



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

Carolina Cassiano Rangel

FOLLOW-UP DE DOIS ANOS DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE ESCORIAÇÃO:
CURSO DE LONGO PRAZO DE ITCC PARA TRATAMENTO E ASSOCIAÇÃO COM
RECORRÊNCIA

Porto Alegre

2024

Carolina Cassiano Rangel

FOLLOW-UP DE DOIS ANOS DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE ESCORIAÇÃO:
CURSO DE LONGO PRAZO DE ITCC PARA TRATAMENTO E ASSOCIAÇÃO COM
RECORRÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

Orientadora: Dra. Carolina Blaya Dreher

Porto Alegre

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Rangel, Carolina Cassiano
FOLLOW-UP DE DOIS ANOS DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO
DE ESCORIAÇÃO: CURSO DE LONGO PRAZO DE ITCC PARA
TRATAMENTO E ASSOCIAÇÃO COM RECORRÊNCIA / Carolina
Cassiano Rangel. -- 2024.
47 f.

Orientadora: Carolina Blaya Dreher.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Transtorno de Escoriação. 2. Terapia Cognitivo
Comportamental. 3. Intervenções digitais. 4. Validação
psicométrica. I. Dreher, Carolina Blaya, orient. II.
Titulo.

Carolina Cassiano Rangel

FOLLOW-UP DE DOIS ANOS DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE ESCORIAÇÃO:
CURSO DE LONGO PRAZO DE ITCC PARA TRATAMENTO E ASSOCIAÇÃO COM
RECORRÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Aprovada em: Porto Alegre, 17 de abril de 2024.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Gisele Gus Manfro – Relatora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Natan Pereira Gosmann
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Carolina Blaya Dreher – Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ygor Arzeno Ferrão
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem palavras não são suficientes para expressar minha gratidão

À minha orientadora, Profa Dra Carolina Blaya Dreher, pelo exemplo e incentivo em todos os momentos e pela confiança depositada em mim

À amiga Mariane Bagatin Bermudez por me fazer acreditar e cujo incentivo me levou além

A todos integrantes PROTAN, pelos inúmeros ensinamentos e oportunidades e pela gentileza em compartilhar

Aos meus familiares e amigos pelo apoio constante

RESUMO

Introdução: O Transtorno de Escoriação (TE), também chamado de skin picking, dermatotilexomania ou dermatotilomania, é caracterizado pelo comportamento repetido de cutucar a pele de forma recorrente apesar de tentativas repetidas de parar ou reduzir o comportamento, ocasionando lesões cutâneas. Existem poucos estudos na área e muitas lacunas na literatura, o que inclui estudos sobre resposta em médio e longo prazo a tratamentos por intervenção digital. O SOSkin é uma plataforma digital desenvolvida para tratamento do TE baseado em terapia cognitivo-comportamental baseada na Internet (iTCC) autoaplicável. No ECR SOSkin, no qual foi comparado contra controle ativo com vídeos sobre hábitos para melhorar qualidade de vida, foi observada melhora da gravidade e impacto do TE após a intervenção e no follow-up de um mês e três meses, tanto entre o grupo intervenção, quanto no grupo controle. No entanto, o tamanho de efeito foi significativamente maior para o grupo intervenção ($g=0,87$) em relação ao controle ($g=0,35$), demonstrando ser uma ferramenta válida para tratamento do TE. Entretanto, a resposta em longo prazo ainda não foi estudada. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo avaliar a eficácia em longo prazo do SOSkin – iTCC para o tratamento do TE - e a associação com sintomas clínicos e gravidade e impacto do TE. Um objetivo secundário é a adaptação do Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS) para o português brasileiro. **Métodos:** Todos os 163 participantes do ECR SOSkin foram convidados a participar deste estudo de follow up de dois anos. As escalas clínicas já aplicadas durante o ECR foram reaplicadas como Skin Picking Scale Revised (SPS-R), General Anxiety Disorder-7 (GAD-7), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Dermatology Life Quality Index (DLQI). Além disso, incluímos as seguintes medidas clínicas: Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (DERS-36), Escala de Impulsividade Barratt (BIS-11) e MIDAS. A Análise Exploratória de Gráficos (EGA) foi realizada para avaliar a dimensionalidade do MIDAS. Todos os fatores associados a um pior desfecho em longo prazo foram analisados com o Modelo Linear Generalizado Misto (GLMM). **Resultados:** Oitenta e um participantes responderam apenas ao MIDAS e 77 participantes responderam a todas as escalas. A Análise Exploratória de Grafos (EGA) encontrou uma estrutura de três fatores correspondente aos subtipos focado, automático e misto. O GLMM mostrou que pacientes com pior prognóstico também apresentavam maior ansiedade (GAD-7), depressão (PHQ-9), desregulação emocional (DERS-36), subtipos de TE focado e misto (MIDAS) e menor qualidade de vida (DLQI). **Conclusões:** A resposta do TE ao tratamento com iTCC foi mantida no seguimento. Houve uma redução consistente na gravidade e no impacto do TE em todo o grupo de intervenção da iTCC, em comparação com o valor basal. No entanto, os sintomas mostraram tendência a piorar após 2 anos em comparação com os níveis observados no acompanhamento de 3 meses. O curso do TE foi impactado por sintomas ansiosos, depressivos e de desregulação emocional e também pela qualidade de vida dermatológica e subtipos misto e focado de TE.

Palavras-chave: Transtorno de escoriação; intervenção digital; terapia cognitivo-comportamental; validação psicométrica; TCC online

ABSTRACT

Introduction: Skin picking disorder (SPD) is characterized by repeated skin picking behavior, despite repeated attempts to stop or reduce the picking behavior, causing skin lesions. There are few studies in the area and many gaps in the literature, which includes studies on medium and long-term response to treatment using digital interventions. SOSkin is a digital platform developed for the treatment of SPD based on self-applied Internet-based cognitive behavioral therapy (i-CBT). In the SOSkin RCT, in which it was compared against an active control with videos about habits to improve quality of life, an improvement in the severity and impact of SPD was observed after the intervention and at the one-month and three-month follow-up both among the intervention and control group. However, we found a significantly larger effect size for the intervention group ($g=0.87$) in relation to the control group ($g=0.35$), demonstrating that it is a valid tool for treating SPD, but the long-term response term has not yet been studied.

Objectives: This study aimed to evaluate the long-term efficacy of SOSkin - i-CBT for SPD treatment - and the association with clinical symptoms and severity and impact of SPD. A secondary objective is the adaptation of the Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking Scale (MIDAS) to Brazilian Portuguese.

Methods: All the 163 SOSkin RCT participants were invited to participate in this follow-up study. The clinical scales already applied during the RCT were reapplied like Skin Picking Scale Revised (SPS-R), General Anxiety Disorder-7 (GAD-7), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Dermatology Life Quality Index (DLQI). Besides this, we included the following clinical measures: Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-36), Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) and MIDAS. The Exploratory Graph Analysis (EGA) was performed to evaluate MIDAS dimensionality. All factors associated with a worse long-term outcome were analyzed with the Generalized Linear Mixed Model (GLMM).

Results: Eighty one participants responded only to MIDAS and 77 participants responded to all scales. The Exploratory Graph Analysis (EGA) found a three-factor structure corresponding to the focused, automatic and mixed subtypes. The GLMM showed that patients with worse prognosis also had higher anxiety (GAD-7), depression (PHQ-9), emotional dysregulation (DERS-36), focused and mixed SPD subtypes (MIDAS) and lower quality of life (DLQI).

Conclusions: The SPD response to i-CBT treatment was maintained in the follow-up. There was a consistent reduction in the severity and impact of skin picking throughout the iCBT intervention group, compared to baseline. However, symptoms showed a tendency to worsen after 2 years in comparison to the levels observed at the 3-month follow-up. The course of SPD was impacted with anxious, depressive, and emotional dysregulation symptoms and also with dermatological quality of life and SPD-focused and mixed subtypes.

