



Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

**“Em terra de careca, anormal é ser cabeludo”: Um
Estudo de Caso sobre Tricotilomania**

Tatiane Surrine Barbosa

Brasília
Dezembro de 2012



IBAC

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**“Em terra de careca, anormal é ser cabeludo”: Um
Estudo de Caso sobre Tricotilomania**

Tatiane Surrine Barbosa

Monografia apresentada ao Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Análise Comportamental Clínica.

Orientadora: Ana Karina C. R. de-Farias

Brasília
Dezembro de 2012



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Folha de Avaliação

Autora: Tatiane Surrine Barbosa

Título: “Em terra de careca, anormal é ser cabeludo”: Um Estudo de Caso sobre Tricotilomania.

Data da Avaliação:

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof.^a MsC. Ana Karina C. R. de-Farias

Membro: Prof. Esp. Frederico Santos Veloso

Brasília
Dezembro de 2012

Aos meus pais, meus guias e fortaleza, que continuamente arranjam contingências que me preparam para enfrentar os desafios do dia-a-dia.

Agradecimentos

Um trabalho não é feito sozinho. Muitos foram aqueles que, direta ou indiretamente, cooperaram na realização deste, para que eu possa agradecer cada um em particular. Um agradecimento especial se dirige aos meus pais que muito carinhosamente sempre me apoiaram, incentivaram e participaram ativamente nesta minha caminhada, dizendo que o estudo seria a melhor riqueza que eles poderiam me dar.

Às minhas irmãs, Adriane e Hellen e aos meus sobrinhos, Hian e Breno, que compreenderam o meu casamento com meu Trabalho de Conclusão de Curso e me perdoavam pelas repetidas ausências nos encontros familiares.

Os agradecimentos se estendem à minha orientadora Ana Karina que, por alguns meses, participou e colaborou com conselhos, sugestões, incentivos, e muito me ensinou sobre o mundo científico. Ela se mostrou sempre preocupada e solícita, revendo minhas dúvidas e apontando alguns caminhos.

Aos professores e supervisores do IBAC que fizeram parte dessa página de minha vida. Obrigada pela forma gentil com que sempre me acolheram, pelos ensinamentos, por tentarem ser empáticos e entender como a distância em alguns momentos me impediram de poder fazer o meu melhor.

Meus agradecimentos também são estendidos ao meu querido amigo Flávio, que mesmo ocupado com seus estudos, se dispôs a ler minha monografia e gentilmente me indicar pontos que mereciam ser analisados.

Por último, e não menos importante, quero agradecer de forma muito especial à minha cliente Leonara, sem a qual esse trabalho nada seria. Obrigado por ter me concedido expor sua história de vida e contribuir para com o mundo científico.

Sumário

Folha de Avaliação -----	i
Dedicatória -----	ii
Agradecimentos -----	iii
Sumário -----	iv
Lista de figuras -----	v
Lista de Tabelas -----	vi
Resumo -----	vii
Introdução -----	1
Método -----	23
Cliente -----	23
Queixas e Demandas -----	23
Ambiente -----	23
Procedimento -----	24
Resultados -----	27
1. Histórico da cliente -----	27
1.1. Histórico Familiar -----	27
1.2. Histórico Acadêmico-Profissional -----	28
1.3. Histórico Social -----	30
1.4. Histórico Médico-Psicológico -----	33
2. Delineando o comportamento de tricotilomania -----	34
2.1. Análises Moleculares -----	34
2.2. Análises Molares -----	38
3. Análises Molares de outros Comportamentos da Cliente -----	40
4. Objetivos Terapêuticos -----	42
5. Mudanças Observadas -----	43
Considerações Finais -----	48
Referências Bibliográficas -----	54
Anexos -----	60
Anexo 1. Termo de autorização, modelo disponibilizado pelo IBAC -----	61

Lista de Figuras

Figura 1. Topografia do comportamento de puxar o cabelo -----35

Lista de Tabelas

Tabela 1. Microanálises funcionais de comportamentos emitidos pela cliente-36

Tabela 2. Análises molares de comportamentos de esquiva da cliente -----39

Tabela 3. Análises molares de outros padrões comportamentais da cliente ----41

Resumo

Este trabalho teve como objetivo delinear formas de intervenção com base em uma Análise Comportamental Clínica, ilustrando um caso de tricotilomania. Caracterizada por um comportamento impulsivo e recorrente de arrancar pelos do próprio corpo, a tricotilomania ainda é uma patologia pouco estudada no Brasil. Ao longo de 104 sessões, que ocorreram no período de 3 anos, foram realizadas tanto análises moleculares quanto análises molares do comportamento de arrancar o cabelo, que contribuíram para o delineamento da tricotilomania no caso em questão e, também, evidenciaram um novo foco de análise desse comportamento. A compreensão de contingências atuais e históricas da vida da cliente permitiu analisar a tricotilomania como um comportamento de fuga-esquiva, assemelhando-se à ansiedade pela função que ambos os comportamentos obtinham, o adiamento de contingências aversivas e alívio de respondentes. A tricotilomania era mais um dos comportamentos de esquiva emitidos por Leonara devido ao baixo repertório de habilidades da cliente para lidar com situações aversivas. Essas análises possibilitaram o aumento de repertório comportamental da cliente e, conseqüentemente, a diminuição do comportamento de arrancar os cabelos, permitindo afirmar o papel de análises funcionais molares sobre a melhora clínica.

Palavras-chave: transtornos de ansiedade; tricotilomania; Análise Comportamental Clínica; análises molares.

Quem nunca ouviu a célebre frase “Prevenir é melhor do que remediar”? No contexto sócio-verbal que o homem se encontra inserido, há inúmeros outros exemplos de ditados populares ou histórias contadas e repassadas por gerações que expressam a máxima de que o homem precisa potencializar os cuidados consigo mesmo, a fim de garantir a sua sobrevivência.

Exemplo disso são os altos investimentos atuais com as cercas elétricas, contratação de seguranças particulares, câmeras de vigilância e radares; busca constante de receitas, alimentos e medicamentos que prometem proteção e cura para doenças graves; cosméticos que prenunciam o adiamento do envelhecimento e a prolongação da juventude; altas jornadas de trabalho, incessantes cursos de aperfeiçoamento para garantir a contratação e/ou permanência em empregos dos sonhos e, acumular assim, renda e bens para um futuro mais tranquilo.

No entanto, o que é mais interessante é que quanto mais o homem se cerca de proteção e cuidados na tentativa de neutralizar a forte sensação de insegurança sentida e/ou de controlar e prever o futuro, maior é a sensação de vulnerabilidade.

Essa sensação de perigo recorrente é denominada de ansiedade e, caracteriza-se por sensações de tensão, angústia, respostas do sistema simpático como taquicardia, sudorese, tremores e enjoos (Barbosa, 2004). As respostas ansiosas estariam, portanto, relacionadas a eventos aversivos futuros.

Tal explicação sobre o que é ansiedade leva à reflexão de alguns pontos: (1) qual seria a utilidade desse tipo de sentimento nos dias atuais? (2) com que tipos de perigos reais o homem se defronta no dia-a-dia para que seja necessário estar em

alerta? e (3) quando esse tipo de vigilância pode ser benéfico e quando pode ser prejudicial?

É fato que, ao longo de sua história, o homem vivia em um mundo cercado por perigos reais, como dificuldades para conseguir alimentos, predadores, doenças, possíveis inimigos vizinhos, catástrofes naturais como inundações e teria maior possibilidade de sobreviver quem estivesse em constante vigília (Leahy, 2011; Barbosa, 2004). Ou seja, o homem precisava estar em constante alerta com as ameaças que o rodeavam; era uma questão de extrema importância para a proteção e permanência da espécie.

Mas, e hoje? Leahy (2011) coloca que os padrões de proteção e cuidados utilizados pelos ancestrais do homem já não cabem mais na realidade atual, pois o que era perigoso antigamente pode não ser mais. Dito de outra forma, os perigos continuam a existir, mas a forma como o homem lida com essas ameaças parece não ter se modificado com o passar dos tempos.

Desse modo, avaliar a “normalidade” desses comportamentos de “alerta” se faz importante uma vez que há um tênue limite entre o que pode ser benéfico e prejudicial para o indivíduo, devendo-se considerar então, aspectos como a intensidade, duração, interferência e frequência em que ocorrem os sintomas ansiosos (Santos, 2000).

Acrescentando, Barbosa (2004) aponta que a avaliação quanto à normalidade dessa emoção está no fato de servir como um alarme que proporciona o enfrentamento saudável de dificuldades enquanto que, na patológica, a ansiedade está direcionada de maneira desproporcional a uma situação e/ou objeto presente ou ausente, paralisando o indivíduo frente ao perigo. O limite estaria então, na forma como o indivíduo age diante do perigo: enfrentando ou fugindo/esquivando.

A ansiedade enquanto queixa clínica será, portanto, delimitada a partir de três aspectos, sendo estes: um comprometimento nas áreas profissionais, sociais e acadêmicas; atribuição de significativo sofrimento gerado; e demasiado tempo dispensado aos comportamentos de evitação e eliminação (Zamignani & Banaco, 2005).

É por conta dos grandes comprometimentos ocasionados pelos sintomas ansiosos que a comunidade sócio-verbal tem tratado esse sentimento como um inimigo a ser combatido. À ansiedade é atribuída o *status* de culpa pelas mazelas e sofrimentos vividos, o que faz com que o número de pessoas que procurem os atendimentos psicológicos, solicitando o ensino de técnicas e receitas que acabem com esses sintomas aumente consideravelmente. Nessa perspectiva, os sentimentos e pensamentos são tratados como causas de um problema, devendo então serem eliminados, mudados e/ou controlados (cf. Torres, 2000).

Todavia, na Análise do Comportamento, os sentimentos são tratados como comportamentos, e não como a causa de um comportamento. Skinner (1989/1991) afirma que essa confusão a respeito dos sentimentos serem determinantes do comportamento é algo fácil de ocorrer, uma vez que, quando a pessoa sente algo ela está simultaneamente fazendo algo. Contudo, as variáveis que determinam o que a pessoa faz e sente estão na história passada de contingências vividas.

O que há de diferença entre o comportamento e os sentimentos então, é apenas a sua acessibilidade. Em outras palavras, enquanto correr, nadar, brigar e chorar são comportamentos públicos e visíveis tanto para o indivíduo que se comporta como para a comunidade que observa, os sentimentos são de natureza privada, ou seja, somente quem sente tem acesso ao que é sentido, não sendo possível o acesso comum das partes (Skinner, 1953/2007).

Contudo, mesmo sendo os sentimentos caracterizados como privados, é a comunidade sócio-verbal a responsável por ensinar o indivíduo a nomear tais eventos (Skinner, 1953/2007), o que pode gerar certa imprecisão quanto à descrição do conceito, haja vista que o que é sentido por um indivíduo não pode ser sentido e observado por outros; a comunidade sócio-verbal faz então, uma inferência a partir do relato de quem sentiu:

“As respostas verbais nesses exemplos são produto de contingências especiais de reforçamento. Elas são arranjadas por ouvintes, e são especialmente difíceis de ser arranjadas quando aquilo sobre o que se fala está fora do alcance do ouvinte, como usualmente acontece com eventos que ocorrem dentro da pele do falante. A genuína privacidade, que recomenda que conheçamos especialmente nossos corpos, é uma severa limitação para os que devem ensinar-nos a conhecê-los” (Skinner, 1989/1991, pp. 14-15).

Os sentimentos são respostas emocionais complexas que envolvem tanto a eliciação de respondentes específicos como a emissão de operantes, nomeados a partir “da discriminação verbal das condições corporais presentes no momento e da relação de contingência entre a presença de tais estímulos (públicos e privados) e a emissão de operantes anteriormente selecionados” (Darwich & Tourinho, 2005, p. 112). Há, portanto, que se considerar tanto variáveis fisiológicas (respostas respondentes) quanto variáveis ontogenéticas (comportamentos operantes não-verbais) e culturais (comportamentos operantes verbais) para a compreensão de um determinado sentimento.

Enfim, para o analista do comportamento, “como as pessoas se sentem é frequentemente tão importante quanto o que elas fazem” (Skinner, 1991, p. 13) e, por isso, esses eventos privados devem ser utilizados na prática clínica como dados

sinalizadores de contingências vigentes na vida de cada indivíduo (Torres, 2000). Para tanto, deve-se realizar uma análise funcional do evento privado, neste caso da ansiedade, identificando assim, as contingências históricas e atuais que a mantêm (Santos, 2000).

Nesse sentido, que contingências estão em vigor na ansiedade? Para Friman, Hayes e Wilson (1998), os sintomas fisiológicos como taquicardia, enjoos, tremores e sudorese identificados pelos clientes como sintomas ansiosos, não podem ser atribuídos como a essência da ansiedade, já que esses sintomas estão presentes em outras condições, como em outros tipos de esquiva e/ou frente a necessidades ou respondentes básicos (sexo, drogas, comida e água).

