

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS DE DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

ANA LUIZA BORZAGA BORTOLATO

PSORÍASE:
UM ENTRAVE NO CONTATO CORPORAL E NA RELAÇÃO
INTERPESSOAL

São Paulo
2014

ANA LUIZA BORZAGA BORTOLATO

PSORÍASE:
UM ENTRAVE NO CONTATO CORPORAL E NA RELAÇÃO INTERPESSOAL

Monografia apresentada ao curso de graduação da Pontifícia Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde como requisito parcial para conclusão do curso de Psicologia.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Marina Pereira
Gomes

São Paulo

2014

ANA LUIZA BORZAGA BORTOLATO

PSORÍASE:
UM ENTRAVE NO CONTATO CORPORAL E NA RELAÇÃO INTERPESSOAL

Monografia apresentada ao curso de graduação da Pontifícia Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, como requisito parcial para conclusão do curso de Psicologia.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Marina Pereira
Gomes

Área de concentração: 7.07.00.00-1 Psicologia

Resultado: _____

PARECERISTA:

Prof^a. Dr^a. Flavia Arantes Hime
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

São Paulo

2014

Aos meus pais, Antonio Cesar e Maria Luiza, que tiveram papel especial na realização de minha formação. Sem eles, a conclusão dessa etapa seria muito mais espinhosa;

À minha irmã, Tatiana e;

Aos pacientes psoríaticos.

Agradecimentos

Registro aqui meus sinceros agradecimentos aos meus pais, pela confiança em minhas decisões. Apesar de terem vivido uma juventude bastante diferente da minha, sempre me apoiaram, esforçando-se pela minha formação;

À minha irmã, Tati, pelas longas conversas sobre profissão e os impasses de nossas decisões;

Às minhas tias queridas, Cida e Cris, de quem nunca faltou amor;

À minha prima e amiga, Carol Poppi, pelas considerações e correções deste trabalho, elemento mais do que importante, já que para se compartilhar o conhecimento é fundamental uma boa compreensão do texto;

À Professora Marina Gomes, orientadora do meu trabalho, que me motivou com o tema, emprestando um pouco de seu nobre conhecimento e sempre tirando novos “coelhos da cartola”;

Ao meu namorado, Gui, pela atenção e preocupação, além da tolerância nos dias conflituosos e cansativos, muitos deles reflexo da vida acadêmica;

Às minhas colegas puquianas, que não poderia deixar de citar: Marina A., Marina R., Ana Carolina e Ana Flora, com quem compartilhei dificuldades, risadas, caronas e trabalhos durante esses anos. Foram companhias inesquecíveis e mais do que especiais.

*O que será que me dá
Que me bole por dentro, será que me dá
Que brota à flor da pele, será que me dá
E que me sobe às faces e me faz corar
E que me salta aos olhos a me atraíçoar
E que me aperta o peito e me faz confessar
O que não tem mais jeito de dissimular
E que nem é direito ninguém recusar
E que me faz mendigo, me faz implorar
O que não tem medida, nem nunca terá
O que não tem remédio, nem nunca terá
O que não tem receita*

(Chico Buarque, 1976)

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo o estudo do adoecimento da pele, em especial a psoríase, a partir do referencial da psicossomática psicanalítica. Abordando o fenômeno humano sob um ponto de vista integral, ou seja, a relação mente-corpo, fará-se uma leitura dos aspectos simbólicos da pele e dos possíveis significados da doença psoríase, enfocando o aspecto relacional. Entender o indivíduo em sua totalidade é também uma oportunidade de adquirir outros e novos recursos que possam ajudar o paciente a aliviar seu desconforto e desequilíbrio orgânico/emocional/psicológico. Prova da importância dessa reflexão é a atual definição de saúde da OMS: “Saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença”.

Palavras-chave: psicossomático; aparelho dermatológico; pele; psoríase.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
METODOLOGIA.....	14
1. O CORPO.....	16
2. A PSICOSSOMÁTICA.....	21
3. EXPRESSÕES SIMBÓLICAS DA PELE.....	29
4. A PSORÍASE.....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

INTRODUÇÃO

Levando em consideração a compreensão de saúde fundamentada no entendimento **biopsicossocial** do homem, somada ao interesse em compreender o fenômeno humano em sua integralidade, ou seja, suas disposições afetivas e emocionais, além dos aspectos bio e fisiológicos que também nos mantêm ativos para a vida e para o mundo, escolheu-se, neste trabalho, investigar a psoríase, doença inflamatória crônica que afeta o aparelho dermatológico, à luz do referencial da psicossomática psicanalítica.

A partir da compreensão de que nosso interior é separado e protegido do meio externo através do tecido epitelial – epiderme, derme e hipoderme – este trabalho irá debruçar-se na leitura da dimensão simbólica da pele e em como ela pode influir, em conjunto com outros fatores, no desencadeamento da psoríase. A pele, segundo Ballone, Ortolani e Neto (2007, p. 223), além de ser o “maior órgão do corpo humano e, talvez, aquele com mais variadas funções” sendo algumas dessas funções “de separação e proteção, toque e contato, expressão e manifestação, sexualidade, respiração, eliminação (suor) e regulação da temperatura”, é um órgão extremamente sensível e importante aos sentidos, nosso órgão de relação, que intermedeia o contato com o outro e é, também, o tecido que nos reveste, a nossa fronteira material entre o mundo interno e o mundo externo. Além disso, é interessante pensar algumas expressões populares relacionadas à pele que fazem referência a estados de humor, emoções e sensações como, por exemplo: “com os nervos à flor da pele”, “vermelho de vergonha”, “pessoa casca grossa” etc.

A partir dessas observações o que se pretende é alcançar uma compreensão que se aproxime mais da totalidade do fenômeno que, por vezes, é somente analisado do ponto de vista biologizante. Isto não quer dizer que pretendemos atribuir ao aparecimento da psoríase causas de ordem puramente simbólica ou psicológica. A bibliografia foi selecionada com o critério de propor uma discussão acerca da psoríase para além de sua etiologia biológica

Ávila (2002), em sua obra, discorre sobre o fenômeno psicossomático, tomando o corporal e o psíquico como processos contínuos com duas dimensões: uma interior e outra exterior, mas que se encontram como um mesmo inconsciente. O autor faz uso das posições teóricas de Groddeck sobre a “intencionalidade das doenças” e o que ela pode significar para

o indivíduo – para o seu **Isso**¹. Para o autor, o inconsciente fala através das doenças, assim como fazem os sonhos.

