

# Tricotilomania: uma Visão Geral de Aspectos Neurobiológicos e Comportamentais

## Trichotillomania: an Overview of Neurological and Behavioral Aspects

Audrey Ribeiro Fischer<sup>\*a</sup>; Carolina Moragno Regino<sup>a</sup>; Lessandra Marques Colmanetti Grzybowski<sup>b</sup>;  
Renato Roberto Liberato Roste<sup>c</sup>; Maria Fernanda Costa Marques Carvalho<sup>ad</sup>

<sup>a</sup>Universidade de Cuiabá, Curso de Medicina. MT, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade do Vale do Itajaí, Curso de Medicina. SC, Brasil.

<sup>c</sup>Hospital Universitário Júlio Muller. MT, Brasil.

<sup>d</sup>Universidade Federal de Mato Grosso, Curso de Medicina. MT, Brasil.

\*E-mail: [audreyrf18@gmail.com](mailto:audreyrf18@gmail.com)

---

### Resumo

A tricotilomania - TTM é uma tricose compulsiva, com sinais dermatológicos, causados por distúrbios do sistema nervoso central, que leva o indivíduo a arrancar o próprio cabelo, a fim de tentar reestabelecer um estado de desequilíbrio interno por meio de atitudes externas. Foi descrita como uma síndrome médica, pela primeira vez, em 1889, possuindo destaque relativamente recente na literatura. Sua incidência tem sido progressiva, após terem surgido critérios mais específicos para distingui-la de doenças dermatológicas, psiquiátricas ou de maus hábitos. Almejando um diagnóstico mais eficiente, o ideal seria uma associação entre recursos dermatológicos e psiquiátricos, a partir dos quais poderá ser traçado um planejamento terapêutico. Apesar da existência de numerosos estudos relacionados ao tratamento, os mesmos apresentam pouca confiabilidade por possuírem, em sua maioria, amostra de pequena quantidade de pessoas, falta de randomização de pacientes para condições de tratamento e/ou dependência de medidas de autoavaliação. Os aspectos discutidos nessa revisão permitem entender a complexidade da etiologia dessa doença, porém ainda há muito a ser estudado referente os aspectos neurobiológicos e comportamentais associados à tricotilomania. Nenhuma pesquisa clínica apresenta tratamentos padronizados para a tricotilomania, porém não se recomendam tratamentos unicamente medicamentosos, quando necessária, a farmacoterapia só deve ser indicada associada à terapia comportamental.

**Palavras-chave:** Tricotilomania. Etiologia. Epidemiologia. Diagnóstico. Terapia Combinada.

### Abstract

*Trichotillomania - TTM is a compulsive trichosis with dermatologic signs caused by central nervous system disorders that leads the individual to start pulling their own hair in order to try to restore a state of internal imbalance through external actions. It was described as a medical syndrome for the first time in 1889 having relatively recent highlight in the literature. Its incidence has been progressively emerged after more specific criteria to distinguish it from skin diseases, psychiatric diseases or bad habits. Aiming at a more efficient diagnosis, the ideal would be an association between dermatological and psychiatric resources from which a therapeutic plan could be drawn. Despite the existence of numerous studies that discuss the treatment, they present poor reliability by having mostly small sample of people, lack of randomization patients for treatment conditions and / or dependence of self assessment measures. This review allows us to understand the complexity of this disease etiology, although, a lot remains to be studied regarding the neurological and behavioral aspects associated with trichotillomania. No clinical research has standardized treatments for trichotillomania, however, only drug treatments are not recommended. When necessary, pharmacotherapy should only be indicated associated with behavioral therapy.*

**Keywords:** *Trichotillomania. Etiology. Epidemiology. Diagnosis. Combined Modality Therapy.*

---

## 1 Introdução

Em 1889, o dermatologista francês François Henri Hallopeau foi o primeiro a descrever o comportamento de um jovem, que arrancava os pelos do corpo e começara a arrancar os cabelos, identificando essa ação como uma síndrome médica, sugerindo-se o nome de Tricotilomania - TTM. Hallopeau sugeriu o nome da síndrome, a partir dos termos gregos *thrix* - cabelo, *tillein* - arrancar e mania, a qual se define como um comportamento anormal por uma incapacidade de parar o impulso (TOLEDO; TARAGANO; CORDÁS, 2010).