No entanto, mesmo que as reações fisiológicas possam ser semelhantes em diferentes condições, uma análise desses respondentes não pode ser negligenciada porque as respostas fisiológicas são parte da explicação do conceito de ansiedade por (1) serem um subproduto de contingências específicas; e (2) por adquirirem alguma função na relação de contingência (Ferreira, Tadaiesky, Coelho, Neno & Tourinho, 2010).

Enquanto que, no medo, as respostas emocionais são eliciadas por um estímulo aversivo incondicionado, na ansiedade, os respondentes seriam eliciados por um estímulo aversivo condicionado. Em outras palavras, quando estímulos neutros forem condicionados a estímulos aversivos incondicionados, estes por si só podem adquirir *status* aversivo e eliciar respostas denominadas de ansiedade; a ansiedade passa a ser uma resposta eliciada pelo estímulo aversivo condicionado (chamado de pré-aversivo) que se anteciparia ao estímulo aversivo incondicionado (Zamignani & Banaco, 2005).

Outro aspecto a ser considerado na análise da ansiedade são as relações de contingências possíveis nesse fenômeno. Trata-se aqui das relações entre respondentes e operantes verbais e/ou não verbais. Em todas essas relações, os componentes operantes são o foco de análise, enquanto os respondentes dizem respeito somente à eliciação de reações fisiológicas por parte da apresentação de um pré-aversivo ou por estímulos verbais (Coêlho & Tourinho, 2008).

Uma dessas relações acontece entre respondentes e operantes não-verbais. Nesse caso, há três efeitos possíveis: (1) a supressão condicionada; (2) aquisição de respostas de fuga-esquiva; e (3) relações do responder com um reforçamento positivo ou negativo (Coêlho & Tourinho, 2008; Ferreira *et al.*, 2010; Zamignani e Banaco, 2005).

Na supressão condicionada, o indivíduo deixa de emitir um comportamento antes aprendido que produzia reforçadores positivos quando é exposto ao estímulo pré-aversivo (Coêlho e Tourinho, 2005). Nas palavras de Estes e Skinner (1941, *apud* Zamignani & Banaco, 2005, p. 83):

“se houver a possibilidade de emissão das repostas de fuga do estímulo condicionado e/ou de fuga do incondicionado, essas repostas tornam-se mais prováveis de serem emitidas do que as que levariam à produção de estímulos reforçadores positivos. Caso não haja a possibilidade de repostas de fuga e esquiva, o efeito reflexo da estimulação condicionada paralisa a emissão de repostas operantes que produzem o estímulo reforçador positivo”.

Com relação à aquisição de comportamentos de fuga-esquiva, Barbosa (2004) pontua que esses comportamentos são típicos de pessoas ansiosas “resultante dos reforçadores que são amplamente liberados pelo contexto sócio-verbal” (p. 164). A esquiva como comportamento produz consequências de alívio imediato, mas, em

contrapartida, afasta o indivíduo de reforçadores (Baum, 1994/1999; Catania, 1998/1999).

Já as mudanças provocadas pelo reforçamento positivo¹ fazem referência à obtenção de atenção e/ou a outros reforçadores sociais contingentes ao comportamento enquanto que, pelo reforçamento negativo seria o adiamento de tarefas indesejáveis (Zamignani & Banaco, 2005).

Mais uma relação contingencial possível ocorre entre respondentes e operantes verbais. Nesse caso, Coêlho e Tourinho (2008) pontuam que ocorre um condicionamento semântico, ou seja, quando palavras são pareadas com estímulos aversivos, estas podem por si só eliciar respostas fisiológicas denominadas de ansiedade.

Outra variável destacada por Zamignani e Banaco (2005) diz respeito à relação entre operantes verbais e operações estabeledoras. Essas variáveis motivacionais (operações estabeledoras) podem tanto estabelecer quanto alterar o valor reforçador de um dado estímulo. No caso da privação, o que se pontua é que certas dificuldades e/ou *déficits* comportamentais do indivíduo, como habilidades sociais e resolução de problemas, podem produzir poucos reforçadores para o cliente. Contudo, se os poucos reforçadores disponibilizados tiverem alguma relação com as consequências produzidas pelo comportamento ansioso, tais como receber atenção e cuidados especiais, é provável que as respostas ansiosas se mantenham.

Um comportamento que não está enquadrado nos transtornos referentes à ansiedade, mas que apresenta relações contingenciais semelhantes às análises baseadas em uma visão analítico-comportamental, é a tricotilomania (TTM).

¹ Skinner (1953/2007) coloca que os eventos reforçadores são de dois tipos: reforçador positivo e negativo. Em ambos os reforços, o efeito é o de aumentar a probabilidade da resposta. Contudo, no reforço positivo, ocorre a apresentação de estímulos enquanto que no negativo, há a remoção de algum evento.

Caracterizada como um comportamento anormal e impulsivo de arrancar os cabelos, o termo tricotilomania foi cunhado em 1889, por François Henri Hallopeau, um dermatologista francês, que atendeu a um rapaz que arrancava os cabelos do corpo e do couro cabeludo, identificando esse ato como uma condição médica.

No entanto, as primeiras considerações a respeito dessa patologia puderam ser vistas em apontamentos de Hipócrates, que recomendava atentar e questionar sobre o comportamento de puxar o cabelo como um assunto de rotina na avaliação médica (Christenson & Mansueto, 1999). Porém, a inclusão dessa patologia no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, editado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), ocorrera somente em 1987 (em sua terceira edição revisada, DSM-III-R), classificada como transtornos dos impulsos não classificados em outro local.

Embora haja essa catalogação, isso não significa um consenso entre os estudiosos haja vista que há a preferência de que a tricotilomania faça parte do espectro do transtorno obsessivo-compulsivo. Sobre essa divergência quanto à categorização, van-Minen, Hoogduin, Keijsers, Hellenbrand e Hendriks (2003) apontam que é válido se enquadrar a tricotilomania no espectro obsessivo-compulsivo, tendo em vista suas características fenomenológicas, epidemiológicas ou neurobiológicas e, ainda, em função da eficácia da medicação serotoninérgica no tratamento dessa doença.

Outras teorias quanto à divergência sobre a psicopatologia da impulsividade no caso de tricotilomania pontuam que essa patologia se assemelharia também à fase maníaca do transtorno afetivo bipolar o que a enquadraria como um transtorno do espectro afetivo (Christenson, Mackenzie & Mitchell, 1991; McElroy, Hudson, Pope, Keck & Aizley, 1992, *apud* Toledo, Taragano & Cordás, 2010).

Não obstante, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), em sua quarta edição revisada (Associação Americana de Psiquiatria, APA, 2003), também menciona a relevância de se observar, como diagnóstico diferencial, o ato repetitivo de arrancar os cabelos como uma compulsão. Contudo, nesse caso, o comportamento de puxar o cabelo seria uma resposta relacionada com uma obsessão.

Apesar dessas controvérsias, faz-se importante apresentar as classificações internacionais mais comumente utilizadas. No DSM-IV-TR (APA, 2003), e na Classificação Internacional das Doenças Mentais e de Comportamento (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1992), a tricotilomania está classificada como um transtorno do controle dos impulsos, ou seja, a pessoa não conseguiria resistir a um forte impulso ou tentação em executar um ato que poderia colocar em risco a si mesmo ou a outros.

Portanto, são cinco os critérios diagnósticos estabelecidos para a tricotilomania: (A) ato recorrente de puxar os próprios cabelos, o que leva a uma perda visível de pelos nos mais variados lugares do corpo (axilas, sobranceiras, couro cabeludo, púbis, região perirretal, cílios); (B) uma tensão crescente anterior à execução da ação de puxar o cabelo ou na tentativa de resistência do impulso; (C) referência a sensações de prazer, alívio e/ou satisfação posteriormente ao comportamento de arrancar o cabelo; (D) a tricotilomania não pode ser melhor explicada por outro tipo de transtorno mental ou a outra condição médica geral; (E) significativas perdas no funcionamento ocupacional, social ou em outras áreas importantes do funcionamento do indivíduo (APA, 2003).

Com relação aos critérios utilizados na realização do diagnóstico da tricotilomania, Stein, Grant, Franklin, Keuthen, Lochner, Singer e Woods (2010) apontam algumas correções que, feitas, poderiam auxiliar no esclarecimento da

patologia. No critério A, os autores apontam que o termo notável deveria ser modificado uma vez que o comportamento de arrancar o cabelo pode ser pouco localizado o que não resultaria em perda visível de pelos ou, ainda, as falhas obtidas poderiam ser escondidas por uso de bonés ou penteados.

Quanto aos critérios B e C assinalados no DSM-IV-TR, a polêmica se encontra no fato de que a tensão relatada como anterior ao comportamento de puxar o cabelo e seu subsequente alívio pós-ato são relatados por poucas pessoas com tricotilomania, o que excluiria muitos do diagnóstico (Stein *et al.*, 2010; Woods, Flessner, Franklin, Wetterneck, Walther, Anderson & Cardona, 2006). Christenson, Mackenzie e Mitchell (1991 *apud* Christenson & Mansueto, 1999) endossam essa afirmativa com base em amostras clínicas mostrando que entre 17% a 23% dos pacientes não são diagnosticados com tricotilomania por não se encaixarem completamente nos critérios B e/ou C. Acrescentando, Stein *et al.* (2010) ainda pontuam que, mesmo quando esses sintomas se encontram presentes, eles não tendem a ocorrer antes de todos os episódios.

Além das contestações quanto à classificação e aspectos diagnósticos, parece ser relevante delinear nesse estudo, outros aspectos referentes ao comportamento de arrancar os cabelos, a fim de ajudar a compor o quadro descritivo dessa patologia. O que se propõe adiante é explicitar dados de outros estudos mostrando a prevalência, comportamentos típicos, ambientes mantenedores e desencadeadores, bem como pesquisas e tipos de intervenções realizadas na tricotilomania.

A respeito da prevalência, Christenson e Mansueto (1999) apontam dois aspectos que podem estar relacionados com a subestimação da tricotilomania na população geral: (1) que as estimativas iniciais baseiam-se nas experiências com a população clínica, o que pode dar a falsa impressão de que a tricotilomania seja um transtorno

raro; e (2) o fato de que muitas pessoas escondem a prática do comportamento de arrancar os cabelos.

No DSM-IV-TR (APA, 2003), a ocorrência da tricotilomania é apontada por uma taxa de 0,6% de acordo com um levantamento entre estudantes universitários. Já Azrin e Nunn (1977 *apud* Christenson & Mansueto, 1999) afirmam que essa prevalência pode chegar a aproximadamente 4%.

Em crianças, a tricotilomania inicia-se por volta dos 18 meses (Wright & Holmes, 2003, *apud* Woods *et al.*, 2006), e, em adultos, por volta dos 13 anos (Keuthen, O`Sullivan, Goodchild, Rodriguez, Jenike & Baer, 1998; Mansueto, Townsley-Stemberger, McCombs-Thomas & Golomb, 1991, *apud* Woods *et al.*, 2006). Enquanto na infância não há diferenças quanto ao gênero, na fase adulta, há a predominância em mulheres (APA, 2003). Keuthen *et al.* (1998) corroboram essa afirmativa com dados de um estudo com 63 pacientes com tricotilomania, em que observaram uma ocorrência de 92% em mulheres e apenas 8% em homens.

Ainda com relação à prevalência quanto ao gênero, Christenson e Mansueto (1999) ressaltam que essa diferença pode estar vinculada a uma tendência das mulheres procurarem mais o atendimento médico, bem como reproduzir uma tendência cultural de maior aceitação para com a perda capilar masculina.

Em alguns indivíduos, a tricotilomania apresenta-se contínua por décadas, ao passo que, para outros, a patologia pode ir e vir durante semanas, meses ou anos (APA, 2003). Não obstante, Christenson (1995, texto não publicado, *apud* Christenson & Mansueto, 1999), também com dados em pesquisa realizada, aponta que 59% dos pacientes diziam que não haviam sentido mais do que um mês de cessação dos sintomas da tricotilomania, e que, além da persistência, ainda ocorriam

variações quanto à severidade dos sintomas e exacerbações relacionadas com a presença de estressores ambientais e o aumento de oportunidades para puxar.

Referindo-se aos subtipos da tricotilomania, citam-se dois: (1) o focal, que envolve consciência do ato, relacionando-se a um estado sensorial, emocional ou cognitivo desagradável; e (2) o tipo automático, que diz respeito ao comportamento de arrancar os cabelos como um hábito que ocorreria frequentemente fora da consciência do paciente (Stein *et al.*, 2010). Complementando, Woods *et. al.* (2006) ainda ponderam que o tipo focal é intencional, usado para controlar experiências aversivas, em contraste com o automático, que ocorreria mais frequentemente durante atividades sedentárias do indivíduo.

