



Boletim Academia Paulista de Psicologia

ISSN: 1415-711X

academia@appsico.org.br

Academia Paulista de Psicologia

Brasil

Parente de Freitas, Débora Elisa; Bueno Neme, Carmen Maria; Ragozo José, Cristina

Uma proposta de psicoterapia breve para paciente com escoriação psicogênica

Boletim Academia Paulista de Psicologia, vol. 32, núm. 82, 2012, pp. 56-74

Academia Paulista de Psicologia

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94623639005>

- Como citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

II - TEORIAS, PESQUISAS E ESTUDOS DE CASOS

• Uma proposta de psicoterapia breve para paciente com escoriação psicogênica

A proposal to brief psychotherapy for patients with psychogenic excoriation

Una propuesta de psicoterapia breve para pacientes con excoriación psicogénica

Débora Elisa Parente de Freitas¹

Universidade Estadual Paulista - Unesp

Carmen Maria Bueno Neme²

Universidade Estadual Paulista - Unesp

Cristina Ragozo José³

Universidade Estadual Paulista - Unesp

Resumo: Escoriação psicogênica é uma psicodermatose caracterizada por alteração cutânea com estreita ligação com processos mentais, mais comuns em mulheres. Gera considerável desconforto físico e psicossocial ao paciente pelas lesões formadas na pele. Os pacientes assumem lesionar a própria pele, o que diferencia este diagnóstico da dermatite factícia. Esse reconhecimento favorece a inserção desses pacientes em processos psicoterápicos, incluindo as psicoterapias breves, que podem beneficiá-los, especialmente em contexto hospitalar, como ambulatorios de hospitais especializados em dermatologia. Descreve-se, analisa-se e propõe-se psicoterapia dinâmica breve para uma paciente com escoriação psicogênica, apresentando-se o planejamento do processo terapêutico indicado para ela. Trata-se de estudo clínico de caso com informes de prontuário médico, de entrevista psicológica e de resultados do IFP (Inventário Fatorial de Personalidade). Com base nesses dados propõe-se psicoterapia breve, com foco, objetivos e tempo definidos, estabelecendo-se um planejamento terapêutico, de acordo com o recomendado nesse tipo de tratamento. A principal meta é o alívio dos sintomas ao lado da promoção de autoconhecimento e *insights*, clarificando os mais importantes conflitos psicodinâmicos identificados. Sugere-se que o processo psicoterápico breve proposto poderá resultar em ganhos terapêuticos importantes para a paciente analisada.

Palavras-chave: escoriação psicogênica, psicoterapia breve, estudo de caso.

¹ Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem; Formação em psicoterapia breve. Contato: Rua: Titicaca, 229 - Residencial Portal do Lago, Garça - SP, Brasil, CEP 17.400-000. Tel. (14)3406-1368. E-mail: deboraepf@hotmail.com

² Livre Docente em Psicologia Clínica; Pós Doutorado em Estudos Psicofisiológicos do Stress (LEPS). Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, (UNESP/Bauru) Contato: Rua Vivaldo Guimarães 2-34. Estoril. CEP 17016-070. Bauru (SP) Brasil Tel. (14) 32241903. E-mail: cmneme@gmail.com

³ Psicóloga Clínica; Formação em psicoterapia breve. Contato: Rua: Marcelo Giorgio, 490 - Jardim Tereza Cristina, São Manoel - SP, Brasil, 18650-000 -Tel. (14) 3841-3441, Brasil.

Abstract: *Psychogenic Excoriation is a psychodermatosis characterized by skin alterations connected to mental processes, which are more common in women. It generates a considerable physical and psychosocial discomfort to the patient, because of the skin lesions. These patients assume to injure their own skin, and it differentiates this diagnosis from the factual dermatitis. This acknowledgement facilitates the insertion of these patients in psychotherapeutic processes, including fast psychotherapy, which can benefit them, especially in hospital contexts such as hospital ambulatories specialized in dermatology. Fast dynamic psychotherapies are described, analyzed and recommended to a psychogenic excoriation patient while introducing the process plan indicated to her. It relates to the clinical study of cases with medical records, psycho interviews and results of the FPI (Factor Personality Inventory). Based on these data, a fast psychotherapy is suggested with defined focus, aim and time, with a therapeutic plan according to what's recommended in this type of treatment. The main objective is the symptom alleviation besides self-knowledge and insights, clarifying the most important identified psychodynamic conflicts. It's also suggested that the suggested fast psychotherapy process could well result in important therapeutic gains to the analyzed patient.*

Key words: *Psychogenic excoriation, Brief psychotherapy, Case study.*

Resumen: *La excoriación psicogénica es una psicodermatosis caracterizada por alteraciones cutáneas estrechamente vinculada a procesos mentales; se encuentra con más frecuencia en mujeres. Esta enfermedad, genera en el paciente niveles considerables de malestar físico y psicosocial, por las lesiones formadas en la piel. La diferencia de este diagnóstico con el de dermatitis ficticia, es que en la excoriación psicogénica los pacientes se asumen responsables de las lesiones ocasionadas en la piel. Ese reconocimiento, favorece la inclusión de estos pacientes en procesos psicoterapéuticos, lo que incluye la psicoterapia breve, que puede ser beneficioso para ellos, especialmente en los contextos hospitalares de enfermedad de la piel, tales como sus ambulatorios. En esta propuesta, se describe, se analiza y se propone la psicoterapia dinámica breve para una paciente con excoriación psicogénica, presentándose la planificación del proceso indicado para ella. Se trata de un estudio de caso clínico conformado por informes médicos, entrevista psicológica y de los resultados del IFP (Inventario Factorial de la Personalidad). Con base a esas informaciones se proponen, objetivos y tiempo de tratamiento, estableciéndose el plan de tratamiento terapéutico, según las recomendaciones para este tipo de caso. La principal meta es el alivio de los síntomas en conjunto con la promoción del autoconocimiento y de insights, clarificando los conflictos psicodinámicos más importantes identificados. Se sugiere que el proceso de psicoterapia breve propuesto podrá tener resultados terapéuticos significativamente positivos para la paciente analizada.*

