

• **Simbiose e psoríase: um estudo psicanalítico**  
***Symbiosis and Psoriasis: a psychoanalytical study***

Guilherme Magnoler Guedes de Azevedo<sup>1</sup>

*Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Bauru*

Carmen Maria Bueno Neme<sup>2</sup>

*Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Bauru*

**Resumo:** O presente trabalho discute o caso clínico de uma criança com psoríase assistida em uma clínica-escola de Psicologia de uma universidade pública. É utilizado o referencial psicanalítico baseado nas descobertas de Melanie Klein sobre desenvolvimento mental primitivo e de José Bleger acerca do conceito de simbiose. O objetivo do trabalho consiste em buscar a compreensão psicodinâmica da doença, com atenção às relações vinculares mãe-criança. É constatado que ambas viviam em mútua dependência e a doença é explicada como fator dessa relação vincular. Analisam-se os conteúdos inconscientes de cada participante do estudo através de sessões terapêuticas. Os resultados alcançados são positivos, sendo obtida a remissão atual dos sintomas da psoríase e uma diminuição dos níveis de ansiedade entre mãe-filha. Por tratar-se dessa manifestação vincular, ambas são atendidas pelo mesmo terapeuta, embora separadamente. Conclui-se que no manejo de patologias relacionadas a problemas vinculares criança-mãe e vice-versa é importante observar a possibilidade de o atendimento terapêutico abranger ambas as partes envolvidas, pelo menos inicialmente.

**Palavras-chaves:** Simbiose, Relações Familiares, Psicanálise, Psoríase.

**Abstract:** *The present work discusses a clinical study accomplished in a Clinic of a University. The study consists of a case of psoriasis, based on the psychoanalytic theory of the primitive mental process, by Melanie Klein and the theory of the symbiotic state, by Joseph Bleger. The aim of the study is to achieve psychodynamic understanding of the illness, giving attention to the bonds relations. It is perceived that mother and child have a relationship of mutual dependency. The emerging of the illness is related to this relation. Gradual disruption of the pathological relation between mother and daughter was attempted, in order to allow them to deal with unconscious material. The results were considered satisfactory. The symptoms of psoriasis disappeared at present and the level of anxiety of both participants decrease. Since it is a disturbance of the mother-child bond, both patients were seen by the same therapist, although separately. It was concluded that treatment of diseases that are originated by problems of the mother-child bond, should consider this bond situation, and accomplish both parts involved in the relationship.*

**Keywords:** *Symbiosis, Family Relations, Psychoanalysis, Psoriasis.*

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia do Desenv. e Aprendizagem pela UNESP. Contato: Rua Dr. Antonio Xavier de Mendonça 6-51 V.Santa Tereza - Bauru, SP. CEP 17.012-058. Tels: (14) 3223-4483 / 3227-5042 / 9772-3707. E-mail: guilhermema@uol.com.br

<sup>2</sup> Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Docente Depto de Psicologia e Pós-Graduação em Psicologia do Desenv. e Aprendizagem da UNESP; Pós-Doutorado pelo LEPS-PUC-Campinas. Contato: Rua Vivaldo Guimarães nº 2-34 B.Estoril - Bauru, SP. CEP 17016-070. E-mail: emneme@gmail.com

## 1. Introdução

A psoríase é uma doença dermatológica atribuída tanto a fatores hereditários quanto ambientais e afeta de um a três por cento da população. Sua causa é desconhecida, embora muitos estudos indiquem que fatores genéticos e ambientais estejam envolvidos. Fenômenos emocionais são frequentemente associados ao aparecimento desta doença. A psoríase está incluída no grupo das erupções papuloescamosas, caracterizadas pela presença de pápulas e escamas superficiais. Essas erupções são responsáveis por grande número de casos e evoluem em episódios separados, com períodos de latência inconstantes, ao acaso e com momentos de remissão total (Cohen, 2000).

Até hoje não foi descoberto um tratamento medicamentoso que cure de forma definitiva a psoríase. De maneira geral, vários tratamentos tópicos, geralmente à base de corticóides, podem ser eficientes, principalmente quando utilizados pela primeira vez, mas com o tempo o organismo tende a ficar resistente a eles (Cohen, 2000).

Assim como em diferentes outros tipos de dermatoses, na psoríase postula-se o envolvimento significativo de fatores emocionais na gênese e desenvolvimento da doença, o que tem sido estudado especialmente na abordagem psicossomática. Segundo Eksterman (1992, p.77-78), a *Medicina Psicossomática é um estudo das relações mente-corpo com ênfase na explicação psicológica dos sintomas corporais*.

A psicossomática psicanalítica apresenta algumas convergências e divergências entre seus principais estudiosos com relação a conceitos e formas de explicar o fenômeno psicossomático, porém há unanimidade entre os diferentes teóricos quanto à ocorrência de dificuldades na relação mãe-bebê, que geraria uma incapacidade de simbolização e a tendência à somatização (Mello Filho, 1992). Na perspectiva psicanalítica, os processos psicossomáticos são compreendidos, de modo geral, como a manifestação, no corpo, de conteúdos emocionais não sintetizados mentalmente (Fadden, 2000).