Como dito anteriormente, o ato de puxar cabelos pode ocorrer em múltiplas partes do corpo como o couro cabeludo, cílios, sobrancelhas, púbis, barba, peito, pernas, axilas. Contudo, é o couro cabeludo a área mais atingida, como comprovam os achados da pesquisa feita por Christenson (1995 *apud* Toledo, Taragano & Cordás, 2010) com 186 pacientes com tricotilomania, na qual a porcentagem de indivíduos que arrancavam os fios do couro cabeludo foi de 80,6%, seguido de cílios (47%) e sobrancelhas (43,5%).

Quanto às situações mais propícias para se realizar o ato de puxar o cabelo, podem-se citar as situações identificadas como estressoras, de distração ou monótonas. Lugares como o quarto ou banheiro, ou no trabalho ou sala de aula, diante da TV ou lendo/estudando, ou quando se está sozinho, seriam as ocasiões mais frequentemente relatadas para a emissão do comportamento (Mansueto, Golomb, McCombs-Thomas, Townsley-Stemberg, 1999).

Em geral, os indivíduos com tricotilomania procuram arrancar cabelos com uma determinada aparência física, por exemplo, com relação à cor (normalmente fios

cinza), quanto à forma (enrolados ou com pontas duplas) ou textura (grosso) (Christenson & Mansueto, 1999). A raiz também seria um forte incentivo para a emissão desse comportamento, já que, conforme Mansueto (1991, *apud* Christenson & Mansueto, 1999), os indivíduos com tricotilomania examinariam o cabelo em busca de raízes intactas.

Quanto à manipulação dos cabelos, ainda pode-se referir ao uso típico dos dedos, mas também podem ser encontrados relatos do uso de ferramentas como pinças ou pentes (Mansueto *et al.*, 1991, *apud* Woods *et al.*, 2006). O ato de puxar seria precedido por carícias ou toques no cabelo (Mansueto, 1990, *apud* Christenson & Mansueto, 1999) e, por enrolar o dedo indicador em volta do fio antes do ato de arrancar (Christenson & Mansueto, 1999).

Outros comportamentos relatados na tricotilomania são os comportamentos de manipulação dos fios arrancados que podem ocorrer com os dedos, como enrolar o fio nos dedos, alisar o cabelo, sentir a textura, apertar a raiz ou separá-la do fio, ou com a boca, por exemplo, passar o fio na boca, morder a raiz, enfiar uma mecha entre os dentes, mastigar e deglutir os fios (APA, 2003; Mansueto *et al.*, 1991 *apud* Woods *et al.*, 2006).

Sobre o ato de comer o cabelo arrancado, denominado de tricofagia, é importante mencionar que esse comportamento pode implicar em possíveis obstruções e perfurações gástricas e intestinais, anemia, dor abdominal e mau hálito por conta do tricobezoar, a massa de cabelos deglutidos que podem se estender do estômago até o cólon (APA, 2003; Lima, Trench, Rodrigues, Dantas, Lovadini & Torres, 2010).

Outros efeitos negativos resultantes do recorrente comportamento de arrancar os cabelos, além da perda capilar, são as mudanças na estrutura e aparência do fio que está nascendo, danos no folículo capilar, possíveis irritações no couro cabeludo, e

gingivites e erosões no esmalte do dente por conta da mastigação dos cabelos (Christenson & Mansueto, 1999).

Além desses danos físicos, Stemberger, Thomas, Mansueto e Carter (2000, *apud* Woods *et al.*, 2006) indicam alguns prejuízos sociais e comportamentais que o indivíduo com tricotilomania enfrenta. Segundo dados de uma pesquisa realizada pelos autores, 60% dos adultos participantes se esquivavam de nadar ou cortar os cabelos, mais de 20% fugiam de lugares públicos que tinham muita claridade, e mais de 30% ficavam desconfortáveis quando ventava muito.

Os mesmo autores ainda identificaram que mais de 50% dos indivíduos com TTM afirmavam ter baixa autoestima, depressão, irritabilidade e sentimentos de que não seria uma pessoa atraente.

Apesar de pesquisas sobre a origem da tricotilomania terem aumentado, ainda não se sabe claramente a etiologia dessa patologia (Toledo, Taragano & Cordás, 2010). Com relação à base genética, por exemplo, não há pesquisas que comprovem que possíveis *déficits* neuroquímicos se relacionem com o ato de puxar; contudo, o uso de inibidores de serotonina e bloqueadores de dopamina sugerem alguma relação com os sistemas serotoninérgicos e dopaminérgicos (Swedo, Leonard, Rapoport, Lenane, Goldberger & Cheslow, 1989, *apud* Woods *et al.*, 2006).

Outro modelo encontrado é apresentado por Swedo e Leonard (1992, *apud* Toledo, Taragano & Cordás, 2010), que relacionam a origem da tricotilomania com uma desordem do “cuidado excessivo” observado no comportamento de animais. Os autores teorizaram que, assim como os animais que eram submetidos a situações ameaçadoras ou de pouca estimulação emitiam comportamentos estereotipados e repetitivos, as pessoas com tricotilomania também não aguentariam lidar com situações que eliciassem tensão, o que as levariam a se comportar puxando o cabelo.

Falando sobre esses estados emocionais que evocariam o comportamento de puxar o cabelo, autores como Mansueto *et al.* (1991, *apud* Woods *et al.*, 2006) e Christenson e Mansueto (1999) citam que estados como ansiedade, tensão, solidão, fadiga, culpa, indecisão, frustração e excitação seriam gatilhos para o comportamento de arrancar o cabelo, ou seja, esse comportamento anormal seria mais propício de ocorrer nesses determinados contextos.

Woods *et al.* (2006) ainda apontam que o comportamento de arrancar os cabelos seria uma forma de escapar de experiências privadas desagradáveis, isto é, de pensamentos e emoções aversivas. Ampliando essa ideia, os autores anteriormente citados mencionam que Diefenbach, Tolin, Hannah, Crocetto e Worhunsky (2005) sugerem que, em função do aumento de sentimentos como culpa, tristeza e raiva durante o curso do comportamento de puxar os cabelos, esses estabeleceriam ocasião para que novos episódios de tricotilomania ocorressem.

Outras variáveis que devem ser consideradas na tricotilomania são as consequências do reforçamento positivo e negativo como desencadeadoras e mantenedoras do comportamento. Enquanto o reforçamento positivo se daria pelas sensações táteis de friccionar o cabelo contra o corpo, a boca ou os dedos, pela estimulação visual de arrancar certos tipos de fios, ou ainda pelo prazer/satisfação sentidos pelo ato de puxar o cabelo (Mansueto *et al.*, 1991, *apud* Woods *et al.*, 2006; Rapp, Miltenberger, Galensky, Ellingson & Long, 1999), o reforçamento negativo, por sua vez, seria produzido pela remoção de estímulos aversivos ou experiências emocionais contingentes ao comportamento de arrancar os cabelos (Azrin & Nunn, 1973 *apud* Toledo, Taragano & Cordás, 2010; Mansueto *et al.*, 1991, *apud* Woods *et al.*, 2006).

Referindo-se ainda às variáveis mantenedoras, é importante citar que, se o comportamento ocorre na ausência de outros indivíduos, então, há um reforçamento automático (Vaughan & Michael, 1982, *apud* Rapp *et al.*, 1999). Em outras palavras, o que se propõe é que, como o ato de arrancar os cabelos normalmente ocorre quando o indivíduo está sozinho, o reforço, nesse caso, é disponibilizado pelo ato em si, ou seja, por reforçamento sensório-perceptual.

Contudo, mesmo que o ato de puxar o cabelo não seja observado, o resultado dessa ação pode ser visto por outros, o que conforme Rapp *et al.* (1999) também poderia sugerir a manutenção da tricotilomania pelo reforçamento social.

Tentando comprovar a hipótese de que o comportamento de puxar o cabelo seria reforçado automaticamente, Rapp *et al.* (1999) apresentaram uma pesquisa experimental realizada com uma mulher de 19 anos com retardo mental severo que puxava os cabelos desde os 3 anos de idade. Esse estudo também analisou se haveria alguma relação entre os comportamentos de arrancar o cabelo e o de manipular os fios.

A pesquisa consistia em duas fases. Na primeira, a cliente foi exposta a quatro diferentes condições de análise: (1) demanda, na qual a condição fora planejada com o intuito de analisar o reforçamento negativo mediado socialmente como variável na manutenção do ato; (2) atenção, condição que avaliava o papel do reforço positivo social; (3) sozinha, que avaliava a evolução do comportamento de puxar o cabelo na ausência de consequências mediadas socialmente; e (4) controle, situação que serviria de comparação com as outras condições. Os resultados dessa fase mostraram que os comportamentos de arrancar e manipular o cabelo ocorreram cinco vezes mais na condição sozinha em comparação com as outras condições estabelecidas sugerindo então, a manutenção dos comportamentos pelo reforçamento automático.

Já na Fase 2, os autores tentaram averiguar o tempo dispensado nos comportamentos de puxar e manipular os fios em três condições: sozinha, *free hair* (cabelos anteriormente puxados pela cliente disponibilizados no ambiente) e condição luva (os fios de cabelos arrancados anteriormente pela cliente foram espalhados pela sala onde ela se encontrava usando luvas). Os resultados dessa fase mostraram que, na condição luva, não houve frequência de arrancar ou manipular os cabelos. Nas condições *free hair* e sozinha, a manipulação dos fios ocorreu em período de tempo elevadíssimo. O comportamento de arrancar os fios não foi observado na condição *free hair*, e teve baixa frequência na condição sozinha. Os autores sugeriram, então, que o comportamento de arrancar seria mantido pela manipulação tátil-digital dos cabelos.

Outra limitação encontrada na compreensão da tricotilomania se deve ao fato de ter pouquíssimos instrumentos disponíveis para avaliar e medir esse comportamento. Escalas como Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y BOCS – TM), The Psychiatric Institute Trichotillomania Scale (PITS) ou Massachusetts General Hospital – Hairpulling Scale (MG H-HS), por exemplo, seriam formas indiretas de mensurar a tricotilomania e se concentrariam mais em acessar a severidade da patologia do que em diferenciar os subtipos da doença, enquanto que as formas diretas de mensuração da tricotilomania seriam estratégias como o automonitoramento, observação ao vivo ou através de filmagem, contar ou colecionar os cabelos e/ou fotografar a área puxada (Woods *et al.*, 2006).

Por falar em estratégias utilizadas na detecção e análise dessa patologia, parece ser oportuno explicitar, nesse momento, pesquisas que demonstram os tipos de tratamentos que vêm sendo realizados em pessoas com tricotilomania.

Embora haja muitos estudos a respeito do tratamento medicamentoso mais eficaz, o presente trabalho se atentará às pesquisas que examinam as intervenções psicoterapêuticas, mais especificamente as relacionadas a um enfoque analítico-comportamental, em função de ser a base de análise aqui proposta.

Inicialmente, a Terapia Comportamental usou como instrumento central para o tratamento dessa patologia o treino de reversão de hábitos (Azrin, Nunn & Franz, 1980, *apud* Mansueto *et al.*, 1999) e, não obstante, essa tem sido a técnica mais comumente usada em intervenções da tricotilomania e que tem apresentado os melhores resultados clínicos (Rapp, Miltenberger, Long, Elliott & Lumley, 1998; Rapp *et al.*, 1999).

Mas, afinal, em que consiste o treino de reversão de hábito? É um método que consiste basicamente em três componentes: (1) identificação e descrição do comportamento-queixa pelo próprio cliente; (2) aprendizagem e treino diário de um comportamento incompatível que deverá ser emitido logo após o comportamento-queixa ou no lugar desse comportamento; e (3) automonitoramento, através de registros do comportamento e ganhos alcançados que, juntamente com o reforço social disponibilizado por alguma outra pessoa, servirão como variáveis motivacionais para a adesão e manutenção do comportamento (Martin & Pear, 2009, *apud* Goulart-Junior & Britto, 2010).

A respeito da eficácia da técnica do treino de reversão de hábitos, seguem-se três pesquisas realizadas. Rapp *et al.* (1998) fizeram um estudo com três adolescentes, com média de 12 anos de idade, diagnosticados com tricotilomania. Apesar de um dos participantes ter tido dificuldades em seguir o tratamento, foram observadas mudanças consideráveis na redução do comportamento de puxar o cabelo, sendo que os resultados se mantiveram por 27 semanas após o término da terapia, embora

quantidades diferentes de sessões extras de auxílio tivessem sido necessárias para manter essa redução no comportamento.