Peres (2006) aborda a questão do corpo para a psicanálise contemporânea e, para isso, faz considerações a respeito das concepções teóricas de Pierre Marty (ano) e Joyce McDougall (ano) e seus conceitos de **pensamento operatório** (carência fantasmática) e **desafetação**, respectivamente. Para o primeiro autor, a produção de sintomas corporais é facilitada pelos investimentos libidinais arcaicos e, para o segundo, pela produção de primitivos recursos defensivos. Segundo Peres (2006, p.173), existem divergências entre as propostas teóricas dos autores, entretanto

ambos postulam que esses sujeitos [psicossomáticos] se caracterizam por uma marcante restrição da capacidade de elaboração psíquica. Em função disso, tanto Marty quanto McDougall entendem as afecções orgânicas potencializadas pelo pensamento operatório ou pela desafetação como manifestações desprovidas de valor simbólico (PERES, 2006, p. 173).

Os dois autores citados também concordam que o corpo se torna erógeno a partir de um complexo processo que tem início na tenra infância, em que a figura materna não cumpre de forma apropriada a função de pára-excitação, ou seja, de proteger seu filho das tensões provenientes do mundo exterior. Os sinais pré-verbais que o bebê emite não são inseridos em um código linguístico, pois, para isso, deve-se interpretar a comunicação primitiva do bebê e nomear os estados afetivos, o que vai subsidiar o acesso da criança à palavra e favorecer o desenvolvimento de sua capacidade de simbolização. As experiências que a criança vive não serão, portanto, devidamente simbolizadas e seu corpo se apresentará como a vida privilegiada de exteriorização de seus conflitos (PERES, 2006). Winograd e Teixeira (2011), por sua vez, resgatam as elaborações freudianas acerca do conceito e dos destinos do afeto, defendendo também a unidade psicossomática.

Dias et. al (2007) abordam a questão da relação entre a pele e o psiquismo, propondo que o adoecimento da pele teria sua origem no estabelecimento de vínculos, nas internalizações dos objetos e nos modelos de relação objetal.

¹ **Isso** ou **Id** foi um conceito fundado por Groddeck para poder articular a compreensão do *ser humano inteiro*, saudável ou doente. “É a formulação da necessidade ingente de uma compreensão psicossomática, pois quando o homem adoecer, todo o seu ser está doente” (ÁVILA, 2002, p. 113-115).

Aurélio (2010) faz uma leitura da psoríase a partir de um referencial psicossomático psicanalítico, considerando a influência da relação dual no desenvolvimento psíquico e na construção da identidade do indivíduo. O estudo tem como objetivo central verificar a existência de relações entre o estresse e o aparecimento da psoríase. O autor afirma que doentes “psoriáticos manifestam a presença de sintomatologia depressiva e de características alexitímicas” (p. 62), mas conclui que essa é uma doença complexa que necessita de futuras investigações, de investimento e de articulação entre médicos e psicólogos. Jesus (2010) propõe uma leitura a partir de um ponto de vista mais “médico” da doença, porém defende a multifatorialidade em seu aparecimento e curso.

Já a medicina tradicional procura entender as doenças a partir de seu sentido fisiológico, que **também** é uma reação dessa totalidade. Segundo Ballone, Ortolani e Neto (2007)

As emoções fisiológicas que aparecem naturalmente em todas as pessoas determinam algum acontecimento biológico e físico. As emoções, que podem ser a alegria, o medo, a ansiedade, a raiva, entre muitas outras, causam sempre alguma reação orgânica, ou seja, alguma parte ou a totalidade do organismo percebe as emoções (BALLONE, ORTOLANI e NETO, 2007, p. 59).

As reações fisiológicas, que inclui as que as emoções produzem, existem e a ciência já nos provou com centenas de experimentos e pesquisas. A emoção é uma experiência genuinamente subjetiva, ou seja, cada indivíduo vivencia e registra aquela situação de uma forma, o que torna qualquer experiência individual, mas também é sempre acompanhada de um correlato fisiológico – ritmo cardíaco e respiratório, pressão arterial, temperatura etc. -, que não pode ser desconsiderado. O propósito aqui não é questionar esta evidência e “psicologizar” a tudo, mas sim entender como o fator psicológico repercute e se articula com reações fisiológicas. O ser humano é um ser integral, ou seja, é constituído de células, tecidos, órgãos, sistemas e, além disso – e não menos importante –, de subjetividade, disposições afetivas e emocionais; todos esses aspectos contemplam sua totalidade e estão em constante interação. É como uma moeda de duas faces: mente e corpo, estas existem juntas e expressam um mesmo fenômeno de formas diferentes; se olharmos somente para uma das faces desse fenômeno, nos privaremos de compreendê-lo no todo. A psicossomática desconstrói a dicotomia mente-corpo, pois procura entender essa relação e seus movimentos.

A relação entre emoções e transtornos orgânicos tem sido o ponto de partida de muitas hipóteses e teorias explicativas de muitas doenças. Entre as diversas emoções com respostas fisiológicas importantes, a **ansiedade** e a **raiva** parecem ser as mais importantes. Para que se desenvolva e se mantenha uma doença psicossomática são necessários dois fatores: a predisposição individual e a circunstância existencial (BALLONE, ORTOLANI e NETO, 2007, p. 62).

A predisposição individual é o aspecto pelo qual a pessoa tende a ter maiores reações emocionais e, conseqüentemente, maiores reações fisiológicas frente a suas vivências. Como efeito, a estimulação do sistema nervoso autônomo bem como do sistema endócrino e imune ficam mais aguçadas. O fator circunstancial configura os estímulos ambientais e existenciais, ou seja, configura os estímulos externos suficientes para essa penosa excitação fisiológica.

Tendemos, em geral, a atribuir às doenças – inclusive às de pele – uma causa de ordem puramente física, fisio ou biológica, sem estimar a interferência dos aspectos psicológicos, ou melhor, sem contemplar a relação mente-corpo. Essa lógica, que versa o pensamento moderno, é efeito do racionalismo cartesiano pelo qual, para se fundar na certeza, o conhecimento deve começar pela busca de princípios absolutamente seguros, ou seja, palpáveis. E já que na Psicologia a verificação empírica nem sempre é possível, visto que nossas disposições psicológicas – que antecedem as emoções e suas reações orgânicas – não têm um princípio puramente material, esse raciocínio acaba por nem sempre nos amparar. Essa dicotomia mente-corpo se configura a partir da medicina mais moderna. Segundo Penna ([19--], p.147)

A separação psique corpo é relativamente recente na história da humanidade. Historicamente, é a medicina de Hipócrates que inicia, no mundo ocidental, a caminhada rumo à distinção entre os padecimentos do corpo e da alma, tendo a medicina se ocupado daqueles e a religião destes (PENNA, [19--], p. 147).

