

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Hericka Zogbi Jorge Dias

**PELE E PSIQUISMO, PSICOSSOMÁTICA E RELAÇÕES
OBJETAIS: CARACTERÍSTICAS RELACIONAIS
DE PACIENTES PORTADORES DE DERMATOSES**

Orientador: Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer

Porto Alegre, dezembro de 2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**PELE E PSIQUISMO, PSICOSSOMÁTICA E RELAÇÕES OBJETAIS:
CARACTERÍSTICAS RELACIONAIS DE PACIENTES PORTADORES DE
DERMATOSES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da
Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade
Católica do RGS, como requisito final para obtenção
do título de Doutor em Psicologia.

Hericka Zogbi Jorge Dias

Orientador: Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer

Porto Alegre, dezembro de 2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Hericka Zogbi Jorge Dias

**PELE E PSIQUISMO, PSICOSSOMÁTICA E RELAÇÕES OBJETAIS:
CARACTERÍSTICAS RELACIONAIS DE PACIENTES PORTADORES DE
DERMATOSES**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer – FAPSI/PUCRS

Presidente

Prof^a. Dra. Wilze Laura Bruscato

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP

Prof. Dr. Hiram Larangeira de Almeida Jr.

Universidade Católica de Pelotas – UCPel

Prof. Dr. Nédio Seminotti

Pontifícia Universidade Católica do RGS – PUCRS

Prof. Dra. Blanca Guevara Werlang

Pontifícia Universidade Católica do RGS – PUCRS

Para Andréa Santiago Escovar

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Marisa Campio Müller, primeira orientadora nas questões da pele, amiga de todas as horas nesses seis anos, quem primeiro me acolheu na PUCRS, acreditou em meu trabalho e primeiro me orientou no início desta tese; pelos olhos de azul brilhante, pela confirmação diária, por ter feito muito mais do que unicamente seu papel de orientadora.

Ao meu marido, Alessandro Valério Dias, um presente da vida outrora tão diferente. Pela compreensão infindável, parceria sem igual, pelo silêncio, pelo verde da sacada, pelos momentos de leveza e pelo desejo genuíno de casar-se comigo e com minha tese. Canta para mim, qualquer coisa assim, que explique a minha paz... Que sorte a nossa.

Ao meu orientador Gabriel José Chittó Gauer, que apostou num projeto já em andamento e contribuiu enormemente com seu profundo conhecimento psicanalítico, pela doçura e afetividade com que administra o Grupo de Pesquisa em Avaliação e Intervenção em Saúde Mental e Bioética Clínica.

Ao meu modelo relação, afetividade e efetividade, César Sieburger, minha sanidade.

À Elaine Tomasi, Doutora em Epidemiologia, pesquisadora, professora da Universidade Católica de Pelotas, um ser humano dos melhores, por toda a orientação afetiva e segurança estatística desde o projeto.

À Gládis Lima, presidente da Associação Nacional dos Portadores de Psoríase – PSORISUL, pela disposição com que abraçou este trabalho e por tudo que foi possível produzir em relação à construção do conhecimento acerca do portador de psoríase.

À PUCRS pela grande instituição que é, pelas muitas oportunidades de aprendizado e crescimento, e ao CNPq por toda a provisão financeira.

AGRADECIMENTOS

Quatro anos de Doutorado não se completam sem a existência de uma enorme rede. Muitas pessoas contribuíram comigo e com esta tese, e a todas agradeço profundamente:

Ao Grupo de Pesquisa Psicologia da Saúde (2001-2006) então coordenado pela Dra. Marisa Campio Müller, no qual dei início a esta tese e que contribuiu com este estudo até o momento da minha qualificação. Obrigada Lu Hauber, Ju Geyer, Tati Fachin. Rafa Behs e Rachel Rubin, que permanecem até hoje. As hoje mestres Débora Farinati, Lu Balestrin, Martha Ludwig e Prisca Calvetti que ajudaram a definir mais e mais o meu objeto de estudo.

À Rachel Rubin, pelo apoio contínuo, pela inteligentíssima análise dos dados, pelas sextas-feiras e sábados, pelo holding, pelo desprendimento, pela amizade, pelas risadas e chimarrão quando nada mais parecia ter jeito! Hoje minha comadre; a vida tem seus caminhos... Ao Dartagnan, por me emprestá-la...

Ao Grupo de Avaliação e Intervenção em Pesquisa Saúde Mental e Bioética Clínica, na pessoa do Dr. Gabriel Gauer, cuja afetividade e competência é transmitida e registrada. Guris, obrigada pelos ricos momentos de troca, pelo chimarrão das manhãs. Obrigada pelo empenho final com a coleta de dados, com a ajuda ambiental, pelas discussões teóricas, Gabi Kilian e seus idílios, Clarissa Trevisan e seu mundo particular, Pedro Marini e sua postura psicanalítica inerente, todos, cada um do seu jeitinho, me ajudando sempre! Renata Gastal e Charline Pereira (não é Charlene), pesquisadoras “mirins” empenhadas, interessadas, pessoas com um espaço especial no meu coração, e no meu MSN em noites de tempestade intelectual.

À Inêz Giasson, secretária do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, uma pessoa essencial desde o mestrado, pelo sorriso e disponibilidade permanentes, pela ajuda com os trâmites, pela amizade.

Aos meus amigos, família que se escolhe e que Deus me deu, figuras sem as quais eu não teria suportado a distância, os problemas, o dia-a-dia.

Andréa Wagner, meu modelo de psicanalista jovem, palavras sempre doces e encorajadoras.

Vanessa Andina Teixeira, um espelho, uma irmã, maremotos, calmarias, grande estudiosa do apego.

À Letícia Núñez Almeida, pra compensar os 2 anos de mestrado, fundamental nesses últimos, quantos anos mesmo? África, obrigada, obrigada.

À família Valério Dias, que docemente me recebeu em seu esteio.

Ao Joca, onde quer que ele esteja.

Ao meu avô.

Aos meus pais, pela vida que eu tenho e pelos eventos que me trouxeram até aqui.

À professora Nina Zogbi pelo parto e pelo português.

A todas as pessoas – e foram muitas – que contribuíram para minha formação profissional, de todas as formas.

À Escola de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas, meu berço, do qual me orgulho a todo o momento pela base sólida sobre a qual me apoio e que divido hoje; ao meu primeiro mestre na pesquisa, modelo profissional sem sombra de dúvida, diretor da Escola de Psicologia, professor Dr. Ricardo Azevedo da Silva e a tudo que ele representa.

Aos pacientes e aos voluntários que participaram deste estudo, pela crença e pelo desejo de melhorar um pouco a vida das pessoas através da pesquisa.

Aos professores componentes da Comissão Examinadora pelo aceite em compartilhar comigo seus conhecimentos num momento tão importante para mim.

SUMÁRIO

LISTA GERAL DE TABELAS	10
LISTA GERAL DE FIGURAS	11
RESUMO	12
ABSTRACT	14
INTRODUÇÃO GERAL DA TESE	16
SEÇÃO TEÓRICA	35
SEÇÃO EMPÍRICA I.....	76
SEÇÃO EMPÍRICA II.....	94
SEÇÃO EMPÍRICA III	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	130
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.....	141
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	142
ANEXO C - BORRTI-O.....	144
ANEXO D - Tabela de Correção da BORRTI-O.....	148
ANEXO E – Teste das Relações Objetais de Phillipson	149
ANEXO F - Escala de Vinculação do Adulto.....	151
ANEXO G - DLQI.....	152
ANEXO H - Ficha de Dados Sócio-Demográficos	153

LISTA GERAL DE TABELAS

Seção Empírica I

Tabela 1.....	80
Tabela 2.....	81
Tabela 3.....	84
Tabela 4.....	85
Tabela 5.....	86
Tabela 6.....	89

Seção Empírica II

Tabela 1.....	97
Tabela 2.....	99
Tabela 3.....	101
Tabela 4.....	103
Tabela 5.....	105
Tabela 6.....	106
Tabela 7.....	107
Tabela 8.....	110

Seção Empírica III

Tabela 1.....	116
Tabela 2.....	117
Tabela 3.....	118
Tabela 4.....	119
Tabela 5.....	119
Tabela 6.....	120

LISTA GERAL DE FIGURAS

Seção Empírica I

Figura 1 87

Figura 2 88

Seção Empírica II

Figura 1 108

Figura 2 109

RESUMO

A partir do ponto de vista da psicossomática psicanalítica, fundamentalmente das obras de Joyce McDougall, Donald Winnicott e Didier Anzieu, atravessando a teoria das relações objetais a partir de Otto Kernberg e a teoria do apego de John Bowlby, o presente trabalho examina os construtos de tais autores dirigindo suas teorizações para o fenômeno do adoecimento de pele, enfocando em primeiro lugar a psoríase e em seguida as demais dermatoses. A psicologia há muito já confirma a importância das relações estabelecidas nos primeiros anos de vida para o desenvolvimento da personalidade, ao que denominamos teoria das relações objetais, uma base teórica abrangente, que explica como as estruturas psicológicas internas promovem e mantêm a capacidade do indivíduo de se relacionar com os outros, desde o início da vida até o momento atual. Os objetivos deste trabalho foram avaliar os modelos de relação objetal estabelecida entre os pacientes portadores de psoríase e de dermatoses em geral, em relação às pessoas não portadoras de quaisquer tipos de problemas de pele. Assim buscamos compreender como se deram as primeiras relações destes pacientes com o seu ambiente, com a figura do cuidador, no período inicial do desenvolvimento, e de que forma a qualidade desses registros podem ter influenciado no adoecimento da pele, um órgão de relação. Trata-se de um estudo de caso-controle, no qual foram avaliados pacientes com psoríase, com demais dermatoses e não portadores de doenças de pele, com o objetivo de controlar pacientes com psoríase em relação às demais dermatoses, no que se refere à qualidade das relações objetais, dimensões de apego e qualidade de vida específica em dermatologia. Para isso, foram utilizados o Teste das Relações Objetais de Phillipson (Phillipson, 1965/2002) um teste de personalidade projetivo; a BORRTI-O (*Bell Object Relations and Reality Testing Inventory*, Bell, 1969 In Bruscati & Iaconi, 2000) uma escala que avalia as características dos modelos de

relações objetais internalizadas e a Escala de Vinculação do Adulto (EVA, Canavarro, 1999; Canavarro, Dias & Lima, 2006) que identifica dimensões de vinculação adulta, e o DLQI-BRA (Zogbi & Müller, 2004) questionário de avaliação de qualidade de vida específica em dermatologia. A análise dos dados foi realizada a partir da estatística descritiva, do teste de qui-quadrado e da regressão linear bivariada. Testes de ANOVA foram realizados com variáveis contínuas. O nível de significância estatística estabelecido foi de 5%. Os resultados obtidos neste trabalho, de forma geral, apontam diferenças altamente significativas entre os portadores de psoríase e de dermatoses em geral em relação ao grupo de não portadores na dimensão de vinculação insegura, principal foco do estudo, além de apresentar diferenças importantes nos demais fatores da maioria dos instrumentos utilizados.

Palavras-chave: pele, psicossomática, relações objetais, qualidade de vida em dermatologia

ABSTRACT

Starting from the point of view of psychoanalytic psychosomatic, fundamentally from the works of Joyce McDougal, Donald Winnicott and Didier Anzieu, crossing the object relations theory from Otto Kernberg, and John Bowlby's attachment theory, this work presents the constructs of those authors directing their theories to the skin disease phenomena, focusing in first place on psoriasis and thereafter the rest of existing dermatoses. From long time Psychology confirms the importance of relations established in the first years of life for personality development, to what we refer as object relations theory, a wide theoretical base, which explains how the internal psychological structures improve and maintain the subject's capacity of relating with others, since the beginning of life to the present time. The main objectives of this work were to assess the models of established object relation between patients with psoriasis and with other dermatoses in general, relating to people with no other skin diseases at all. Thus, we hope to comprehend how happened the first relations of these patients with their environment, and their caretakers, in the first stage of development, and with what form the quality of those imprints may have influenced in the process of disease on their skin, which is a relational organ. This work is composed of a case-control study, in which were assessed patients with psoriasis, patients with all the other dermatoses and with patients with no other skin disease at all, with the main goal of controlling patients with psoriasis relating those to patients with any other dermatoses, referring to the quality of object relations, attachment dimensions and specific life quality in dermatology. To achieve that, were used the Phillipson's Object Relations Technique (Phillipson, 1965/2002) a projective personality test; the BORRTI-O (Bell Object Relations and Reality Testing Inventory, Bell, 1969, In Bruscato & Iaconi, 2000) a scale that assesses the characteristic of models of internalized object relations and

the Escala de Vinculação do Adulto (EVA, Canavarro, 1999; Canavarro, Dias & Lima, 2006) (Adult Attachment Scale, Collins & Read, 1990) which identifies dimensions of adult attachment, and the DLQI (Zogbi, 2004; Finlay & Khan, 1994) specific quality of life in dermatology assessment inventory. The data analysis was made from the descriptive statistics, of chi-square test and bivariate linear regression. ANOVA tests were made with continual variables. The statistical significant level set was 5%. The results obtained in this work, in general form, point to highly significant differences between the patients with psoriasis and patients with other dermatoses relating to the group of patients with no skin disease at all in the insecure attachment dimension, being that the main focus of study, and even presents important differences in the other factors in the majority of used instruments.

Keywords: skin, psychosomatics, object relations, dermatology quality of life.

INTRODUÇÃO GERAL DA TESE

Somos hoje cada vez mais levados a considerar que um corpo são ou doente, é sempre um corpo em relação, banhado por emoções, animado por movimentos afetivos. Podemos ver no funcionamento somático do paciente e nos seus desregramentos, um dado indissociável do equilíbrio psíquico do sujeito. Tomando o ponto de vista de Mello Filho (2002) toda doença humana é psicossomática, já que incide em uma unidade anatômica e funcionalmente inseparável de soma e psique, a pessoa. Não somente ele, um autor atual, mas outros autores a que faremos referência nesse trabalho de doutorado apresentarão pontos de vista e construções teóricas convergentes para o entendimento do adoecimento orgânico, enquanto um fenômeno psicossomático.

Muitas linhas de pensamento teórico poderiam ter sido escolhidas, mas aqui demos maior importância a uma contextualização que parte de Freud em “Neuroses Atuais”, expressão que segundo Laplanche & Pontalis (2001) surge na obra de Freud ainda em 1898 (A sexualidade na etiologia das neuroses, Freud, 1898/1980) para designar neurose de angústia e neurastenia, tendo sua especificidade em relação às outras neuroses sido definida antes, em 1895 (Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica intitulada ‘neurose de angústia’, 1895/1980). Importa aqui que, neste momento da obra, a etiologia de tal neurose é somática e não psíquica e assim são inauguradas as discussões sobre o papel do corpo na psicanálise. Ainda Laplanche & Pontalis (2001) afirmam que os sintomas atuais são principalmente de ordem somática e que essa antiga noção leva-nos diretamente às concepções modernas sobre as afecções psicossomáticas.

Também segundo Zimmerman (1999) Freud preparou um terreno que serve de base para os estudos atuais de psicossomática e linguagem corporal. O mesmo autor revisa a trajetória teórica percorrida por Freud sobre a questão do corpo, em épocas distintas do

desenvolvimento da obra. Quanto à conhecida e difundida expressão Freudiana de que o “ego é antes e acima de tudo, um ego corporal” (1923/1976) ele salienta a necessidade de perceber nos processos de somatização a importância das representações do corpo no ego e do papel das defesas do ego no corpo, num processo de interdependência. Num recente estudo sobre psicanálise e neuropsicanálise (Lehtonen, Partanen, Purhonen, Valkonen-Korhonen, Kononen, Saarikoski & Launiala, 2006) os autores afirmam que o ego corporal é a base da teoria estrutural de Freud, que o definiu como a projeção psíquica da superfície corporal. Sugerem que as experiências de cuidado da superfície corporal capacitam a criança com estimulação sensório-afetiva que inicia a internalização dos processos sensoriais em direção ao psiquismo.

Outros autores, brasileiros, publicaram extensa e detalhada revisão deste momento da obra de Freud (Fernandes, 2003; Volich, 2000).

A proposição teórica aqui é transitarmos entre o ponto de vista do fenômeno psicossomático de Joyce McDougall (1978/1989, 1989/1996, 1982/1992), do papel da diferenciação eu não-eu e da integração da psique no soma de Donald Winnicott (1971/1975, 1979/1983, 1988, 1988/1990, 1994, 1958/2000), passando pelo estudo da teoria das relações objetais de Otto Kernberg (1980/1989) até as possíveis intersecções desta com a teoria do apego de John Bowlby (1969/1984, 1976/1988, 1988/1989, 1982/1990), para enfim tomarmos algumas das muitas proposições de Didier Anzieu (1985/1989) sobre a função da pele no desenvolvimento psicológico. Ao final, utilizamos as proposições de Winnicott como um elo possível entre as teorias apresentadas.

Além de autores tradicionais da psicanálise, buscamos estudos empíricos que desde a década de 50 vêm fazendo relação entre os temas pele e psiquismo, e que têm aumentado muito nos últimos anos.

A pele é o principal meio de contato do sujeito com o mundo, e se não o principal, certamente o primeiro (Montagu, 1988; Volich, 2000; Winnicott, 1979/1983).

Independentemente da abordagem teórica, a pele tem sido vista como meio através do qual se mantém contato com o mundo e com o outro. Jeammet, Reynaud & Consoli (2000) afirmam que a pele tem uma função importante na formação da imagem corporal, também no sentimento de unidade da criança e na constituição de seu ego, sendo a pele uma forma sobre a qual se apoiaria o sentimento de ego. Nisto, concorda Winnicott (1979/1983) quando fala na pele como uma membrana limitante da posição eu não-eu, entendendo este órgão como uma bolsa que retém, uma superfície que marca e uma barreira que protege, e um lugar e meio de troca. Vamos assim, pontuando a importância da pele e do contato inicial com o outro para a manutenção corporal dos primeiros anos de vida e construção de todo o psiquismo do sujeito.

Não é de se estranhar, que a pele seja considerada como o espelho das emoções, e através dela tenhamos possibilidades de buscar conhecer aquilo que seja possível a respeito do sujeito portador da doença de pele. Tentamos encontrar conexões possíveis a partir da característica das relações objetais internalizadas. Partindo desta relação inicial, e entendendo que então começam a ser impressos no corpo, e a partir dele, no psiquismo da criança os primeiros modelos de vinculação com o mundo externo, sabemos que as dificuldades oriundas desta díade terão diversas vias de manifestação, e uma delas seria a doença de pele. A doença de pele representaria de certa forma, a não existência de um limite claro entre eu e não-eu, ocorrido tanto pelo excesso de estímulo, quanto pela falta.

Sugerimos assim, que a doença de pele seja uma das formas que a manifestação somática resultante de conflitos nas relações iniciais do paciente pode assumir, considerando sua característica de um órgão bastante original no desenvolvimento do embrião. A pele está para o desenvolvimento da fisiologia, proteção e contenção corporal, como as internalizações das relações objetais estão para a constituição do psiquismo.

Nesta tese discutiremos as características relacionais dos portadores doenças de pele, o desenvolvimento das hipóteses sobre o adoecimento de pele associando-o com o

desenvolvimento psicológico inicial, com os registros impressos no sujeito para que, na vida adulta, venha a apresentar disfunções na barreira de proteção do eu.

Fica clara a relevância de estudos com os referenciais pele e psicologia, frente à grande quantidade de estudos teóricos e empíricos envolvendo o tema, facilmente encontrados nos últimos anos em bases de dados de periódicos científicos nacionais e internacionais, de acesso gratuito ou não.

A Psicodermatologia é uma área que vem integrando o trabalho de médicos e psicólogos no entendimento das doenças de pele (Madhulika & Gupta, 2006; Müller, Hoffmann, Zogbi, Fleck &, 2005; Müller & Ramos, 2004). Os autores concordam que seja a pele o primeiro meio de contato com o mundo externo, além de um importante local de manifestação de conflitos e emoções e que o tratamento dermatológico combinado com tratamento psicológico, ou algum tipo de suporte psicológico tendem a beneficiar muito o paciente. Além disso, a Psicodermatologia tenta mostrar como pode acontecer a interação entre mente e pele e dá sugestões para o gerenciamento da doença de pele, salientando que o estresse geralmente é o fator desencadeante de muitas doenças, e os fatores ambientais, sociais e psicológicos são os responsáveis pela evolução ou involução da doença (Koo & Lebwahl, 2001). Poot, Sampogna & Onnis (2007) definem qual é o conhecimento necessário para a prática da psicodermatologia, e afirmam que nenhum tratamento dermatológico é possível sem que se considerem os aspectos emocionais dos pacientes, e que é preciso compreender estes pacientes através da sua linguagem corporal, através da doença. Mercan & Kivanc Altunay (2007) afirmam que a pele tem a mesma origem embrionária do sistema nervoso e que no início da vida, de várias formas, esses dois sistemas se influenciam mutuamente. Os autores citam três tipos de estudos realizados sobre adoecimento de pele, quais sejam: estudos sobre estresse e doenças dermatológicas, abordagens psicanalíticas e psicodinâmicas das doenças, pesquisa clínica e de tratamento

das doenças de pele. Os demais autores reiteram a necessidade de um olhar conjunto ao paciente dermatológico.

Desenvolver uma tese de doutorado com o tema da pele e das relações objetais, justifica-se ao levarmos em consideração que se trata do maior órgão do corpo, e são muitas as implicações tanto no psiquismo do sujeito quanto em sua vida diária quando da existência de problemas. Montagu (1988) fala da pele como o mais extenso órgão dos sentidos, e o primeiro a tornar-se funcional em todas as espécies até o momento pesquisadas – humana, animal e aves. Segundo o autor, talvez depois do cérebro, seja o mais importante de nossos sistemas de órgãos.

Já em 1951, MacKenna & Macalpine, publicam na “The Lancet” um artigo que versa sobre as aplicações da psicologia na dermatologia, na busca de afastar o conhecimento da psicologia do senso comum e aproximá-lo da cientificidade, aplicando-o como um instrumento na pesquisa em dermatologia. Os autores sublinham a diferença entre um sintoma psiconeurótico e um sintoma psicossomático, algo que até hoje permanece nas discussões acerca do adoecimento orgânico. Afirmam que as manifestações somáticas são mais primitivas e mais simples do que os elaborados sintomas das psiconeuroses, e as manifestações da pele seriam afetivamente equivalentes as descargas de ansiedade, raiva, ou algum outro afeto. Ao final do artigo os autores deixam claro que tais opiniões podem não ser aceitas pelos psicanalistas e que expressaram apenas suas visões pessoais a respeito do assunto. Em seguida, Irwin (1951) comenta a proposição dos autores acima, principalmente acerca da origem dos sintomas psicossomáticos, discute que a questão psicossomática estaria ainda a ser esclarecida e não seria nem pelo clínico nem pela psiquiatria, mas através da neurofisiologia. Hoje, os estudos de psiconeuroimunologia já são possíveis e cada vez mais utilizados (Volich, 2000) no entendimento das relações mente-corpo e também nas relações específicas com a pele, como pode ser exemplificado pelos estudos com o estresse (Sampogna, Tabolli, Mastroeni, Di Pietro, Fortes & Abeni, 2007; Griffiths & Barker, 2007;

Schmitt & Ford, 2007; Consoli, Rolhion, Martin, Ruel, Cambazard, Pelle & Misery, 2006; Choi, Brown, Crumrine, Chang, Man, Elias & Feingold, 2005). A Psiconeuroimunologia é uma das áreas que hoje tenta com sucesso explicar os fenômenos do adoecimento e as relações entre sistema nervoso e imunológico. De acordo com Azambuja (2000) existe uma rede neuroimunocutâneoendócrina em que se processa a ligação entre mente e pele, lançando uma luz sobre os mecanismos fisiopatológicos da pele. Segundo o autor, assim seria possível começar a entender como um fato mental, um evento estressor poderia transformar-se em uma alteração da pele. Estudos como este, que tentam entender o funcionamento fisiológico do adoecer, e que em seguida propõem estratégias de intervenção focal, sobre o estresse ou sobre o enfrentamento da doença, deixam a desejar no que se refere à dinâmica de funcionamento psíquico do adoecimento, o que interessa-nos no presente trabalho. A grande maioria dos estudos acaba convergindo para o entendimento e manejo final da doença, quando já estabelecida, o que também é importante.

O conhecido trabalho de Ester Bick (1968) também figura nesse momento inicial das questões da pele e psicologia, e faz referências ao papel das relações objetais precoces, da função primária da pele do bebê e dos objetos primários na relação com partes da personalidade ainda não diferenciadas de partes do corpo. Afirma que distúrbios nas funções primárias da pele, que seriam as de separação e dependência, poderiam levar ao desenvolvimento de uma segunda pele, através da qual a dependência ao objeto se manifestaria como uma pseudo-independência, ou por um uso inapropriado de certas funções mentais para a criação de um substituto para essa função continente da pele. A autora apresenta um contraponto de três observações de casos: a observação de um bebê, com uma mãe insegura sem capacidade de conter a pele do bebê (a função continente de Winnicott); a análise de uma menina esquizofrênica e de um adulto neurótico, todos com algum tipo de afecção de pele em algum momento da vida, e frisa a partir daí que esse desenvolvimento incompleto da função primária da pele produzirá uma fragilidade geral nas

integrações e organizações posteriores, representadas pela não integração das distintas partes do corpo, pela regressão e pelas correspondentes funções mentais, particularmente a comunicação. A autora encerra, afirmando que a análise pode reavivar através da transferência essa fragilidade inicial, e que a técnica e o setting são fundamentais no tratamento.

Mantendo o foco nas pesquisas sobre a pele, um estudo italiano (Ventola, Sinisi, Robusti & Rantuccio, 1986) avaliou 20 pacientes com psoríase através do Teste das Relações Objetivas de Phillipson. Na quase totalidade da amostra foram identificadas tendências a apego defensivo e relação negativa com o objeto, denotando capacidades de relação insuficiente e imaturas. Mesmo se tratando de um estudo antigo, os resultados são bastante interessantes ao estudo agora proposto pela semelhança do objeto de estudo e do instrumental utilizado.

Também italiano, um estudo de Bria & Rinaldi (1999) descreve o desenvolvimento psicoafetivo de pacientes com diferentes dermatoses e a implicação sobre a doença de modelos de relação de objeto internalizados. Foi criada uma entrevista onde constam perguntas sobre separações precoces e/ou traumas, dificuldades de relacionamento e outros. Os resultados foram apresentados divididos por dermatoses. Entre outros resultados importantes, está a dificuldade em lidar com as emoções, e especialmente para pacientes com alopecia, um tipo de apego evitativo, segundo a classificação de Hazan & Shaver (1987).

Um estudo realizado na Alemanha por Schmidt (2003) com 74 mulheres com alopecia areata, afirma que as consequências psicológicas do adoecimento de pele já são conhecidas e bastante sérias, e que é preciso investigar os antecedentes psicológicos para o surgimento da doença. Afirma também que estilos de apego estão associados a pessoas com alopecia. No estudo os controles foram selecionados dentro da própria doença, com diferentes tipos de alopecia. Pacientes com apego inseguro apresentaram prejuízos mais

significativos na qualidade de vida específica em dermatologia, demonstrando a relação existente entre avaliação de qualidade de vida e características das relações objetivas internalizadas.

Sobre aspectos psicossomáticos da alopecia areata (Picardi, Pasquini, Cattaruzza, Gaetano, Baliva, Melchi, Papi, Camaioni, Tiago, Gobello, Biondi, 2003) realizaram um estudo que contempla, entre outras análises, estilos de apego, através da “Experiences in Close Relationships Scale” (Brennan, Clark, Shaver, 1998 in Picardi et al 2003) em 21 pacientes com alopecia e 102 controles com dermatoses em geral. Em relação às dermatoses em geral, a alopecia obteve resultados mais significativos para apego inseguro, dado confirmado pela análise de regressão múltipla. Este é o único estudo dentre os encontrados que apresenta um valor de odds ratio para diferenças e associações entre questões de vinculação com problemas dermatológicos, porém, o faz com dois tipos de alopecia areata, apenas, apresentando $OR=2,9$ entre dois tipos de alopecia para vinculação insegura.

Por fim, Attale & Consoli (2005) discutem a relação existente entre o conceito de apego e a psicossomática. Afirmam que um fator estressor é bastante importante no surgimento de doenças, mas que a forma de responder ao estresse pode ser derivada de determinados tipos de apego: o tipo seguro mostra respostas mais construtivas a eventos de vida estressores, enquanto que o tipo inseguro pode ser considerado fator de risco para uma adaptação eficiente. Pacientes com vinculação insegura tendem a minimizar situações de estresse, quando em geral já existem manifestações físicas, procurando ajuda apenas em situações extremas, e raramente confiando no profissional de saúde.

Aparecem em número razoável os estudos que comparam estilos de apego com diferentes tipos de doença orgânica, que não apenas os de pele. Ciechanowski, Katon, Russo, Dwight-Johnson (2002) estudaram a associação entre estilos de apego em 32 pacientes com hepatite C. Não apareceram diferenças significativas entre estilos de apego, sendo bem distribuído o percentual da amostra entre os diferentes tipos de apego. Porém,

estar casado ou com companheiro mostrou interferir no estilo de apego inseguro em pessoas com hepatite C.

Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele & Treasure (2001) apresentam dados sobre apego, anorexia nervosa e transgeracionalidade. Foram entrevistadas 20 pacientes anoréxicas e suas mães. Apenas 5% das pacientes apresentaram apego do tipo seguro. Troisi, Massaroni, Cuzzolaro (2005) apresentam um estudo sobre adultos com transtorno alimentar e correlações com separação precoce e estilos de apego, tendo utilizado 78 casos e 64 controles. Os pacientes com transtornos alimentares referiram sintomas mais intensos de ansiedade de separação e altos indicativos de apego inseguro na vida adulta.

Em um estudo de pessoas com diabetes (Ciechanowski, Katon, Russo, Walker, 2001) pacientes com estilo de apego caracterizado por rejeição tiveram resultados significativamente piores para o controle de glicose que pacientes com estilo preocupado ou seguro. O mesmo aconteceu para a questão da aderência ao tratamento. Pacchierotti, Bossini, Castrogiovanni, Pieraccini, Soreca & Castrogiovanni (2002) realizaram um estudo a respeito de transtorno de pânico com agorafobia e apego, com 22 casos e 22 controles sem o transtorno e os resultados apresentaram diferenças significativas para um cuidado parental pobre dos casos em relação ao controles.