Pierre Marty e Joyce Mc Dougall (*apud* Peres & Santos, 2006) são considerados os mais importantes representantes atuais da psicossomática psicanalítica e, seus principais conceitos, embora apresentem diferenças, são concordantes quanto à gênese da tendência somatizante e quanto à dificuldade, observada em pacientes com desordens psicossomáticas, de simbolização de seus conflitos, impedindo que sejam resolvidos pela via mental. Assim, a incapacidade de elaborar conteúdos psíquicos dar-se-ia pela insuficiência na habilidade de simbolização do indivíduo, gerando necessidade de apoio do corpo para dar conta da demanda energética, principalmente se essa tem efeito traumático.

Embora os fenômenos psicossomáticos não tenham sido objeto das preocupações de Freud, bem como dos primeiros psicanalistas, a psicanálise

foi fundamental para a compreensão desses fenômenos. As contribuições posteriores de Melanie Klein permitiram o entendimento de estruturas e processos psíquicos arcaicos, implicados no desenvolvimento de doenças mentais como as psicoses e, por consequência, permitiram, também, compreender as somatizações, consideradas, na abordagem psicanalítica, como uma espécie de psicose do corpo (Peres & Santos, 2006).

Para Klein (1921/1996), as bases para um bom desenvolvimento do ego, que envolve a capacidade de simbolização, encontram-se nos primeiros meses de vida. Para a autora, no início da vida o ego da criança está ameaçado por ansiedades de origem muito primitivas, que o obrigam a lançar mão de defesas também primitivas, como, por exemplo, a negação da realidade e a cisão do objeto/mãe/seio em um objeto bom idealizado e um objeto mau persecutório. Nesse momento mãe e bebê encontram-se fundidos em uma relação simbiótica e operam em grande intensidade os mecanismos de projeção e introjeção. Na relação com a mãe, a criança projeta para fora de si o objeto mau, e introjeta o objeto bom. Se os aspectos agressivos projetados são muito intensos, a criança tende a reintrojetá-los no lugar dos objetos bons. Contudo, por serem processos que ocorrem em um ego incipiente e que trata o mundo externo como uma parte de si, as próprias partes do ego é que são projetadas e introjetadas. Essa observação levou Melanie Klein a ampliar o significado dos termos *extrojeção* e *introjeção*, chamando-os então de *identificação projetiva* e *identificação introjetiva*. A introjeção maciça do objeto mau dificulta o desenvolvimento do ego, ao passo que a introjeção dos aspectos bons facilita seu desenvolvimento. Dessa forma, a natureza dos processos de identificação projetiva e introjetiva definem a estruturação inicial do ego.

Klein (1921/1996) considera a importância de que o recém-nascido tenha experiências agradáveis e que seja atendido em suas principais necessidades, para poder introjetar o objeto bom e, conseqüentemente, criar uma experiência positiva do mundo, o que favorece o desenvolvimento saudável do ego e da capacidade de síntese psíquica.

Klein (1921/1975) explica que, por volta dos quatro a seis meses de vida, o bebê passa a perceber a mãe como um objeto único. Ou seja, percebe que a mesma mãe que provê leite e amor é aquela que se ausenta, frustra e provoca sentimentos negativos. Esse desenvolvimento perceptual permite maior integração do ego.

Para Bleger (1977), apesar do ego se desenvolver, continua a existir uma parte da mente primitiva que se encontra cindida da realidade, contendo todos os sentimentos do recém-nascido que não foram ainda discriminados ou que foram reprimidos ao longo de seu desenvolvimento. São sentimentos condensados em um bloco único, de forma que dão origem a um todo aglutinado e indiferenciado, o qual Bleger chamou de *objeto aglutinado*. É esse *objeto*

*aglutinado* que se projeta no outro quando do desenvolvimento de uma relação simbiótica.

Um relacionamento simbiótico implica na fusão de dois egos, na qual nenhum dos dois consegue diferenciar exatamente se as emoções e sentimentos pertencem a um ou ao outro. Pode-se considerar uma relação simbiótica quando ocorre identificação projetiva cruzada, em que, cada um dos indivíduos deposita no outro, e deste recebe, ao mesmo tempo, os conteúdos psíquicos inconscientes. A simbiose é, assim, um tipo de interdependência no mundo externo. Por meio da relação simbiótica, dois indivíduos depositam um no outro as emoções intensas que, por falta de condições do aparelho psíquico, não puderam ser sintetizadas, elaboradas, e passaram a gerar ansiedade insuportável. Assim, a relação de mútua dependência gera a sensação temporária de contenção e alívio psíquico, mas, sendo um equilíbrio patológico, esse alívio é alcançado à custa de parte da saúde mental da pessoa e leva a dificuldades no desenvolvimento saudável (Bleger, 1977).

