

# Dermatotilexomania em estudantes de medicina: um estudo piloto

## Dermatotilexomania in medical students: a pilot study

Ygor Arzeno Ferrão<sup>1</sup>, Tiago Arzeno Ferrão<sup>2</sup> e Diego da Cunha<sup>3</sup>

**Resumo** **Introdução:** Dermatotilexomania pode ser classificada, segundo o DSM-IV, dentro do capítulo de transtornos de controle de impulsos não classificados em outro lugar. Autores têm incluído o distúrbio dentro do espectro obsessivo-compulsivo. O objetivo deste trabalho é identificar a prevalência de dermatotilexomania em estudantes de medicina de uma faculdade de Porto Alegre (RS).

**Material e método:** Os autores realizaram um levantamento das características clínicas e demográficas dessa população. Um questionário adaptado foi aplicado a 144 estudantes de medicina.

**Resultados:** Destes, 89 (61,8%) já haviam causado ou agravado lesões à pele no passado ou ainda o fazem; 12 (8,3%) responderam que lesionam mais a pele do que a maioria das pessoas e 1 (0,7%) classificou sua dermatotilexomania como extrema. Mais da metade dos estudantes (n=80, 55,6%) consideraram o ato como um mau hábito.

**Conclusões:** O estudo sugere que a o ato de causar ou agravar lesões à pele parece ser comum entre jovens, mas não necessariamente deve ser considerado como patológico. Para os casos mais graves, entretanto, a condição poderia ser classificada como um transtorno: dermatotilexomania.

**Descritores** Dermatotilexomania; escoriação neurótica; espectro obsessivo-compulsivo; estudantes de medicina; epidemiologia.

**Abstract** **Background:** Dermatotilexomania is classified, according to DSM-IV, as an impulse control disorder not otherwise classified. Some authors have included the disorder on the obsessive-compulsive spectrum". The aim of this article is to identify the prevalence of dermatotilexomania in medical students in Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

**Methods:** The authors studied clinical and demographic characteristics of this population. A questionnaire was applied to 144 medical students.

**Results:** Of this total, 89 (61,8%) have already produced or deteriorated skin lesions in the past or were still doing; 12 (8,3%) answered that they injure the skin more often than usual and 1 (0,7%) considered his own dermatotilexomania as extreme. More than half of the sample (n=80, 55,6%) classified it as a bad habit.

**Conclusions:** The study suggests that producing or deteriorating lesions on the skin may be a frequent practice among young people, but not necessarily defined as pathological. For most severe cases, however, the condition could be classified as a disorder: dermatotilexomania.

**Keywords** Dermatotilexomania; neurotic excoriation; obsessive-compulsive spectrum; medical students; epidemiology.

### Introdução

Dermatotilexomania (*dermato* = pele, *tillexis* = picar algo, *mania* = preocupação obsessiva com algo) ou "escoriação neurótica" é um transtorno que pode ser classificado, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition* (DSM-IV),<sup>1</sup> dentro do capítulo de transtornos de con-

trole de impulsos não classificados em outro lugar.<sup>2</sup> Definimos dermatotilexomania como uma "compulsão ou dificuldade de resistir ao impulso de causar ou agravar lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar), usando para tal as unhas ou outros objetos". Classificar dermatotilexomania como um sintoma compulsivo não necessariamente implica diagnóstico de pa-

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas/Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

2. Acadêmico de medicina da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

3. Acadêmico de medicina da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

tologia. Para tal, deve ser uma síndrome ou um padrão comportamental ou psicológico clinicamente importante e que está associado com sofrimento, incapacitação ou com risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou uma perda importante da liberdade. Deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo. Nem o comportamento que apresenta desvios, nem conflitos primariamente entre o indivíduo e a sociedade são necessariamente transtornos mentais, a menos que isso seja uma disfunção no indivíduo.<sup>1</sup> A dermatotilexomania pode ocorrer sobre lesões já existentes (*acne excoriée*) ou sobre a pele sadia.<sup>3-5</sup> As interações entre pele e mente parecem classificar-se em duas formas de abordagem: a primeira envolveria as reações emocionais às alterações dermatológicas (imaginárias ou reais), e a segunda envolveria os efeitos das emoções na pele.<sup>3</sup>

