Tabela 3

Indicação dos problemas clínicos (C), não clínicos (NC) e limítrofes (L) a partir do escore T de problemas/transtornos avaliados pelo YSR e CBCL

Problema/Transtorno	Adolescente (YSR)	Mãe da adolescente (CBCL)
<i>Escalas de problemas de comportamento</i>		
Ansiedade/depressão	C (81)	NC (57)
Isolamento/depressão	NC (52)	NC (60)
Queixas somáticas	<i>L (68)</i>	NC (56)
Problemas sociais	<i>L (68)</i>	NC (50)
Problemas de pensamento	C (86)	NC (64)
Problemas de atenção	NC (63)	NC (51)
Problemas de violar as regras	NC (59)	NC (57)
Comportamento agressivo	<i>L (67)</i>	NC (54)
<i>Problemas de comportamento segundo DSM</i>		
Transtornos afetivos	C (75)	NC (63)
Transtornos de ansiedade	C (70)	NC (60)
Transtornos somáticos	<i>L (66)</i>	NC (59)
Transtorno de <i>deficit</i> de atenção e hiperatividade	NC (63)	NC (52)
Transtorno opositor desafiante	<i>L (65)</i>	NC (56)
Problemas de conduta	NC (56)	NC (51)
Transtorno obsessivo-compulsivo	C (77)	NC (51)
Transtorno de estresse pós-traumático	<i>L (69)</i>	NC (56)

Tabela 4

Escore das práticas parentais avaliados pelo IEP e comportamentos relatados pela mãe da adolescente por meio do instrumento

Categoria	Escore	Interpretação do escore
Monitoria positiva	11	Estilo parental regular, acima da média
Comportamento moral	10	Estilo parental regular, acima da média
Punição inconsistente	1	Estilo parental ótimo
Negligência	3	Estilo parental de risco
Disciplina relaxada	3	Estilo parental regular, porém, abaixo da média
Monitoria negativa	5	Estilo parental regular, porém, abaixo da média
Abuso físico	0	Estilo parental regular, porém, abaixo da média
Escore total	9	Estilo parental regular, acima da média

Em relação aos locais ou situações em que o comportamento de arrancar cílios ocorria, a adolescente relatou que o fazia quando estava sozinha e em locais em que as pessoas não pudessem observá-la. Disse que esse comportamento não ocorria quando estava na escola. Esse relato corrobora resultados destacados pela literatura, tais como o estudo de Hanna (1997), que afirma que 82% dos participantes relataram maior propensão a arrancar o cabelo ou pelos em casa do que na escola, e o estudo de Deaver et al. (2001), no qual a participante arrancava o cabelo no momento em que estava na cama e sozinha. A informação da adolescente sobre arrancar os cílios apenas quando estava sozinha levanta a hipótese que a função do comportamento pode ser de reforçador automático, conforme afirmaram Iwata et al. (1994).

Sobre os eventos que antecedem a emissão do comportamento de arrancar os cílios, tanto a mãe quanto a adolescente relataram que eles poderiam relacionar-se àqueles que eliciam ansiedade. Duke et al. (2009) constataram que 27,8% das pessoas se sentem ansiosas antes de emitir o comportamento de tricotilomania. Por sua vez, sentimentos de felicidade foram relatados pela adolescente durante a emissão do comportamento. De acordo com os mesmos autores, 3,7% dos participantes da pesquisa também relataram esse sentimento durante a emissão do comportamento de tricotilomania. A condição sentida e relatada pela adolescente como sendo de “felicidade” pode estar relacionada ao efeito automático e sensorial que o comportamento de tricotilomania produz no organismo. Para a participante do estudo de Deaver et al. (2001), o comportamento de arrancar o cabelo, além de produzir reforço social em forma de atenção, também ocorria na ausência de outras pessoas e por isso era mantido por algum tipo de reforçamento automático. Rapp et al. (1999) concluíram que o

comportamento de arrancar e manipular o cabelo da participante do estudo era mantido por reforçamento sensorial, e não por reforçamento social imediato.

Por outro lado, a adolescente relatou que se sentia envergonhada e culpada após arrancar os cílios. Duke et al. (2009) observaram em seu estudo que 3,7% das pessoas que apresentam comportamentos de arrancar os cílios sentem vergonha após emití-lo. As emoções de culpa ou vergonha são geradas sob controle de contingências aversivas, e um indivíduo pode sentir-se dessa forma em situações em que foi anteriormente punido (Skinner, 2003). No caso da adolescente, os sentimentos de culpa e vergonha relatados por ela podem estar sob controle das consequências punitivas dos pais, que brigaram após descobrirem que ela arrancava os cílios, e da punição de alteração estética que o comportamento de tricotilomania produz.