A brusca ruptura de uma relação simbiótica é um momento bastante delicado do ponto de vista emocional e pode levar ao desenvolvimento de diversos sintomas, conforme indicado por Bleger (1977): *a) apresentação de acessos fóbicos, desmaios, etc; b) fragmentação de objetos e vínculos e controle dos mesmos no espaço; c) a atuação do corpo como buffer frente à reintrojeção maciça; d) aparecimento do fenômeno do duplo.* (p. 44). A auto-agressão, o medo de se olhar no espelho e a sensação de se dissipar são sintomas também citados por Bleger (1977), bem como é apontada a necessidade de que o retorno do reprimido seja lento e gradual.

Dessa forma, em sua teoria do vínculo, Bleger contribui de maneira significativa, para a compreensão de manifestações corporais, possivelmente associadas a processos psíquicos arcaicos. Seus postulados, bem como os de Freud e Melanie Klein, subsidiaram as interpretações e a compreensão do presente estudo de caso.

## **2. Objetivos**

Compreender a psicodinâmica de manifestação psicossomática num estudo de caso clínico de criança com psoríase e das relações mãe-criança, num processo psicoterapêutico na abordagem psicanalítica.

## **3. Método**

Foi realizado um estudo de caso clínico, com base no referencial psicanalítico de Melanie Klein e de José Bleger, caracterizado como qualitativo e documental, cujos dados foram extraídos de relatórios escritos de sessões, registrados nos prontuários das pacientes. Os estudos de casos clínicos foram e continuam sendo as principais fontes de dados da Psicanálise, que se

constituiu, ao mesmo tempo, como um método de pesquisa e de tratamento das perturbações psíquicas.

Amparado em suas observações clínicas, Freud (1893/1996) fundamentou a ideia de conflitos inconscientes e observou que algumas perturbações mentais de gênese indefinida, como a histeria, originavam-se do conflito entre a dimensão consciente e a dimensão inconsciente da psique. Assim, a finalidade maior da Psicanálise é tornar consciente aquilo que está inconsciente, buscando nas experiências passadas o significado para os conflitos presentes, que se encontram inconscientes. Desta forma, trabalha no sentido de desenvolver e fortalecer o ego (que possui uma parte consciente e uma inconsciente), proporcionando mudanças nas relações de objeto interno e externo e possibilitando a eliminação de sintomas. Melanie Klein que, a partir de suas pesquisas, contribuiu para ampliar consideravelmente o campo de atuação da psicanálise, estendendo-a para o atendimento de crianças e psicóticos, manteve, contudo, os aspectos básicos da técnica criada por Freud, como, por exemplo, a busca pela compreensão dos conteúdos inconscientes. O mesmo se deu com os seguidores de Klein (Cordioli, 1998).

Por seu turno, a pesquisa qualitativa parte do pressuposto de que as atitudes das pessoas são regidas por suas crenças, percepções, sentimentos e valores, e que o comportamento tem sempre um sentido, um significado que não é revelado pelas aparências e que precisa, assim, ser identificado e interpretado pelo pesquisador (Cozby, 2003).

De acordo com Ludqué & André (1986), o estudo de caso configura-se como um conjunto de informações sobre o paciente, que podem ser obtidas de diferentes fontes, buscando retratar sua realidade, a mais profunda e complexamente possível. Para isto, ultrapassa a simples observação de dados, englobando informes obtidos de prontuários, entrevistas, sessões psicoterápicas, relatos e informações de familiares e de equipes profissionais, conforme as peculiaridades de cada caso, podendo, desta forma, basear-se em dados documentados. Os relatos cursivos de sessões psicoterápicas são documentos úteis à pesquisa, visto que fornecem dados observacionais e interpretativos daquilo que ocorre num processo terapêutico, permitindo a análise e a organização deles à luz de referencial teórico que orienta a análise e a interpretação (D'allones, 1989).

#### Local

Clínica-escola de Psicologia de uma universidade pública do interior do Estado de São Paulo.

#### Participantes

Criança/filha: seis anos; Mãe: quarenta anos.

A paciente-filha será chamada simplesmente de filha e a paciente-mãe, de mãe.

#### Procedimento

Mãe e filha foram inscritas para atendimento psicológico na referida clínica-escola que, após análise do caso, realizada em supervisão, decidiu-se pelo atendimento psicoterápico da filha. Depois de oito sessões de atendimento com a filha, decidiu-se que a mãe também seria atendida concomitantemente, tendo em vista a hipótese psicodinâmica levantada, acerca da patologia do vínculo mãe-criança e vice-versa. Foram realizadas 20 sessões de atendimento individual (uma vez por semana) com a mãe e 25 sessões individuais com a filha, ambas atendidas pelo mesmo terapeuta em dias diferentes, pelo período de seis meses.

A técnica utilizada no atendimento da mãe foi a psicoterapia de orientação psicanalítica, por meio de interpretação dos conteúdos trazidos na associação livre, análise dos sonhos e comportamentos da paciente na relação terapêutica transferencial. Com a criança, também foi utilizada psicoterapia psicanalítica, amparada na Técnica do Brincar, desenvolvida por Melanie Klein (1975). Essa abordagem é semelhante àquela de Freud, porém adaptada para crianças. O brincar substitui a fala do adulto, de modo que a criança fala por meio de suas brincadeiras, projetando em suas atividades lúdicas seu mundo interno. Foram utilizados jogos simbólicos, tais como de casinha, de montar, desenho, entre outros; além de jogos e brincadeiras adequados à faixa etária e desenvolvimento cognitivo da criança.