Na literatura internacional, as buscas de artigos são feitas pelo termo “attachment”, cuja tradução literal é apego, mas nos descritores em saúde (<http://decs.bvs.br>) têm o termo ampliado para o descritor “object attachment” e tradução de “apego a objetos”. Outro descritor que engloba o assunto é “maternal-fetal relations”, abrange relações mãe-feto na gestação, e também relações de objeto. Mesmo não sendo um descritor registrado, muitas buscas foram feitas com o termo “object relations”, cruzada com “psychodermatology”, “dermatology” e “skin diseases”. A busca entre “psychology and dermatology” também traz muito das pesquisas empíricas apresentadas aqui. Salisbury, Law, LaGasse & Lester (2003) afirma que um dos problemas metodológicos na pesquisa de relações entre mãe e bebê e

seus derivados, está na inadequada definição operacional do construto “maternal-fetal attachment”.

Esta explicação dá conta de um desconforto teórico surgido desde o início do estudo, a respeito da tradução do termo “attachment” que é dada quase que diretamente ao termo apego, e segundo Abreu (2005) poderia ser vinculação, que é a tradução do termo para o português de Portugal. Porém, as traduções trazem consigo um compromisso conceitual e a teoria do apego hoje é vista como um corpo teórico não mais psicanalítico mas que teria sua intersecção com a psicanálise através exatamente da teoria das relações objetais de acordo com Golse (2004) e com muitos outros. Esta tese se comprometeu inicialmente com os construtos psicossomática, pele, teoria das relações objetais e teoria do apego, em torno do que foram organizados os objetivos do trabalho e os instrumentos para as avaliações.

Alguns autores têm trabalhos interessantes, utilizando medidas de avaliação de relações objetais e apego, tal como propomos. Kaplan (1992) avalia padrões de relação objetal e estilos de apego em adultos; Dignelli & Joseph (1992) estuda sexualidade e vários outros na década de 90; sobre aliança terapêutica (Goldman & Anderson, 2007), transtornos de personalidade (Tramantano, Javier, & Colon, 2003) entre muitos outros, mas poucos deles especificamente sobre o estudo da pele.

Assim, existem dois momentos de reflexão teórica neste trabalho de doutorado: o primeiro, quando discorremos sobre psicossomática e questões iniciais do desenvolvimento psicológico, abarcando o tema das relações objetais, seguindo-se de um breve estudo da teoria do apego, originada por Bowlby (1969/1984), teoria da qual partem a grande maioria dos instrumentos, escalas e questionários para avaliação de estilos de apego em uso hoje. Em seguida, a questão da pele e as demais pontes teóricas serão apresentadas no decorrer desta tese.

No momento inicial do desenvolvimento desta tese em 2004, foi elaborado e encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS o projeto intitulado

“Psicodermatologia: avaliação de relações objetais em pacientes portadores de dermatoses”, obtendo a aprovação (ANEXO A). Foi então iniciada a coleta de dados do estudo piloto e ao desenvolvimento do Ensaio Temático intitulado “Relações objetais, teoria do apego e a pele como órgão de relação”, que foram apresentados no Exame de Qualificação, aos 12 dias do mês de maio de 2006. Obtida a aprovação no referido exame e acolhidas as sugestões da banca examinadora, deu-se seqüência aos procedimentos de coleta e análise dos dados, conforme o projeto proposto. O início da produção do ensaio temático e as proposições do projeto deram origem a um primeiro artigo teórico publicado em 2004 intitulado “Pacientes portadores de dermatoses: relações iniciais e auto-agressividade” na Revista PSIC, de conceito Nacional A, no volume 5, número 2, de 2004, em parceria com o Grupo de Pesquisa Psicologia da Saúde. Neste momento, obtivemos o aceite de um segundo artigo teórico baseado no ensaio temático intitulado “Relações visíveis entre pele e psiquismo” a ser publicado com data de 2007 na Revista de Psicologia Clínica da PUC-RJ, também classificada como Nacional A.

Os objetivos desta tese foram avaliar o funcionamento psíquico de pacientes com psoríase e dermatoses através do exame dos modelos de relação objetal internalizada e da identificação de estilos de apego predominantes, de portadores de psoríase, de dermatoses em geral e de não portadores de dermatoses, além de verificar prejuízos psicossociais entre pacientes com dermatoses. A questão central da pesquisa consiste em investigar se os pacientes portadores de dermatoses estariam manifestando através da pele a emergência de conflitos relacionados aos seus objetos iniciais (mãe, pai ou cuidadores) apresentando assim, características peculiares de apego na vida adulta, tendo como hipótese principal a existência de diferenças significativas entre modelos de relação objetal entre portadores de psoríase, dermatoses em geral e não portadores de dermatoses, justificando a doença de pele como uma forma de manifestar conflitos psíquicos originais.

A pesquisa empírica foi caracterizada por um estudo de caso-controle, no qual foram selecionados 34 casos e 68 controles. O tamanho amostral foi calculado através do pacote estatístico EpiInfo 6.04d para estudos de caso-controle com razão de 2:1, com confiança de 95%, poder de 80%, prevalência de exposição a vinculação insegura nos controles saudáveis estimada em 20% (considerado como característica comum a outras pessoas que não tenham problemas de pele); estimativa de 4 vezes mais vinculação insegura nos pacientes com psoríase em relação aos controles (um odds ratio=2.9 foi citado por Picardi et al., 2003, num estudo entre portadores de alopecia areata). O número mínimo calculado para garantir resultados de associação confiáveis foi de 33 sujeitos para cada um dos três grupos, num total de 99 participantes.

A amostra final está composta por 34 sujeitos em cada grupo, totalizando 102 sujeitos. Foram considerados casos (GRUPO 1) pacientes portadores de psoríase, diagnosticados pelos dermatologistas, selecionados por conveniência em consultório particular e na Associação Nacional dos Portadores de Psoríase – PSORISUL, tendo como critérios de inclusão ser portador de psoríase há pelo menos 3 meses e como critério de exclusão não ser portador de outra dermatose. Foram selecionados 2 controles para cada caso, não necessariamente pareados por sexo e idade, entre pacientes com problemas dermatológicos (GRUPO 2) que não psoríase, selecionados por conveniência em ambulatório público ou particular ou por indicação de dermatologistas; e pessoas sem histórico de doença de pele (GRUPO 3) selecionados entre estudantes universitários voluntários.

Os sujeitos foram avaliados mediante compreensão relatada dos objetivos da pesquisa e leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

Os instrumentos foram selecionados pelos construtos que avaliavam, pelo uso anterior em pesquisa no Brasil ou pela proximidade de tradução. Os instrumentos utilizados para as avaliações foram os seguintes:

- BORRTI-O (“Bell Object Relations and Reality Testing Inventory”, de Bell, Billington & Becker, 1986, in Bruscato & Iaconi, 2000; Bruscato, 1998). (ANEXO C): trata-se de um inventário auto-administrado com 45 declarações descritivas em que o sujeito marca “verdadeiro” ou “falso”, de acordo com sua experiência mais recente. A escala fornece quatro tipos de resultados ou fatores interpretativos e um resultado numérico. São eles:

- FATOR ALIENAÇÃO: consiste em falta de confiança básica nos relacionamentos; perda de valor no relacionamento interpessoal; falta de habilidade para conseguir proximidade; inabilidade em manter intimidade estável; sentimentos de suspeita, posição defensiva e isolamento hostil; crença de que os relacionamentos são desagradáveis e que os outros decepcionarão; relações sociais superficiais sem senso de continuidade;

- FATOR VINCULAÇÃO INSEGURA: sofrimento nas experiências de relacionamento interpessoal; insegurança nos relacionamentos próximos expressa em forma de dependência; preocupações sobre ser aceito; desejo desesperado de proximidade; vínculos intensamente sado-masoquistas; relacionamentos como busca de segurança; tentativas do outro de atingir uma identidade diferenciada são vistas como muito ameaçadoras;

- FATOR EGOCENTRISMO: desconfiança da motivação do outro; o outro existe apenas com relação a si mesmo; vê a si mesmo alternadamente como onipotente e impotente; crença de que a cooperação é impossível;

- FATOR INCAPACIDADE SOCIAL: timidez; nervosismo; incerteza sobre como agir com pessoas do sexo oposto; inabilidade para fazer amigos; ausência de relacionamentos próximos; relacionamentos imprevisíveis.

O teste apresenta quatro fatores para delimitar quatro tipos de relação objetal internalizada. A correção do instrumento é dada através de um software específico, que apresenta valores brutos, posteriormente transformados para escores *t* contínuos, como pode ser visto na folha de pontuação para elaboração do perfil (Bruscato, 1998) (ANEXO D). Os resultados são considerados de patologia nas relações desde que a resposta pontue 60% ou mais do item. As respostas foram categorizadas em 1-sem patologia nas relações e 2-com patologia nas relações, para uso das análises estatísticas. A resposta patológica é uma variável numérica contínua que fornece médias e com a qual podem ser realizados outros testes estatísticos.

- **TESTE DAS RELAÇÕES OBJETAIS DE PHILLIPSON – TRO** (Phillipson, 1965/2002) (ANEXO E) : trata-se de um instrumento projetivo, construído segundo o modelo operativo do TAT, com a sugestão de imagens menos desestruturantes que o teste de Rorschach. A correção e a avaliação do TRO apresentadas na tese é proposta por Tolentino Rosa & Silva (2005a; 2005b) em uma larga série de estudos brasileiros com o teste. Consiste na apresentação de um desenho com uma imagem psicossocial onde o examinando deve relatar o que estaria ocorrendo na cena em forma de história. O material consiste em três séries (A, B e C) de quatro lâminas cada uma e uma lâmina branca. Cada uma das séries representa situações objetais básicas. A situação-estímulo básica, a situação de relação objetal, tem um conteúdo com o grau de ambigüidade necessário para que o examinando possa fazer um emprego variado da mesma. Os resultados podem ser levantados em termos de respostas humanas; relações estabelecidas entre os personagens; desejos inconscientes; medos, angústias e sentimentos, e mecanismos de defesa. A correção que será apresentada na seqüência foi estabelecida pela incidência e quantidade de relação em cada lâmina da série A. De acordo com uma quantificação proposta por Tolentino Rosa & Silva (2005a) os autores pontuam cada lâmina, de cada série, de cada sujeito de 1 a 7

pontos, realizando um somatório por sujeito e as médias por série como será apresentado. A pontuação vai de 1) equilíbrio não mantido, predominando ansiedade, com relações muito negativas, a 7) liberdade ampla para estabelecer relações muito positivas. Neste estudo foram utilizadas, de acordo com as sugestões da banca de qualificação, apenas a Série A, cujas lâminas sugerem imagens com uma, duas, três pessoas e grupos, nessa ordem. Essa série propicia o surgimento de necessidades primitivas de relações objetais, e apresenta as precoces relações objetais de dependência, enfatizando o contato físico e sensitivo. As lâminas dessa série são apresentadas de forma pouco estruturada, e as partes sombreadas podem ser interpretadas de várias maneiras pelo sujeito. Os estímulos são considerados pobres e possibilitam o exame do equilíbrio adaptativo do ego em seus esforços defensivos diante de situações primitivas de dependência do objeto amado e da separação deste, e a ansiedade surgida nas situações unipessoal, bipessoal, tripessoal e grupal (Tolentino Rosa & Silva, 2005b).

- ESCALA DE VINCULAÇÃO DO ADULTO (EVA, Canavarro, 1999; Canavarro, Dias & Lima, 2006) (ANEXO F): trata-se de uma escala de 18 itens, com afirmações sobre a forma como o entrevistado se sente em relação às relações afetivas que estabelece. As respostas são registradas em escala Likert de 5 pontos, na gradação de “nada característico em mim” a “extremamente característico em mim”. A base teórica do instrumento é a teoria do apego de Bowlby e a Teoria da Vinculação do Adulto de Collins & Read (1990), Hazan & Shaver (1987). Os resultados que apareciam anteriormente na obra de Canavarro (1999) em três padrões de vinculação, seguro, evitante e ansioso, e que por isso foram sugeridos para esta tese, foram radicalmente modificados e reestruturados (Canavarro, Dias & Lima, 2006) para uma aproximação maior com o original em inglês, a “Adult Attachment Scale-Revised” (Collins & Read, 1990). O original em inglês estabelece três dimensões, a saber: “Close”, “Depend” e “Anxiety”. No presente estudo, consideramos o modelo de correção de

Canavarro, Dias & Lima (2006) no qual são estabelecidas as três dimensões contínuas e não estilos de apego, que segundo a autora possui algumas vantagens, como assumir uma maior variabilidade entre sujeitos, não impor fronteiras rígidas de pertença a grupos, e exigir o esforço conceitual de definição e operacionalização dos componentes básicos da vinculação.

Os resultados da escala apresentados em dimensões utilizados neste estudo são os seguintes:

- CONFORTO COM A PROXIMIDADE (CLOSE): refere-se ao grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade; avalia a forma como o indivíduo se sente confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas.
- CONFIANÇA NOS OUTROS (DEPEND): diz respeito ao grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, assim como na disponibilidade destes quando sentida como necessária. Avalia a forma como os indivíduos sentem poder depender de outros em situações que necessitam destes.
- ANSIEDADE (ANXIETY): refere-se ao grau de ansiedade sentida pelo indivíduo relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser bem querido; avalia o grau em que o indivíduo se sente preocupado com a possibilidade de ser abandonado ou rejeitado.

Importante ainda frisar que este instrumento tem tradução apenas para o português de Portugal e normatização para a mesma amostra e foi sugerido para uso em pesquisa também pela banca de qualificação.

- INDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA (DLQI, Finlay & Khan, 1994; Zogbi, 2004) (ANEXO G): é composto por 10 questões, com escala Likert de respostas que avaliam o prejuízo de pele de 0 (nada) a 3 (realmente muito). A pontuação varia de 0 a 30 pontos, sendo pior o índice de qualidade de vida específica quanto mais

perto de 30. O paciente deve responder às questões pensando nos impedimentos causados na última semana. Hongbo, Thomas, Harrison, Salek & Finlay (2005) propuseram os seguintes significados para os escores do DLQI: 0-1 sem efeito na qualidade de vida do paciente; 2-5 pequeno efeito na qualidade de vida dos pacientes; 6-10 efeito moderado na qualidade de vida dos pacientes; 11-20 muito grande efeito na qualidade de vida dos pacientes e 21-30 extremamente grande efeito na qualidade de vida dos pacientes. Essa quantificação será apresentada nos resultados deste trabalho, bem como a avaliação das médias de qualidade de vida específica em dermatologia entre os grupos.

Foi também aplicada uma ficha de dados sócio-demográficos (ANEXO H) para caracterização da amostra.

Nos procedimentos para análise dos dados foram utilizadas a estatística descritiva para caracterização simples da amostra, em frequências e percentuais, média e mediana; os testes de qui-quadrado para a comparação de variáveis categóricas; a análise sugerida para estudos de caso-controle através do cálculo da razão de produtos cruzados (odds ratio), a regressão logística não-condicional por análise bivariada, e o teste de ANOVA para variáveis contínuas. Foi criada também a análise de correlação de Pearson para alguns testes com os instrumentos. O nível de significância estatística foi estabelecido em 5%, ou seja, sempre que $p \leq 0,05$ houve evidência de significância estatística. As análises foram realizadas através do pacote estatístico SPSS versão 13.

Com base na operacionalização do projeto da tese, do material bibliográfico e da análise dos dados, foi possível organizar esta tese subdividindo-a em quatro seções: uma teórica e três empíricas. Na seção teórica iniciamos por Freud e o início do entendimento objetal, seguido por Melanie Klein, Otto Kernberg, Bowlby, passando por McDougall e o fenômeno psicossomático, Anzieu e Winnicott como elo entre teorias. Esta seção abrange e apresenta detalhadamente os operadores teóricos em questão.

A primeira seção empírica intitulada “Estudo de características relacionais entre portadores de psoríase e de dermatoses em geral” apresenta a avaliação e a análise de pacientes portadores de psoríase e de portadores de dermatoses em geral, caracterizados como Grupo 1 (G1) e Grupo 2 (G2), respectivamente, enfocando as diferenças de qualidade de vida entre grupos tão semelhantes nos demais aspectos.

A segunda seção empírica intitulada “Estudo de características relacionais entre portadores de psoríase e não portadores de doença de pele” apresenta o estudo de pacientes portadores de psoríase e de não portadores de doença de pele, caracterizados como Grupo 1 (G1) e Grupo 3 (G3), respectivamente, enfocando as profundas diferenças entre os modelos de relação objetal internalizada entre grupos não pareados, porém sem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sócio-demográficas, podendo então ser considerados homogêneos.

A terceira e última seção empírica intitulada “Breve estudo acerca de portadores de dermatoses em geral” divide o G2 em psicodermatoses (Fitzpatrick, 1997) outras dermatoses encontradas e dermatoses de característica tumoral e/ou pré-tumoral, a fim de uma breve investigação sobre particularidades destes subgrupos em relação aos objetivos do estudo, já que não encontramos diferenças significativas nos modelos de relação objetal entre G1 e G2, e até em alguns momentos observamos alguma piora nos resultados de G2 em determinados pontos.

Estas quatro seções mostram um panorama geral das características relacionais de pacientes portadores de psoríase e dermatoses em geral, e de não portadores de problemas de pele. Os resultados vão apontando no sentido do que teorizaram Anzieu e Winnicott acerca das funções da pele, de que há realmente uma interferência psíquica no adoecimento orgânico da pele, como uma ferida que não é conscientemente auto-infligida, mas que assim pode ser compreendida ao avaliarmos os modelos de relação dos pacientes.

O fator estressor externo é inegável no surgimento das afecções de pele, e comprovado pela experimentação. Mas, o que em determinados sujeitos estabelece o surgimento de uma dermatose, de uma manifestação cutânea, ao invés de uma outra manifestação somática? Onde estará colocada a necessidade de não esconder o conflito, deixá-lo à mostra, e de, ao mesmo tempo, não obter meios de expressá-lo de outra forma? Esta tese de doutorado se propôs a levantar algumas possibilidades de resposta a essa questão, principalmente no que tange às características relacionais dos pacientes portadores de dermatoses.

SEÇÃO TEÓRICA

PSICOSSOMÁTICA, PELE E PSIQUISMO: ESTUDO TEÓRICO DAS CARACTERÍSTICAS RELACIONAIS DO ADOECIMENTO DE PELE

O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície.

(Freud, 1923, v. XIX, O Ego e o Id)

Esta seção tratará do desenvolvimento de um importante conceito em psicanálise: o conceito de relações objetais. Será também tratada teoricamente a possível aplicação deste conceito no entendimento do surgimento da afecção dermatológica, considerando o corpo como corpo em relação, associando-a as funções psicológicas da pele e sua importância para o desenvolvimento e diferenciação de estruturas psicológicas internas e do mundo externo.

Segundo Laplanche & Pontalis (2001, p.443) relação de objeto

é uma expressão usada com muita frequência na psicanálise contemporânea para designar o modo de relação do sujeito com seu mundo, relação que é o resultado complexo e total de uma determinada organização de personalidade, de uma apreensão mais ou menos fantasística dos objetos e de certos tipos privilegiados de defesa.

Os autores referem que o termo relação de objeto encontra-se apenas ocasionalmente na obra de Freud. Essa discussão será ampliada desde os escritos de Freud até seus seguidores. O termo “objeto” deve ser tomado como o é na teoria psicanalítica, em que é sabido que uma pessoa, na medida em que é objetivo das pulsões, é qualificada de objeto, e

isso nada tem de pejorativo. A “relação” deve ser tomada na acepção de inter-relação, não apenas na forma como o sujeito constitui seus objetos, mas também como estes contribuem para a sua formação (idem, p.444).

Por este referencial pretendemos fazer uma discussão teórica a respeito do processo do adoecimento de pele a partir do ponto de vista das características das relações internalizadas pelos sujeitos, das inferências possíveis entre a pele como um órgão muito inicial de relação e o estabelecimento de relações objetais.

Para Greenberg & Mitchell (1994) conceito de relações objetais refere-se às interações dos indivíduos com outras pessoas, internas e externas (reais e imaginadas), e a relação entre seus mundos objetais interno e externo. Vorus e Wilson (2004) fazem uma revisão atual sobre o conceito de relação de objeto, e aborda importância de estudar o modo como os sujeitos se relacionam com o mundo externo através de características individuais internas. Bruscato (1998), pesquisadora brasileira, em completa revisão teórica sobre o tema, salienta que a relevância da teoria das relações objetais pode ser confirmada também nas recentes aplicações para caracterizar a conduta das pessoas fora da situação estritamente psicanalítica.

Consideraremos, mesmo que brevemente, a importância que Freud deu ao corpo no princípio do desenvolvimento psicológico, sobre o que foi constituído o presente trabalho com as referências de algumas linhas de pensamento sobre o tema. A citação escolhida para abrir esta seção mostra a importância do corpo para a estruturação do ego - embora não tenha Freud se debruçado exaustivamente sobre isso no que tange às questões do adoecimento orgânico.

Nesta seção faremos uma passagem sobre a teorização inicial de Freud a respeito das relações com os objetos, considerando o primeiro modelo estrutural-pulsional; Klein, como apresentando o desenvolvimento sugerido por Freud, embora criticado por Kernberg; Kernberg e Winnicott, centralizando as discussões acerca deste, em função de suas

teorizações sobre a influência do ambiente e a inserção da psique no soma. Faremos uma importante revisão a respeito da obra de McDougall como grande referencial psicossomático deste trabalho. Analisaremos a teoria do apego de Bowlby e suas aplicações atuais. Por fim, relacionaremos teoricamente a obra de Didier Anzieu (1985/1989), O “Eu-Pele”, em que o autor desenvolve muitos construtos psicanalíticos em relação à pele, como maior órgão sensorial do corpo, local de registro das primeiras e mais importantes impressões sobre contato e continência, responsável pelas sensações primitivas do bebê. O elo proposto entre as teorias apresentadas será constituído pela visão integradora de Winnicott.

A forma como se dá a estruturação do ego é foco de muitas teorizações psicanalíticas. Muito dessa estruturação se dá pelo contato com o outro, que acontece, em primeiro lugar, pela pele, uma superfície em que o mundo externo e interno imprimem seus conflitos.

Das Relações Objetais, Corpo e Psicossomática

Uma Breve Passagem por Freud

Duas grandes correntes de entendimento foram formadas sobre o papel do objeto na teoria freudiana: o modelo pulsão ou estrutural-pulsional, originalmente denominado o modelo Freudiano, e o modelo relação ou estrutural-relacional (Fernandes, 2003; Greenberg & Mitchell, 1994).

Freud baseia todo o seu primeiro modelo teórico em termos de pulsão, que é uma pulsão originariamente orgânica e um conceito fronteiro entre o psíquico e o orgânico. O conceito de relações objetais é compreendido como parte inerente da teoria pulsional de Freud e é a partir daí desenvolvido através de vários prismas e diferentes autores, tendo eles considerado outros aspectos da teoria freudiana original.

Há uma discussão premente em psicanálise sobre o que é o objeto na teoria de Freud. Eis duas distinções possíveis: o papel do objeto no funcionamento psicológico das pessoas e a natureza do objeto. Em Freud o conceito de objeto está ligado ao de pulsão. Considerando as duas distinções possíveis, entramos na questão dos modelos estruturais pulsional e relacional. Aos poucos, no decorrer do desenvolvimento da teoria pulsional, Freud teria diminuído o papel da influência das relações na construção do ego, privilegiando apenas a internalização do objeto, através das figuras parentais em detrimento a sua interação com elas (Greenberg & Mitchell, 1994). Dentre as várias leituras realizadas parece haver muito mais uma mudança de foco explicativo do que de importância essencial; Freud não parece retirar a importância das interações, como pode ser percebido na *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (1921-1976), mas por algum tempo mantém o foco em outros desenvolvimentos da teoria. Segundo Laplanche & Pontalis (2001) a distinção entre fonte, objeto e meta - que serve a Freud como quadro de referência - perde a sua aparente rigidez quando ele considera a vida pulsional.

Na teorização inicial o objeto é criado na medida da satisfação das pulsões - inicialmente parciais, e, por isso, constituintes do objeto parcial. Uma vez que no modelo pulsional o objeto é criação da pulsão, as relações objetais permanecem como uma função da pulsão. Freud, como a maioria dos teóricos, descreve um desenvolvimento mental bem-sucedido de acordo com a capacidade de estabelecer relações com um objeto completo - o que possivelmente não ocorra em pacientes com psoríase ou dermatoses, considerando as dinâmicas de funcionamento psicossomático apresentados adiante, e por isso em função das características no estabelecimento de relações iniciais.

Mesmo que não durante o tempo todo, fica clara, no desenvolvimento da teoria freudiana, a importância da relação para o desenvolvimento psicológico, porque pensar em pulsão destinada ou criadora de um objeto é, em última análise, pensá-lo em relação com este objeto - autores que serão apresentados sustentam esse pensamento. Não será possível

concentrar atenção apenas às formulações de Freud, por isso, avançaremos na idéia de relação objetal dentre os demais autores, considerando que tais modelos objetais internalizados, com determinadas características, possam influenciar o adoecimento orgânico, assim como já acontece com outros transtornos de personalidade.

Aqui surge o papel das defesas do ego, que quando usadas em larga escala e com características primitivas, expressa um determinado funcionamento egóico do sujeito e denuncia o tipo de relação de objeto estabelecida. A relação de objeto estabelecida, ou a relação do indivíduo com seu mundo interno e externo, pode ser verificada na qualidade e característica das relações estabelecidas ao longo da vida. Não podemos esquecer de que as primeiras relações estabelecidas com o objeto se dão ao nível corporal (alimentação, cuidados, o toque na pele do bebê, reconhecimento do ambiente, e assim por diante). A criança pequena, inicialmente, faz o reconhecimento de seu mundo através do corpo; construindo, a partir dele, seu mundo interno em relação com o mundo e os objetos externos, posteriormente internalizados.

Ao longo do estudo da psicanálise, são perceptíveis as convergências dos autores e suas teorias. Em muitos momentos, aparecem conceitos bastante semelhantes, ora ampliados, ora modificados em alguns aspectos. Com o tema das relações objetais não é diferente, principalmente porque se trata de um conceito pouco explorado por Freud, e cuja importância no desenvolvimento de relações saudáveis e patológicas é bastante relevante.

Melanie Klein, os Objetos e o Corpo

O trabalho de Klein (Segal, 1975; Greenberg & Mitchell, 1994) estende e elabora a teoria pulsional clássica e, no entanto, também serve como uma ponte para seu abandono, numa transição entre a visão clássica do modelo estrutural-pulsional para a visão subsequente do modelo estrutural-relacional. Ao passo que Freud teria ignorado o objetivo

da pulsão, ou o objeto, e teria dado mais importância à descrição da pulsão como fonte e objetivo, quando o objeto seria meramente o veículo através do qual a gratificação é obtida ou negada, para Klein, o objeto é mais essencial; as pulsões são inerentes e inseparavelmente dirigidas a objetos. Aqui começa um entendimento mais integrado entre os dois modelos. As teorizações de Klein envolvem uma nova compreensão da natureza da pulsão, ou do desejo, em si. Klein (1969) amplia o conceito de objeto, concebendo um mundo interno de objetos organizados ao redor de relações objetais internas inconscientes.

A questão dos mecanismos de internalização e projeção é originária da teoria kleiniana, a partir de seu entendimento sobre as relações objetais. Klein sugere que as primeiras relações objetais da criança são relações com imagens, que só mais tarde tomam aspectos de objetos reais representativos do mundo externo. É para estas imagens que, a priori, se dirigem as pulsões da criança, tanto amorosa quanto odiosamente. Aqui introduzimos o cerne da teoria kleiniana, nos termos de suas posições (esquizo-paranóide e depressiva) que não serão largamente exploradas. Para Klein, a primeira relação objetal do bebê surge de um movimento que parte do nascimento. A autora, segundo Laplanche & Pontalis (2001) reforça a noção de objeto – que pode ser introjetado ou projetado – e que exerce uma ação, seja ela persecutória ou tranquilizadora sobre o sujeito.

A autora afirma que as primeiras experiências de satisfação são ligadas à pulsão libidinal, e, por meio dela, ocorre a introjeção, no bebê, do que é um afeto, ligado a um objeto bom que servirá de base para o estabelecimento do ego; as más experiências, de frustração e desprazer são ligadas à pulsão de morte e, por isso, vividas como perigosas e projetadas no exterior. Assim, está constituída uma primeira unidade, ainda fragmentada. Essa dicotomia entre objeto bom e objeto mau adquire sentido, posto que em torno dela se organizarão as noções de eu e não-eu. Simplificadamente, esse processo inicial constitui a posição esquizo-paranóide. A seguir, novos mecanismos serão estabelecidos, como o da

identificação projetiva, na tentativa de amenizar essa dicotomia, projetando sobre o objeto exterior seus aspectos maus para lesar ou controlar o objeto.

Sobre a possibilidade de a criança reconhecer a unicidade do objeto bom e do objeto mau, no decorrer de seu desenvolvimento, estabelece-se a posição depressiva, com angústias depressivas, quando experimenta a culpa em virtude de haver dirigido ódio ao mesmo objeto que fornece amor e satisfação. Uma aceitação de ambos os aspectos do objeto permite a atenuação da clivagem – que ocorria anteriormente – e dos mecanismos que a acompanham: idealização, projeção, negação. A partir disso, a criança vai evoluindo de uma relação de objeto parcial, cindido, para uma relação de objeto total, integrado (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991).

Klein não discorda de Freud quando afirma que o bebê é ameaçado por um senso de destruição logo após o nascimento ter rompido com o equilíbrio do estado uterino (Segal, 1975). Aqui Klein propõe um mecanismo no qual o instinto de morte é projetado sobre o mundo externo, por ser, nesse momento, impossível contê-lo, dada a falta de um ego inicial – para alguns autores – ou da existência de um ego ainda não-estruturado e diferenciado – para outros. Surge aí a fantasia de um objeto externo, pois não há confirmação de sua existência, já que foi projetada parte do instinto de morte, dando origem a um objeto percebido como mau, por conter impulsos destrutivos. Esses impulsos destrutivos são sentidos como medo da aniquilação, e tomam a forma de perseguição, ligada a um objeto. Da mesma forma, uma porção dos instintos de vida é também projetada para fora, criando um objeto bom para o qual o instinto é direcionado. Tanto a natureza do objeto bom quanto do objeto mau é determinada pelas próprias motivações da criança, uma crença que deriva da natureza da própria libido.

