
REFLEXÕES SOBRE A RELAÇÃO MÃE-FILHO E DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS: UM ESTUDO TEÓRICO-CLÍNICO SOBRE PSORÍASE INFANTIL

CAROLINA GRESPAN PEREIRA SOUZA, MAÍRA BONAFÉ SEI
e SERGIO LUIZ SABOYA ARRUDA

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

RESUMO

Este artigo objetiva refletir sobre a relação inicial mãe-filho e os aspectos psicológicos das doenças psicossomáticas, em especial a psoríase (doença crônica de pele). Trata-se de um estudo teórico-clínico qualitativo, realizado a partir de análise qualitativa dos conteúdos do material clínico advindo da psicoterapia de duas crianças com psoríase atendidas em um ambulatório de um hospital público. A compreensão do material relatado pauta-se em autores de orientação psicodinâmica, que procuram compreender os significados da pele para o psiquismo humano, como órgão que estabelece o limite concreto e psíquico do eu e não-eu. A literatura sinaliza que dificuldades na relação mãe-filho podem se manifestar via afecções neste órgão. Por meio desta investigação, considera-se que a psicoterapia lúdica pode auxiliar as crianças a compreenderem e a lidarem com a agressividade e com angústias e sofrimentos associados à psoríase.

Palavras-chave: *Psicoterapia; criança; psoríase; psicossomática; relação mãe-filho.*

ABSTRACT

REFLECTIONS ON MOTHER-CHILD RELATIONSHIP AND PSYCHOSOMATIC ILLNESSES: A THEORETICAL AND CLINICAL STUDY ON CHILD PSORIASIS

This article aims to reflect on the initial mother-child relationship and the psychological aspects of psychosomatic diseases, particularly psoriasis (chronic skin disease). It is a theoretical and clinical qualitative study, based on qualitative analysis of the contents of clinical material obtained in psychotherapy of two children with psoriasis treated in a public hospital. The comprehension of the material reported is based in psychodynamic orientation authors, who seek to understand the meanings of the skin to the human psyche as an organ, that sets the concrete and psychic limit of Me and Not-me. The literature indicates which difficulties in the mother-child relationship might be manifested through disorders in this organ. It is considered through this research that the play therapy helped the children to understand and deal with aggression, with anguish and suffering associated with psoriasis.

Key words: *Psychotherapy; child; psoriasis; psychosomatic; mother-child relationship.*

INTRODUÇÃO

PSORÍASE E ASPECTOS PSICOLÓGICOS DAS DOENÇAS DE PELE

A pele tem papel primordial no contato do sujeito com o ambiente e com o outro (Montagu, 1988; Winnicott, 1990; Volich, 2000). A pele é, portanto, fundamental no limite físico e na interface entre o eu e o outro, entre os mundos interno e externo (Bitelman, 2003).

Tanto a epiderme quanto o sistema nervoso central possuem sua origem embrionária no ectoderma, isto é, no mesmo folheto embrionário (Azambuja, 2000; Souza et al., 2005). Pode-se, então, supor que aquilo que acontece em um sistema pode reverberar no outro sistema, assim, aspectos emocionais podem influenciar as patologias na pele (Ishida, Trope e Kahtalian, 1985). De acordo com alguns autores, *“a pele forma, portanto, um canal de comunicação pré-verbal, no qual os sentimentos são expressos e podem ser experimentados e observados”* (Ishida, Trope e Kahtalian, 1985, p. 311).

Assim, é possível afirmar que a relação psique-pele envolve elementos psíquicos subjetivos, tais como emoções, sentimentos, fantasias e agressividade. De acordo com a intensidade desses elementos, a enfermidade cutânea torna-se a expressão objetiva de sentimentos. Montagu (1988, p. 30) descreve a pele como um *“espelho do funcionamento do organismo: sua cor, textura, umidade, segura e cada um de seus demais aspectos refletem nosso estado de ser, psicológico e também fisiológico”*.

Hoffmann et al. (2005) destacam que a pele é um fator a mais a ressaltar o vínculo entre distúrbios emocionais e as doenças da pele. Winnicott (1990) afirma que a pele serve de limite entre eu e não-eu, entendendo-a como uma barreira que protege e que marca um lugar e um meio de trocas. Dependendo das circunstâncias, a pele pode ter a função dessa membrana limitante, como pode ser o local de manifestação de conflitos e emoções a partir de sintomas psicossomáticos.

Anzieu (1989) pontua que a pele é o envelope do corpo, ao mesmo tempo em que é o envelope do psíquico. A criança desenvolve seu eu-psíquico pelas experiências do próprio corpo com a mãe.

Percebe-se, assim, a importância da pele e do contato inicial com o outro (mãe) para a construção do psiquismo do sujeito. A pele é considerada como espelho das emoções e, por meio dela, existe a possibilidade de tentar encontrar conexões possíveis das relações de objeto iniciais do bebê com sua mãe (Jorge et al., 2004).

Entre os múltiplos fatores que provocam o aparecimento das doenças de pele, o aspecto emocional é citado como um elemento importante que pode influenciar o surgimento e o agravamento da lesão. Dentre estas enfermidades dermatológicas, destaca-se a psoríase, uma doença crônica de pele, cuja etiologia é desconhecida e sua manifestação emerge da interação entre base genética, fatores ambientais e psicológicos (Silva e Müller, 2007).

Jorge et al. (2004, p. 23) pontuam que *“a psoríase é caracterizada como uma doença dermatológica descamativa e pruriginosa, que pode manifestar-se de diversas maneiras e graus”*. A forma de apresentação mais comum é em placas, com o aparecimento de lesões descamativas e de cor avermelhada.