Considerada como um tipo de escoriação neurótica e estando muitas vezes associada ao transtorno dismórfico corporal, a dermatotilexomania tem sido pouco investigada do ponto de vista epidemiológico e fenomenológico.<sup>6-8</sup> O transtorno dismórfico corporal é descrito pelo DSM-IV como uma "preocupação" com um suposto defeito na aparência e, mesmo que uma ligeira anormalidade física esteja presente, a preocupação do indivíduo é excessiva, causando-lhe sofrimento ou prejuízo significativo.<sup>1</sup> A relação entre transtorno dismórfico corporal e dermatotilexomania está fundamentada nas semelhanças nos aspectos etiológicos; epidemiológicos; fenomenológicos; e de resposta ao tratamento (inibidores da recaptação seletiva da serotonina e psicoterapias cognitivo-comportamentais).<sup>9,10</sup> Além disso, ambas condições parecem não atingir um grau delirante como o que ocorre no transtorno delirante somático, podendo esta última, como sugerido por alguns autores, ser apenas uma apresentação mais grave do transtorno dismórfico corporal.<sup>11</sup> Algumas diferenças, entretanto, são relevantes. Phillips e colaboradores, estudando 123 indivíduos com diagnóstico de transtornos dismórfico corporal (TDC) chegaram à conclusão de que os indivíduos com TDC e que também escoriavam a pele tinham várias diferenças fenomenológicas em relação àqueles que não escoriavam a pele: suas preocupações centrais eram com a pele, embora também houvesse preocupações com defeitos de outras partes do corpo, considerados mínimos pelos pacientes; costumavam usar maquiagem para camuflar as lesões; respondiam melhor aos inibidores seletivos da recaptação da serotonina; tinham maior prejuízo no funcionamento social e profissional, maior número de hospitalizações e tentativas de suicídio.<sup>12</sup> A intencionalidade do ato de causar lesões à própria pele poderia ocasionar confusão diagnóstica com transtornos factícios, mas fica evidente a diferença a partir do momento que um dos critérios para este último é o de assumir o papel do enfermo, característica que não está presente na dermatotilexomania.<sup>1</sup> Os autores, contudo, não excluem a hipótese de que um transtorno factício possa manifestar-se através de lesões dermatológicas autoprovocadas.

### Considerações epidemiológicas

Pacientes com doenças dermatológicas apresentam maior prevalência de transtornos psiquiátricos do que a população comum.<sup>3</sup> Aproximadamente um terço dos pacientes de clínicas dermatológicas apresentam alguma forma de patologia psiquiátrica, variando desde transtornos de ansiedade e humor até as várias apresentações de transtornos do espectro obsessivo-compulsivo.<sup>13</sup>

As escoriações neuróticas em pacientes que não apresentavam lesões prévias são mais comumente encontradas em mulheres da quarta à quinta década e aparecem mais ativamente durante períodos de estresse emocional. Já a escoriação de lesões preexistentes (*acne escoriada*) ocorre com maior frequência em mulheres jovens. A maior prevalência no sexo feminino pode estar relacionada com a preocupação estética, níveis hormonais e fatores socioculturais.<sup>3-5</sup> Escoriar-se compulsivamente tem sido relatado em 2% dos pacientes nas clínicas dermatológicas.<sup>14</sup>

No Brasil a condição ainda é pouco abordada. Alguns centros têm incluído o distúrbio dentro do espectro obsessivo-compulsivo e, dessa forma, vem sendo pouco diagnosticado.

O objetivo deste trabalho é identificar a prevalência de dermatotilexomania em estudantes de medicina em Porto Alegre. Procurou-se fazer um levantamento das características clínicas e demográficas mais prevalentes de dermatotilexomania e fazer um levantamento das co-morbidades com dermatotilexomania mais prevalentes em nosso meio, divulgar e estimular o conhecimento desse diagnóstico através do fornecimento de informações e esclarecimentos a respeito da patologia.