Mesmo que exista predisposição genética implicada nos Comportamentos Repetitivos Focados no Corpo (Body Focus Repetitive Behavior - BFRB) ou Transtornos Obsessivos Compulsivos, tais como a Tricotilomania, outros fatores

como temperamento, ambiente, idade de início e componentes familiares estressores também estão envolvidos.

Uma análise interessante é que outras espécies desencadeiam comportamentos semelhantes à Tricotilomania, como gorilas e certos tipos de macacos que puxam cabelo, tentam encontrar insetos em seus pelos ou nos pelos dos outros; as aves retiram suas penas; os ratos puxam a pele dos seus companheiros de gaiolas ou de si mesmos; os cães e gatos lambem ou removem sua própria pele até que fiquem com falhas.

Com essas evidências, pesquisadores estão tentando entender esses comportamentos em animais, a fim de elucidar sobre a complexa neurobiologia que está na base da experiência humana das BFRB.

O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão

sistemática da literatura com enfoque na doença como um todo, com o intuito de expor aspectos dermatológicos, psiquiátricos e comportamentais da tricotilomania.

## 2 Desenvolvimento

### 2.1 Metodologia

De março a setembro de 2016, os termos “tricotilomania” e “tricoses compulsivas” foram pesquisados nas bases de dados PubMed, Scielo, Medline e Google Acadêmico, em que se priorizaram artigos datados a partir de 2004 e que possuíam enfoque na tricotilomania, discutida em relatos de casos e revisões científicas.

Tricotilomania é uma tricose compulsiva, caracterizada como uma falha recorrente em resistir a impulsos de arrancar os próprios cabelos, apresentando sintomas clínicos como sensação de tensão antes do ato e um sentimento de alívio e prazer quando a ação é finalizada. Essa patologia pode ocorrer em qualquer área do corpo, como barba, cílios, pelos púbicos, sobrancelhas, entre outros (HALES *et al.*, 2012; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007).

Sendo enquadrada pelo CID-10 como um Transtorno de Controle de Impulso (OMS, 1992). Em 2008, Pauls e Flessner (2016) e Woods, Flessner e Woods (2016) conduziram estudos com 1697 pessoas, que apresentavam sintomas de tricotilomania e desenvolveram o *Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania - Adult Version - MIST-A*, que foi designado para diferenciar “automático” e “focado” como subtipos da Tricotilomania. O “automático” é caracterizado por episódios de arrancar cabelos antes de o indivíduo ter consciência do ato, quando o mesmo está realizando atividades sedentárias. Em contrapartida, “focado” é caracterizado por arrancar cabelos de uma maneira quase compulsiva, quando o indivíduo se encontra em situações de negatividade emocional. A importância dessa diferenciação ocorre pelo fato de que diferentes subtipos podem necessitar de diferentes abordagens de tratamento.

### 2.2 Diferenciação entre as tricose

O ato de extrair cabelos nem sempre é patológico, e quando é, pode ocorrer como consequência de diversos transtornos mentais. Para se confirmar o quadro de tricotilomania, o paciente deve passar por avaliação psiquiátrica e dermatológica.

Existe uma denominação específica para cada tipo de agressão aos cabelos, sendo as mais comuns: tricotilomania, tricotemnomania (corte dos cabelos, em algumas áreas, rente ao couro cabeludo com objetos cortantes), tricofagia (ato compulsivo de engolir os cabelos), tricoteiromania (quebra do cabelo), pseudoalopecia da coçadura (coçadura compulsiva no couro cabeludo), tricocriptomania/tricorrexomania (ato compulsivo de cortar os cabelos com as unhas) e plica neuropática (presença de cabelos emaranhados formando uma massa) (PEREIRA, 2004).

Caracteriza-se, ainda, Síndrome de Rapunzel, quando a tricose pode ser acompanhada da tricofagia e, por vezes, os cabelos são encontrados dentro da boca do paciente ou acumulados no estômago ou intestino, formando o clássico tricobezoar (LIMA *et al.*, 2010).

### 2.3 Epidemiologia

A manifestação da Tricotilomania possui picos no início da infância e adolescência, mas é mais frequentemente coincidente com a puberdade, cerca dos 13 anos. Em estudos clínicos feitos nos Estados Unidos da América, a incidência de mulheres com tricotilomania é maior do que em homens, sendo a proporção aproximada de 10:1. Em contrapartida, um estudo feito na Itália com 122 participantes mostrou um aumento nessa proporção (14:1) (BOTTESI *et al.*, 2016).