Goulart-Junior e Britto (2010) relataram um estudo de caso realizado com uma mulher de 21 anos, atendida em consultório particular em duas sessões semanais de 50 minutos, durante 4 meses consecutivos. Foi utilizado o procedimento de reversão-replicação ABAB, seguido de *follow-up*. Após identificação topográfica e análise funcional do comportamento (linha de base), a intervenção consistiu, primeiramente, em ajudar a cliente a identificar as ocasiões em que o comportamento ocorria, bem como a descrever as sensações sentidas com o ato. Em seguida, a cliente era treinada a simular o comportamento de puxar o cabelo sem, contudo, executá-lo. Caso a cliente iniciasse o comportamento, a terapeuta segurava o braço da cliente até que ela desistisse do comportamento.

Também, fora ensinado à cliente uma resposta incompatível com o comportamento de arrancar os cabelos, como ocupar as mãos, sentar sobre as mãos bem como a implantação do reforço social contingente aos comportamentos incompatíveis emitidos e/ou resultados obtidos com o tratamento (crescimento do cabelo) feito pela mãe da cliente. Os resultados comprovam que houve a extinção do comportamento que se manteve no *follow-up*.

Michael (2004) também relatou um estudo de caso com uma jovem de 21 anos de idade que fora submetida ao tratamento comportamental sem uso de medicamentos. Conforme dados recolhidos, os antecedentes mais comuns para o comportamento de puxar o cabelo da cliente seriam a ansiedade e os aborrecimentos frequentes associados ao estresse acadêmico, e variáveis externas como ficar no quarto/banheiro sozinha. O ato de puxar o cabelo era, então, um comportamento de esquiva,

usado como distração, ou seja, o comportamento era reforçado negativamente pelo alívio de sensações desagradáveis, como a tensão acadêmica.

Após diversas estratégias utilizadas com a cliente, como a técnica de reversão de hábito, treino de relaxamento e outros métodos alternativos para a redução de tensão, técnica de parada de pensamento, bem como a realização de uma análise funcional do comportamento de arrancar os cabelos para aumentar a consciência da cliente com relação ao próprio ato, houve uma redução de 70% do comportamento de puxar o cabelo durante o curso do tratamento e ainda melhorias com relação aos sintomas depressivos, embora ainda continuasse uma considerável dificuldade no manejo da tensão acadêmica e ansiedade.

Outras pesquisas, no entanto, tentaram comparar formas de tratamento como o estudo de van-Minen *et al.* (2003), que buscou descobrir qual seria o tratamento mais eficaz na tricotilomania: o medicamentoso, utilizando fluoxetina ou a Terapia Comportamental. Os autores distribuíram 43 pacientes randomicamente em três grupos: um grupo que frequentava somente a Terapia Comportamental (este grupo foi submetido à técnica de reversão de hábito), outro que fez uso de fluoxetina (60 mg/d) e outro que ficou em lista de espera, ou seja, sem tratamento. Todos os grupos foram avaliados por um período de 12 semanas de tratamento e o resultado obtido mostrou que o grupo de pessoas submetidas somente ao tratamento psicoterapêutico havia conseguido redução significativa de sintomas da tricotilomania em comparação com os sujeitos dos outros dois grupos da pesquisa.

Outro estudo que comprovou a eficácia do tratamento com reversão de hábito em comparação ao tratamento medicamentoso é o estudo de caso de Nejatiasafa e Sharifi (2006) com uma mulher de 47 anos, que desde os 17 anos apresentava os sintomas da tricotilomania, mais especificamente antes da hora de dormir. A paciente já havia

feito inúmeros tratamentos medicamentosos, usando até mesmo estabilizadores de humor e antipsicóticos, mas foi somente quando ela iniciara uma intervenção cognitivo-comportamental com o uso da técnica de reversão de hábitos, em combinação com o uso de fluoxetina (40 mg/d), que se observou a cessação do comportamento de puxar o cabelo sendo que, durante os 18 meses de tratamento, a cliente havia relato somente duas ocasiões em que teria puxado menos de cinco fios de cabelo.

Diante do panorama apresentado, pode-se observar que as intervenções encontradas e descritas até o momento se tratam de meras aplicações de técnicas, mais especificamente, a reversão de hábitos. Todavia, esse tipo de prática terapêutica não condiz atualmente com as propostas baseada na Análise Comportamental Clínica, que priorizam, na atuação do terapeuta analítico-comportamental a identificação e alteração de eventos do ambiente que funcionam como desencadeadores e/ou mantenedores de uma determinada queixa do cliente (Zamignani & Vermes, 2003).

Em outras palavras, o terapeuta analítico-comportamental deve realizar análises funcionais do(s) problema(s) apresentado (s), com base em possíveis relações entre respostas e o ambiente, possibilitando, desse modo, vislumbrar e identificar os elementos envolvidos na contingência em questão (de Souza, 2001).

Além de uma análise das contingências atuais do comportamento do cliente, também é de suma importância que o terapeuta identifique contingências históricas de reforçamento que podem estar interligadas com o repertório comportamental atual do cliente. Em outras palavras, para se compreender as funções de um determinado comportamento do cliente não basta somente se analisar as relações contingenciais atuais de comportamentos específicos e de classes mais restritas (análises

moleculares); é preciso que o terapeuta faça uma análise mais ampla desses comportamentos (análise molar), recorrendo às variáveis históricas que adquiriram alguma função no responder do cliente (Zamignani & Vermes, 2003).

A partir dessas análises funcionais, portanto, o terapeuta irá ajudar o cliente a avaliar sobre sua atuação em contingências que determinam o seu comportamento atual e, estabelecer estratégias e alternativas terapêuticas que considerem os determinantes da ocorrência desse (Marçal, 2005). O cliente, então, “é tido como um produto e produtor das contingências às quais está exposto (ou, melhor, nas quais age), o que lhe imputa um papel ativo na terapia” (de-Farias, 2010, p. 21).

Por isso, o que se propõe nesse trabalho é delinear, por meio da apresentação de um caso clínico de tricotilomania, a amplitude e relevância de uma intervenção terapêutica baseada em uma Análise Comportamental Clínica. Busca-se apresentar de que formas um terapeuta analítico-comportamental pode intervir na queixa de arrancar os cabelos, o que faz deste profissional muito mais do que um mero aplicador de técnicas – um analista do comportamento humano.

Método

Cliente

Leonara (nome fictício), 29 anos, funcionária pública, solteira, classe social médio-baixa, atualmente morando com os pais.

A cliente autorizou o estudo de caso de acordo com a documentação de autorização para publicação no Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento (IBAC), segundo modelo apresentado no Anexo 1.

Queixas e Demandas

A cliente procurou o atendimento psicológico por conta da tricotilomania: Leonara arrancava fios de cabelo do couro cabeludo em situações de estresse e/ou tediosas. Outro problema identificado, pela psicóloga, no decorrer das sessões eram os comportamentos de esquiva emitidos pela cliente, como prender o cabelo para esconder as falhas, emburrar, ficar agressiva ou trocar de assunto quando alguém perguntava sobre o cabelo dela.

Além disso, ao longo do trabalho psicoterapêutico, foi verificada a necessidade de desenvolver repertório de resolução de problemas e treino de habilidades sociais, haja vista que a cliente apresentava dificuldades em lidar com problemas relacionados com a mãe, familiares e com o namorado.

Ambiente

Os atendimentos ocorreram em consultório de psicoterapia localizado no serviço de saúde de uma instituição pública sendo, então, de caráter gratuito. A sala era

aconchegante e acolhedora, apesar de pequena, com as poltronas voltadas de frente uma para outra.

Procedimento

Até o momento em que o presente trabalho fora redigido, 104 sessões psicoterapêuticas haviam sido realizadas ao longo de 3 anos. As sessões tinham duração de 50 minutos cada e foram conduzidas conforme os princípios da Análise Comportamental Clínica (de-Farias, 2010; Marçal, 2010).

Primeiramente, buscou-se estabelecer uma relação terapêutica intensa, de confiança, reforçadora e não punitiva, a fim de que o ambiente psicoterapêutico, incluindo aqui a figura da psicóloga, se tornasse para a cliente um espaço no qual ela poderia se sentir segura e acolhida incondicionalmente para expor seus medos, angústias e dificuldades. A formação desse vínculo terapêutico foi de extrema importância, uma vez que Leonara tinha grandes dificuldades em falar sobre a tricotilomania demonstrando, em muitas situações, pouca e/ou nenhuma aceitação para com o próprio comportamento, e, ainda, preocupações quanto ao que os outros pudessem pensar a respeito desta “patologia”.

Posteriormente, procurou-se analisar o comportamento de tricotilomania da cliente, identificando sua frequência e a quantidade de fios arrancados, os lugares mais propícios para que o ato ocorresse, bem como a descrição do passo a passo desse comportamento, ou seja, toda a cadeia de comportamentos que compunham o ato de puxar o cabelo.

Partindo desses dados, foi então possível analisar funcionalmente o comportamento da cliente. Procurou-se delinear as variáveis determinantes do comportamento de arrancar os cabelos, isto é, as relações contingenciais envolvidas

para que Leonara pudesse entender os porquês do próprio comportamento e, assim, modificá-lo. Foram feitas tanto análises moleculares do comportamento de puxar os cabelos quanto análises molares destes, que faziam parte de uma classe mais ampla de comportamentos de esquiva.

Em seguida, tentou-se implementar a técnica de reversão de hábitos que, conforme apresentado na parte introdutória deste trabalho, trata-se da técnica mais comumente usada no tratamento da tricotilomania. As respostas incompatíveis treinadas e usadas foram discutidas e selecionadas pela própria cliente, a fim de que houvesse maior engajamento no processo. Já o reforço social foi programado após uma sessão ocorrida com a mãe da cliente, na qual fora explicado a importância de reforçar os comportamentos de autocontrole por parte dela, bem como dos ganhos obtidos no tratamento.

Também foi necessário bloquear esquivas da cliente com relação ao comportamento de falar sobre a tricotilomania. A importância desse procedimento se deu na medida em que, quanto mais Leonara evitava falar sobre o cabelo, mais ela diminuía as chances de se engajar em comportamentos de autocontrole. Em outras palavras, sua esquiva de pensar e/ou falar sobre o assunto diminuía a probabilidade de desenvolver consciência sobre a real situação de seu cabelo.

Desse modo, buscou-se aumentar o tempo de discussão na sessão sobre o assunto da tricotilomania, incentivar Leonara a olhar o cabelo em espelhos observando as falhas e o crescimento, contar os fios que ela ainda continuava a puxar, medir tamanho do comprimento do cabelo, elogiar sobre diferenças observadas quanto ao cabelo de Leonara, conversar sobre penteados e formas de se usar o cabelo.

Com relação a outras demandas observadas, como a dificuldade no relacionamento entre mãe e filha, foram feitas análises funcionais sobre os comportamentos de Leonara e da mãe da cliente, utilizando-se de *role playing* na modelagem de comportamentos alternativos como a negociação. Ainda, foi aplicado o Inventário de Habilidades Sociais de Del Prette e Del Prette (2001/2005) para delinear as principais dificuldades da cliente na área de habilidades sociais e, conseqüentemente, treino de repertórios mais socialmente habilidosos por meio de ensaios comportamentais e *role playing*².

No ensaio comportamental, cliente e terapeuta analisavam um comportamento em questão e, através de questionamentos reflexivos, tentava-se instalar novo repertório comportamental para lidar com a situação-problema. Já no *role playing* ocorriam trocas de papéis, ou seja, a cliente ora desempenhava o papel de outra pessoa envolvida em uma determinada situação e a terapeuta o papel da cliente, ora se invertiam os lados.

² *Role playing* ou desempenho de papéis caracteriza-se como uma forma de observação de desempenho de papéis previamente definidos entre duas ou mais pessoas, enquanto que, no ensaio comportamental, há a aprendizagem de novos comportamentos desenvolvidos e instalados através de modelagem, modelação, reforço diferencial e instruções (Del Prette & Del Prette, 2002).

Resultados

Os resultados serão mostrados com base na formulação comportamental elaborada sobre o caso de Leonara, delineando o histórico de vida da cliente, apresentando as análises moleculares e molares realizadas a partir dos dados colhidos. Não obstante, descrevem-se também os objetivos e estratégias utilizadas na terapia, bem como os avanços terapêuticos obtidos no caso.

Cabe ainda ressaltar que Leonara se encontrava em atendimento psicoterapêutico quando o presente trabalho fora redigido.

1. Histórico da Cliente

1.1. Histórico Familiar

Leonara era uma das filhas mais novas do segundo casamento da mãe; a cliente era a única dos irmãos que ainda morava com os pais. A mãe de Leonara trabalhava como empregada doméstica, lavando e passando roupas; já o pai trabalhava como auxiliar de cozinha em uma firma. Conforme relato da cliente, notava-se que a mãe era a figura dominante responsável pelas tomadas de decisões na família; o pai pouco opinava em casa, mas ajudava financeiramente com as despesas.