Palabras claves: *excoriación psicogénica, psicoterapia breve, estudio de caso.*

Introdução

A escoriação psicogênica é uma alteração cutânea que mantém estreitas ligações com processos mentais. Pode causar considerável desconforto corporal e psíquico ao paciente, implicando numa série de restrições psicológicas e adaptativas. A pele não é uma simples cobertura do corpo, mas um dos mais importantes órgãos do organismo humano, suscetível a diversas manifestações e responsável por variadas funções. Compreende-se sua relevância no campo psicossomático e a consequente necessidade de se considerar e identificar suas complexas relações com o psiquismo. Para Clements (1973, p.67), "*Todos os órgãos importantes no corpo respondem rapidamente aos estados mentais, pelo qual as perturbações mentais e emocionais depressa se fazem sentir no funcionamento do resto do corpo*". Quanto às ligações íntimas de estados emocionais e a pele, Perestrello e outros (1966) afirmam que é preciso que haja condições e um conjunto circunstancial para que ela surja como *órgão de choque*, condensando a problemática conflitual do indivíduo.

A pele tem sua origem embrionária no mesmo tecido celular que forma o sistema nervoso e é alvo frequente de manifestações afetivo-emocionais. Por intermédio da pele, considerado o maior órgão e barreira imunológica do corpo humano, ocorrem os primeiros contatos com o mundo externo (Anzieu, 1989). As íntimas ligações com o sistema nervoso tornam a pele altamente sensível às emoções, visto que ela pode estar em contato estreito com as necessidades, os desejos e temores dos mais profundos, bem como todos os problemas cutâneos, independentemente de sua causa, podem ter impacto emocional de graus variáveis (Rocha, 2003).

Pode-se afirmar que, em diferentes doenças cutâneas, há alguma interação ou relação de influência com estados emocionais, sentimentos e conflitos (Azevedo & Neme, 2009). Uma das doenças dermatológicas mais claramente relacionadas a estados emocionais é a escoriação psicogênica. Esse quadro clínico se caracteriza por lesões autoproduzidas que ocorrem em psicoses, neuroses, e diferentes quadros psicossomáticos. Nas formas mais severas, há lesões de inúmeras formas, disseminadas e em diversos estágios. Com a evolução, ocorre maior ou menor grau de desfiguração. Apresenta-se como quadro que pode ser de origem psicogênica ou manifestação psicossomática, sendo que nesse caso, geralmente ocorre

em associação com uma forma de prurido auto tóxico (Sampaio; Castro & Rivitti, 1978).

Wilhelm e outros (1999) referem-se à escoriação psicogênica como ato que envolve intenção; repetitivos arranhões; escoriações na pele normal ou sobre pequenas feridas como picadas de inseto, resultando em ferimentos visíveis. Segundo Martelli (2008), essas escoriações ocorrem em locais do corpo mais facilmente alcançados pelas mãos, podendo ser primárias ou associadas a alguma lesão preexistente. Há predomínio significativo de mulheres com esse transtorno, independente da idade.

O paciente admite provocar as lesões da pele de forma repetida e frequente, sendo incapaz de evitar o processo repetitivo, ou compulsão. As unhas das mãos podem ser agentes usuais e as escoriações podem assumir formas típicas, dependendo da zona escolhida. As lesões podem ser primárias ou associar-se a alguma lesão preexistente de outra natureza, podendo ocorrer na face, ou em qualquer parte do corpo, sendo que o prurido pode estar presente, mas raramente se percebe como lesão primária.

As escoriações geralmente têm menos de um centímetro de diâmetro e estão cobertas com crostas sanguíneas e bordas eritematosas. Sua resolução pode deixar uma cicatriz clara com bordas hiperpigmentadas. Por meio de exames podem-se notar lesões em todos os estágios, geralmente mais frequentes e concentradas em antebraços, face, pescoço e ombros. Em geral, os pacientes estão sob estresse e deprimidos, e o aspecto compulsivo remete a sentimentos de culpa inconscientes e à necessidade de autopunição (Azulay & Azulay, 1992).

Segundo Azambuja (2009) as escoriações não decorrem de uma neurose, mas de um processo mental muito particular que obriga a pessoa a escoriar-se como forma de alívio do estresse, cuja energia é desviada para um gesto repetitivo de esfregar, coçar, arranhar ou arrancar a pele. Para Martelli (2008), a escoriação psicogênica caracteriza-se pela compulsão do paciente de provocar as lesões, sendo essa a chave do diagnóstico diferencial entre essa doença e a dermatite factícia.

Em decorrência da perceptível desfiguração causada pelas lesões, a escoriação psicogênica pode gerar desadaptação psicossocial, e vir a alterar, de forma comprometedora, a vida do ser humano. Azulay & Azulay (1992) postularam que o indivíduo com a pele comprometida, sobretudo em áreas descobertas, dificilmente deixa de ficar envergonhado, ansioso e

triste. Complementando esta ideia, Ludgwig e outros (2008) ressaltam que, na mente popular, essa doença pode estar, muitas vezes, ligada a concepção de sujeira e contágio, gerando afastamento social do doente. Evidencia-se, assim, a relação entre doenças de pele e suas consequências emocionais e sociorelacionais.

Diferentemente de outras doenças, as manifestações cutâneas são geralmente aparentes e não podem ser disfarçadas. A emoção tem, na pele, um meio de expressão física. Os registros de experiências vividas estão ali marcados na forma de cicatrizes. Para os autores, as lesões de uma doença marcam o espaço de uma ferida física e também psíquica, tomando a pessoa como uma totalidade psicossomática (Dias e outros, 2007).