Keywords: Skin Picking; digital intervention; cognitive behavioral therapy; psychometric validation; online CBT.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA..... | 13 |
| 2.1 Psicodermatoses..... | 13 |
| 2.2 Transtorno De Escoriação..... | 14 |
| 2.2.1 Subtipos de Transtorno de Escoriação..... | 17 |
| 2.3 Intervenções digitais para tratamento..... | 18 |
| 3. HIPÓTESES..... | 21 |
| 4. OBJETIVOS..... | 22 |
| 5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 23 |
| 6. RESULTADOS..... | 24 |
| 6.1 Capítulo de Livro..... | 24 |
| 6.2 Artigo..... | 25 |
| 7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 26 |
| 8. REFERÊNCIAS..... | 28 |
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 33 |
| APÊNDICE B - ESCALA MILWAUKEE INVENTORY FOR THE DIMENSIONS OF ADULT SKIN PICKING (MIDAS) TRADUZIDA PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO..... | 35 |

| | |
|--|----|
| APÊNDICE C - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO..... | 36 |
| APÊNDICE D - ESCALA DE DERMATOTILEXOMANIA REVISADA (SPS-R)..... | 37 |
| APÊNDICE E - ESCALA DE ANSIEDADE GENERALIZADA 7 (GAD-7)..... | 40 |
| APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE (PHQ-9)..... | 41 |
| APÊNDICE G - ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA (DLQI)..... | 42 |
| APÊNDICE H - ESCALA DE DIFICULDADES DE REGULAÇÃO EMOCIONAL (DERS).. | 43 |
| APÊNDICE I - ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRATT (BIS-11)..... | 46 |

LISTA DE ABREVIATURAS

TE Transtorno de Escoriação

TCC Terapia Cognitivo-comportamental

iTCC Terapia Cognitivo-comportamental pela Internet

SP Skin Picking

SPD Skin Picking Disorder

TTM Tricotilomania

ECR Ensaio Clínico Randomizado

GLMM Modelo Linear Generalizado Misto

SPS-R Skin Picking Scale-Revised

GAD-7 Generalized Anxiety Disorder - 7

DLQI Escala de qualidade de vida em dermatologia

PHQ-9 Patient Health Questionnaire - 9

BIS-11 Barratt Impulsiveness Scale - 11

MIDAS Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking

DERS-36 Difficulties in Emotion Regulation Scale - 36

TRH Terapia de Reversão de Hábito

1 INTRODUÇÃO

O *skin picking*, também chamado de transtorno de escoriação (TE), dermatotilexomania ou dermatotilomania, é caracterizado pelo comportamento repetido de cutucar a pele de forma recorrente apesar de tentativas repetidas de parar ou reduzir o comportamento, ocasionando lesões cutâneas (APA, 2014). Após ser descrito em publicação científica em 1920 por Mackee e Pusey e Seaner como escoriação neurótica, o TE passou a ser mais descrito na literatura médica (SENEAR *et al.*, 1942), mas somente em 2001 foi proposto por Arnold *et al.* como diagnóstico independente com critérios diagnósticos bem definidos. Entretanto, somente em 2013, o TE passou a integrar o Manual Estatístico de Transtornos Mentais em sua quinta edição, no capítulo de Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtornos Relacionados (APA, 2014).

Satisfazer o impulso de cutucar a pele pode resultar em sensação de gratificação, prazer ou alívio (JAFFERANY; PATEL, 2019) e, apesar das consequências negativas do comportamento, este se perpetua porque alivia estados emocionais aversivos reforçando então o comportamento (SNORRASON *et al.*, 2010). TE foi categorizado em três subtipos, subtipo automático, subtipo focado e subtipo misto. O primeiro é caracterizado por um comportamento com mínima consciência, o segundo é caracterizado por um comportamento consciente e em resposta a emoções aversivas ou a obsessões e o subtipo misto abrange características de ambos subtipos (ARNOLD *et al.*, 2001; KŁOSOWSKA *et al.*, 2021a; KŁOSOWSKA *et al.*, 2021b; Pozza *et al.*, 2020, Pozza *et al.*, 2016; Walther *et al.*, 2009).

Existem vários questionários padronizados para avaliação do comportamento de cutucar a pele. Desses instrumentos, apenas o *Skin-Picking Impact Scale* (SPIS) e o *Skin-Picking Severity – Revised* (SPS-R) foram adaptados para o português brasileiro (XAVIER *et al.*, 2019; XAVIER *et al.*, 2022), além do *Skin Picking Stanford Questionnaire* (SPSQ) que foi traduzido para português brasileiro com modificações (MACHADO *et al.*, 2018). A utilização de instrumentos padronizados e com propriedades psicométricas adequadas é importante para o desenvolvimento de pesquisas sobre esse transtorno ainda tão pouco estudado e pouco compreendido. No entanto, o único instrumento existente para avaliação dos subtipos de TE é o *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking* (MIDAS) que avalia as duas dimensões do TE: automático e focado (Walther *et al.*, 2009).

Quando se trata de estudos relacionados ao tratamento e sua resposta em longo prazo há ainda mais escassez de informação. Mesmo não havendo uma opção de tratamento

farmacológico específico recomendado, devido ao perfil mais seguro e aos benefícios observados, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), que inclui a terapia de reversão de hábitos (TRH), tem sido preferencialmente escolhida como o método de tratamento (JAFFERANY; PATEL, 2019). Apesar da TCC ser o tratamento mais bem estabelecido para o transtorno, sua viabilidade devido a duração e custo muitas vezes dificultam o acesso ao mesmo. Com o objetivo de viabilizar e acessibilizar o tratamento do TE foram desenvolvidas plataformas digitais para o tratamento deste transtorno baseadas em técnicas de TCC, como Stop Picking (FLESSNER et al, 2007); Do it yourself! (MORITZ et al, 2012); Save my skin (GALLINAT et al, 2019); além da intervenção desenvolvida por ASPLUND et al. (2022) e MEHRMANN *et al.* (2023). Dessas, podemos destacar as duas últimas intervenções que realizaram follow up de doze meses e seis meses respectivamente, entretanto com várias limitações metodológicas. Apesar de todas as intervenções terem se mostrado benéficas para o grupo intervenção (técnicas de TCC), apenas uma utilizou controle ativo (MORITZ et al, 2012). Isso demonstra a importância de estudos na área que explorem as lacunas existentes na literatura como estudos utilizando controle ativo, abordando características do transtorno, como seus subtipos e de avaliação em longo prazo para melhor compreensão do TE.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Psicodermatoses

A compreensão da interação entre a pele e o sistema nervoso central (SNC) é de suma importância para o entendimento das psicodermatoses. Essas patologias integram esses dois componentes e podem ser classificadas como: desordens psicofisiológicas, desordens dermatológicas com sintomas psiquiátricos, desordens psiquiátricas com sintomas dermatológicos ou miscelânea (JAFFERANY; FRANCA, 2016).

Nas desordens psicofisiológicas as doenças dermatológicas são precipitadas ou exacerbadas por estresse psicológico (por ex, acne, psoríase, rosácea, etc). Nas desordens dermatológicas com sintomas psiquiátricos, os sintomas psiquiátricos são decorrentes de se ter uma doença dermatológica e são mais severos que os sintomas físicos (por ex, psoríase, eczema crônico, etc). Nas desordens psiquiátricas com sintomas dermatológicos, todas as lesões dermatológicas são auto-infringidas e não há doença dermatológica subsistente (por ex, dermatotilexomania, tricotilomania, etc.). Já a miscelânea é uma categoria na qual várias desordens foram descritas e agrupadas, incluindo efeitos adversos relacionados a medicações psiquiátricas e dermatológicas (por ex. síndrome de púrpura psicogênica, etc) (JAFFERANY; FRANCA, 2016).

A pele é o maior órgão do corpo humano e exerce diversas funções imprescindíveis como funções metabólicas, imunológicas, barreira, além de comunicação a nível social, psicológico e neurobiológico (GUPTA; GUPTA, 2014). Além da relação ontogênica entre a pele e o SNC, estes também compartilham conexões anatômicas, funcionais e fisiológicas, o que pode explicar a fisiopatologia das psicodermatoses, também devendo-se considerar, como fatores para o adoecimento, as consequências psicossociais da visibilidade da pele e das patologias dermatológicas (GIELER et al, 2020).

Estima-se que aproximadamente um terço dos pacientes com doenças dermatológicas possuam alguma comorbidade psiquiátrica e em pesquisa realizada com dermatologistas, apenas 18% relataram compreender claramente os conceitos de psicodermatologia e 42% estarem bem confortáveis em diagnosticar e tratar as psicodermatoses (JAFFERANY *et al.*, 2010). As patologias psiquiátricas com sintomas dermatológicos são reconhecidas como o esteriótipo das psicodermatoses (JAFFERANY; FRANCA, 2016) e dentre estas podemos citar: tricotilomania (TTM), dermatotilexomania (DTM), transtorno dismórfico corporal, transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo e delírio de infestação (KUHNS *et al.*, 2017). Destas patologias apenas a última citada não integra o capítulo cinco do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) que trata do Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtornos Relacionados e, apesar de tais transtornos apresentarem similaridades, como as características dos pacientes, apresentação de sintomas, correlação neurobiológica e a resposta ao tratamento, são patologias bem distintas entre si (CASALE *et al.*, 2019).