Leonara mudou para a capital do estado com a mãe o irmão mais novo em 2004, porque a mãe acompanhou uma patroa, porém, em 2005, o irmão casou-se e mudou de cidade. Leonara voltou para onde residia em 2006, depois que começou a namorar, e a mãe veio junto com a cliente.

Sua relação com a mãe era muito conturbada no início da terapia, porque Leonara afirmava que a mãe era muito controladora e gostava de interferir, inclusive, em suas amizades. Leonara e a mãe não conseguiam conversar sem brigar: uma

queria impor o que achava mais correto que a outra fizesse. Leonara manipulava a mãe quando queria conseguir algo como sair para festas, ficando sem comer e conversar com a mãe, por exemplo. Por sua vez, a mãe da cliente também utilizava de estratégias semelhantes para fazer com que a filha não saísse de casa, como se queixar que não dormia até que Leonara voltasse para casa.

Sobre a relação com o pai, disse que eles apenas moravam juntos: havia pouca afetividade entre os dois, Leonara pouco conversava com esse pai e também pouco relatava sobre ele na terapia.

Com os irmãos, Leonara se dizia mais próxima à irmã que cursava Psicologia, e de um irmão mais novo, de quem Leonara sentira muito o afastamento quando ele se casou, chegando a interferir na quantidade de fios de cabelo que Leonara puxava do couro cabeludo. Esse também era o irmão que tinha duas filhas com as quais Leonara tinha mais proximidade.

1.2. Histórico Acadêmico-profissional

Leonara concluiu o Ensino Médio 10 anos antes de iniciar terapia e, depois disso, não fizera outro curso. A cliente dizia ter vontade de cursar Direito, mas pouco ou nada se comportava para que essa meta fosse alcançada: tinha dificuldades em iniciar estudos para prestar vestibular; nunca testou fazer inscrição em um vestibular como teste para saber nível de qualificação; e, embora tivesse relações com pessoas influentes no governo estadual, ainda não tinha procurado informações a respeito de como conseguir ganhar uma bolsa universitária.

O primeiro trabalho foi em 2001, na casa de uma irmã, cuidando dos sobrinhos. Leonara contou que, nesse período, sua vida era muito monótona. Essa foi a época em que ela iniciou o comportamento de arrancar os cabelos.

Em 2006/2007, Leonara começou a trabalhar como funcionária pública (secretária do prefeito municipal) após ter passado em um concurso público. Como secretária, organizava eventos sociais. A cliente contou que o prefeito solicitava constantemente que organizasse festas na casa dele. Contudo, Leonara ia poucas vezes a essas “reuniões” sociais, porque a pessoa com quem namorava a proibia.

Mesmo assim, Leonara ressaltava sentir falta dessa época em que aconteciam vários churrascos semanais, o que proporcionava que ela se encontrasse e se reunisse mais com amigos. Depois das eleições de 2008, na qual o prefeito e candidato para quem trabalhava perdeu, a cliente contou que esses encontros não mais aconteciam e que as pessoas com as quais se encontrava nessas festividades se distanciaram.

Após a mudança de prefeito, foi transferida de local de trabalho diversas vezes. A cliente dizia que se sentia muito incomodada com as constantes mudanças de horários e rotinas. Não conseguia formar vínculos nos locais onde trabalhava porque pouco permanecia (poucos meses) em cada local. Também se queixava de marcação política, já que havia apoiado outro candidato nas eleições municipais do ano de 2008.

A partir da 65ª sessão, Leonara começou a queixar-se de se sentir improdutivo e desperdiçada no trabalho. A cliente dizia que além do salário ser ruim e não possibilitar uma melhora no padrão de vida, o trabalho em si era monótono e pouco estimulante, o que a chateava bastante. Deve-se ressaltar que os cargos ocupados pela cliente durante a gestão de 2009/2012 forneciam menor poder e *status* para a cliente.

Porém, apesar das reclamações e insatisfações quanto ao trabalho e do desejo de retomar os estudos, até o momento em que o presente trabalho fora redigido, não houve nenhuma atitude por parte da cliente que sinalizasse um esforço efetivo para

provocar mudanças nessas áreas. Inclusive, sua irmã, que morava em uma cidade economicamente e populacionalmente maior do que a cidade onde a cliente residia (distância de 140 km entre as cidades) propôs que a cliente fosse morar na casa dela, mas Leonara argumentou dizendo que não gostaria de morar com a irmã para não atrapalhar a rotina, a convivência e “liberdade” das pessoas da casa e que, também, tinha receio em abandonar o trabalho porque não saberia se arrumaria um emprego na outra cidade.

1.3. Histórico Socioafetivo

Leonara se dizia uma pessoa muito sociável e que gostava muito de sair de casa. Conforme relato da cliente, não era necessário que tivesse companhia para sair, não tendo receio em sentar sozinha em um bar e tomar uma cerveja.

Ir a festas, beber e a companhia de alguns amigos sempre foram motivos de preocupação e brigas com a mãe, que cobrava da cliente que ficasse mais tempo em casa. Nos primeiros dias e/ou semanas após as brigas com a mãe, Leonara passava mais tempo em casa e pouco saía para os bares que frequentava; contudo, no tempo que passava em casa, ficava assistindo televisão com a mãe, o que era uma atividade entediante e servia de operação estabelecadora para Leonara puxar o cabelo. Adicionando, a cliente dizia que não contestava verbalmente a mãe, apontando o quanto era desagradável ficar em casa.

Leonara dizia ter muitos amigos, mas que poucos eram amigos de verdade para quem ela confidenciava suas intimidades; muitos eram amigos de farra. Embora, Leonara dissesse que contava sobre sua vida íntima para alguns amigos, a cliente afirmava que nunca conseguira falar sobre sua “patologia” com quaisquer deles em função de ter receio sobre como eles reagiriam quando soubessem sobre a

tricotilomania. Quando algum amigo ou outra pessoa perguntava sobre o cabelo, Leonara respondia que havia quebrado por conta de um produto que passara nos fios.

Outro ponto que merece destaque é quando Leonara saía de casa e se sentava nos bares da cidade e não possibilitava que outras pessoas se aproximassem dela. A cliente contava que se sentava à mesa dos bares, mas não era recíproca aos investimentos de rapazes que tentavam se aproximar e conversar. Ela dizia se sentir pouco atraente, e, além disso, comportar-se dessa maneira impedia que as pessoas perguntassem sobre o cabelo dela.

Sua vida social ficava ainda mais limitada quando estava namorando, já que os parceiros a proibiam de sair de casa. A propósito, os namoros de Leonara sempre foram muito conturbados. Em um desses, que começara em 2000, Leonara chegou a ficar noiva, mas o término ocorrera em 2004, porque dizia não estar preparada para o casamento e também havia percebido que não gostava do noivo. Na época, Leonara havia se mudado para a capital do estado.

O namoro posterior de Leonara começou em setembro de 2005, quando foi a passeio para a cidade onde residia durante a terapia. O namorado era muito ciumento, a ponto de Leonara mentir onde estava quando tinha que viajar para o retorno nas consultas psiquiátricas e psicológicas. A relação era de muitas brigas e o namorado era viciado em drogas. O término aconteceu depois que ele tentou pular o muro da casa da cliente, ameaçando-a. Leonara prometeu que, a partir daquele dia, nenhum homem jamais iria maltratá-la ou submetê-la novamente.

Depois que terminou o relacionamento, teve vários envolvimento amorosos, incluindo um relacionamento de 8 meses com um homem casado. Para Leonara, a condição de amante não a incomodava; disse que, mesmo que a mulher legítima tivesse descoberto a relação extraconjugal do marido, não estaria disposta a perdê-lo

e gostaria de manter a relação como estava porque a satisfazia daquele modo. Meses mais tarde, porém, essa relação acabou porque Leonara percebeu que o homem não abandonaria a esposa.

Com relação aos namoros, disse que sempre se doou muito tentando agradar os homens com quem se relacionava; as amigas diziam que ela agia muito mais como mulher/esposa do que como namorada, ou seja, a cliente, quando se envolvia emocionalmente com alguém, começava a dormir constantemente na casa do rapaz, a deixar pertences dela como roupas e sapatos na casa dos namorados, a cozinhar rotineiramente para os parceiros, etc.

Com relação ao namorado com quem estava se relacionando nos últimos 9 meses no momento em que fazia terapia, a cliente se queixava por ele não incluí-la em sua vida: para a cliente, o fato de o namorado não chamá-la para visitar a família dele, que residia em outra cidade, fazia com que ela se sentisse a parte da vida dele.

Outra situação que incomodava Leonara era o fato de o namorado não gostar de sair de casa. No início do namoro, a cliente o convidava para irem juntos a bares e lanchonetes, o que ele sempre recusava; depois, quando saíam juntos, Leonara se sentia desconfortável e tensa porque o namorado ficava impaciente com a demora no atendimento e, diferentemente dela, o parceiro só queria terminar de comer e voltar para casa. Por esse motivo, a cliente dizia que preferia sair com as amigas, mas isso causava discussões entre ela e o namorado, que cobrava que ela saísse menos de casa.

Nessa relação, contudo, Leonara estava conseguindo expor mais o que sentia, conversando e pedindo mudanças de comportamento, embora o namorado sempre se esquivasse de dialogar com a cliente.

1.4. Histórico Médico-psicológico

Leonara começou a fazer terapia em 2006, por intermédio da irmã que já estudava Psicologia. Quando a irmã propôs que começasse a fazer psicoterapia, a cliente se aborreceu dizendo não admitir que houvesse problema em arrancar os próprios cabelos.

A primeira psicoterapia realizada foi com uma professora de sua irmã, que fazia atendimentos baseados na abordagem cognitivo-comportamental. Os atendimentos ocorriam a cada 2 meses, devido à distância entre as cidades onde Leonara residia e onde ficava o consultório da psicóloga que a atendia. A frequência desses dependia tanto da disponibilidade da psicóloga quanto da possibilidade financeira e de tempo da cliente.

Essa psicóloga encaminhou Leonara para o atendimento psiquiátrico em 2007. Depois de diversos medicamentos administrados, sendo todos recaptadores de serotonina (Serenata e Clo), o Pondera foi a medicação que mais ajudou à cliente, sem que houvesse grandes efeitos colaterais que a prejudicassem.

Leonara disse que, no início, não levava a medicação a sério; tomava cerveja todos os finais de semana, mesmo com indicação do médico para evitar ou beber pequenas quantidades.

Como as sessões de psicoterapia estavam pouco frequentes, e também em função da quebra de vínculo terapêutico (Leonara dizia que se sentiu abandonada pela psicóloga, que ficara sem responder e-mails por um período prolongado), a cliente buscou o atendimento aqui descrito em outubro de 2009.

2. Delineando o Comportamento de Tricotilomania

Faz-se importante apresentar algumas análises funcionais realizadas ao longo do trabalho psicoterapêutico. O que se propõe é delinear o comportamento de arrancar o

cabelo, por meio de análises moleculares e molares. Essas análises evidenciam tanto variáveis mais específicas que determinam a manutenção e diminuição da tricotilomania nesse caso em questão, como também examina o ato de puxar o cabelo como parte de uma classe mais ampla de comportamento, um padrão comportamental de fuga-esquiva.

2.1. Análises Moleculares

O ato de arrancar os cabelos se iniciou no ano de 2001. Na época, com 18 anos, a cliente era babá de uns sobrinhos. Descrevia o trabalho e a própria vida como monótonos e entediante. Estimativamente, Leonara arrancava em torno de 150 fios por semana.

Com a mudança para a capital do estado e o término do noivado no ano de 2004, a cliente contou que o comportamento de puxar o cabelo se acentuara, sendo então arrancados cerca de 160 fios por semana. Já em 2005, quando iniciou um novo namoro e com o casamento e mudança do irmão mais novo, Leonara passou a puxar mais de 180 fios por semana; a cliente relatou que esse fora o período em que ela mais puxava o cabelo e quando mãe, irmã e amigos começaram a perceber as falhas no seu couro cabeludo.

Depois que Leonara iniciou os atendimentos psicológicos e psiquiátricos, pôde-se notar uma crescente diminuição no comportamento de arrancar os fios do couro cabeludo. Em 2006, Leonara estimou que puxava aproximadamente 80 fios por semana, passando para 30 fios-semanais em 2010, como apresentado na Figura 1.