Silva e Silva (2007) destacam a importância do diagnóstico da psoríase, já que ela pode ser confundida com outros distúrbios de pele. Contudo, posteriormente o padrão de descamação torna-se facilmente reconhecido por um especialista na área e o diagnóstico pode ser confirmado por uma biópsia. Existem dois extremos de maior prevalência: antes dos 30 anos e após os 50 anos, sendo que em 15% dos pacientes a doença surge antes dos 10 anos (Arruda, Campbell e Takahashi, 2001).

McDougall (1996) entende que as manifestações psicossomáticas podem ser compreendidas como uma dificuldade de simbolização e verbalização dos sentimentos e, dessa forma, a doença seria uma forma não verbal do paciente expressar suas emoções. Nesse sentido, Hoffmann et al. (2005, p. 58) ressaltam que *“a pele pode ser uma via dessa comunicação. A pele representa assim, um caminho para pedir ajuda, demonstrando a necessidade de ser olhada além dela mesma”*.

A manifestação do sintoma na pele, nesses casos, tem uma simbologia, visto sua função de proteção, já que a pele separa o meio interno do externo. Neste sentido, identifica-se uma ligação entre as dificuldades nas relações mãe-filho e o surgimento das psicodermatoses (Souza et al., 2005).

A RELAÇÃO MÃE-FILHO E PSICOSSOMÁTICA

Os primeiros modelos de vinculação com o mundo externo são impressos no corpo e no psiquismo da criança, a partir da relação inicial da mãe com o bebê. Dificuldades nesta díade poderão ter diferentes caminhos de manifestação e um deles seria via doença de pele. Dessa forma, o sentido da doença de pele pode estar atrelado ao fato de não haver um limite claro entre eu e não-eu, tanto no que se refere ao excesso de estímulos quanto à falta dos mesmos (Jorge et al., 2004).

No início da vida do bebê, a importância da mãe é vital. Além de proteger o bebê de complicações que ele não pode entender ainda, a mãe tem a função de apresentar o mundo à criança. É sobre esse alicerce que se constrói a subjetividade da criança (Winnicott, 1945/2000b).

Para que haja um desenvolvimento saudável do psique-soma inicial, é necessário um meio ambiente adequado, que é aquele que se adapta ativamente às necessidades do bebê. A partir disso, emerge a mãe devotada comum, com sua habilidade de fazer uma adaptação ativa às necessidades do bebê, produzidas por sua devoção, tornada possível por seu narcisismo, imaginação e recordações, que lhe permitem saber, pela identificação, quais são as necessidades do bebê (Winnicott, 1949/2000a).

Dessa maneira, a mãe permite ao bebê a experiência de sentir sua psique habitando seu corpo. Ou seja, torna-se possível uma integração psique-soma e a criança passa a apreciar as funções desse corpo e passa a aceitar a pele como uma membrana que limita o eu do não-eu, em circunstâncias favoráveis. Nos sintomas das doenças psicossomáticas, há uma insistência na interação da psique com o soma, sendo isso conservado como defesa contra a ameaça de perda da união psicossomática ou contra alguma forma de despersonalização (Winnicott, 1962/1983). Neste sentido, pode-se entender as doenças psicossomáticas como um possível produto final de uma maternagem precária ou inconstante.

Se a inter-relação psique-soma não se realiza satisfatoriamente, ou é muito precária, o corpo tem o registro mental, mas não há uma integração do *self*. Ocorre assim um distanciamento entre psique e corpo, persistindo uma dissociação na organização do ego do paciente (Pedrozo, 1995).

Gressler e Miranda (2001, p. 320) também pontuam que “*os sintomas que surgem no corpo apontam não para uma doença clínica, mas para uma dissociação intrapsíquica*”. Desse modo, ao adoecer, o indivíduo restabelece o vínculo mente-corpo, em uma tentativa de retomar a consciência do corpo. Nas palavras de Pedrozo (1995, p. 92), “*o distúrbio psicossomático constitui então, uma defesa poderosa contra a desintegração de também uma tentativa de cura*”.

De acordo com Winnicott (1964/1994b), a enfermidade psicossomática sugere uma cisão na personalidade do indivíduo, com dificuldade na vinculação entre psique e soma ou uma divergência organizada na mente, em defesa contra o ambiente precário. O fato de a pessoa estar doente demonstra uma tendência a não perder inteiramente a vinculação psicossomática.

McDougall (1996) menciona que o paciente que somatiza não se caracteriza pela incapacidade de vivenciar ou de exprimir as emoções, mas pela incapacidade de suportar a contenção do excesso da experiência afetiva: “*um corpo sofredor é um corpo vivo*” (p. 171). Mesmo aquelas enfermidades que ameaçam a vida biológica podem indicar, paradoxalmente, uma batalha pela sobrevivência psíquica. O psiquismo desesperado desses pacientes só se revela de maneira arcaica, não-simbólica, pela disfunção somática.

Ao discorrerem sobre o mecanismo de formação de sintomas em psicossomática, Campos e Rodrigues (2005) lembram que a somatização é a própria expressão das emoções. Ou seja, é a resposta fisiológica às emoções no corpo, emoções que, dependendo da intensidade e da repetição dessas respostas corporais, podem produzir os mais distintos sintomas. “*Os sintomas corporais ‘falam’ sobre os conteúdos das representações reprimidas, deformadas pelos mecanismos defensivos do ego*” (Campos e Rodrigues, 2005, p. 303).

Machado Júnior (2007) salienta a importância da doença no contexto da totalidade psíquica. A integração das duas dimensões (orgânica e psíquica) no contexto do símbolo é o que possibilita sua reintegração na consciência, em outras palavras, “*o trabalho de elaboração simbólica pode também proporcionar um alívio ao corpo*” (p.93).