2.2 Transtorno De Escoriação

O TE consiste, como descrito nos critérios diagnósticos do DSM-V, no comportamento de beliscar a pele de forma recorrente, resultando em lesões cutâneas com tentativas repetidas de reduzir ou parar o comportamento de beliscá-la. Para se caracterizar o transtorno também é necessário que o comportamento cause sofrimento significativo ou prejuízos, não seja decorrente dos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica, nem seja mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental (APA, 2014)

A prevalência do TE varia entre os estudos, porém, os achados mais recentes encontraram uma prevalência atual de 2,1% e de 3,1% ao longo da vida (GRANT; CHAMBERLAIN, 2020). Esses achados confirmam a prevalência já estimada em estudos prévios, também realizados nos Estados Unidos, que encontraram prevalências de 1,4% e

5,4% (KEUTHEN *et al.*, 2010; HAYES *et al.*, 2009) e também de um estudo realizado no Brasil que encontrou uma prevalência de TE de 3,4% (MACHADO *et al.*, 2018). Quando avaliamos alguns grupos específicos, a frequência do TE fica ainda maior, por exemplo, em pacientes com afecções dermatológicas, chega a acometer 1 em cada 4 pacientes (SPITZER *et al.*, 2022). Isso porque, muitas vezes, o gatilho para o surgimento do TE é a ocorrência de uma afecção dermatológica, como por exemplo a acne. O transtorno é mais prevalente em mulheres (HAYES *et al.*, 2009 ; KEUTHEN *et al.*, 2010; GRANT; CHAMBERLAIN, 2020) com idade de início bimodal, podendo ocorrer com início precoce, na adolescência, ou com início tardio, entre 30-45 anos (RICKETTS *et al.*, 2018; GRANT *et al.*, 2009).

Diversos estudos identificaram significativos prejuízos físicos e psicossociais resultantes do comportamento de cutucar a pele (GRANT *et al.*, 2016; TUCKER *et al.*, 2011; FLESSNER; WOODS, 2006; HAYES *et al.*, 2009; MACHADO *et al.*, 2018). Os maiores prejuízos relatados são no âmbito social e ocupacional, que podem estar relacionados à frequente visibilidade das lesões e cicatrizes, e a gravidade do comportamento relacionada ao impacto por ela provocado (GRANT *et al.*, 2016; TUCKER *et al.*, 2011). Além disso, complicações do TE são frequentes e um percentual significativo dos pacientes necessitam de antibioticoterapia para as infecções secundárias às lesões (ODLAUG; GRANT, 2008). Os danos podem resultar em prejuízos significativos à pele, exigindo cirurgia e, em raros casos, podendo ser fatal (O'SULLIVAN *et al.*, 1999). Além dos prejuízos físicos causados, o transtorno também está relacionado a significativa evitação e constrangimento social. Os portadores podem passar horas por dia cutucando, pensando em cutucar ou resistindo ao desejo de cutucar a pele, podem evitar férias, eventos formais e outras atividades sociais. Além disso, o comportamento de cutucar pode ter o potencial de prejudicar o estabelecimento de relacionamentos íntimos, e interferir no desenvolvimento do trabalho (FLESSNER; WOODS, 2006). Os pacientes utilizam os dedos ou instrumentos como pinças para manipular a pele e as áreas mais comumente afetadas são rosto, dorso, pescoço ou couro cabeludo. (Hayes *et al.*, 2009). Satisfazer o impulso de cutucar a pele pode resultar em sensação de gratificação, prazer ou alívio (JAFFERANY; PATEL, 2019). Semelhante a TTM, os portadores de TE apresentam um aumento de tensão antes de cutucar a pele e alívio ou gratificação durante o ato, demonstrando que o ato de cutucar a pele pode efetivamente reduzir estados emocionais aversivos. Entretanto, após o episódio pode ocorrer um aumento significativo na culpa e vergonha e, embora o comportamento de cutucar possa oferecer gratificação temporária e alívio de afetos aversivos, pode também resultar em emoções negativas de autoavaliação quando o indivíduo reflete sobre as consequências do comportamento (SNORRASON *et al.*, 2010).

O diagnóstico precoce é essencial para prevenir a progressão do transtorno e suas complicações (HAWATMEH; AL-KHATEEB, 2017), entretanto, o TE ainda é um transtorno pouco conhecido, tanto pelos profissionais (HAYES et al., 2009; JAFFERANY et al., 2010; TUCKER et al., 2011), quanto pelos portadores, que muitas vezes não buscam atendimento para a condição e quando o fazem, muitas vezes são atendidos por profissionais que consideram desinformados sobre o transtorno e pouco capazes de ofertar tratamentos eficazes. Entre os pacientes que procuram ajuda, apenas 53% recebem o diagnóstico correto, que é adequadamente feito por dermatologistas em 2,5% dos casos e por psiquiatras em 56% (TUCKER et al., 2011).

Para facilitar e sistematizar a avaliação do TE, contribuindo para estudos na área, alguns instrumentos foram desenvolvidos, como *Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Neurotic Excoriation* (NE-YBOCS), que avalia o impacto do TE (ARNOLD et al., 1999); *Skin Picking Reward Scale* (SPRS), que avalia o desejo/impulso de realizar o comportamento de cutucar a pele (SNORRASON et al., 2015); *Skin-Picking Impact Scale* (SPIS), que avalia o impacto do comportamento de cutucar a pele na vida do indivíduo (KEUTHEN et al., 2001b; XAVIER, et al, 2019); *Skin-Picking Severity – Revised* (SPS-R) (SNORRASON et al., 2012; XAVIER et al., 2022), que avalia impacto e gravidade do TE; *Skin Picking Symptom Assessment Scale*, que avalia gravidade dos sintomas de TE (GRANT et al., 2007); *The Keuthen Diagnostic Inventory for Skin Picking* (K-DISP) for *DSM-5*, que pode ser usada como ferramenta diagnóstica do TE (KEUTHEN et al., 2001a); *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking* (MIDAS) que avalia o TE em suas dimensões focado e automático (WALTHER et al, 2009) e o *Skin Picking Stanford Questionnaire* (SPSQ) que avalia a fenomenologia do TE (MACHADO et al., 2018).

O curso do TE tende a ser crônico, com momentos de melhora e outros de reagudização, similar ao curso dos transtornos ansiosos e do transtorno obsessivo compulsivo (ANGST et al., 1991; WITTCHEN, HOYER, 2001). A piora de doenças de pele de base, como acne, dermatite atópica ou psoríase, pode ser um gatilho para o recrudescimento do hábito de cutucar a pele. Para alguns indivíduos os sintomas podem melhorar e piorar por semanas, meses ou anos, e apenas uma minoria entrará em remissão sem tratamento (APA, 2023; KWON, 2020).

As comorbidades psiquiátricas frequentemente estão relacionadas ao Transtorno de Escoriação (TE), sendo as mais prevalentes os transtornos depressivos, presentes em 45% dos casos, o abuso de substâncias psicoativas, em 30% dos casos, e os transtornos ansiosos, observados em até 23% dos casos (GRANT et al., 2012). Recentemente, um estudo brasileiro identificou as principais comorbidades associadas ao TE, sendo as mais

prevalentes o transtorno de ansiedade generalizada (62,1%), episódio depressivo prévio (37,1%), episódio depressivo atual (32,3%), transtorno de ansiedade social (19,4%) e transtorno obsessivo-compulsivo (12,1%) (XAVIER et al., 2022).

Apesar de não haver opção de tratamento específico recomendado, dado o perfil mais seguro e benefícios apresentados, a terapia cognitivo-comportamental incluindo a terapia de reversão de hábitos (TRH) tem sido o tratamento de escolha. Outras opções de tratamentos vêm sendo estudadas, principalmente, tratamentos farmacológicos, entretanto ainda não há medicamento universalmente considerado como primeira linha para o tratamento do TE. Os agentes glutamatérgicos têm se mostrado promissores e, de um modo geral, quando a escoriação da pele está associada e complicada por depressão, ansiedade ou sintomas obsessivo-compulsivos. Os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina podem trazer benefícios ao abordar esses sintomas e conseqüentemente reduzir indiretamente as lesões por escoriação da pele (JAFFERANY; PATEL, 2019). Estudos ainda se fazem necessários para melhor compreensão dos benefícios das terapêuticas disponíveis para o transtorno, principalmente, o benefício em longo prazo, visto que estes estudos são ainda mais escassos.