A despeito de sua forte ligação com processos mentais, a escoriação psicogênica não vem a ser um fenômeno psicossomático clássico, por ser intencionalmente provocada. Decorre de um estado criado pela própria pessoa, que agride a pele para liberar uma tensão presente no momento, diferentemente de uma manifestação de pele, algo somatizado que, segundo a psicossomática psicanalítica, expressa conflitos não simbolizados e inconscientes (Peres & Santos, 2006). Porém, considerando-se o pressuposto da indissociabilidade anatômica e funcional da psique e soma, como diz Mello Filho (2002), a escoriação pode ser assim interpretada.

Calikusu; Yusel; Polat e Baykal (2003) afirmam a existência de vários distúrbios associados a doenças dermatológicas, indicando a participação de fatores psicológicos em sua manifestação. No entanto, algumas dessas doenças dermatológicas primárias (como a psoríase, dermatite atópica, alopecia e urticária) são mais claramente identificadas como processos de somatização. Diferentemente, a escoriação psicogênica relaciona-se mais claramente a distúrbios emocionais ou a transtornos psiquiátricos. Fitzpatrick (2000) a descreve como doença acompanhada por compulsão, explicando que, nela, os pacientes ferem compulsivamente a própria pele. O ritual de manipular as lesões pode ser iniciado quando elas chamam atenção do paciente ou em associação a locais, situações ou momentos particulares.

As consequências psicológicas de uma doença são dependentes de vários fatores, como sua gravidade, sua fase evolutiva, estilo de vida e, essencialmente, da personalidade do enfermo. Estados emocionais ou aspectos da personalidade podem propiciar o desencadeamento da escoriação psicogênica ou agravamento do quadro clínico, ensejando

condutas que dificultam sua recuperação (Cabral; Giglio & Stangehaus, 1986).

Dadas as importantes associações entre diferentes tipos de dermatose e aspectos afetivo-emocionais, seu tratamento, frequentemente, inclui orientação psicológica ou psicoterapia (Prado & Neme, 2008; Azevedo & Neme, 2009) Para melhor direcionamento de intervenções psicoterápicas, especialmente no caso de doenças ainda pouco estudadas no campo da Psicologia, como a escoriação psicogênica (Freitas, 2001), deve-se aprofundar na compreensão do sofrimento psíquico do paciente que se auto agride pela pele, considerando seus aspectos de personalidade, seu estado de consciência e aceitação de seu quadro patológico.

Os pacientes com escoriação psicogênica assumem que lesionam a própria pele. Este reconhecimento favorece a inserção desses pacientes em atendimentos psicoterápicos de diferentes modalidades, incluindo a obtenção de possíveis benefícios com a psicoterapia breve. Como critério de indicação para a psicoterapia dinâmica breve, Sifneos (1989) ressalta a importância de que o paciente apresente uma queixa circunscrita, inteligente, no mínimo uma relação significativa na infância, motivação para mudanças, capacidade para tolerar ansiedade e frustração desencadeada pelo processo da psicoterapia, além da capacidade de desenvolver um vínculo com o terapeuta e ter capacidade para reconhecer que os sintomas são de natureza psicológica. Entretanto, para Fiorini e Peyrú (1978), a psicoterapia breve, pode, em grau variável, beneficiar praticamente todos os pacientes, tendo em vista que, para a grande maioria da população, a psicoterapia breve é a única alternativa possível, especialmente nos serviços públicos de saúde mental.

Segundo Knobel (1986, p. 57) na *Psicoterapia Breve [...] a elaboração é mais cognitiva que afetiva, é um trabalho de captação e compreensão da realidade interna e sua confrontação com a realidade externa*, O terapeuta atua, não como tela projetiva-introjetiva, mas representa os aspectos egoicos mais evoluídos do paciente. Knobel define a psicoterapia breve como sendo de tempo e de objetivos limitados que, a partir de um diagnóstico abrangente ou “holístico”, define um ou mais focos conflitivos e delimita os objetivos a serem alcançados no processo. Clarifica, ainda, que a técnica da psicoterapia breve está fundamentada em quatro princípios:

“É não transferencial, não regressiva, elaborativa de predomínio cognitivo e mutação objetal que se opera através de permitir experimentar a mudança de uma informação falsa por uma verdadeira, criando uma vivência real de que a pessoa passa a ser sujeito ativo de sua própria história” (Knobel, 1986, p. 63).

De acordo com Oliveira (1999) o uso da psicoterapia breve vem se ampliando a cada dia, em função do aumento do contingente de pacientes que buscam ajuda para problemas específicos, mas não têm condições ou motivação para se envolver em um processo psicoterápico prolongado. O termo “breve” é definido em comparação a um trabalho considerado a “longo” prazo, como no caso da psicanálise. Do ponto de vista social, a prática da psicoterapia breve permite atender diferentes demandas de uma população crescente em número e em carência. No presente e no futuro, as pessoas necessitam cada vez mais desse atendimento, por vários fatores que solicitam adaptação cada vez maior e mais rápida da personalidade às tarefas do mundo contemporâneo (Segre, 1997).

No que concerne à indicação da psicoterapia breve, assim como as demais técnicas psicoterápicas, é indispensável que seja realizada uma avaliação individualizada do paciente. Para Segre (1997), os critérios para essa indicação dependem inicialmente das necessidades dos terapeutas, das instituições e só secundariamente, dos pacientes. Knobel (1986) complementa dizendo que para selecionar os pacientes para a psicoterapia breve, o terapeuta tem que possuir conhecimento da teoria e da técnica, da história psico-biossocial do paciente e suas circunstâncias. Deve identificar as estruturas psicológicas dele, as modalidades relacionais e seus mecanismos de defesa predominantes. Considerar a estrutura egoica relativamente preservada do paciente, sua capacidade de ouvir e de falar, sua motivação e a existência, em sua história, de, pelo menos, uma experiência emocional positiva. Dado o período curto do processo da psicoterapia breve, a capacidade do paciente de estabelecer vínculo positivo com o terapeuta deve ser valorizada, pois permitirá a aproximação interpessoal e o trabalho colaborativo.