Como efeito, surge uma tendência de **medicalizar** – que é diferente de **medicar** – as doenças. Uma alternativa de “resolver” os problemas e inibir os sintomas, que é atravessada pelo imediatismo da “vida moderna”, característico por ser pouco tolerante ao fracasso, espera e sofrimento, como se estas não fossem condições inerentes à vida. Parece que estamos procurando por uma constante de bem-estar “sintético”.

Segundo Silva e Silva (2007), uma das formas do indivíduo expressar insatisfação, mal-estar ou desconforto é por meio da somatização, ou seja, através da liberação não

intencional das emoções em um ou mais órgãos. Há uma diferença entre **somatização e doença psicossomática**. As **doenças psicossomáticas** apresentam alguma

alteração orgânica contável pelos exames clínicos ou de laboratório, o que não ocorre nas somatizações (...) A psicossomática está ligada à visão ideológica sobre a relação mente-corpo, sobre vulnerabilidades pessoais e sobre os mecanismos de produção de enfermidades, principalmente sobre os fenômenos relacionados ao estresse (BALLONE, ORTOLANI e NETO, 2007, p. 170).

Nos transtornos somatoformes, a queixa existe, mas não é encontrada nenhuma correspondência orgânica que a explique. A psoríase, que "é uma doença dermatológica descamativa e pruriginosa, que pode se manifestar de várias maneiras e em diversos graus", segundo Ballone, Ortolani e Neto (2007, p. 226), está dentro dos quadros de doenças psicossomáticas, ou seja, ela apresenta alterações orgânicas que possivelmente foram agravadas ou determinadas por fatores psicológicos. Para sustentar a proposta deste projeto quanto aos dados epidemiológicos, em consulta à literatura, foi verificado que

a psoríase atinge igualmente homens e mulheres e é caracterizada pela presença de manchas vermelhas, espessadas e descamativas, que aparecem, em geral, no couro cabeludo, cotovelos e joelhos. Podendo em outros casos se espalhar por toda a pele e também atingir as articulações. Existem dois picos de idade de prevalência: antes dos 30 e após 50 anos, mas podem surgir em qualquer fase da vida (PSORÍASE BRASIL, 2013).

Segundo Ballone, Ortolani e Neto (2007), a forma mais frequente de apresentação da doença é a psoríase em placas, caracterizada pelo surgimento de lesões de cor avermelhada e descamativas na pele, bem delimitadas e de evolução crônica. As escamas geralmente são esbranquiçadas e localizadas mais frequentemente nos cotovelos, joelhos, couro cabeludo e tronco. As lesões não costumam apresentar sintomas, mas pode haver discreta coceira no local.

Segundo Silva e Silva (2007), a etiologia da psoríase é desconhecida, no entanto existem fatores genéticos, endógenos e ambientais relacionados ao aparecimento e à piora da doença. E, além de todas as considerações acima, deve-se atentar ao estresse emocional desencadeado pelo constrangimento das lesões causadas pela doença.

Diante das considerações expostas, este trabalho propõe uma reflexão, através de uma revisão da literatura, acerca da díade mente-corpo, especificamente das relações entre as disposições psicológicas e a manifestação dermatológica denominada **psoríase**. Além da expressão da pele como uma alteração patológica propõe-se uma reflexão sobre a gama de possibilidades de expressões simbólicas através de suas funções para sobrevivência e vivência: a pele pode ser vista como fronteira entre o mundo interno e externo, como troca e contato entre sujeito e ambiente externo e como proteção física e psicológica.

METODOLOGIA

O presente trabalho propõe uma discussão acerca do fenômeno psicossomático, mais especificamente do distúrbio do aparelho dermatológico denominado psoríase. A literatura consultada afirma que a psicossomática é um fenômeno essencialmente humano, ou seja, em qualquer tipo de manifestação, seja ela patológica ou não, a psique e o soma estarão expressando um mesmo fenômeno: o humano, que não pode ser dicotomizado em corpo e mente/ psique e soma.

A bibliografia selecionada dentro do referencial psicanalítico foi escolhida com a finalidade de propor uma discussão acerca da psoríase para além de sua etiologia biológica, ou seja, levantar as possíveis finalidades da doença e seus significados, que estão intimamente associados às expressões simbólicas da pele e à estruturação de nossa identidade e de um aparelho psíquico organizado. Para isso, foram consideradas as influências que são potencialmente comprometedoras para o desenvolvimento psíquico da criança e para a construção de uma individualidade estruturada, o que, segundo a literatura estudada, facilita a produção de sintomas corporais.

Buscou-se fornecer uma síntese de informações que contribuirão para uma melhor compreensão da Psoríase, de modo a contemplar a totalidade das influências que desencadeiam, ou ao menos facilitam, o aparecimento e a reincidências da doença.

No primeiro capítulo, são apresentadas algumas observações sobre o corpo, que é a estrutura física que nos coloca no mundo. Essa estrutura está em constante interação com outras estruturas físicas semelhantes, ou seja, com outras pessoas e também com todas as forças da natureza, sofrendo as influências de todos os seus fenômenos. O corpo é transparente e não nos deixa mentir. E apesar de “nos pertencer”, em muitas situações não temos controle algum sobre ele, pois pode expressar muitos de nossos estados internos, desde enrubescimentos de pele em situações constrangedoras até o adoecimento em situações que ultrapassam os limites do que damos conta de suportar.

No segundo capítulo, é abordada a questão da psicossomática a partir do referencial teórico da psicossomática psicanalítica. Realizam-se uma síntese e um diálogo entre diferentes concepções teóricas referentes ao assunto, todas concordando com a premissa de que é a qualidade como são estabelecidas as relações que influenciam o desenvolvimento da criança, o que terá influência direta nos seus padrões de relacionamento na vida adulta e de estratégias psíquicas de elaboração de conflitos.

No terceiro capítulo, desenvolvem-se as relações existentes entre a pele e o psiquismo. Assim, a pele, além das funções de sobrevivência vital, carrega consigo expressões simbólicas: um "envelope" contendor e protetor de nossa individualidade; um órgão de intermediação de contato, através da experiência sensorial do tato, com o outro e de troca com o ambiente, ao mesmo tempo em que é o que nos diferencia, corporalmente, do mundo exterior ("delimitação" do que está dentro e fora); e um órgão de expressão, muitas vezes involuntária, de estados internos.