Presumimos que para a maior parte das pessoas a dermatotilexomania seja um hábito benigno e realizado em âmbito privado, e que seja uma condição relativamente comum, mas ainda pouco diagnosticada e tratada. Espera-se que uma pequena parcela de pessoas tenha uma forma mais grave dessa condição, que ocorre quando consome grande quantidade de tempo, causa sofrimento à pessoa ou dificuldades de interação social e interpessoal, leva as pessoas ao desconforto ou causa danos importantes à saúde.

### Material e método

Jefferson e Thompson construíram um instrumento capaz de identificar, na comunidade, desde casos leves a graves de escoriação nasal, o *Rhinotilexomania Questionnaire*. Além dos dados de identificação (idade, sexo, raça, estado civil, condições de vida, de educação e de profissão), o questionário possui 25 perguntas de escolha única ou múltipla que aborda aspectos sobre o ato de escoriar o nariz.<sup>15</sup> De acordo com esse trabalho, elaboramos, de forma adaptada, um questionário sobre dermatotilexomania (disponível mediante solicitação aos autores), constando de 23 perguntas relativas a dados demográficos e a aspectos clínicos sobre o transtorno.

O questionário foi entregue e recolhido pelos autores a 144 estudantes de medicina de uma faculdade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período de maio a julho de 1997. Os alunos foram selecionados aleatoriamente de uma lista de alunos cursando regularmente as disciplinas previstas. Os

respondentes eram avisados quanto à confidencialidade e que era desnecessária a identificação nos questionários.

## Resultados

Os questionários foram respondidos por 144 (24,3%) dos 592 estudantes de medicina de uma faculdade de Porto Alegre. A média de idade foi de 21,1 anos (idade mínima: 17 anos; máxima: 37 anos); 82 (56,9%) dos alunos eram do sexo masculino; 138 (95,8%) eram de raça branca, 5 (3,5%) de raça mista e 1 (0,7%) era da raça negra; 138 (95,8%) eram solteiros e apenas 6 (4,2%) eram casados ou tinham união estável. Do total, 7 alunos (4,9%), além de estudarem, também trabalhavam e 6 (4,2%) tinham outra forma de renda (bolsas de pesquisa).

Aproximadamente 38% (N=55) dos alunos relataram que nunca causaram ou agravaram lesões à própria pele. Vinte e um por cento dos respondentes (N=30) admitiram que já o fizeram em algum momento de suas vidas, mas que não o fazem atualmente. Aproximadamente 41% (N=59) dos estudantes responderam que permanecem causando ou agravando lesões à pele. Dos que pararam de lesionar a pele, o fizeram com a idade média de 13,2 anos. A maior parte dos alunos que apresentavam ou ainda apresentam sintomas de dermatotilexomania (82%, N=73) classificou seus sintomas com intensidade igual ou menor do que a maioria das pessoas, mas 13,5% (N=12) responderam que lesionam a pele mais do que a maioria das pessoas, e apenas 1,1% (N=1) classificou sua dermatotilexomania como extrema.

Quarenta e um (46,1%) dos acadêmicos afirmaram que costumam ou costumavam causar lesões à própria pele em lugares públicos. Desses 41 alunos, 16 (39%) admitiram que tentavam evitar serem vistos durante o ato, e 23 (56%) admitiram que não se importavam em ser vistos. Quinze alunos listaram locais onde mais comumente realizavam as lesões: sala de aula (N=11, 73%), qualquer lugar (N=9, 60%), na faculdade (N=3, 20%) ou em casa (N=3, 20%). Outros locais citados foram: bares e restaurantes; danceterias; cinema; transporte coletivo; banheiro; na frente do espelho; na rua; durante a realização de leitura ou esporte; e na igreja.

Quando questionados sobre a média de tempo que cada um despedia ou depende diariamente causando ou agravando lesões à pele, 70 (78,7%) disseram que gastam menos de 10 minutos por dia, 10 (11,2%) disseram gastar de 10 a 30 minutos ao dia e 9 (10,1%) não responderam a essa questão. Nenhum estudante respondeu que gastava mais de 30 minutos ao dia com o ato de lesar a pele.