Assim, nesta visão, os primeiros objetos das pulsões são extensões das próprias pulsões. Aqui começamos a compreender que a frustração ou a satisfação das necessidades corporais é que imprimem esses registros. Sensações físicas positivas, ou o desconforto, são

personificadas e atribuídas a bons e maus objetos, e introduzem a imagem de “seio bom” e “seio mau”. Ainda neste momento evolutivo, e quem sabe na vida adulta de algumas pessoas, as privações e necessidades internas são sentidas como externas. Não podemos negligenciar aqui as experiências com o outro real, que até o momento, segundo a teoria, não estavam privilegiadas. Estas imagens objetais contêm traços da mãe e do pai reais, mas distorcidos. As percepções dos objetos reais no mundo externo misturam-se com as imagens projetadas, e tais percepções são internalizadas. Assim, os objetos internalizados são as transformações das percepções dos objetos reais, o que estimulará as relações objetais no mundo real, à medida que a criança procura fontes de reassuramento de suas percepções, que serão seus objetos internos. O mundo interno passa a ser concomitantemente transformado, e o ciclo de projeção e introjeção têm sua direção. Importante salientar que essa internalização não é considerada um mecanismo de defesa, mas um modo de relacionar-se com o mundo externo.

A questão da agressividade é um ponto importante. Na tentativa de defender-se contra a agressividade primária, sentida na frustração dos desejos, não só o sujeito psicótico se utiliza de mecanismos de defesa, a fim de dividir e projetar seus afetos sobre os objetos circundantes, mas todos utilizamos tais mecanismos em momentos de crise, em maior ou menor escala. McDougall (1989/1996) que será mais bem apresentada no seguimento do trabalho, afirma que a saída psicossomática é a alternativa mais saudável em relação à saída psicótica, mas compara o uso de tais mecanismos de defesa primitivos nos dois casos. Após essa breve passagem sobre a teoria das relações objetais em Klein, interessante salientar o papel do corpo no funcionamento psíquico.

Voltando a Freud, para ele, as pulsões originam-se como forças físicas com manifestações e conseqüências psicológicas. Para Klein, as pulsões são forças psicológicas que utilizam o corpo como veículo de expressão, pois que é o meio mais eficiente de sua expressão. É uma alteração sutil, mas que, segundo Greenberg & Mitchell (1994), tem uma

seqüência importante para as teorizações psicanalíticas, considerando o esforço de Klein em manter-se fiel às suposições freudianas.

A possibilidade de compreensão do mundo está limitada à experiência do corpo, segundo Klein, posto que suas partes e funções têm um papel significativo num arranjo primitivo de expressão física. O bebê usa o corpo para representar suas forças de amor e de ódio. Por exemplo, o alimentar-se pode, para ele, representar um distanciamento da mãe ou uma união amorosa com ela. Brincar com o seio é tão importante quanto a alimentação e fornece o estabelecimento da relação amorosa entre mãe e bebê. Da mesma forma que o desejo da criança pela mãe transcende a gratificação física e envolve um relacionamento mais completo, Klein deixa claro que o conceito de pulsão refere-se não só à redução de tensões corporais, mas a relacionamentos mais completos com a outra pessoa (Klein, 1970).

Não podemos desconsiderar a função da pele como órgão de relação, nesse contexto. A inferência é nossa. Assim, introduzimos uma idéia sobre a importância do corpo nos processos mentais de estruturação do ego, o que será explorado na seqüência, além daquelas já conhecidas e discutidas nas proposições de Freud sobre fases de evolução da libido.

Otto Kernberg: mecanismos primitivos e fragilidade do ego

Um autor que não pode deixar de ser citado é Otto Kernberg. Para o autor (1980/1989) a teoria das relações objetais é um termo genérico para uma abordagem especial dentro da psicanálise, que examina questões metapsicológicas e clínicas em termos das características das relações objetais internalizadas. A teoria das relações objetais, assim, considera o aparelho psíquico como originário do estágio mais remoto de uma seqüência de internalizações de relações objetais. Em recente publicação (Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy & Kernberg, 2007) retoma a importância das relações objetais para o desenvolvimento saudável ou patológico.

Ele afirma que a teoria psicanalítica das relações objetais representa enfoque essencial sob o ponto de vista estrutural, que vincula a estrutura aos aspectos evolutivos, genéticos e dinâmicos do funcionamento mental, a ocupar uma esfera intermediária.

Entende o autor que a qualidade das relações objetais depende em grande parte da integração da identidade, o que inclui a continuidade temporal do conceito que a pessoa tem de si e dos outros (Kernberg, 1980/1989, p.20). Essa capacidade de continuidade temporal pode ser perdida e o paciente é incapacitado de fazer uma avaliação realista dos outros e das relações estabelecidas. Isso certamente não acontecerá apenas com pacientes fronteiraços, mas sempre que houver patologia nas relações objetais.

Na conceituação das estruturas psíquicas, mesmo que apresentando teorizações a respeito de pacientes borderline, podem ser retirados pontos da teoria que interessam aqui, para alcançarmos a compreensão que estamos buscando a respeito do adoecimento de pele. Kernberg (1980/1989) afirma que a fragilidade do ego e a difusão da identidade são características principais dos pacientes com personalidade fronteiraça, e que mecanismos como a divisão, a projeção, e a negação são encontrados protegendo o ego contra conflitos psíquicos, mas fazendo isso a custa do enfraquecimento do ego. Ainda, ressaltou que os pacientes fronteiraços apresentam predominância, porém não exclusividade no uso de defesas primitivas, encontradas também em pacientes neuróticos. A teorização de McDougall apresentada na seqüência apontará a alternativa psicossomática, como uma alternativa psíquica para transtornos graves de personalidade. A difusão de identidade de Kernberg aparece na obra de Winnicott (1979/1983) como a não-integração do ego, caracterizada por uma etapa do desenvolvimento emocional que, não sendo completada, dará origem a transtornos de ordem psicótica.

Ao longo do desenvolvimento normal, Kernberg cita a dificuldade que as cisões continuem (self bom e mau, objeto bom e mau) levando ao aparecimento da ambivalência, semelhante à posição depressiva de Klein, mas num período posterior, e de afetos mais

maduros, dirigidos ao objeto, como preocupação, culpa e luto. Junto com isso se desenvolvem as representações de self ideal e objeto ideal. Explica que as relações interpessoais envolvem quatro componentes: um self real e um ideal e um objeto real e um ideal, que abrem caminho para um eventual ideal do ego. Esses processos facilitam a consolidação de um ego integrado, que possibilita a repressão e as operações defensivas em torno da repressão que caracterizam os estilos defensivos de pessoas neuróticas, menos primitivas. As defesas que procuramos explorar neste estudo, predominantemente em pessoas com dermatoses, são as de característica mais primitiva, por acreditarmos na presença de uma organização pouco diferenciada dos objetos primários nesses pacientes.

Bowlby e a Teoria do Apego

Bowlby, embora tendo sido supervisionado por Klein (Greenberg & Mitchell, 1994), abandonou os esforços de Klein para preservar a clássica teoria pulsional e redefiniu radicalmente os princípios básicos dentro dos quais a teoria clássica opera. Buscou suas premissas na Biologia e na Etologia, apresentando o que caracteriza como um novo tipo de teoria instintiva (1969/1984), basicamente preocupado com as experiências que constituem o apego da criança à mãe. O apego não estaria ligado apenas às possibilidades da mãe de nutrição ao bebê, não só à satisfação como parte de uma herança arcaica cuja função é a sobrevivência da espécie. Sugere que há reações de luto por parte da criança quando da separação da mãe, e essas reações seriam a mostra do surgimento do apego primário.

Bowlby é um autor que trabalha o conceito de apego como uma manifestação tangível das relações objetais, outrora apenas discutida em termos de teoria. De acordo com esse autor, os padrões de relacionamento com os cuidadores, ou “modelos de apego”, são desenvolvidos em nossa história e integrados em nossa estrutura de personalidade na forma de modelos internos de funcionamento que determinarão as características do sujeito frente

a determinadas situações de vida (Bowlby in Abreu, 2005). Segundo Bowlby (1982/1990) existe uma forte ligação entre as experiências de um indivíduo com seus pais e a capacidade posterior para estabelecer vínculos afetivos.

A teorização de Bowlby não pode ser considerada uma teorização inteiramente psicanalítica. Isso é possível perceber tanto em suas leituras originais como nas de seus seguidores. Um ponto salientado por Greenberg e Mitchell (1994) é que o autor não desenvolve as questões do significado da experiência para os indivíduos envolvidos em comportamentos de apego, separação e perda. Para Bowlby, o significado do objeto para a pessoa é apenas descrito em termos de sistemas comportamentais instintivos. A seguir, algumas das teorizações de Bowlby.

Bowlby (1969/1984) buscou compreender os laços fundamentais que unem as pessoas. Para o autor (1988, 1989, 1990) os padrões de relacionamento com cuidadores são o que se pode chamar de “modelos de apego” ou de vinculação (segundo Abreu, 2005, p. 49, os termos podem ser utilizados como sinônimos, pelo fato de o primeiro ser mais usado na literatura brasileira e o segundo na literatura portuguesa), desenvolvidos através das relações estabelecidas principalmente no início da vida, mas também verificadas no decorrer dela.

A leitura de Bowlby pode parecer um tanto quanto comportamental, considerando a redução das relações objetais a sistemas de comportamentos instintivos, observáveis e passíveis de mensuração. É importante apresentar seus conceitos, posto que dão uma continuidade perceptível e mensurável às relações estabelecidas no início da vida e suas influências na vida adulta e no desenvolvimento global da pessoa. Golse (2004) a partir da teoria de Bowlby, afirma que o autor não deixaria de considerar a função do corpo no desenvolvimento da teoria. A autora ainda enfoca um ponto que nos interessa neste momento, quando afirma que a teoria do apego foi acusada de esvaziar a questão da representação mental e da questão relativa ao papel do objeto, mas que em verdade a teoria

do apego e a teoria psicanalítica seriam muito mais complementares do que se apresenta. Segundo a autora, “o apego representa um ótimo candidato a desempenhar o papel de ponte entre a teoria das pulsões e a teoria das relações de objeto” (Golse, 2004, p. 33).

Para Bowlby, na construção de uma pessoa está a necessidade de haver base segura (sobre a qual se apóiam as relações com os objetos) e que o estabelecimento ou não-estabelecimento de relações seguras com os objetos terá importância decisiva ao desenvolvimento da personalidade. Bowlby e Winnicott são congruentes ao tratar sobre a importância das experiências de aproximação/distanciamento na construção do psiquismo e posterior diferenciação eu-outro. Abordaremos Winnicott de forma mais detalhada a seguir. Abreu (2005), numa revisão clínica e teórica sobre a teoria do apego, também frisa a importância da experiência física para a criança pequena, na construção do seu “eu corporal” que não está dissociado de seu “eu psíquico”.

Para Bowlby a confiança na figura de apego é a base da estabilidade emocional, e o conteúdo das defesas um problema da necessidade de apego. O conceito de vinculação para o autor é “uma propriedade encontrada em uma díade relacional, cuja principal função é a criação de um vínculo afetivo duradouro em relação a outro, ‘diferenciado’ (grifo nosso) e preferido” (1988/1989, 1982/1990). A questão do outro diferenciado é que, aqui, chama a atenção sobre como se estabeleceria o vínculo, caso não houvesse sido realizada a diferenciação total do objeto inicial. Nesse aspecto importam as questões de patologia do vínculo, e aqui propomos que possa estar relacionada também ao surgimento do adoecimento psicossomático e de pele, pelo possível estabelecimento de uma forma relacional indiferenciada que mantém com o objeto. A principal patologia do vínculo que discutiremos é a patologia do tipo vínculo inseguro. As idéias de Didier Anzieu (1985/1989) apresentadas no decorrer desta seção poderão esclarecer melhor essa hipótese.

Bowlby entendeu por conduta de vinculação qualquer forma de comportamento capaz de fazer com que a pessoa alcance ou conserve a proximidade de outro indivíduo

diferenciado (mas não explica como se dá essa diferenciação), como sendo um sistema regulador de importância biológica (1982/1990). Para ele, a grande maioria dos problemas psicológicos são problemas interacionais, derivados de condutas inseguras de apego. Nota-se que o autor vai bem além da teoria das relações objetais, e tenta demonstrar suas representações nos padrões de comportamento do adulto. Sem que aprofunde a teoria psicanalítica, afirma que a presença ou ausência de uma boa figura de ligação determina a maneira pela qual uma pessoa responderá às situações da vida futura. Assim, a capacidade de estabelecer laços emocionais íntimos com outros, na infância, é considerada como um traço importante no funcionamento da personalidade adulta. Determina que esses estilos de apego ou vinculação tendem a permanecer inalterados com o passar do tempo.

Ao que os autores apresentados até o momento chamam de objetos, Bowlby denomina figuras de vinculação. A partir destas figuras de vinculação, centrais ao desenvolvimento de experiências consideradas histórico-relacionais, serão criados os modelos internos de trabalho (“Internal Working Models” – IWM), que orientarão a criança em seus próximos laços afetivos. Também destaca a importância da experiência fisiológica para o desenvolvimento do vínculo do bebê com sua mãe ou figura de relação inicial. Mas, de forma inversa ao modelo pulsional apresentado por Freud, coloca que o vínculo da criança com a mãe não é movido meramente pela busca da satisfação de um desejo, mas, sim, produto da atividade de certo número de sistemas cuja meta principal é a busca da proximidade (relação).

As dificuldades de vinculação são entendidas de diferentes maneiras por diversos autores, e também podem ser mensuradas de várias maneiras. Remetem aos três padrões de vinculação propostos por Bowlby: A) padrão inseguro-evitativo: diz respeito a indivíduos predispostos a viver ansiedades de separação, tendendo a permanecer, assim, “grudados” em outras pessoas. É um padrão interacional geralmente marcado pelo conflito com pais que se mostram disponíveis e prestativos em algumas ocasiões e em outras não apresentam

tal receptividade. Este padrão tende a evitar as figuras importantes, depois de ter sentido rechaçada, há uma diminuição da importância da relação, os parceiros são percebidos como fontes de estresse e alvos de desconfiança; B) padrão seguro: crianças que sempre foram confortadas pela mãe ou cuidador. Depois da separação, retornam às suas atividades sem modificação da conduta. Neste modelo de relacionamento o indivíduo está confiante de que caso se depare com situações adversas sempre haverá uma figura de apoio, as relações se estabelecem facilmente, e proporcionam sensações de segurança e bem-estar; C) padrão inseguro-ansioso: neste padrão é observável na criança uma oscilação entre a busca de proximidade e a relutância ao contato materno, após sua ausência. Neste modelo o indivíduo não tem nenhuma confiança em ser auxiliado, caso procure assistência. A disposição interna está voltada para a auto-suficiência emocional em função dos constantes descuidos vivenciados, há um desejo de manter os parceiros próximos e a disponibilidade dos parceiros é percebida como incerta (Abreu, 2005; Canavarro, 1999). Estes três modelos de compreensão de estilos de apego caracterizam uma das várias maneiras de avaliar tais estilos. A literatura hoje aponta uma série de instrumentos e escalas para essa finalidade, todas inicialmente baseadas na teoria do apego de Bowlby, e depois modificadas de acordo com os construtos pesquisados em cada escala.

Relações e Objetos em Winnicott: o eu e o não-eu

Winnicott será apresentado aqui em dois momentos: primeiro, discorreremos sobre suas teorizações em termos de relação objetal, e, em seguida, na aplicação possível de seus conceitos no entendimento dos processos de adoecimento. Winnicott foi um autor que se considerou sempre freudiano, embora seus revisores tenham apontando mudanças sutis na teoria freudiana original. Como Klein, parece ter construído respostas a questões que a teoria freudiana deixou em aberto. Alega maior lealdade teórica aos escritos de Freud e

Klein, sempre fazendo referência a seus construtos. Porém, sua interpretação dos conceitos freudianos e kleinianos é considerada por Greenberg e Mitchell (1994) como idiossincrática, o que tornaria as teorizações do modelo pulsional quase irreconhecíveis. Ao passo que suas teorizações podem parecer “emendas” das teorias que o antecederam, Winnicott faz formulações extremamente importantes sobre a matriz relacional sobre a qual se desenvolve o self. Essa matriz relacional é um dos elementos principais em Winnicott.

O autor tem um tema central em sua obra: contato e diferenciação, através do entendimento das etapas de dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência (Winnicott, 1979/1983). Quase todas as suas contribuições descrevem a luta permanente do self entre uma existência individual, mas que ao mesmo tempo permita o estabelecimento de intimidade através da proximidade com o outro. Essa possibilidade vem, novamente, desde as primeiras relações objetais estabelecidas entre o bebê e sua mãe, ou figura de cuidado. Winnicott entende a separação da mãe como a única forma possível de união a um outro diferenciado (1988, 1975). Questiona, como então se dá o processo da criança descobrir-se dentro dos cuidados de sua mãe sem perder-se nela. Salienta que a mãe também tem de dispor de recursos internos e ambientais para cumprir sua função de cuidado, permitindo a diferenciação. Ele cria o conceito de “unidade mãe-bebê” a partir de sua experiência na pediatria com a observação da relação mãe e criança, e afirma que o ponto de referência de estudo não deve ser os processos que ocorrem apenas dentro da criança, mas no campo relacional entre a criança e o cuidador.

Winnicott estabelece as relações objetais em um plano separado dos processos instintivos, diferentemente da teoria pulsional original, quando há mais foco na pulsão do que no objeto, e as relações objetais são derivadas da satisfação ou não da pulsão. Para o autor, as primeiras relações objetais são interações entre as necessidades desenvolvimentais da criança e os cuidados maternos oferecidos pela figura de cuidado, completamente separados de satisfação pulsional. Relega a um plano secundário o conceito de pulsão em

alguns momentos. O bebê necessita dos cuidados maternos que definem a maternidade – maternagem suficientemente boa, o que inclui um ambiente de sustentação à díade. Aqui diferencia necessidade de maternagem da satisfação dos desejos instintivos (necessidade x desejo): considera que uma necessidade pode ser satisfeita, não satisfeita ou ignorada, e o efeito não é o mesmo que aqueles causados por satisfação ou frustração dos impulsos do id. Para Winnicott o self surge e é estruturado através de experiências relacionais com cuidados maternos específicos. Surge, aqui, a função de “holding” materno, que realiza as necessidades físicas e afetivas do bebê, promovendo a continência de seus impulsos agressivos.

Um ponto interessante (1975) é quando afirma que pela observação da díade mãe-bebê se podia perceber que não seria a satisfação instintiva que faria um bebê começar a “ser”, a sentir que a vida é real. O self é que deve preceder o uso dos instintos; por isso, pressupõe uma existência anterior do self ao uso dos instintos. A mãe forneceria experiências que permitiriam que o self do bebê emergisse. O bebê começa a vida em um estado de não-integração, com a experiência em fragmentos difusos. A organização do bebê, de sua própria experiência, é precedida pela existência de um ambiente sustentador, ou holding, dentro do qual o bebê é contido e sentido (1979/1983). Aqui é um elemento importante o estado de preocupação materna primária, em que a mãe apresenta um estado de atenção total ao bebê e à satisfação de suas necessidades. Não se trata de um ambiente perfeito, mas pelo menos temporariamente perfeito, no qual a preocupação materna possibilite a percepção sensível do que se passa com seu bebê: ela funcionaria como um espelho, ao fornecer-lhe o reflexo de sua própria experiência, numa sensação de que “quando olho sou visto; portanto existo”. Trata-se da confirmação do eu pelo olhar do outro (Winnicott, 1958/2000; 1975; Winnicott, Sheperd & Davis, 1994).

Os fracassos maternos podem ser entendidos pelo bebê como uma interferência aterradora na continuidade de sua existência pessoal, e resulta na experiência de aniquilamento do self, principalmente porque ainda não diferencia seus impulsos internos.

Um último conceito de Winnicott que vem ao encontro da teoria dos objetos é o de objeto transicional – um outro aspecto que envolve o desenvolvimento da pessoa. A dimensão mais importante dos fenômenos transicionais não é a dos objetos em si, mas a natureza do relacionamento com os objetos, um momento no caminho desenvolvimental entre a onipotência e o reconhecimento da realidade objetiva. Objetos transicionais compõem um terceiro campo, intermediário entre objetos subjetivamente percebidos e objetivamente percebidos. Aqui surge uma diferenciação entre relação de objeto e uso do objeto, e salienta a função da agressão no processo de separação. A relação de objeto é uma experiência subjetiva, projetiva, em que o outro estaria sob o controle do bebê. O uso de objeto é a fonte de percepção e interação com o outro, independente e real, fora do controle onipotente do bebê. O objeto transicional nesse contexto se caracteriza por ser o intermediador das relações de separação e diferenciação, permitindo ao bebê possuir elementos do objeto subjetivo, sem que precise estar com ele, rumo à percepção objetiva.

De forma resumida, sobre o funcionamento das relações em Winnicott, mesmo sob as melhores circunstâncias o autor sugere que se tornar uma pessoa integrada e relativamente independente – posto que a independência total parece ser utopia – é um fenômeno frágil, e que sempre haverá uma tensão entre experiência subjetiva e realidade objetiva. Daí mais uma idéia, confirmando e ampliando os autores já comentados, sobre o modo como se estabelecem as relações, em patamares de patologia ou de saúde. Um novo tópico sobre Winnicott – psicossomática e o adoecimento de pele – será apresentado na continuidade da seção teórica.

O Corpo Age – A Psicossomática de Joyce McDougall

Depois das teorizações a respeito da teoria das relações objetais, adentramos no universo do corpo, objeto ou objetivo da pulsão, o não-eu, aquilo com o que estabelecemos as primeiras relações e cuja superfície-fronteira, a pele, registrará vivências físicas e emocionais que serão decodificadas pelo psiquismo.

McDougall apresenta um pensamento muito peculiar, diferente das conhecidas três escolas de psicossomática e algumas outras vertentes (Mello Filho, 2002; Volich, 2000; Zimerman, 1999; Neves, 1998), como a Escola de Chicago, com Franz Alexander (1989), com foco nos perfis de personalidade e definindo determinados tipos e classificações de algumas doenças como psicossomáticas; Escola de Paris, como representante Pierre Marty (1994), baseada no conceito de pensamento operatório, quando paciente superinvestiria libidinalmente o que é concreto, como os sintomas corporais; a Escola de Boston com o conceito de Alexitimia, que alude à dificuldade dos pacientes conseguirem ler suas emoções e, por isso, expressá-las pelo corpo; como representantes John Nemiah e Peter Sifneos (1973). As duas últimas relacionam a eclosão psicossomática com ausência de resposta afetiva, implicando uma forma de relação objetal marcada pela pobreza de investimentos libidinais, apresentada na forma de dificuldades de ordem do afeto e da simbolização. As três escolas consideram que os eventos psicossomáticos seriam comuns a determinados tipos de pessoas e desconsideram a ocorrência de fenômenos psicossomáticos passíveis de acontecer com qualquer pessoa. Assim, justificamos a escolha pelo pensamento de McDougall (1982/1992, 1989/1996, 1978/1989, 1985/2001) autora que não pertence a uma escola específica. Afirma a necessidade de um entendimento psicossomático da pessoa e de seu funcionamento total, não concordando em minimizar os fenômenos do adoecimento para fins de explicação. Considerada por muitos como membro da Escola de Paris, a leitura de sua obra esclarece que cria um território bastante particular, que serve de esteio a muitas

das proposições deste trabalho. A partir dessa visão peculiar e de um gosto expresso em aproximar a normalidade da anormalidade como elementos contidos em todos nós, a autora afirma que

Face à dor psíquica, às divisões internas, aos traumatismos universais e pessoais que a vida inevitavelmente provoca, o homem é capaz de criar uma neurose, uma psicose, um escudo caracterial, uma perversão sexual, sonhos, obras de arte – e doenças psicossomáticas (McDougall, 1978/1989, p. 133)

McDougall desenvolve seu pensamento acerca da psicossomática em muitos momentos de sua obra, sempre frisando que não encontrou uma resposta única e satisfatória. Associada à Escola de Paris foi claramente se distanciando dela ao elaborar paralelos e entendimentos diversos ao originalmente proposto, retornando a Freud, reelaborando, inferindo e aproximando a prática clínica. Um de seus focos foi também investigar a possibilidade de análise de pacientes com adoecimento orgânico; considerou que qualquer paciente, em qualquer momento, poderá apresentar um sintoma orgânico e que este poderá vir a fazer parte do tratamento e das interpretações. Acredita, ainda, ser possível que muitas pessoas mantenham o equilíbrio psíquico produzindo sumarizações, ao invés de criar sintomas neuróticos ou psicóticos: “parece provável que determinados modos de funcionamento mental adquiridos nos primeiros meses de vida podem predispor mais às eclosões psicossomáticas do que às soluções neuróticas, psicóticas ou perversas” (1996, p.23). Num primeiro momento pode parecer desafiador colocar a psicossomática como alternativa psíquica à neurose ou à psicose, mas parece-nos uma saída bastante contundente, frente aos mistérios contidos na eclosão de uma doença, e que será fundamental no entendimento das hipóteses propostas sobre o adoecimento da pele.

A autora acredita que os problemas colocados pela somatização estão em uma encruzilhada de várias disciplinas, e que a pessoa não é pura estrutura psicológica. Nem pura estrutura orgânica. E que ninguém poderá contestar, principalmente sob a ótica da

psicanálise, que os processos psíquicos se originam e evoluem a partir de processos biológicos.

Para a autora, o processo psicossomático é um delírio do corpo; é o corpo que enlouquece. A expressão psicossomática trata da “regressão”*, mais primária e profunda do ser, tornando o corpo um campo de batalha, em uma luta cujo sentido não fica exatamente claro. O valor simbólico de tal embate pode ser dado a posteriori, e há a possibilidade do ganho secundário, porém, não podemos apenas girar em torno destes dois núcleos. É claro que a regressão não é privilégio de pacientes psicossomáticos, mas uma característica destes.

McDougall continua, indagando quais seriam os fatores psíquicos capazes de causar interferências no sistema imunológico, respostas essas hoje ensaiadas pelo campo de estudo da psicoimunologia, por exemplo (Volich, 2000, Zimerman, 1999).

Outro ponto que nos interessa particularmente na ocorrência de um fenômeno psicossomático é quando a autora trabalha sobre um modelo particular de relação deles com os outros, observando especialmente que os relacionamentos amorosos e sexuais desses pacientes destinavam-se a reparar uma brecha deixada pela relação primordial com a mãe-seio (Anzieu tratará de seio-pele).

Através de exploração clínica, McDougall constatou que pessoas com tendência somatizante tendem a exigir demais do corpo físico, ou mesmo ignorar sinais do corpo desamparado, como se fosse vítima de uma carência de investimento libidinal, ou não conseguisse ser representado enquanto objeto psíquico.

Sobre o papel do estresse, concordamos com a autora quando apresenta o papel incontestável do estresse no surgimento de reações orgânicas, mas isso em nada informa

* Regressão designa um retorno em sentido inverso desde um ponto já atingido até um outro, situado antes desse. Tomada no sentido formal, designa a passagem de modos de expressão e de comportamento de nível inferior, do ponto de vista da complexidade, da estruturação e da diferenciação. É concebida, na maioria das vezes, como um retorno a formas anteriores de desenvolvimento do pensamento, das relações objetais e da estruturação do comportamento

sobre as razões de tais reações, nem explica por que outros indivíduos em situações semelhantes reagem apenas através de sintomas psicológicos.

Sobre o papel de relações objetais internalizadas, a autora enfatiza que não considera a doença como objeto mau internalizado. Importante essa diferenciação para evitar confusões a respeito da teoria de McDougall que já pode parecer bastante controversa, a princípio. Considerando o desenvolvimento das relações iniciais e como se dá a inserção da psique no soma, a autora afirma que a criança leva algum tempo para realizar a unidade psicossomática, estabelecendo, então, como verdade, a ilusão de “habitar o corpo” (McDougall, 1978/1989, p. 154) para poder, então, dizer como se sente. O sentimento de identidade apóia-se na convicção de que se vive na certeza de que o corpo e o eu são indissociáveis. Essa é uma idéia também desenvolvida por Winnicott, bem como a afirmação que segue, de que essa experiência parece estar ausente em muito adultos, sendo a dissociação entre psique e soma muito mais freqüente do que se possa imaginar, não se tratando de uma clivagem psicótica buscando reparação através do delírio. Como Winnicott também salienta, o papel da mãe é fundamental para a organização psicossomática da criança, que só poderá adquirir um corpo e se tornar consciente dos sinais que ele emite se apta a elaborar simbolicamente o que ocorre dentro da díade mãe-criança que futuramente deverá ser rompida.

Para a autora construção da imagem psicossomática desempenha um papel tão fundamental na constituição da identidade do ego que a maneira como o sujeito vive o seu corpo nos informa consideravelmente a respeito da natureza da sua relação com o mundo dos outros.

McDougall define corpo neurótico como aquele oriundo de organizações neuróticas, no qual são os fantasmas do corpo erógeno recalcado que criam os sintomas e, por conseguinte, as alterações de da relação com o outro. No corpo psicótico o sujeito não é mais capaz de diferenciar seu ser e o outro, o interior e o exterior. Quando o sujeito não

acredita “habitar o corpo”, as relações com os outros correm o risco de se tornar confusas e até terrificantes. O corpo psicossomático não é nem neurótica nem psicoticamente constituído, o corpo é desinvestido: suas mensagens não são recebidas como portadoras de pulsões proibidas, nem temidas como potencial extraterritorial. A relação com o outro se torna parte dessa desafetação. O que define o corpo psicossomático é o diálogo de surdos entre psique e soma. Igualmente, salienta que existe uma unidade psicossomática não-patológica, ainda que o vocábulo remeta invariavelmente à patologia, embora na época, e ainda hoje, haja dificuldade de definir um conceito de “prazer psicossomático” (1978/1989, p. 156). McDougall chama a atenção pela tentativa sempre integrativa de conceitos até então não elaborados em conjunto, em sua defesa por certa anormalidade.

Mesmo sendo uma autora que tece seu pensamento relacionado à Escola de Paris, claramente transcende as proposições de tal Escola, e é essa costura apresentada por ela que, de início, suscitou a escolha desta abordagem. Concorda que os fenômenos psicossomáticos, muitas vezes, não são passíveis de simbolização por parte do sujeito, estão relacionados a processos psíquicos primitivos e de natureza pré-verbal, mas que isso não caracterizaria um determinado perfil de funcionamento psíquico que estabeleceria a predisposição à eclosão de uma doença psicossomática. E que, novamente, a somatização, em face de sobrecargas afetivas e acontecimentos traumáticos, está presente em todos nós como tentativa de auto-resolução. Resta aprofundar um pouco mais. Por que a pele?

Ainda em relação à psicose e psicossomática, a despersonalização psicótica é entendida como a perda de limites. Surge a expressão de que “o sujeito deixa de estar na sua pele” (1978/1989, p. 161) e de que o “doente habita o corpo graças ao próprio sofrimento psicossomático” (idem), evitando, assim, a despersonalização psicótica, já que esses pacientes revelam uma dimensão psicótica ao nível das relações objetais, no sentido de que o outro representa, inconscientemente, parte do próprio sujeito, espécie de “superfície refletora que lhe assegura a identidade” (ibidem). A doença psicossomática serviria, então,

como limitador eu - outro. A autora afirma que perturbações das relações objetais possam desencadear manifestações psicossomáticas graves, além das reconhecidas eclosões psicóticas. As manifestações somáticas podem também ser benignas, no sentido de provocar um despertar para si e para os próprios limites psíquicos e físicos.