Ainda em relação ao sintoma psicossomático, pensa-se que este “*se faz decodificável e compreensível em sua manifestação e estabilização, se for observado no contexto em que aparece*” (Ferreira et al., 2006, p. 620). Neste sentido, a observação do grupo familiar e das dinâmicas estabelecidas na família é necessária, especialmente no caso de crianças.

De acordo com Engel (1967), as doenças psicossomáticas dizem respeito a dificuldades do organismo em se ajustar a mudanças do ambiente interno e/ou externo das pessoas. No que diz respeito às doenças de pele, Bitelmam (2003) lembra que “*muitos profissionais de saúde reconhecem que manifestações da pele representam uma exteriorização de problemas internos não-resolvidos, de ordem física ou emocional*” (p. 355).

Pedrozo (1995) acrescenta que certas doenças crônicas de pele, como a psoríase, apontam para uma dissociação, em que a pele, percebida como membrana limitadora e continente do *self*, está

irritada ou ferida, marcada pela perda dos limites corporais e pela ameaça de despersonalização. Em geral, essas situações são graves, já que a dissociação que dá origem, também, mantém o distúrbio clínico e alude a um tipo de funcionamento mental característico de estágios primitivos de maturação.

Retoma-se a importância da ligação estabelecida com a mãe, que ajuda no fortalecimento do ego da criança, com posterior diferenciação entre o eu e o não-eu, concretamente representada pela epiderme. As doenças neste órgão usualmente têm uma ligação com elementos emocionais e, segundo Winnicott (1969/1994a, p. 91):

a irritação ou desconforto crônicos da pele dão ênfase à membrana limitadora do corpo (e, portanto, da personalidade), e que por trás disto acha-se a ameaça de despersonalização e de uma perda de fronteiras corporais, bem como da impensável ansiedade quase física que pertence ao processo inverso do que é chamado integração.

Dessa forma, a doença de pele pode ser vista como uma agressão ao meio, por estar evidente, visível. Ao mesmo tempo em que causa rechaço, age como um pedido de cuidado e de aproximação. É uma contradição bastante marcante, que poderá propor mudanças, ressaltando-se a importância da psicoterapia no tratamento das questões emocionais referentes ao adoecimento de pele.

A psoríase configura-se como uma patologia da pele que “envolve fatores genéticos, imunológicos químicos e emocionais ... o tratamento médico associado à psicoterapia mostrou-se mais eficaz para a redução das placas psoriásicas” (Bitelman, 2003, p. 355). Ressalta-se, então, a importância de que o paciente possa ter um espaço de expressão de emoções para a melhora do quadro dermatológico, já que a dificuldade em manifestar emoções é uma das principais dificuldades apresentadas pelos pacientes com psoríase com componentes emocionais (Jorge et al., 2004).

Pensa-se que a psicoterapia pode auxiliar a pessoa com psoríase a compreender os psicodinamismos associados às situações conflituosas e à relação mãe-filho. Pela vinculação com o terapeuta, o paciente pode experimentar uma relação de apoio na qual não seria abandonado, experienciando a possibilidade de estabelecer outras relações saudáveis (Souza et al., 2005).

Por meio de um estudo teórico-clínico, objetiva-se apresentar e discutir dois casos clínicos de crianças com psoríase atendidas em psicoterapia lúdica, enfocando-se aspectos da relação mãe-filho. O atendimento foi realizado em um ambulatório de um hospital público com prática pautada no referencial winnicottiano.

MÉTODOS

Trata-se de uma investigação qualitativa empreendida pelo estudo de caso de duas crianças atendidas em um ambulatório público de psicoterapia. O material clínico analisado é proveniente do atendimento das crianças: hora de jogo diagnóstica, testes psicológicos, sessões de psicoterapia lúdica; e das entrevistas com os pais ou responsáveis acerca da história de vida do paciente. A pesquisa

pautou-se no método clínico-qualitativo (Turato, 2000; 2003), que propõe que o pesquisador empresta conceitos “*da psicanálise, para se marcar o desenho da pesquisa, a definição dos pressupostos e objetivos, a construção e aplicação dos instrumentos em campo e, finalmente, a interpretação dos resultados do trabalho*” (Turato, 2000, p. 107). As ansiedades e angústias do pesquisador configuram-se como a força motriz para a investigação, além da identificação e acolhimento deste em relação ao indivíduo pesquisado (Turato, 2000).

É feita uma análise qualitativa. Na discussão e na compreensão do material clínico, procura-se relacionar as comunicações da criança no *setting* terapêutico com os conceitos e idéias existentes na literatura de orientação psicodinâmica sobre a relação mãe e filho e sobre as doenças psicossomáticas, com foco na psoríase.

Sujeitos

Participaram desta investigação duas crianças do sexo masculino, com 6 e 8 anos de idade no início do atendimento, pacientes de um ambulatório de psicoterapia de um serviço público, com diagnóstico de psoríase com componentes emocionais associados.

Procedimento

As crianças foram atendidas individualmente e semanalmente em psicoterapia lúdica psicodinâmica. A técnica psicoterapêutica empregada visa à compreensão das fantasias, angústias e defesas inconscientes. Para realização dos atendimentos, pautado no referencial winnicottiano, foi utilizada uma caixa que continha material gráfico e brinquedos, livremente utilizados pelo paciente, vistos como forma de comunicação privilegiada para a criança no contexto psicoterapêutico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

VINHETAS CLÍNICAS DE DOIS CASOS DE PSORÍASE INFANTIL

O caso do Marcelo¹

Marcelo tinha 8 anos de idade quando começou a psicoterapia. É o segundo filho de Edson e Alice, que possuíam mais uma filha de 10 anos. Nasceu na região Centro-oeste, antes de os pais se mudarem para uma cidade próxima de Campinas. Os pais separaram-se antes do nascimento do Marcelo. No entanto, Edson via os filhos com bastante frequência. O pai comentou que mantinha um relacionamento amigável com Alice em função da doença do filho. Edson teve um filho, atualmente com 2 anos de idade, fruto de novo relacionamento.