No quarto capítulo, por fim, é descrita a doença psoríase, com menção às suas características, incidências e o levantamento de algumas hipóteses de sua etiologia, que é considerada multifatorial, ou seja, não se restringe a ação unilateral de microrganismos. Nas considerações finais, é realizada uma retomada da discussão e são propostas algumas conclusões relativas à psoríase, sustentadas a partir do apanhado de considerações desenvolvidas ao longo do trabalho.

1. O CORPO

Pouco escutamos os sinais que nosso corpo expressa, pois preocupados demais em “tratar” nossas doenças orgânicas, ou o que nos traz incômodos, comumente consumimos fármacos nem sempre prescritos por um médico, mas que, preferencialmente, o mais rápido possível, inibam os sintomas do mal-estar, desconforto, lesão, ou qualquer outra mudança no funcionamento usual do corpo. O sintoma nos alerta para algo que não está funcionando bem. Para Ávila (2002, p.36) “na doença, o corpo passa a demandar consideração, obrigando a mente a dirigir sua atenção para suas funções (...)”. O que comumente ocorre é que procuramos localizar a disfunção orgânica e tratá-la precisamente, negando a totalidade do funcionamento do nosso corpo. As especialidades afunilam-se cada vez mais em especificidades do corpo, o que trouxe indiscutíveis avanços para a medicina, mas, do ponto de vista “humano”, saímos perdendo, pois a medicina moderna, em sua maioria, acaba por tornar a vida um tanto artificial e reduzir o indivíduo, seu paciente, a um pé, a uma artéria, a um rim ou a sua própria doença, como uma unidade à parte, fazendo do homem um ser “repartido no interior de suas especialidades” (ÁVILA, 2002, p. 60). Tal entendimento rompe com as teorias globalizantes, com o olhar ao funcionamento holístico do corpo e ao conjunto de diferentes fenômenos – orgânicos, mentais, emocionais, sociais, espirituais etc. – que compõem a vida do homem. Segundo o mesmo autor (2002, p.37)

A medicina moderna quase chegou a acreditar que poderia ater-se unicamente aos aspectos biológicos e bioquímicos deste corpo, vendo-o fundamentalmente como organismo. A psicanálise veio demonstrar que este corpo era um corpo trabalhado pelas pulsões, um corpo sexual, que existe na mente como corpo construído. A psicossomática, filha abastarda da medicina com a psicanálise, veio demonstrar o quanto esta mente é capaz de produzir manifestações no corpo biológico. Sintomas nascem e desaparecem pela ação aparentemente exclusiva da mente (ÁVILA, 2002, p. 37).

O corpo humano é um sistema que está inserido, em contato e em relação com outros sistemas, com o ambiente externo, e é influenciado por suas ações naturais como os ciclos, a temperatura, a umidade, além dos aspectos sociais. Assim como o homem, que é um ser total, não pode ser dividido em corpo e mente, nem isolado a algum órgão específico a ser curado, também não há meio de desvincula-lo de seu ambiente, pois estas duas instâncias – homem e

meio – se interdependem e estão inseridos em uma rede de relações. Segundo Lopes (1970 *apud* ÁVILA, 2002, p. 52)

Hipócrates considerava o organismo como um pequeno mundo contido no grande. Uma espécie de planeta vivo efêmero cujos movimentos cíclicos eram regidos por leis que permitiam prever a marcha evolutiva dos fenômenos vitais nos estados de saúde e doença. (...) Imaginava ele uma força, um princípio simples e múltiplo nos seus efeitos, que presidia todas as funções (...) é a força vital, é a natureza que tudo preside. Força vital, em grego, era denominada *psychê*, instância imaterial do corpo, “aquilo que animava o corpo” (ÁVILA, 2002, p. 52).

A experiência do corpo humano com o mundo também nos ajuda a entender a dinâmica total do universo: o corpo humano é um sistema, constituído de outros pequenos sistemas e em relação com vários outros sistemas. O humano, constituído de instâncias inseparáveis, corpo e mente, é um sistema “de curta duração” que está em um grau maior ou menor de relação com outros sistemas, sejam eles seres vivos ou não. Hipócrates dizia que “para conhecer-se a natureza do homem é necessário conhecer-se a natureza de todas as coisas” (AUTOR, ano, p.). Na Idade Média, as concepções da Antiguidade em relação à ideia de interdependência homem-totalidade continuaram. Segundo Ariès (1986 *apud* ÁVILA, 2002, p.54)

A partir de um certo grau de solidariedade entre os fenômeno, tal como postula o *Le grand propriétaire*, não é mais possível intervir sem provocar reações em cadeia, sem destruir a ordem do mundo: nenhuma das categorias do cosmo dispõe de uma autonomia suficiente, e nada pode ser feito contra o determinismo universal (ARIÈS, 1986 *apud* AVILA, 2002, p. 54)

Descartes inaugura a dicotomia mente-corpo. A partir do século XVII, seu método, baseado na dúvida e em provações empíricas, conceitua *res extensa* – matéria – e *res cogitans* – alma pensante. Esta formulação terá grande influência na ciência, incluindo a medicina.

Para o conjunto da medicina tradicional, com sua divisão rudimentar em especialidades, e seu parco conhecimento etiológico, começa uma profunda inflexão de rumos. Aquela visão de conjunto que o médico hipocrático trazia, e que todo o período medieval mantivera, vai ser rapidamente substituída por uma intensa catalogação das doenças. (...)

Os vírus e as bactérias, descobertos com o auxílio do microscópio, sem dúvida trouxeram imenso avanço médico (...) Mas representaram também a confirmação de que cada doença pode ser remetida a uma causa determinada, contribuindo para o definitivo abandono das teorias globalizantes, que ficaram, assim, consideradas ideias supersticiosas, “pré-científicas”, “mágicas” etc. (ÁVILA, 2002, p. 59-60).

Dessa forma, apesar de a experiência clínica alertar os médicos para a importância dos aspectos emocionais e para as condições de vida de seus pacientes, esses assuntos permaneceram em geral fora do campo científico. Durante os primeiros decênios deste século, esses problemas tornaram-se objeto de grupos científicos marginais, como os psicanalistas (JESUS, 2010).