Dentre os aspectos positivos que caracterizam as psicoterapias breves, estão sua flexibilidade de ação e a abertura para atender diferentes necessidades psicológicas, em diversos contextos - incluindo o hospitalar -

em que elas se manifestem. Ao descrever sua experiência com o uso da psicoterapia e intervenções breves em hospital geral e em serviço de psico-oncologia, Neme (2005) chama a atenção para o fato de que, quando a doença atinge ou manifesta-se no corpo, o paciente pode ter dificuldades em identificar seu sofrimento e, espontaneamente, procurar ajuda psicoterápica. Esclarecendo o tipo de psicoterapia breve, predominantemente, utilizado num serviço de psico-oncologia hospitalar, no qual mais de cem pacientes e familiares avaliaram benefícios terapêuticos com os atendimentos realizados, Neme (2005) enfatiza a necessidade de que, em contextos como esse, o foco terapêutico seja, em parte, definido pela condição atual de “ser-doente” do paciente, e que os objetivos da psicoterapia ou intervenções breves lhe incluam o auxílio para o enfrentamento adaptativo do tratamento e melhoria de sua qualidade de vida.

1. Objetivo

Descrever avaliação psicológica de uma paciente com escoriação psicogênica e apresentar planejamento de psicoterapia breve a ela indicado.

2. Método

- Analisar procedimentos de avaliação interdisciplinar de um caso clínico com escoriação psicogênica.

- Apresentar o processo de psicoterapia dinâmica breve, conforme a anamnese e avaliação do paciente, junto com procedimentos próprios do tipo da técnica psicoterápica selecionada.

Local

Realizou-se a entrevista clínica e a avaliação psicológica como parte de pesquisa mais ampla com 20 mulheres com escoriação psicogênica (Freitas, 2011), em um hospital especializado em doenças de pele. Esse hospital, de referência nacional na pesquisa e tratamento da Hanseníase e de várias dermatoses, situa-se no interior do Estado de São Paulo (Brasil).

Instrumentos

Prontuário Médico; Entrevista Clínica Psicológica e IFP (Inventário Fatorial de Personalidade).

O segundo procedimento seguiu o roteiro tradicionalmente utilizado, investigando-se os sintomas e sua evolução, história de vida do paciente, dados dos familiares, conflitos com recursos atuais.

O Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) é uma adaptação para a cultura brasileira do Edwards Personal Preference Schedule (EEPS), aferido em 1953 nos Estados Unidos, e é um instrumento frequentemente utilizado na prática e pesquisa clínica (Neme & Bredariolli, 2009). O IFP realiza um levantamento de fatores de personalidade, de natureza objetiva e verbal, avaliando o indivíduo em 15 necessidades ou motivos psicológicos: Assistência (empatia e capacidade de dar suporte emocional); Dominância (autoconfiança e necessidade de controle sobre outros); Ordem (ordenação, organização e equilíbrio); Denegação (resignação, falta de vontade e passividade frente a forças externas; culpa e autodestruição); Intercepção (egocentrismo, submissão às fantasias, praticidade e uso da realidade); Desempenho (ambição e empenho; necessidade de controlar outros para atender níveis de auto-exigência); Exibição (vaidade, desejo de impressionar e ser considerado; dramatização, capacidade de sedução); Heterossexualidade (desejos românticos e sexuais pelo sexo oposto); Afago (busca de afeto, apoio e proteção; temor de abandono, insegurança e desespero); Mudança (capacidade de aventurar-se e sair da rotina; dificuldade de manter ligações e compromissos); Persistência (rigidez, tendência a sobrecarregar-se); Agressão (raiva, irritação e ódio); Deferência (capacidade de respeitar e obedecer a ordens; necessidade de agradar); Autonomia (capacidade de resistir à coerção; desejo de agir por impulsos; desafio às convenções) e Afiliação (capacidade de dar e receber afeto, lealdade e apego a pessoas queridas).

O IFP dispõe de duas escalas de controle (Validade e Desejabilidade Social) que visam verificar se o sujeito respondeu adequadamente ao inventário e se houve tentativa de fazê-lo sem real interesse, como se fosse apenas para agradar (Pasquali, Azevedo & Ghesti, 1997).

Participante

Mulher de 38 anos de idade, casada, mãe de dois filhos. Estudou até a 4ª série do Ensino Fundamental e atualmente é operária no ramo da cerâmica. O diagnóstico de escoriação psicogênica foi realizado por especialista do hospital, no qual a paciente é cliente cerca de quatro anos.

Procedimentos

Selecionou-se para o presente estudo, entre as pacientes com escoriação psicogênica, atendidas e avaliadas por Freitas (2001), uma das consideradas com lesões de pele mais grave e mais motivada para ser submetida à psicoterapia. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências (UNESP/Bauru) e pela Comissão Científica e Ética do hospital em referência. A participante foi informada sobre os objetivos, procedimentos e possibilidades de publicação científica referente ao estudo. Dada sua concordância, a paciente assinou o Termo de Consentimento Informado. Realizou a entrevista clínica e o IFP com a psicóloga pesquisadora. Após análise dos dados, efetuou-se entrevista de informação com a paciente e lhe propôs e foi aceita a psicoterapia breve como forma de tratamento.

3. Resultados

Síntese da avaliação psicológica e planejamento de psicoterapia breve a uma paciente com escoriação psicogênica.

Dados de prontuário e de entrevista Psicológica

A paciente realiza tratamento medicamentoso no hospital referido. Nunca foi submetida à psicoterapia e, em seu histórico no prontuário, aparecem quatro hipóteses diagnósticas diferentes antes do fechamento do diagnóstico atual. Este dado evidencia a dificuldade de definir o tipo de diagnóstico. A paciente refere ter realizado tratamentos dermatológicos, homeopáticos e psiquiátricos. Atualmente está medicada com antidepressivos.