Quando Marcelo estava com 8 meses de vida, a mãe percebeu, pela primeira vez, uma descamação que começou na orelha e depois se alastrou para o corpo. Os pais levaram-no para atendimento médico, mas o diagnóstico de psoríase só foi confirmado tardiamente, quando completou seis anos. Na época do atendimento psicoterápico, a criança possuía lesões principalmente no rosto, em volta dos olhos, no couro cabeludo, braços, pernas e barriga.

Marcelo foi descrito pelos pais como “muito nervoso” e muito ciumento, atirava objetos, batia portas, gritava e ficava muito irritado quando não tinha toda atenção dos pais para ele. Alice comentou que sua gravidez foi conturbada e que ficou muito “nervosa”. Acredita que foi ela quem “passou esse nervoso” para o filho. Sente-se culpada pela doença da criança. Disse que sempre quis proteger o filho e que chorava muito, ao vê-lo “descascando o corpo inteiro”.

A mãe também relatou que Marcelo deixava de fazer algumas atividades na escola e de vestir algumas roupas em função da doença. Só usava calça e roupas com manga comprida e gorro, mesmo nos dias quentes. Na escola, outras crianças apelidaram-no de “descascadinho”, fato que foi contornado com a ajuda da professora.

Apesar da disposição para ajudarem o filho, Alice e Edson somente compareceram às entrevistas iniciais. Era a avó paterna quem trazia Marcelo todas as semanas para o atendimento. Foi indicado que os pais fizessem orientação de pais com outra terapeuta, mas ambos não se mostraram interessados, justificando dificuldades para se ausentarem do trabalho.

A mãe só acompanhava Marcelo nos retornos médicos com a dermatologista. Durante todo o período de atendimento psicoterápico a mãe só compareceu nas entrevistas iniciais. O fato de não o trazer para a psicoterapia pode ser entendido como uma dificuldade da mãe para lidar com as questões emocionais do filho, sendo-lhe possível apenas cuidar das lesões físicas.

Até o início da psicoterapia, Marcelo não dormia sozinho em seu quarto. Só conseguia dormir na cama da mãe ou da avó paterna, indicando relações de dependência com ambas.

A criança representava sua família em seus desenhos. Geralmente, estavam todos juntos, divertindo-se: o pai, a mãe, a irmã, Marcelo e o irmão mais novo, fruto do outro relacionamento do pai. Nesse período, ele desenhou tanto que resolveu juntá-los em um “livro de desenhos”, intitulado com o nome dele e da terapeuta. Pode-se dizer que esse livro funcionou como um álbum de registros das sessões, simbolizando o vínculo forte e positivo construído entre o par.

Ainda no início do atendimento, Marcelo mostrava a necessidade de deixar algumas marcas na sala, esquecendo objetos fora da caixa para que outras crianças do ambulatório vissem suas produções. Além disso, a cada sessão, “pequenos pedaços” de sua pele, provenientes das descamações, ficavam espalhados pela sala. Pode-se entender esse movimento como uma maneira encontrada de se afastar e de se aproximar da terapeuta, chamando a atenção para ser cuidado.

De maneira oposta, muitas vezes, Marcelo pedia insistentemente para levar suas produções para casa. Esse movimento foi entendido como uma forma de levar esse cuidado que recebia na terapia para este outro espaço. Quando ficou combinado que o que fosse produzido em sessão ficaria guardado na caixa lúdica, a criança decidiu trazer brinquedos de casa. O primeiro que ele trouxe foi um jogo chamado ‘Combate’, que sinalizava o tema central de seu processo terapêutico.

No decorrer das sessões, ficou evidente sua preferência por brincadeiras com bola. Marcelo utilizava o espaço da sala de atendimento para jogar principalmente futebol e basquete, com a cesta de lixo. Ele era uma criança bastante competitiva. Nos jogos de futebol, encenava muitos ‘dribles’, jogadas de ‘letra’ e fazia muitos gols. Marcelo corria, jogava-se e rolava no chão, pulava, demonstrando que era um “ótimo jogador” e, muitas vezes, exibia-se para a terapeuta com a diferença no número que gols que ele fazia a mais.

Marcelo ficava bastante excitado com as brincadeiras com bola, conseguindo expressar sua agressividade dessa maneira. Por volta do sexto mês de atendimento, também passou a brincar com jogo de boliche. Inventou outras maneiras de jogar, atirando a bola nos pinos espalhados pela sala e também no rosto da terapeuta. Optou-se então por retirar essa bola da caixa, lembrando do contrato acertado com a criança de que nem ele, nem a terapeuta poderiam se machucar naquele espaço.

Mesmo com a retirada da bola da caixa lúdica, ele começou a construir aviões, armas e canhões de guerra, e a sala de atendimento transformou-se, a partir do brincar, num “campo de batalha”. Marcelo propôs a brincadeira de guerra, na qual aconteceram muitas lutas e destruições. Os brinquedos viraram bombas e a criança inventava escudos e proteções com as cadeiras ou a mesa. Eram sessões com muito barulho, bagunça e até mesmo alguns brinquedos foram quebrados quando eram lançados. Nos combates, a criança expunha sua potência e virilidade, ficando bastante excitado nesses momentos.