Sobre o tratamento de uma paciente com uma alergia dermatológica, McDougall afirma que tais pacientes nas relações com os outros apresentavam a fragilidade de sua pele somática, e de sua pele psíquica, suscetível a rasgos. A autora considerou tais situações como sendo de fusão-confusão. O medo de tornar-se outro revelava o “temor de querer absorver-e-ser-absorvido” (1978/1989, p.163) em sua relação com o outro, de desejar viver em simbiose ou união total. Tal desejo não é incomum na prática analítica, e pode desencadear inúmeras soluções, além da psicossomática, e as adições são uma delas, seja a sexualidade aditiva ou o uso, abuso e dependência de substâncias.

Independentemente do tipo de expressão psicossomática, sejam sintomas ligados a sistemas de comunicação com o meio externo como a pele, respiração, eliminação, ou outros, internos, como sintomas cardiovasculares e imunológicos, a autora afirma que dadas todas as afecções estamos diante de processos arcaicos. O objetivo é adaptar ou conservar forças de vida, numa situação em que a psique recusa a dor e o conflito, defendendo-se deles.

O uso de defesas de ordem primária também é observável nas ocorrências psicossomáticas, na relação com o outro, ou frente a exigências pulsionais, ou seja, uma barreira de proteção contra a frustração potencial contida em toda relação objetal.

Na perspectiva de que o corpo age, atuando sobre si mesmo e causando sintomas de ordem física, antes que abordemos Anzieu e o Eu-pele (1985/1989) vale resgatar outra parte da teoria de McDougall, que dá início a esse entendimento, um corpo para dois (McDougall, 1985/2001) que se refere principalmente ao desejo e ao temor da fusão com o outro, originado da indiferenciação inicial entre mãe e criança. Essa matriz psicossomática

proporciona uma diferenciação progressiva, é mais bem descrita por Winnicott, quando o psíquico se distingue do que é somático. Esse processo consiste em uma dupla busca infantil: uma, na tentativa de recriar a ilusão da unidade corporal e mental com a mãe-seio, sobretudo nos momentos de dor física e psíquica; a outra na luta em favor da diferenciação. O fracasso nesse processo comprometerá a capacidade da criança de integrar e reconhecer como seus afetos, pensamento e corpo. Em função desse pensamento, alguns autores atuais consideram que a obra de McDougall está centrada na questão do afeto (Peres, 2006). Capitão & Carvalho (2006) vão um pouco além e situam a teoria de McDougall explicando o uso de mecanismo primitivos, pré-simbólicos e corporais, na tentativa do sujeito de lidar com o conflito. McDougall compreende o adoecimento psicossomático como a busca de um corpo para dois. As eclosões psicossomáticas nos conduzem a modelos de funcionamento de como a vida mental foi constituída inicialmente, e em função disso justificam-se os estudos a respeito de características das relações objetais de pacientes cuja alternativa é a somatização. O desejo de unidade teria seu representante saudável na relação sexual madura.

Sobre a função integrativa psique-soma, proveniente das relações iniciais entre mãe e filho, a autora põe em evidência as primeiras trocas desse par no surgimento do que chama de soluções psicossomáticas. Salienta que a mãe pode não ser capaz de atender às necessidades do filho, por entraves internos ou questões ambientais. Esse fato criaria no bebê sentimento permanente de frustração e fúria impotente. Esse tipo de experiência poderia impeli-lo a “construir com os recursos de que dispõe, maneiras radicais de se proteger de crises afetivas e do esgotamento que disso pode resultar” (McDougall, 1989/1996, pg. 39). Esses recursos, da ordem do corpo, são entendidos como regressivos quando vistos em um contexto adulto.

Antes que penetremos nas últimas teorias desta seção, finalizamos com uma forte aproximação entre McDougall e Winnicott, quando a autora afirma que na fase inicial uma

parte da mãe está, de algum modo, fundida com seu bebê, e em qualquer caso há o risco de a criança ter dificuldades em assumir uma identidade separada, dada a dificuldade da mãe de compreender os desejos de fusão, seus e do filho, de diferenciação e de individuação, correndo o risco de promover condições que levem à psicose ou à psicossomatose.

O Aspecto Relacional Da Pele

Senti o muro de minha pele. Eu sou eu.

Esta pedra é uma pedra: a fusão maravilhosa

Que havia entre mim e as coisas do mundo

Não existia mais.

(Sylvia Plath, in Anzieu, 1985/1989)

A pele é o principal meio de contato do sujeito com o mundo e, se não o principal, certamente o primeiro (Volich, 2000; Montagu, 1988; Winnicott, 1983; Anzieu, 1989), uma interface entre eu e o outro, entre mundo interno e externo (Bitelman in Volich, 2003). Sabe-se que a pele tem a mesma origem embrionária que o sistema nervoso (Ballone, Netto & Ortolani, 2002; Azambuja, 2000), o que permite iniciar a compreensão sobre como pode a pele, efetivamente, ser um importante meio de manifestação de conflitos internos do sujeito. Por conflitos internos aqui entenderemos algo proveniente das relações do sujeito com seu ambiente, desde o início da vida, de que tipos de relação objetal internalizou e como se apresenta na vida adulta, em termos da relação com esses objetos.

As manifestações aparentes na pele não podem, em geral, ser disfarçadas: a emoção, como manifestação física, tem na pele um meio de expressão; os registros de experiências vividas estão ali colocados, na forma de cicatrizes; as lesões de uma doença marcam o

espaço de uma ferida física e, por que não dizer, psíquica, tomando a pessoa como uma totalidade psicossomática.

São conhecidas as falas populares “à flor da pele”, “é uma questão de pele”, “estar na pele de alguém”, e outras, como afirma Neves (in Volich, 2003). A autora salienta os processos de identificação com o outro, contidas em tais falas, sendo, então, a pele uma camada externa do corpo que proporciona sentimentos do outro em relação a si. Essa é uma constatação que será discutida neste tópico.

Outro ponto importante sobre a pele é que a partir – e através dela – iniciamos nosso contato com o mundo externo. Desde o momento do nascimento, a passagem do bebê pelo canal vaginal inaugura a série de contatos que fará no decorrer de seu desenvolvimento: a amamentação, os cuidados, toques, carinhos, até a diferenciação de si e do outro para a estruturação do ego. Anzieu (1985/1989) trata a pele com o que denominou de “envelope psíquico”. Enuncia que as sensações cutâneas mesmo antes do nascimento introduzem as crianças num universo complexo, que tendem a despertar suas percepções e a consciência, tanto de movimentos internos quanto externos. Essas percepções subentendem o sentimento global de existir, acenando a possibilidade de um espaço psíquico originário, que poderá ser mais bem compreendido na leitura de Winnicott aqui proposta. Golse (2004) afirma que a psicanálise, em torno da década de 50, passou de um ponto de vista do “orifício” para uma psicanálise “cutânea”, e deslocado, progressivamente, o interesse para os envelopes psíquicos.

Uma Revisão Sobre O Eu-Pele

Adentrando mais profundamente no universo da teoria psicanalítica no que tange à dermatologia, dentre os autores citados, até agora, uma importante figura é Didier Anzieu, com a obra “O Eu-Pele”, publicada no Brasil em 1989. No decorrer da obra, Anzieu faz

inferências importantes, que convergem para as discussões propostas até aqui. Postula uma dupla sustentação para o psiquismo: uma, sobre o corpo biológico; outra, sobre o corpo social (em relação com o ambiente). Ele coloca o Eu-Pele intencionalmente, como uma metáfora, em que caberiam todas as questões referentes à construção do psiquismo como uma estrutura intermediária do aparelho psíquico: entre a mãe e o bebê, entre a inclusão mútua dos psiquismos na organização fusional primitiva e na diferenciação das instâncias psíquicas (Ego, Id, Superego). O autor reforça as idéias de Winnicott, afirmando que o holding seria também uma função biológica, por estar ligado à forma como a mãe segura o corpo do bebê. Não importaria apenas a internalização do seio bom (objeto primário), mas da identificação primária de um suporte ao qual a criança se une e que a mantém, face a face com o corpo.

Para o autor, a complexidade fisiológica das funções da pele antecipa a complexidade do eu no plano psíquico. Ele afirma que a pele é o mais vital dos órgãos dos sentidos, pois que se pode viver cego, surdo, sem paladar e sem olfato, mas sem a integridade da maior parte da pele não se sobrevive (1985/1989, p.15).

Anzieu não propõe uma teoria de relações objetais, mas ao colocar a importância do desenvolvimento psíquico no holding materno pressupõe a existência de tais relações, mais focadas na representação da pele como meio de relação.

A noção de Eu-Pele tem o sentido de explicar como se formam os envelopes psíquicos, quais suas estruturas, encaixes, patologias e como, através do tratamento psicanalítico, podem ser reinstauradas as fronteiras no sujeito. Anzieu retoma a discussão apresentada por Winnicott e estabelece o Eu-Pele como um princípio de diferenciação interna e um princípio de contenção (ou de função continente, dito de outra forma). Anzieu cita Freud, 1895, no artigo “Estudos sobre a histeria”, no qual ele teria “pressentido” (Anzieu, 1985/1989, p. 5) a formulação da hipótese de que a externalidade do corpo

considera esse princípio de diferenciação interna e um princípio de contenção, que seria depois desenvolvida pelos autores psicanalíticos.

Importante mencionar que o autor destaca principalmente o adoecimento psicológico quando fala em barreiras, limites e fronteiras psíquicas, citando as patologias de estado-limite (borderline), autismo e outras. Introduce a noção de “envelope psíquico”, cuja metáfora de contenção é a pele, e define o eu como uma estrutura de envelope.

Quanto ao adoecimento da pele, Anzieu cita o arranhar-se como uma das formas arcaicas do retorno da agressividade sobre o corpo; as mutilações da pele, reais ou imaginadas, como tentativas dramáticas de manter os limites do corpo e do eu, de restabelecer o sentimento de estar intacto e coeso.

Ainda sobre as afecções de pele, Anzieu afirma que estas mantêm estreita relação com os estresses da existência, com as crises emocionais, e ensaia empiricamente a hipótese da influencias relacionais sobre o adoecimento de pele. Considera este o seu principal propósito: discutir a relação do adoecimento de pele com as insuficiências da estruturação do eu, no momento inicial precoce do desenvolvimento. Afirma que as doenças de pele são decorrentes da patologia do apego (1985/1989, p.37). Também consideramos esse o nosso principal propósito com essa discussão.

O autor coloca uma dúvida que nos parece importante: a reação de determinada pessoa sob a forma do adoecimento de pele seria uma exigência dirigida à necessidade do toque, ou a um modo contrário, de isolamento? Pensamos que as duas necessidades podem estar contidas no adoecimento da pele, e que não seriam excludentes uma da outra.

Por Eu-pele, Anzieu compreende a representação que serve ao eu da criança durante as fases precoces do desenvolvimento, a partir das experiências da superfície do corpo. Corresponderia ao momento em que o eu psíquico se diferencia do eu corporal. Retorna a Freud e afirma que toda a atividade psíquica se estabelece sobre uma função biológica e explica como o Eu-Pele se estabelece, afirmando que encontra sua justificação nas funções

da pele: a primeira delas seria a de uma bolsa que contém e retém em seu interior o bom armazenado, como a amamentação, os cuidados, as palavras; depois, teria a função de interface que marca o limite com o que está fora, barreira que protege das agressões de outros; e a terceira função seria a de um meio de comunicação com os outros, de estabelecimento de relações significantes e, além disso, uma superfície de inscrição de traços deixados por tais relações.

Tentando encontrar respostas às proposições sobre o que se passaria no psiquismo de pessoas acometidas por doenças na pele, esse órgão de externalidade e internalidade, Anzieu evolui na direção do que buscamos comprovar pela pesquisa empírica: na observação clínica, pacientes com problemas de pele apresentavam fantasias mais ou menos conscientes de fusão cutânea com a mãe. A união simbiótica com mãe é representada no pensamento arcaico por uma imagem tátil em que dois corpos - da mãe e da criança - têm uma superfície comum, e a separação da mãe é representada pelo arrancar dessa pele comum. “Aquele que atende é a que esfolia; mas aquela que rasgou o envelope comum é também a que pode repará-lo” (1985/1989, p. 47). Essa fantasia de uma pele comum é reavivada mais tarde pela experiência amorosa. Mãe e filho devem se encaminhar para um funcionamento cada vez mais separado, essa etapa requer o desaparecimento da pele comum e o reconhecimento de que cada um tem sua própria pele e seu próprio eu, o que não acontece sem resistência nem dor (idem, p. 70).

Anzieu inicia e termina o estudo do desenvolvimento psicológico tendo a pele como pano de fundo. Apresenta o que chamou de funções do Eu-Pele e que são nove: 1) manutenção do psiquismo; 2) como função continente do holding maternal, sobre as pulsões contidas e localizadas em partes corporais, mais tarde diferenciadas; 3) função de estrutura virtual na época do nascimento e que se atualiza durante a relação entre o bebê e o ambiente; 4) função de individuação, visando o fortalecimento das fronteiras do eu; 5) função de intersensorialidade, com base no tato. A carência desta função corresponderia à

angústia de fragmentação do corpo; 6) envelope de excitação erógena global, que prepara para o auto-erotismo e serve de pano de fundo para os prazeres sexuais; 7) como recarga libidinal na manutenção da tensão interna; 8) função de inscrição de traços sensoriais com aspectos biológicos (pele) e sociais (grupo, ambiente), e 9) aspecto autodestrutivo da pele e do eu, pois se não diferenciado da mãe, tende a voltar contra si a pulsão agressiva que teria a mãe como objetivo final, exatamente pelo processo de diferenciação. Como não reconhece o outro, volta contra si mesmo. O autor compara esse processo com o funcionamento celular e com os estudos de imunologia, através dos fenômenos auto-imunes.

Na obra, Anzieu repassa as teorias de Freud, Klein, Winnicott e Bowlby, em muitos momentos. Fixa-se em Bowlby e as questões do apego, e em Winnicott na questão do holding, e amplia, afirmando que a problemática inconsciente do adoecimento da pele giraria em torno da proibição primária do tocar, nas formas de carência da carícia como uma proibição de se colar ao corpo do outro; a superestimulação de contatos maternos, por outro lado, ultrapassaria as fronteiras que se está tentando estabelecer no início do desenvolvimento do psiquismo, não permitindo o afastamento necessário para que se constitua o envelope psíquico que pertença ao bebê como propriedade particular. Considera que a gravidade da alteração da pele está em relação à importância quantitativa e qualitativa das falhas do Eu-Pele (estabelecido pelas relações no início da vida) e afirma que a profundidade da alteração da pele é proporcional à profundidade do dano psíquico. Essa é a hipótese central em que acreditamos e com a qual trabalhamos neste estudo.

Winnicott: o elo entre psicossomática, pele e relações objetas

Segundo Winnicott (1988/1990) a pele tem a importância de conter a psique dentro do corpo, e isso se dá através do manuseio da pele no cuidado do bebê.

As relações iniciais do bebê com o mundo externo são intermediadas pela pele, órgão fundamental nesse processo de diferenciação. Ainda segundo Winnicott (1979/1983), há necessidade de um cuidado parental satisfatório, que inclui o ambiente total do bebê, e o processo denominado holding, que significa não apenas o segurar físico de um lactente, mas “a provisão ambiental total anterior ao conceito de viver com” (idem, p. 44). O conceito de viver com pressupõe outro conceito: o de relações objetais. Importante lembrar que nesse estágio inicial o bebê se encontra em estado fusional com a mãe, incapaz de diferenciar objetos internos (que estão sendo introjetados), de objetos externos (ainda não são reconhecidos como tal). Trata-se de um processo iminentemente relacional, que se dá através do contato e da elaboração de experiências inerentes à existência. O autor salienta que esses processos não são apenas fisiológicos, mas fazem parte da psicologia da criança, e ocorrem determinados pela empatia materna. Através dessas relações e da qualidade dessas relações, começa-se a estabelecer o que Winnicott denominou de sentimento de ego, que levará o lactente ao que se pode chamar de estado unitário.

O sentimento de ego começa a se estabelecer durante o holding (época de necessidades fisiológicas, qualidade das relações parentais, ambiente). O ego então não-integrado – diferente de desintegrado na teoria de Winnicott, na qual o estado de ego não-integrado é o estado em que nasce o ego do bebê e tende à integração; o termo desintegração se refere ao que ocorre frente à frustração ou à crise, mesmo em um ego já integrado, pela ansiedade de aniquilamento – vai se transformando em uma integração estruturada, o início de ser pessoa, individual, mas não sem um custo: o de experimentar a ansiedade que está associada à desintegração não existente, antes que começasse a experimentar a integração.

Ao início dessa integração Winnicott denomina a chegada do lactente à existência psicossomática, a inserção da psique no soma. A base dessa inserção é a conjugação das experiências percebidas e sentidas com o novo estado de integração. Segundo Winnicott

(1994), os distúrbios do psicossoma são alterações do corpo ou do funcionamento corporal associados a estados da psique. E, retomando a tendência à integração como o movimento principal do desenvolvimento emocional, a dissociação entre psique e soma seria um fenômeno regressivo que utilizaria mecanismos arcaicos no estabelecimento de organizações defensivas (Winnicott, 1994). Com esse desenvolvimento coloca concretamente o papel da pele como uma membrana limite entre o eu e o não-eu – que ainda não é reconhecido como o outro, apenas um objeto fora de mim – denominando a pele de “membrana do ego” (grifo nosso). A partir desse momento, o bebê passa a ter um interior e um exterior, a estruturação de um esquema corporal, tudo contido pela pele. Daqui surgirão os processos secundários e a função simbólica. Para o autor, na normalidade ocorre uma troca constante, à medida que a criança vive e coleta experiências, de modo que o mundo interno é enriquecido pelo que acontece no exterior, e a base disso é a incorporação e a eliminação de experiências através do corpo.

Evidentemente que outros processos desenvolvimentais são iniciados a partir disso, mas frisamos aqui o papel da pele como elemento de relação e de estruturação do ego, para encaminhar as questões referentes ao adoecimento da pele.

Importante salientar que sem um holding suficientemente bom o estágio de integração não pode ser alcançado ou mantido. O desenvolvimento adicional é o estabelecimento das relações objetais, quando o bebê muda o relacionamento de um objeto subjetivamente concebido para um objeto objetivamente percebido (Winnicott, 1979/1983, p. 164). Essa mudança está ligada à do lactente ser fundido com mãe, para ser separado dela, se relacionando a ela como separada (como um “outro”) e não mais como não-eu.

A discussão da pele na contemporaneidade

Autores contemporâneos tratam do assunto de forma aplicada, tentando demonstrar como aparece, na prática, a conjugação de tais relações com o surgimento de afecções dermatológicas. Usada (2000) afirma que os problemas de pele surgem por falta de contato físico com a mãe. Essa é uma formulação da autora com base na observação clínica. Relata que os pacientes com problemas dermatológicos apresentam um estado de dependência e insegurança em relação à mãe, e as mães apresentam personalidade ansiosa, são rejeitadoras ou superprotetoras, e dotadas de personalidade infantil, com hostilidade disfarçada em ansiedade. Seriam mães que não gostam do toque, privando seus bebês do contato cutâneo.

Questões relativas ao desencadeamento das doenças de pele têm sido estudadas no exterior, e tais estudos pouco realizados no Brasil. Um deles (Ludwig, Redivo, Zogbi, Hauber, Facchin & Müller, 2006) analisa níveis de ansiedade, depressão e estresse entre 151 portadores de dermatoses. Em termos de adoecimento de pele e as relações objetais, apenas um estudo italiano (Ventola, Sinisi, Robusti & Rantuccio, 1986), e outro, brasileiro, foram encontrados, enfocando o uso de defesas em pacientes com psoríase (Catropa, 1986). A maior parte da literatura sobre psicologia e dermatologia versa sobre o tema do estresse, algumas vezes de forma isolada de outros processos fundamentais. Um dado importante sobre o desencadeamento das doenças de pele é a existência permanente ou abrupta, de estressores, ambientais ou não.

Bria e Rinaldi (1999) falam da pele como uma metáfora do funcionamento da mente, onde as primeiras organizações psíquicas estão colocadas, e através da qual se manifestam tais organizações, por meio das experiências inicialmente difusas e gradativamente integradas. No estudo sobre estilos de apego e relação de objeto, frisam a importância das experiências de separação para pacientes com afecções cutâneas.

Sobre a importância do ambiente no desenvolvimento de doenças psicossomáticas, especificamente as de pele, Schachner (2003) afirma que o impacto de uma doença de pele em um membro da família é inegável, mas que é preciso observar como o ambiente pode ter estruturado a condição de adoecimento. Relaciona casos de dermatoses com privação de sono, mudanças nas rotinas familiares, prejuízo de socialização, e perdas de forma geral, através da observação clínica.

Considerações Finais da Seção Teórica

O ponto mais importante até o momento parece estar na indicação de que todas as teorizações referem sobre aspectos regressivos do desenvolvimento das afecções somáticas. Autores com trabalhos reconhecidos na área da psicossomática, mas cujas aplicações das teorias em pesquisa não são tão comumente vistas, foram apresentados aqui, no intuito de embasar teoricamente os estudos empíricos apresentados a seguir. Autores como Kernberg e McDougall, cujas intersecções teóricas não são facilmente encontradas na literatura, aqui propomos que possa haver um elo entre eles, a partir do ponto de vista do adoecimento psicossomático. Ambos falam na regressão como elemento central no desenvolvimento da psicopatologia, na confusão a respeito de alguns quadros psicopatológicos, dada sua característica primitiva, porém não completamente dissociada com a realidade, entre outros pontos. Kernberg estuda o transtorno borderline de personalidade e McDougall as eclosões psicossomáticas utilizando os mesmos operadores (mecanismos de defesa primitivos, regressões). Evidentemente sem inferir que o surgimento de uma eclosão psicossomática tenha alguma relação com o transtorno de personalidade borderline, podemos comparar seu construto mais básico sobre os desconhecimentos reais a respeito de sua origem e outros nem tão rasos sobre o seu manejo, com o da psicossomática, para utilizar um exemplo. A

compreensão da patologia das relações objetais internalizadas dos pacientes portadores de dermatoses não deve temer a aproximação de termos como defesas primitivas, fragilidade do ego e não-integração, encontradas em Winnicott, Kernberg e McDougall, em geral reconhecidos na psicopatologia, mas sim entendidos como fenômenos observáveis, e até mensuráveis dos fatores psíquicos que podem oferecer pistas sobre onde, como e por que ocorre a ruptura entre corpo e psiquismo, vista no adoecimento psicossomático. O papel da fusão é também importante nesse momento. Primeiro citado como um fenômeno psicótico, depois compreendido como uma necessidade estabelecer fronteiras nas relações, visto enfim, como uma inferência importante à eclosão psicossomática.

A construção da imagem psicossomática desempenha um papel tão fundamental na constituição da identidade do ego, que a maneira como o sujeito vive seu corpo nos informa consideravelmente a respeito da natureza da sua relação com o mundo dos outros. Assim, podemos construir um interessante elo entre as teorias de Kernberg e McDougall, já que a autora coloca o psicossoma na origem da identidade do ego. De modo análogo, a difusão da identidade colocada por Kernberg terá, muito provavelmente, um representante na esfera somática. As eclosões psicossomáticas poderão acompanhar sentimentos de difusão da identidade, mecanismos primitivos e apresentar relações objetais internalizadas nas quais o objeto não é visto de forma inteira ou gratificante. Por outro lado o entendimento proposto por Kernberg a respeito da psicopatologia poderá ser transposto, mesmo que não completamente, ao entendimento do fenômeno psicossomático.

Da mesma forma com que o transtorno psicossomático surge como uma opção menos patológica do que a psicose, para Kernberg o transtorno borderline surge na fronteira entre a neurose e a psicose. Pensemos que não necessariamente precisa haver um único tipo de característica nessa fronteira. De maneira alguma afirmamos que os pacientes psicossomáticos apresentem as características da personalidade fronteira. Mas

acreditamos na anormalidade existente dentro de cada um de nós e em muitas possibilidades entre a neurose e a psicose.

E por que a pele não um outro órgão? A escolha pela externalidade, e por que não até mesmo pela agressão ao meio e a si tem representantes psíquicos importantes também no início da vida, nas questões de continência de afetos e nos processos de diferenciação. Se não posso agredir a figura de amor, agride-se a si mesmo. E de forma visível. É ao que parece se assemelhar o processo do adoecimento da pele, quando este se mostra como uma maneira de marcar a limitação entre eu e não-eu, impedida de acontecer de forma mais saudável nos momentos iniciais do desenvolvimento.

As relações consideradas inseguras ou evitativas versam sobre a maneira como nos colocamos no interior das relações, e a pele doente não parece ser um fator facilitador de uma relação segura e positiva. Ao contrário, pode promover o afastamento total, a evitação ou a dependência, que pode resultar em aproximação indiferenciada, ou novamente em evitação, por não conseguir a aproximação com diferenciação, ideal das relações e com representantes no desenvolvimento inicial da personalidade, ou em relações adultas saudáveis, através do manejo da sexualidade. Uma hipótese viável é de que o adoecimento de pele esteja exatamente relacionado à dificuldade de limitações entre o eu e o não-eu, descritas até aqui. Num desejo regressivo de retomada da relação fusional com a mãe, em que são experimentados sentimentos de unidade, cuja sensação se busca por toda a vida adulta repetir, de forma mais ou menos madura nas relações com os pares, em que se incluem todas as formas de relação.

É claro que não se trata da maneira mais amadurecida do ponto de vista egóico, de se atravessar esse estágio, adoecendo. Porém, algumas vezes é a saída possível. Retomando Anzieu, a proibição primária do tocar, estabelecida nas relações iniciais com a mãe ou cuidador, nas formas de carência da carícia como uma proibição de se colar ao corpo do outro; a superestimulação de contatos maternos, por outro lado, ultrapassaria as fronteiras

que se está tentando estabelecer no início do desenvolvimento do psiquismo, não permitindo o afastamento necessário para que se constitua o envelope psíquico que pertença ao bebê como propriedade particular. Novamente através do corpo temos uma disputa para o que conhecemos, teoricamente, entre uma saída neurótica e outra psicótica, e a decisão é apontada na direção psicossomática.

A pele lesionada parece representar esse rasgo, esse corte marcadamente simbólico da ruptura com o outro fusionado, necessária para a continuidade do desenvolvimento psicológico saudável, que não se estabeleceu por completo. Por um dado como este, retomamos McDougall, quando afirma que o adoecimento somático é um tipo de simbolização possível para o sujeito em sofrimento, e não simplesmente uma dificuldade de simbolização.

Segundo Winter (1997) investigamos a formação da estrutura psíquica que promove o reconhecimento de uma identidade individualizada ou misturada com outras identidades. Para a autora, a separação dessas identidades, misturadas, possibilitará a diferenciação “com muita dor” (grifo nosso). O preço dessa dor poderá ser manifestado posteriormente, através da fala, ou do corpo.

A relevância do aprofundamento e da pesquisa sobre relações objetais e adoecimento de pele fica evidente em face de toda a apresentação. Podemos pensar em como se deram as primeiras relações de pacientes dermatológicos com o seu ambiente, melhor especificado, com a figura do cuidador (mãe, pai, ou substitutos) no período inicial do desenvolvimento.

A psicossomática tenta responder a algumas das questões sobre como e por que um sintoma é manifestado pela via física – considerada mais primitiva pela ausência de simbolização mental, e não por uma mais sofisticada, como a verbal, originada de processos mais complexos, que refletem um modo mais amadurecido de representação mental. Muitos autores e escolas de psicossomática se debruçaram sobre tais questionamentos, divergindo e

concordando, em muitos momentos. Uma convergência é que o sintoma físico representa corporalmente dificuldade de expressão do conflito mental estabelecido.

O processo de adoecimento como fenômeno relacional pode ser visto a partir das teorizações das relações objetais. A construção da teoria e o entendimento das relações objetais não pode deixar de passar pelo corpo, já que é o local primeiro em que se estabelece o sentimento de ego. É através do corpo que o bebê conhece seu mundo, desde as primeiras experiências de contato no nascimento e na amamentação, depois, no conhecimento do ambiente, e só posteriormente pela fala. É através dele que o bebê internaliza os objetos primários, caracterizados como bons ou maus. É sabido, também na teorização psicanalítica, que na vida adulta, quando da emergência de conflitos, tendemos a utilizar um funcionamento mais ou menos regressivo no enfrentamento da crise. Assim, não podemos desconsiderar o uso do corpo como veículo de expressão do sofrimento, quando circunstâncias internas ou externas ultrapassam os modos psicológicos de resistência habitual, além de ser o meio através do qual estabelecemos as relações.

A relação com um objeto completo, se é que há realmente indiferenciação/fusão com o objeto de amor em situações psicossomáticas, não parece ser possível para os pacientes cujas eclosões psicossomáticas são constantes. Não havendo possibilidade de percepção de um objeto completo, e sim parcial na vida adulta, não parece haver possibilidade de estabelecimento de relações seguras também por consequência da afecção de pele, mas muito mais por sua origem.

A característica da internalização do objeto (parcial ou total) poderá influenciar no adoecimento de pele, acreditando que a relação com objetos parciais trará dificuldades no estabelecimento das relações de vinculação, principalmente diante da possibilidade de separação dos objetos primários, resultando em um modo de funcionamento psíquico regressivo e, por isso, psicossomático.

Todos os autores aqui apresentados e suas suposições deixam claros os aspectos relacionais na formação da pessoa, desde suas primeiras relações com as primeiras figuras de contato. Dados sobre psicopatologia deram lugar aos desenvolvimentos da teoria da psicossomática. É consenso entre algumas vertentes teóricas que a psicopatologia se trata de um fenômeno relacional, pois que onde haja esquizofrenia haverá certamente um *outro* e um ambiente facilitador do desenvolvimento da doença psíquica.

Assim, o adoecimento orgânico poderia sim ter origem no estabelecimento de vínculos, no modo como se deram as internalizações dos objetos, e nos modelos particulares de relação objetal. Zimerman (1999) afirma que é consensual entre autores atuais que a gênese da predisposição psicossomática reside nas vivências emocionais, narcísicas, que caracterizam os primitivos vínculos do bebê com sua mãe.