2.2.1 Subtipos de Transtorno de Escoriação

Em 2001, ao proporem os critérios diagnósticos para o TE, Arnold et al (2001), também propuseram que se tratava de um transtorno heterogêneo e o categorizam em três subtipos, o subtipo compulsivo, o subtipo impulsivo e o subtipo misto. As características de cada subtipo são descritas na tabela 1.

Tabela 1 - Características diagnósticas dos subtipos de transtorno de escoriação

| | |
|------------------------------|---|
| Subtipo compulsivo ou focado | <p>O comportamento é realizado para evitar o aumento da ansiedade ou para prevenir um evento ou situação temida e/ou é provocada por uma obsessão (por exemplo, obsessão pela contaminação da pele)</p> <p>É realizado com plena consciência</p> <p>Está associado a alguma resistência em realizar o comportamento</p> <p>Há alguma compreensão da nocividade do comportamento</p> |
|------------------------------|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| Subtipo impulsivo ou automático | <p>O comportamento está associado à excitação, prazer ou redução de tensão</p> <p>É realizado às vezes com consciência mínima (por ex. automaticamente)</p> <p>Está associado a pouca resistência em realizar o comportamento</p> <p>Há pouco insight sobre a nocividade do comportamento</p> |
| Subtipo Misto | O comportamento tem características compulsivas e impulsivas |

Adaptado de: Arnold *et al.* Psychogenic Excoriation. 2001.

Estudos subsequentes exploraram os subtipos de TE, considerando a característica heterogênea do transtorno, porém passaram a utilizar uma diferente nomenclatura para os subtipos compulsivo e impulsivo, sendo o subtipo compulsivo chamado de focado, o subtipo impulsivo de automático, aproximando a nomenclatura utilizada no TE da já existente para a tricotilomania (Kłosowska et al, 2021a; Kłosowska et al, 2021b; Pozza et al, 2020,; Pozza et al, 2016; Walther et al, 2009). Assim como na TTM, o TE automático foi caracterizado como o comportamento que ocorre com mínima consciência, incluindo situações em que um indivíduo cutuca enquanto está envolvido em uma atividade sedentária, como ler ou assistir televisão. O TE focado foi descrito como de natureza mais intencional. Por exemplo, um indivíduo envolvido no comportamento focado pode se cutucar conscientemente em resposta a um impulso ou outra emoção negativa, ou como um esforço para corrigir imperfeições percebidas (WALTHER *et al.*, 2009), sendo este subtipo mais associado a dificuldades de regulação emocional (POZZA et al, 2020).

2.3 Intervenções digitais para tratamento

Ainda são escassas as intervenções para tratamento do TE, tanto sob a perspectiva medicamentosa, quanto de intervenções digitais. Pela TCC ser o tratamento mais bem estabelecido para o TE, em especial a TRH, a maioria das intervenções digitais se baseia em técnicas de TCC. Foram desenvolvidas até o momento seis intervenções digitais para tratamento do TE baseadas em TCC, dentre as quais podemos citar:

- Stop Picking, criada em 2007, foi a primeira intervenção desenvolvida, baseada em iTCC autoaplicável e sem grupo controle, o grupo intervenção obteve redução na frequência de episódios e gravidade do TE (FLESSNER et al, 2007).
- Do it yourself! que utilizou técnicas de TRH autoaplicável comparada a técnicas de desacoplamento. Apenas o grupo submetido a TRH apresentou boa resposta (MORITZ et al, 2012);
- Save my skin que utilizou iTCC autoaplicável com suporte de terapeutas via chat comparado a grupo controle por lista de espera, sendo observado redução da gravidade do TE no grupo que recebeu a intervenção (GALLINAT et al, 2019);
- ASPLUND et al. (2022), que utilizou iTCC autoaplicável (técnicas de TRH e baseadas na aceitação) com suporte de terapeutas por mensagens, sem grupo controle, mostrando-se eficaz.
- MEHRMANN *et al.* (2023), que utilizou iTCC autoaplicável, sem grupo controle e obteve boa resposta

Em relação a avaliação em médio prazo, MEHRMANN *et al.* (2023) realizou um follow up de seis meses obtendo no follow-up a manutenção da resposta obtida no pós intervenção. Já ASPLUND *et al.* (2022) observaram uma resposta clinicamente significativa apenas em 11% dos indivíduos com TE e a taxa reduziu para 5% no follow up de 12 meses. Além destas, podemos destacar XAVIER et al (2023) que desenvolveram uma plataforma digital, o SOSkin, no Brasil, para tratamento do TE baseado em iTCC autoaplicável, com técnicas de psicoeducação, automonitoramento de sintomas, técnicas de reversão de hábito (prática de respostas competidoras), técnicas de enfrentamento de ansiedade (respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo), técnicas de reestruturação cognitiva (parada do pensamento, análise de evidências, reatribuição de gravidade e de responsabilidades) e técnicas de prevenção de recaída dos sintomas e utilização de controle ativo com orientações sobre hábitos para melhorar qualidade de vida. A intervenção consistiu em quatro módulos com duração de uma semana cada, sendo realizado follow up de um mês e três meses após término da intervenção. Foi observado melhora da severidade e impacto do TE após a intervenção e no follow-up de um mês e três meses, tanto entre o grupo intervenção, quanto no grupo controle, entretanto com um tamanho de efeito maior no grupo intervenção ($g=0,87$) do que no grupo controle ($g=0,35$), demonstrando ser uma ferramenta válida para tratamento do TE, entretanto, a resposta em longo prazo ainda não foi estudada.

O TE é um transtorno com curso variável e, quando não tratado, frequentemente apresenta curso crônico, com flutuações em sua intensidade e significativo sofrimento e prejuízos na vida de seus portadores (Grant *et al.*, 2012). Estudos que tragam mais

compreensão acerca dos subtipos de TE, investigando a heterogeneidade do transtorno, bem como, de tratamentos viáveis e acessíveis para o TE, como o SOSkin, avaliando a resposta ao tratamento em longo prazo, são importantes para melhorar o conhecimento acerca deste transtorno ainda tão pouco estudado e a qualidade de vida dos portadores.

3 HIPÓTESES

H1: Em avaliação de longo prazo, a intervenção SOSkin mantém, no follow-up de dois anos, a resposta obtida no pós-intervenção imediato

h1a Sintomas ansiosos, depressivos, desregulação emocional, impulsividade e o subtipo focado de TE se relacionam a maior gravidade e impacto do TE

H2: A escala Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking apresenta boa validade após sua adaptação a população brasileira

4 OBJETIVOS

Objetivo geral: Avaliar a eficácia do protocolo do SOSkin após 2 anos de seguimento e os fatores associados à resposta

Objetivos específicos: 1. Avaliar a eficácia do protocolo do SOSkin medido através das médias ajustadas da Skin Picking Scale Revised (SPS-R) pelo Modelo Linear Generalizado Misto após 2 anos

2. Avaliar os fatores associados à maior gravidade e impacto do TE, como sintomas ansiosos, depressivos, desregulação emocional, impulsividade e os subtipos de TE

3. Adaptar a Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking para o português brasileiro

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O protocolo do estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e pela Comissão Nacional de Ética do Brasil sob o número: 37827820.6.0000.5327

O projeto seguiu os princípios éticos da Declaração de Helsinque: não-maleficência, beneficência e autonomia. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de ingressarem no estudo.

6 RESULTADOS

6.1 CAPÍTULO DE LIVRO

RANGEL, Carolina C; XAVIER, Alice C. M.; MACEDO, Malu Joyce de A; DREHER, Carolina B. Intervenções digitais para Skin Picking. In: PASSOS, Ives Cavalcante; GALLOIS, Carolina Benedetto. **Psiquiatria Digital**. Porto Alegre: Artmed, 2024. p. 144-160.