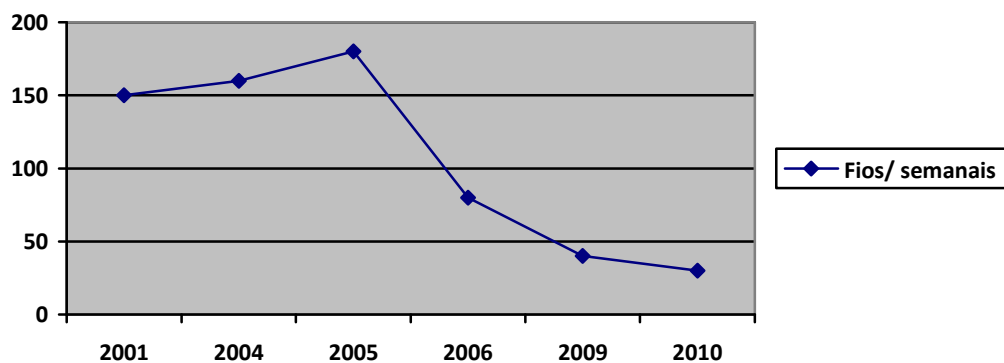


Figura 1. Topografia do comportamento de puxar o cabelo.

De acordo com o relato de Leonara, os fios eram puxados em situações classificadas como tediosas: ficar em casa assistindo à televisão quando preferiria estar na rua, conversando com amigos e/ou bebendo; no trabalho, quando não havia algo para fazer; em situações de estresse, quando deitava na cama e ficava pensando sobre os problemas que tinha para resolver, tais como brigas com a mãe e/ou com o namorado, e dificuldades financeiras.

A propósito, a cliente só se engajava no comportamento de arrancar os fios de cabelo caso estivesse sozinha. Tanto em casa quanto no trabalho, ter a presença de outros inibia o comportamento tricotilomaníaco da cliente. Leonara dizia que, em casa, ela somente puxava o cabelo quando estava sozinha no quarto, de porta fechada, e, mesmo quando puxava o cabelo na sala enquanto assistia à televisão, era porque a mãe que estava no mesmo local havia adormecido. Acrescentando, nas sessões de psicoterapia, Leonara nunca arrancou nenhum fio de cabelo, embora tenha relatado ter sentido vontade de fazê-lo.

Outro antecedente identificado pela cliente dizia respeito a uma coceira sentida anteriormente ao ato de puxar em algumas situações, mas, em contrapartida, a cliente ainda ponderou que, em algumas situações em que ocorrera o comportamento, ela

não percebia que estava puxando o cabelo e só parava com o ato quando notava vários fios espalhados pelo chão e/ou cama ou quando começava a sentir dores na cabeça.

Essas análises moleculares do comportamento de puxar o cabelo podem ser visualizadas na Tabela 1 que descreve as variáveis antecedentes e consequentes dessa classe de resposta.

Tabela 1. Microanálises funcionais de comportamentos emitidos pela cliente. R+ refere-se ao reforçamento positivo; R- a reforçamento negativo; P+ à punição positiva; FQ à frequência da resposta; ↑ ao aumento da frequência; ↓, à diminuição da frequência.

OCASIÃO	RESPOSTAS	CONSEQUÊNCIAS	REFORÇO/ FQ
Frente à TV			
Deitada na cama com a porta do quarto trancada	Colocar a mão no cabelo	Alívio de ansiedade/ adiamento de preocupações Cessaçãõ da coceira	R - ↑
TPM	Catalogar fios grossos	Prazer	R + ↑
Lugares onde Leonara fica sozinha	Enrolar fio no dedo	Comentários e perguntas sobre o cabelo	
Coceira	Puxar fios grossos	Cobrança da mãe Aumento de falhas no couro cabeludo	P + ↓
Situações que eliciem tédio (ficar em casa, trabalho)	Separar a raiz do fio	Dores de cabeça	
Situações que eliciem ansiedade (problemas a resolver, dificuldades financeiras, problemas com a mãe e/ou namorado)		EFEITOS: Culpa/Frustração por falta de autocontrole	

Antes de serem arrancados, os fios eram catalogados, ou seja, a cliente procurava no couro cabeludo apenas fios grossos para puxar, já que sabia que haveria

raiz no fio e que a sensação produzida pelo ato de puxar seria mais intensa. Leonara ainda afirmou não emitir comportamento tricofágico, mas que separava as raízes dos fios de cabelo depois que estes eram puxados do couro cabeludo. Em outras palavras, após ter sido arrancado, a cliente utilizava as mãos para extrair a raiz do fio de cabelo.

Essa cadeia comportamental era mantida por reforçamento positivo (prazer sentido pelo ato de puxar o cabelo) e negativo em função dos aversivos retirados, diminuídos e/ou adiados, como no alívio da coceira que Leonara dizia sentir e da sensação de estresse eliciada por problemas e preocupações vividas pela cliente.

Contudo, quando as falhas no couro cabeludo e a diminuição de cabelo ficaram evidentes, diante das cobranças da mãe e da irmã e comentários de outros a respeito do cabelo, Leonara começou a discriminar que o comportamento emitido estava sendo problemático. O ato de puxar o cabelo começou a diminuir de frequência por conta das consequências punitivas descritas. Além disso, as críticas levaram a cliente a procurar ajuda e a tentar se engajar em comportamentos que diminuíssem a probabilidade de arrancar os cabelos, tais como ficar menos tempo sozinha trancada no quarto.

Embora a cliente tentasse controlar o ímpeto de arrancar os fios de cabelo, a culpa sentida por ter puxado alguns fios e a frustração por não conseguir parar serviriam também como condições evocadoras do comportamento de puxar o cabelo da cliente: “Já que puxei dois fios, vou continuar puxando meu cabelo”.

Outro ponto que merece ser analisado eram os questionamentos feitos pela cliente em algumas sessões: “Por que eu ainda continuo puxando o meu cabelo mesmo depois de tanto tempo de terapia?”; “Se eu sei que puxar o meu cabelo traz

consequências como falhas no couro cabeludo, dores de cabeças, cobranças da minha mãe e irmã, por que eu ainda continuo a puxar cinco/seis fios?”.

Primeiramente, deve-se considerar que os elogios recebidos pelo crescimento do cabelo de Leonara fizeram com que a cliente se motivasse e diminuísse a frequência de fios arrancados, mas, em contrapartida, a visível melhora na aparência do couro cabeludo fez com que os outros deixassem de questionar sobre o cabelo e, também, que o comportamento de Leonara não ficasse mais sob controle das falhas no couro cabeludo. Em outras palavras, os cinco ou seis fios arrancados não produziam os mesmos resultados no couro cabeludo que os 150 fios que Leonara puxava no início do problema.

Não obstante, os comportamentos de esquiva emitidos pela cliente, como prender o cabelo (penteado que escondia as falhas), trocar de assunto quando alguém falava sobre o cabelo dela, não olhar o cabelo no espelho, também diminuía a probabilidade de a cliente entrar em contato com as consequências do próprio comportamento. Esses comportamentos sinalizavam, então, uma dificuldade da cliente em aceitar a “doença” e, conseqüentemente, se comprometer com a mudança (pouco autocontrole).

2.2. Análises Molares

A Tabela 2 apresenta uma análise mais ampla dos comportamentos de esquiva de Leonara. O comportamento de arrancar os cabelos era apenas um dos muitos comportamentos de esquiva emitidos pela cliente.

Outros comportamentos como o de procrastinação de tarefas, tomada de decisões e resolução de problemas, calar ou emburrar diante de desavenças com o namorado ou com a mãe, não olhar o cabelo no espelho, prender o cabelo e/ou não

falar sobre o assunto estavam incluídos nessa classe de respostas de esquiva. Em outras palavras, Leonara esquivava-se de diferentes maneiras de situações identificadas por ela como aversivas.

Tabela 2. Análises molares de comportamentos de esquiva da cliente.

Contextos Históricos e Atuais	Classe de Comportamentos	Quando é reforçador	Quando é aversivo
- Diminuição de sintomas como ansiedade, raiva quando puxa os cabelos;	- Arrancar o cabelo;	- Alívio de sensações como raiva/ansiedade (curto prazo);	- Diminuição de comportamentos de autocontrole;
	- Prender o cabelo;	- Evita questionamentos da mãe e da irmã com relação ao cabelo;	- Aumento no comportamento de puxar o cabelo;
- Não entra em contato com o aversivo: falha no cabelo;	- Pouco observar o cabelo em espelhos: falhas e crescimento;	- Evita ver as consequências no couro cabeludo advindas do puxar os fios;	- Aumento de falhas no couro cabeludo (médio e longo prazo);
- Dependência afetiva com a mãe;	- Evitar falar de assuntos relacionados ao próprio cabelo e/ou cabelos de modo geral;	- Problemas são “esquecidos” (temporariamente);	- Desgaste nas relações com a mãe e o namorado;
- Morar na casa da mãe;	- Procrastinação de tarefas, resolução de problemas, tomada de decisões (e.g., cursar universidade, trocar de emprego);	- Situação cômoda: morando com a mãe; estabilidade financeira e emocional;	- Pouco desenvolve repertórios de resolução de problemas;
- Pouca modelação de comportamento verbal e repertórios de resolução de problemas;			- Adiamento de condições aversivas como enfrentar mãe e namorado, procurar novo emprego com melhor salário.
- Modelo da mãe: emburra ou se cala quando é contrariada.	- Calar ou emburrar diante de um problema, briga com a mãe/namorado.	- Salário gasto com roupas; poucas preocupações com aluguel, água, energia;	
		- Retomada da relação pela mãe: “paparicos”.	

De certa forma, esses comportamentos de esquiva eram reforçados por conta de condições como o esquecimento temporário dos problemas, o alívio de sensações como ansiedade, que eram eliciadas em situações nas quais a cliente enfrentava problemas e preocupações, evitação de questionamentos da mãe e/ou irmã sobre o cabelo, retomada das relações com a mãe e com namorado – mãe “paparicava” Leonara, fazendo as comidas de que ela gostava, estabilidade financeira e afetiva em função da situação cômoda de continuar morando na casa da mãe.

Contudo, manter-se esquivando de possíveis aversivos impossibilitavam que Leonara desenvolvesse um repertório de resolução de problemas, bem como desgastava a relação da cliente com os parceiros afetivos e com a própria mãe. Ainda pode-se apontar que, em médio e longo prazo, as falhas no cabelo voltariam por conta da diminuição dos comportamentos de autocontrole emitidos.

3. Análises Molares de Outros Comportamentos da Cliente

Outros padrões comportamentais merecem destaque nesse trabalho. A baixa tolerância à frustração e a inassertividade de Leonara estavam relacionadas com a alta frequência de comportamentos de esquiva da cliente, incluindo o comportamento de arrancar os cabelos. Expondo de outra maneira, quando se engajava em emitir comportamentos de tricotilomania, Leonara estava adiando a resolução de problemas ou o enfrentamento de condições/situações aversivas.

Leonara se mostrava pouco assertiva em situações que requeriam a expressão de sentimentos tanto positivos quanto negativos, em situações de negociação, e quando era necessário solicitar mudanças de comportamento. Observou-se, no entanto, que esse *déficit* comportamental era relacionado apenas com pessoas mais próximas de

Leonara, ou seja, a cliente tinha mais dificuldades em lidar com a mãe, o pai, alguns irmãos e com o namorado.

A Tabela 3 mostra uma análise molar do comportamento inassertivo de Leonara. Pode-se verificar que a cliente ficava agressiva (falando alto e sendo grosseira), ou emburrava e se silenciava, puxava o cabelo quando era exposta a situações de conflito (mãe, irmãos, namorado) ou diante de problemas a serem resolvidos.

Tabela 3. Análises molares de outros padrões comportamentais da cliente.

Contextos	Classe de Comportamentos	Quando é reforçador	Quando é aversivo
Históricos e Atuais - Modelos parentais de inassertividade; - Namorado se esquivava de conversar/negociar; - Conflitos e divergências constantes de ideias entre Leonara e a mãe. - Ser filha caçula/ser preferida; - Ser única companhia da mãe; - Dependência emocional forte da mãe com Leonara e vice-versa; - Atendimento de pedidos; - Decepções frequentes para com o comportamento dos namorados que diferia do que a cliente esperava.	- Era agressiva (fala alto e era grosseira) - Emburrava ou se calava; - Puxava o cabelo; - Emburrar/ ficar sem conversar com a pessoa com quem Leonara teve o conflito ou se decepcionou; - Puxar o cabelo.	- Conquista de coisas de interesse da cliente; - Manipulação da mãe/namorado/outros; - Adiamento de eventos aversivos. - Seguimento de condições impostas por Leonara; ceder às imposições; - Diminuição de cobranças.	- Baixo repertório de expressividade emocional (não desenvolve repertório); - Baixo repertório de negociação; - Aumento de sentimentos de culpa; - Falhas no cabelo; - Brigas com mãe/namorado/irmãos. - Prejuízos sociais; - Término de namoros; - Brigas constantes com mãe, irmãos, namorados; - Baixo repertório de lidar com problemas, de negociar.