Quanto à ocorrência de psicodermatoses na família, relatou que um irmão apresentou problemas de pele antes de falecer, porém não soube especificá-los. Começou a escoriar-se há seis anos quando surgiram conflitos entre o esposo e o filho, inicialmente escoriava-se no rosto, passando posteriormente, para os braços, pernas, nádegas, seios, pés, mãos e costas. Relatou eventos traumáticos marcantes em sua história de vida. O pai assassinou a mãe e irmãos a facadas quando a paciente tinha quatro anos de idade. Ela presenciou o fato, pois estava dormindo com o irmão caçula em um colchão ao lado da cama e ficou imóvel, não mostrando estar acordada. O pai ainda está preso e ela e o irmão sobrevivente foram

criados por uma tia, que os fazia trabalhar para dar dinheiro a ela. Lembra uma infância difícil e traumática, tendo perdido esse irmão na adolescência. Casou-se cedo para se livrar das exigências da tia, mas não foi feliz. O esposo é muito agressivo e dependente de álcool. Não quer abandonar a casa, mas diz ser difícil suportar o esposo. Mantém bom relacionamento apenas com a filha, pois o esposo expulsou o filho de casa, porque este não ajudava financeiramente. Tal conflito familiar e a expulsão do filho lhe causaram muito sofrimento, porém, teme que o esposo e o filho passem a viver juntos. Diz: *“A minha vida não é fácil desde quando nasci”*; *“Parece que não tenho sorte, que não tenho vez”*. Porém, quanto ao trabalho e à socialização, relata ter poucas, mas boas amizades; sente-se realizada no trabalho, mas tem certa dificuldade em *“aprender as coisas”*, o que a deixa insegura. Ao qualificar suas relações familiares, referiu manter *“boa”* relação com a família de origem, referindo-se aos poucos primos vivos que têm, relação *“ruim”* com a família atual.

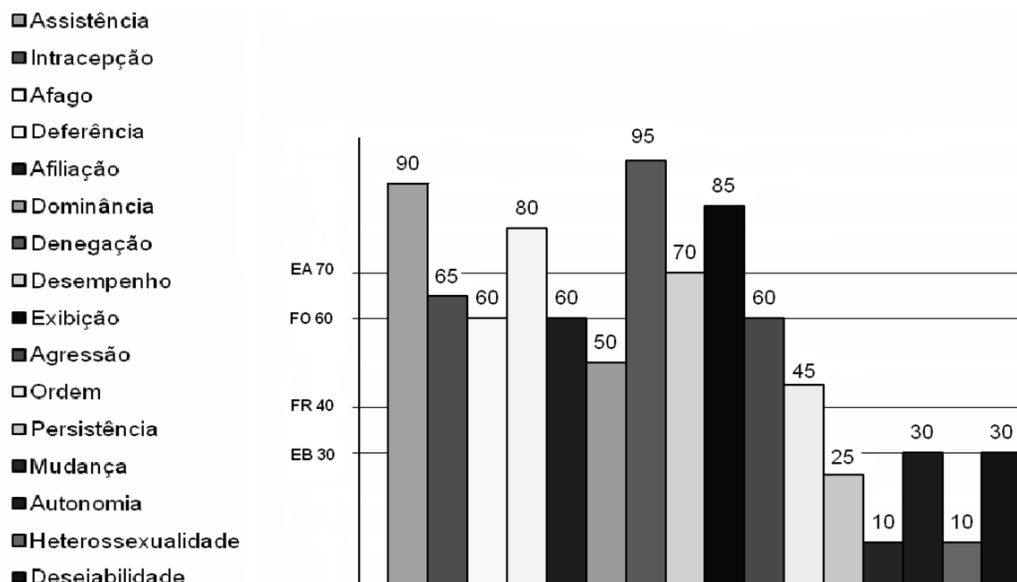
Não sabe explicar o motivo da escoriação, referindo apenas: *“me relaxa, me deixa mais calma”*. O ato de escoriar-se se intensifica quando está sozinha e também quando o esposo está alcoolizado. Não faz esforços para conter a escoriação, dizendo que a realiza [...] *até ver o fim, até sangrar. Quando penso já estou em frente ao espelho me cutucando*. Diz: *Se eu fico alvoroçada eu me cutuco*. Quanto à presença de outras *“manias”* ou compulsões, diz que não as tem e que apresenta apenas a mania de ferir a própria pele.

O que mais a incomoda na psicodermatose são as marcas no rosto, e diz: *é a primeira impressão que fica*. Após escoriar-se, relaxa e sente um estado de calma. Mostra ambivalência quanto aos efeitos que as lesões de pele geram nela e em suas relações sociais, respondendo que as manifestações dos outros *“não a atingem”*, mas admite que às vezes certas reações a deixam *“chateada”*. Nota que desperta a curiosidade nas pessoas e que isso às vezes incomoda. Quanto aos tratamentos já realizados até o momento para resolver o problema da escoriação, diz que ainda não obteve sucesso, mostrando-se aberta para realizar psicoterapia.

Resultados do IFP

Os resultados obtidos no IFP pela paciente são apresentados em percentis, de acordo com o manual do instrumento.

Figura 1 - Resultados da paciente no IFP



LEGENDA: EA (Escore Extremamente Alto); FO (Escore Forte); FR (Escore Fraco); EB (Escore Extremamente Baixo)

Observam-se:

Escores extremamente altos em Assistência (percentil de mais ou menos, 90), Deferência (percentil, 80), Denegação (percentil de mais ou menos, 95), Desempenho (percentil, 70) e Exibição (percentil de mais ou menos, 85).

Escores extremamente baixos em Persistência (percentil, 25), Mudança (percentil, 10), Autonomia (percentil, 30), Heterossexualidade (percentil, 10).

