

# TRICOTILOMANIA: O QUE É?

ESTRELAS E OURIÇOS



*“Não consigo parar!”, “Quero parar de arrancar os meus cabelos ou as minhas sobrancelhas, porque não consigo?!”, “Porque a minha filha arranca os seus cabelos, ela nem estava zangada!? Ela só puxa o cabelo a ver televisão e no carro.”, “Porque arranco os meus cabelos, até gosto deles?”* – são algumas das dúvidas e questões que surgem em consulta quando estamos perante crianças, jovens e famílias que convivem diariamente com os desafios de uma perturbação crónica, designada por Tricotilomania.

A Tricotilomania pertence às Perturbações do Espectro Obsessivo-Compulsivo, com a integração dos critérios de Diagnóstico Atuais – DSM – 5, caracterizando-se pelo arrancamento recorrente, repetitivo e compulsivo do próprio cabelo/pêlo, sem fins estéticos, resultando em perda capilar/pilosa significativa. Terão de ser identificadas tentativas de diminuir ou de parar a extração de cabelo/pêlo, assim como despistado e diferenciado de um comportamento intencional de automutilação e outras perturbações do foro psíquico.

De acordo com a fundação *TLC Foundation for Body-Focused Repetitive Behaviours*, estima-se que 2 a 5% da população em geral poderá apresentar sintomas e características de funcionamento compatíveis com uma Perturbação de Tricotilomania, sendo mais frequente no género feminino. A Tricotilomania poderá surgir associada a outras perturbações como as Perturbações do Espectro Obsessivo-Compulsivo, Ansiedade e Depressão.

O ato de arrancar ocorre sem intenção consciente de lesar ou de magoar o próprio, com a presença de uma sensação de “urgência” ou impulso para arrancar um tipo ou vários tipos de cabelo/pêlo. Poderá existir a percepção de alívio ou diminuição de tensão após o ato de arrancar. Contudo os estudos científicos demonstram que nem sempre isto se verifica, pelo que a identificação de alívio após arrancar o cabelo/pêlo não se assume como critério para diagnosticar ou excluir esta perturbação, sobretudo em populações infantis, pela presença de comportamentos mais automáticos.

O tipo de cabelo ou zona capilar poderá variar, ser em múltiplos locais, ou apenas num tipo de cabelo/pêlo ou zona do corpo. Os locais mais comuns centram-se no couro cabeludo, as sobrancelhas, pestanas, pêlos das pernas e dos braços ou pêlos das zonas púbicas. Os adolescentes e crianças tendem a arrancar pêlos mais frequentemente na zona das pestanas e couro cabeludo.

O ato de arrancar ou puxar o cabelo ou pilosidades corporais ocorre como um mecanismo de regulação das emoções que é desadaptativo, com maior incidência quando em atividades sedentárias ou momentos de aborrecimento (i.e., ver televisão, durante uma viagem de carro, esperar por uma atividade), procura de conforto (i.e., ao adormecer) ou de maior ansiedade.

Será importante que o processo de avaliação contemple uma abordagem integrativa, seguindo o Modelo Compreensivo de Intervenção Comportamental na Tricotilomania (Mansueto, Golomb & Thomas, 1999), avaliando o funcionamento sensorial (i. e., se existe exploração invulgar de estímulos sensoriais como por exemplo, sugar o cabelo, tocar em texturas macias), os estados emocionais, as pistas situacionais (i.e., arrancar o cabelo/pêlo num local específico ou associado a determinados objetos), os pensamentos subjacentes ao comportamento de arrancar o cabelo/pêlo e o comportamento da criança em geral. Será igualmente revelante ter-se em consideração a idade da criança e as etapas de desenvolvimento, dado que em idades precoces é expectável poder ocorrer exploração sensorial na manipulação do cabelo, ainda que sem a presença de comportamentos de ingestão ou arrancamento repetitivo do cabelo como pode ocorrer na Tricotilomania.

O processo de avaliação deverá contemplar múltiplos informantes e múltiplos contextos da criança ou jovem de modo a avaliar as situações em que o arrancamento ocorre e o impacto clinicamente significativo no contexto social, emocional, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, como o processo de ensino-aprendizagem e socialização.

A criança e jovem deverá ser alvo de avaliação médica para além de uma avaliação psicológica com o objetivo de serem despistadas causas médicas (i.e., dermatológicas) ou condições fisiológicas que possam estar na origem da perda de cabelo ou pêlo significativa. Associado à tricotilomania poderá também

encontrar-se o ato de engolir os fios de cabelo ou pêlos após o ato de extração, que se designa por tricofagia, e que deverá ser despistado aquando da presença de suspeita de tricotilomania.

Ainda existe um longo caminho para se compreender a Tricotilomania na infância e adolescência, assim como o seu curso ao longo do desenvolvimento. Não obstante, os estudos científicos e a comunidade científica alertam para a necessidade de intervenção precoce e atempada para um melhor prognóstico clínico, dado que se trata de uma doença crónica, recomendando abordagens farmacológicas na redução de sintomas e psicoterapêuticas como a abordagem cognitivo-comportamental.

O processo psicoterapêutico visa promover uma intervenção com a criança ou jovem com a colaboração dos seus agentes educativos, intervindo na componente cognitiva, promovendo estratégias de autorregulação emocional, gestão do desconforto, substituição sensorial e estratégias comportamentais de controlo de impulsos, prevenção de resposta e hábito reverso. Estas estratégias são delineadas em função da idade da criança e do seu perfil de funcionamento, com a finalidade de diminuir a ocorrência do comportamento compulsivo e aumentar uma maior perceção de controlo e de bem-estar emocional.

Conteúdo desenvolvido por Catarina Carreto  
Psicóloga Clínica  
[catarina.carreto@pin.com.pt](mailto:catarina.carreto@pin.com.pt)