Um estudo feito com 62 crianças (51 meninas e 11 meninos) diagnosticadas com tricotilomania, visando às diferenças da doença entre os gêneros, mostrou que a doença nas meninas veio mais comumente acompanhada de transtornos de ansiedade e depressão do que nos meninos (PANZA; PITTENGER; BLOCH, 2014).

A literatura sugere que a Tricotilomania em crianças seja mais branda do que em adultos, tendo a maioria dos casos resolução espontânea ou com mínima intervenção. Entretanto, foi descoberto que a resolução espontânea ou com mínima intervenção restringiu-se, em sua maioria, a casos com duração menor que 6 meses. Já os casos com duração de mais de 6 meses, são considerados crônicos e precisam de intervenção mais severa (TAY; LEVY; METRY, 2004).

Acredita-se que só nos EUA existam de dois a oito milhões de pessoas com tricotilomania, sendo 90% dos casos em mulheres. A tricotilomania passa despercebida muitas vezes, estimando-se que 40% dos casos não são diagnosticados e 58% dessas pessoas não são tratadas (LIMA *et al.*, 2010).

Um estudo feito com estudantes afirma que a tricotilomania tem prevalência em 0,6% deles, sendo a incidência em mulheres de 3,4% contra 1,5% em homens. Pesquisa conduzida com 186 pacientes com Tricotilomania, os quais relataram a hierarquia das regiões mais preferíveis, sendo: couro cabeludo (80,6%), cílios (47%), sobrancelhas (43,5%), região púbica (23,7%), extremidades (15,1%), axila (5,4%) e abdômen (4,3%) (TOLEDO; TARAGANO; CORDÁS, 2010).

### 2.4 Critérios diagnósticos

Na maioria dos casos de tricotilomania, o paciente não procura ajuda por vontade própria sendo levado ao consultório por um acompanhante. Normalmente, o paciente se consulta primeiro com um clínico geral ou dermatologista e, quando criança, com pediatra, devendo ser encaminhado a um psiquiatra.

Assim como outras comorbidades psiquiátricas, pacientes com tricotilomania têm dificuldade de aceitar o diagnóstico e acabam procurando vários médicos ou não dando continuidade

ao tratamento.

Cada especialidade tem seus próprios critérios de diagnóstico, sendo os principais discutidos aqui contemplando psiquiatria e dermatologia.

É importante salientar a busca por uma tricofagia associada a uma tricotilomania, podendo levar a um tricobezoar. Nessa busca é necessário observar a boca e os dentes, podendo concluir diagnóstico com exames complementares, caso necessário (PEREIRA, 2004).

## 2.5 Psiquiátrico

De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM V, a característica marcante da Tricotilomania é arrancar, constantemente e repetidas vezes, o próprio cabelo, seja ele do couro cabeludo, sobrancelha, cílios e/ou até regiões da axila, facial, púbica e perianal. Tal episódio pode ocorrer, frequentemente, podendo durar meses ou anos, ou durante um período curto, porém de forma mais intensa. Há casos em que a perda de cabelo não é nitidamente percebida, quando o indivíduo arranca fios dispersos ou tenta camuflar de algum modo.

As repetidas tentativas de parar ou reduzir a compulsão caracteriza também a presença do distúrbio, pois há presença de sofrimento clinicamente significativo, prejuízo de funcionamento social, profissional, entre outros problemas como afetos negativos, sensação de perda de controle, constrangimento e vergonha.

Para um diagnóstico definitivo, é necessário observar se existem outras condições médicas envolvidas, como a dermatológica, ou se há sintomas de outro transtorno mental envolvido no processo. Desta forma, existem características associadas que cooperam na conclusão se o indivíduo realmente possui Tricotilomania. Dentre essas, vale ressaltar o comportamento ritual de arrancar os fios, em que algumas pessoas com Tricotilomania arrancam pelos específicos ou de maneira peculiar, além de poderem manipular os fios com a visão, tato ou oralmente, podendo inclusive engoli-los.

O estado emocional é outro ponto importante, que pode estar associado à doença. Geralmente, pessoas ansiosas, entediadas ou que estão em momentos de tensão são mais propensas a desenvolver o transtorno, sentindo alívio ao praticar o ato compulsivo.