Autores como Winnicott, que dão importância ao ambiente inicial configurado quando do nascimento e desenvolvimento inicial da criança, frisam a importância das relações propriamente ditas, ou objetivamente percebidas, em termos de satisfação de necessidades para o desenvolvimento de uma personalidade saudável; McDougall, fundamentada em Klein e tendo ampliado suas formulações, foca a importância dos impulsos agressivos envolvidos no processo psicossomático, considerando as relações objetais e o retorno ao self de impulsos agressivos, que não podem ser dirigidos ao objeto, na fantasia de destruir os aspectos bons junto com os maus, e aponta que a criança volta contra si tais impulsos em forma de culpa, o que geraria adoecimento. Anzieu traz o adoecimento de pele como que representando na superfície os conflitos de ordem interna; um funcionamento bastante primitivo em termos de organização defensiva e de modelos de relação objetal.

Não tratamos aqui de pacientes psicossomáticos, mas consideramos que todos somos psicossomáticos, pois não acreditamos na dissociação entre processos psíquicos e orgânicos. Buscamos compreender se há tipos de relação mais regressivas em pessoas com um tipo de

adoecimento orgânico específico – o da pele – patologia agressiva, causadora dos mais diversos tipos de incômodos, em nível emocional e físico, e que, além disso, causa sentimentos de rechaço, por parte dos outros, quando atinge o sujeito em maneiras mais graves de apresentação. Qual a necessidade, qual a dificuldade do sujeito em relacionar-se com o outro, pois que o faz em forma de rechaço ou de um pedido de cuidado físico, de contato?

Apresentamos aqui um apanhado geral de algumas das principais teorias psicanalíticas das relações objetais e da psicossomática psicanalítica. Aprofundando o entendimento do adoecimento de pele, questionando se está vinculado a um tipo de relação estabelecida em um momento precoce do desenvolvimento psicológico, já que a pele é um órgão de origem embrionária e, por isso, primitiva no desenvolvimento biológico, além de ser o maior órgão do corpo, com função de proteção e contato, e componente do sistema nervoso, dadas suas características de sensibilidade. O adoecimento da pele é exposto, pede o contato e ao mesmo tempo o faz evitar. Essa complexidade é que tentamos abarcar com o entendimento do funcionamento psíquico, em termos de estilos de vinculação e análise das relações objetais.

SEÇÃO EMPÍRICA I

ESTUDO DE CARACTERÍSTICAS RELACIONAIS ENTRE PORTADORES DE PSORÍASE E DE DERMATOSES EM GERAL

A pele tem várias funções: biológica, social, psicológica, metabólica, e de interface entre o indivíduo e o ambiente. A pele protege o organismo dos ataques do meio, sejam da ordem que forem. Como um órgão de comunicação, a pele tem um papel importante no estabelecimento do apego/vinculação desde a infância (Madhulika & Gupta, 2006). Quando da existência de alguma afecção dermatológica, o impacto na imagem do corpo pode ser profunda e acarretar vários tipos de transtornos psicológicos.

Recentes estudos pesquisados apontam sempre na direção de que a psoríase é uma doença de difícil diagnóstico e tratamento, além de trazer inúmeros prejuízos à qualidade de vida do paciente, em termos sociais, físicos e ambientais (Sampogna, Sera, Mazzotti & Pasquini, 2003; Weiss, Bergstrom & Kimball, 2003; Korte, Mombers, Sprangers, Bos & Corona, 2002; Kent & Keohane, 2001). Weiss (2003) refere a importância de estudos sobre estresse e estratégias de coping dos quais o paciente lance mão quando do enfrentamento da doença. Mas além do estudo de tais estratégias, cada vez mais utilizadas, pesquisadas e passíveis de mensuração para o entendimento do paciente, o autor inclui a importância de que o paciente possa ter um espaço de expressão de emoções para a melhora do quadro da psoríase. Entendemos que a dificuldade em manifestar emoções seja uma das principais dificuldades apresentadas pelos pacientes portadores de psoríase e de dermatoses em geral, no plano emocional.

Um estudo sobre a relação entre psoríase e características de personalidade através do MMPI (Mingorance, 1999) indica um percentual de 83% entre 60 pacientes que

apresentavam o que a autora chamou de desvio de personalidade. Estudos assim parecem ser pouco conclusivos sobre o que mais nos importa – a psicodinâmica de funcionamento de pacientes portadores de psoríase e de outras dermatoses.

Muitas pesquisas são realizadas com o tema da avaliação de modelos de relação objetal internalizada, dimensões ou estilos de apego, mas quase nenhuma delas em cima destas características em portadores de problemas de pele, o que vem ocorrendo muito mais intensamente em termos teóricos, principalmente a partir de Anzieu (1985/1989). Os principais estudos com o tema da pele ainda ocorrem sobre o estresse, formas de enfrentamento da doença e com o impacto da doença na qualidade de vida dos pacientes, o que também é de suma importância. O presente trabalho apresenta os resultados da avaliação de modelos de relação objetal internalizada desses pacientes, dimensões de apego e índices de qualidade de vida específica em dermatologia na busca de traçar diferenças ou buscar semelhanças entre pacientes portadores de psoríase com os pacientes portadores de dermatoses em geral.

Método

Trata-se de um estudo de caso-controle no qual foram selecionados 34 casos de psoríase e 34 controles entre as dermatoses em geral. O cálculo amostral foi dado pelo EpiInfo 6.04d, considerando a vinculação insegura como o principal desfecho. Os sujeitos foram selecionados por conveniência, encaminhados por dermatologistas em ambulatórios privados e públicos e pela Associação Nacional de Portadores de Psoríase – PSORISUL. Os pacientes tinham de ter diagnóstico de afecção dermatológica há pelo menos 3 meses e os portadores de psoríase não deveriam ter outro tipo de dermatose associada. Foram tomados os cuidados éticos cabíveis como o envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da

PUCRS, e o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como requisito para a participação no estudo.

Para avaliação foram utilizadas a BORRTI-O (Bell Object Relations and Reality Testing Inventory, de Bell, Billington & Becker, 1986, in Bruscato & Iacoponi, 2000; Bruscato, 1998), uma escala de 45 questões de verdadeiro ou falso de acordo com a experiência mais recente do sujeito; o Teste das Relações Objetais de Phillipson – TRO (Phillipson, 1965/2002), um teste projetivo que busca avaliar características e qualidade das relações estabelecidas; a Escala de Vinculação Adulta (EVA, Canavarro, 1999; Canavarro, Dias & Lima, 2006) que avalia dimensões de apego na vida adulta e o Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI-BRA, Finlay & Khan, 1994; Zogbi, 2004), um questionário de 30 questões a respeito do impacto da doença de pele na última semana na vida do sujeito. Além destes instrumentos padronizados foi realizada uma breve entrevista a respeito de dados sócio-demográficos para fins de descrição da amostra e também para o levantamento de características do tratamento, tempo de diagnóstico, uso de medicina alternativa ou complementar e a percepção do paciente sobre a existência ou não de fatores emocionais estressores no desencadeamento da doença.

Nos procedimentos para análise dos dados, foram utilizadas a estatística descritiva para caracterização simples da amostra, em frequências e percentuais, média e mediana; os testes de qui-quadrado para a comparação de variáveis categóricas; a análise sugerida para estudos de caso-controle através do cálculo da razão de produtos cruzados (odds ratio), a regressão logística não-condicional por análise bivariada, e o teste de ANOVA para variáveis contínuas. O nível de significância estatística foi estabelecido em 5%, sempre que $p \leq 0,05$ houve evidência de significância estatística. As análises foram realizadas através do pacote estatístico SPSS versão 13.

Apresentação e discussão dos resultados

Foram avaliados 34 casos de psoríase (G1) e 34 controles com dermatoses em geral (G2). Sobre G1: a média de idade foi de 44 anos com desvio padrão de 14,7 anos; a idade variou entre 19 e 74 anos, e a mediana deste grupo foi de 46 anos. A média de tempo de diagnóstico em anos foi de 17 anos com desvio padrão de 11,3 anos, variando de 2 a 43 anos. Sobre G2: a média de idade foi de 39,2 anos, com desvio padrão de 15,5 anos, com variação entre 21 e 77 anos. A mediana foi de 33,5 anos. A média de tempo de diagnóstico em anos foi de 9,2 anos com desvio padrão de 6,8 anos, variando de 1 a 30 anos. Embora não tenha havido pareamento intencional da amostra, note-se que os valores são aproximados, em sua maioria.

As variáveis idade e tempo de diagnóstico foram categorizadas de acordo com a mediana da idade da amostra total (N=102), como serão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Descrição da amostra, em frequências e percentuais e qui-quadrado das diferenças amostrais

Variáveis	G1	G2	p-valor
Sexo			
Feminino	18 (52,9%)	26 (76,5%)	
Masculino	16 (47,1%)	8 (23,5%)	0,075
Idade			
19 a 43 anos	14 (41,2%)	21 (61,8%)	0,145
44 a 77 anos	20 (58,8%)	13 (38,2%)	
Escolaridade			
Ensino médio	15 (45,5%)	21 (61,8%)	0,224
Ensino superior	19 (54,5%)	13 (38,2%)	
Estado civil			
Sem companheiro	18 (52,9%)	23 (67,6%)	0,322
Com companheiro	16 (47,1%)	11 (32,4%)	

A tabela acima apresenta a frequência e o percentual de distribuição da amostra entre as variáveis sócio-demográficas e de qualidade de vida dos grupos 1 e 2. Através do teste de qui-quadrado é possível verificar que não existem diferenças significativas entre a distribuição das variáveis sexo, idade, escolaridade, estado civil e qualidade de vida, o que torna a amostra homogênea ainda que não pareada. Note-se que há maioria de mulheres em G1 e G2, maioria de pessoas com ensino médio em G2 e maioria da amostra sem companheiro em G2 e mesmo assim a amostra se mostrou homogênea, sem diferenças estatísticas entre as características sócio-demográficas dos grupos.

Em função da ausência de diferença estatística na distribuição, estas variáveis não podem ser consideradas como possíveis fatores de confusão ao desfecho características das relações objetivas, principalmente a vinculação insegura.

Tabela 2

Sobre a doença e o tratamento com teste de qui-quadrado

Variáveis de tratamento	G1	G2	p-valor
Tempo diagnóstico			
Até 9 anos	11 (32,4%)	17 (50%)	0,211
10 anos ou mais	23 (67,6%)	17 (50%)	
Estado doença			
Crise	15 (44,1%)	12 (36,4%)	0,621
Controlado	19 (55,9%)	22 (63,6%)	
Tipo de tratamento			
Tópico	18 (54,5%)	18 (56,7%)	
Outros	4 (9,1%)	12 (33,3%)	0,011*
Não trata	12 (36,4%)	4 (10%)	
Medicina alternativa ou complementar			
Sim	19 (67,9%)	10 (32,1%)	0,027*
Não	15 (39,5%)	24 (60,6%)	
Fatores emocionais no surgimento			
Sim	27 (62,8%)	16 (37,2%)	0,009**
Não	7 (26,1%)	18 (73,9%)	

A Tabela 2 apresenta dados a respeito da doença e do tratamento, já que ambos os grupos são acometidos de doença de pele. Aparece uma diferença estatisticamente significativa na variável tipo de tratamento, especialmente considerando o fato de que 36,4% do G1 não utiliza nenhum tipo de tratamento. Isso ocorre, segundo seus relatos, em função da descrença na efetividade dos tratamentos, na acomodação relatada em conviver com a psoríase que acabaria “não mais incomodando” e no fato de que a psoríase não tem cura. A maioria de G2, 90% que trata do adoecimento de pele através de algum tipo de medicamento, foi entrevistada em ambulatório particular ou público, o que também pode explicar a maior ocorrência de tratamento.

O uso de medicina alternativa ou complementar também apresenta diferenças entre os grupos e a maioria dos que a utilizam são do grupo 1. Os pacientes justificam o uso pela ineficácia direta ou demora nos resultados dos tratamentos tradicionais; a questão da impossibilidade de cura da psoríase também mobiliza alternativas não tradicionais. Dos 67,9% de G1 que faz uso de medicina alternativa ou complementar, 25,2% fazem uso de homeopatia; 12,6% relatam o uso de florais; e entre Reiki, meditação e Yoga distribuem-se 12,6% de G1; acupuntura 3,9%; fitoterápicos, 3,9%; e 9,7% fazem uso de outros tratamentos alternativos. Os portadores de outras dermatoses não parecem sentir tanta necessidade em buscar tratamentos alternativos.

A respeito da influência de estressores emocionais envolvidos no surgimento da doença de pele, também houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, já que a maioria dos portadores de psoríase, 62,8%, refere algum episódio emocionalmente traumático próximo ao surgimento da psoríase. Sobre G1, numa análise breve foram levantadas três categorias principais de eventos estressores relatadas pelos portadores de psoríase: dos 62,8% que responderam sim, 40,6% das respostas positivas para eventos estressores diz respeito à separação/perdas, discutida teoricamente, e que foi agrupada por enfatizar a questão da separação, mas também por incluir um componente de perda, real ou

imaginada, mesmo para resoluções positivas, tais como saída da casa dos pais, nascimentos de filhos, separação conjugal, perda de emprego. A segunda categoria, com 31,9% foi denominada exclusivamente de fatores estressores gerais, tais como notícia de doença do cônjuge, situações laborais, preocupações pessoais. A terceira categoria foi denominada de problemas nas relações interpessoais, com 8,7% das respostas, como por exemplo, dificuldades interpessoais, problemas nas relações familiares, relacionamento amoroso e com filhos. Há ainda respostas que não puderam ser categorizadas, representando 8,7%.

Sobre G2, dos 37,2% de pacientes portadores de dermatoses em geral que responderam sim para fatores estressores, conseguimos manter as mesmas 3 categorias anteriores, porém acrescentando mais uma, a de estados emocionais. Na categoria separação/perdas, há um percentual de 17,4%, em situações tais como morte, mudança de casa, perdas em geral, separações na família; na categoria de fatores estressores gerais há um percentual de 26,1% representado por preocupações laborais, vestibular, e eventos de vida em geral; na categoria de problemas nas relações interpessoais há 8,7% de pessoas com questões como problemas familiares e amorosos. Na última categoria denominada estados emocionais há um percentual de 5,8%, representado por estados de tristeza e depressão como desencadeadores da doença de pele. Outras que não puderam ser categorizadas representam 5,8%.

Nota-se aqui uma diferença interessante nas categorias dos fatores estressores dos dois grupos: o grupo 1 não faz relações a estados emocionais, ou usando palavras emocionais como G2 faz, citando ansiedade e depressão como estressores. Esse dado preliminar corrobora estudos que falam sobre características de alexitimia em portadores de psoríase (Poot, Sampogna & Onnis, 2007).

Tabela 3

Resultados sobre os desfechos – características das relações objetais entre G1 e G2 avaliadas através da BORRTI-O

BORRTI-O	G1	G2	p-valor
Alienação			
Sem patologia nas relações	19 (55,9%)	23 (67,6%)	0,454
Com patologia nas relações	15 (44,1%)	11 (32,4%)	
OR 1,65 (IC 0,62-4,43) P= 0,320			
Vinculação insegura			
Sem patologia nas relações	21 (61,8%)	19 (55,9%)	0,806
Com patologia nas relações	13 (38,2%)	15 (44,1%)	
OR 0,78 (0,30-2,06) P= 0,622			
Egocentrismo			
Sem patologia nas relações	20 (58,8%)	19 (55,9%)	1,000
Com patologia nas relações	14 (41,2%)	15 (44,1%)	
OR 0,89 (IC 0,34-2,32) P= 0,806			
Incapacidade social			
Sem patologia nas relações	27 (79,4%)	27 (79,4%)	1,000
Com patologia nas relações	7 (20,6%)	7 (20,6%)	
OR 1,00 (IC 0,31-3,24) P= 1,000			
Respostas patológicas (média-dp)	13,35 (5,39)	13,65 (7,70)	0,856

Sobre as características relacionais apoiadas no estabelecimento de relações de objeto avaliadas pela BORRTI-O, não aparece nenhuma diferença significativa entre os modelos relacionais internalizados por portadores de psoríase e por portadores de

dermatoses em geral. Esperávamos de certa forma, que houvesse alguma diferença – mesmo que pouca – o que até aparece descrito em termos de frequências e percentuais, mas que não chega a ser significativo através do teste de qui-quadrado. A análise de regressão logística bivariada também não confirma associações de características relacionais entre G1 e G2. Portanto não podemos afirmar que pacientes portadores de psoríase e pacientes portadores de outras dermatoses tenham características diferentes no estabelecimento de relações objetais, os dois grupos são homogêneos neste quesito. Esses dois grupos de dermatoses não parecem ter diferenças em modelos de relação objetal internalizada.

Na avaliação intra-grupos, embora não seja o objetivo de um estudo de caso e controle, a totalidade dos pacientes de G1 e G2 está mais localizada na resposta de ausência de patologia das relações. Entre G1 e G2 há menos pessoas com patologia nas relações do que com patologia.

A média de respostas patológicas, por ANOVA, também não difere entre os grupos e confirma a semelhança relacional.

Tabela 4

Dimensões da EVA, em variáveis categóricas

Dimensões	G1	G2	p-valor
Confiança nos outros	7 (46,7%)	8 (53,3%)	
Conforto com a proximidade	24 (50%)	24 (50%)	0,645
Ansiedade (receio de abandono)	3 (60%)	2 (40%)	

A tabela 3 também não apresenta diferenças entre os grupos G1 e G2 nas dimensões da EVA, corroborando a ausência de associações apresentadas na Tabela 2. Não são observadas diferenças entre os grupos 1 e 2 nas três dimensões de apego/vinculação, embora G2 tenha um percentual mais alto de distribuição de confiança nos outros que G1, e

ainda G1 tenha maior percentual de ansiedade que G2. O conforto com a proximidade que nos remete aos construtos teóricos de separação e indiferenciação são exatamente iguais nos dois grupos.

Tabela 5

Dimensões da EVA através de variáveis contínuas, média e desvio padrão, com teste de ANOVA

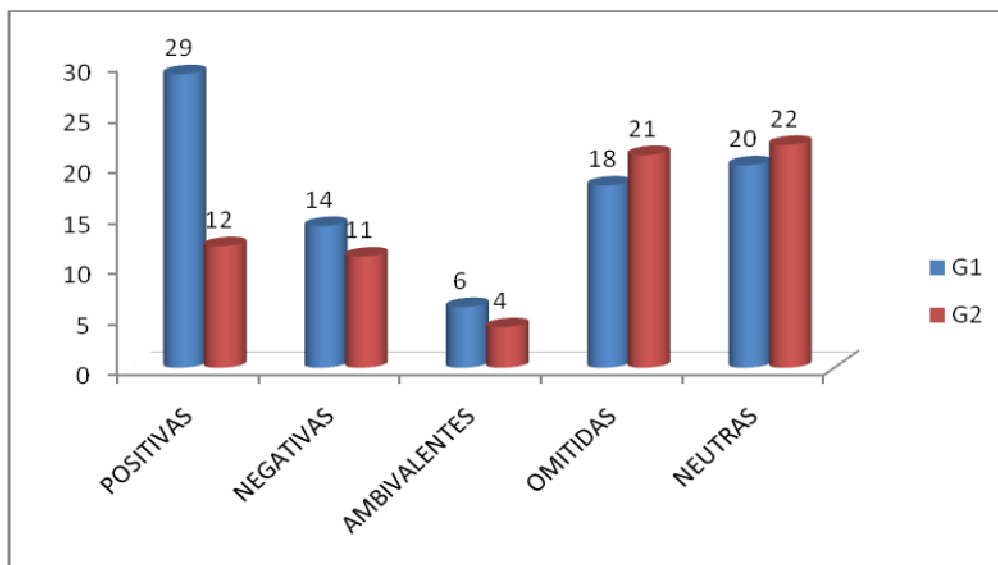
EVA	G1	G2	p-valor
	Média (dp)	Média (dp)	
Ansiedade (receio de abandono)	13,67 (4,81)	12,79 (4,49)	0,438
Conforto com a proximidade	21,88 (2,87)	21,85 (4,47)	0,974
Confiança nos outros	18,61 (3,67)	18,94 (3,76)	0,721

Desta vez com variáveis contínuas através do teste de ANOVA, novamente não aparece nenhuma diferença entre as médias dos grupos no que tange às dimensões de vinculação do adulto. As médias nas dimensões são extremamente aproximadas entre os grupos, onde podemos inferir da possível insensibilidade do instrumento para tal avaliação, dada sua reestruturação recente (Canavarro, Dias & Lima, 2006).

Quanto aos resultados apresentados pela aplicação da Série A do Teste das Relações Objetivas de Phillipson (TRO), eles foram levantados após correção por dois avaliadores cegos e um juiz, na tentativa de não haver contaminação na busca de resultados. A Figura 1 apresenta tipos e quantidade de relações, entre G1 e G2.

Figura 1

Tipos e quantidade de relações pela TRO, em frequências

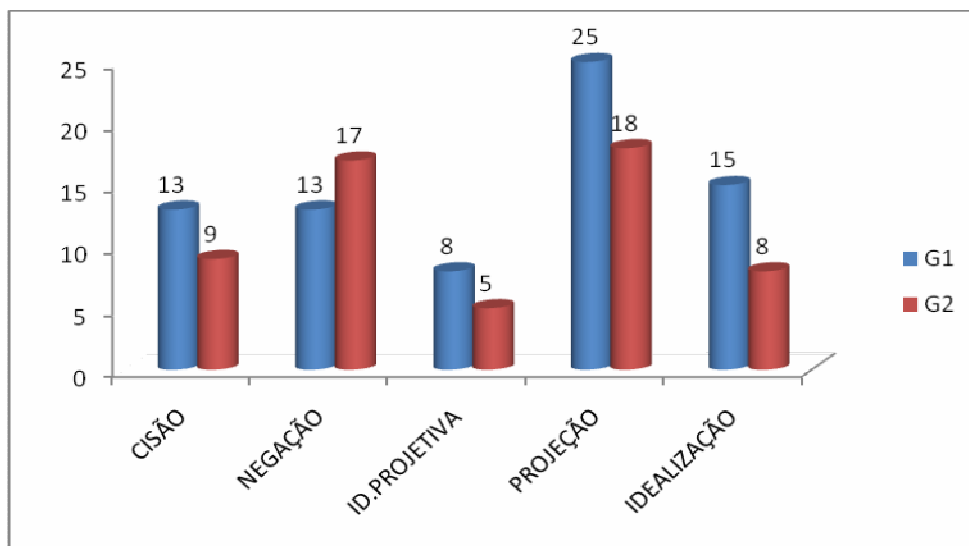


Nesta figura apresentamos a descrição dos resultados obtidos através da aplicação e levantamento da Série A do Teste das Relações Objetais de Phillipson (TRO). Podemos observar que G1 tem uma quantidade maior de relações positivas sobre G2. O cálculo do valor de OR para relações positivas apresentou uma diferença estatística ($p=0,034$, $OR=2,42$ IC 1,07-5,70) entre G1 e G2. O total de relações nos dois grupos foi de 87 em G1 e de 70 para G2.

Inferimos neste resultado sobre a necessidade de proximidade e do estar com o outro, teoricamente discutida, levando o entrevistado de G1 a transformar relações aparentemente sombrias e que não remetem a bom ou ruim em algo positivo e amoroso. As relações negativas não apresentam tanta diferença entre G1 e G2 e chama a atenção que G1 sejam um pouco mais ambivalentes que G2. No item de relações omitidas e neutras G1 pontua um pouco menos que G2, o que nos remete novamente a pensar sobre a necessidade do estabelecimento de relações.

Figura 2

Quantidade de ocorrências de mecanismos de defesa em G1 e G2



Quanto aos mecanismos de defesa encontrados, foram padronizados de acordo com Tolentino Rosa & Silva (2005a) e Phillipson (1965/2002). O grupo 1 apresenta maior utilização de mecanismos de defesa que o grupo 2, exceto o mecanismo de negação, que aparece com maior frequência em G2. A maior ocorrência de idealização e de projeção em G1 pode estar relacionada à maior ocorrência de relações positivas na Figura 1. Nenhum teste estatístico mostrou diferenças significativas entre os dois grupos na quantidade de ocorrências de mecanismos de defesa. G1 apresenta um total de 74 usos de defesa e G2 apresenta 57 ocorrências de defesa.

Sobre a qualidade das ocorrências também de acordo com Tolentino Rosa & Silva (2005a), na pontuação por lâmina de 1 a 7, G1 obteve uma média de repostas de 17,7 com variação de 1 a 7, e G2 obteve uma média de 13,3 pontos, com variação de 1 a 6 pontos. O autor considera que as médias mais altas sejam as mais adaptativas, considerando que quanto mais próximo de 1 a qualidade das relações tornando-se menos adaptativa e mais negativa. Nesta amostra G1 apresenta mais repostas adaptativas do que G2, na categorização do autor. Porém, mantemos a inferência sobre a necessidade de G1 em

estabelecer relações positivas e próximas, com um importante componente de idealização, marcado novamente pela média de respostas mais adaptativas ou com tendência positiva, que G2.

Na questão de obedecer à série (unipessoal, bipessoal, tripessoal e grupal) 87,5% de G1 obedeceu à série, enquanto os 12,5% restantes não obedeceram. Em G2 81,2% mantém a série.

As respostas humanas foram maioria nos dois grupos, sendo 51 respostas humanas para G1 e 44 respostas humanas para G2.

Todos esses resultados vão apontando na aparente necessidade do portador de psoríase estabelecer grande quantidade de relações, e que sejam positivas. Como sabemos isso pode dar-se por desejo, e um desejo proveniente das patologias relacionais já observadas na BORRTI-O.

Tabela 6

Resultados de qualidade de vida através dos escores do DLQI, teste de qui-quadrado

DLQI	G1	G2	p-valor
Sem efeito na qualidade de vida	3 (42,9%)	4 (57,1%)	
Pequeno efeito na qualidade de vida	9 (36,0%)	16 (64,0%)	
Moderado efeito na qualidade de vida	9 (50%)	9 (50,0%)	0,039*
Muito grande efeito na qualidade de vida	11 (73,3%)	4 (26,7%)	
Extremo efeito na qualidade de vida	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Qualidade de vida em dermatologia			
(média-dp)	9 (6,37)	6,36 (5,36)	0,068

Os resultados de qualidade de vida específica em dermatologia por escores apresentam uma maior sensibilidade no estabelecimento de diferenças entre os grupos 1 e 2.

Aparece uma diferença estatisticamente significativa entre G1 e G2, quando a maioria de G1, 73,3% apresenta muito grande efeito na qualidade de vida, e a maioria de G2, 64%, apresenta um pequeno efeito na qualidade de vida.

O índice médio de qualidade de vida específica em dermatologia dada pelo DLQI não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Mesmo assim, os pacientes portadores de psoríase apresentam um índice mais alto de prejuízo na qualidade de vida que o de dermatoses em geral, o que é visto na literatura. A média geral do DLQI para psoríase fica em torno de 10 pontos, e as demais dermatoses em torno de 7 pontos (Salek, Roberts & Finlay, 2007, Öztürkcan, Ermertcan, Eser & Sahin, 2006; Zogbi, 2004; Finlay & Khan, 1994).

Sobre o índice de qualidade de vida por escores e as variáveis de desfecho dadas pela BORRTI-O, foram realizados estudos exploratórios a respeito da possibilidade de associação das duas variáveis, porém não foram encontradas associações.

Uma outra exploração foi feita com as médias de respostas patológicas e de qualidade de vida em dermatologia através da análise de correlação de Pearson e apresentaram uma correlação fraca porém significativa ($r^2 = 0,239$, $p = 0,50$) entre G1 e G2.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA SEÇÃO EMPÍRICA I

Esta seção pretendeu apresentar as características comuns existentes entre pacientes com psoríase e dermatoses em geral. Sampogna, Taboli, Mastroeni, Di Pietro, Fortes & Abeni (2007) afirmam que é importante para os dermatologistas ter um profundo e amplo conhecimento sobre o impacto específico da psoríase na qualidade de vida em diferentes subgrupos a fim de reconhecer as necessidades de cada um. Propusemos que pudesse haver alguma diferença entre esses dois grupos, mas a semelhança encontrada ao invés da diferença apenas confirma o importante impacto da doença de pele já estimado pela

literatura. A análise de regressão logística bivariada não confirma diferenças de características relacionais entre G1 e G2. Esse dado em nada empobrece o estudo, muito embora o que se busque em geral sejam as associações entre os desfechos. Isto porque, tratamos desde o início sobre o papel da pele no desenvolvimento humano, e este papel está mantido quando os dois grupos não apresentam diferenças. No que quer que a pele esteja acometida, há um funcionamento psíquico particular. Os grupos parecem homogêneos, sobre as relações internalizadas pode-se dizer que sejam idênticas. A seção teórica II apresentará dados complementares a esse respeito.

Podemos compreender, assim, que portadores de psoríase e de outras dermatoses não têm diferenças na internalização das relações de objeto, que a patologia nas relações existe em ambos os grupos de forma equilibrada, nenhum dos dois apresenta significativamente mais patologia nas relações do que o outro.

Em nenhum momento do desenvolvimento deste estudo foi objetivo delinear algum tipo de perfil psicopatológico do portador de psoríase, porque sempre consideramos que isso não traria nenhum tipo de benefício ao portador. A semelhança estatística entre G1 e G2 contribui para um olhar global ao portador de dermatose, a respeito de suas relações. Uma sugestão interessante a esse respeito para um estudo futuro seria a utilização de um grupo controle com outro tipo de doença crônica, como as cardíacas ou respiratórias, cujo prejuízo na qualidade de vida já está sendo comparado ao de problemas dermatológicos (Griffiths & Barker, 2007; Pariser, Bagel, Gelfand, Korman, Ritchlin, Strober, Van Voorhees, Young, Rittemberg, Lebwohl, Horn, 2007).

Poot, Sampogna & Onnis (2007) afirmam que deve haver uma leitura do paciente dermatológico e de seu corpo, como um meio de manifestação de conflitos não apenas orgânicos. Afirma que esse tipo de paciente costuma vir de famílias nas quais o tema da perda é algo dominante e que geralmente estão associadas às profundas experiências de ansiedade de separação. Os autores acreditam que os profissionais de dermatologia devem

estar aptos para integrar tais informações a respeito do paciente em seu tratamento, e que a ação integrada de dermatologia e psicologia é o ideal, e apresentam uma série de definições a serem aplicadas pelas sociedades européias de dermatologia.

Da mesma forma que os demais instrumentos, não obtivemos diferenças entre grupos com a aplicação da EVA. Porém neste momento podemos fazer duas inferências: uma a respeito das características psicométricas da escala que por haver mudado e tratar de dimensões, conforme a autora coloca (Canavarro, Dias & Lima, 2006) pode assumir uma maior variabilidade entre sujeitos, e não impor fronteiras rígidas de pertença a grupos. Martínez & Santelices (2005) numa discussão sobre dimensões ou categorias de apego afirmam que essa maior variabilidade pode ser prejudicial à pesquisa empírica.