Dessa maneira Marcelo se deparava com sua agressividade e destrutividade, aspectos que, ao mesmo tempo em que o excitavam, deixavam-no angustiado, quando percebia os brinquedos quebrados. Brincadeiras de conteúdos agressivos remetiam à agressividade contra o próprio corpo, podendo-se entender o sintoma (as descamações da pele) como uma defesa contra fantasias agressivas e destrutivas. É possível compreender a psoríase como uma expressão de agressividade e destrutividade contra si mesmo, bem como às figuras de afeto, a mãe, transferencialmente representada pela terapeuta. Vale ressaltar que a terapeuta sobreviveu aos ataques da criança e esteve atenta para os momentos de reparação, os quais foram importantes ao longo do processo psicoterápico, para a busca de uma integração psicossomática.

Em uma das sessões, antes de entrar na sala de atendimento, Marcelo desentendeu-se com a avó paterna. Quando entrou na sala, sem dizer nada, pegou uma folha de papel e tinta vermelha. Desenhou um vulcão em erupção que pode ser compreendido como uma necessidade de extravasar sua raiva e sua agressividade por meio do mesmo. Em outros desenhos, Marcelo mantinha esse padrão agressivo, pintando monstros com mãos pontiagudas e figuras humanas prontas para o ataque. Ressalta-se o sentido do espaço lúdico potencial para desenvolver a criatividade da criança, bem como a colocação e nomeação de aspectos internos, sentimentos e fantasias.

Nos outros jogos como, por exemplo, dominó, pega varetas e jogo do mico, Marcelo não tolerava o fracasso e modificava as regras a seu favor. Mostrava que era ‘o bom’ e que ‘ganhava todas’, confirmando sua onipotência. O jogo do mico era um dos brinquedos preferidos. Ele competia bastante e queria sempre encontrar o maior número de pares.

Mais uma peculiaridade do processo terapêutico de Marcelo era sua caixa lúdica, que era bem bagunçada. Quase sempre ele precisava sentar-se em cima dela para fechá-la e trancá-la. Simbolicamente seus conteúdos não cabiam na caixa, estavam transbordando e ele encontrou na terapeuta a figura de alguém que continha suas angústias e ansiedades, em um lugar onde ele podia expressar seus sentimentos mais agressivos e hostis.

O espaço terapêutico também foi utilizado por Marcelo para refletir sobre seus sintomas e sua doença. Em uma sessão em que lhe foi pedido para contar sobre o que tinha, disse: “Tenho uma

alergia do sistema nervoso. Quando eu fico nervoso as manchas aumentam e eu bato na minha irmã e na minha prima”. Marcelo carregava esse estigma de ‘nervosinho’ e ‘doentinho’ em sua família e na escola. Ressalta-se que a mãe o acompanhava nas consultas dermatológicas, mas se recusava a acompanhá-lo ao processo psicoterapêutico.

Pode-se inferir que Marcelo buscava um olhar de atenção que faltou de sua mãe, no que diz respeito às questões emocionais, já que sua doença de pele era visível, com evidente necessidade de cuidados. Ele pôde gradualmente aproximar-se da terapeuta e de outras pessoas do seu convívio à medida que as lesões dermatológicas começaram a cicatrizar, o que acontecia à medida que sua agressividade podia ser contida e entendida como forma de expressão de seus anseios.

O caso do Juliano

Juliano tinha seis anos de idade, quando foi encaminhado pela Psiquiatria para o serviço de psicoterapia. É neto de oriental pelo lado paterno, nasceu no norte do Paraná, em cidade onde moravam os avós maternos. De acordo com o relato da mãe, Mariana, ele foi uma criança planejada. Contudo, Rodrigo, o pai, discordou desta informação e contou que se afastou da companheira e pouco acompanhou a gravidez.

A gestação foi perpassada por intensa ansiedade da mãe, considerada por Rodrigo como sem justificativa, visto a situação estável e o apoio familiar com o qual contavam. Além disto, neste período Mariana teve também pedras nos rins. Em relação aos aspectos emocionais, a mãe disse reconhecer que era muito imatura e que havia desviado toda sua atenção para Juliano após o nascimento dele. Apenas posteriormente retomou a atenção para o marido.

Percebeu-se que havia indicação para encaminhamento da mãe para psicoterapia individual e para orientação de pais, tendo em vista aspectos relativos à sua história de vida e à ligação com o filho. Ao longo do atendimento de Juliano, Mariana foi chamada a iniciar tanto um processo de orientação de pais, focado na psicoterapia de seu filho, mas com precoce abandono, quanto à psicoterapia individual, sem chegar a comparecer na entrevista inicial e sem justificar sua ausência.

Na visão da mãe, a amamentação de Juliano aconteceu sem problemas, mas no olhar de Rodrigo esta acontecia sem horários delimitados, de forma inconstante. A fala do pai apontava para uma visão de que os espaços de mãe e criança não estavam delimitados. O aleitamento foi interrompido quando os dentes começaram a nascer e machucar a mãe. A sintomatologia da psoríase fez-se presente no mesmo momento em que o leite em pó foi inserido na alimentação de Juliano, aproximadamente aos catorze meses de idade, fato que dificultou a descoberta da doença, por se pensar tratar de alergia ao alimento. A família consultou diversos médicos até o diagnóstico correto. A patologia se manifestava de forma tão intensa que implicou na necessidade de internação de Juliano por várias semanas, dada a gravidade das lesões de pele.

Aos quatro anos de idade, Juliano começou a freqüentar a escola e seus pais prepararam professores e colegas para a sua chegada. Porém, quando teve que se mudar para outra escola, passou a ser apelidado pelos colegas de forma depreciativa na escola. Apresentava bom rendimento, mas não gostava de freqüentar a escola, algo que resultou em posterior mudança do local de estudo.