Existem graus variados de percepção consciente ao arrancar os cabelos, podendo ser realizado de forma automática ou com enfoque. Há ainda diversidade nos padrões de perda de cabelo, podendo haver predileção por arrancá-los na coroa ou regiões parietais do couro cabeludo.

Como a maioria dos indivíduos admitem que arrancam o cabelo, o diagnóstico dermatopatológico é raramente necessário (APA, 2014).

## 2.6 Dermatológico

A tricotilomania pode ser precipitada ou agravada por

alguma patologia no couro cabeludo ou em outras partes do corpo, como eczema, neurodermite, dermatofitose ou alopecia areata.

Na tricotilomania, a extremidade distal do cabelo cortada é lisa e arredondada e, dificilmente, existe uma área com ausência total de cabelos. Na maioria das vezes se observam muitos cabelos partidos e outros rebrotando, deixando o cabelo rarefeito (PEREIRA, 2004).

### 2.6.1 Tricograma

A fase de crescimento capilar pode ser dividida em três: anágena (fase de maior crescimento capilar), catágena (interrupção do crescimento capilar), telógena (fio pronto para cair) (SAMPAIO, 2008).

O tricograma é um exame que analisa o cabelo e pode detectar alterações no seu ciclo biológico.

Como os cabelos em fase telógena são os primeiros a serem desprendidos, o tricograma na tricotilomania tende a ser bem característico, restando no couro cabeludo, majoritariamente, fios anágenos, podendo o exame constar 100% de fios nessa fase.

Levando em conta que o paciente tem três principais opções para se livrar dos cabelos arrancados (comê-los, escondê-los/livrar-se deles ou deixá-los cair), a coleta de cabelos para o tricograma pode ser feita de duas maneiras diferentes, a primeira, e mais confiável, seria instruir o acompanhante ou alguém da família a recolher os fios e a segunda forma seria solicitar ao próprio paciente.

Analisando-se os cabelos coletados, o fato de possuir cabelos nas três fases, anágena, catágena e telógena com saco epitelial, mostra que os cabelos foram extraídos por uma forte tração, confirmando assim, a tricotilomania. Caso tenha presença de cabelos partidos o diagnóstico é sugestível, mas não confirmado (PEREIRA, 2004).

### 2.6.2 Estudo da pelagem

Quando se examina um paciente com possibilidade para tricotilomania, a análise da pelagem presente é esclarecedora. Com o auxílio de um cartão de papel colocado perpendicular ao couro cabeludo é possível observar os pelos com mais precisão. Após observação, uma amostra dos fios é removida com um porta-agulhas e observada em um microscópio óptico comum.

Tendo em mente que quando o paciente extrai um fio de cabelo estando em fase anágena, há três possibilidades que podem acontecer, tais quais: A quebra do cabelo junto à matriz, com continuidade de seu crescimento; A fragmentação do cabelo dentro do canal folicular, podendo formar tricomalácia; e, a quebra do cabelo a poucos centímetros do couro cabeludo. Nas três possibilidades apresentadas, a fase em que o cabelo se encontra é anágena e com extremidade distal estilhaçada.

Caso o cabelo extraído seja telógeno, dificilmente ocorre quebra. Sua reposição ocorrerá por meio de um cabelo

anágeno, que terá como característica sua extremidade distal afilada.

A necessidade em se diferenciar as fases, em que o cabelo se encontra, ocorre pelo fato de que, caso o paciente tenha uma doença associada à tricotilomania, como, por exemplo, uma alopecia androgenética, predominará uma pelugem telógena, também chamado de síndrome de Rapunzel; e não uma pelugem anágena, como no caso da tricotilomania (PEREIRA, 2004).

## 2.7 Fatores psicológicos

A tricotilomania pode ser desencadeada, bem como mantida, por comportamentos sedentários ou contemplativos, como ler, assistir televisão, falar ao telefone, dirigir, entre outros. Também danos no couro cabeludo e cabelos foram descritos como fatores precipitadores da tricotilomania.

A agressão aos cabelos que, principalmente, ocorre em comportamentos sedentários ou contemplativos é intensificada, quando associada a uma situação de estresse como, por exemplo, preparação para uma entrevista de emprego. Sendo que a extração do cabelo nem sempre ocorre imediatamente, muitas vezes, o paciente fica durante horas manipulando os cabelos, para depois extraí-los, fato que pode ser feito com pinça, dedos ou outro objeto. A tricotilomania pode alternar períodos de exacerbação e de acalmia.