Como lidamos com a psique, vai sempre se registrar no corpo, através da nossa postura corporal, tensões, linhas de expressão ou desequilíbrios orgânicos. Separar o que vivemos em nível psíquico do que atua na cena do corpo é insustentável, pois somos todos seres psicossomáticos. Não necessariamente precisa haver uma relação de causalidade. Em algumas situações, psique e corpo podem, de formas distintas, revelar um mesmo fenômeno, como o exemplo da moeda, que possui duas faces diferentes, mas que continuam sendo uma única moeda. A partir dessa consideração, ante um sintoma psicossomático, devemos crer que a melhor solução não seja **apenas** encaminhar o paciente para um clínico geral, mas sim **também** investigar os

processos inconscientes que são ativos na sobredeterminação daquele sintoma. O inconsciente dispõe de duas telas, uma psíquica e outra corporal, e em ambas pode fazer-se representar. Expresso, ou ‘apresentado’ na tela corporal, não deixa de ser um produto do inconsciente, e não resolve, muitas vezes, quando é apenas “tratado” medicamente, sem se deixar enunciar como importante manifestação das questões que mobilizam esse indivíduo em suas relações com sua vida, seu corpo, seus vínculos e sua história pessoal (ÁVILA, 2002, p. 38).

A doença não é um evento à parte do sujeito, é um acontecimento em sua história e, por isso, é preciso entender as relações desse sujeito consigo mesmo, com seu corpo, com a sua doença, com seu ambiente etc.

A vulnerabilidade é tanto um fator pessoal quanto um fator social, dependente das condições gerais de vida da pessoa, fatores físicos,

sociais, profissionais, ecológicos etc., assim como psicológicos, confluem para a determinação de um quadro de influências (ÁVILA, 2002, p. 82).

Os acontecimentos sentidos e vividos em nível corporal possuem representações na mente: apresentam um sentido, significação psíquica e, por vezes, funcionalidade; é como se a psique estivesse imprimindo em nós algo dela, é essa “intenção psíquica” que nos permite interpretar o sintoma somático. Esse é um comentário um tanto grosseiro, de cunho didático, já que não existem instâncias distintas, somos um único ser, que é único, que possui corpo e mente e o corpo está na mente e a mente está no corpo em um movimento conjunto. Inclusive as chamadas técnicas corporais produzem movimentos na mente, assim como nossas disposições psíquicas modificam o corpo e o modo como nos colocamos no mundo. Exemplo mais claro disso são as posturas corporais, que revelam nossos estados internos desde as manifestações mais sutis até corpos completamente retraídos.

O “corpo” que a psicanálise descreve quando estuda os sintomas “funcionais” ou conversivos é um *corpo trabalhado*, cujas manifestações não podem mais ser reduzidas às ações físicas e químicas do ambiente ou do organismo, mas que deve ser entendido como um corpo *pulsional*. Transtornos aparentemente somáticos só podem ser compreendidos em sua relação com um corpo que é erogenizado, não apenas em determinadas zonas, mas em seu todo (ÁVILA, 2002, p. 76).

A ideia de que determinada doença é psicossomática já é um tanto antiquada de modo que somos inteiramente seres psicossomáticos, ou seja, todos os processos e fenômenos humanos têm influências do corpo e da mente. É difícil introduzir esse tipo de raciocínio em nosso pensamento ocidental, que tem a tradição positivista/racionalista inerente. Na realidade, é pouco convencional tratar algum problema com métodos mais lentos e que demandem reflexão acerca de seus fenômenos. A medicina, amparada pela tecnologia, procura se aperfeiçoar cada vez mais para eliminar o desconforto rapidamente. Não se faz aqui defesa para que se abandone esses tratamentos e não se tem a intenção de depreciar o que a medicina já produziu de conhecimento científico e ajuda para a sociedade. O alerta é para a importância de conseguirmos alcançar uma compreensão mais abrangente acerca do homem, não exclusivamente como um organismo, mas como uma unidade corpo-mente, ora a expressão de uma polaridade sobressaindo, ora a outra; mas independentemente desses “graus” de

percepção das manifestações do corpo e da mente, não há separação. Na psicologia, essa compreensão já é bastante difundida, mas entre outras classes de profissionais que estão envolvidos e preocupados com as questões da saúde e do adoecer humano é pouco valorizada, bem como no corpo social como um todo.

Nossa relação com o tempo vem cada vez mais sendo atravessada pela máxima da produtividade, que o torna cada vez mais “corrido”, já que ocupamos grande parte do dia com atividades que nos coloquem neste “fluxo da produtividade”, o que contribui para o distanciamento de contato com nosso corpo e suas manifestações, e nas relações, que estão mais empobrecidas e distanciadas afetiva e corporalmente. O que também contribui para este distanciamento são os padrões estéticos altamente vinculados com o mercado e seus interesses, que produzem sérias consequências no modo como nos relacionamos com nosso corpo, relação esta que é potencialmente frustrante já que este ideal é quase impossível de ser alcançado, dado seu caráter artificial e volúvel. Tudo isso e muito mais contribui para o mal-estar geral, vide as estatísticas alarmantes de incidência de transtornos no estado de humor, como a popular depressão.

2. A PSICOSSOMÁTICA

A partir da compreensão do ser humano como uma unidade mente-corpo, é possível que se afirme que somos seres por definição seres psicossomáticos, ou seja, em todas as nossas formas de expressão, a psique e o soma estão em relação, algumas vezes uma dimensão em maior ou menor grau de notabilidade que a outra. Uma enfermidade física/orgânica é provocada por múltiplos fatores, inclusive por processos inconscientes. Corpo e mente nascem de uma mesma matriz psicossomática, que é a relação dual mãe-bebê, e progressivamente se diferenciam. A primeira diferenciação que existe é a do corpo com alguma representação do ambiente externo, que costuma ser o seio materno. Simultaneamente a esse processo, o que é psique se diferencia do que é soma, mas continuam interligados, sendo uma de suas expressões o adoecimento psicossomático.

É sabido que, na vida adulta, quando da emergência de conflitos, tendemos a utilizar um funcionamento mais ou menos regressivo no enfrentamento da crise. Assim, não podemos desconsiderar o uso do corpo como veículo de expressão do sofrimento, quando circunstâncias internas ou externas ultrapassam os modos psicológicos de resistência habitual, além de ser o meio através do qual estabelecemos as relações (DIAS et al, 2007, p. 25).