Durante o período de avaliação, Juliano recusou-se a fazer a bateria gráfica proposta, composta de desenhos de árvore, casa e pessoa e optou por realizar uma grande boca com dentes serrilhados. Em seguida, desenhou uma árvore e duas pessoas com armas, posteriormente apagadas, devido à fantasia de que sua mãe não aprovaria a representação destes objetos belicosos.

Elementos que se relacionavam a uma expressão de agressividade fizeram-se presentes na avaliação que precede o início da psicoterapia e também ao longo do atendimento psicológico. Neste sentido, travou embates entre carrinhos de sua caixa, pediu que fossem desenhadas armas, tentou transformar o inofensivo apontador em um perigoso estilete, além de agredir verbalmente sua terapeuta. No que se refere ao estabelecimento do vínculo com a terapeuta, mostrou resistências por meio da recusa em entrar na sala de atendimento, em brincar na psicoterapia lúdica e se relacionar com a terapeuta por meio da linguagem verbal ou lúdica.

Quanto às vivências externas à psicoterapia, ocorridas durante o período em que era atendido, Juliano presenciou, quando estava na casa da avó, um assalto, fato trazido nas sessões. Sofreu um abuso sexual, perpetrado por um colega do condomínio onde morava, e, segundo relato de Mariana, o pai questionou a impotência de Juliano em defender-se desta violência.

No que concerne à recusa em entrar na sala, compreendia-se esta como decorrente tanto das resistências da criança em trabalhar conteúdos internos carregados de sofrimento, quanto da mãe, responsável por levá-lo às sessões. A partir do segundo ano da psicoterapia, a mesma passou a faltar nos atendimentos agendados, verbalizando que não mais queria comparecer ao hospital por estar cansada do contato com tanta doença. O pai intercedeu de forma a não permitir a interrupção da psicoterapia do filho, por compreender que o abandono desta poderia caracterizar-se como um exemplo de não enfrentamento de situações desafiadoras que se apresentam ao longo da vida.

Percebia-se a dificuldade de Juliano em lidar com o fracasso. Em jogos competitivos, como ‘pega varetas’ e dominó, alterava as regras para poder vencer a terapeuta. Propunha que ele e ela desenhassem nas sessões, mas quando via o desenho da psicóloga, dizia que o dela havia ficado melhor que o seu e os trocava. Tinha uma grande crítica com suas produções, o que resultava no constante uso da borracha.

Observou-se, também, que a mãe costumava invadir o *setting* terapêutico, por meio de comportamentos como deixar pertences da criança na sala de atendimento, como agasalhos, desenhos, brinquedos, ou ao rondar a sala antes do horário estabelecido para início do atendimento. Além disto, a genitora permitia que o filho mexesse na porta da sala de consulta, quando a terapeuta ainda atendia o paciente do horário anterior.

Havia uma demanda de Juliano de levar consigo, ao final das sessões, materiais da caixa lúdica e com isto, compreendia-se que ele necessitava carregar objetos que representavam a ligação terapêutica. Essa solicitação era trabalhada na terapia, contudo, quando o pedido era recusado, ele mostrava grande insatisfação e raiva. Dada a compreensão de que os desenhos produzidos pela dupla paciente-terapeuta adquiriam um significado importante ao simbolizar a relação e as vivências da sessão, permitiu-se que alguns deles fossem levados para a casa pela criança.

A partir de um referencial winnicottiano, entende-se que a psicoterapia representou um espaço de *holding*, com acolhimento para a dor e compartilhamento de angústias. Era possível para Juliano demonstrar a agressividade nas sessões sem a perda da relação com a terapeuta, diferentemente dos outros contextos, como a escola, onde a manifestação da agressividade poderia acarretar, por exemplo, na perda de amizades.

Pensa-se que a relação estabelecida entre paciente e terapeuta com aproximação e rechaço, amor e ódio, também representava transferencialmente a relação entre a criança e sua mãe. A doença de pele, órgão de contato e que delimita o interno e o externo, pode despertar no outro a aproximação, por identificação com o sofrimento experienciado pela criança, e o rechaço, dado o aspecto visual da descamação da pele gerado pela psoríase.

No caso de Juliano, havia uma intensa ligação dele com a mãe, sinalizada não apenas pelo relato paterno, como também identificado pela própria Mariana, que reconheceu ter-se afastado do companheiro e de sua vida conjugal após o nascimento do filho. A relação mãe-bebê parecia não poder ser sustentada diante de manifestações de agressividade, tendo em vista a interrupção da amamentação ao nascerem os dentes de Juliano.

Houve uma culpabilização de Mariana, por parte de Rodrigo, diante do desenvolvimento da psoríase em Juliano. O pai dizia que a ansiedade da mãe durante a gestação e os casos de psoríase na família de sua esposa poderiam se configurar como os responsáveis pelo desencadeamento da doença no filho. Mariana apresentou dificuldades em se implicar com a enfermidade de Juliano, assumindo um papel de ordem emocional na melhora do quadro, demandas dos processos de orientação de pais e da própria psicoterapia individual. Aceitá-las seria aceitar sua parte da patologia do filho e considerar que esta é intensamente influenciada por questões emocionais. Seu discurso girava em torno da questão médica e apontava as melhoras do filho como decorrentes da medicação, da alimentação, do clima, mas não em decorrência de um equilíbrio psíquico.

