

TRANSTORNO DE ESCORIAÇÃO: UMA REVISÃO DE SEUS ASPECTOS CLÍNICOS E OPÇÕES TERAPÊUTICAS

Excoriation disorder: a review of its clinical aspects and therapeutic options

Júlio Cesar

Ribeiro Mota Filho*

Universidade do Extremo Sul
Catarinense, Criciúma, SC,
Brasil.

juliocesarmfilho@outlook.com



*Autor correspondente

RESUMO: O Transtorno de Escoriação é o hábito de autolesionar a pele, causando prejuízo para a qualidade de vida do paciente. Seu reconhecimento como abordagem nosológica própria é relativamente recente, limitando o rol de trabalhos científicos que se debruçam sobre essa condição. O objetivo deste artigo foi de identificar os aspectos clínicos e opções terapêuticas em tal transtorno. Por meio de uma revisão integrativa de literatura em bases de dados científicas, identificou-se que o TE geralmente afeta população jovem com outras comorbidades psiquiátricas, causa grande estresse emocional e produz lesões em lugares de fácil alcance das mãos, com características múltiplas e em diferentes estágios de resolução. Quanto às opções para o tratamento do TE, foram encontradas terapias não-farmacológicas (como a terapia cognitiva comportamental e terapia de reversão de hábitos), farmacológicas (como a acetilcisteína, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina) e terapias ancilares. Conclui-se que o TE é uma condição crônica e revela características clínicas próprias na anamnese e exame físico que podem auxiliar na sua identificação. As intervenções terapêuticas são multifacetadas e ainda carecem de maior embasamento de evidências para sua plena validação no circuito médico-científico.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno de escoriação; psicodermatologia; psicoterapia; tratamento farmacológico.

ABSTRACT: Excoriation disorder is the habit of self-injuring the skin, causing damage to the patient's quality of life. Its recognition as its own nosological approach is relatively recent, limiting the number of scientific papers dealing with this condition. The aim of this article was to identify the aspects of the clinical aspects and therapeutic options in this disorder. Through an integrative literature review in scientific databases, it was identified that ET generally affects young people with other psychiatric comorbidities, causes great emotional stress and produces lesions in places that are easily reached by the hands, with multiple characteristics and in different stages of resolution. As for the options for treating ET, non-pharmacological therapies (such as cognitive behavioral therapy and habit reversal therapy), pharmacological therapies (such as acetylcysteine, selective serotonin reuptake inhibitors) and ancillary therapies were found. It can be concluded that ET is a chronic condition and reveals its own clinical characteristics in the anamnesis and physical examination that can help identify it. The therapeutic interventions are multifaceted and still lack a greater base of evidence for full validation in the medical-scientific circuit.

KEYWORDS: Excoriation disorder; psychodermatology; psychotherapy; drug therapy.

DOI: <https://doi.org/10.18616/inova.v16i2.9559>

Recebido: 16/01/2025

Aprovado: 21/05/2025

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Escoriação (TE), também conhecido por dermatilomania ou *skin picking*, é o hábito de lesionar a pele íntegra ou previamente lesionada, desencadeado por gatilhos emocionais, situacionais, táteis e ambientais¹. Processos metabólicos anormais em neurotransmissores como dopamina, serotonina e glutamato estão relacionados a tal comportamento². Os pacientes acometidos por essa condição possuem grande prejuízo na qualidade de vida, pois as lesões autoprovocadas causam sentimentos de vergonha e, conseqüentemente, isolamento social, além de predispor a pele a infecções, cicatrizes e hiperpigmentações pós-inflamatórias³. Apesar de pouco conhecida e diagnosticada, evidências mostram que é uma condição presente em um quinto dos pacientes com alguma outra doença dermatológica e, se diagnosticada em estágios avançados, possui potencial de grande morbidade, podendo levar à necessidade de enxertos e transfusões sanguíneas⁴.

Esse transtorno pertence ao grande grupo de Transtornos Obsessivo Compulsivos (TOC), sendo relativamente recente seu reconhecimento como entidade clínica própria - sua oficialização ocorreu apenas a partir da publicação da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), em 2013. Em vista disso, ainda são poucas as pesquisas que se debruçam especificamente sobre tal condição, não existindo amplo consenso no campo acadêmico sobre os tratamentos utilizados.