Como a tricotilomania faz parte de um quadro de psicopatias, somente um dermatologista não é suficiente para o tratamento eficaz, sendo necessária a consulta de um profissional psiquiátrico.

Os episódios de arrancar o cabelo podem ocorrer em qualquer lugar, momento e podem durar de minutos a horas. Com frequência é relatado que os pacientes possuem certas preferências por determinados cabelos com texturas ou qualidades diferentes, sendo que alguns pacientes possuem um ritual próprio para arrancarem os cabelos.

Além disso, existem algumas teorias baseadas na perspectiva psicanalítica que interpretam o ato de arrancar cabelo como sendo uma expressão simbólica de conflitos ocorrendo no inconsciente ou o resultado de uma pobre relação objetal. Sobre isso, foram levantadas hipóteses de que arrancar cabelo é um dos meios das pessoas lidarem com a realidade em que vivem ou perceberem ameaças da perda do objeto.

Em adição a essas teorias, alguns teóricos da psicanálise propuseram, ainda, que uma infância traumática vivenciada pelo paciente, especificamente o abuso sexual, desempenharia um papel no desenvolvimento da tricotilomania (TOLEDO; TARAGANO; CORDÁS, 2010).

## 2.8 Alterações neurobiológicas

Ao fazer uma relação entre o hábito dos tricotilomaniacos e suas respectivas alterações neurobiológicas, é sabido que existe um conjunto de fatores que se inter-relacionam, intrínsecos e extrínsecos, e que contribuem para a ocorrência

da TTM. Penzel, em seu Modelo de Regulação de Estímulos, propõe que uma predisposição genética inexplicita aos sistemas serotoninérgico e dopaminérgico levaria o sistema nervoso de um indivíduo a um estado de desequilíbrio, e que por sua vez o conduzisse então a regulá-lo por meio de comportamentos, tais como o hábito de arrancar cabelos. Seria como se a atitude externa tentasse neutralizar a desorganização interna nos comportamentos obsessivos compulsivos desses indivíduos.

Outro fator a ser considerado, entre os portadores de TTM, seria o ambiente como desencadeador dessa patologia, operando nesse caso como um fator extrínseco. Porém ao considerar esse aspecto, alguns autores, assim como Gluhoski, acreditam que a cognição esteja também envolvida. Mais claramente, o ato de arrancar o cabelo desenvolve uma relação afetiva e então um hábito é instalado.

Ao se buscarem fatores concretos, a TTM foi associada com mudanças de estruturas na substância cinzenta do cérebro, o que poderia comprovar a relação de aprendizagem de hábitos, de fatores cognitivos e reguladores de afetos. E em estudos neuropsicológicos, resultados insatisfatórios entre os tricotilomaniacos reafirmam a baixa habilidade espacial, tanto na memória não verbal quanto na função executiva (TOLEDO; TARAGANO; CORDÁS, 2010).

Comportamentos pediátricos anormais, como o início precoce do ato de puxar cabelo, síndrome de Coreia e outros tiques, começam a demonstrar ter relação após a exposição por infecções estreptocócicas. Nessas infecções, os anticorpos que a princípio reagem contra as bactérias gram-positivas chamadas estreptococos, podem também fazer uma reação cruzada e reagir contra o Sistema Nervoso Central do indivíduo.

Um estudo realizado com 52 pessoas se utilizou do *NEO-Five Factor Inventory* - NEO-FFI, um rápido inventário de personalidades para examinar o quanto a personalidade influencia no desenvolvimento da Tricotilomania. Suas análises mostraram uma estreita linha entre indivíduos caracterizados com neuroticismo pelo NEO-FFI e o desenvolvimento de tricotilomania do subtipo “focado” (KEUTHEN *et al.*, 2015).

## 2.9 Psicopatologia associada e diagnóstico diferencial

Outras comorbidades foram associadas, em algumas crianças com a ocorrência de TTM, tais como portadores de distúrbios afetivos, obsessivos compulsivos, ansiedade, déficit de atenção, porém é de difícil comprovação já que não tem como afirmar se essas comorbidades são causa ou consequências da TTM.

Psicopatologias em pacientes com personalidade nervosa ou ansiosa; com hiperatividade, déficit de atenção ou depressão, também estão associadas à TTM (BOTTESI *et al.*, 2016).