Todas as sessões psicoterápicas realizadas com a mãe e com a criança foram rigorosamente anotadas em forma de relatórios de sessão e organizadas em pastas/prontuários das pacientes na instituição. Posteriormente, ao término da redação do artigo para publicação, tendo sido tomados cuidados referentes a não identificação das participantes, o material foi submetido à apreciação da participante (mãe), que o leu e o aprovou, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados do estudo de caso foram obtidos das sessões realizadas e registradas.

#### **4. Resultados**

##### Histórico Clínico

As pacientes pertenciam a uma família composta de pai (45 anos), mãe (40 anos), filha (6 anos: participante do estudo) e mais dois filhos (de 7 e de 9 anos). De acordo com os relatos e observações clínicas, o casal parecia viver em harmonia com os filhos e manter boa relação conjugal.

Chegaram para o atendimento, mãe, pai e filha. Foi realizada uma entrevista de anamnese com a mãe no primeiro dia e a filha foi atendida na semana seguinte.

Na entrevista, a mãe demonstrou estar bastante ansiosa, alegando que a origem de sua ansiedade se encontrava na doença da filha, que estava com psoríase. Relatou que não estava conseguindo aceitar a doença, sofrendo muito com a situação. A criança havia passado por consulta dermatológica e estava em tratamento à base de corticóides. A médica havia sugerido que a doença também podia ter “fundo emocional”, o que motivou a busca pela psicoterapia.

Na primeira entrevista, a mãe relatou que a gravidez da filha foi conturbada e que se sentiu muito sozinha, sem assistência direta e proximidade do marido (que viajava muito a trabalho nesta época), diferentemente do que havia ocorrido nas gestações dos dois filhos mais velhos. Logo após o nascimento da filha, a mãe teve uma leve depressão pós-parto, seguida de tristeza, sentimento de solidão. Além disso, a criança chorava bastante, “não parava quieta um segundo”, diz a mãe. Fragilizada, a mãe desenvolveu sentimentos ambivalentes em relação à filha, acompanhados de sentimentos de culpa. Durante toda a primeira infância, a criança e a mãe foram bastante apegadas uma à outra. A criança teve enurese noturna até os cinco anos e tinha dificuldade em aceitar limites, situação acentuada pela dificuldade da mãe em impor-lhe normas.

A avó, por parte de mãe, morreu quando a criança tinha acabado de fazer cinco anos. Essa morte abalou a mãe, trazendo à tona sentimentos reprimidos que se somaram à tristeza e ao processo de luto. Mãe e filha já viviam uma relação de dependência afetiva e essa se intensificou na fase de luto, quando aquela se apegou ainda mais à filha e vice versa. A relação mãe-filha ficou sobrecarregada, segundo a mãe, seguindo-se o aparecimento da doença dermatológica na criança. Mãe e filha, então, passaram a viver intensa relação em torno da dermatose, e a mãe procurou a psicoterapia por insistência do pai/marido.

A filha chegou para o atendimento na semana seguinte à entrevista com a mãe, mostrando-se muito confusa. Entrou sozinha na sala de ludoterapia, aparentemente por não entender completamente a situação e não por estar tranquila. Uma vez na sala, o terapeuta sugeriu que ela escolhesse um brinquedo. A criança ficou de costas para o terapeuta por vários minutos, sem conseguir decidir-se por algum brinquedo. Foi perguntado, então, se queria fazer um desenho. A criança aceitou e chegou a sentar-se com o lápis e papel, mas não desenhou. Também não respondeu às perguntas do terapeuta. O terapeuta disse que sentia que ela estava insegura, que percebia também que ela estava bastante confusa na situação. Nesse instante a criança começou a chorar. O terapeuta perguntou se queria dizer algo, mas ela balançou a cabeça em sinal de “não”. A criança foi ficando mais ansiosa e o choro foi aumentando: “... chorava de soluçar, um choro copioso, emocionado, que mais parecia um grito de socorro. O terapeuta aproximou-se dela e a acolheu. A criança ficou assim, chorando, por quase quarenta minutos, sem parar um único instante”. Terminados os cinquenta minutos da sessão, o terapeuta avisou a criança e, assim que ela parou de

chorar, disse que gostaria de ajudá-la, que estaria ali para isso e perguntou se ela aceitaria voltar outro dia. A criança disse que sim e a entrevista foi encerrada.