Por meio do YSR, CBCL e IHSA, pode-se afirmar que a participante apresenta outros problemas de comportamento além do comportamento de arrancar os cílios, condição que corrobora o estudo de Hanna (1997), que afirma que a tricotilomania está associada a outros transtornos psiquiátricos. A partir dos escores obtidos no YSR, constatou-se que o perfil de problemas de comportamento da adolescente é tanto internalizante quanto externalizante, sendo que o perfil internalizante teve um escore maior do que o externalizante. Por meio do CBCL, respondido pela mãe da adolescente, esses perfis foram constatados como não clínicos, sendo que o perfil internalizante teve escore maior do que o externalizante, apesar da pouca diferença. Hanna (1997) utilizou o CBCL para avaliar participantes com tricotilomania e evidenciou que os comportamentos de arrancar os cabelos e pelos estão associados a uma maior preponderância de problemas de comportamento internalizantes, condição que foi encontrada nos relatos da adolescente do presente estudo.

Além disso, de acordo com Hanna (1997), aproximadamente metade dos participantes com tricotilomania apresentou histórico de transtorno de humor ou outros transtornos de ansiedade não relacionados ao transtorno obsessivo-compulsivo. Associações semelhantes foram realizadas por outros autores (e.g., Duke et al., 2009; Stein & Hollander, 1992). Nesse sentido e com base nos dados obtidos por meio dos instrumentos utilizados, tem-se como hipótese a ser investigada que a adolescente pode apresentar transtorno de ansiedade, transtornos afetivos, transtorno opositor desafiante e transtorno de estresse pós-traumático. Assim uma avaliação psiquiátrica poderia ser importante como forma de avaliar possíveis associações entre a tricotilomania e outros transtornos psiquiátricos.

Além disso, é possível que a adolescente tenha sido exposta a alguma situação aversiva, o que poderia indicar a ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático. De acordo com Boughn e Holdom (2003), existe uma associação entre eventos estressores e a tricotilomania. Os escores do IEP evidenciaram que as práticas parentais maternas em sua maioria são abaixo da média ou de risco, e isso pode indicar um ambiente familiar aversivo e que pode relacionar-se tanto ao comportamento de arrancar os cílios quanto a outras dificuldades comportamentais. Além dos resultados apresentados no IEP, no presente estudo obteve-se escore limítrofe para o transtorno do estresse pós-traumático no YSR. Não foram encontrados na literatura analisada estudos que relacionaram as práticas parentais à tricotilomania, porém os dados obtidos na avaliação indicam que práticas parentais negativas estão presentes na vida da adolescente e podem ser um fator ambiental importante para o aparecimento da tricotilomania. O fato de a irmã da adolescente, que vive no mesmo ambiente e sob as mesmas práticas parentais, ter apresentado anteriormente comportamentos de arrancar os

cabelos pode fortalecer essa hipótese. Tal informação sinaliza um ambiente aversivo, não enriquecido de reforçadores, condição que segundo Iwata et al. (1994) pode ser uma variável que se relaciona à ocorrência de comportamentos autolesivos. Os dados obtidos no IHS evidenciaram que a adolescente apresenta *deficit* de repertório social. Diante disso, pode-se questionar se o comportamento de arrancar os cílios pode se relacionar com essas dificuldades mais amplas do repertório. Como evidenciado anteriormente, a tricotilomania pode estar associada a outros transtornos psiquiátricos, e, por essa razão, *deficit* no repertório social podem relacionar-se à ocorrência desses comportamentos (Duke et al., 2009; Hanna, 1997).

Ao se avaliar funcionalmente o comportamento apresentado pela adolescente, algumas hipóteses podem ser levantadas. Como eventos antecedentes do comportamento de arrancar os cílios, estão as situações nas quais a adolescente está sozinha e/ou condições que eliciam ansiedade, como a presença de uma discussão entre os familiares. Em relação às consequências contingentes ao arrancar os cílios, essas podem ser de dois tipos: (a) reforçadora automática e imediata ao comportamento que produz sentimentos de felicidade no momento em que a resposta é emitida, como foi relatado pela adolescente, e (b) aversivas não imediatas, como alterações físicas nos cílios, das quais a participante se esquivava ao evitar maquiagem e usar delineador para esconder as falhas, e como a reação da família com repreensões verbais, as quais a cliente tentava evitar negando a ocorrência da tricotilomania.