6.2 ARTIGO

A two-year follow-up of skin picking disorder: long-term course after iTCC treatment and factors associated with relapse

Carolina Cassiano Rangel^{a*}, Cauê dos Santos de Oliveira^b, Igor Duarte Braz^a, Clarissa Pinto Pizarro de Freitas^c, Alice Castro Menezes Xavier^a, Carolina Blaya Dreher^{a,d,e}

^a Postgraduate Program in Psychiatry and Behavioral Sciences, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

^b School of Medicine, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil

^c Postgraduate Program in Psychology, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

^d Department of Psychiatry and Forensic Medicine, School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil. Hospital de Clínicas de Porto Alegre

^e Department of Clinical Medicine, Psychiatry, School of Medicine, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil

* Corresponding authors. carolinacassianorangel@gmail.com

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno de Escoriação é uma patologia ainda pouco estudada e pouco compreendida, com muitas lacunas na literatura. As evidências sugerem que se trata de um transtorno heterogêneo composto por três dimensões que se distinguem de acordo com a consciência sobre o comportamento de cutucar a pele, o que destaca a importância de instrumentos de avaliação como o MIDAS que pode auxiliar na compreensão desta patologia. Entretanto, futuros estudos na área são importantes para avaliar a melhor estrutura fatorial para captar as dimensões do TE em diferentes culturas. Além disso, evidências sobre tratamento ainda são escassas sendo a TCC, em especial a TRH, o tratamento mais recomendado devido aos menores riscos e maiores benefícios relacionados. O desenvolvimento de tratamentos inovadores como o SOSkin e sua avaliação de resposta em médio e longo prazo são relevantes para acessibilizar o tratamento a este transtorno.

Esse foi o primeiro estudo, até onde sabemos, que avaliou uma intervenção on-line para o tratamento do TE em longo prazo em um ensaio clínico randomizado contra um controle ativo sendo que foi observado a manutenção da resposta, embora não com a mesma magnitude do obtido no pós intervenção. Nossa descoberta de que sintomas de ansiedade, depressão, desregulação emocional e as dimensões focado e misto do TE estão associados a uma maior gravidade e impacto do TE corroboram a hipótese de que este é um transtorno heterogêneo (ARNOLD et al., 2001; Grant et al. , 2020). Isto levanta a importância de abordar não apenas o componente automático, mas também o componente focado ou misto, que pode ser desencadeado por ansiedade, depressão, comorbidades dermatológicas e desregulação emocional. Reforça ainda a importância de realizar o tratamento de condições comórbidas que possivelmente ajude a alcançar um melhor resultado. Essa ferramenta pode ser benéfica principalmente como prescrição digital associado ao tratamento de outras comorbidades psiquiátricas, como ansiedade e depressão. No entanto, segue sendo

importante a realização de estudos futuros que avaliem o impacto das estratégias online como tratamento complementar para pessoas com comorbidades psiquiátricas.

8. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5th ed., Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

KUHN, Helena *et al.* Psychocutaneous disease. **Journal Of The American Academy Of Dermatology**, [S.L.], v. 76, n. 5, p. 779-791, maio 2017. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2016.11.013>.

SENEAR, Francis E. *et al.* NEUROTIC EXCORIATIONS. **Archives Of Dermatology**, [S.L.], v. 46, n. 6, p. 824, 1 dez. 1942. American Medical Association (AMA).
<http://dx.doi.org/10.1001/archderm.1942.01500180044005>.

CASALE, Antonio del *et al.* Current Psychopharmacology of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. **Current Neuropharmacology**, [S.L.], v. 17, n. 8, p. 668-671, 25 jul. 2019. Bentham Science Publishers Ltd..
<http://dx.doi.org/10.2174/1570159x1708190709144820>.

TUCKER, Benjamin T.P. *et al.* The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. **Journal Of Anxiety Disorders**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 88-95, jan. 2011. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.007>.

O'SULLIVAN, Richard L. *et al.* Near-Fatal Skin Picking From Delusional Body Dysmorphic Disorder Responsive to Fluvoxamine. **Psychosomatics**, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 79-81, jan. 1999. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0033-3182\(99\)71276-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0033-3182(99)71276-4).

XAVIER, Alice Castro Menezes *et al.* **SOSkin@: a randomized clinical trial of on-line cognitive-behavioral therapy for Skin Picking Disorder**. 2023. 138 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

HAWATMEH, Amer *et al.* An unusual complication of dermatillomania. **Quantitative Imaging In Medicine And Surgery**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 166-168, fev. 2017. AME Publishing Company. <http://dx.doi.org/10.21037/qims.2016.12.02>.

SNORRASON, Ívar *et al.* Emotion regulation in pathological skin picking: findings from a non-treatment seeking sample. **Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry**, [S.L.], v. 41, n. 3, p. 238-245, set. 2010. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.01.009>.

SNORRASON, Ivar *et al.* 'Wanting' and 'liking' skin picking: a validation of the skin picking reward scale. **Journal Of Behavioral Addictions**, [S.L.], v. 4, n. 4, p. 250-260, dez. 2015. Akademiai Kiado Zrt.. <http://dx.doi.org/10.1556/2006.4.2015.033>.

ARNOLD, Lesley M. *et al.* An Open Clinical Trial of Fluvoxamine Treatment of Psychogenic Excoriation. **Journal Of Clinical Psychopharmacology**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 15-18, fev.

1999. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/00004714-199902000-00005>.

KEUTHEN, Nancy J *et al.* The Skin Picking Scale. **Journal Of Psychosomatic Research**, [S.L.], v. 50, n. 6, p. 337-341, jun. 2001A. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00215-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00215-x).

KEUTHEN, Nancy J. *et al.* The Skin Picking Impact Scale (SPIS): scale development and psychometric analyses. **Psychosomatics**, [S.L.], v. 42, n. 5, p. 397-403, set. 2001B. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.42.5.397>.

SNORRASON, Ivar *et al.* The Skin Picking Scale-Revised: factor structure and psychometric properties. **Journal Of Obsessive-Compulsive And Related Disorders**, [S.L.], v. 1, n. 2, p. 133-137, abr. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.03.001>.

XAVIER, Alice Castro Menezes *et al.* Comorbidity of psychiatric and dermatologic disorders with skin picking disorder and validation of the Skin Picking Scale Revised for Brazilian Portuguese. **Brazilian Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 6, n. 44, p. 621-627, 7 out. 2022. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.47626/1516-4446-2021-2400>.

XAVIER, Alice Castro Menezes *et al.* Improving skin picking diagnosis among Brazilians: validation of the skin picking impact scale and development of a photographic instrument. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S.L.], v. 94, n. 5, p. 553-560, set. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.abd.2018.10.001>.

POZZA, Andrea *et al.* Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking--Italian Version. **Psyctests Dataset**, [S.L.], v. 1, n. 22, p. 35-63, fev. 2016. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/t52632-000>.

JAFFERANY, M *et al.* Psychodermatology: basics concepts. **Acta Dermato Venereologica**, [S.L.], v. 2, n. 96, p. 35-37, ago. 2016. Medical Journals Sweden AB. <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-2378>.

GUPTA, Madhulika A. *et al.* Current Concepts in Psychodermatology. **Current Psychiatry Reports**, [S.L.], v. 16, n. 6, p. 449-449, 17 abr. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-014-0449-9>.

GIELER, Uwe *et al.* Skin and Psychosomatics – Psychodermatology today. **Jddg: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft**, [S.L.], v. 18, n. 11, p. 1280-1298, nov. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/ddg.14328>.

JAFFERANY, Mohammad *et al.* The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. **International Journal Of Dermatology**, [S.L.], v. 49, n. 7, p. 784-789, 21 jun. 2010. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4632.2009.04372.x>.

MEHRMANN, Linda M. *et al.* Efficacy of an internet-based self-help program treating skin picking disorder with a multiple baseline design: a pilot study. **Journal Of Obsessive-Compulsive And Related Disorders**, [S.L.], v. 38, p. 100811, jul. 2023. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2023.100811>.

KWON, Christina *et al.* Epidemiology and Comorbidities of Excoriation Disorder: a retrospective case-control study. **Journal Of Clinical Medicine**, [S.L.], v. 9, n. 9, p. 2703, 21 ago. 2020. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9092703>.

ANGST, J. *et al.* The natural history of anxiety disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S.L.], v. 84, n. 5, p. 446-452, nov. 1991. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03176.x>.

Wittchen HU, Hoyer J. Generalized anxiety disorder: nature and course. **J Clin Psychiatry**. v. 62, n.11, p. 15-9. 2001. PMID: 11414546.

GRANT, Jon E. *et al.* Prevalence of skin picking (excoriation) disorder. **Journal Of Psychiatric Research**, [S.L.], v. 130, p. 57-60, nov. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.033>.