Depois desse primeiro contato, a criança voltou para a segunda consulta na semana seguinte, no dia e horário marcados. O terapeuta encontrou mãe e filha na sala de espera. A filha estava agarrada à mãe e parecia assustada. Não aceitou entrar na sala de ludoterapia sem a mãe e ambas entraram para o atendimento. O terapeuta colocou a mãe para sentar-se no canto da sala, tentando estabelecer um enquadre com a criança. A mãe não conseguiu ficar “fora” da consulta e interferiu ininterruptamente, ora fazendo sugestões para a criança, ora contando coisas sobre a filha, o que pode ser constatado pelos apontamentos feitos pelo terapeuta sobre esta segunda sessão de atendimento: *O mais difícil é controlar a ansiedade da mãe, que, uma vez que está na sala, fica interferindo, sugerindo que a criança tem que brincar como brinca em casa e se mostrando inconformada de ela estar tão quieta. Sendo assim, fica pressionando a filha dizendo: “Vamos filha, brinque”, “fale alguma coisa”, “ai meu Deus, em casa ela fala tanto...”*

Nos dois atendimentos seguintes, o mesmo padrão se repetiu, com a mãe interferindo e a criança pouco interagindo com o terapeuta. No quinto atendimento, ao ver o terapeuta na sala de espera, a criança levantou-se antes da mãe, numa atitude que demonstrava sua intenção de entrar na sala de atendimento com o terapeuta, deixando a mãe fora da consulta. Contudo, a mãe levantou-se imediatamente e caminhou ao lado da filha, de forma que ambas entraram na sala de atendimento. Ao perceber que a criança parecia mais solta, o terapeuta, no meio da consulta, pediu para a mãe sair e retornar no final. Nesse espaço de tempo a criança ficou bem, mostrando-se mais confiante e independente.

Na sexta e na sétima sessões, a paciente se soltou ainda mais e, na oitava sessão entrou sozinha e descontraída na sala de atendimento, sem necessidade de qualquer interferência da mãe ou do terapeuta. A partir da sexta sessão, a criança já apresentava melhoras visíveis nos sintomas de psoríase. Observou-se que a melhora da pele da filha e o fato de ela entrar sozinha na sessão foram acompanhados de profunda ansiedade na mãe, como consta nos relatos do terapeuta sobre a oitava sessão: *... a preocupação agora recai sobre a mãe, que ficou ainda mais ansiosa. Percebe-se que o fato de a paciente estar melhorando está mobilizando profundamente a mãe, que parece não ter condições de conviver bem com esta nova situação.* Em outro trecho do relatório do terapeuta: *... a mãe, que julgava necessitar tanto da cura da filha para se acalmar, apresenta-se agora muito mais aflita do que antes; quase desesperada.*

No dia do oitavo atendimento com a criança, a mãe procurou falar a sós com o terapeuta e relatou que estava “deixando a filha louca”. Disse que não deixava a filha fazer nada; que, a qualquer movimento da filha que pudesse indicar



uma coceira, ou ainda, apenas um toque um pouco mais demorado em alguma região do corpo (como por exemplo, arrumar o cabelo), fazia com que ela parasse o que estivesse fazendo e partisse, com urgência, na direção da criança, para procurar manchas ou indícios de que os sintomas de psoríase estivessem voltando. De acordo com a mãe: *Esta sua preocupação chegou a tal ponto que a criança não conseguia brincar, assistir TV ou fazer qualquer coisa. Segundo ela, a ideia de que a filha pudesse desenvolver novamente a doença lhe era tão insuportável, dizendo que ...não conseguia deixar a filha em paz, tendo que procurar, a todo momento, possíveis manchas em sua pele.*

Nesse momento do tratamento, os sintomas mais importantes não eram mais os da filha, mas os da mãe, que não conseguia se desligar da filha, impedindo-a de brincar ou de ficar tranquila. Confirmava-se que, aparentemente, o desaparecimento dos sintomas de psoríase na filha incrementava significativamente os níveis de ansiedade – tornados quase insuportáveis – na mãe.

O terapeuta propôs, então, realizar um atendimento concomitante da mãe, em dias e horários diferentes dos da filha. Em sua primeira sessão (na época da oitava sessão da criança) a mãe relatou novamente que havia passado por sérias dificuldades na relação com sua filha, principalmente no primeiro ano de vida, quando teve uma depressão pós-parto. Relatou também um longo histórico de perdas e lutos pessoais mal elaborados. Perdeu um irmão e o pai quando ainda era criança, sendo o luto mais recente, provocado pela perda de sua mãe (um ano antes do início do tratamento e um pouco antes da eclosão da doença dermatológica na filha). Sofria muito ainda por essas perdas, parecendo não ter superado ou elaborado os lutos adequadamente. Aparentemente, a mãe possuía intensos conflitos reprimidos e controlados por meio de fortes defesas. Suas angústias pareciam ser sustentadas por vínculos de dependência, sendo o mais intenso com sua mãe, a avó da criança. A relação de dependência com a filha intensificou-se muito após a perda de sua mãe, sendo uma das formas de conter seus fortes conteúdos emocionais.

No seu terceiro atendimento, a mãe contou que *estava escravizando sua filha com sua preocupação paranóica* sobre as manchas na pele que, apesar de não existirem, ela vivia em pânico, temendo que estivessem voltando. Questionada novamente sobre as causas desta grande ansiedade, a mãe respondeu que se devia ao medo de sua filha ficar doente. O terapeuta assinalou que estava acontecendo o contrário, ou seja, que conforme a filha melhorava, ela piorava. A mãe mudou de expressão e passou a relatar lembranças de sua infância. Nesse momento, começou a perceber que seus próprios conflitos estavam relacionados à sua ansiedade.