De acordo com o DSM-V, o diagnóstico do TE necessita que o comportamento seja recorrente, o paciente tente controlar o comportamento sem sucesso e sofra algum estresse ou deficiência como consequência de sua condição. Além disso, o comportamento de escoriação não pode ser secundário ao uso de alguma substância psicoativa, doença orgânica ou outro transtorno mental⁵. O TE é um estado crônico e complexo, que insere o paciente em uma zona fronteira entre as especialidades de dermatologia e psiquiatria. É comum a presença de pacientes em ambos os consultórios, nos quais o manejo dos casos corre risco de ser tratado de maneira subótima, pois psiquiatras podem se sentir inseguros em intervir no tratamento das lesões ativas e dermatologistas podem se sentir pouco familiarizados com o manejo de mecanismos psicológicos³.

No intuito de elucidar o estado da arte sobre o tema e contribuir para a sua discussão no circuito acadêmico, este trabalho realiza uma revisão sobre os aspectos clínicos e as terapias utilizadas atualmente no TE.

MÉTODOS

Realizou-se revisão integrativa de literatura sobre os aspectos clínicos e opções terapêuticas do TE. A seleção de materiais específicos foi dividida em duas etapas, sendo a primeira, uma filtragem geral de textos por meio dos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

(i) Critérios de inclusão: trabalhos de língua portuguesa ou inglesa; publicados a partir de 2020; de qualquer natureza científica (desde revisões até meta-análises);

(ii) Critérios de exclusão: materiais de acesso pago e duplicados.

As bases de dados utilizadas foram *Google Scholar* e *PubMed*, nas quais foram buscados os seguintes descritores em saúde: “Transtorno de Escoriação”, “Tratamento” e “Apresentação Clínica”, assim como seus respectivos equivalentes em língua inglesa: “*excoriation disorder*” / “*skin picking*”, “*treatment*” e “*clinical presentation*”. Somente materiais disponíveis gratuitamente foram analisados. O período da busca ocorreu em dezembro de 2024.

Na segunda etapa, submeteram-se os trabalhos encontrados a nova filtragem por meio de uma seleção crítica, isto é, levou-se em consideração a pertinência do conteúdo apresentado nos títulos e resumos e excluíram-se trabalhos que apenas tangenciavam o tema ou focavam prioritariamente em assuntos que fugissem ao escopo desta pesquisa.

As informações obtidas dos textos consultados foram organizadas em uma planilha e divididas em categorias para sua posterior exposição didática neste trabalho. Eventualmente, outras fontes previamente citadas nos artigos analisados também foram consultadas, a fim de complementar informações consideradas relevantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira etapa de busca resultou em 102 trabalhos científicos. Esse número reduzido pode justificar-se pela relativa escassez de trabalhos recentes que dão grande foco ao tema. Após a

seleção crítica do material, restaram 10 trabalhos científicos para análise e utilização nesta revisão. Os resultados serão apresentados abaixo por meio da seguinte ordem: (1) aspectos clínicos, na qual são discutidas as comorbidades, perfil epidemiológico, entrevista com o paciente e exame físico, e (2) alternativas terapêuticas, em que são apresentadas as psicoterapias, terapias farmacológicas e medidas ancilares atualmente utilizadas no TE.

Aspectos clínicos

Comorbidades

É comum que o paciente com TE possua outro transtorno psiquiátrico associado, principalmente Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno por uso de Substâncias⁶. Também pode estar acompanhado de transtorno dismórfico corporal, tricotilomania e cleptomania^{7,8}. Ademais, é frequente a presença de condições dermatológicas prévias em tais indivíduos, como a acne, que pode ser gatilho para o desenvolvimento dos atos compulsivos de escoriação. Outra condição digna de nota é a Síndrome de Prader-Willi, na qual o TE se associa a problemas de comportamento e deficiência intelectual causada por essa condição genética⁹.

Perfil epidemiológico

Mulheres são mais afetadas que homens em uma proporção de 1,45:1⁹ e sua instalação pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas geralmente se desenvolve durante a adolescência ou início da idade adulta¹. O acometimento em crianças, embora menos comum, está associado à duração mais longa dos sintomas e menor motivação terapêutica, dificultando o tratamento⁹. O diagnóstico em indivíduos idosos pode revelar uma condição de longa data e sem tratamento, predispondo o quadro ao desenvolvimento de lesões graves. Em casos de ocorrência de um primeiro episódio de escoriação em idosos, deve-se desconfiar do diagnóstico diferencial de delírio de parasitose¹⁰.