MACHADO, Myrela O. *et al.* Skin picking disorder: prevalence, correlates, and associations with quality of life in a large sample. **Cns Spectrums**, [S.L.], v. 23, n. 5, p. 311-320, 7 maio 2018. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s1092852918000871>.

HAYES, Stephania L. *et al.* Skin picking behaviors: an examination of the prevalence and severity in a community sample. **Journal Of Anxiety Disorders**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 314-319, abr. 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.01.008>.

KEUTHEN, Nancy J. *et al.* The prevalence of pathologic skin picking in US adults. **Comprehensive Psychiatry**, [S.L.], v. 51, n. 2, p. 183-186, mar. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.04.003>

RICKETTS, Emily J. *et al.* A latent profile analysis of age of onset in pathological skin picking. **Comprehensive Psychiatry**, [S.L.], v. 87, p. 46-52, nov. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.08.011>.

FLESSNER, Christopher A. *et al.* Phenomenological Characteristics, Social Problems, and the Economic Impact Associated With Chronic Skin Picking. **Behavior Modification**, [S.L.], v. 30, n. 6, p. 944-963, nov. 2006. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0145445506294083>.

SPITZER, Carsten *et al.* Prevalence of pathological skin-picking in dermatological patients. **Journal Of Psychiatric Research**, [S.L.], v. 147, p. 232-236, mar. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.035>.

ODLAUG, Brian L. *et al.* Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. **General Hospital Psychiatry**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 61-66, jan. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.07.009>.

SNORRASON, Ívar *et al.* Emotion regulation in pathological skin picking: findings from a non-treatment seeking sample. **Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry**, [S.L.], v. 41, n. 3, p. 238-245, set. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.01.009>.

GRANT, Jon E. *et al.* Update on pathological skin picking. **Current Psychiatry Reports**, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 283-288, 21 jul. 2009. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-009-0041-x>.

JAFFERANY, Mohammad *et al.* Skin-Picking Disorder: a guide to diagnosis and management. **Cns Drugs**, [S.L.], v. 33, n. 4, p. 337-346, 15 mar. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s40263-019-00621-7>.

GRANT, Jon E. *et al.* Skin Picking Disorder. **American Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 169, n. 11, p. 1143-1149, nov. 2012. American Psychiatric Association Publishing. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12040508>.

ARNOLD, Lesley M. *et al.* Psychogenic Excoriation. **Cns Drugs**, [S.L.], v. 15, n. 5, p. 351-359, 2001. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.2165/00023210-200115050-00002>.

POZZA, Andrea *et al.* Early maladaptive schemas as common and specific predictors of skin picking subtypes. **Bmc Psychology**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 27-29, 19 mar. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-020-0392-y>.

WALTHER, Michael R. *et al.* The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. **Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry**, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 127-135, mar. 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.07.002>.

FLESSNER, Christopher A *et al.* StopPicking.com: internet-based treatment for self-injurious skin picking. **Dermatology Online Journal**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 3, fev. 2007. California Digital Library (CDL). <http://dx.doi.org/10.5070/d31dx97474>.

MORITZ, Steffen *et al.* Do it yourself! Evaluation of self-help habit reversal training versus decoupling in pathological skin picking: a pilot study. **Journal Of Obsessive-Compulsive And Related Disorders**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 41-47, jan. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2011.11.001>.

GALLINAT, Christina *et al.* An Internet-Based Self-Help Intervention for Skin Picking (SaveMySkin): pilot randomized controlled trial. **Journal Of Medical Internet Research**, [S.L.], v. 21, n. 9, p. 20 set. 2019. JMIR Publications Inc.. <http://dx.doi.org/10.2196/15011>.

ASPLUND, Mia *et al.* Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for trichotillomania and skin-picking disorder in a psychiatric setting: a feasibility trial. **Internet Interventions**, [S.L.], v. 30, p. 100573, dez. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.invent.2022.100573>.

KŁOSOWSKA, Joanna *et al.* Dissociative Experiences Mediate the Relationship Between Traumatic Life Events and Types of Skin Picking. Findings From Non-clinical Sample. **Frontiers In Psychiatry**, [S.L.], v. 12, n. 19, 19 jul. 2021A. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.698543>.

KŁOSOWSKA, Joanna *et al.* Cognitive reappraisal and types of skin picking – A longitudinal study with pre-pandemic and COVID-19 pandemic data. **Journal Of Obsessive-**

Compulsive And Related Disorders, [S.L.], v. 28, n. 1, jan. 2021B. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100614>

GRANT, Jon E. *et al.* N-Acetylcysteine in the Treatment of Excoriation Disorder. **Jama Psychiatry**, [S.L.], v. 73, n. 5, p. 490, 1 maio 2016. American Medical Association (AMA).
<http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0060>.

GRANT, Jon E. *et al.* Lamotrigine Treatment of Pathologic Skin Picking. **The Journal Of Clinical Psychiatry**, [S.L.], v. 68, n. 09, p. 1384-1391, 15 set. 2007. Physicians Postgraduate Press, Inc. <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.v68n0909>.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto CAAE: 37827820.6.0000.5327

Título do Projeto: Estratégias digitais para pacientes portadores de dermatoses crônicas com prurido/dermatotilexomania

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa porque você participou do projeto intitulado “ESTRATÉGIAS DIGITAIS PARA PACIENTES PORTADORES DE DERMATOSSES CRÔNICAS COM PRURIDO/DERMATOTILEXOMANIA”. Na atual pesquisa, os pacientes do projeto acima citado serão reavaliados com o objetivo de avaliar o impacto do tratamento realizado em longo prazo bem como as suas características clínicas. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Será enviado para seu e-mail escalas autoaplicáveis, ou seja, preenchidas por você sem auxílio de um examinador, que devem ser preenchidas online. Estima-se que você precisará de aproximadamente 20 a 30 minutos para preenchimento destas escalas. A precisão de suas respostas é determinante para a qualidade da pesquisa. Será também necessária a realização de uma breve entrevista on-line com duração de aproximadamente 10 minutos com um dos pesquisadores.

Responder a esses questionários não está associado a riscos de saúde diretos, porém, pode ocorrer algum desconforto ou cansaço durante o preenchimento das escalas. Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto, entretanto, você estará contribuindo para a compreensão do transtorno de escoriação e para a produção de conhecimento científico que poderá ajudar outros pacientes com essa mesma doença.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo a você. Não está previsto nenhum tipo de pagamento

pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Ao assinar este documento, você autoriza em fornecer seu email e número de telefone celular para que a equipe de pesquisa possa entrar em contato.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Prof^a Dr^a Carolina Blaya Dreher ou com a pesquisadora Carolina Cassiano Rangel pelo número (22) 997906147, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, na Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C, Porto Alegre/RS ou através do telefone (51) 33596246, de segunda à sexta, das 8h às 17h e e-mail cep@hcpa.edu.br de segunda à sexta. Esclarecimentos também poderão ser realizados através da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), através dos seguintes contatos: telefone: (61) 3315-5878 e e-mail conep@saude.gov.br, de segunda à sexta, das 08h às 18h. Ambos os órgãos são responsáveis por fiscalizar e garantir que sejam respeitados os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao clicar abaixo em “EU ACEITO PARTICIPAR” eu asseguro que entendi os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento e concordo com a minha participação nesta pesquisa. Se você concordar em participar desta pesquisa, uma cópia deste TCLE assinada por um dos pesquisadores será enviada para seu e-mail.

EU ACEITO PARTICIPAR

EU NÃO ACEITO PARTICIPAR

APÊNDICE B - ESCALA *MILWAUKEE INVENTORY FOR THE DIMENSIONS OF ADULT SKIN PICKING* TRADUZIDA PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

INVENTÁRIO MILWAUKEE PARA DIMENSÕES DO TRANSTORNO DE ESCORIAÇÃO EM ADULTOS

Instruções: Por favor, leia cada afirmação e, usando a escala abaixo, selecione um número que melhor represente como a afirmação se aplica ao seu ato de cutucar a própria pele.