Após um mês e meio de atendimento, a ansiedade da mãe começou a melhorar e ela passou a suportar um pouco melhor o novo vínculo que começava

a se estabelecer entre ela e sua filha, com maior independência da criança. O fato de ter um apoio no terapeuta parece ter dado à mãe a esperança de que podia suportar suas angústias. No seu sétimo atendimento, a mãe relatou que estava procurando menos as manchas na pele da filha e contou que agora queria tirar carteira de motorista, indicando sua esperança de poder dirigir sua própria vida, no lugar de controlar a da filha. Os principais aspectos trabalhados com a mãe referiram-se a seus vínculos de dependência (com a mãe, com o marido e com a filha) e seus lutos não elaborados (mortes da mãe, do pai e do irmão). Ao se dar conta de seus próprios problemas, ela começou, gradualmente, a se mostrar menos tensa e mais independente, desenvolvendo relações mais flexíveis e menos angustiadas com sua filha.

Da mesma forma, a criança, durante o tratamento, se fortaleceu e começou a se “desprender” de sua mãe. Com a criança, as interpretações ficaram centradas no conflito com a mãe, na sobrecarga emocional que se configurou após a morte da avó (sua mãe chegava a chorar em seu colo) e na dificuldade que tinha em ficar longe da mãe. As fantasias de abandonar a mãe, de ser uma filha má caso tivesse vontade de fazer coisas sem a presença da mãe foram surgindo e sendo interpretadas. Por exemplo, na oitava consulta, a criança faz o seguinte desenho, em várias cores (azul, verde, amarelo, vermelho e preto):



O terapeuta interpretou para a criança da seguinte forma: as cobrinhas, que a paciente disse serem pessoas, seriam representações dela e de sua mãe, coladas uma à outra, e o sol seria o terapeuta que, com o seu “calor” tentaria ajudá-las a viverem suas vidas de tal maneira que suas individualidades pudessem aparecer, assim como que seus vínculos pudessem atenuar-se.

Quatro meses depois, a criança traz para a consulta seu irmão e insiste de maneira exaustiva para que esse participasse do atendimento junto dela. O terapeuta permitiu. Durante a consulta, a criança pareceu estar eufórica e muito alegre, dando a impressão de sentir-se muito bem em poder dividir um espaço seu com alguém.

Na sessão seguinte, a criança entrou sozinha e fez o desenho apresentado abaixo:



Mais uma vez a criança disse que as cobrinhas eram pessoas. A interpretação, levando-se em conta a interpretação feita do primeiro desenho, foi a seguinte: a criança tinha esperança de não precisar para sempre do terapeuta e começava a diversificar os seus vínculos.

Constata-se que todo o processo psicoterápico da mãe e da criança aqui relatado focalizou-se na separação gradual da relação simbiótica e na consequente elaboração dos conteúdos reintrojados pelas pacientes, para obter um novo equilíbrio, o mais saudável possível. No final da etapa do trabalho psicoterapêutico descrito, mãe e filha encontravam-se melhor adaptadas. As manifestações de psoríase da criança estavam em remissão e a ansiedade da mãe encontrava-se sob controle. A relação mãe-criança melhorou, sugerindo a possibilidade de uma transformação positiva e saudável na ligação entre ambas. Ao final dessa etapa de tratamento, ao término do ano letivo, mãe e filha foram orientadas a continuar a psicoterapia no ano seguinte.

Entrevistas de seguimento realizadas pelo terapeuta dois meses após o encerramento desta etapa do tratamento e antes do início do novo processo psicoterápico na clínica-escola mostraram que os ganhos obtidos pelas pacientes estavam sendo mantidos e a mãe havia decidido pela continuidade do atendimento no ano seguinte.

## **5. Discussão**

Do ponto de vista psicanalítico, foi possível compreender que mãe e filha haviam desenvolvido uma relação simbiótica, que proporcionava um equilíbrio patológico, alcançado à custa de grande alienação, dificuldades no dia-a-dia e na relação de dependência desenvolvida. A relação simbiótica teve origem, provavelmente, na necessidade de reparação mútua, devido aos sentimentos ambivalentes da mãe em relação à filha quando esta nasceu (a filha chorava muito e a mãe não teve a atenção que esperava do marido) e à culpa decorrente

de tais sentimentos; e à necessidade de resgate do *objeto/mãe* bom, por parte da filha (também com culpa, por ataque e agressividade dirigida à mãe que não estava em condições de atendê-la em suas necessidades).