Outro dado importante é sobre o índice de qualidade de vida, que não oferece diferenças estatísticas, mas que mantém uma diferença de médias encontrada na literatura entre pacientes com psoríase e outros grupos de dermatoses. A psoríase é notadamente a doença com maior impacto na qualidade de vida dos portadores de doenças de pele, segundo a literatura e a pesquisa empírica.

Consoli, Rolhion, Martin, Ruel, Cambazard, Pellet & Misery (2006) apontam que pacientes com psoríase apresentam poucas respostas emocionais e que isso os torna mais reativos ao estresse, mas também mais responsivos ao tratamento. Este estudo sugere pesquisas futuras nas quais se possa avaliar a responsividade emocional do paciente sem que se considerem os aspectos dinâmicos da personalidade. Isso seria interessante em relação à ausência de resposta emocional, apontada pela entrevista. Uma parte do estudo de aspectos dinâmicos da personalidade foi apresentada nesta seção.

Picardi, Mazzotti, Gaetano, Cataruzza, Baliva, Melchi, Biondi & Pasquini (2005) apresentam um estudo sobre estresse em que avaliaram também estilos de apego e encontraram diferenças estatísticas entre o grupo de psoríase e de dermatoses em geral, no item “evitação da proximidade e intimidade” através da “Experiences in Close

Relationships” (Brennan, Clark & Shaver, 1998, in Picardi et al, 2005), com 33 pacientes de psoríase e 73 controles de dermatoses. Uma sugestão para o futuro seria a de ampliar o tamanho de G2 para verificar possíveis diferenças em relação ao tamanho da amostra.

SEÇÃO EMPÍRICA II

ESTUDO DE CARACTERÍSTICAS RELACIONAIS ENTRE PORTADORES DE PSORÍASE E DE NÃO PORTADORES DE DOENÇA DE PELE

A psoríase é caracterizada como uma doença dermatológica descamativa e pruriginosa, que pode manifestar-se de diversas maneiras e graus. O diagnóstico é quase sempre clínico, mas pode ser confirmado geralmente por uma biópsia. A forma de apresentação mais freqüente da psoríase é em placas, caracterizada pelo surgimento de lesões de cor avermelhada e descamativas (Ballone, Neto & Ortolani, 2002).

Por ser uma doença de natureza crônica, é comum ocorrerem fases de melhora e de piora. Os próprios pacientes referem reconhecer que essas oscilações possivelmente refletem oscilações do seu estado emocional (Ballone, Neto & Ortolani; 2002). Os mesmos autores referem que 30% das pessoas que têm psoríase, têm familiares também acometidos pela doença, mas consideram que muito provavelmente a questão emocional atue como importante desencadeante. Na realidade, seria uma dermatose de causas multifatoriais.

Um dado muito importante é que a pele de psoríase é muito parecida com a pele em cicatrização. E sabemos que a cicatrização normal só acontece quando a pele é ferida. As lesões da psoríase se caracterizam por um crescimento celular anômalo, e embora não haja nenhuma ferida a ser cicatrizada, os queratócitos (compõem a epiderme, em sua última camada, a camada córnea e junto com os melanócitos constituem as unidades epidermo-melânicas da pele; Cuci & Neto, 1990) se comportam como se houvesse alguma lesão a ser reparada. Os queratócitos do paciente com psoríase alteram a multiplicação celular normal para um modelo como se fosse de regeneração. Assim, muitas células desnecessárias são

criadas e empurradas para a superfície num prazo de 2 a 4 dias. Esse excesso de células se acumula, começa a descamar e a formar as lesões típicas da doença. O corpo se organiza nesse sentido, a vermelhidão dá-se pelo aumento da irrigação sanguínea, que indevidamente serve para favorecer o crescimento rápido de novas células.

Griffiths & Barker (2007) afirmam que a psoríase produz um prejuízo na qualidade de vida igual ou maior que outras condições como diabetes, isquemia e doenças pulmonares crônicas. Este dado não é geralmente comentado pela literatura, mas é evidenciado pelo estudo a respeito do paciente portador; é importante que sejam traçados paralelos entre doenças as crônicas cujo prejuízo e impacto na vida dos portadores é bastante conhecido e divulgado, em comparação aos prejuízos causados pela psoríase, doença sobre a qual a população geral ainda não tem muito conhecimento.

Método

Trata-se de um estudo de caso-controle no qual foram selecionados 34 casos de psoríase e 34 controles de pessoas não portadoras de dermatose crônica e nenhum outro tipo de problema de pele no último ano. O cálculo amostral foi dado pelo EpiInfo 6.04d, considerando a vinculação insegura como o principal desfecho, ainda que a amostra de não portadores também pudesse estar exposta a algum nível de patologia das relações objetivas. Os portadores de psoríase foram selecionados por conveniência, encaminhados por dermatologistas em ambulatórios privados e públicos e pela Associação Nacional de Portadores de Psoríase – PSORISUL. Os pacientes tinham de ter o diagnóstico há pelo menos 3 meses e não deveriam ter outro tipo de dermatose associada. Foram tomados os cuidados éticos cabíveis como o envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, e o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como requisito para a participação no estudo.

Para avaliação foram utilizados a BORRTI-O (Bell Object Relations and Reality Testing Inventory, de Bell, Billington, Becker, 1986, in Bruscato, Iacoponi, 2000; Bruscato, 1998), uma escala de 45 questões de verdadeiro ou falso de acordo com a experiência mais recente do sujeito; o Teste das Relações Objetais de Phillipson – TRO (Phillipson, 1965/2002), um teste projetivo que busca avaliar características e qualidade das relações estabelecidas; a Escala de Vinculação Adulta (EVA - Canavarro, 1999; Canavarro, Dias & Lima, 2006) que avalia dimensões de apego na vida adulta e o Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI-BRA, Finlay & Khan, 1994; Zogbi, 2004), um questionário de 30 questões a respeito do impacto da doença de pele na última semana na vida do sujeito. Além destes instrumentos padronizados foi realizada uma breve entrevista a respeito de dados sócio-demográficos para fins de descrição da amostra.

Nos procedimentos para a análise dos dados, foram utilizadas estatística descritiva para caracterização simples da amostra, em frequências e percentuais, média e mediana; os testes de qui-quadrado para a comparação de variáveis categóricas; a análise sugerida para estudos de caso-controle através do cálculo da razão de produtos cruzados (odds ratio, OR), a regressão logística não-condicional por análise bivariada, e o teste de ANOVA para variáveis contínuas. O nível de significância estatística foi estabelecido em 5%, sempre que $p \leq 0,05$ houve evidência de significância estatística. As análises foram realizadas através do pacote estatístico SPSS versão 13.

Apresentação e discussão dos resultados

Foram avaliados 34 casos de psoríase (G1) e 34 controles não portadores de dermatoses (G3). Sobre G1: a média de idade foi de 44 anos com desvio padrão de 14,7 anos; a idade variou entre 19 e 74 anos, e a mediana de idade deste grupo foi de 46 anos. A média de tempo de diagnóstico em anos foi de 17 anos com desvio padrão de 11,3 anos,

variando de 2 a 43 anos. Sobre G3: a média de idade foi de 34 anos, com desvio padrão de 17,2 anos, variando entre 20 e 75 anos. A mediana da idade deste grupo foi de 26 anos. Embora não tenha havido pareamento intencional da amostra, note-se que os valores são aproximados, em sua maioria.

As variáveis idade e tempo de tratamento foram categorizadas de acordo com a mediana da idade da amostra total (N=102) como serão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Descrição da amostra, frequências e percentuais entre G1 e G3 com teste de qui-quadrado

Variáveis descritivas	G1	G3	p-valor
Sexo			
Feminino	18 (52,9%)	22 (64,7%)	0,460
Masculino	16 (47,1%)	12 (35,3%)	
Idade			
19 a 43 anos	14 (41,2%)	25 (73,5%)	0,014*
44 a 77 anos	20 (58,8%)	9 (26,5%)	
Escolaridade			
Ensino médio	16 (45,5%)	3 (8,8%)	0,001**
Ensino superior	18 (54,5%)	31 (91,2%)	
Estado civil			
Sem companheiro	18 (52,9%)	25 (73,5%)	0,131
Com companheiro	16 (47,1%)	9 (26,5%)	

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Nesta tabela notamos a maioria de mulheres compondo G1 e G3, uma grande maioria de pessoas em G3 na faixa de idade dos 19 aos 43 anos; 91,2% de pessoas em G3

com ensino superior, entre completo e incompleto, e também uma maioria de G3 sem companheiro.

Podemos observar diferenças estatisticamente significativas para as variáveis idade e para escolaridade. Essa dado demonstra o não pareamento a priori da amostra, tornando a escolaridade e a idade possíveis fatores de confusão sobre o desfecho (caso haja mais vinculação insegura em G1 do que em G3, essa associação poderia estar confundida pela diferença estatística na idade e na escolaridade da amostra).

Tais fatores de confusão foram testados e não apresentaram associação com vinculação insegura, negando portanto a possibilidade de confundir os resultados. Esses dados serão apresentados na Tabela 2, juntamente com a regressão intra-grupos quanto aos desfechos com as variáveis de confusão. A tabela abaixo conta com 68 sujeitos e apresenta os dados de G1 e G3 em relação ao desfecho e as variáveis de confusão.

Tabela 2

Regressão logística bivariada entre G1 e G3 com as variáveis de confusão – Escolaridade (n=68)

BORRTI-O	Ensino médio	Ensino superior	p-valor
Alienação			
Sem patologia nas relações	11 (55,6%)	38 (77,6%)	0,124
Com patologia nas relações	8 (44,4%)	11 (22,4%)	
OR 2,76 (IC 0,88 – 8,70) P= 0,082			
Vinculação insegura			
Sem patologia nas relações	14 (72,2%)	38 (77,6%)	0,749
Com patologia nas relações	5 (27,8%)	11 (22,4%)	
OR 1,33 (IC 0,39 – 4,55) P=0,651			
Egocentrismo			
Sem patologia nas relações	9 (44,4%)	43 (87,8%)	0,001**
Com patologia nas relações	10 (55,6%)	6 (12,3%)	
OR 8,96 (IC 2,53 – 31,66) P=0,001**			
Incapacidade social			
Sem patologia nas relações	15 (77,8%)	38 (77,6%)	1,000
Com patologia nas relações	4 (22,2%)	11 (22,4%)	
OR 0,99 (IC 0,27 – 3,61) P=0,984			
Respostas patológicas (média-dp)	14,50 (4,86)	9,89 (5,19)	0,002**
* p≤0,05 **p≤0,01			

Nesta tabela observamos que não aparecem diferenças estatísticas ou associações entre escolaridade e ter ou não ter patologia de alienação, vinculação insegura e incapacidade social nas relações objetais. Isto afirma que o possível fator de confusão

escolaridade não se confirma principalmente em alienação e vinculação insegura, dois dos quais mais nos interessam neste estudo.

Ocorre que a patologia de egocentrismo aparece como tendo associação com a escolaridade. Há uma série de razões para isso que podemos apresentar: o maior número de pessoas com nível superior e sem essa patologia (87,8%) pode estar relacionado a uma característica interessante desse fator, que apresenta situações não aceitas socialmente, como manipulação dos outros, egocentrismo e pode ser difícil admitir a existência de tais características (Bruscato, 1998, p.129). A alta escolaridade pode refletir mecanismos de intelectualização e racionalização de tais impulsos, gerando realmente confusão a respeito do fator. Pela confirmação da existência de confusão nesse fator, não podemos inferir a qual fenômeno o egocentrismo está relacionado, se à psoríase ou à escolaridade. Reiteramos que esse não é um dos fatores mais importantes neste estudo. Outra observação cabível é também dada por Bruscato (1998, p.131) “sobre uma baixa confiabilidade produzida pelos itens componentes do Fator Egocentrismo (EGC) na consistência interna”, ou seja, os “itens dentro desta subescala de EGC não estão todos medindo o mesmo construto avaliado pelos outros itens”, o que pode ser uma outra explicação.

Tabela 3

Regressão logística bivariada entre G1 e G3 com as variáveis de confusão – Idade (n=68)

	19 a 43 anos	44 a 77 anos	p-valor
Alienação			
Sem patologia nas relações	30 (76,9%)	18 (62,1%)	0,282
Com patologia nas relações	9 (23,1%)	11 (37,9%)	
OR 0,49 (IC 0,17 – 1,41) P=0,187			
Vinculação insegura			
Sem patologia nas relações	30 (76,9%)	21 (72,4%)	0,779
Com patologia nas relações	9 (23,1%)	8 (27,6%)	
OR 0,79 (IC 0,26 – 2,37) P=0,671			
Egocentrismo			
Sem patologia nas relações	34 (87,2%)	17 (58,6%)	0,011*
Com patologia nas relações	5 (12,8%)	12 (41,4%)	
OR 0,21 (IC 0,06 – 0,69) P=0,010*			
Incapacidade social			
Sem patologia nas relações	31 (79,5%)	22 (75,9%)	0,773
Com patologia nas relações	8 (20,5%)	7 (24,1%)	
OR 0,81 (IC 0,26 – 2,57) P= 0,722			
Respostas patológicas	10,44 (5,24)	12,28 (5,74)	0,174
Média (dp)			
* p≤0,05 **p≤0,01			

Novamente a subescala de egocentrismo volta a pontuar como associada à variável de confusão, desta vez a idade. A idade também se confirma como fator de confusão para egocentrismo, considerando as observações de Bruscato a respeito da subescala. Assim o

desfecho de egocentrismo não poderá ser associado exclusivamente com a ocorrência ou não ocorrência de psoríase. Optamos por não ajustar as variáveis de confusão através de análise multivariada, considerando que o fator egocentrismo não é visto neste estudo como o desfecho principal.

Os demais desfechos não parecem estar influenciados por idade ou por escolaridade, mesmo não tendo havido pareamento da amostra. Os resultados, então, poderão ser atribuídos às diferenças estabelecidas entre G1 e G3.

Tabela 4

Regressão logística bivariada entre G1 e G3 e as variáveis de desfecho da BORRTI-O

Variáveis de desfecho	G1	G3	p-valor
Alienação			
Sem patologia nas relações	19 (55,9%)	29 (85,3%)	0,015*
Com patologia nas relações	15 (44,1%)	5 (14,7%)	
OR 4,58 (IC 1,43-14,70) p=0,011*			
Vinculação insegura			
Sem patologia nas relações	21 (61,8%)	30 (88,2%)	0,023*
Com patologia nas relações	13 (38,2%)	4 (11,8%)	
OR 4,65 (IC 1,33-16,23) p=0,016*			
Egocentrismo[#]			
Sem patologia nas relações	20 (58,8%)	31 (91,2%)	0,004**
Com patologia nas relações	14 (41,2%)	3 (8,8%)	
OR 7,24 (IC 1,85-28,41) p= 0,005**			
Incapacidade social			
Sem patologia nas relações	27 (79,4%)	26 (76,5%)	1,000
Com patologia nas relações	7 (20,6%)	8 (23,5%)	
OR 0,85 (IC 0,27-2,66) p= 0,770			
Respostas patológicas (média-dp)	13,35 (5,39)	9,09 (4,79)	0,001**

* p≤0,05 **p≤0,01

[#] variável confundida pela influência da idade e da escolaridade

A tabela acima apresenta os resultados de regressão logística bivariada entre as variáveis de desfechos dadas pela BORRTI-O. O que podemos ver é que aparecem

diferenças estatisticamente significativas para três dos quatro desfechos na relação ente G1 e G3 na razão de produtos, confirmado e especificado pela regressão.

O ponto forte da amostra parece ser a questão da vinculação, como esperávamos que fosse. A significância do fator alienação cujo construto se refere a “falta de confiança básica nos relacionamentos; perda de valor no relacionamento interpessoal; falta de habilidade para conseguir proximidade; inabilidade em manter intimidade estável; sentimentos de suspeita, posição defensiva e isolamento hostil; crença de que os relacionamentos são desagradáveis e que os outros decepcionarão; relações sociais superficiais sem senso de continência” apresenta diferença estatística entre G1 e G3, já que a maioria dos sujeitos com patologia encontra-se no grupo 1(44,1%) e maioria dos sem patologia encontra-se em G3 (85,3%). O OR aponta diferença entre os grupos e a regressão associa quase 5 vezes mais patologia de alienação para G1, com significância estatística (OR 4,58 IC 1,43-14,70).

O fator de vinculação insegura cujo construto se refere a “sofrimento nas experiências de relacionamento interpessoal; insegurança nos relacionamentos próximos expressa em forma de dependência; preocupações sobre ser aceito; desejo desesperado de proximidade; vínculos intensamente sado-masoquistas; relacionamentos como busca de segurança; tentativas do outro de atingir uma identidade diferenciada são vistas como muito ameaçadoras” apresenta diferença estatística entre G1 e G3, já que a maioria dos sujeitos com patologia encontra-se no grupo 1(38,2%) e maioria dos sem patologia encontra-se em G3 (88,3%). O OR aponta diferença entre os grupos e a regressão associa novamente quase 5 vezes mais patologia de vinculação insegura para G1, com significância estatística (OR 4,56 IC 1,33-16,23).

Já a significância do fator egocentrismo não deve ser considerada por haver confusão entre as variáveis idade e escolaridade. O fator incapacidade social não apresentou diferença significativa entre os grupos e por seu construto realmente não é principal no entendimento de características de apego e vinculação, já que o fator consiste basicamente

em “timidez, nervosismo, incerteza sobre como agir com pessoas do sexo oposto, inabilidade para fazer amigos, ausência de relacionamentos próximos”. Essas características são mais comumente vistas em pacientes com psoríase e dermatoses em geral como uma resultante do problema de pele, o isolamento social pela vergonha de expor-se, et cetera. Porém a simples existência de tais características como resultado de uma lesão física, visível, não constitui um problema de ordem objetal, e por isso acreditamos na ausência de diferença estatística entres os grupos. Para uma análise mais detalhada de características sociais de portadores de psoríase, outros estudos com este objetivo e utilizando instrumentos específicos para essa avaliação podem ser propostos.

Tabela 5

Distribuição de freqüências e percentuais da EVA com teste de qui-quadrado

Dimensões EVA	G1	G3	p-valor
Confiança nos outros	7 (50%)	7 (50%)	
Conforto com a proximidade	24 (52,2%)	22 (47,8%)	0,321
Ansiedade (receio de abandono)	3 (50%)	3 (50%)	

Na tabela acima não aparecem diferenças estatísticas para as dimensões de vinculação da EVA entre os grupos G1 e G3. A distribuição das freqüências e percentuais se dá uniformemente entre as dimensões e os grupos, não evidenciando diferença estatística. A freqüência de “conforto com a proximidade” com pontuação um pouco mais alta para G1 (52,2%) indica não só que há conforto em estar próximo, como também pode falar sobre a necessidade e o desejo dessa proximidade, uma questão que pode ser relacionada com os aspectos teóricos já mencionados, como os problemas de limitação entre o eu e o não-eu, contatos, função limitante da pele. O conforto com a proximidade pode estar relacionado ao desejo de contato.

Tabela 6

Resultados contínuos da EVA em médias de resultado através de ANOVA

Dimensões EVA	G1	G3	p-valor
Ansiedade (receio de abandono)	13,67 (4,81)	11,06 (3,46)	0,018*
Conforto com a proximidade	21,88 (2,87)	23,41 (3,16)	0,049*
Confiança nos outros	18,61 (3,67)	20,27 (2,73)	0,050*

* $p \leq 0,05$

Na tabela acima aparecem diferenças estatisticamente significativas entre as médias das dimensões entre G1 e G3. Este dado não fornece um valor de OR, que é o que buscamos em estudos de caso controle. Porém é interessante perceber que a dimensão de ansiedade, cujo significado é referente ao “grau de ansiedade sentida pelo indivíduo relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser bem querido” tem média de pontuação mais alta em G1, caracterizando o grupo como mais ansioso em relação ao abandono que G3. As dimensões conforto com a proximidade (“refere-se ao grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade”) e confiança nos outros (“grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, assim como na disponibilidade destes quando sentidos como necessários”) têm conotação mais positiva que a de ansiedade, e apresentam médias levemente maiores e estatisticamente significativas em G3.

Em função de suas conceitualizações em certo nível aproximadas, realizamos uma breve análise exploratória utilizando a correlação de Pearson entre os resultados das variáveis contínuas da BORRTI-O e da EVA. A Tabela 7 a seguir apresenta os níveis de correlação e a significância estatística.

Tabela 7

Análise de correlação de Pearson (r^2) entre as variáveis contínuas da BORRTI-O e da EVA entre G1 e G3

	EVA	Ansiedade	Conforto com a proximidade	Confiança nos outros
BORRTI-O		(r^2)	(r^2)	(r^2)
Alienação		0,270**	- 0,385**	- 0,349**
Vinculação insegura		0,548**	- 0,184	- 0,279**
Egocentrismo		0,378**	- 0,352**	- 0,317**
Incapacidade social		0,233*	- 0,341**	- 0,155

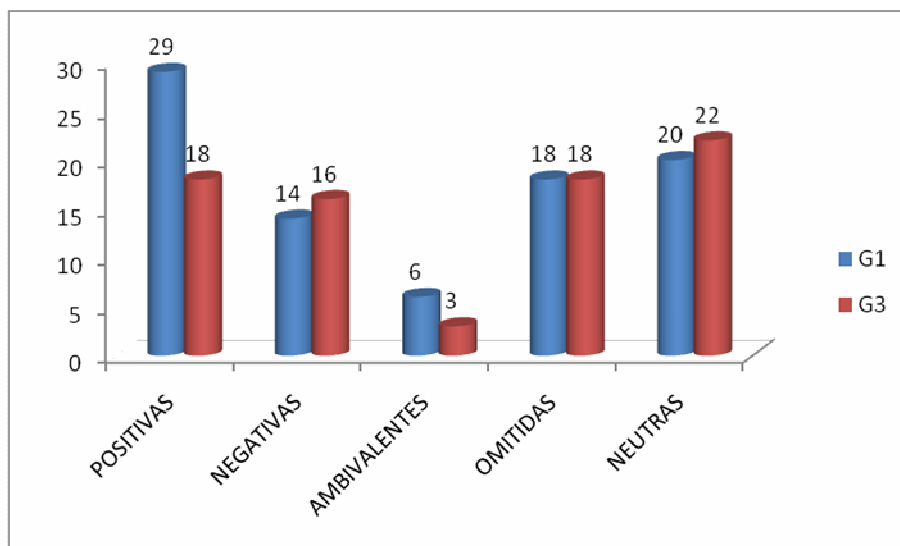
* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,001$

Aparecem correlações significativas entre a maioria das subescalas e das dimensões dos dois instrumentos. Algumas particularidades são interessantes: a subescala de alienação apresenta correlação direta, fraca e altamente significativa com a dimensão de ansiedade, o que realmente coincide com os construtos de cada subescala. Ainda com alienação, as dimensões de conforto com a proximidade e confiança nos outros têm correlações inversas e altamente significativas. Essa inversão procede, já que estas últimas dimensões têm uma conotação mais positiva e o fator alienação fala basicamente de patologia de alienação, como falta de confiança, inabilidade em manter intimidade, o oposto das referidas dimensões.

As demais subescalas da BORRTI-O apresentam a mesma lógica de correlação direta para ansiedade e inversa para conforto com a proximidade e confiança nos outros, evidentemente, pois as subescalas das BORRTI-O falam especialmente em patologia das relações objetais e as duas últimas dimensões da EVA fazem referência à existência (positiva) de seus construtos. Por exemplo, se existe vinculação insegura não haverá confiança nas relações e assim consecutivamente.

Figura 1

Frequências de relações dadas pela TRO

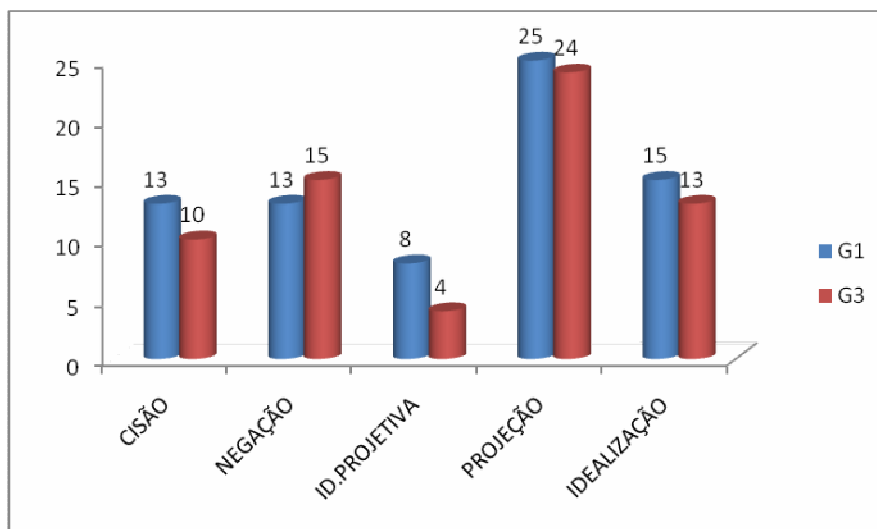


O que chama a atenção nesta figura é a maior quantidade de relações positivas e ambivalentes em G1, agora em relação a G3. Sobre as relações positivas, não há diferença estatisticamente significativa entre G1 e G3. O total de relações em G1 é de 87 e em G2 apresenta 77 relações.

As relações neutras e as negativas são levemente maiores em G3. Mais uma vez os portadores de psoríase apresentam a projeção de muito mais relações positivas, seja pelo desejo de que ocorram, ou pela dificuldade em perceber os aspectos maus do objeto que podem estar contidos numa relação comum, com aspectos bons e maus, frustradores e gratificantes.

Figura 2

Ocorrência de mecanismos de defesa em frequências pela TRO



A incidência de mecanismos de defesa é mais equilibrada entre G1 (74 ocorrências) e G3 (66 ocorrências) do que entre G1 e G2 vistos na Seção Empírica I. O grupo 1 utiliza mecanismos de defesa em maior quantidade que G3, e apenas o mecanismo de negação é maior no grupo 3 assim como foi no grupo 2 da seção anterior.

A média de pontuação da qualidade das repostas é de 17,7 em G1, com variação de 1 a 7 e a média de G3 é de 15,2, com variação de 2 a 6. A diferença na variação aponta que G3 não apresentou respostas nos extremos (muito negativo e muito positivo), o que coloca o grupo 1 mais próximo de relações extremadas, mas dirigidas ao que é bom ou mau, sem muita possibilidade de acomodação num ponto intermediário e de aceitação de que as relações podem ter outras variações que não apenas o bom ou o mau. O grupo 3 não se coloca nesses extremos, embora mostre uma média menor. Sobre isso inferimos novamente sobre a questão da forte idealização presente em G1.

Não há diferença estatística na ocorrência de mecanismos de defesa entre G1 e G3.

O percentual de manutenção da série é igual ao da seção anterior, no grupo 3, 81,2% mantém a série e 18,8% não, e no grupo 1, 87,5% mantém a série e 12,5% não mantém.

Sobre respostas humanas e não humanas a frequência de G1 é de 51 humanas para 35 humanas de G3, reforçando a necessidade de contato com o outro já demonstrada por G1.

Tabela 8

Resultados de qualidade de vida específica em dermatologia entre os grupos, com teste de qui-quadrado

DLQI	G1	G3	p-valor
Sem efeito na qualidade de vida	3 (9,1%)	30 (90,9%)	
Pequeno efeito na qualidade de vida	9 (69,2%)	4 (30,8%)	
Moderado efeito na qualidade de vida	9 (100%)	0 (0%)	0,000
Muito grande efeito na qualidade de vida	11 (100%)	0 (0%)	
Extremo efeito na qualidade de vida	2 (100%)	0 (0%)	
Qualidade de vida em dermatologia (média-dp)	9 (6,36)	0,56 (0,71)	0,000**

Nesta tabela ficam evidenciados os prejuízos na qualidade de vida específica em portadores de psoríase em relação ao grupo controle de não portadores de dermatoses. A maior parte da amostra de portadores de psoríase têm prejuízo na qualidade de vida que vai de moderado a extremo. Dentre os não portadores de psoríase, 90,9% não tem nenhum prejuízo na qualidade de vida no que diga respeito a sua pele. Interessante notar que destes não portadores, 30,8% apresentam um pequeno efeito sobre a sua qualidade de vida no que diz respeito à pele, considerando que por ser ela um órgão de relação, exposição e contato,

está suscetível ao acometimento por algum prejuízo mesmo que breve e não crônico, de origem externa, como queimaduras, por exemplo.

Considerações Finais da Seção Empírica II

Os resultados de vinculação insegura e alienação fornecidos pela BORRTI-O foram especialmente considerados neste estudo como desfecho em relação à doença de pele psoríase. Primeiro, pelas características psicométricas detalhadas disponíveis para a escala, pela normatização brasileira para uso em pesquisa, e pela definição dos construtos que se aproximam daquilo que apresentamos na seção teórica como elementos principais para o entendimento e teste das hipóteses de estudo. As dimensões da EVA foram apresentadas até mesmo em comparação com a BORRTI-O para compreendermos o que mais fosse possível sobre o portador de psoríase em relação às pessoas sem nenhum tipo de dermatose, mas temos que considerar as limitações de uso dessa escala.

Sampogna, Taboli & Abeni (2007) afirmam que a psoríase tem um grande impacto na qualidade de vida dos portadores e que isso está diretamente correlacionado com a existência de psicopatologia. Afirmam que nestes últimos anos muito tem sido estudado sobre o assunto e muito vem sendo realmente desenvolvido, mas até o momento nenhum autor havia sublinhado tão diretamente a existência de comorbidades psiquiátricas entre pacientes com psoríase. Claro que muitas vezes estuda-se muito mais as conseqüências do que as causas, porém os trabalhos devem complementar-se. Os autores consideram que problemas psicológicos acabem ocorrendo em decorrência do surgimento da psoríase, e esse é um ponto de vista compartilhado por muitos autores.

No presente estudo, o que pretendemos foi associar a doença de pele com a ocorrência de eventos de vida mais precoces, no início da vida, com o estabelecimento de relações objetais, que são a estrutura dos vínculos que pode ser observada depois, na vida

adulta, e cujas características poderão influenciar também no desenvolvimento de algum quadro psicopatológico.

Para Sampogna, Taboli, Mastroeni, Di Pietro, Fortes & Abeni (2007) o gerenciamento da psoríase exige muita atenção já que é uma das doenças de pele que mais causa impacto na qualidade de vida dos pacientes.