Em um estudo feito por Christenson com 186 pacientes, os transtornos psiquiátricos mais frequentes, na amostra de pacientes com TTM, utilizando os critérios diagnósticos do DSM-III-R e o *Minnesota Trichotillomania Assessment*

*Inventory* tem-se: Depressão Maior (51,6%), Ansiedade Generalizada (27,0%), Abuso de álcool (19,4%), Abuso de outras substâncias (16,1%), Fobias simples (18,8%), Transtorno Obsessivo-Compulsivo - TOC (13,4%), Fobia social (11,3%), Bulimia nervosa (8,1%), Anorexia nervosa (1,6%), Tiques crônicos (3,2%).

Os pacientes com tricotilomania podem apresentar outros comportamentos impulsivos, tais como: onicofagia, arrancar cutícula, contrair a face, morder as juntas dos dedos, chupar o dedo polegar, bater no rosto, mastigar ou morder a língua, bruxismo, bater a cabeça na parede, masturbar-se, beliscar, morder ou torcer os lábios e balançar o corpo (TOLEDO; TARAGANO; CORDÁS, 2010).

Diagnóstico diferencial para TTM também de causa orgânica inclui a Alopecia Areata, Sífilis secundária e *Tinea Capitis* (Tinha do couro cabeludo). Algumas experiências sugerem que Alopecia Areata e TTM podem ocorrer juntas, podendo aquela desencadear esta (TAY; LEVY; METRY, 2004).

### 2.10 Tratamento

As opções de tratamento para adultos com Tricotilomania são limitadas. Geralmente, os resultados da maioria dos estudos com tratamentos farmacológicos e terapia cognitivo-comportamental - TCC ou terapia comportamental - TC foram prejudicados por várias limitações metodológicas, incluindo amostra de pequena quantidade, falta de randomização de pacientes para condições de tratamento e/ou dependência de medidas de autoavaliação (FLESSNER; KEUTHEN, 2010).

Nenhuma conclusão definitiva pode ser tirada dos relatos de casos pediátricos em relação ao tratamento e medicação utilizados para TTM com comorbidades psiquiátricas. O que se tem como indicação é que, quando necessária, a farmacoterapia só deve ser indicada associada à terapia comportamental, jamais sozinha. Isso porque nenhum estudo controlado foi realizado somente com medicamentos. Embora os medicamentos, tais como: inibidores da recaptção da serotonina, antipsicóticos e estimulantes costumam ser utilizados em conjunto com TCC, não existem comprovações de suas eficácias. De todos os medicamentos, os inibidores da recaptção de serotonina têm sido os mais escolhidos.

Com farmacoterapia tem-se uma redução do efeito positivo que é alcançado inicialmente, um problema adicional que foi repetidamente demonstrado. Estudo analisando pacientes com tricotilomania, previamente tratados com drogas serotoninérgicas, constatou que destes pacientes, 75% dos que obtiveram benefícios com o tratamento nos dois primeiros meses apresentaram reaparecimento dos sintomas em níveis iniciais no terceiro mês (TOLEDO; TARAGANO; CORDÁS, 2010).

Além de terapias, existem outras ajudas úteis disponíveis no mercado, como o livro *The Hair Pulling "Habit"* and

*You: How to Solve the Trichotillomania Puzzle*, escrito principalmente para pacientes mais jovens com TTM com idades entre 10 e 16 anos, ajudando-os com os maus hábitos. E também o Centro de Aprendizagem Tricotilomania<sup>1</sup>, o qual publicou artigos sobre o tratamento para as crianças.

A terapia como escolha prioritária, para crianças com TTM, tem sido bem-sucedida em casos nos quais não se tem um fator desencadeante. Já em casos com gatilhos estressantes podem ser identificados, o aconselhamento breve e apoio dos pais pode ser suficiente para superar o hábito. No entanto, antes dessas providências e em conjunto com elas, mesmo que geralmente não se obtenha sucesso, é importante motivar as crianças sempre a desfazer o hábito de puxar o cabelo (TAY; LEVY; METRY, 2004).

Diversos estudos relatam uma gama de técnicas comportamentais utilizadas no tratamento de TTM, sendo essas: hipnose, *biofeedback*, treinamento da reversão de hábito - TRH, TCC e TC. Sendo o TRH considerado o mais eficaz.

Em um estudo feito com 12 pacientes com distúrbios de hábitos, o TRH apresentou 90% de eficácia na redução de problemas comportamentais. Também se obteve sucesso quando o TRH foi complementado por TCC.