Neste sentido, ao se reconhecer que problemas emocionais da mãe podem influenciar na doença de pele dos filhos, pensa-se que, para uma melhora efetiva dos quadros emocional e dermatológico, era necessário não apenas o atendimento psicoterápico da criança, mas também o acolhimento da família e, em especial, da mãe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura de orientação psicanalítica acerca dos aspectos emocionais relacionados às afecções psicossomáticas, às doenças de pele e à psoríase, em geral, sinaliza para a importância das relações iniciais entre criança e mãe. Na saúde, Winnicott ressalta a importância dos cuidados iniciais da mãe com seu bebê, bem como da pele no estabelecimento do vínculo entre o corpo e a psique:

Universalmente, a pele é de importância óbvia no processo de localização da psique no e dentro do corpo. O manuseio da pele no cuidado do bebê é um fator importante no estímulo a uma vida saudável dentro do corpo, da mesma forma como os modos de segurar a criança auxiliam o processo de integração (1988/1990, p.143).

Sobre o desenvolvimento das doenças de pele, Jorge et al. (2004) propõem a hipótese de que sua gênese esteja relacionada com disfunções na barreira de proteção do eu. Defendem que pessoas com dermatoses “*parecem apresentar uma falha que lhes traz a necessidade de estar em permanente regeneração; um estado de cicatrização, possivelmente das faltas impingidas num momento muito inicial do desenvolvimento*” (Jorge et al., 2004, p. 25).

No caso específico da psoríase, há uma produção acelerada de células da epiderme, que formam uma nova camada de pele. Ao se pensar no aspecto simbólico deste fato, considera-se que as lesões características da doença podem representar quer um distanciamento defensivo contra conteúdos emocionais, quer uma proteção contra possíveis invasões do meio externo. Em outras palavras, sinaliza, ao mesmo tempo, tanto um pedido de aproximação e cuidado, quanto uma necessidade de separação e distanciamento.

Dessa forma, o reforço do órgão que representa a separação não-eu e eu pode hipoteticamente estar associado a dificuldades no processo de desenvolvimento emocional que implica na separação eu x não-eu. No caso da mãe de Juliano, questões de foro pessoal fizeram com que ela fosse encaminhada para psicoterapia e para orientação de pais, atendimentos aos quais não aderiu. A mesma receava trabalhar essas questões pessoais e trazia uma demanda para se focar a terapia apenas na criança. Além disso, a mãe passou a mostrar dificuldades em aceitar a ajuda que o processo psicoterápico propiciava ao filho, com demonstrações veladas e inconscientes de ciúmes da terapeuta. Isto produzia na criança sentimentos ambivalentes em relação à terapia, ao espaço terapêutico, à psicoterapeuta com movimentos de aproximação e de distanciamento, como não querer comparecer ao ambulatório em determinados momentos.

No caso de Marcelo, a mãe negava-se a acompanhar o processo psicoterapêutico do filho, o que representava uma falta de atenção e uma dificuldade em lidar com questões emocionais e agressivas da criança.

Ao se refletir acerca dos atendimentos descritos, pode-se hipotetizar que o encaminhamento da mãe para a psicoterapia ou orientação de pais pode contribuir para o desenvolvimento da criança, visto que dificuldades na relação mãe-filho são percebidas nesses casos. Contudo, determinadas vezes esta indicação não é possível, nem é acatada pelos familiares, situação que limita os alcances do atendimento oferecido, aspecto a ser considerado pelo psicoterapeuta de crianças com esta enfermidade e com dinâmicas pai-mãe-filho similares.

Quanto ao funcionamento psíquico de indivíduos afetados por doenças psicossomáticas, Mello Filho (1995, p. 215) ressalta que “*frequentemente crianças com as mais variadas patologias somáticas sentem-se culpadas e responsáveis por suas doenças, através da atuação de poderosos sentimentos de culpa inconscientes ou mesmo por vezes conscientes*”. Pode-se compreender, então, o movimento de aproximação e de recusa do atendimento por parte da própria criança. Em determinados períodos, ela brinca e se expressa, aderindo ao tratamento. Em outros momentos de resistência, mantém-se afastada do *setting*, já que a psicoterapia propõe o contato com o sofrimento, com a própria agressividade e destrutividade, com as culpas, com aspectos habitualmente negados ou não aceitos. A literatura acerca das doenças de pele e a experiência clínica descrita neste artigo apontam para o processo de separação mãe e filho e para

dificuldades vivenciadas por crianças com este tipo de patologia. Pode-se entender as enfermidades cutâneas como uma maneira agressiva de afastar emocionalmente os cuidadores, ao mesmo tempo em que funciona como pedido de aproximação e cuidado para as lesões físicas. A agressividade se fazia presente de forma simbólica em desenhos e brincadeiras e, por vezes, concreta, com ações que poderiam resultar em machucados nas sessões. No caso de Juliano, percebia-se um movimento ora de esconder, de sua mãe, esta agressividade, quando apagava a arma desenhada, ora de mostrá-la, quando levava desenhos deste objeto para a genitora, algo que apontava para uma problemática na relação materna.

Em ambos os casos, observaram-se dificuldades no diagnóstico médico das doenças de pele. O mesmo demorou a ser feito, as crianças receberam diversos diagnósticos anteriores ao da psoríase. Isto chama atenção, já que se trata de um padrão descamativo facilmente reconhecido pelo médico, que pode ser confirmado por uma biópsia. Apesar da espera por um diagnóstico correto, observou-se que o aparecimento da doença foi precoce, com menos de um ano de idade, nas duas crianças, tendo em vista que a psoríase ocorre, mais freqüentemente, em picos antes dos 30 anos e após os 50 anos, sendo que em 15% dos pacientes a doença surge antes dos 10 anos de idade. Outro ponto comum nos dois casos descritos foi o movimento dos pais se culparem pela doença de pele dos filhos, com clara associação desta patologia a elementos de ordem emocional. Em Marcelo, a própria mãe sentia-se responsável pela patologia, quando lembrou o momento conturbado de sua gravidez, incluindo a separação do pai. No caso de Juliano, foi o genitor que responsabilizou a mãe pela enfermidade do menino, ao ressaltar o 'nervosismo' da esposa, bem como ao sugerir uma possível causa hereditária, já que havia antecedentes de psoríase na família materna.