Escores fortes em Intercepção (percentil, 65), Afago (percentil de mais ou menos, 60), Afiliação (percentil, 60), Agressão (percentil, 60).

Os resultados sugerem uma postura de subordinação aos outros; uma pessoa que se submete e suporta o outro (principalmente quando se trata de figuras temidas ou de autoridade) com tendências a se anular nas relações. Tende a se sentir culpada, fracassada e com desejos de autodestruição (Assistência, Deferência e Denegação). Apresenta forte desejo de ser vista e ouvida, amada e protegida, dando e recebendo afeto (Exibição, Afago e Afiliação). Frente à frustração pela não satisfação dessas

necessidades, sua reação é de muita raiva (Agressão). O escore extremamente baixo em Heterossexualidade sugere conflitos com a figura do sexo oposto e/ou pouco desejo de contato sexual.

As posturas de subordinação, resignação e anulação, apresentam-se relacionadas a um vínculo conflituoso com a figura masculina. Apresenta dificuldade para aceitar mudanças, mas o faz por imposição e não luta por sua liberdade. Não se impõe nas relações afetivas e sociais e sua vida é regida e liderada por outras pessoas (Autonomia e Mudança). Refugia-se freqüentemente num mundo imaginário, dos sonhos e das fantasias. Mostra pouca persistência para enfrentar seus problemas, embora exista o desejo de encarar a vida e vencer obstáculos (Intercepção, Persistência e Desempenho).

A paciente respondeu as questões do IFP sem tentar mentir ou dissimular (Desejabilidade e Validade).

Os resultados obtidos no IFP são compreensíveis, à luz dos dados da entrevista, evidenciando ser pessoa “marcada” por eventos traumáticos na infância, seguidos de perdas e conflitos na adolescência e idade adulta (perda do irmão, problemas nas relações com a tia que a criou e alcoolismo do marido). A figura masculina firmou-se como ameaçadora e causadora de conflitos imobilizadores, difíceis de serem enfrentados. Submete-se às imposições do marido, e, mesmo com intenso sofrimento, acatou a expulsão do filho de casa, inconscientemente temendo a repetição do trauma que vivenciou na infância (assassinato da mãe e irmãos pelo pai). Frente a figuras que vê como de autoridade, de poder ou agressivas, subordina-se e anula-se, permanecendo “imóvel” e resignada.

Apresenta forte sentimento de culpa e muita raiva, a qual não ousa manifestar, dirigindo a hostilidade contra si mesma. Utiliza, assim, mecanismos de defesa como a evitação e o isolamento, bem como a fuga para a fantasia. O ato autodestrutivo de escoriar-se funciona como meio de escape, da extrema tensão resultante de seus conflitos e de sua impotência para solucioná-los, apesar de seu desejo de resolvê-los. Ao mesmo tempo, a pele lesionada é fonte de atenção (mesmo que “negativa”) e justifica como pobre sua vida social. Segundo Azulay & Azulay (1992), a característica compulsiva dessa psicodermatose, desencadeada pela tensão e estresse, sugere fortes sentimentos de culpa e busca de punição. Ressalta-se que essa paciente sobreviveu, na infância, ao fingir que dormia, enquanto presenciava o assassinato da mãe e irmãos, num estágio de

desenvolvimento ainda impregnado de egocentrismo e de conflitos edipianos.

No presente, a paciente revela ter poucas fontes de realização e prazer, que são atribuídas ao bom relacionamento com a filha e ao trabalho, já que tem poucos amigos e não realiza atividades de lazer. A despeito de seus conflitos, a paciente consegue manter boa integração da personalidade e recursos egoicos considerados adaptativos, pois é boa funcionária, dona de casa e mãe cuidadosa, o que se permite ao alcance de expectativas positivas em sua indicação para a psicoterapia breve.

Planejamento do processo de psicoterapia dinâmica breve

A elaboração de um plano terapêutico é uma das características que distinguem as psicoterapias breves das psicoterapias focais ou de longa duração. Um programa terapêutico deve surgir necessariamente da busca de resolução das distintas questões que são suscitadas em cada caso particular. É conveniente contar desde o começo com uma idéia antecipada, ainda que elementar e provisória, do principio, do desenvolvimento e do final da terapia (Braier, 2008). Segundo Lemgruber (1984), a técnica da psicoterapia breve se baseia na tríade: atitude, planejamento e foco.

Para Knobel (1986), os objetivos terapêuticos devem almejar o alívio, a melhora ou o desaparecimento dos sintomas, bem como o restabelecimento de um nível de funcionamento que poderia existir anteriormente às manifestações atuais de sofrimento. Devem proporcionar o reconhecimento dos problemas de personalidade que impedem melhor adaptação, bem como o reconhecimento das relações existentes entre tais problemas e a doença atual. Busca-se também a substituição de defesas mais regressivas por outras mais adaptativas, a melhora da auto-estima e ampliações das perspectivas pessoais.

Uma proposta de psicoterapia dinâmica breve requer, inicialmente, uma delimitação do foco terapêutico. Focalizar é uma condição essencial para a eficácia do tratamento, pois, segundo Azevedo (2004), possibilita que o trabalho terapêutico seja realizado em prazo mais curto. Para a autora, o foco é um recurso teórico-técnico que realiza um recorte na psicopatologia do paciente, delimitando uma área ou dificuldade central no conjunto da problemática apresentada. O foco deve nortear o processo terapêutico, fornecendo a temática para as intervenções e interpretações.

Na presente proposta de psicoterapia breve, o foco ou dificuldade central da paciente reside em sua experiência infantil traumática, atualizada

em seus conflitos atuais com o esposo agressivo e violento, impossibilitando que reaja, que saia da imobilidade, pelo temor e insegurança em suas possibilidades de “viver” e enfrentar suas vicissitudes. Sua capacidade de enfrentamento, a autoestima e a autonomia devem ser fortalecidas, incrementando seus recursos egoicos para que possa lidar com seus sentimentos de inferioridade e culpa, bem como com seus impulsos agressivos autodestrutivos. Para isso, buscar-se-á a promoção de *insights* cognitivos e afetivos acerca das relações entre as vivências da infância e a repetição das experiências de agressão e violência que a vitimam no presente. Pretende-se auxiliar a paciente a encontrar novas formas de dar vazão a seus impulsos agressivos, diminuindo a tensão e a compulsão por escoriar-se.