Sugere-se uma proposta integrada para o tratamento de tricotilomania, tal qual:

- 1) Adequar a relação médico-paciente para um melhor entendimento da doença e do tratamento;
- 2) Avaliar a probabilidade dos locais em que possa arrancar pelos e medir a hierarquia desses locais;
- 3) Avaliar a motivação do paciente para o tratamento;
- 4) Atentar-se sobre tricofagia;
- 5) Encaminhar para um psiquiatra;
- 6) Avaliar a presença e tratar as possíveis comorbidades associadas;
- 7) Encaminhar o paciente para grupo educacional, grupo de apoio e terapia;
- 8) Instituir a TRH;
- 9) Avaliar a necessidade do uso de farmacoterapia com clomipramina ou ISRS; adicionar baixas doses de neurolépticos (haloperidol, pimozide ou risperidona) em casos de resposta parcial; administrar carbonato de lítio ou naltrexona em caso de falha de resposta;
- 10) Considerar a introdução de sugestões por pós-hipnose;
- 11) Instituir estratégias para prevenção de recaídas (TOLEDO; TARAGANO; CORDÁS, 2010).

### 3 Conclusão

À medida que se compreende a etiologia e sintomatologia da Tricotilomania fica mais evidente sua dissociação com os demais Transtornos Obsessivos Compulsivos e Transtornos de Controle de Impulsos com doenças dermatológicas. A complexidade da TTM ocorre por esta ser ao mesmo tempo causa e consequência de diversas patologias, tornando-se conclusiva por diagnóstico diferencial. Uma proposta

<sup>1</sup> Disponível em: [www.trich.org](http://www.trich.org)

integrada de psicoterapia e intervenção medicamentosa, sem evidências científicas comprovadas, tem sido mais comumente associada. Apesar de a primeira indicação ser o tratamento com terapias, a justificativa para se utilizar psicofármacos, como os IRSR, deve-se ao fato da similaridade da Tricotilomania com os Transtornos Obsessivos Compulsivos.

## Referência

APA - American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BOTTESI, G. *et al.* Investigation of the phenomenological and psychopathological features of Trichotillomania in an Italian Sample. *Front Psychol.*, 2016 doi: 10.3389/fpsyg.2016.00256.

FLESSNER, C.A.; KEUTHEN, N.J. Current treatment practices for children and adults with trichotillomania : consensus among experts. *Cogn. Behav. Pract.*, v.17, p.290-300, 2010.

HALES, R.E. *et al.* *Tratado de Psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KEUTHEN, N.J. *et al.* Trichotillomania and personality traits from the five-factor model. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.37, n.4, p.317-324, 2015. doi: 10.1590/1516-4446-2015-1657.

LIMA, M.C.P. *et al.* Tricotilomania : dificuldades diagnósticas e relato de dois casos. *Rev. Paul. Pediatr.*, v.28, n.1, p.104-118,

2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822010000100016>

OMS - Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional das Doenças Mentais e do Comportamento (CID-10)*. 1992.

PANZA, K.; PITTENGER, C.; BLOCH, M. Age and gender correlates of pulling in pediatric trichotillomania. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.*, v.52, n.3, p.241-249, 2014.

PAULS, D.L.; FLESSNER, C.A. Replication study of the milwaukee inventory for subtypes of Trichotillomania - Adult Version in a Clinically Characterized Sample. *Behav. Modif.*, v.39, n.4, p.580-599, 2016. doi: 10.1177/0145445515580533.

PERREIRA, J.M. Tricose compulsivas. *Anal. Bras. Dermatol.*, v.79, n.5, p.609-618, 2004.

SAMPAIO, S.A.P. *Dermatologia*. São Paulo: Artes Médicas, 2008

TAY, Y.; LEVY, M.L., METRY, D.W. Trichotillomania in childhood : case series and review. *Pediatrics*, v.113, n.5, p.113-115, 2004.

TOLEDO, E.L.; TARAGANO, R.; CORDÁS, T. Tricotilomania. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, v.37, n.6, p.251-259, 2010.

WOODS, D.W.; FLESSNER, C.A.; WOODS, D.W. The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version ( MIST-A ): development of an instrument for the assessment of “ Focused ” and “ Automatic ” Hair Pulling The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version (MIST-A): Development of an Instrument for the Assessment of “ Focused ” and “ Automatic ” Hair Pulling. 2016.