A prevalência na população geral ainda incerta, havendo relatos de 1,4 a 5,4% na literatura¹¹. Uma metanálise realizada com 19 estudos e 38.038 indivíduos aponta uma prevalência de 3,5%, com um intervalo de confiança de 2,55% a 4,65%¹².

Entrevista com o paciente

Durante a anamnese, os pacientes podem relatar que os atos de escoriação pioram em momentos de monotonia e ao se engajarem em atividades sedentárias, como ler e assistir à televisão⁹. Deve-se questionar se as escoriações são precipitadas por lesões prévias, como acne e outras dermatites, ou se ocorrem até mesmo em pele íntegra, uma vez que ambas as situações se apresentam ao profissional de saúde^{11,13}. A escoriação costuma ser realizada com os dedos da mão dominante e não é incomum que objetos sejam utilizados para o ato, como palitos e utensílios afiados³. Questionar se o indivíduo possui tentativas frustradas em conter o ato é essencial para se diagnosticar o TE, bem como investigar o uso de medicamentos e a presença de outras condições orgânicas que possam apontar para um diagnóstico diferencial⁵. Traumas emocionais prévios durante a infância e adolescência podem ser identificados como fatores causais de desadaptação em uma gama expressiva de pacientes⁸.

Indivíduos com TE referem alívio ao fim da escoriação, seguido por sentimentos de vergonha, angústia, culpa e evasão social, os quais podem fazer o paciente não assumir a autoria das lesões⁸. Nesse sentido, é prudente avaliar o impacto emocional e o prejuízo na qualidade de vida do paciente, uma vez que a gravidade do quadro determinará a intensidade e as opções terapêuticas adequadas no caso. Para isso, é recomendado, durante a entrevista, o uso de escalas de avaliação da intensidade do TE, como a Escala Obsessiva-Compulsiva de Yale Brown Modificada para Escoriação Neurótica¹⁴ e a Escala Pediátrica de Severidade de Transtorno de Escoriação¹¹.

Exame físico

No exame físico, revelam-se nódulos hipertróficos e lesões anguladas que não cicatrizam em meses ou anos, sendo a face e extremidades dos membros superiores as regiões mais afetadas. O Sinal da Borboleta, muito citado na literatura, pode estar presente e corresponde a uma área da pele poupada de escoriação nas regiões superolaterais do dorso superior graças ao não alcance das mãos do paciente^{2,11}. Cicatrizes, lesões em diferentes estágios de resolução, máculas e manchas hiperocrômicas podem revelar a cronicidade do quadro. É possível o desenvolvimento de quadros infecciosos, como impetigo³. Nos casos mais graves, podem ocorrer danos severos capazes de produzir desfiguramento e amputações².

As unhas das mãos e o couro cabeludo devem ser inspecionados, em busca de sinais associados a outros transtornos obsessivos compulsivos, como a onicotilomania e tricotilomania⁶. A baixa

estatura e fácies sindrômica típica podem revelar a Síndrome de Prader-Willi. Atentar-se para o uso de cosméticos, muito utilizados pelos pacientes para camuflar as lesões, o que pode prejudicar o exame físico, confundindo o clínico sobre a gravidade do caso³.

Alternativas Terapêuticas

Psicoterapia

A psicoterapia é considerada a intervenção principal no tratamento do transtorno de escoriação, sendo a terapia cognitivo comportamental (TCC) e a Terapia de Reversão de Hábitos (TRH) (uma vertente da TCC) as linhas mais utilizadas na prática clínica, uma vez que estas são as correntes que possuem evidências mais robustas no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e suas variantes, como, o Transtorno de Escoriação.

A TCC tem como objetivo desenvolver a autopercepção do hábito e de seus pensamentos disfuncionais precipitantes, permitindo que o indivíduo tome consciência das causas e situações que predisõem o ato de escoriar a pele e construa formas de reflexão capazes de cessar tal comportamento prejudicial¹⁵. As sessões iniciais da TCC são voltadas para a coleta de informação do caso do paciente, explicação dos objetivos da psicoeducação e traçamento de metas. Posteriormente, emprega-se o método de exposição repetida do paciente aos pensamentos obsessivos, instruindo-o a realizar esforço para abster-se da compulsão em escoriar a pele. Com a melhora do quadro, estabelece-se um plano de encerramento da terapia e de prevenção de recidiva do comportamento disfuncional¹⁶.