Em relação ao incômodo ou sofrimento que a dermatotilexomania causa ou causava ao estudante, a maioria relatou que o ato não causava nenhum desconforto ou sofrimento (N=42, 47,2%), 27 alunos (30,3%) disseram ser pouco incômodo ou sofrível. Contudo, 4 (4,5%) disseram que o incômodo era moderado, mas suportável; 9 (10,1%) relataram sentir muito incômodo com a condição e 1 (1,1%) disse que a dermatotilexomania era insuportável. Seis estudantes (6,7%) não responderam à questão. Ao serem questionados sobre o incômodo que a dermatotilexomania por eles apresentada causava em outras

pessoas, 50 (56,2%) acham que não causa incômodo, 21 (23,6%) acham que causa pouco incômodo, 7 (7,9%) acham que o incômodo é moderado, mas que as pessoas suportam, 3 (3,4%) acham que o desconforto causado em outro é importante, e 1 (1,1%) acha que é insuportável para outras pessoas.

Ao classificarem o quanto a dermatotilexomania interferia no funcionamento no trabalho, estudo, interações sociais, relacionamentos interpessoais e em atividades diárias, o grupo daqueles que apresentaram a condição no passado (N=30) foi unânime em afirmar que não havia interferência da dermatotilexomania no funcionamento cotidiano (N=25, 83,3%). Por outro lado, no grupo que apresenta a condição atualmente (N=59), 43 (72,9%) concordaram que não havia prejuízo no funcionamento, mas 8 (13,6%) acharam ter um pouco de prejuízo de seu funcionamento diário; 6 (10,2%) relataram prejuízo moderado e 1 (1,7%) relatou prejuízo importante. Ninguém relatou incapacidade por causa da dermatotilexomania.

Em relação às complicações decorrentes da dermatotilexomania, 52 (58,4%) afirmaram que não têm ou nunca tiveram maiores problemas com a condição, 7 (7,9%) disseram que já apresentaram alguma complicação e 26 (29,2%) afirmam que apresentam atualmente alguma complicação. As complicações mais comumente encontradas incluem: infecções, 36,4% (N=12); sangramentos, 69,7% (N=23); e embaraço social, 9,1% (N=3).

## A dermatotilexomania em locais públicos ou privados

Pode-se observar que, ao serem questionados sobre o que pensam de outras pessoas causando ou agravando lesões à própria pele em público ou em local privado, os estudantes respondem de forma diferente, conforme o grupo a que pertencem: grupo daqueles que apresentaram dermatotilexomania no passado, o grupo dos que apresentam a condição atualmente e o grupo daqueles que nunca apresentaram (tabela 1). Aqueles que apresentam ou apresentaram a condição, acham que a dermatotilexomania não é uma doença, enquanto que aqueles que nunca apresentaram a condição acham com maior frequência que tais pessoas são doentes mentais ( $X^2=15,89$ ,  $p<0,001$ ).

Outras opiniões sobre os dermatotilexomaniacos em público incluíram diagnósticos sindrômicos psiquiátricos específicos como ansiedade (N=6) e depressão. Outras opiniões podem ser citadas: "cacoete"; insegurança; problemas estéticos; compulsão; doenças dermatológicas; para chamar a atenção. Para dermatotilexomaniacos que realizam o ato em locais privados outras opiniões foram sugeridas: aliviar incômodo, baixa auto-estima, gostam da dor, entre outras.

A opinião sobre dermatotilexomania mostrou que mais da metade dos entrevistados (n=80) considera-a como um mau hábito; aproximadamente um terço (n=50) considera um ato comum entre jovens, mas que não deve ser realizada; 49 estudantes acharam ser comum entre os jovens e 40 alunos acharam que poderia ser um modo de provocar doenças.

## Razões para dermatotilexomania

As principais razões relatadas pelos 89 respondentes para justificar o ato de lesar ou agravar lesões à pele foram: aliviar

um desconforto ou uma coceira, 59,6% (N=53); hábito, 36% (N=32); aliviar ansiedade, 31,5% (N=28); higiene pessoal, 23,6% (N=21); uma sensação de ter que fazer (por impulso), 23,6% (N=21); 2,2% (N=2) citaram outros motivos (como por exemplo, para curar a lesão) e 5,6% (N=5) não responderam à questão.