A recusa de outras crianças em se relacionarem com os pacientes configurou-se como um item em comum nos atendimentos relatados. Este fato precisa ser considerado na psicoterapia e nas orientações de pais, pois marca um obstáculo na socialização e na auto-imagem já diminuída em crianças com doenças de pele.

Por fim, apesar das dificuldades que permeiam o atendimento de pacientes com psoríase, considera-se que a psicoterapia dessas crianças foi essencial para permitir que as mesmas pudessem compreender e lidar melhor com angústias e sofrimentos associados aos problemas de pele. No processo terapêutico, deve-se assinalar a postura de acolhimento da terapeuta, propiciando que as crianças pudessem trazer brincadeiras e jogos com conteúdos agressivos e destrutivos, sobrevivendo aos ataques dirigidos contra o vínculo estabelecido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anzieu, D. (1989). *O eu-pele*. (Z.Y. Rizkallah & R. Mahfuz, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Arruda, L.H.F.; Campbell, G.A.M. & Takahashi, M.D.F. (2001). Psoríase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 76 (2), 141-167.
- Azambuja, R. (2000). Dermatologia integrativa: A pele em novo contexto. *Revista Brasileira de Dermatologia*, 75 (4), 393-420.
-

- Bitelman, B. (2003). Pele. In: R. M. Volich, F. C. Ferraz & W. Raña (Orgs.), *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. (pp. 353-357). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, E.M.P. & Rodrigues, A.L. (2005). Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 13 (2), 290-308.
- Engel, G. (1967). The concept of psychosomatic disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 3-9.
- Ferreira, V.R.T., Müller, M.C. & Jorge, H.Z. (2006). Dinâmica das relações em famílias com um membro portador de dermatite atópica: Um estudo qualitativo. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 11 (3), 617-625.
- Gressler, G. & Miranda, M. E. (2001). A questão psicossomática: Uma visão winnicottiana. In: J. Outeiral, S. Hisada, R. Gabriades (Orgs.), *Winnicott: Seminários Paulistas*. (pp. 317-323). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hoffmann, F.S.; Zogbi, H.; Fleck, P. & Muller, M.C. (2005). A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psicologia Teoria e Prática*, 7 (1), 51-60.
- Ishida, C.E., Trope, B.M. & Kahtalian, A. (1985). Aspectos psicossomáticos da psoríase: Relato de um caso de regressão narcísica em um paciente portador de psoríase eritrodérmica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 60 (5), 311-314.
- Jorge, H.Z.; Müller, M.C.; Ferreira, V.R.T. & Cassal, C. (2004). Pacientes portadores de dermatoses: Relações iniciais e auto-agressividade. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 5 (2), 22-25.
- Machado Júnior, P.P. (2007). O baú dos sonhos adormecidos: A dimensão simbólica da rinite alérgica. *Boletim de Psicologia*, 57 (126), 89-106.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo: O psicossoma em psicanálise*. (P. H. B. Rondon, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1989).
- Mello Filho, J. (1995). Da pediatria à medicina psicossomática. In: J. de Mello Filho, *O ser e o viver: Uma visão da obra de Winnicott*. (pp.208-232). Porto Alegre: ArtMed.
- Montagu, A. (1988). *Tocar: O significado humano da pele*. (M. S. Mourão Netto, trad.). São Paulo: Summus.
- Pedrozo, T.B.L. (1995). Winnicott: Uma teoria psicossomática. In: J. Mello Filho & A. L. M. L. Silva (Orgs.), *Winnicott – 24 anos depois*. (pp. 89-96). Rio de Janeiro: Revinter.
- Silva, J.D.T. & Müller, M.C. (2007). Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 24 (2), 247-256.
- Silva, K.S. & Silva, E.A.T. (2007). Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 24 (2), 257-266.
- Souza, A.P.F.S.; Carvalho, F.T.; Rocha, K.B.; Lages, M.N.; Calvetti, P.U. & Castoldi, L. (2005). Associação de eventos estressores ao surgimento ou agravamento de vitiligo e psoríase. *Psico*, 36 (2), 167-174.
-

- Turato, E.R. (2000). Introdução à metodologia clínico-qualitativa: Definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (1), 93-108.
- Turato, E.R. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Volich, R.M. (2000). *Psicossomática: De Hipócrates à psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D.W. (1983). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (I. C. S. Ortiz, trad.; pp. 55-61). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1962).
- Winnicott, D.W. (1990). *Natureza humana*. (D. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1988).
- Winnicott, D.W. (1994a). Nota adicional sobre transtorno psicossomático. In: C. Winnicott, R. Shepherd, e M. Davis, (Orgs.), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (pp. 91-93; J. O. A. Abreu, trad.). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1969).
- Winnicott, D.W. (1994b). Transtorno [disorder] psicossomático. In: C. Winnicott, R. Shepherd, e M. Davis, (Orgs.), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (pp. 82-90; J. O. A. Abreu, trad.). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1964).
- Winnicott, D.W. (2000a). A mente e sua relação com o psicossoma. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. (D. Bogomoletz, trad.; pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1949).
- Winnicott, D.W. (2000b). Desenvolvimento emocional primitivo. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. (D. Bogomoletz, trad.; pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1945).

Recebido em 26/11/08
Revisto em 26/06/09
Aceito em 30/06/2009