1-----2-----3-----4-----5

Não é verdade
meu ato

Verdade para cerca de
metade dos meus atos

Verdade para para o
todos os meus atos

1. Eu cutuco a minha pele quando estou sentindo emoções negativas como estresse, raiva, frustração ou tristeza.
2. Eu cutuco a minha pele por conta de coisas que aconteceram comigo durante o dia.
3. Eu intencionalmente começo a cutucar a minha pele.
4. Eu tenho uma sensação “estranha” momentos antes de cutucar a minha pele.
5. Eu cutuco a minha pele quando estou pensando em algo que não está relacionado ao comportamento de cutucá-la.
6. Eu cutuco a minha pele enquanto olho no espelho.
7. Eu cutuco a minha pele quando estou ansioso ou chateado.
8. Eu normalmente não estou consciente do meu comportamento de cutucar a minha pele durante o episódio de cutucá-la.
9. Eu cutuco a minha pele quando estou concentrado em outra atividade.
10. Eu fico quase em estado de “êxtase” quando cutuco a minha pele.
11. Eu sinto um desejo extremo de cutucar a minha pele antes de fazê-lo.
12. Eu não percebo que cutuquei minha pele até depois de o ter feito.

APÊNDICE C - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

em Journal of Affective Disorders

Home Main Menu Submit a Manuscript About Help

← Submissions Being Processed for Author ⓘ

Page: 1 of 1 (1 total submissions)

| Action | Manuscript Number | Title | Initial Date Submitted | Status Date | Current Status |
|--|-------------------|--|------------------------|--------------|----------------------|
| View Submission Send E-mail | JAFD-D-24-02024 | A two-year follow-up of skin picking disorder: long-term course after iTCC treatment and factors associated with relapse | Mar 28, 2024 | Mar 28, 2024 | Submitted to Journal |

Journal of Affective Disorders
A two-year follow-up of skin picking disorder: long-term course after iTCC treatment and factors associated with relapse
 --Manuscript Draft--

| | |
|------------------------------|--|
| Manuscript Number: | JAFD-D-24-02024 |
| Article Type: | Research Paper |
| Keywords: | skin picking; digital intervention; cognitive behavioral therapy; psychometric validation; online CBT; longitudinal |
| Corresponding Author: | Carolina Rangel Universidade Federal do Rio Grande do Sul Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro BRAZIL |
| First Author: | Carolina Rangel |
| Order of Authors: | Carolina Rangel Cauê dos Santos de Oliveira Igor Duarte Braz Clarissa Pinto Pizarro de Freitas Alice Castro Menezes Xavier Carolina Blaya Dreher |
| Abstract: | <p>Background: Skin picking (SPD) is a disorder with many gaps in the literature. This study aims to evaluate the long-term effectiveness of Internet-based cognitive behavioral therapy (i-CBT) for SPD treatment and the association with clinical symptoms. A secondary objective is the adaptation of the Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS) to Brazilian Portuguese.</p> <p>Methods: All 163 SOSkin RCT participants were invited to participate and self-assessment scales were applied. All factors associated with a worse long-term outcome were analyzed with the Generalized Linear Mixed Model (GLMM). The Exploratory Graph Analysis (EGA) was performed to evaluate MIDAS dimensionality.</p> <p>Results: 81 participants responded only to MIDAS and 77 responded to all scales. The EGA found a three-factor structure corresponding to the focused, automatic and mixed subtypes. After two years, there was a consistent reduction in the severity and impact of skin picking throughout the iCBT intervention group, compared to the baseline. The GLMM showed that patients with worse prognosis also had higher anxiety, depression, emotional dysregulation, focused and mixed SPD subtypes and lower quality of life.</p> <p>Limitations: Only individuals with internet access were included, possibly introducing a selection bias. Future studies with a larger sample size may be needed to determine the best structure to capture the dimensions of the SPD.</p> <p>Conclusion: The SPD response to i-CBT treatment was maintained in the two-years follow-up. The course of SPD was impacted with anxious, depressive, and emotional dysregulation symptoms, focused and mixed SPD subtypes and also with dermatological quality of life.</p> |

APÊNDICE D - ESCALA DE DERMATOTILEXOMANIA REVISADA (SPS-R)

Essa escala autoaplicável avalia a gravidade da dermatotilexomania/skin picking através de 8 itens em escala de 0-4 com crescente gravidade, gerando escore total de 0-32 pontos. Ela avalia os sintomas na ÚLTIMA SEMANA, gerando subescores de gravidade e de impacto. Com relação à ÚLTIMA SEMANA:

1. Com que frequência você sente o impulso de lesar sua pele?

0 - Sem impulsos.

1 - Leve, ocasionalmente sinto impulsos de lesar a pele, menos de 1h/dia.

2 - Moderada, frequentemente sinto impulsos de lesar a pele, 1-3h/dia.

3 - Intensa, com muita frequência sinto impulsos de lesar a pele, maior do que 3 e até 8h/dia.

4 - Extrema, constantemente ou quase sempre sinto impulsos de lesar a pele.

2. Quão intensos ou fortes são os impulsos de lesar a sua pele?

0 - Mínimos ou inexistentes.

1 - Leves.

2 - Moderados.

3 - Intensos.

4 - Extremos.

3. Quanto tempo você gasta lesando sua pele por dia?

0 - Nenhum.

1 - Pouco, gasto menos do que 1h/dia lesando a pele, ou lesiono ocasionalmente.

2 - Moderado, gasto de 1-3h/dia lesando minha pele, ou lesiono frequentemente.

3 - Muito, gasto mais do que 3 e até 8h/dia lesando minha pele, ou lesiono muito frequentemente.

4 - Exagerado, gasto mais do que 8h/dia lesando minha pele, ou quase constantemente lesiono minha pele.

4. Quanto controle você tem sobre o seu impulso de lesar a pele? Em qual grau você consegue evitar lesar sua pele?

0 - Controle completo. Sou sempre capaz de evitar que eu lese minha pele.

1 - Muito controle. Eu normalmente consigo evitar lesar minha pele.

2 - Médio controle. Eu às vezes consigo evitar lesar minha pele.

3 - Pouco controle. Eu sou raramente capaz de evitar lesar minha pele.

4 - Sem controle. Eu nunca sou capaz de evitar lesar minha pele.

5. Quanta angústia emocional (ansiedade/preocupação, frustração, depressão, desesperança, ou sentimentos de baixa auto-estima) você experiencia a partir do ato de lesar sua pele?

0 - Sem angústia emocional ao lesar a pele.

1 - Leve, apenas uma ligeira angústia emocional ao lesar a pele. Eu ocasionalmente me sinto emocionalmente angustiado(a) a partir do ato, mas apenas em pequeno grau.

2 - Moderada, uma quantidade significativa de angústia emocional ao lesar a pele. Eu, com frequência, sinto angústia emocional a partir do ato.

3 - Intensa, uma grande quantidade de angústia emocional ao lesar a pele. Eu quase sempre sinto angústia emocional por causa do ato.

4 - Extrema, angústia emocional constante. Eu sinto uma constante angústia emocional e não tenho esperanças de que isso mude.

6. O quanto o seu ato de lesar a própria pele interfere na sua vida social, trabalho (ou funcionalidade)? (Se não está trabalhando no momento, determine o quanto sua performance seria afetada caso fosse empregado.)

0 - Não interfere.

1 - Pouco, ligeira interferência em atividades sociais ou ocupacionais, mas, no geral, a performance não é prejudicada.

2 - Moderadamente, definitiva interferência nas performances social e ocupacional, mas ainda administrável.

3 - Muito, causa dano substancial nas performances social ou ocupacional.

4 - Extremamente, incapacitante.

7. Você tem evitado fazer qualquer coisa, ir a qualquer lugar, ou estar com qualquer pessoa por causa do ato de lesar a sua pele? Se sim, o quanto você evita?

0 - Não evito.

1 - Pouco, evitação ocasional em situações sociais ou de trabalho.

- 2 - Moderadamente, evitação frequente em situações sociais ou de trabalho.
- 3 - Muito, evitação muito frequente em situações sociais ou de trabalho.
- 4 - Extremamente, evitação em todas as situações sociais ou de trabalho em decorrência do ato de lesar a própria pele.

8. Quanto dano você tem na pele atualmente por causa do ato de lesar a própria pele?
Considerar somente danos produzidos pelo ato de lesar.

0 - Nenhum (sem dano na pele pelo ato de lesar).

1 - Leve (ligeiro dano na forma de pequenas crostas, feridas, arranhões etc. Dano cobre uma área muito pequena e não há tentativa de cobri-lo ou tratá-lo).

2 - Moderado (notáveis cicatrizes, crostas ou pequenas feridas abertas (< 1cm de diâmetro)). O ato de lesar a pele resulta em tentativas de cobrir ou tratar o dano com remédios caseiros (por exemplo, ataduras, cremes, pomadas) os quais não exigem assistência de um médico.