Os objetivos terapêuticos podem ser assim delimitados: alívio dos sintomas; esclarecimento ou modificação do modelo atual de funcionamento (por meio da compreensão das forças que a levaram a iniciar a compulsão); reconhecimento de problemas da personalidade, como as posturas de resignação e baixa autonomia que impedem a melhor adaptação à vida; estabelecimento de uma nova forma de funcionamento nas relações, resgatando algum modelo de relação saudável em suas experiências passadas; reconhecimento da relação existente entre os problemas predominantes da personalidade (falta de autonomia, submissão excessiva, autodestruição e sentimentos de inferioridade, culpa e fracasso) e a doença atual (escoriação psicogênica); identificação de medidas de correção, visando o resgate da segurança e autoestima e a criação de posturas mais protetoras e assertivas. Tais objetivos coadunam-se com metas possíveis em psicoterapias de curta duração, conforme ressaltam Wolberg (1965) e Knobel (1986). Segundo este último autor (p.105), o propósito básico é o de auxiliar a(o) paciente a *abrir uma nova possibilidade, um novo caminho...*

O desejo da paciente para sair do imobilismo deve ser fortalecido, motivando-a para aderir ao processo terapêutico. Sua necessidade de ser “vista” e “ouvida” pode resultar em transferência positiva inicial com a terapeuta, elemento essencial para uma psicoterapia breve. A terapeuta deverá atuar como uma *extensão dos aspectos egoicos mais evoluídos* da paciente (Knobel, 1986, p. 57), auxiliando-a a captar e compreender sua realidade interna em confrontação com a externa.

De acordo com os resultados obtidos no IFP, apresenta-se uma pessoa altamente submissa, especialmente em relação à figura masculina, com sentimentos de inferioridade e culpa, com tendência à autodestruição. Os resultados apontam também baixos escores em autonomia, mostrando sua incapacidade de sentir-se livre, sair do confinamento, sendo incapaz de agir independente seguindo os seus próprios impulsos (Pasquali, 1997).

Segundo Azevedo (2004) um indivíduo busca psicoterapia como consequência de sentimentos de desamparo, confusão e ansiedade, deixando transparecer sua capacidade de lidar adequadamente com suas dificuldades por intermédio de seus próprios recursos. O psicoterapeuta deverá, portanto, ajudar o paciente a abandonar padrões de comportamento não mais apropriados e adotar outros novos. Para a autora, na psicoterapia breve, os objetivos são limitados, sendo dirigidos mais à remoção ou melhora dos sintomas e não à completa reestruturação da personalidade, mas vendo que esta não seja desprezada durante o processo terapêutico. Para Knobel (1986) há casos em que uma psicoterapia breve é necessária, indicada e útil, mais do que um tratamento de tempo indefinido, o que poderia ser totalmente impraticável.

A partir da delimitação do foco terapêutico e da eleição de objetivos possíveis, pode-se estabelecer o tempo de duração do tratamento. Para Simon (2005), a escolha do número de sessões é determinada pela complexidade do problema, ou pelas peculiaridades do paciente. O autor enfatiza que a determinação de uma sessão semanal é suficiente, porém, em situações de crise com angústia intensa é desejável maior frequência semanal, neste caso, a função deste acréscimo serviria para dar apoio ao paciente ao invés de propiciar a compreensão.

Na presente proposta de psicoterapia breve, o tempo de duração do tratamento será de vinte e três sessões psicoterápicas, nas quais serão utilizados recursos terapêuticos ecléticos além das intervenções verbais, conforme modelo descrito por Azevedo (2004). Inicialmente serão realizadas duas sessões semanais durante um mês visando o alívio rápido dos sintomas, ou seja, a diminuição do ato compulsivo de escoriar a pele. Posteriormente, as sessões deverão ser semanais por mais três meses e as três últimas sessões serão quinzenais, durante as quais será realizada a avaliação da psicoterapia. Será solicitado à paciente que retorne para sessões de *follow-up* após dois meses e após seis meses do final do processo psicoterápico, procedendo-se à verificação da manutenção dos ganhos terapêuticos obtidos.

4 – Considerações Finais

A avaliação psicológica da paciente com diagnóstico interdisciplinar (psicólogo, psicossomático e dermatologista) de escoriação psicogênica, no caso clínico apresentado, mostra a existência de conflitos familiares atuais, significativos e de uma história de vida permeada por experiência traumáticas na infância e na adolescência. Indica a repetição, no presente, das experiências de agressão e violência que a vitimizaram no passado, frente às quais reage com imobilismo e resignação. Submete-se e anula-se, especialmente frente à figura masculina e as figuras representativas de poder ou autoridade. Apresenta sentimentos de inferioridade, de culpa e de fracasso, além de necessidades infantis não satisfeitas, de atenção e amparo, cuja frustração relaciona-se aos impulsos agressivos autodestrutivos. Reage à tensão interna e externa ferindo a própria pele e, por meio desse sintoma, sente-se aliviada. Ao mesmo tempo, sente-se incomodada e inferiorizada, procurando tratamento para sua doença. Ao lado de tais aspectos conflituosos de personalidade, a paciente possui recursos egoicos preservados e relativamente saudáveis. Aliados ao seu desejo de melhorar, saindo do imobilismo que caracteriza sua vida atual, os recursos positivos dos quais, dispõe, permitem considerar a obtenção de resultados satisfatórios com uma psicoterapia de curta duração, com foco e objetivos delimitados. A proposição de uma psicoterapia breve para essa paciente considerou, também, as condições de sua realidade e o contexto hospitalar no qual recebe tratamento médico.