Esses comportamentos inassertivos de Leonara foram reforçados ao longo da história de vida da cliente, pois, em algumas situações, Leonara conseguia manipular a mãe e/ou os namorados, fazendo com que eles agissem conforme a cliente achasse ser o mais correto e adequado. No entanto, por outro lado, a cliente pouco desenvolvia repertórios de negociação e expressividade emocional, o que dificultava suas relações sociais e familiares, aumentando as brigas e impasses.

Outro padrão comportamental relacionado aos comportamentos de esquiva da cliente era a baixa tolerância à frustração. O fato de Leonara ser a única companhia da mãe e, por isso, haver uma grande dependência emocional nessa relação, fazia com que a mãe da cliente cedesse aos desejos da filha para que essa não mudasse de casa. Também, pode-se observar que, quando a cliente se engajava em comportamentos de arrancar os cabelos, havia uma diminuição por parte das cobranças feitas pela mãe.

Contudo, por não saber lidar com situações que desencadeavam o sentimento de frustração, Leonara acabava tendo vários desentendimentos nos relações amorosas, levando até mesmo ao término das relações.

4. Objetivos Terapêuticos

- Diminuir o comportamento de tricotilomania;
- Bloquear as esquivas da cliente com relação ao problema, aumentando os comportamentos de autocontrole;
- Melhorar relacionamento entre mãe e filha;
- Aumentar habilidades sociais, como resolução de problemas, expressão de sentimentos positivos e negativos, assertividade para lidar com críticas injustas, principalmente vindas de pessoas mais próximas, como a mãe, o pai e o namorado.

5. Mudanças Observadas

Até o momento da elaboração desse trabalho, observaram-se várias mudanças quanto à queixa inicial da cliente, bem como de outras demandas identificadas ao longo da terapia. Primeiramente, formou-se um ótimo vínculo entre cliente e psicóloga que, inclusive, resultou em mudança com relação ao conceito de “cura” de Leonara.

Nas primeiras sessões de terapia, a cliente atribuía seu comportamento-alvo a eventos privados, achando que somente estaria curada caso aprendesse a controlar e/ou acabasse com certos tipos de pensamentos (“Minha vida é muito chata”; “Não consigo resolver meus problemas”; “Vou puxar só mais um fio”) e sentimentos (ansiedade, tédio, raiva). A cliente também conferia ao seu comportamento *status* pejorativos como algo feio e/ ou relativo à loucura.

Por meio de metáforas utilizadas na sessão, buscou-se contextualizar a tricotilomania possibilitando uma análise contingencial desse comportamento. Assim, a cliente pôde vislumbrar tanto a função do ato de puxar o cabelo quanto o fato de que a normalidade ou patologia de uma determinada resposta dependeria do contexto em que está estaria inserida.

Apesar desse novo foco de análise, Leonara ainda se sentia culpada por continuar a emitir comportamentos de puxar o cabelo, sendo esse sentimento acentuado pelos comentários da mãe e/ou irmã sobre falhas no couro cabeludo e/ou sobre o comportamento observado.

Embora tivesse dificuldades em lidar com os comentários a respeito do cabelo, a cliente apontava estar se sentindo sozinha na luta contra a tricotilomania, uma vez que tanto a mãe quanto a irmã pouco elogiavam ou faziam comentários a respeito de

seu cabelo. Leonara analisou que os elogios da mãe e/ou irmã serviam como reforçadores para os comportamentos de autocontrole emitidos.

Ainda que o comportamento de tricotilomania se mantivesse, deve-se apontar que houvera significativa diminuição quanto aos fios puxados por Leonara. Dos 150 fios semanais, restavam somente cinco/seis fios que a cliente continuava a arrancar. Porém, esses fios não eram arrancados mais diariamente, já que, em alguns dias, Leonara relatava não ter puxado nenhum fio de cabelo. Outra mudança ocorrida dizia respeito ao local em que Leonara continuava a puxar os fios, o que estaria ocorrendo mais quando estava deitada na cama se preparando para dormir.

Também era visível a melhora no aspecto do cabelo de Leonara. Os fios se encontravam maiores (cumprimento da maioria dos fios do cabelo estavam abaixo dos ombros) e quase não havia falhas perceptíveis. Leonara ainda estava cuidando mais do cabelo, por exemplo, indo à cabeleireira para fazer escova progressiva (o que deixava os cabelos mais lisos).

Com relação aos relacionamentos interpessoais, Leonara mencionava estar conseguindo conversar mais com a mãe, solicitando mudanças e expressando mais seus sentimentos. A cliente relatou que ter conseguido estabelecer um diálogo mais franco sobre assuntos como o namoro, por exemplo, possibilitaram a formação de um vínculo forte e de maior proximidade com a mãe.

Já com o namorado, Leonara se queixava bastante de não conseguir dialogar, o que sempre gerava brigas entre o casal. Contudo, análises de relatos verbais de situações contadas durante as sessões indicavam que a cliente, por vezes, punia o comportamento verbal do namorado. Leonara respondia ao namorado de forma irônica, o que podia diminuir a probabilidade de verbalizações como a expressão de sentimentos.

Exemplo disso foi a situação relatada na 114ª sessão, na qual Leonara falou sobre um passeio que fizera com o namorado para uma cachoeira. Havia meses que a cliente insistia com o namorado para que visitassem o local, mas ele sempre recusava o convite. Porém, na semana anterior à sessão citada, Leonara e ele foram para essa cachoeira e o namorado disse à cliente que adorara o local. Nesse momento, a terapeuta questionou a cliente sobre como ela teria reagido ao comentário do namorado. A resposta de Leonara ao questionamento está descrita no trecho a seguir (T refere-se à terapeuta e L à cliente):

T. E o que você disse ou fez quando seu namorado falou que tinha adorado o lugar?

L. Ah, eu falei para ele que ele poderia estar se sentindo daquele jeito há muito tempo se não tivesse recusado os meus convites anteriores.

T. Como ele reagiu ao seu comentário, Leonara?

L. Ele não disse nada... mas também não comentou mais sobre outras coisas que estava gostando no passeio.

T. Se os papéis fossem invertidos, e ele tivesse falado com você da maneira como você falou com ele, quais seriam as chances de você voltar a falar sobre algo que tivesse te agradando no passeio?

L. Uhm... acho que eu não falaria mais... sei o que está querendo dizer... ,eu puni³ ele falando daquela forma.Se eu quero que ele fale mais comigo, eu não posso agir de forma irônica quando ele me disser algo.

T. Concordo com você. E de que outra forma você poderia ter agido?

³ É importante destacar que a cliente sabia identificar os efeitos do próprio comportamento sobre o ambiente (situações e pessoas) analisado, e utilizava nomenclaturas como reforçar e punir quando fazia análises funcionais na sessão, por ser este um repertório desenvolvido em terapia.

L. Eu poderia ter dito que estava gostando do passeio principalmente por saber que ele também estaria gostando... e, que podíamos fazer mais programas como aquele.

T. Dessa forma, quais seriam as chances de ele dizer para você em outro momento como ele estaria se sentindo? E, mais, quais as chances de você convidá-lo para outro passeio e ele aceitar o convite?

L. Seriam grandes, até porque ele também ia saber que eu gostava da companhia dele.

Sobre o trabalho, Leonara relatou que não houve mais mudanças quanto aos horários e o local, o que proporcionou o estabelecimento de vínculos de amizade com pessoas do trabalho.

Dois outros pontos merecem ser destacados: (1) o episódio em que a cliente tivera que entregar um parecer psiquiátrico que indicava o diagnóstico de tricotilomania e, (2) o fato de Leonara ter conversado com o seu chefe imediato e ter entrado em acordo que favoreceria a ambas as partes.

No período em que ainda ocorriam as trocas constantes de horário de trabalho, a cliente procurou atestar por intermédio do parecer de seu psiquiatra que ela não poderia trabalhar pela madrugada em função da medicação utilizada. Analisando que Leonara sentia receio que as pessoas descobrissem sobre o que tinha, esse passo dado revelou também uma ligeira mudança com relação ao processo terapêutico e à sua concepção sobre a tricotilomania.

Já o segundo ponto mencionado refere-se a um comportamento assertivo da cliente. Leonara analisou com seu chefe como o estabelecimento de um horário fixo de trabalho poderia estar de acordo com as exigências e limitações dela, bem como também beneficiar o sistema, já que seria complicado achar uma pessoa que se

disponibilizasse a trabalhar no esquema necessário para o bom funcionamento daquele setor.

Considerações Finais

De acordo com a descrição encontrada no DSM-IV-TR, a tricotilomania seria o comportamento impulsivo de arrancar fios de cabelo de diferentes áreas do corpo, o que causaria perdas visíveis de pelos no local, sendo portanto, classificada como um transtorno de impulso (APA, 2003).

Contudo, pela maneira como o comportamento humano é analisado em uma perspectiva analítico-comportamental e, ainda, por aspectos relacionados ao comportamento da cliente observados no caso clínico descrito nesse trabalho, o estudo e análise da queixa relatada não poderiam ser meramente baseados em função do conceito delineado pelos manuais diagnósticos e pelas estratégias e pesquisas já realizadas.

Como colocam Coêlho e Tourinho (2008, p.171), compreender um conceito partindo do ponto de vista da Análise do Comportamento “implica buscar as contingências das quais a resposta verbal específica é função” e, por isso, a exigência de se ampliar a forma como a tricotilomania era vista até então. Nesse sentido, pautar o contexto como foco de análise seria imprescindível para que fossem considerados os princípios teóricos e uma prática clínica embasada em uma Análise Comportamental Clínica.

Cavalcante e Tourinho (1998) endossam essa afirmativa, declarando que para uma intervenção analítico-comportamental, as descrições diagnósticas encontradas em manuais como o DSM servem apenas como descrições topográficas de comportamentos, mas o analista do comportamento não deve enfatizar tais sintomas como descritores de uma determinada patologia uma vez que “um mesmo padrão de

respostas pode ser resultado de histórias diversas de interação e pode, ainda, ter funções adaptativas distintas”.

Procurou-se, então, primeiramente, desconsiderar o comportamento de arrancar os cabelos como anormal ou patológico haja vista que, quando se fala em anormalidade, o que se pondera é muito mais o que está destoando da média de uma determinada população. Buscou-se analisar o comportamento a partir de um contexto, identificando e compreendendo qual era a função daquele ato. Em outras palavras, o comportamento de arrancar os cabelos dentro de um contexto não poderia ser diagnosticado como anormal simplesmente porque o que era normal na cultura era ter cabelo. Aliás, se fosse em terra de careca, o que seria anormal seria ser cabeludo.

Essa diferença na forma de abordar e pensar sobre a tricotilomania só fora possível por conta de que, no presente trabalho, a análise desse comportamento não fora unicamente baseada em contingências imediatas ao ato de arrancar o cabelo (antecedentes e consequências específicos), mas, também, como uma classe mais ampla de comportamento.

Por meio de análises molares, a tricotilomania pôde ser analisada por sua relação com a ansiedade, o que possibilitou compreender que o comportamento de arrancar os cabelos, assim como os comportamentos ansiosos, poderiam ser classificados como comportamentos de fuga-esquiva, já que teriam como consequência o adiamento de tarefas/situações aversivas e/ou alívio de respondentes. Ou seja, eles se assemelhariam por conta da função obtida. Fazer uma análise molar do comportamento de arrancar os cabelos permitiu, assim, compreender que esse ato era também mais uma forma utilizada por Leonara na tentativa de lidar com situações aversivas e/ou tediosas.

Não obstante, os comportamentos de esquiva emitidos por Leonara contribuíam para que a cliente não desenvolvesse um repertório de habilidades sociais que a ajudassem na resolução dos problemas sofridos o que gerava brigas e desgaste na relação da cliente com outros.

Pode-se apontar ainda que esse padrão comportamental também fazia parte do repertório comportamental das pessoas com as quais Leonara se relacionava. Dessa forma, o contexto em que a cliente se encontrava inserida não disponibilizava modelos que poderiam auxiliá-la a desenvolver novos comportamentos para lidar com situações aversivas como a resolução de problemas. A mãe, os namorados (atual e ex) e o pai comportavam de maneira semelhante à Leonara o que dificultava a variabilidade e seleção de respostas mais assertivas para as contingências em vigor.

Conforme palavras de Marçal (2005), as contingências passadas da vida do cliente determinariam o modo como o cliente seria no momento atual e por isso, “quanto maior o contato com uma contingência, maior a probabilidade de influência desta sobre o comportamento” (p. 238). Dito de outra forma, o contexto familiar de Leonara, por ser um ambiente tão presente na vida desta, teria um papel predominante na determinação de seu comportamento.

Assim, a terapia como novo contexto na vida da cliente, teve um papel importantíssimo na aquisição de um novo repertório comportamental desta uma vez que na relação terapêutica através da figura da psicóloga e das estratégias utilizadas nas sessões, Leonara obteve mudanças relevantes na forma como se comportava diante das situações- problemas.