### Hábitos e transtornos associados à dermatotilexomania

Os hábitos relacionados à dermatotilexomania, como onicofagia (roer unhas), roer cutículas e arrancar cabelos ou pêlos, têm os resultados apresentados na tabela 2, comparando o grupo de estudantes que têm ou tiveram dermatotilexomania e o grupo que nunca apresentou a condição. Como pode-se observar, estudantes que atualmente roem unhas têm uma maior razão de chances de apresentar dermatotilexomania em algum momento de suas vidas. Da mesma forma, a ocorrência de dermatotilexomania está associada à condição atual de arrancar cabelos ou pelos do corpo. Nos demais aspectos os grupos não diferiram com significância estatística.

Em relação à ocorrência de transtornos psiquiátricos nos estudantes, 5 (3,5%) já haviam recebido algum diagnóstico psiquiátrico: ansiedade (N=2), depressão (N=3) e transtorno afetivo bipolar (N=1). Contudo, se levarmos em conta a presença da dermatotilexomania ou não, observa-se que dos estudantes que apresentam ou apresentavam a condição (N=89), 4 (4,5%) tiveram algum diagnóstico, enquanto que daqueles que nunca apresentaram a condição (N=55), 1 (1,8%) tinha diagnóstico de transtorno psiquiátrico (ansiedade).

Quanto ao diagnóstico de transtornos psiquiátricos em familiares, observa-se que 14 (15,7%) dos dermatotilexomânicos possuíam familiares com algum diagnóstico psiquiátrico (esquizofrenia, depressão, ansiedade, transtorno afetivo bipolar), enquanto que daqueles que nunca apresentaram a condição, 8 (14,5%) tinham familiares com algum tipo de doença mental (depressão, transtorno afetivo bipolar e doença de Alzheimer). Não parece haver associação entre desenvolver dermatotilexomania e história familiar de algum transtorno psiquiátrico ( $p=0,76$ ) em nosso estudo.

### Diferença entre os sexos

Dos 89 estudantes que afirmaram que têm ou tiveram dermatotilexomania, 51 (57,3%) eram do sexo masculino, 37 (41,6%) eram do sexo feminino e 1 (1,1%) não indicou o sexo. Contudo não parece existir em nossa amostra associação entre o sexo e o desenvolvimento do transtorno ( $p=0,85$ ). Aproximadamente 43% (N=35) dos homens e 31% (N=19) das mulheres consideram normal o ato de lesar a própria pele em público. Apenas 8,2% (N=5) das mulheres e 11% (N=9) dos homens consideram a dermatotilexomania em público como doença mental.

### Outras informações

Ao realizar o ato impulsivo, 75 (84,3%) admitiram usar as unhas, 4 (4,5%) usam ou usavam outros objetos (como dentes e polpa digital), 6 (6,7%) usavam unhas e outros objetos, e 4

(4,5%) não responderam à questão.

### Discussão

Acreditamos que o fato de termos utilizado um questionário respondido na presença do pesquisador – ao contrário do estudo de Jefferson e Thompson,<sup>15</sup> em que o questionário foi enviado por carta – fez com que a proporção de respondentes que não apresentavam a condição fosse maior (38% vs. 8,7%). A dermatotilexomania em estudantes de medicina de Porto Alegre parece ser uma condição comum, pois 62% (N=89) apresentam ou apresentavam algum grau do sintoma. Contudo, a maior parte desses não considera o ato como uma patologia, mas como um mau hábito (N=80, 55,6%), principalmente se realizado em público. Isso pode dever-se ao fato de a condição não ser reconhecida pela maior parte dos estudantes como uma possível afecção psicodermatológica.