3 - Intenso (grandes cicatrizes, crostas ou feridas abertas (>1cm de diâmetro)), áreas infectadas e/ou notável pele desfigurada. O ato de lesar a pele resulta em tentativas extensas de cobrir o dano e talvez exija tratamento periódico por um profissional médico (por exemplo, prescrição de antibióticos, dermoabrasão etc).

4 - Extremo (grandes feridas abertas ou crateras, sangramento frequente, grandes áreas com cicatrizes). Dano talvez exija cobertura extensiva e intervenção médica (por exemplo, cirurgia plástica, pontos, hospitalização etc).

Escore total:_____ Subescore severidade:_____ Subescore prejuízo:

APÊNDICE E - ESCALA DE ANSIEDADE GENERALIZADA 7 (GAD-7)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo? (Marque sua resposta com "X"):

| | Nenhuma VeZ | Vários dias | Mais da metade dos dias | Quase todos os dias |
|--|----------------|-------------|-------------------------------|---------------------------|
| 1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Preocupar-se muito com diversas coisas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Dificuldade para relaxar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer | 0 | 1 | 2 | 3 |

APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE - PHQ-9

Agora vamos falar sobre como o(a) sr.(a) tem se sentido nas últimas duas semanas.
(Marque sua resposta com "X")

| | Nenhum Dia | Menos de uma semana | Uma semana ou mais | Quase todos os dias |
|---|------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| 1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Sentir para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se sentiu cansado(a) ou com pouca energia? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Falta de apetite ou comeu demais? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Sentir-se mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)? | 0 | 1 | 2 | 3 |

APÊNDICE G - ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA - DLQI

O objetivo deste questionário é medir o quanto o seu problema de pele afetou sua vida no decorrer da última semana. Marque com uma X a melhor resposta para cada pergunta. Ao final, some a pontuação sendo: Muitíssimo: 3; Muito: 2; Um pouco: 1; Nada: 0.

1. Na última semana, quanto sua pele coçou, esteve sensível, dolorida ou ardida?

Muitíssimo Muito Um pouco Nada

2. Na última semana, você ficou com vergonha ou se preocupou com sua aparência por causa de sua pele?

Muitíssimo Muito Um pouco Nada

3. Na última semana, quanto sua pele interferiu em suas compras ou em suas atividades dentro e fora de casa?

Muitíssimo Muito Um pouco Nada

4. Na última semana, quanto sua pele influenciou a escolha das roupas que você vestiu?

Muitíssimo Muito Um pouco Nada

5. Na última semana, quanto sua pele afetou as atividades sociais ou de lazer?

Muitíssimo Muito Um pouco Nada

6. Na última semana, quanto sua pele atrapalhou a prática de esportes?

Muitíssimo Muito Um pouco Nada

7. Na última semana, sua pele o impediu de trabalhar ou ir à escola?

Sim Não Não relevante

Caso sua resposta seja NÃO, na última semana quanto sua pele lhe causou problemas no trabalho ou na escola?

Muito Um pouco Nada

8. Na última semana, quanto sua pele lhe causou problemas com seu parceiro ou amigos mais próximos e parentes?

Muitíssimo Muito Um pouco Nada Não relevante

9. Na última semana, quanto seu problema de pele lhe causou dificuldades sexuais?

Muitíssimo Muito Um pouco Nada

10. Na última semana, quanto seu tratamento de pele foi um problema, deixando sua casa desorganizada ou tomando muito de seu tempo?

Muitíssimo Muito Um pouco Nada

**APÊNDICE H - ESCALA DE DIFICULDADES DE REGULAÇÃO EMOCIONAL
(DERS)**

| | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas vezes | Sempre |
|--|-------|-----------------|-------------|-----------------|--------|
| 1. Percebo com clareza os meus sentimentos. | | | | | |
| 2. Presto atenção a como me sinto. | | | | | |
| 3. Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora do controle. | | | | | |
| 4. Não tenho nenhuma ideia de como me sinto. | | | | | |
| 5. Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos. | | | | | |
| 6. Estou atento aos meus sentimentos. | | | | | |
| 7. Sei exatamente como estou me sentindo. | | | | | |
| 8. Interesso-me com aquilo que estou sentindo. | | | | | |
| 9. Estou confuso sobre como me sinto. | | | | | |
| 10. Quando não estou bem, percebo minhas emoções. | | | | | |
| 11. Quando não estou bem, fico zangado comigo mesmo por me sentir assim. | | | | | |
| 12. Quando não estou bem, fico envergonhado por me sentir assim. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 13. Quando não estou bem, tenho dificuldade em realizar tarefas. | | | | | |
| 14. Quando não estou bem, fico fora de controle. | | | | | |
| 15. Quando não estou bem, penso que vou-me sentir assim por muito tempo. | | | | | |
| 16. Quando não estou bem, penso que vou acabar me sentindo muito deprimido. | | | | | |
| 17. Quando não estou bem, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes. | | | | | |
| 18. Quando não estou bem, tenho dificuldade em concentrar-me em outras coisas. | | | | | |
| 19. Quando não estou bem, sinto-me fora de controle. | | | | | |
| 20. Quando não estou bem, continuo a conseguir fazer as coisas. | | | | | |
| 21. Quando não estou bem, sinto-me envergonhado de mim mesmo por me sentir assim. | | | | | |
| 22. Quando não estou bem, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor. | | | | | |
| 23. Quando não estou bem, sinto que sou fraco. | | | | | |
| 24. Quando não estou bem, sinto que consigo manter o controle dos meus comportamentos. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 25. Quando não estou bem, sinto-me culpado por me sentir assim. | | | | | |
| 26. Quando não estou bem, tenho dificuldade em concentrar-me. | | | | | |
| 27. Quando não estou bem, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos. | | | | | |
| 28. Quando não estou bem, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor. | | | | | |
| 29. Quando não estou bem, fico irritado comigo mesmo por me sentir assim. | | | | | |
| 30. Quando não estou bem, começo a sentir-me muito mal comigo mesmo. | | | | | |
| 31. Quando não estou bem, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado. | | | | | |
| 32. Quando não estou bem, eu perco o controle dos meus comportamentos. | | | | | |
| 33. Quando não estou bem, tenho dificuldade em pensar outra coisa qualquer. | | | | | |
| 34. Quando não estou bem, dedico algum tempo a entender aquilo que realmente estou sentindo. | | | | | |
| 35. Quando não estou bem, demoro muito tempo até me sentir melhor. | | | | | |
| 36. Quando não estou bem, as minhas emoções parecem avassaladoras. | | | | | |

APÊNDICE I - ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRATT (BIS-11)

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Esta é uma escala para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada afirmação e marque a resposta apropriada no lado direito da página. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda de forma rápida e honestamente.

| Afirmações | Raramente ou Nunca | De vez em quando | Com frequência | Quase sempre/sempre |
|---|--------------------|------------------|----------------|---------------------|
| 1. Eu planejo tarefas cuidadosamente | | | | |
| 2. Eu faço coisas sem pensar | | | | |
| 3. Eu tomo decisões rapidamente | | | | |
| 4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado") | | | | |
| 5. Eu não presto atenção | | | | |
| 6. Eu tenho pensamentos que se atropelam | | | | |
| 7. Eu planejo viagens com bastante antecedência | | | | |
| 8. Eu tenho autocontrole | | | | |
| 9. Eu me concentro facilmente | | | | |
| 10. Eu economizo (poupo) regularmente | | | | |
| 11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras | | | | |
| 12. Eu penso nas coisas com cuidado | | | | |
| 13. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego) | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 14. Eu falo coisas sem pensar | | | | |
| 15. Eu gosto de pensar em problemas complexos | | | | |
| 16. Eu troco de emprego | | | | |
| 17. Eu ajo por impulso | | | | |
| 18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente | | | | |
| 19. Eu ajo no “calor” do momento | | | | |
| 20. Eu mantenho a linha de raciocínio (“não perco o fio da meada”) | | | | |
| 21. Eu troco de casa (residência) | | | | |
| 22. Eu compro coisas por impulso | | | | |
| 23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez | | | | |
| 24. Eu troco de interesses e passatempos (“hobby”) | | | | |
| 25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho | | | | |
| 26. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras ideias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo | | | | |
| 27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro | | | | |
| 28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas | | | | |
| 29. Eu gosto de jogos e desafios mentais | | | | |
| 30. Eu me preparo para o futuro | | | | |