Freud propôs que se discriminasse o “lesional” do “funcional”. Aquele sintoma ou lesão que se apresenta para o especialista não se restringe a um fenômeno organicamente localizável, mas também a ações da mente. Ávila propõe que (2002)

O sintoma psicossomático seja visto como um processo em que uma questão subjetiva segue um caminho adverso: ao invés de conseguir aceder à mente, como processo mental, ou seja, representação, essa situação se traduz corporalmente, ou seja, se apresenta como expressão do corpo (ÁVILA, 2002, p. 37).

Isso não quer dizer que os demais processos “não patológicos” não tenham influências das questões subjetivas do sujeito, mas como este trabalho tem por objetivo tratar do assunto da psicossomática enquanto uma manifestação patológica do aparelho dermatológico, irá se restringir mais aos conteúdos publicados a respeito dessas alterações. Segundo Luiz Carlos Osório (1994 *apud* ÁVILA, 2002, p.37) “**soma e psique** [grifos do autor] são como duas linguagens a expressar simultaneamente o mesmo fenômeno vital, sendo intertraduzíveis”.

Hoje a psicossomática é incluída como uma *nova especialidade* pela medicina, o que é uma desconsideração do que, até pelo menos o século XVIII, era a base do raciocínio clínico.

No que se refere ao tratamento de doenças, possivelmente seríamos mais assertivos se nos dispuséssemos a entender o que um sintoma e as emoções envolvidas em sua ocorrência querem dizer sobre uma determinada pessoa. “É a história do indivíduo, sua biografia, que está na base da elaboração de seus sintomas” (ÁVILA, 2002, p. 69). Dessa forma, pode ser inútil tratar uma doença sem tratar sua representação psíquica; fazendo isso, estaríamos apenas eliminando o sintoma, e, sem muita demora poderíamos observar o surgimento de novas complicações. Isso nos leva a pensar que, de alguma forma, aquela manifestação inicial de adoecimento em algum outro momento pode “vazar” por outros meios. Segundo Ávila (2002, p.115-116), “a procura da significação da doença pode acarretar sucesso ou fracasso do tratamento médico, pois se ela é desprezada, o **Isso**² do sujeito continuará demandando alguma expressão e, daí, ‘a voz insistente da enfermidade’”.

A insuficiente ou a ausente elaboração de acontecimentos na vida do sujeito vai determinar o aparecimento de doenças, mas o fato dessa manifestação patológica não se expressar na mente e sim no soma, explica os autores Pierre Marty (1963/1968/1985) e Joyce McDougall (1984/1989/1991), reflete a incapacidade de simbolização e representação.

A perspectiva do adoecer psicossomático remete-nos para uma falha relacional precoce anterior à linguagem e à introjeção de um objeto interno securizante e contendor considerando-se uma relação dual disfuncional e pouco organizadora da vida mental, na medida em que a mãe constitui o primeiro contato do bebê com o mundo exterior. (AURÉLIO, 2010, p. 14).

Já é sabida a importância dos pais no desenvolvimento psíquico da criança, sobretudo da figura materna, considerando que é esta quem vai estabelecer os primeiros contatos com a criança, tanto em nível corporal quanto psíquico. Entende-se função materna, ou mãe, independentemente da terminologia, como equivalente a uma competência desempenhada por qualquer adulto, de qualquer gênero, que invista no desenvolvimento da criança, podendo este ser a mãe biológica ou não; é importante que consideremos com igualdade as diversas configurações familiares que existem e se criam. O que importa, para o desenvolvimento psíquico da criança, é como essa relação vai se estabelecer. O ser humano, desde o início da

²Ver nota 1.

vida, é um ser relacional, que precisa de atenção, não só para suprir suas necessidades vitais de nutrição, mas também para lhe oferecer afeto.

Neste início de vida, mundos externo e interno estão indiferenciados para o bebê. Em uma relação de simbiose suas necessidades são atendidas pela mãe, que desempenha uma função contentora e securizante, pois faz coincidir a sua presença com as necessidades do bebê. Neste início, essa relação primordial com a mãe, que inclui as experiências de contato pele com pele e o calor do corpo, exerce papel importante para o desenvolvimento do aparelho psíquico e emocional da criança, pois é no corpo que “se imprimem os primeiros registros afetivos” (DIAS, et. al, 2007, p. 23). Em todas as fases da vida, essa troca é importante, mas, esse primeiro momento mãe-bebê, é crucial, já que o corpo é o único *instrumento* de comunicação do bebê além de ser o período em que começa a se estruturar seu aparelho psíquico. Segundo Montagu (1988):

(...) a estimulação tátil parece ser uma experiência fundamentalmente necessária ao desenvolvimento comportamental saudável do indivíduo. A impossibilidade de receber estimulação tátil adequada nos primeiros anos de vida resulta numa impossibilidade crítica de estabelecer relações de contato com outras pessoas. A gratificação dessa necessidade, mesmo em adultos, pode servir para dar-lhes a tranquilidade de que precisam, a convicção de que são desejados e valorizados e, deste modo, envolvidos e incluídos numa rede de valores em conexão com as outras pessoas. A pessoa desajeitada em suas relações de contato com os outros é desajeitada em suas relações corporais com os mesmos, em seus apertos de mão, nos abraços, nos beijos, em geralmente todas as suas demonstrações táteis de afeto, e isto se dá principalmente porque sofreu uma carência em termos de relações interativas de contato corporal com sua mãe (p. 273).

No ventre da mãe, a vida era uma riqueza infinita.
Sem falar nos sons e nos ruídos, para a criança todas as coisas
estavam em constante movimento.
Se a mãe se erguer e andar,
se ela se virar ou inclinar-se
ou erguer-se na ponta dos pés.
se ela debulhar legumes ou usar a vassoura,
quantas ondas,
quantas sensações para a criança.
E se a mãe for descansar,
pegar um livro e sentar-se,
ou se deitar e adormecer,
sua respiração será sempre a mesma
e o marulho calmo
a ressaca

continua a embalar o bebê.

Depois,
 passada a tempestade do nascimento,
 eis a criança sozinha no berço,
 ou melhor dizendo, numa dessas caminhas que são como gaiolas
 de recém-nascidos.
 Nada mais se mexe!
 Deserto. (LEBOYER, 1995)

Frédéric Leboyer (1995), obstetra francês, fala da importância de alimentar a pele do bebê e nutri-la com amor tanto quanto o ventre o fazia. Ele trouxe ao ocidente a técnica de massagem milenar indiana batizada como Shantala, nome de uma mulher que viu em uma calçada pública massageando seu bebê. A criança, acostumada ao calor, envolvida e protegida por uma estrutura firme e delicada do ventre, que se nutre e respira através da mãe, de repente é colocada em um mundo que, para ela, é potencialmente aterrorizante e hostil. Segundo Leboyer (1995, p.14), “nesse oceano de novidades, de desconhecido, é preciso devolver-lhe as sensações do passado. Só elas, nesse momento, podem oferecer-lhe um sentimento de paz, de segurança”.