A punição social dos pais, entretanto, não parece ser uma consequência consistente para a emissão de arrancar os cílios. Isso porque, quando as consequências punitivas a um dado comportamento se tornaram mais frequentes, talvez seja possível que as reforçadoras ocorram também em menor

frequência e, por essa razão, não tenham o efeito esperado de fortalecê-lo (Flessner, Busch, Heideman, & Woods, 2008; Rapp et al., 1999; Teng, Woods, & Twohig, 2006; Twohig & Woods, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos por meio de inventários e entrevistas com a adolescente e sua mãe foram medidas importantes para a elaboração das hipóteses funcionais. Houve uma diversidade na coleta de dados, e isso possibilitou o acesso a informações de vários aspectos sobre o comportamento da adolescente a partir de duas fontes de relato distintas, a da adolescente e da sua mãe, que puderam ser comparadas. As informações coletadas evidenciaram informações importantes sobre o ambiente da adolescente, que parece ser altamente aversivo. Sugere-se, assim, a investigação da possível relação entre práticas parentais e o comportamento de arrancar cabelos e pelos por crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles* (1st ed.). Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association Pub.
- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Silveiras, E. F. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): An overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 13-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100004>
- Boughn, S., & Holdom, J. J. (2003). The relationship of violence and trichotillomania. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 165-170. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00165.x>
- Deaver, C. M., Miltenberger, R. G., & Stricker, J. M. (2001). Functional analysis and treatment of hair twirling in a young child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(4), 535-538. <https://dx.doi.org/10.1901%2Fjaba.2001.34-535>
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2009). *Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA - Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Itatiba, SP: Casapsi.
- Duke, D. C., Bodzin, D. K., Tavares, P., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). The phenomenology of hairpulling in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1118-1125. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.015>
- Flessner, C. A., Busch, A. M., Heideman, P. W., & Woods, D. W. (2008). Acceptance-Enhanced Behavior Therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: Exploring the effects of component sequencing. *Behavior Modification*, 32(5), 579-594. <https://doi.org/10.1177/0145445507313800>
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de Estilos Parentais (IEP): Modelo Teórico - Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Goulart-Junior, R. M., & Britto, I. A. G. de S. (2010). Intervenção analítico-comportamental em tricotilomania. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12(1-2), 224-237.
- Graber, J., & Arndt, W. B. (1993). Trichotillomania. *Comprehensive Psychiatry*, 34(5), 340-346. [http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90021-U](http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X(93)90021-U)

- Hanna, G. L. (1997). Trichotillomania and related disorders in children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 27(4), 255-268. <https://doi.org/10.1007/BF02353354>
- Harth, W., Taube, K.-M., & Gieler, U. (2010). Factitious disorders in dermatology. *Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* [Journal of the German Society of Dermatology], 8(5), 361-372, quiz 373. <https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2010.07327.x>
- Iwata, B.A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G.S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 197-209. <https://doi.org/10.1901/jaba.1994.27-197>
- Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Engelhard, I., Forker, A., O'Sullivan, R. L., ... Baer, L. (2001). The Skin Picking Impact Scale (SPIS): Scale Development and Psychometric Analyses. *Psychosomatics*, 42(5), 397-403. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.5.397>
- Rapp, J. T., Miltenberger, R. G., Galensky, T. L., Ellingson, S. A., & Long, E. S. (1999). A functional analysis of hair pulling. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32(3), 329-337. <https://doi.org/10.1901/jaba.1999.32-329>
- Rocha, M. M., Araújo, L. G. de S., & Silveiras, E. F. (2008). Um estudo comparativo entre duas traduções brasileiras do Inventário de Auto-avaliação para Jovens (YSR). *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 14-24. Retrieved from <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/734>
- Rothbaum, B. O., & Ninan, P. T. (1994). The assessment of trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 32(6), 651-662. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90022-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90022-1)
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2016). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Artmed.
- Shah, K. N., & Fried, R. G. (2006). Factitial dermatoses in children. *Current Opinion in Pediatrics*, 18(4), 403-409. <https://doi.org/10.1097/01.mop.0000236390.41462.39>
- Silveiras, E. F., & Gongora, M. A. N. (1998). *Psicologia Clínica Comportamental: A inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: Edicon.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (11th ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Snorrason, I., Ólafsson, R. P., Flessner, C. A., Keuthen, N. J., Franklin, M. E., & Woods, D. W. (2012). The skin picking scale-revised: Factor structure and psychometric properties. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(2), 133-137. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.03.001>
- Stein, D. J., & Hollander, E. (1992). Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 26(2), 237-242. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(92\)70033-C](https://doi.org/10.1016/0190-9622(92)70033-C)
- Teng, E. J., Woods, D. W., & Twohig, M. P. (2006). Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: A pilot investigation. *Behavior Modification*, 30(4), 411-22. <https://doi.org/10.1177/0145445504265707>
- Toledo, E. L., Taragano, R., Cordás, T. A., Abreu, C. N. de, Hearst, N., & Conti, M. A. (2011). Adaptação transcultural da Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale para o idioma português (Brasil). *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 38(5), 178-183. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000500002>

Twohig, M. P., & Woods, D. W. (2001). Habit reversal as a treatment for chronic skin picking in typically developing adult male siblings. *Journal of Applied Behavior Analysis, 34*(2), 217-220. <https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-217>

Vaughan, M. E., & Michael, J. L. (1982). Automatic reinforcement: An important but ignored concept. *Behaviorism, 10*(2), 217-227.

Recebido em 08/10/2017
Revisado em 20/06/2018
Aceito em 23/07/2018