Quando a dermatotilexomania é associada a transtornos de ansiedade ou do espectro obsessivo-compulsivo, os sintomas tendem a ser mais graves e então reconhecidos como secundários.<sup>16</sup> A população escolhida para o estudo foi uma população jovem (média de idade de 21,1 anos) e que provavelmente ainda passa por alterações hormonais pós-púberes, o que pode influenciar nas manifestações de algumas dermatopatias (como na acne). Outra possível explicação para a prevalência elevada da condição em nossa amostra é que, uma vez estando a dermatotilexomania relacionada à ansiedade,<sup>17-21</sup> o ambiente ansiogênico de uma faculdade de medicina (onde as exigências e responsabilidades são consideravelmente grandes) é propício ao desenvolvimento de transtornos relacionados.

Apesar de grande parte (82%) dos respondentes considerar a intensidade de seus sintomas como igual ou menor do que a maioria das pessoas, observamos que 14,6% apresentaram sintomas com intensidade de moderada a grave, uma parcela considerável da amostra se comparada a outras condições psiquiátricas. Por exemplo, em estudo de morbidades psiquiátricas realizado em Porto Alegre, em 1991, Busnello e colaboradores encontraram prevalência estimada de 23% para transtornos ansiosos, 10,7% para transtornos afetivos, 0,9% para esquizofrenia e 1,6% para transtorno obsessivo-compulsivo.<sup>22</sup> Mesmo sendo prevalente em estudantes de medicina, não podemos generalizar os dados. Para isso seria necessário um estudo mais abrangente da população.

Para uma minoria, o fato de causarem lesão à própria pele causou incômodo ou sofrimento de moderado a insuportável em 12 indivíduos, o que sustenta a idéia de que a dermatotilexomania pode existir como condição patológica. Fato que corrobora isso é o prejuízo no funcionamento de atividades diárias e relacionais considerado de moderado a grave por sete estudantes. Além disso, complicações decorrentes do ato lesional, como sangramentos, infecções e embarço social podem chegar a graus comprometedores, embora não incapacitantes em nossa amostra.

Para reforçar a idéia de que a dermatotilexomania pode ser incluída nos transtornos de controle dos impulsos, constatamos que 21 indivíduos causavam lesões simplesmente “por ter que fazer, motivados por um impulso”. A tricotilomania

parece ocorrer com maior frequência naqueles indivíduos que apresentam ou apresentaram sintomas compatíveis com dermatotilexomania em relação aos que nunca evidenciaram tal transtorno.<sup>3</sup> Isso vem reforçar a compatibilidade da dermatotilexomania com o espectro impulsivo de psicopatologias. A ansiedade, considerada pelos estudantes como a causa mais comum do transtorno pode, por outro prisma, ser presumida como uma condição facilitadora da manifestação da impulsividade.<sup>17</sup>

### Considerações finais

Não pretendemos que os resultados encontrados nesta amostra espelhem a condição da população em geral. Pretendemos estimular o interesse de outros pesquisadores para esta afecção psicodermatológica. A dermatotilexomania, se considerada dentro de um *continuum*, pode ser um transtorno comum, sendo que apenas os casos mais graves chegam ao atendimento médico adequado, permanecendo os demais casos sem diagnóstico ou até mesmo sem o conhecimento dos próprios afetados. As sugestões dadas por alguns dos respondentes poderão ser utilizadas como aperfeiçoadoras do instrumento de pesquisa (Questionário de dermatotilexomania) em futuros estudos em populações diversas. O interesse recente em transtornos ditos “secretos”, como a dermatotilexomania, tem aumentado gradualmente, tornando o entendimento de tais condições mais abrangente. O conhecimento mais detalhado do ponto de vista fenomenológico tem por objetivo incrementar as alternativas terapêuticas.

Este estudo sugere que o ato de causar ou agravar lesões à pele parece ser comum entre estudantes de medicina, mas não necessariamente deve ser considerado como patológico. Para os casos mais graves, entretanto, a condição poderia ser classificada como um transtorno: dermatotilexomania. Estudos mais pormenorizados e com metodologia mais adequada de aspectos fenomenológicos, epidemiológicos, etiológicos (incluindo causas biológicas, psicológicas e sociais) e terapêuticos seriam necessários para o adequado estabelecimento da dermatotilexomania como uma entidade nosológica.

### Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington: American Psychiatric Press; 1994.
- Burt VK. Impulse-Control Disorder Not Elsewhere Classified and Adjustment Disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 1409-24.
- Hunter JÁ, Savin JA e Dahl MV. The skin and the psyche. In: Clinical dermatology, 2<sup>nd</sup> ed. London: Blackwell; 1995. p.256-60.
- Sampaio SP, Castro RM, Rivitti EA. Afecções psicogênicas e psicossomáticas. In: Dermatologia básica, 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. p.445-50.
- Koblenzer C. Psychocutaneous disease. In: Dermatological sign of internal disease, 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 1995. p. 337-43.
- Hollander E, Wong CM. Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. J Clin Psychiatry 1995;56 Suppl 4:3-6.
- Hollander E, Wong CM. Body dysmorphic disorder, pathological gambling and sexual compulsions. J Clin Psychiatry 1995;56 Suppl 4:7-13.
- Mcelroy S, Pope Jr HG, Keck Jr PE, Hudson JI. Disorders of Impulse control. In: Hollander E, Stein D, editors. Impulsivity and aggression. New York: Wiley; 1995. p.109-36.
- Araújo LA. Transtorno dismórfico corporal e tricotilomania. In: Miguel EC, editor. Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo – Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. p.117-23.
- Ferrão YA, Dallarozza HL, Mattana EN, Pinto CS, Busnello ED. Escoriação neurótica: dermatopatia como transtornos associado ao espectro obsessivo-compulsivo. Revista ABP-APAL 1998;20(4):196-9.
- Torres AR. Hipocondria e Transtorno Delirante Somático. In: Miguel EC, editor. Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. p.138-49.
- Phillips KA, Taub SL. Skin picking as a symptom of Body Dysmorphic Disorder. Psychopharmacol Bull 1995;31(2):279-88.
- Del Porto JA. Compulsões e impulsos: cleptomania, jogar compulsivo, compulsões sexuais. In: Miguel EC, editor. Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo – Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996.p.104-16.
- Phillips KA, Mcelroy SL, Hudson JI, Pope Jr HG. Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? J Clin Psychiatry 1995;56 Suppl 4:41-51.
- Jefferson JW, Thompson TD. Rhinotilexomania: psychiatric disorder or habit? J Clin Psychiatry 1994;56(2):56-9.
- Jenike MA. Illness related to Obsessive-Compulsive Disorder. In: Baer L, Minichello WE, editors. Obsessive-Compulsive Disorders; Theory and management, 2<sup>nd</sup> ed. Massachusetts: Year Book Medical Publishers; 1990. p. 39-60.
- Stein D. Cognitive Science Models of Compulsivity and Impulsivity. In: Oldham JM, Hollander E, Skodol A, editors. Impulsivity and Compulsivity. Washington: American Psychiatry Press; 1996. p.97-118.
- Miguel EC, Shavitt RG. Neurobiologia do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In: Miguel EC, editor. Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. p.51-71.
- Mcelroy SL, Hudson JI, Pope Jr HG, Keck Jr PE, Aizley HG. The DSM-III-R impulse control disorder not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. Am J Psychiatry 1992;149(3):318-27.
- Kavoussy RJ, Coccaro EF. Biology and pharmacological treatment of Impulse-Control Disorders. In: Oldham JM, Hollander E, Skodol A, editors. Impulsivity and Compulsivity. Washington: American Psychiatry Press; 1996. p.119-42.
- Markowitz PI, Coccaro EF. Biological studies of Impulsivity, aggression and suicidal behavior. In: Hollander E, Stein D, editors. Impulsivity and aggression. New York: Wiley; 1995. p.71-90.
- Busnello ED, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CAI, Taborda JGV, Knijnik L, et al Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. J Bras de Psiqu 1993;42 Supl.1:55s-60s.

### Correspondência

Ygor A.Ferrão  
Rua Padre Chagas, 147/1002. Moinhos de Vento  
Porto Alegre, RS, Brasil  
CEP: 90570-080  
Fone:(051)3461077  
email: ygoraf@conex.com.br