Griffiths & Barker (2007) afirmam que o estresse causado por viver com psoríase pode manifestar comportamentos evitativos, como por exemplo em locais públicos, de conversar com pessoas sobre sua condição de pele. Acreditamos não apenas num comportamento evitativo por causa da psoríase, mas num comportamento de dificuldades com a proximidade e limitação desde o início do desenvolvimento físico e emocional, que pode ter originado a necessidade de uma ruptura orgânica e da pele como forma de manifestação do sofrimento psíquico, na representação da necessidade de aproximação-separação do outro.

Guttman (2006) apresenta que pacientes com problemas dermatológicos são beneficiados por tratamento psicoterápico, não apenas na avaliação de suas necessidades emocionais individuais, mas também está associada com a melhora do estado da pele. Essa afirmação integra o objetivo da investigação dinâmica, de características relacionais internalizadas, no momento em que afirma melhora clínica da pele em função da psicoterapia. Integra novamente a questão da unidade psicossomática, quando observamos uma intervenção ao nível psíquico e uma melhora ao nível somático.

Watson & Bruin (2007) num olhar existencial e fenomenológico para o portador de psoríase, afirmam que se trata de uma doença sem diferença de sexo ou classe social, que o seu impacto físico e emocional é o mesmo, e sugere que se trabalhe com os portadores questões referentes à sua auto-imagem e auto-conceito na busca pela melhoria da qualidade de vida.

Maunder & Hunter (2001) afirmam que há evidência entre vinculação insegura e adoecimento, inclusive passando pela influência do apego na resposta ao estresse. Sugerem que a partir disso sejam criados modelos que descrevam risco de doenças relacionadas à vinculação insegura. Waller, Scheidt & Hartmann (2004) pesquisaram 37 pacientes com doenças somáticas e 20 controles saudáveis e encontram em seus resultados uma clara evidência da incidência de apego inseguro comparados com os controles não-clínicos. Concluem dizendo que esse tipo de vinculação é a base de problemas de ordem relacional e interferem no cuidado da saúde. Assim, os resultados apresentados nessa seção condizem com outros achados da literatura e reafirmam a importância da pesquisa sobre aspectos relacionais com portadores de dermatoses.

Concordamos com estes autores, e nossos dados confirmam seus estudos. Nossa amostra com pacientes portadores de psoríase apresentou quase cinco vezes mais vinculação insegura que os controles não doentes. Este achado é consistente com a literatura (Picardi, Mazzotti, Gaetano, Cataruzza, Baliva, Melchi, Biondi & Pasquini, 2005) quando apontam achados de associação entre estilos de apego evitativo com o aumento da psoríase em placas. No seu trabalho, o estilo de apego inseguro foi confundido por outras variáveis como uso de tabaco e álcool. Outros importantes trabalhos sugerem que a existência de apego inseguro pode aumentar a suscetibilidade para doenças severas de pele (Picardi, Pasquini, Cattaruzza, Gaetano, Baliva, Melchi, Tiago, Camaione, Abeni & Biondi, 2003a; Picardi et al, 2003b).

SEÇÃO EMPÍRICA III

ESTUDO BREVE ACERCA DE PORTADORES DE DERMATOSES EM GERAL

As questões psicológicas e emocionais afetam através do estresse e de outros mecanismos emocionais e fisiológicos, a função da pele (Roehr, 2007). O impacto das doenças de pele é inegável, e apresentar resultados a respeito de particularidades do funcionamento relacional de portadores de dermatoses contribui para a atenção integral ao portador.

Picardi & Abeni (2001) afirmam que os aspectos emocionais e o papel dos eventos estressores já constituem um modelo conhecido e aceito para o entendimento para doenças como a psoríase, mas que outras como vitiligo, acne, pênfigo, e outras, os estudos são ainda poucos. Os autores sugerem a necessidade de estudos prospectivos para que se conheça melhor esse grupo e os fatores de vulnerabilidade dessas pessoas para a doença de pele.

Segundo a classificação de Fitzpatrick (1997) existem três categorias para as psicodermatoses, quais sejam: 1) aquelas com influência psicológica maior, como dermatoses manipulativas ou auto-infligidas, tricotilomania, delírios ou obsessões envolvendo a pele; 2) condições em que há a evidência de desencadeamento emocional, incluindo a urticária crônica, pruridos em geral e alopecia areata, e 3) outras condições cujo curso é frequentemente afetado por desequilíbrio emocional, como dermatite atópica, psoríase, acne, dermatite seborréica, herpes. Essa classificação é semelhante ao estudo apresentado por Koo & Lebwohl (2001). A diferença é que o segundo estudo agrupa os itens 2 e 3 de Fitzpatrick. O vitiligo não aparece em nenhuma destas classificações, é o que pontua Müller (2005) propondo que o vitiligo passe a ser enquadrado na categoria três da classificação de Fitzpatrick.

Método

Trata-se um estudo exploratório para análise da subamostra do grupo 2, constituída por portadores de dermatoses em geral, para verificação de características peculiares deste grupo. O grupo 2 até então apresentado em um bloco, foi subdividido em psicodermatoses, outras dermatoses e doenças tumorais e /ou pré-tumorais, no intuito de melhor esclarecer as características relacionais deste grupo, já que não pudemos encontrar diferenças entre este subgrupo e o de psoríase. Foram avaliados 34 sujeitos portadores de dermatoses em geral.

Apresentação e discussão dos resultados

Dentre os 34 sujeitos que compõem o G2, foram subdivididos entre psicodermatoses (Fitzpatrick, 1997) aquelas que têm papel psicológico no seu desenvolvimento, como herpes, acne, alopecia areata, dermatite atópica e vitiligo (proposto por Müller, 2005, que passasse a fazer parte do grupo das psicodermatoses) além da psoríase já detalhadamente estudada na Seção Empírica I e cujos resultados não serão repetidos aqui. O subgrupo das psicodermatoses esteve composto por 17 pacientes, representando 50% da subamostra, além de 13 (19,1%) portadores de outras dermatoses tais como dermatite de contato, urticária, desidrose, pênfigo, fungos, manchas, e 4 (5,9%) de portadores de doenças como ceratose, granuloma e carcinoma, consideradas tumorais e/ou pré-tumorais. Essa divisão transformou a variável diagnóstico geral em uma variável dicotômica e passível de algumas análises.

Tabela 1

Resultados BORRTI-O com G2

	<i>Sem patologia</i>	<i>Com patologia</i>	<i>p-valor</i>
Alienação			
Psicodermatoses	13 (75,6%)	4 (23,5%)	
Outras	10 (76,9%)	3 (23,1%)	0,027 [#]
Tumorais ou pré	0 (0%)	4 (100%)	
[#] três células pontuaram menos que 5, por isso não podemos considerar a significância			
Vinculação insegura			
Psicodermatoses	12 (70,6%)	5 (29,4%)	
Outras	6 (46,2%)	7 (53,8%)	0,064
Tumorais ou pré	1 (25,0%) [#]	3 (75,0%) [#]	
Egocentrismo			
Psicodermatoses	13 (76,5%)	4 (23,5%)	
Outras	6 (46,2%)	7 (53,8%)	0,004 [#]
Tumorais ou pré	0 (0%)	4 (100%)	
[#] duas células pontuaram menos que 5, por isso não podemos considerar a significância			
Incapacidade Social			
Psicodermatoses	14 (82,4%)	3 (17,6%)	
Outras	12 (92,3%)	1 (7,7%)	0,103
Tumorais ou pré	1 (25,0%) [#]	3 (75,0%)	

A tabela acima apresenta a distribuição de frequências e percentuais de G2 entre os modelos de relação objetal dados pela BORRTI-O com o teste de qui-quadrado. Não podemos afirmar sobre resultados de significância estatística em função do tamanho pequeno do subgrupo G2 e de distribuições insuficientes para análise, mas tais resultados já

apresentam dados interessantes, como a maioria dos entrevistados pertencerem ao grupo das psicodermatoses. Podemos inferir que caso aumentássemos o número de sujeitos de G2, tais resultados se tornariam mais consistentes e poderia ser evidenciada a diferença estatística.

Ainda assim, a distribuição de frequências e percentuais de patologia ou não patologia nas relações é interessante de ser apontado. O resultado de patologia nas relações é sempre menor do que o resultado sem patologia e com pouca diferença entre os três subgrupos. O subgrupo de doenças tumorais é que foge a tal observação e pontua sempre mais alto na questão da patologia nas relações, em todos os quatro fatores da BORRTI-O.

Tabela 2

Teste de ANOVA com a variável contínua de respostas patológicas da BORRTI-O

G2	RESPOSTAS PATOLÓGICAS		
	MÉDIA	DP	p-valor
Psicodermatoses	11,29	6,83	0,015*
Outras	13,77	6,57	
Tumorais ou pré	23,25	8,77	
TOTAL	13,65	7,70	

Nesta tabela observamos uma diferença estatisticamente significativa entre as médias de respostas patológicas da BORRTI-O principalmente para os pacientes com doença de características tumoral cuja média é bastante mais alta que as demais.

Tabela 3

Teste de qui-quadrado sobre os efeitos na qualidade de vida de dermatoses em geral

DLQI	psicodermatoses	outras	tumorais	p-valor
Sem efeito na qualidade de vida	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	
Pequeno efeito na qualidade de vida	10 (62,5%)	4 (25%)	2 (12,5%)	
Moderado efeito na qualidade de vida	3 (33,3%)	6 (66,7%)	0 (0%)	0,313
Muito grande efeito na qualidade de vida	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	
Extremo efeito na qualidade de vida	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	

Nota-se que a avaliação de qualidade de vida em dermatologia não apresenta diferença estatística entre a extensão do impacto da doença, e a maior parte da subamostra apresenta um prejuízo que varia de pequeno a moderado. Lembrando dos resultados da Seção Empírica II, os pacientes de psoríase é que apresentam um prejuízo mais extenso na qualidade de vida em dermatologia.

Tabela 4

Teste de ANOVA com variável contínua de qualidade de vida em dermatologia

G2	DLQI		
	MÉDIA	DP	p-valor
Psicodermatoses	6,24	4,61	
Outras	7,85	6,42	0,162
Tumorais ou pré	2,00	1,41	
TOTAL	6,36	5,36	

As médias de qualidade de vida em dermatologia não apresentam diferença estatística significativa, mas chama a atenção que as doenças de característica tumoral ou pré-tumoral apresentem uma média de prejuízo tão pequeno em relação às demais, que se encaixam nas medias gerais de aplicação do DLQI em vários lugares (Finlay & Khan, 1994, Hongbo, Thomas, Harrison, Salek & Finlay, 2005).

Tabela 5

Teste de qui-quadrado com variáveis categóricas da EVA

G2	DIMENSÕES EVA				p-valor
	Confiança nos outros	Conforto com a proximidade	Ansiedade	TOTAL	
Psicodermatoses	4 (23,5%)	13 (76,5%)	0 (0%)	17(100%)	
Outras	4 (30,8%)	8 (61,5%)	1 (7,7%)	13(100%)	0,194
Tumorais ou pré	0 (0%)	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4(100%)	
TOTAL	8 (23,5%)	24 (70,6%)	2 (5,9%)	34 (100%)	

Quanto aos resultados de distribuição das dimensões da EVA entre a subamostra também não aparecem diferenças estatisticamente significativas. A maior concentração de resultados está nas psicodermatoses para a dimensão de conforto com a proximidade, podendo essa informação novamente ser interpretada no sentido de que exista não só conforto como desejo e necessidade de proximidade com o outro, em função da limitação do eu representada pela pele, maiores do que os outros grupos. O grupo 2 como um todo apresenta baixa pontuação na dimensão da ansiedade.

Tabela 6

Teste de ANOVA com as médias das dimensões de EVA

Dimensões EVA	Psicodermatoses	outras	Tumorais/pré	p-valor
Ansiedade	11,76 (2,92)	13,61 (5,48)	14,50 (6,60)	0,399
Conforto com a				
proximidade	22,64 (4,24)	20,76 (15,18)	22 (2,82)	0,536
Confiança nos outros	19,52 (3,53)	19,15 (3,43)	15,75 (5,12)	0,192

Novamente não aparecem diferenças estatísticas entre os subgrupos de G2, e as três subescalas do grupo 2 apresentam maior média de pontuação na dimensão de conforto com a proximidade.

Considerações Finais da Seção Empírica III

Toda essa análise preliminar sobre o grupo 2 se deu principalmente para conhecermos as características das subamostras que acabamos por denominar de psicodermatoses, outras dermatoses e tumorais ou pré-tumorais.

A existência de doenças de características tumorais preocupou-nos no sentido de que poderiam estar interferindo nos resultados de relação objetal ainda apresentado na Seção Empírica I entre G1 e G2. Porém, mesmo havendo alguns dos resultados apresentados nesta seção dentre os quais o subgrupo de tumores pontua mais alto, foram realizados os mesmos testes estatísticos excluindo os casos de doenças tumorais e os resultados continuaram não apresentando diferença entre G2 e entre G1 e G2.

Picardi, Mazzotti, Gaetano, Cataruzza, Baliva, Melchi, Biondi & Pasquini (2005) realizaram um estudo acerca de portadores de psoríase e controles de outras dermatoses, no qual apenas citam quais tipos de dermatoses compunham os grupos controles, e haviam incluído portadores de tumores de pele, cujos resultados não foram aprofundados.

Todos os autores que trabalham com o tema da pele referem a quantidade e a profundidade do prejuízo na vida global do paciente (Salek, Roberts & Finlay, 2007; Guttman, 2006) avaliando ou não aspectos emocionais.

Barankin & DeKoven (2002) afirmam que as doenças de pele são muito mais do que uma questão estética, produzem ansiedade, depressão e outros problemas que acabam afetando o paciente e sugerem estudos para o aprofundamento dessas questões. Ludwig (et al 2006) apresentam resultados nessa direção e na importância à atenção integral ao paciente portador de dermatose.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

A realização desta tese de doutorado consumiu muita energia, tempo e estudo, para que propuséssemos questões pertinentes e interessantes a respeito do paciente portador de dermatose. A questão de dermatoses em geral ou psoríase, é algo que acompanha este trabalho desde seu início. O projeto inicial de doutorado, ainda na seleção, era dirigido ao conhecimento do portador de psoríase e na seqüência do desenvolvimento do trabalho, acabamos enviando ao Comitê de Ética em pesquisa o título mais genérico que abarcaria todos os tipos de dermatoses. Maior temor em estudarmos apenas o paciente de psoríase seria depositar arbitrariamente nestes pacientes características que poderiam ser comuns a todas as demais dermatoses, criando os tão conhecidos rótulos que a psicologia é acusada de causar, e também voltar a modelos de psicossomática muito antigos, sobre perfis de personalidade vinculados a determinados tipos de doenças. Assim, mantivemos o título original sobre estudos com portadores de dermatoses, já que apresentamos as duas comparações, tendo como grupo principal o grupo de portadores de psoríase, em função de todo prejuízo psicossocial sofrido pelos pacientes apontado pela literatura e por estudos anteriores.

Algumas limitações deste estudo podem ser apontadas no sentido de que seria interessante também estabelecer, a partir do mesmo instrumental de avaliação, diferenças entre grupos de pacientes com dermatoses e grupos de portadores com outras doenças crônicas, como cardíacas, respiratórias, gástricas, et cetera. Assim poderíamos completar o pensamento sobre a influência das relações iniciais do adoecimento de pele, um órgão de contato mais inicial e de importância fundamental no início da vida. Se retomarmos o pensamento de Joyce McDougall sobre o fenômeno psicossomático, sem que se diferencie o tipo de doença orgânica, a autora afirma que o fenômeno psicossomático está sim

direcionado a determinados tipos de relação, mas não a determinados tipos de doença. Neste estudo propusemos que o adoecimento da pele, por ser este um órgão de suma importância no início da vida estaria associado a modelos patológicos de relação objetal internalizada. Porém para afirmar definitivamente, deveríamos obter um novo grupo controle com outras doenças crônicas.

Sobre as características relacionais avaliadas através da entrevista, do Inventário de Relações Objetais, da Escala de Vinculação do Adulto, e do Teste de Relações Objetais, verificamos o que entendemos por “necessidade de relação” que aparece de forma circular: uma incidência importante de vinculação insegura, de alienação, de ansiedade nas relações, projeções de relações idealizadas iminentemente positivas e ao mesmo tempo o retorno à insegurança que vai permear essas relações idealizadas. Comparamos assim, a necessidade de relação e a capacidade de expressão da emoção. As emoções/sentimentos são vividos no “entre”, o que podemos até chamar de um espaço transicional que se estabelece entre duas pessoas. O corpo fala sobre o paciente e a relação também.

Considerando as hipóteses principais deste trabalho, a comparação entre os grupos quanto a modelos de relação objetal internalizada, estilos de apego (agora dimensões de apego em função de mudanças com a escala) e qualidade de vida específica em dermatologia, as questões de pesquisa foram respondidas de forma satisfatória: pacientes com dermatoses apresentam mais patologia nas relações objetais internalizadas que não portadores de dermatoses. Os dados empíricos confirmam as hipóteses teóricas que apresentamos longamente na seção teórica.

Os portadores de dermatoses parecem apresentar uma falha que lhes traz a necessidade de estar em permanente regeneração: um estado de cicatrização, possivelmente das faltas situadas num momento muito inicial do desenvolvimento. A manifestação de conflitos através da pele pode traduzir formas bastante peculiares e até mesmo regressivas

de funcionamento psíquico, já que representa a função limitante do corpo, e segundo os autores citados, também do psiquismo.

As ligações que propusemos nesta tese entre as teorias de McDougall e Kernberg, Winnicott e Anzieu, relações objetais e teoria do apego acontecem na tentativa de fazermos costuras entre teorias bastante estudadas, mas em geral esquecidas quando tratamos do fenômeno psicossomático. Cada vez mais compreendemos que o fenômeno do adoecimento não é isolado de um contexto físico, cultural e social, relacional. Pensamos ter conseguido com este trabalho mais uma etapa na consolidação desta visão de mundo.

Buscar inferências e gerar hipóteses sobre a associação de uma afecção dermatológica, aspectos relacionais e o impacto na qualidade de vida dos portadores é uma forma de aprofundar o conhecimento acerca do funcionamento psíquico destes pacientes, em favor de alternativas de tratamento dirigidas especialmente ao paciente, seu mundo interno e externo e a melhoria na sua qualidade de vida.

Uma área que vem sendo apresentada mais freqüentemente pela literatura, especialmente a partir de 2001 é a psicodermatologia, cujos estudos hoje são encontrados publicados em periódicos do mundo todo (Smulevich, Ivanov, L'vov, Dorozhenok, 2004 na Rússia; Buljan, Buljan, Situm, 2005 na Croácia; Mercan, Kivanc Altunay, 2006 na Turquia) além dos conhecidos estudos italianos sobre o tema (Picardi, Porcelli, Pasquini, Fassone, Mazzotti, Lega, Ramieri, Sagoni, Abeni, Tiago & Fava, 2006). A psicodermatologia pretende marcar o paralelo existente entre psicologia e dermatologia e os autores que trabalham com o tema são cada vez mais enfáticos ao sublinharem a necessidade de um olhar psicológico ao paciente dermatológico.

Um trabalho polonês (Kieć-Swierczyńska, Dudek, Krecisz, Swierczyńska-Machura, Dudek, Garnczarek & Turczyn, 2006) discute a relação entre problemas de pele e os fatores psicológicos e psiquiátricos envolvidos. São apresentados dois pontos de vista a esse respeito que condizem com as propostas desta tese. Por uma lado, apresentam como os

fatores psicológicos podem influenciar ou agravar uma condição dermatológica como o estresse e as emoções negativas. Por outro, afirmam que existem distúrbios psiquiátricos que podem resultar em doenças de pele, e citam a psoríase e a dermatite atópica como exemplos. Afirmam também que a maioria das pessoas com problemas de pele têm a sua qualidade de vida extremamente afetada. Estas informações são corroboradas pelos dados de pesquisa apresentados nesta tese.

Jafferany (2007) traz à discussão um ponto muito importante e ainda controverso sobre os problemas dermatológicos: ele afirma que muito mais do que simplesmente um problema estético, os pacientes são afetados por uma variedade de sintomas psicopatológicos que podem afetar a si mesmo, sua família e a sociedade como um todo. Sugere intervenções biopsicossociais, e que o manejo das doenças de pele exige a consideração dos fatores psicológicos associados. Afirma que as condições dermatológicas são afetadas por características de personalidade e sócio-demográficas.

Ainda, Harth (2007) apresenta um guia de tratamento sobre dermatologia psicossomática e psicodermatologia. Refere que a incidência de problemas de ordem mental ou emocional em pacientes com problemas dermatológicos é de 25 a 30% e que num estudo da Alemanha, 25% dos entrevistados responderam positivamente para o papel dos aspectos psicológicos no tratamento. Numa revisão sobre os tipos de psicoterapia que poderiam auxiliar no tratamento de problemas dermatológicos, cita a psicoterapia de orientação analítica e psicodinâmica. Afirma que os sintomas psicossomáticos da pele podem ser vistos como compromissos inconscientes na base de conflitos fundamentais, em parte adquiridos durante a infância. Ao final do artigo, apresenta as influências físicas e psicológicas de cada uma das doenças de pele, sugere em algumas o tratamento psicofarmacológico e para quase todas algum tipo de tratamento psicoterápico.

Chuch, Wong & Zawar (2006) afirmam que a evidente relação entre pele e mente serve como um bom exemplo da íntima associação entre saúde física e mental, o que sugere e justifica a importância da integração no cuidado aos pacientes.

Ainda sobre os estudos em psicodermatologia e psicossomática, tem sido comum encontrarmos trabalhos a respeito de traços de alexitimia. Não comentados em outras seções da tese, consideramos importante apresentar a ocorrência deste ponto de vista, de forma breve. Poot, Sampogna & Onnis (2007) sobre a emoção em pacientes portadores de dermatoses, afirmam que o paciente psicodermatológico, como denominam, é caracterizado, entre outras coisas, por alexitimia – a dificuldade em nomear os afetos e as emoções e estariam fazendo essa expressão através da pele. Picardi (et al., 2003a) num estudo de caso-controle com avaliação de alexitimia e características de vinculação em portadores de psoríase, afirma que os mesmos, mais que os portadores de outras dermatoses, são classificados com alexitimia ou alexitimia borderline, avaliada pela TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale).

Retomamos a questão da alexitimia, pois o referencial utilizado nesta tese de doutorado partindo de Joyce McDougall transcende a questão da alexitimia indo em direção ao entendimento dinâmico das causas psíquicas dessa dificuldade de nomeação de afetos, e encontrando essa causa teoricamente na não existência individual da criança em relação à sua mãe, na ocorrência de um corpo para dois, na ausência de limitação corporal e egóica. Porém, o delineamento de muitos estudos internacionais utiliza a medida de alexitimia e fornece resultados importantes.

Essa pode ser uma sugestão para um estudo futuro. Acreditamos que cabe a cada referencial teórico utilizar os marcos que melhor lhes aprouver, mas acreditamos também na necessidade da não redução dos comportamentos humanos a diagnósticos ou rótulos, de forma simplificada. Por trás da impossibilidade de nomear afetos existe uma constelação de relações, influências, internalizações que precisam ser explicadas e compreendidas para que

tratemos da pessoa total, na tentativa de promover a integração de experiências emocionais ainda internamente dissociadas e provocando sintomas, nesse caso físicos e de pele.

Estudos reunindo estilos ou dimensões de apego ou vinculação em portadores de doenças de pele não são tão vastos. Os trabalhos encontrados para a realização desta tese, basicamente preocupados com a qualidade de vida, com estresse e com os demais aspectos psicossociais do adoecimento da pele, confirmam esta lacuna. Uma interessante obra, organizada por Walker & Papadopoulos (2005) dispensa um capítulo sobre as questões de apego e especialmente Anthis (2005, in Walker & Papadopoulos, 2005) baseada em Bowlby, fala das dificuldades relacionais dos portadores de dermatose, principalmente nas relações amorosas, da auto-estima em função da aparência e conclui dizendo que a perspectiva do apego deve ser incluída como um componente importante da avaliação da personalidade do paciente e na pesquisa em psicodermatologia.

Não podemos e nem desejamos neste trabalho verificar a incidência de transtornos psiquiátricos ou quaisquer tipos de diagnósticos psicológicos. Mas queremos e podemos afirmar que a doença de pele tenha, além de seu óbvio prejuízo relacional atual, sua origem também na qualidade das relações estabelecidas no início da vida. Isto porque ambos os grupos portadores de dermatoses, o de psoríase e o de dermatoses em geral, apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo de não portadores de doença de pele nos quesitos principais de vinculação insegura e alienação.

Acreditamos que o surgimento de doenças psíquicas ou orgânicas não ocorra de forma isolada, e que há um componente relacional inegável no estabelecimento de estados de saúde ou não saúde, tendo em vista o importante papel das relações desde o início da vida citados por todos os autores referidos nesse estudo. Assim, a eclosão de uma doença de pele pode realmente estar denunciando a incapacidade do sujeito em lidar com o estresse resultante das perdas ou das separações, que são inerentes à existência humana e que nos

remetem, inevitavelmente, aos registros das primeiras relações com os objetos de amor no início da vida.

Segundo Anzieu, (1985/1989) e concorda McDougall (1978/1989), a união simbiótica com a mãe é representada no pensamento arcaico por uma imagem tátil em que dois corpos - da mãe e da criança - têm uma superfície comum, e a separação da mãe é representada pelo arrancar dessa pele comum. O adoecimento da pele como um sintoma na vida adulta pode estar relacionado a essa primeira e importante perda, que diz respeito à perda da fusão com a mãe. Para Anzieu, a gravidade da alteração da pele está em relação à importância quantitativa e qualitativa das falhas do Eu-pele (estabelecido pelas relações no início da vida), e afirma que a profundidade da alteração da pele é proporcional à profundidade do dano psíquico. Essa foi a hipótese central com a qual trabalhamos neste estudo.

Para Kernberg, no transtorno de personalidade, a qualidade das relações interpessoais fica em geral afetada, o que também pode ser visto em pacientes com dermatoses. A ocorrência psicossomática é um fato desagregador por natureza, e quem sabe nascido de uma desagregação. A mesma falta de interesse nas relações, ausência de empatia, de compreensão e dificuldade de manter relacionamentos estáveis que aparecem como sintomas psicológicos de um dos pontos centrais da teoria de Kernberg – a difusão da identidade – também está presente em pessoas com afecções dermatológicas. Isto é facilmente observado através dos resultados dos estudos empíricos apresentados ao longo desta tese.

Pensem que na existência de uma afecção na pele, uma ferida, a limitação entre eu e não-eu não esteja ocorrendo, ou esteja ocupando exatamente o lugar desse limitador que não foi psíquico. A busca de fusão com o outro, exemplificada pela dificuldade em expressar emoções e fazer isto através do corpo – um corpo para dois – não deixa de ter o

seu oposto, a busca da diferenciação. A ferida na pele pode então estar representando a dor e o desejo da separação, rumo à individuação.

Diferentemente de outras doenças crônicas, a doença de pele parece ter uma representação mais original, dos primórdios do desenvolvimento, o que nos permitiria inferir que tais feridas não foram fechadas ou que foram reabertas na vida adulta com a ocorrência de eventos traumáticos, basicamente da ordem das separações, o que traz em si elementos de confiança, vinculação e proximidade, e a necessidade de mudança inerente a toda crise. Nesse estudo, acreditamos que o portador de doença de pele manifeste nela esses conflitos; tudo isso discutido pelos estudos apresentados, principalmente nas diferenças entre portadores de psoríase e não portadores.

Na pesquisa científica os dados são objetivos, as inferências são livres e a literatura sustenta hipóteses e conclusões. O universo da psicologia e da psicossomática, especialmente, é envolvente e ainda enigmático. As particularidades das relações, o fenômeno do adoecimento, o papel do contato e do outro no estabelecimento da saúde ou da patologia sempre criará discussão. Esta tese de doutorado respondeu grande parte das perguntas a que se propôs. Esperamos que a partir dela possam surgir novos e produtivos questionamentos sobre um grupo de pessoas que sofre visivelmente, e que necessita do olhar da psicologia como já vem ocorrendo com muitos outros tipos de doenças orgânicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. N. (2005). Fundamentos, pesquisas e implicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ajuriaguerra, J & Marcelli, D. (1986). Manual de psicopatologia infantil. Porto Alegre: Artes Médicas
- Alexander, F. (1989). *A medicina psicossomática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anthis, L.(2005). Skin disease and relationships. In C. Walker & L. Papadopoulos. *Psychodermatology the Psychological Impact of Skin Disorders*, (pp. 72-88). UK: Cambridge University Press.
- Anzieu, D. (1985/1989). *O Eu-Pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Attale, C & Consoli, S. (2005). Intérêt du concept d'attachement en médecine somatique. *La Presse Médicale*, 34 (1), 42-48.
- Azambuja, R.D. (2000). Dermatologia integrativa: a pele em um novo contexto. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 75 (4), 393-420.
- Ballone, G. J.; Neto, E. P. ; Ortolani, I. V. (2002). *Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática*. Ed. Manole: São Paulo.
- Barankin, B & DeKoven, J. (2002). Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician*, 48, 712-716.
- Bick, E (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 484-486.
- Bitelman, B. (2003). Pele. In: R M, Volich,; F. Ferraz,& W. Ranña (2003). *Psicossma III – Interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bowlby, J. (1969/1984). *Apego – volume 1 da trilogia Apego e Perda*. São Paulo: Martins Fontes.