A mãe apresentava um histórico de muitos conflitos não elaborados e apoiava-se bastante em sua própria mãe, como forma de conter suas angústias. Com a perda deste apoio, seus conflitos reprimidos parecem ter emergido à consciência, sobrecarregando-a e levando à projeção de tais conflitos em sua filha. De acordo com Bleger (1977), o montante de conflitos não identificados e não elaborados podem formar uma parte da mente à qual o autor denomina de “objeto aglutinado”. Alguns dos sentimentos conflituosos se revelaram na psicoterapia: medo de morrer, pois perdeu o pai e um irmão quando era criança; raiva reprimida em relação ao pai por tê-la rejeitado e por ter morrido tão cedo; raiva reprimida pelo marido, por estar ausente na gravidez; culpa por sentir-se responsável pela morte do irmão, dentre outros conteúdos de equivalente significado emocional.

No decorrer do processo terapêutico, a constatação de que, conforme a criança elaborava os conteúdos reintrojados e suas erupções cutâneas melhoravam, concomitantemente ocorria um aumento sensível de ansiedade da mãe, foi interpretada como um movimento de reintrojeção abrupta do material que havia sido projetado na filha. Sugeriu, ainda, que os conteúdos inconscientes e a ansiedade somatizados pela filha contivessem em si, partes desse material, ou seja, que consistissem de conteúdos pertencentes à mãe.

A relação simbiótica, que de início, antes da morte da avó materna, funcionava como alívio de ansiedade para mãe e filha, parece ter começado a gerar tensão extrema na criança, o que deu origem a um movimento de ruptura da simbiose, modificando o equilíbrio patológico existente. A psoríase eclodiu nessa fase de tensão iniciada com a morte da avó materna da criança. De acordo com Chiozza (1997), a psoríase, assim como outros fenômenos psicossomáticos, tende a manifestar-se em situações de estresse e tensão emocional, as quais produzem alterações hormonais e imunológicas significativas.

Nessa relação vincular, mãe e filha teriam encontrado alívio psíquico por meio da identificação projetiva cruzada, conforme explica Bleger (1977). A relação de dependência mútua tem esse propósito, pois, apesar de patológica, protege o ego da ansiedade e da angústia. É possível que o rompimento da relação simbiótica, desencadeado após a morte da avó da criança, por sobrecarga emocional, tenha provocado a dispersão dos conteúdos projetados (da mãe, projetados na filha, e da filha, projetados na mãe). Conforme esta compreensão, sugere-se que o processo de somatização da criança pode ser interpretado como a alternativa possível para o alívio parcial dos conteúdos conflituosos e não simbolizados (Bleger, 1977).

De acordo com Bleger (1977, p. 36), o corpo pode servir como apoio ao material reintrojetado:

“Atua como um brusco retorno do reprimido; neste caso, a reintrojeção pode se fazer em nível do corpo, o que já implica um certo grau de reintrojeção, mas também significa a utilização do corpo como um *buffer*, que faz com que o equilíbrio em nível mental não se altere.”

No caso analisado, o corpo da criança serviu como *buffer* do material materno, devido ao rompimento da relação simbiótica. A este respeito, os estudiosos psicanalíticos afirmam que a somatização só acontece quando do rompimento da simbiose, pois antes, a própria simbiose estava a serviço dos dois egos, protegendo-os da ansiedade. Para Bleger (1977, p. 51) *A simbiose é muda, só aparece sintomatologia claramente notória quando de sua ruptura.*

No processo terapêutico da criança e da mãe, o terapeuta passou a servir de receptáculo para os conteúdos psíquicos de ambas. No caso da mãe, cumpriu o papel que inicialmente era ocupado pela avó da criança e, depois, pela criança, por meio da relação de dependência. Essa atitude deu à mãe o suporte necessário para que não desenvolvesse uma ansiedade psicótica, pela contenção do material psíquico disperso. A mãe iniciou um processo gradual de elaboração do objeto aglutinado, possibilitando que, cada vez mais, partes desse objeto fossem reintrojetadas de modo saudável, interrompendo gradativamente a identificação projetiva com a criança.

Nas palavras de Bleger (1977, p. 40):

“A reintrojeção só pode ser feita de maneira dosada e a um ritmo adequado; de tal modo que, quando se ultrapassa certo limiar, ela atua como um brusco retorno do reprimido” [...] “A separação do depositário requer a elaboração simbiótica e – em outras palavras – a elaboração do objeto aglutinado. Tal elaboração, muito gradual, é feita por fragmentos cindidos da totalidade do objeto aglutinado, mediante diversificação de vínculos com outros objetos e outros depositários (no caso, o terapeuta – grifo nosso)” [...] “Estas diversificações permitem uma progressiva discriminação e reintrojeção, de forma gradual e controlada” (p. 53).

## 6. Considerações finais

No estudo de caso, foi possível identificar relações psicodinâmicas importantes entre a eclosão de psoríase numa criança e o rompimento inicial da relação simbiótica com sua mãe, permitindo a compreensão dessa manifestação psicossomática, do ponto de vista psicanalítico. Com o rompimento da relação simbiótica em andamento, começou a ocorrer a reintrojeção do objeto aglutinado.