Sim!
 Os bebês têm necessidade de leite.
 Mas muito mais de ser amados
 e receber carinho (LEBOYER, 1995)

A delimitação do espaço interno da criança é preparada durante esse primeiro período de indiferenciação por meio da construção de uma pele psíquica. A criança começa a interiorizar uma imagem estável da função materna – adulto que desempenha função securizante e contentora para o bebê – e a compor seu objeto libidinal, seu objeto de amor. Para Aurélio (2010), a partir dessa relação dual mãe-bebê, de investimentos afetivos, contato corpo a corpo e alimentação, começa a se formar um espaço mental: o **Eu-Pele**, que tem a importante função de manutenção do psiquismo. Além disso, é também, simbolicamente, um envelope contentor das experiências sensorio-motoras e emocionais promovidas pelo cuidado responsivo do objeto materno. É somente porque existe o sentimento de unidade da díade que o bebê consegue formar uma imagem estável da figura que desempenha a função materna

para, posteriormente, ser capaz de se diferenciar dela e, logo, elaborar a noção de limites entre o interior e o exterior e estruturar um espaço psíquico organizado. É a mãe quem vai apresentar o mundo ao seu bebê e permitir, ou melhor, oferecer os meios para que ele construa a sua própria realidade interna e tenha acesso à relação objetal.

A qualidade das relações é o que, na maioria das vezes, produz algum tipo de sofrimento às pessoas. O impacto dessas relações ocorre num primeiro momento em nível psíquico, das constituições internas, nos registros das relações objetais. Num segundo momento, podem atingir o campo somático, se não elaboradas no plano mental, no que McDougall (1978/1989) chamou de eclosões psicossomáticas, quando a vivência dos afetos pode ser tão desagregadora que exceda a elaboração psíquica (DIAS et al, 2007, p. 24).

No decorrer das relações objetais, ocorre a internalização do objeto e de suas características próprias, movimento elementar para o desenvolvimento da estrutura psíquica, já que é através desse processo que o sujeito vai se diferenciar do “outro” e, gradualmente, assumir funções originalmente por ele supridas. Sem essa internalização, o bebê continua indiferenciado do mundo externo. Ou seja, objetos internos são representações intrapsíquicas das relações com o outro (DIAS et al, 2007).

“O estabelecimento de uma relação dual **adequada e equilibrada** [grifos meus] é essencial para o desenvolvimento psíquico da criança e, conseqüentemente, para a construção de uma identidade estruturada e coesa” (AURÉLIO, 2010, p. 14). O bebê depende da disponibilidade de um adulto genuinamente preocupado com os seus cuidados, isto é, que possa contribuir para uma adaptação ativa e sensível às suas necessidades que, a princípio, são absolutas (SANTOS, 1999), mas a mãe não pode fazer seu bebê crescer e nem controlar o sentido desse crescimento, ela **auxilia** o seu processo de maturação.

Esta relação dual de amor e cuidado estrutura a vida mental do bebê e, conseqüentemente, a progressiva diferenciação entre o corpo da criança e o corpo da mãe. A elaboração do espaço psíquico corresponde à passagem de uma linguagem primitiva não verbal para a capacidade de simbolização, a função alfa de Bion (1988), que permite a transformação de elementos sensoriais em elementos do pensar. Esta linguagem primitiva constituída por significantes não verbais constrói-se nas trocas expressivas entre a mãe e o bebê, cuja elaboração permite à criança o desenvolvimento da própria linguagem enquanto sinal de autonomia, bem como, o acesso à representação (AURÉLIO, 2010, p. 16).

Pacientes psicossomáticos revelam insuficiente capacidade de representação e simbolização, além da falta de elaboração dos conflitos psíquicos, especialmente no que diz respeito aos afetos, expulsando-os do consciente.

Na infância, a pele psíquica é o que vai delimitar o continente corporal e preparar a criança para incorporar a função “pele envelope”. Esta função possibilita a elaboração de um espaço psíquico organizado. Falhas ao nível da simbolização e da representação são provocadas por uma relação dual que não atende suficientemente às necessidades de segurança e conforto, inviabilizando o desenvolvimento de um aparelho psíquico organizado. Essas restrições empobrecem as atividades de fantasia e pensamento e, por consequência, a expressão dos afetos, já que é fundamental a capacidade de simbolização e representação para acessar e dar conta, em uma dimensão psíquica, desses conteúdos. Segundo Aurélio (2010, p.19), “na ausência do mundo fantasmático, a capacidade de simbolização não é alcançada nem tampouco o espaço de ilusão necessário à organização do pensamento, nomeadamente, à representação dos objetos internos”.

Em função dos achados oriundos de seus trabalhos clínicos, Marty e M'Uzab (1962/1994) apontaram que usualmente pacientes somáticos apresentam pensamentos superficiais, desprovidos de valor libidinal, excessivamente orientados para a realidade externa e estreitamente vinculados à materialidade dos fatos. Desse modo, sugeriram que os sujeitos em questão se caracterizam por um comprometimento da capacidade de simbolização (...) evidenciando a ocorrência de investimentos libidinais arcaicos, semelhantes àqueles executados quando o aparelho mental opera sob a égide do processo primário. Consequentemente, a energia psíquica – o substrato quantitativo da simbolização – se encontra livre e fomenta a utilização compulsiva dos caminhos mais rápidos e diretos de escoamento das tensões (MARTY, 1962, e M'UZAB, 1994 *apud* PERES, 2006, p.168).

Pacientes psicossomáticos têm marcantes restrições para elaborar psiquicamente afetos desestruturantes, o inconsciente é pouco capaz de se expressar por meio da representação e é no plano material, fatural e colado à realidade, que vai encontrar um caminho de manifestação. Diante disso, o aparelho sensório-motor faz como uma significativa via de escoamento dessas tensões, por intermédio de uma linguagem primitiva não verbal. “Tais atos se afiguram essencialmente como movimentos de exteriorização desprovidos de valor simbólico” (PERES, 2006, p. 172).