- Bowlby, J. (1976/1988). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1982/1990). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo : Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988/1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bria, P. & Rinaldi, L. (1999). La pelle psichica: principi e prospettive d'intervento in psico-dermatologia. *Clinica Terapeutica*, 150 (4), 287-93.
- Bruscato, W. & Iacoponi, E. (2000). Validade e confiabilidade da versão brasileira de um inventário de avaliação de relações objetais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (4), 172-177
- Bruscato, W. (1998). Tradução, validade e confiabilidade de um inventário de avaliação de relações objetais (BORRTI-Forma O). *Dissertação de Mestrado*, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- Buljan D, Buljan M, Situm M.(2005). Psychodermatology: a brief review for clinicians. *Psychiatr Danub*,17(1-2),76-83.
- Canavarro, M.C. (1999). *Relações afetivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, MC, Dias, P. & Lima, V. (2006). Avaliação da vinculação do adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, Lisboa, XX (1), Ed. Colibri, 155-187.
- Capitão, CG & Carvalho, EB. (2006). Psicossomática: duas abordagens do mesmo problema. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7 (2), 21-29.
- Catropa, S. (1986). Organizações defensivas em pacientes com psoríase. *Boletim de Psiquiatria*, 19 (2), 27-27.
- Choi E., Brown B. E., Crumrine D., Chang S., Man M., Elias P. M. &Feingold K. R. (2005). Mechanisms by Which Psychologic Stress Alters Cutaneous Permeability Barrier Homeostasis and Stratum Corneum Integrity. *Journal of Investigative*

- Dermatology*, 124 (3), 587-597.
- Chuch, C., Wong, W & Zawar, V. (2006). The skin and the mind. *Australian family Physician*, 35(9), 723-724.
- Ciechanowski, P S, Katon, W J, Russo, J E & Dwight-Johnson, M M. (2002). Association of Attachment Style to Lifetime Medically Unexplained Symptoms in Patients With Hepatitis C. *Psychosomatics*, 43(3), 206-212.
- Ciechanowski, P S, Katon, W J, Russo, J E & Walker, E A. (2001). The Patient-Provider Relationship: attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes. *The American Journal of Psychiatry*, 158(1), 29-35.
- Clarkin, J F, Lezenweger, M F, Yeomans, F, Levy, K N & Kernberg, O F. (2007). Na object relations model of borderline pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 474-499.
- Collins, N, & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (4), 644-663.
- Consoli, S M, Rolhion, S, Martin, C, Ruel, K, Cambazard, F, Pellet, J & Misery, L.(2006). Low Levels of Emotional Awareness Predict a Better Response to Dermatological Treatment in Patients with Psoriasis. *Dermatology*, 212, 128-136.
- Consoli S. M., Rolhion S., Martin C., Ruel K., Cambazard F., Pellet J. & Misery L. (2006). Low Levels of Emotional Awareness Predict a Better Response to Dermatological Treatment in Patients with Psoriasis. *Dermatology*, 212 (2), 128-139.
- Cuci, LC & Neto, CF. (1990). *Manual de dermatologia*. São paulo: Atheneu.
- Dignelli, T J. (1992). The quality of object relations and nature of attachment in homosexual and heterosexual men. *Dissertation*. New York, USA: Fordham University.
- Fernandes, MH.(2003). *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Finlay, A.Y. & Khan, G.K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 19,

210-216.

Fitzpatrick, T. (& cols) (1997). *Dermatology*. (3ª ed). New York: International Edition.

Freud, S. (1895/1980), *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica intitulada 'neurose de angústia'*. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.2. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1898/1980). *A sexualidade na etiologia das neuroses*. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.3. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1921/1976). *Psicologia dos grupos e análise do ego*, v.18. Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1923/1976). *O Ego e o Id*. Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 19. Rio de Janeiro: Imago.

Greenberg, JR & Mitchell, S. (1994). *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Goldman, G. & Anderson, T. (2007). Quality of Object Relations and Security of Attachment as Predictors of Early Therapeutic Alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 54(2), 111-117.

Golse, B. (2004). O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo (apego, psicanálise e psiquiatria perinatal). In: Aragão, RO.(org) (2004). *O bebê, o corpo e a linguagem*. pp 15-40. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Griffiths, C.E. M. & Barker J.N. (2007). Psoriasis 1: Pathogenesis and clinical features of Psoriasis. *The Lancet*, 370 (9583), 263-272.

Guttman, C. (2006) Psychological sequelae relate to skin diseases. *Dermatology Times*, 27(1), 59-71.

Harth, W. (2007). Psychosomatic dermatology (psychodermatology). *Journal of the German Society of Dermatology*, 14, 1-10.

- Hazan, C & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.
- Hisada, S. (2000). Transtornos psicossomáticos: uma visão winnicottiana. *Revista Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 8 (14), 81-88.
- Hongbo, Y, Thomas, C L, Harrison, M A, Salek, S & Finlay, A Y.(2005). Translating the science of quality of Life into Practice: What Do Dermatology Life Quality Index Scores Mean? *The Journal of Investigative Dermatology*, 125, 659-664.
- Irwin, D. (1951). Application of psychology to dermatology (Letters). *The Lancet*, 257 (6650), 348-349.
- Jafferany M.(2007). Psychodermatology: a guide to understanding common *psychocutaneous disorders*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 9 (3),203-13
- Jeammet, P.; Reynaud, M. & Consoli, S. (2000). *Psicologia Médica*. São Paulo: MEDSI.
- Kaplan, L R.(1992). *Patterns of object relations and object representation in adult attachment styles*.Dissertation New York, USA: Fordham University.
- Kent, G., & Keohane, S. (2001). Social anxiety and disfigurement: the moderating effects of fear of negative evaluation and past experience. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 23-34.
- Kernberg, O. (1980/1989). *Mundo exterior e realidade interior*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kieć-Swierczyńska M, Dudek B, Krecisz B, Swierczyńska-Machura D, Dudek W, Garnczarek A, Turczyn K. (2006). The role of psychological factors and psychiatric disorders in skin diseases. *Medycyna pracy*, 57(6),551-5.
- Klein, M. (1970). *Contribuições à psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou.
- Klein, M. (1969). *Psicanálise da criança*. São Paulo: Mestre Jou.
- Koo, J., & Lebwhol, A. (2001). Psychodermatology: the mind and skin connection. *American Family Pshysician*, 64, 1873-1878.

- Korte, J.; Mommers, M. C.; Sprangers, M.; Bos, J., & Corona, R. (2002). The suitability of quality of life questionnaires for psoriasis research: a systematic literature review. *Archives of Dermatology*, 138, 122-129.
- Laplanche, J. & Pontalis, JB. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Lehtonen, J, Partanen, J, Purhonen, M, Valkonen-Korhonen, M, Kononen, M, Saarikoski, S & Launiala, K. (2006) Nascent body ego. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 1335-1353.
- Ludwig, MWB; Redivo, LB; Zogbi, H ; Hauber, LS; Facchin, THJ; Müller, M.C. (2006). Aspectos Psicológicos em Dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. *PSIC Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7, 69-76.
- Maundner, RG & Hunter, J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63: 556-67.
- MacKenna, RMB & Macalpine, I. (1951). Application of psychology to dermatology (original articles), 257 (6646), 65-68.
- Madhulika A. & Gupta, MD. (2006) Psychodermatology. *Psychiatric Times*, 23(14), 78-89.
- Martínez, C, Santelices, M P. (2005). Evaluación Del apego em el Adulto: Una Revisión. *Psykhé*, 14(1), 181-191.
- Marty, P. (1994). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1989/1996). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- McDougall, J (1982/1992). *Teatros do Eu*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- McDougall, J. (1978/1989). *Em defesa de uma certa anormalidade*. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J., Gachelin, G., Aulagnier, P., Marty, P., Loriod, J. & Caïn, J.(1985/2001). *Corpo e história*. IV Encontro Psicanalítico D'Aix-En-Provence – 1985. São Paulo: Casa

- do Psicólogo.
- Mello Filho, J. (2002). *Concepção Psicossomática: Visão atual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mercan S & Kivanç Altunay K (2006). Psychodermatology: A collaboration between psychiatry and dermatology. *Turkish Journal of Psychiatry*, 17 (4),305-313.
- Mingorance, R. (1999). Pacientes com psoríase: características de personalidade, nível de estresse e adaptação psicossocial. *Dissertação Mestrado*. USP Ribeirão Preto, Psicologia.
- Montagu, A. (1988). *Tocar – o significado humano da pele*. São Paulo: Summus.
- Müller, M C & Ramos, DG (2004). Psicodermatologia: uma interface entre psicologia e dermatologia. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (3), 76-81.
- Müller, MC; Hoffmann, FS, Fleck, P. & Zogbi, HJ (2005). A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psicologia Teoria e Prática*, 7 (1), 51-60.
- Müller,MC. (2005). Psicossomática: uma visão simbólica do vitiligo. São Paulo: Vetor Editora.
- Neves, SM. (2003). Eu-pele, psicossomática e dermatologia. In: R.M. Volich; FC. Ferraz & W. Ranña (orgs). *Psicossoma III – Interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Neves, SMR (1998). Breve panorama histórico da psicossomática psicanalítica (pp. 35-38). In: Volich, RM; Ferraz, FC & Arantes, MA (orgs) (1998). *Psicossoma II – Psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Öztürkcan, S, Emertcan, A T, Eser, E & Sahin, M T.(2006). Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *International journal of Dermatology*, 45, 1300-1307.
- Pariser, D M, Bagel, J, Gelfand, J M, Korman, N J, Ritchlin, C T, Strober, b E, Van Voorhees, A S, Young, M, Rittenberg, S, Lebwohl, M G & Horn, E J. (2007). National

- Psoriasis Foundation Clinical Consensus on Disease Severity. *Archives of Dermatology*, 143, 239-242.
- Pacchierotti, C; Bossini, L; Castrogiovanni, A ; Pieraccini, F; Soreca, I & Castrogiovanni P. (2002). Attachment and panic disorder. *Psychopathology*, 35 (6), 347-354.
- Peres, RS. (2006). O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Revista Psicologia Clínica*, 18(1),165-177.
- Phillipson, H.(1965/2002). *Test de relaciones objetales*. Buenos Aires: Paidós.
- Picardi, A & Abeni, D. (2001). Stressful Life events and Skin Diseases: Disentangling Evidence from Myth. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 118-136.
- Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M., Gaetano, P., Baliva, G., Melchi, C., Papi, M., Camaione, D., Tiago, A., Gobello, T., Biondi, M.(2003). Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics*, 44 (5), 374-381.
- Picardi, A, Pasquini, P, Cattaruzza, M S, Gaetano, P, Baliva, G, Melchi, C F, Tiago, A, Camaioni, D, abeni, D & Biondi, M.(2003a). Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis Results from a case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 189-196.
- Picardi, A, Pasquini, P, Cattaruzza, M S, Gaetano, P, Melchi, c F, Baliva, G, Camaioni, D, Tiago, A, abeni, D & Biondi, M. (2003b). Stressful Life Events, Social Support, Attachment Security and Alexithymia in Vitiligo. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 150-158.
- Picardi, A, Mazzotti, E, Gaetano, P, Cattaruzza, M S, Baliva, G, Melchi, C F, Biondi, M & Pasquini, P.(2005). Stress, Social Support, emotional Regulation, and Exacerbation of Diffuse Plaque Psoriasis. *Psychosomatics*, 46(6), 556-564.
- Picardi, A, Porcelli, P Paquini, P, Fassone, G, Mazzotti, E, Lega. I, Ramieri, L, Sagoni, E, Abeni, D, Tiago, A & Fava, G. (2006). Integration of Multiple Criteria for

- Psychosomatic Assessment of Dermatological Patients. *Psychosomatics*, 47(2), 122-128.
- Poot, F; Sampogna, F, & Onnis, L.(2007). Basic knowledge in psychodermatology. *Journal of European Academy of dermatology and venereology*, 21, 227-234.
- Roehr, B. (2007). Scratching the surface of skin's connection. *Dermatology Times*, 28(3), 58.
- Schachner, LA (2003). Skin disease, psyche and family. *Dermatology Times – Health Module*, 24 (6), 4-10.
- Salisbury, A, Law, K, LaGasse, L & Lester, B. (2003). Maternal-Fetal Attachment. *JAMA*, 289(13), 1701.
- Salek, S, Roberts, A & Finlay, A. (2007). The Practical Reality of Using a Patient-Reported Outcome Measure in a Routine Dermatology Clinic. *Dermatology*, 215(4), 315-320.
- Sampogna, F, Tabolli, S, Mastroeni, S, Di Pietro, C, Fortes, C & Abeni, D.(2007). Quality of Life Impairment and Psychological Distress in Eldery Patients with Psoriasis. *Dermatology*, 215(4), 341-347.
- Sampogna F.; Sera, F.; Mazzotti, E., & Pasquini, P. (2003). Performance of self-administered psoriasis area and severity index in evaluating clinical and sociodemographic subgroups of patients with psoriasis. *Archives of Dermatology*, 139, 353-359.
- Schmitt J. M., Ford D. E. (2007) Role of Depression in Quality of Life for Patients with Psoriasis. *Dermatology*, 215 (1), 17.
- Schmidt, S.(2003). Psychodermatology: Female alopecia: the mediating effect of attachment patterns on changes in subjective health indicators. *British Journal of Dermatology*, 148, 1205-1211.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.
- Sfineos, PE (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262

- Smulevich AB, Ivanov OL, L'vov AN, Dorozhenok II (2004). Psychodermatology: current state of the problem. *Journal of Neurology*, Russian, 104 (11), 4-13.
- Tolentino Rosa, J. & Silva, J.(orgs) (2005a). *Atualizações clínicas do teste de Relações Objetais de Phillipson*. São Paulo: Vetor.
- Tolentino Rosa, J. & Silva, J. (orgs) (2005b). *Desenvolvimentos na prática clínica com o Teste de Phillipson*. São Paulo: Vetor.
- Troisi, A, Massaroni, P & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *The british journal of Clinical Psychology*, 44, 89-97.
- Tramantano, G, Javier, R A & Colon, M. (2003). Discriminating among subgroups of borderline personality disorder: na assessment of object representations. *American Journal of Psychoanalysis*, 63(2), 149-154.
- Ventola, C; Sinisi, D; Robusti, G & Rantuccio, F. (1986). Indagine psicodiagnostica in pazienti psoriasici – studio con il Test delle Relazione Oggettali di Phillipson. *Giornale Italiano di Dermatologia e Veneorologia*, 121 (2), 75-77.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. 2^a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vorus, N & Wilson, A. (2004). Conceptual frontiers: representantion and object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 85 (1), 1501-04
- Waller, E, Sheidt, C E, Hartmann, A. (2004). Attachment Representation and Illness Behavior in Somatoform Disorders. *The Journal of Nervous and Mental disease*, 192(3), 200-209.
- Ward, A, Ramsay, R, Turnbull, S, Steele, M, Steele, H & Treasure, J.(2001) Attachment in anorexia nervosa: A transgerational perspective. *British journal of Psychological Society*, 74, 497-505.
- Watson, T & Bruin, G, P. (2007). Impact of cutaneous disease on the Self-Concept: A

- Existencial-Phenomenological Study of Men and Women with Psoriasis. *Dermatology Nursing*, 19(4), 351-356.
- Weiss, S.; Bergstrom & Kimball, (2003). Quality of life considerations in psoriasis treatment. *Dermatology Nursing*, 15, 120-16.
- Winnicott, DW. (1988/1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, DW.(1979/1983). *O ambiente e os processos de maturação – estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, DW. (1971/1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott C., Shepherd, R &. Davis, M. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, DW. (1958/2000). *Da pediatria a psicanálise – obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, DW. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winter, T R (1997). *O Enigma da Doença: Uma Conversa à Luz da Psicossomática Contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Zimerman, D. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- Zogbi, HJ; Ludwig, MWB; Müller, MC. (2006). *A pele como órgão de relação e suas implicações no desenvolvimento psicológico*. In: B. S. G. Werlang; M.S.Oliveira. (Orgs.). *Temas em Psicologia Clínica* (pp. 183-190) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zogbi, H; Müller, M.C; Ferreira, VRT ; Cassal, C. (2004). Pacientes portadores de dermatoses: relações iniciais e auto-agressividade. *PSIC Revista de Psicologia da Vetor Editora*,5,(2), 22-25.
- Zogbi, HJ. (2004). Adaptação e validação do Dermatology Life Quality Index (DLQI) para uma amostra sul-brasileira. *Dissertação de Mestrado*. Faculdade de Psicologia, PUCRS.

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício 443/06-CEP

Porto Alegre, 28 de abril de 2006.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa, registro 06/02955, intitulado: "Psicodermatologia: avaliação de relações objetivas em pacientes com dermatoses".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parcial e final da pesquisa devem ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Dout Hericka Zogbi Jorge
N/Universidade

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Psicodermatologia - Avaliação de relações objetais em pacientes com dermatoses

Fala-se muito, atualmente, da grande ligação que existe entre problemas de pele e aspectos emocionais e ambientais, numa interdependência entre aspectos psicológicos e funcionamento corporal. Com este estudo, uma tese de doutorado, realizada pela psicóloga Hericka Zogbi Jorge (CRP 07/11192), sob orientação da Dr. Gabriel J. C. Gauer (PUCRS), pretendemos verificar a existência dessa influência, avaliando aspectos ocorridos principalmente no início da vida. A psicologia há muito já confirma a importância das relações estabelecidas nos primeiros anos de vida para o desenvolvimento da personalidade e suas implicações na vida adulta.

O objetivo deste estudo é avaliar como se deram as tuas primeiras relações com o teu ambiente, melhor especificado, com a figura do cuidador (mãe, pai, ou substitutos), no período inicial da tua vida, e de que forma esses registros podem influenciar no adoecimento da pele. Isso pode ser inferido a partir dos seguintes testes

- Teste das Relações Objetais de Phillipson, composto por 4 pranchas com imagens de relações para as quais serão desenvolvidas histórias
- BORRTI forma O em Português: Teste de Relações Objetais, com questões afirmativas de verdadeiro ou falso, de acordo com sua experiência mais recente sobre as questões apresentadas;
- EVA (Escala de Vinculação Adulta) trata-se de uma escala com afirmações sobre a forma como o entrevistado se sente em relação às relações afetivas que estabelece.

Serão selecionados 3 grupos: 1) portadores de psoríase; 2) pessoas portadoras de outras dermatoses, e 3) pessoas sem qualquer dermatose crônica.

É importante esclarecer que tu terás de dispor de pelo menos 40 minutos para essa entrevista. Será marcada uma entrevista de devolução, caso haja interesse de tua parte, em conhecer os resultados dessa avaliação mais detalhadamente, o que consideramos essencial ao trabalhar com questões de avaliação de personalidade.

Ressaltamos também que a concordância em participar deste estudo não implica necessariamente em qualquer modificação no tratamento que já está sendo feito, nem tampouco os resultados desta avaliação terão efeito sobre ele. Da mesma forma, a não concordância em participar deste estudo não irá alterar de nenhuma maneira o tratamento já estabelecido.

Sinta-se à vontade para fazer qualquer pergunta antes de decidir.

Eu, _____ fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A psicóloga Hericka Zogbi Jorge certificou-me de que todos os dados desta pesquisa referentes a mim serão confidenciais, bem como o meu tratamento não será modificado em razão desta pesquisa e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações, a qualquer momento. Caso tenha novas perguntas sobre este estudo, posso chamar a psicóloga Hericka Zogbi Jorge nos telefones (0**51) 33203633 R.: 7735, na PUCRS, ou no celular (0**51) 84226642. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar também outra pessoa que faça parte da equipe de pesquisa _____, no (s) telefone (s) _____.

Declaro que recebi cópia do Termo de Consentimento.

Assinatura do entrevistado

nome

data

Assinatura do pesquisador

nome

data

ANEXO C - BORRTO-O

**BORRTI
FORMA O
FOLHA DE RESPOSTA**

NOME:
DATA DA APLICAÇÃO:
IDADE:
SEXO:
ESCOLARIDADE:

INSTRUÇÕES

Primeiro preencha a informação sobre seus dados pessoais.

Leia cada item com cuidado, então assinale a letra que mostra sua resposta. Responda de acordo com sua experiência mais recente. Se uma afirmação tende a ser verdadeira para você, assinale na coluna classificada como Verdadeiro (V). Se a afirmação tende a ser falsa para você, assinale na coluna classificada como Falso (F). Assinale apenas uma letra para cada afirmação. Por favor, tente responder a todas as afirmações.

Use apenas um lápis preto. Faça marcas escuras e fortes. Se você quiser mudar uma resposta, apague sua primeira marca completamente. Em seguida assinale sua nova escolha. Por favor, não faça rabiscos sobre qualquer página desta Folha de Resposta.

BORRTI Form O copyright © 1995 by Western Psychological Services. Translated and reprinted by Wilze Laura Bruscato for limited research use by permission of the publisher, Western Psychological Services, 12031 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025-1251, USA .All rights reserved. No reproduction without the prior written authorization of Western Psychological Services.

BORRTI Form O copyright © 1995 by Western Psychological Services. Traduzido e reimpresso por Wilze Laura Bruscato para uso limitado em pesquisa com permissão do editor, Western Psychological Services, 12031 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025-1251, USA. Todos os direitos reservados. Não é permitida a reprodução sem autorização prévia do Western Psychological Services.

- (V) (F) 1. Eu tenho pelo menos um relacionamento estável e satisfatório.
- (V) (F) 2. Se alguém não gosta de mim, eu sempre me esforço para ser agradável para esta pessoa.
- (V) (F) 3. Eu gostaria de ser um ermitão para sempre.
- (V) (F) 4. Eu sou capaz de me isolar e não falar com ninguém por períodos que chegam a durar até mais de uma semana.
- (V) (F) 5. Eu habitualmente acabo magoando aquelas pessoas que me são mais íntimas.
- (V) (F) 6. As pessoas com quem eu convivo me tratam mais como uma criança do que como um adulto.
- (V) (F) 7. Se alguém que eu conheço bem vai embora, eu até posso sentir falta desta pessoa.
- (V) (F) 8. Eu posso lidar com discordâncias em casa sem perturbar o relacionamento familiar.
- (V) (F) 9. Eu sou extremamente sensível a críticas.
- (V) (F) 10. Exercer poder sobre outra pessoa é um prazer secreto para mim.
- (V) (F) 11. Às vezes eu faço de tudo para conseguir as coisas do meu jeito.
- (V) (F) 12. Quando uma pessoa que me é próxima não está me dando toda a sua atenção, eu frequentemente me sinto magoado e rejeitado.
- (V) (F) 13. Se eu me torno íntimo de alguém, e este alguém não se mostra digno de confiança, eu posso ter raiva de mim mesmo pela forma como as coisas aconteceram.
- (V) (F) 14. É difícil para mim ficar íntimo de alguém.
- (V) (F) 15. Minha vida sexual é satisfatória.
- (V) (F) 16. Eu tenho tendência a ser aquilo que os outros esperam que eu seja.
- (V) (F) 17. Não importa o quanto um relacionamento possa ficar ruim, eu me manterei nele.
- (V) (F) 18. Eu não tenho influência sobre ninguém ao meu redor.
- (V) (F) 19. As pessoas não existem quando eu não as vejo.
- (V) (F) 20. Eu fui muito magoado na vida.
- (V) (F) 21. Eu tenho alguém com quem eu posso compartilhar meus sentimentos mais íntimos e que compartilha tais sentimentos comigo.
- (V) (F) 22. Não importa o quanto eu tente evitá-las, as mesmas dificuldades surgem nos meus relacionamentos mais importantes.
- (V) (F) 23. Eu anseio ser completamente “um só” com alguém.
- (V) (F) 24. Nos relacionamentos, eu não fico satisfeito a menos que eu esteja com a outra pessoa o tempo todo.

- (V) (F) 25. Eu avalio muito bem as outras pessoas.
- (V) (F) 26. Relacionamentos que eu tenho com pessoas do sexo oposto sempre acabam da mesma maneira.
- (V) (F) 27. Os outros freqüentemente tentam me humilhar.
- (V) (F) 28. Eu geralmente confio nos outros para tomar decisões por mim.
- (V) (F) 29. Eu geralmente me arrependo por ter confiado em alguém.
- (V) (F) 30. Quando eu estou com raiva de alguém que me é íntimo, eu sou capaz de conversar a esse respeito.
- (V) (F) 31. Manipular os outros é a melhor maneira de conseguir o que eu quero.
- (V) (F) 32. Eu freqüentemente me sinto nervoso quando eu estou perto de pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 33. Eu freqüentemente me preocupo com ser deixado de fora das coisas.
- (V) (F) 34. Eu sinto que eu tenho que agradar a todos senão eles poderão me rejeitar.
- (V) (F) 35. Eu me fecho e não vejo ninguém por meses.
- (V) (F) 36. Eu sou sensível a possíveis rejeições por pessoas importantes na minha vida.
- (V) (F) 37. Fazer amigos não é um problema para mim.
- (V) (F) 38. Eu não sei como me aproximar ou falar com pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 39. Quando eu não posso obrigar alguém próximo de mim a fazer o que eu quero, eu fico magoado ou com raiva.
- (V) (F) 40. O meu destino é levar uma vida solitária.
- (V) (F) 41. As pessoas nunca são honestas umas com as outras.
- (V) (F) 42. Eu me dedico muito nos relacionamentos e recebo muito em troca.
- (V) (F) 43. Eu me sinto tímido para me aproximar ou conversar com pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 44. A coisa mais importante para mim em um relacionamento é exercer poder sobre a outra pessoa.
- (V) (F) 45. Eu acredito que uma boa mãe deveria sempre agradar seus filhos.

ANEXO D - Tabela de Correção da BORRTI-O






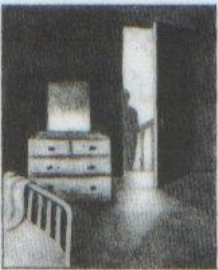






BORRTI – FORMA O
FOLHA DE PONTUAÇÃO PARA ELABORAÇÃO DO PERFIL
 (Bell, 1995; Bruscato, 1998)
 (Normas não patológicas)*

ESCORE T	ALIENAÇÃO (ALN)	VINCULAÇÃO INSEGURA (IA)	EGOCENTRISMO (EGC)	INCAPACIDADE SOCIAL (SI)
90	2,22	2,05	2,66	2,34
	1,84	1,79	2,01	2,12
76	1,68	1,75	1,79	2,04
	1,55	1,62	1,56	1,97
70	1,28	1,54	1,51	1,90
	1,00	1,29	1,09	1,63
66	0,82	1,10	0,83	1,50
	0,63	0,92	0,68	1,25
60	0,36	0,72	0,43	0,98
	0,06	0,37	0,13	0,49
55	-0,07	0,22	0,03	0,23
	-0,21	0,10	-0,08	-0,07
50	-0,49	-0,24	-0,33	-0,39
	-0,57	-0,35	-0,40	-0,46
45	-0,73	-0,66	-0,57	-0,61
	-0,76	-0,78	-0,65	-0,65
40	-0,84	-0,87	-0,73	-0,73
	-0,90	-1,14	-0,78	-0,81
36	-0,94	-1,22	-0,82	-0,85
	-0,96	-1,28	-0,87	-0,88
30	-1,00	-1,40	-0,96	-0,92

*A área sombreada indica patologia nas relações objetais.

ANEXO E – Teste das Relações Objetais de Phillipson

GALERIA DE LAMINAS DEL TEST DE RELACIONES OBJETALES*
(Según el orden de mostración)

		
LAMINA 1 (A1)	LAMINA 2 (A2)	LAMINA 3 (C3)
		
LAMINA 4 (B3)	LAMINA 5 (AG)	LAMINA 6 (B1)
		
LAMINA 7 (CG)	LAMINA 8 (A3)	LAMINA 9 (B2)
		
LAMINA 10 (BG)	LAMINA 11 (C2)	LAMINA 12 (C1)

* Material complementario para facilitar la manipulación en el análisis, agregado para esta edición castellana.

TEST DE RELACIONES OBJETALES
H. Phillipson

GALERIA DE LAMINAS

Publicado con autorización de
The NFER-NELSON Publishing Co. Ltd.
© H. Phillipson

Edición castellana
EDITORIAL PAIDOS
Buenos Aires • Barcelona • México

DERECHOS RESERVADOS

Para la impresión de las láminas
se utilizaron películas cedidas especialmente por
The NFER-Nelson Publishing Co. Ltd.

ANEXO F - Escala de Vinculação do Adulto

Escala de Vinculação do Adulto

EVA - M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <u>Não</u> me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fico <u>incomodado</u> quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO G - DLQI

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA – DLQI-BRA

Hospital: _____ Data: _____
 Nome: _____ Telefone: _____
 Diagnóstico: _____ Pontos Obtidos: _____

Este questionário visa medir o quanto o problema de pele que você tem afetou sua vida durante a semana que passou. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta e marque um X sobre a alternativa correspondente.

1. O quanto sua pele foi afetada durante a semana que passou por causa de coceira, inflamação, dor ou queimação?

realmente muito	bastante	um pouco	nada
3	2	1	0

 2. Quanto constrangimento ou outro tipo de limitação foi causado por sua pele durante a semana que passou?

realmente muito	bastante	um pouco	nada
3	2	1	0

 3. O quanto sua pele interferiu nas suas atividades de compras ou passeios, em casa ou locais públicos, durante a semana que passou?

realmente muito	bastante	um pouco	Nada	sem relevância
3	2	1	0	0

 4. Até que ponto a sua pele interferiu na semana que passou com relação às roupas que você normalmente usa?

realmente muito	bastante	um pouco	Nada	sem relevância
3	2	1	0	0

 5. O quanto sua pele afetou qualquer uma das suas atividades sociais ou de lazer na semana que passou?

realmente muito	bastante	um pouco	Nada	sem relevância
3	2	1	0	0

 6. Quão difícil foi para você praticar esportes durante a semana que passou?

realmente muito	bastante	um pouco	Nada	sem relevância
3	2	1	0	0

 7. Sua pele impediu que você fosse trabalhar ou estudar durante a semana que passou?

sim	não	sem relevância
3	0	0
- Em caso negativo, sua pele já foi problema para você no trabalho ou na vida escolar?
- | | | |
|-----------------|-----------------|-------------|
| bastante | um pouco | nada |
| 2 | 1 | 0 |
8. Quão problemática se tornou sua relação com o(a) parceiro(a), amigos próximos ou parentes, por causa de sua pele?

realmente muito	bastante	um pouco	Nada	sem relevância
3	2	1	0	0

 9. Até que ponto sua pele criou dificuldades na sua vida sexual na semana que passou?

realmente muito	bastante	um pouco	Nada	sem relevância
3	2	1	0	0

 10. Até que ponto seu tratamento dermatológico criou problemas para você na semana que passou?

realmente muito	bastante	um pouco	Nada	sem relevância
3	2	1	0	0

Por favor, revise suas respostas. Obrigada.

Direitos reservados © Dermatology Life Quality Index. A. Y. Finlay, G. K. Khan, Abril 1992. Este não pode ser copiado sem a permissão dos autores. Versão Brasileira, 2004, Grupo de Pesquisa Psicologia da Saúde, PUCRS, H. Zogbi, M. C. Müller.

ANEXO H - Ficha de Dados Sócio-Demográficos

FICHA SÓCIO-DEMOGRÁFICA	
1. nome	
2. gênero fem () masc ()	
3. idade	
4. estado civil	
5. escolaridade	
6. profissão	
7. ocupação atual	
SOBRE A DOENÇA DE PELE	
Tem algum tipo de doença de pele, algo recorrente? sim () não ()	
8. qual o nome do diagnóstico?	
9. tempo de convivência com a doença	
10. estado atual da doença	
11. tempo da crise atual	
12. faz tratamento? qual?	
13. já utilizou técnicas coadjuvantes ao tratamento médico? (ex.: exercício físicos, massagens, homeopatia...)	
14. se sim, quais	
15. relaciona algum evento de vida estressante ao surgimento da doença? SIM () NÃO () Especificar:	