A mãe, conforme se observou, não suportou a reintrojeção de seus conflitos projetados na filha. Esses conteúdos psíquicos se dispersaram, aumentando o montante de ansiedade na mãe e na filha e acabaram por encontrar uma via somática de expressão e de escape na filha, que serviu como depositária dos conflitos da mãe ou, na linguagem de Bleger, como *buffer*, evitando a desagregação psicótica. Essa hipótese foi levantada a partir da observação de que a ansiedade da mãe começou a ficar descontrolada (ansiedade psicótica) conforme a filha melhorava e os sinais de pele da psoríase desapareciam.

Com a inserção de um terceiro elemento na relação – o terapeuta - mãe e filha encontraram apoio para conter suas angústias e o vínculo patológico foi se rompendo. O trabalho terapêutico abriu espaço para a ampliação do mundo psíquico de ambas, possibilitando a discriminação entre o *eu* e o *objeto* e uma maior adaptação à realidade interna e externa.

A dispersão do objeto aglutinado foi denominada pelos autores do presente estudo como “Dispersão Catastrófica do Objeto Aglutinado”, a partir da hipótese de que tal dispersão pode ser catastrófica, a ponto de alojar-se no corpo do outro, participando da gênese de patologias somáticas, ao invés de ser simbolizada e reintrojada pelo sujeito da identificação projetiva. O manejo técnico no atendimento psicoterápico do caso fundamentou-se na hipótese de que os conteúdos projetados na doença de pele não pertenciam apenas à criança, mas também à mãe, devido à relação simbiótica identificada. Assim, decidiu-se pelo atendimento psicoterápico simultâneo da criança e da mãe.

Os resultados permitem sugerir, nos casos de manifestações psicossomáticas infantis relacionadas a um vínculo simbiótico com a mãe, a possibilidade e a efetividade do atendimento psicoterapêutico de ambas as partes envolvidas na relação, pelo menos de início, com a finalidade de impedir uma possível desagregação psicótica e/ou o agravamento da doença. Sugere-se, ainda, que o atendimento seja realizado pelo mesmo terapeuta, evitando o aparecimento excessivo de fantasias de ruptura na dupla atendida.

Na abordagem psicanalítica, por muito tempo, evitou-se o atendimento simultâneo de mães e crianças pelo mesmo profissional, mesmo que em horários separados, encontrando-se ainda algumas resistências entre muitos psicanalistas em aceitar essa forma de atendimento. Entretanto, os resultados alcançados neste estudo de caso sugerem a efetividade desse procedimento técnico, considerando-se que a constatação da patologia do vínculo mãe-criança ou criança-mãe exigiu um tratamento também vincular. É possível que, se o atendimento se estendesse, fosse necessário uma mudança nesse formato, com mãe e filha passando a ser atendidas por pessoas diferentes, o que estaria, inclusive, de acordo com o processo de individuação das pacientes.

Os resultados alcançados também reforçam a indicação da psicoterapia como tratamento auxiliar nos casos de psicodermatoses, conforme apontado

na literatura da área. No presente caso, embora não tenha sido proposto um processo de Psicoterapia Dinâmica Breve, a etapa da psicoterapia realizada pode ser considerada breve, tendo em vista que houve reversão dos sintomas somáticos e maior conscientização dos conflitos nucleares por mãe e filha, com reduzido número de sessões, comparativamente a processos similares de mais longa duração.

Contudo, não foi possível avaliar a intensidade da mudança ocorrida nas pacientes, bem como sua manutenção por maior período de tempo. É possível que os resultados positivos alcançados nessa etapa do atendimento fizessem parte de um ciclo dentro do contexto de um trabalho psicoterápico mais prolongado, no qual poderiam acontecer oscilações nas condições das pacientes, sendo necessária nova abordagem, em nível de maior profundidade, dos mesmos conflitos já enfocados.

### **Referências**

- Bleger J. (1977). *Simbiose e ambiguidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Chiozza, L. A. (Org) (1997) *Os Afetos Ocultos em...psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cohen B. A. (2000) *Dermatologia Pediátrica*. São Paulo: Manole.
- Cordioli A. V. (1998) *Psicoterapias: Abordagens Atuais*, Porto Alegre: Artmed.
- Cozby PC. (2003) *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- D'allones CR. (1989) O Estudo de Caso: da ilustração à convicção. In: C.R. D'allones et al. *La Démarche clinique en sciences humaines, documents, méthodes et problèmes*. Paris Editora.
- Eksterman A. (1992) Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a Medicina. In: J.M. Filho. *Psicossomática Hoje* (p. 77-88), Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fadden M.A.J.M. (2000) *Psicanálise e Psicossomática*. Campinas: Editora Alínea.
- Freud, S. (1893/1996) *Estudos sobre a histeria*. Rio de Janeiro: Imago.
- Klein M. (1921/1996) *Amor culpa e reparação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Klein M. (1921/1975) *Psicanálise da criança*. São Paulo: Mestre Jou.
- Ludqué, M. & André, M. (1986) *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Mello Filho, J. (1992) Introdução. In: J. Mello Filho e cols. *Psicossomática Hoje* (p.19-34) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Peres, R. S. & Santos, J. (2006) *A exclusão do afeto e a alienação do corpo*. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica.

Recebido em: 03/06/2009 / Aceito em: 02/08/2009.