Referências

- Anzieu, D (1989) *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo (Tradução de Z. Rizkallah e R. Mahfuz).
- Azambuja, R.D. (2009). Prurido Psicogênico e Escoriações Neuróticas. In: RAMOS, M. & CASTRO, S.M.C.R. *Fundamentos de Dermatologia*. São Paulo: Atheneu.
- Azevedo, M. A. S.B. (2004). *Psicoterapia dinâmica breve: Saúde mental comunitária*. São Carlos: Rima.
- Azevedo, G.M.G. & Neme, C.M.B. (2009). Simbiose e Psoríase: um estudo psicanalítico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. V. 77, no. 02/09, p. 307 -321.
- Azulay, R.D.; Azulay, D.R. (1985 - 1992). *Dermatologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. (Tradução de Editora Guanabara Koogan).

- Braier, E. A. (2008). *Psicoterapia Breve de orientação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cabral, M. A.; Giglio, J. S. & Stangehaus, G. (1986). Características de personalidade de pacientes artríticos reumatóides, tratados no ambulatório de um Hospital-Escola. *Revista ABP-APAL*, v. 8, n. 3, p. 102-106.
- Calikusu, C.; Yusel, B.; Polat, A. & Baykal, C. (2003). The Relation of Psychogenic Excoriation With Psychiatric Disorders: A Comparative Study. *Comprehensive Psychiatry*. V. 44, n. 3, p.256-261.
- Clements, H. (1973). *Doenças de pele*. Lisboa: Editorial Presença.
- Dias, H.Z.J., Rubin, R.; Dias, A.V. & Gauer, G.J.C. (2007). Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico. *Psicologia clinica*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.23-24.
- Fiorini, H. J & Peyrú, G.M. (1976/1978). *Desenvolvimentos em Psicoterapias*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves. (Tradução de M. L. X. Borges.)
- Fitzpatrick, J.E. (2000). *Segredos em dermatologia: respostas necessárias ao dia-a-dia: em rounds, na clínica, em exames orais e escritos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freitas, D.E.P. (2011). *Dissertação de Mestrado*. Escoriação Psicogênica: Aspectos psicológicos e fatores de personalidade. Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" – Bauru: UNESP
- Knobel, M. (1986). *Psicoterapia Breve*. São Paulo: EPU.
- Lemgruber, V. B. (1984). *Psicoterapia Breve: a técnica focal*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Ludwigwig, M.W.B. e cols . (2008). Localização da lesão e níveis de stress em pacientes dermatológicos. *Estudos de psicologia*. Campinas: v. 25, n. 3, p.343-352.
- Martelli, A.C. Ipele [online]. 2006. *Dermatoses psiquiátricas*. São José do Rio Preto: [update 2006 outubro 11; citado 2008 maio 13]. Disponível em: <http://www.ipele.com.br/livro/capítulo>. Acesso em: 13/09/2011.
- Mello Filho, J. (2002). *Concepção psicossomática: visão atual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Neme, C.M.B. (2005) Ganhos terapêuticos com psicoterapia breve em serviço de psico-oncologia hospitalar. In: C.P. Simon; L.L. Melo-Silva; M.A. dos Santos e cols. *Formação em psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na pratica*. São Paulo: Vetor.

- Neme, C.M.B. & Bredariolli, R.N.B. (2009). Mulheres com câncer de mama, útero e de ovários: estudos clínicos de casos. In: C.M.B. Neme (org). *Psico-oncologia: caminhos e perspectivas*. São Paulo: Summus.
- Oliveira, I.T. (1999). *Psicoterapia Psicodinâmica Breve: Dos precursores aos modelos atuais*. Psicologia Teoria e Prática: I (2), p. 9-19. Disponível em: <http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/view/1145>. Acesso em 15/08/2011.
- Pasquali, L. (1997). *Psicométrica: Teoria e Aplicações*. Brasília, DF: Editora UnB.
- Pasquali, L.; Azevedo, M.M. & Ghesti, I. (1997). *Inventário Fatorial de Personalidade*. Manual Técnico e de Avaliação. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Peres, R.S. & Santos, M.A. (2006). *A exclusão do afeto e a alienação do corpo*. São Paulo: Vetor.
- Perestrello, D.; Valle, J.R.; Blaya, M.; Luchina, I.L. & Schoenfeldt, B. K. (1966). *Medicina Psicossomática* (Psicopatologia e Terapêutica). São Paulo: Artes Médicas.
- Prado, R.B.R. & Neme, C.M.B. (2008). Experiências afetivo-familiares de mulheres com *alopecia areata*. *Estudos de Psicologia*. Campinas, v. 25, n. 4, p.487-497.
- Rocha, T.N. (2003). O atendimento dermatológico integrativo: uma contextualização do atendimento médico sob a ótica integrativa. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. Rio de Janeiro: v. 78, n. 5, p.619-624.
- Sampaio, S.A.P.; Castro, R.M. & Rivitti, E. (1978). *Dermatologia Básica*. São Paulo: Artes Médicas.
- Segre, C.D. (1997). *Psicoterapia Breve Integrada*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Sifneos, P. (1989). *Psicoterapia Dinâmica Breve: avaliação e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Short-Term Psychotherapy – evaluation and Thechnique, 1987. Tradução de A. E. Fillmann.)
- Simon, R. (2005). *Psicoterapia Breve Operacionalizada: Teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Engelhard, I. M. & Forker, A. E., Baer, L., O'Sullivan, R.L. & Jenike, M.A. (1999). Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J. Clinical Psychiatry*, v. 60, n. 7, p.454-459.
- Wolberg, L. R. (1965). *Psicoterapia breve*. São Paulo: Mestre Jou. (Tradução de A. Cabral).

Recebido em: 03/04/2012 / Aceito em: 04/05/2012.