Em relação à TRH, esta tem como ponto principal desenvolver o automonitoramento do paciente, além de treiná-lo a responder de forma efetiva nos momentos em que o desejo e compulsão por lesionar a pele se manifestam. Geralmente, é solicitado que o indivíduo anote os momentos e circunstâncias do dia em que episódios de dermatilomania ocorrem e responda a tais episódios por meio do engajamento de atividades que impossibilitem o ato da escoriação. A TRH deve ser mantida no mínimo por 3 a 6 meses, tipicamente uma vez por semana, embora a frequência das consultas deva ser individualizada de acordo com a gravidade dos sinais e sintomas do quadro¹⁷. Ademais, o suporte social é considerado um pilar essencial para manutenção do sucesso obtido nas sessões da TRH. Dessa maneira, é importante que o paciente receba reconhecimento e afirmações positivas de familiares e amigos sobre o seu esforço em

implementar respostas que competem ao ato de lesionar a pele¹⁶. Uma metanálise com 4 estudos identificou que tanto a TCC, quanto a TRH demonstram ser eficazes na redução dos sintomas no TE, embora não tenha sido comprovada a sua superioridade em relação ao uso de lamotrigina e Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)¹⁸. Além disso, é muito comum que elementos da TCC e da TRH sejam utilizados de maneira simultânea, a fim de melhorar o prognóstico do paciente.

Além da TRH e TCC, outras abordagens também têm sido utilizadas, embora de forma menos usual e com limitações importantes quanto ao nível de evidência, como, por exemplo, Terapia Comportamental de Aceitação Aprimorada, *biofeedback*, hipnose, *mindfulness*, psicoterapia eclética orientada ao *insight*, terapia em grupo de orientação psicodinâmica, abordagem psicofisiológica cognitiva e terapia comportamental dialética^{1,6,11}.

Terapia farmacológica

Quanto à terapia farmacológica, esta está indicada para quadros moderados a graves do Transtorno de Escoriação, quando a psicoterapia não for suficiente no alívio dos sintomas ou se esta for rejeitada pelo paciente¹¹. Além disso, ressalta-se que não há consenso na comunidade médica sobre qual medicamento deve ser a primeira opção para o tratamento, sendo os ISRS, a acetilcisteína, antipsicóticos e memantina os mais utilizados¹⁶.

Os ISRS aumentam a disponibilidade de serotonina nas fendas sinápticas, regulando o humor, possuindo um benefício teórico no controle de pensamentos obsessivos e de atos compulsivos¹¹. Geralmente, são utilizadas doses maiores no TE daquelas utilizadas para tratamento de transtornos depressivos e ansiosos, aumentando as chances de efeitos colaterais indesejáveis, como disfunção sexual e sonolência¹⁰. O nível de evidência sobre a eficácia dessa classe de medicamentos para o TE ainda carece de uma base sólida. Um trabalho de revisão sobre o tema cita algumas pesquisas que testaram a eficácia dos ISRS: enquanto uma metanálise com 5 estudos evidenciou um benefício no uso de tais drogas, dois ensaios randomizados não demonstraram qualquer diferença significativa entre os pacientes que utilizaram placebo e os pacientes que utilizaram ISRS¹⁹. Além disso, nem todos os medicamentos da classe dos ISRS provaram ser igualmente eficazes. Em um estudo controlado, demonstrou-se que o uso do citalopran não foi superior ao placebo no controle do TE, ao contrário da fluoxetina, sertralina, escitalopram e fluvoxamina, que tiveram resultados positivos²⁰.

A N-acetilcisteína (NAC) é um aminoácido com capacidade moduladora sobre o glutamato, possuindo um papel na redução de estresse oxidativo, neuroinflamação e disfunção mitocondrial⁶. Apesar de ainda carecer de mais evidência científica sobre sua eficácia, alguns estudos já demonstraram resultados promissores para esse modulador glutamatérgico. Um ensaio duplo cego com 66 participantes (31 randomizados ao placebo e 35 à NAC) mostrou que o uso da NAC em uma dosagem de três gramas por dia foi capaz de reduzir o hábito de escoriação da pele em pacientes adultos, sendo que 47% dos participantes que concluíram o estudo e utilizaram a NAC tiveram grande melhora no transtorno, avaliados por meio da escala de Yale-Brown de sintomas obsessivos e compulsivos²¹.