Outro ponto que merece destaque nesse caso diz respeito ao fato de que Leonara não puxava os cabelos quando se encontrava na presença de outros. Porém, se a tricotilomania se identifica como um ato impulsivo de arrancar os cabelos, o que

dizer do comportamento da cliente quando ela se continha e não puxava os cabelos mesmo diante da coceira descrita como um dos antecedentes do ato?

Partindo das análises moleculares, constatou-se que o comportamento de Leonara de puxar os cabelos estaria sendo mantido por reforçamento automático, ou seja, pela sensação provocada pelo ato em si, o que vem ao encontro com os achados de Rapp *et al.*(1999).

Também, poder-se-ia dizer que, ao longo da história de vida da cliente, o comportamento de arrancar os cabelos teria sido punido quando executado na presença de outras pessoas, o que teria ocasionado a manipulação dos cabelos somente em situações em que a cliente se encontrasse só.

Todavia, Leonara relatava que, desde o início da tricotilomania, ela somente puxava os fios quando se encontrava sozinha. Mas, as falhas no couro cabeludo de Leonara e/ou ver a quantidade de cabelos espalhados pelo chão do quarto da cliente, foram notadas pela mãe e irmã e, com o passar do tempo, descobrindo sobre a tricotilomania, começaram a “demonizar” o comportamento. Puxar o cabelo passou, então, a ser um ato feio e anormal, o que levou a cliente a se esconder quando executava o ato, como também a inventar desculpas sobre os efeitos do comportamento no couro cabeludo.

Em suma, não fora o ato em si que fora punido. Os efeitos produzidos e visualizados por outros, bem como os apontamentos da irmã sobre a patologia do comportamento e punições da mãe sobre como o cabelo de Leonara estava, que fizeram com que ela não arrancasse o cabelo na presença de pessoas. A psicoterapia de Leonara, portanto, não somente fora baseada em intervenções que privilegiassem a aplicação de técnicas. É fato que se usou a técnica de reversão de hábitos, contudo, o uso dessa permitiu apenas a diminuição topográfica de comportamentos, a fim de

que a cliente pudesse engajar mais no atendimento psicoterapêutico, bem como também contribuir para com a redução das falhas no couro cabeludo que geravam demasiado sofrimento.

Banaco (1999) ressalta que o problema não é a técnica em si, mas o uso descontextualizado de técnicas comportamentais que não levem em consideração o funcionamento global do sujeito: “as técnicas comportamentais são boas, válidas e úteis. Mas precisam ser empregadas num contexto terapêutico, e seu emprego ser decorrente da análise funcional” (p. 81).

Diante da atenuação do comportamento após a aplicação da técnica de reversão de hábitos, outras análises e focos de intervenção puderam vir à tona, como o aumento do repertório de habilidades sociais que possibilitou a aprendizagem de novos repertórios comportamentais para que Leonara lidasse mais assertivamente com situações que fossem aversivas. Pode-se afirmar, assim, que o atendimento clínico de Leonara fora até o momento eficaz.

Não obstante, a tricotilomania também poderia ter sido analisada como um comportamento adjuntivo, ou seja, um comportamento mantido indiretamente pelas variáveis que controlariam outro comportamento. Esse comportamento, portanto, seria um correlato de uma relação contingencial (ver maior detalhamento em Gimenes, Brandão & Benvenuti, 2005, e Gimenes, 1997).

Com relação às falhas e/ou limitações nessa terapia, aponta-se uma deficiência quanto às anotações realizadas pela cliente durante o emprego da reversão de hábitos. Houvera grande diminuição na frequência do comportamento de arrancar os fios, contudo, uma ineficiência no automonitoramento pode ter feito com que a cliente se engajasse menos nos comportamentos incompatíveis. Também, deve-se ressaltar que os fios que ainda estavam sendo arrancados indicariam o fato da cliente ainda estar

desenvolvendo um repertório de habilidades para resolver problemas e lidar com situações sociais.

Outro ponto que pode ter contribuído para a manutenção da tricotilomania se deve ao fato de que os resultados do puxar o cabelo, isto é, falhas no couro cabeludo haviam diminuído, o que impossibilitava o contato maior com os efeitos do próprio comportamento. Puxar dois ou três fios, em dias alternados, já não causava tanta perda capilar e, assim, as consequências punitivas (ficar careca, mãe e irmã chamarem a atenção e/ou cobrarem a cessação do comportamento) já não eram mais tão frequentes.

Enfim, o presente trabalho contribuiu como forma de divulgar ganhos obtidos com ações terapêuticas desenvolvidas em uma prática clínica que prioriza as análises funcionais como meio de pesquisa, embora outros estudos sobre o tema da tricotilomania precisem ser apresentados, a fim de aumentar o acervo de pesquisas e descrições de intervenções que a Análise Comportamental Clínica dispõe. Intervenções que não só priorizem a aplicação de técnicas, mas que demonstrem como a Análise do Comportamento pode ser efetivamente usada no contexto clínico.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA, 2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed.
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva: Da reflexão teórica à diversidade de aplicação* (pp. 75-82). Santo André: ESEtec.
- Barbosa, C. (2004). Ansiedade: Possíveis intervenções na Análise do Comportamento. Em M. Z. S. Brandão; F. C. S. Conte; F. C. Brandão; Y. K. Ingberman, V. M. Silva & S. O. Oliane (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol.13. Contingências e metacontingências: contextos socioverbais e o comportamento do terapeuta* (pp. 163-167). Santo André: ESEtec.
- Baum, W. M. (1999). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultural* (M. T. A. Silva, M. A. Matos, G. Y. Tomanari & E. Z. Tourinho, Trads). Porto Alegre: Artmed.
- Cavalcante, S. N., & Tourinho, E. Z. (1998). Classificação e Diagnóstico na Clínica: Possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 14(2), 139-147.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (D. G. de Souza, Trad Coord). Porto Alegre: Artmed.
- Christenson, G. A., & Mansueto, C. S. (1999). Trichotillomania: Descriptive characteristics and phenomenology. Em D. J. Stein, G. A. Christenson, & E. Hollander (Orgs.), *Trichotillomania* (pp. 1-42). Washington (DC): American Psychiatry Press, Inc.

- Coêlho, N. L., & Tourinho, E. Z. (2008). O conceito de ansiedade na Análise do Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 171-178.
- Darwich, R. A., & Tourinho, E. Z. (2005). Respostas emocionais à luz do modo causal de seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7 (1), 107-118.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2001/2005). *Inventário de habilidades sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2002). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- de-Farias, A. K. C. R. (2010). Por que “Análise Comportamental Clínica”? Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 19-29). Porto Alegre: Artmed.
- de Souza, D. G. (2001). A evolução do conceito de contingência. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 88-104). Santo André: ESEtec.
- Ferreira, D. C.; Tadaiesky, L.T.; Coêlho, N. L.; Neno, S. N. & Tourinho, E.Z. (2010). A interpretação de cognições e emoções com o conceito de eventos privados e a abordagem analítico-comportamental da ansiedade e da depressão. *Revista Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), 70-85.
- Friman, P. C., Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: the example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156.

- Gimenes, L. S. (1997). Comportamento adjuntivo: Um possível modelo para análise e intervenção em problemas de saúde. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 395-403). Santo André: ESEtec.
- Gimenes, L. S., Brandão, A. M., & Benvenuti, M. F. (2005). Comportamento adjuntivo: da pesquisa à aplicação. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do Comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 99-112). Porto Alegre: Artmed.
- Goulart-Junior, R. M., & Britto, I. A. G. de S. (2010). Intervenção Analítico-Comportamental em tricotilomania. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12, 224-237.
- Keuthen, N. J.; O'Sullivan, R. L.; Goodchild, P.; Rodriguez, D.; Jenike, M. A. & Baer, L. (1998). Restrospective Review of Treatment Outcome for 63 Patients with Trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, 155, 560-561.
- Leahy, R. L. (2011). *Livre de Ansiedade* (V. Figueira, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Lima, M. C. P.; Trench, E. V.; Rodrigues, L.L.; Dantas, L. A. de S.; Lovandini, G. B. & Torres, A. R. (2010). Tricotilomania: Dificuldades diagnósticas e relato de dois casos. *Revista Paulista de Pediatria*, 28, 104-108.
- Mansueto, C. S.; Golomb, R. G.; McCombs-Thomas, A. & Townsley-Stemberger, R.M. (1999). A Comprehensive Model for Behavioral Treatment of Trichotillomania. *Association for the Advancement of Behavior Therapy Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 23-43.

- Marçal, J. V. de S. (2005). Estabelecendo objetivos na prática clínica: quais caminhos seguir? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 231-245.
- Marçal, J. V. de S. (2010). Behaviorismo radical e prática clínica. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 30-48). Porto Alegre: Artmed.
- Michael, K. D. (2004). Behavioral Treatment of Trichotillomania: A case study. *Clinical Case Studies*, 3, 171-182.
- Nejatisafa, A. A., & Sharifi, V. (2006). Cognitive Behavior Therapy for Trichotillomania: Report of a Case Resistant to Pharmacological Treatment. *Iran Journal of Psychiatry*, 1, 42-44. Retirado no dia 15/01/2012, do site <http://journals.tums.ac.ir>
- Organização Mundial da Saúde (OMS, 1992). Classificação Internacional das Doenças mentais e do Comportamento (CID-10).
- Rapp, J. T.; Miltenberger, R. G.; Long, E. S.; Elliot, A. J. & Lumley, V. A. (1998). Simplified Habit Reversal Treatment for Chronic Hair Pulling in Three Adolescents: A Clinical Replication with Direct Observation. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 31, 299-302.
- Rapp, J. T.; Miltenberger, R. G.; Galensky, T. L.; Ellingson, S. A.; Long, E. S. (1999). A Functional Analysis of Hair Pulling. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 32,329-337.
- Santos, A. M. (2000). Modelo Comportamental da Ansiedade. Em R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol.5. Conceitos, pesquisa e aplicação – a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (pp. 189-191). Santo André: ESEtec.

- Skinner, B. F. (1953/2007). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, Trans.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1989/1991). *Questões recentes em Análise Comportamental* (M. A. Villalobos, Trad.). São Paulo: Papyrus.
- Stein, D. J.; Grant, J. E.; Franklin, M. E.; Keuthen, N.; Lochner, C.; Singer, H. S. & Woods, D. W. (2010). Trichotillomania (Hair Pulling Disorder), Skin Picking Disorder, and Stereotypic Movement Disorder: Toward DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 611-626.
- Toledo, C. L., Taragano, R. O., & Cordás, T. A. (2010). Tricotilomania. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37, 251-259.
- Torres, N. (2000). Ansiedade: O enfoque do Behaviorismo Radical respaldando procedimentos clínicos. Em R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 6. Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos* (pp. 228-238). Santo André: ARBytes.
- van-Minen, A.; Hoogduin, K. A. L.; Keijsers, G. P. J.; Hellenbrand, I. & Hendriks, G. J. (2003). Treatment of Trichotillomania with Behavioral Therapy or Fluoxetine: A Randomized, Waiting-List Controlled Study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 517-522. Retirado no dia 15/01/2012, do site <http://www.archgenpsychiatry.com>
- Woods, D. W.; Flessner, C.; Franklin, M. E.; Wetterneck, C. T.; Walther, M. R.; Anderson, E. R. & Cardona, D. (2006). Understanding and Treating Trichotillomania: What We Know and What We Don't Know. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 487-501.
- Zamignani, D. R., & Vermes, J. S. (2003). Propostas analítico-comportamentais para o manejo de transtornos de ansiedade: Análise de casos clínicos. Em H. M. Sadi

& N. M. S. Castro (Orgs.), *Ciência do Comportamento: Conhecer e avançar*
(Vol. 3, pp. 117-136). Santo André: ESEtec.

Anexos

Anexo 1. Termo de Autorização, modelo disponibilizado pelo IBAC**AUTORIZAÇÃO PARA
COMUNICAÇÃO ORAL E PUBLICAÇÃO DE ESTUDO DE CASO.**

Eu, _____,
portador(a) da identidade nº _____ autorizo a publicação
escrita de estudo de caso e a comunicação oral, em Encontros de Psicologia, do conteúdo
das sessões de Terapia Analítico-Comportamental conduzidas pelo(a) terapeuta
_____, com registro no CRP
nº:_____, com a finalidade de promover o conhecimento e o desenvolvimento de
tecnologias no campo da Psicologia. Foi-me assegurado que, em todos os casos acima
citados, minha identidade será mantida em sigilo, bem como quaisquer dados que
possam identificar a mim ou quaisquer pessoas citadas nas sessões.

Brasília, ____ de _____ de 20 ____ .

Cliente/Responsável

Aluno(a)/Terapeuta

Supervisor(a)

Coordenação Clínica