Também há dados que doses inferiores às utilizadas no estudo citado acima evidenciaram melhora nos sintomas do Transtorno de Escoriação. Um estudo aberto com 35 pacientes acometidos pela síndrome de Prader Willi evidenciou que doses entre 450 a 1200 mg ao dia reduziram de forma significativa o hábito de escoriação da pele, o qual é típico em pessoas afetadas por essa condição genética²².

Com nível ainda mais limitado de evidências, há relatos na literatura sobre a utilização de outras classes de medicamentos no tratamento do TE. Geralmente, tais drogas são utilizadas em concomitância com os ISRS ou Acetilcisteína. Um estudo de caso demonstrou que a olanzapina, um antipsicótico, diminuiu o comportamento de escoriação em uma paciente feminina de 28 anos resistente a tratamentos prévios²³. O uso de memantina, uma droga moduladora do glutamato, demonstrou ser muito superior ao placebo em ensaio clínico duplo-cego realizado com 100 adultos com TE ou Tricotilomania²⁴. Também é relatada a utilização de Naltrexona, que diminui a liberação de opiáceos endógenos durante o ato compulsivo, e de antiepiléticos, que podem ser úteis em estados excitatórios concomitantes ao TE¹.

Medidas ancilares

Faz-se importante citar as medidas ancilares descritas nos textos consultados. Em primeiro lugar, é recomendado o tratamento dermatológico de lesões ativas já na primeira consulta, uma vez que essa prática, além de prevenir o agravamento do quadro, contribui para a construção de uma boa relação médico-paciente, tão importante no processo terapêutico. Logo, o acolhimento do paciente não se resume à postura do profissional de saúde, mas também à utilização de antissépticos, cremes emolientes e outras terapias tópicas nas lesões ainda não cicatrizadas².

Em casos de TE associado à acne, a prevenção de novos episódios de escuriação demanda que tais patologias sejam abordadas simultaneamente. Nesse sentido, terapia oral com antiandrogênicos, anticoncepcionais, isotretinoína ou terapia tópica com retinoides e peróxido de benzoíla são opções que devem ser consideradas. O tratamento de cicatrizes com terapia a laser também deve ser considerado, pois perpetuam o estresse emocional do paciente⁹.

Por fim, o diálogo multidisciplinar entre profissionais da saúde é fundamental para o sucesso do tratamento, uma vez que a abordagem de condições psicodermatológicas deve ser holística e não cabe nos campos hermeticamente separados da psiquiatria e dermatologia. O sucesso no tratamento do TE exige que tanto processos mentais disfuncionais quanto lesões orgânicas sejam abordados. Portanto, é recomendado o intercâmbio de informação e conhecimento entre dermatologistas e psiquiatras para condução mais adequada dos casos³.

CONCLUSÃO

O TE é uma condição crônica, de difícil manejo, capaz de produzir sequelas físicas e mentais nos indivíduos acometidos. Seu reconhecimento como entidade clínica própria é relativamente recente e ensaios clínicos e outras produções científicas sobre o tema ainda são limitadas. Dessa forma, este artigo teve o objetivo de identificar o estado da arte sobre os aspectos clínicos e opções terapêuticas em tal transtorno.

Por meio de uma revisão de literatura, constatou-se que o TE pode ocorrer em qualquer gênero e faixa etária, mas é mais comum em mulheres mais jovens e em indivíduos com outros transtornos psiquiátricos. Além disso, é comum que os indivíduos se queixem de sentimentos de vergonha e solidão durante a anamnese, mostrando o potencial de prejuízo social dessa condição. No exame físico, características clínicas próprias das lesões podem apontar para o diagnóstico do TE, como a presença de cicatrizes, nódulos hipertróficos, ferimentos em diferentes estágios de resolução e hiperchromias pós-inflamatórias, principalmente no rosto e membro superior.

Quanto às intervenções terapêuticas, estas são multifacetadas e ainda carecem de maior embasamento científico para sua plena validação no circuito médico-científico. A TCC e a TRH são as psicoterapias mais consistentemente utilizadas. As terapias farmacológicas contam

principalmente com o uso de NAC, ISRS e outros psicotrópicos. Outros pontos dignos de nota é a necessidade de tratar lesões ativas e condições dermatológicas concomitantes e garantir a interdisciplinaridade entre profissionais da saúde para o correto manejo do paciente.

Por fim, a falta de robustez de trabalhos na área, principalmente de estudos experimentais com maiores números amostrais, clama para que mais pesquisadores se debruçam sobre o tema, a fim de melhorar o prognóstico do paciente. Enquanto isso, espera-se que este trabalho venha a contribuir com um panorama do arsenal terapêutico disponível até o momento para clínicos pouco familiarizados com o tema, melhorando, assim, sua prática clínica.

REFERÊNCIAS

1. Ravipati P, et al. Dermatillomania: strategies for developing protective biomaterials/cloth. *Pharmaceutics*. 2021;13(3):341.
2. Zagami M, et al. A review of psychocutaneous disorders from a psychotherapeutic perspective—toolkit for the dermatologist. *Skin Health Dis*. 2023 Jan 9.
3. Jafferany M, et al. Treatment of skin picking disorder: interdisciplinary role of dermatologist and psychiatrist. *Dermatol Ther*. 2020 Jul 6.
4. Parsa L, Pixley JN, Fried RG. “Pick” wisely: an approach to diagnosis and management of pathologic skin picking. *Clin Dermatol*. 2023 Mar 1;41(1).
5. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
6. Claudia A, Morales Meirelles L, Vasconcelos R. Revisión de la literatura de modalidades terapéuticas de “skin picking”. *Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ*. 2024 Jun 17;10(6):2855–2863.
7. Alves CJM, et al. Variabilidade de diagnósticos psicológicos frente à avaliação dermatológica da escoriação psicogênica. *An Bras Dermatol*. 2009 Out 1;84:534–537.
8. Frugoli R, et al. Transtorno de escoriação: diagnóstico e intervenção – uma revisão sistemática da literatura. *Mudanças: Psicol Saúde*. 2020 Dez 18;28(2):51–62.
9. Johnsen N, Poppens M, Cheng K. Acne excoriée: diagnostic overview and management. *Int J Dermatol*. 2023 Dez 15.
10. Rahman SM, Abduemula A, Jafferany M. Psychopathological symptoms in dermatology: a basic approach toward psychocutaneous disorders. *Int J Dermatol*. 2022 Jul 11;62(3):346–356.
11. Neme MN, Hogeling M. Pediatric skin picking disorder: a review of management. *Pediatr Dermatol*. 2022 Fev 22.
12. Farhat LC, et al. Prevalence and gender distribution of excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2023 maio 1;161:412–418.
13. Jones G, Keuthen N, Greenberg E. Assessment and treatment of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder. *Clin Dermatol*. 2018 Nov;36(6):728–736.
14. Arnold LM, et al. An open clinical trial of fluvoxamine treatment of psychogenic excoriation. *J Clin Psychopharmacol*. 1999 Fev;19(1):15–18.
15. Spencer SD, et al. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2022 Dez;46(1).

16. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania and skin-picking disorder: an update. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2021 Out;19(4):405–412.
17. Michelle C, Lai CY, Pei J. Habit reversal therapy by dermatologists to treat body-focused repetitive behaviors: review and case reports. *Dermatol Rev*. 2024 Jun 1;5(3).
18. Selles RR, et al. A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation (skin-picking) disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016 Jul;41:29–37.
19. Schumer MC, et al. Systematic review of pharmacological and behavioral treatments for skin picking disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2016 Abr;36(2):147–152.
20. Lochner C, et al. Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017 Jul;13:1867–1872.
21. Grant JE, et al. N-acetylcysteine in the treatment of excoriation disorder. *JAMA Psychiatry*. 2016 maio 1;73(5):490.
22. Miller JL, Angulo M. An open-label pilot study of N-acetylcysteine for skin-picking in Prader-Willi syndrome. *Am J Med Genet A*. 2013 Dez 5;164(2):421–424.
23. Gupta MA, Gupta AK. Olanzapine may be an effective adjunctive therapy in the management of acne excoriée: a case report. *J Cutan Med Surg*. 2001 Jan;5(1):25–27.
24. Grant JE, et al. Double-blind placebo-controlled study of memantine in trichotillomania and skin-picking disorder. *Am J Psychiatry*. 2023 Fev 22.