(...) qualquer indivíduo pode apresentar sintomas corporais quando as excitações às quais é submetido fogem a seu controle. Porém usualmente o sujeito que não é portador desse distúrbio da economia afetiva somatiza somente em situações extremas, que tornam inoperante o emprego de mecanismos de defesa menos radicais do que o repúdio para fora do ego. Os desafetados³, em contrapartida, tentam a ejetar da consciência **qualquer** [grifo meu] sentimento potencialmente desestruturante e, como consequência, são impelidos a apresentar reações orgânicas perante o sofrimento mental com maior frequência e intensidade (PERES, 2006, p. 172-173).

“Nas estruturas psicossomáticas, o corpo é o meio de comunicação do indivíduo” (AURÉLIO, 2010, p. 17), diferentemente do neurótico, por exemplo, que se vale de recursos como o recalçamento e a negação, ou seja, o trabalho mental, como filtro de suas tensões. O sofrimento psíquico pode ser vivido ou não; na primeira situação, o sujeito deprime e na segunda, fragiliza e faz sofrer o corpo com suas descargas de tensões na chamada organização pré depressiva – a depressão falhada ou depressão essencial –, ou seja, a depressão não organizada mentalmente. Ainda segundo Aurélio (2010, p.23), “nestes pacientes, a incapacidade de elaborar e conter as experiências afetivas na sua realidade psíquica devido à sua fragilidade narcísica precoce traduz-se numa maior vulnerabilidade psicossomática, principalmente na presença de eventos geradores de stress”. Pacientes psicossomáticos manifestam sentimentos de inferioridade e parecem apresentar padrões de relacionamentos caracteristicamente empobrecidos e inseguros, o que se relaciona a essa falha narcísica, que empobrece a formação de uma auto-imagem e o reconhecimento da identidade do indivíduo.

É possível que um indivíduo que desenvolveu, precocemente, uma identidade debilitada manifeste uma auto-estima distorcida, ou mesmo excessivamente negativa, que se traduza numa lacuna entre mundo interno e mundo externo. Assim, a separação entre as representações [de si e do outro] e as próprias emoções – alexitimia – permite-lhe ignorar o sofrimento causado pelo trauma narcísico (AURÉLIO, 2010, p. 51).

O termo **alexitimia** define a dificuldade de reconhecimento e verbalização de emoções, o que compreende também a incapacidade de o indivíduo distinguir estados emocionais e sensações corporais. Sifneos (1972) introduziu o termo durante suas investigações acerca do fenômeno psicossomático. O autor quis delinear um conjunto de

³ O termo **desafetação** foi criado por Joyce McDougall (1984) especialmente para o distúrbio psicossomático e indica o “rompimento do indivíduo com seus próprios sentimentos” (PERES, 2002, p. 172).

traços afetivos e cognitivos que observou nesse tipo de pacientes, especificamente no estilo de comunicação que os diferenciava dos pacientes neuróticos (AURÉLIO, 2010). O empobrecimento dos recursos de fantasia e pensamento, presente no paciente psicossomático, está associado ao conceito de **alexitimia**, já que o sujeito alexitímico tem dificuldade em reconhecer e descrever suas experiências subjetivas. “O indivíduo psicossomático, incapaz de nomear os seus estados afetivos, expressa uma falha ao nível dos processos de simbolização” (AURÉLIO, 2010, p. 27).

Proponho que se tome o sintoma psicossomático como um capítulo da história do sujeito que não pôde ser escrito psiquicamente, e que tomou a forma de um hieróglifo inscrito no corpo. Visto dessa forma, sua dissolução equivale a transcrevê-lo: dar-lhe linguagem verbal e representacional na esfera psíquica. Por isso, sua dissolução eventualmente é rápida, bastando um único “ato psicanalítico” para interromper sua expressão somática e iniciar seu registro como produto psíquico intercambiável, ou seja, representação ao invés de apresentação (ÁVILA, 2002, p. 38-39).

A **cura** é compreendida como a ausência do sintoma que incomodou e chamou atenção de um sujeito para um fenômeno em seu corpo. Mas, na cena psicanalítica, a eliminação do sintoma é de natureza diferente, pois não é bem uma eliminação, mas sim a “reintegração, na mente do indivíduo, daqueles conteúdos que o processo da representação havia suprimido. Acentua-se (...) o papel da expressão verbal, condição para o processo de conexão do indivíduo com a sua história” (ÁVILA, 2002, p. 70). Ou seja, aqui o sujeito não se restringe apenas a aguardar pacientemente as intervenções do especialista; ele é ativo no processo terapêutico através, por exemplo, da expressão verbal (um dos recursos) de seus afetos, procurando reintegrar aspectos inconscientes como parte de seu **eu-sujeito** no mundo, em um trabalho que se dá no encontro terapeuta/paciente para elaboração e sublimação dos aspectos que ficaram fora de uma representação simbólica possível.

3. EXPRESSÕES SIMBÓLICAS DA PELE

Como instrumento de amparo para sustentar a proposta do presente trabalho, na direção de entender a pele como um órgão de relação, são apresentadas algumas das possíveis manifestações simbólicas da pele que, com pouca dificuldade, podem ser percebidas e vivenciadas por todo e qualquer indivíduo.

A pele, funcional e simbolicamente, é o órgão que reveste todo o nosso corpo, protege nossos órgãos internos de ataques de diversas naturezas e tem como principal função proteger e regular o corpo de todo o seu contato com o meio ambiente. “A pele contém uma variedade de tipos celulares e mediadores que, juntos, constituem seu sistema imune e desenvolvem a proteção do corpo humano contra agentes externos” (BOS et al., 2006 *apud* RODRIGUES e TEIXEIRA, 2009, p. 303). Sem a pele, possivelmente, nossa sobrevivência estaria comprometida. Segundo Montagu (1988)

Tecida de uma variedade de células resistentes e robustas, a pele protege os tecidos macios e moles do interior do corpo. Como as fronteiras de uma civilização, a pele é um bastião, local em que se travam escaramuças, e em que os invasores encontram resistência; aí se localiza nossa primeira e última linha de defesa (MONTAGU, 1988, p. 25).

Mas, além desses aspectos funcionais, chama a atenção a dimensão de proteção simbólica da pele, como um abrigo de nossa individualidade. É importante salientar que uma coisa não exclui a outra, ou em outras palavras: os aspectos funcionais ajudam a construir as representações simbólicas, e vice-versa. O que se quer dizer com isso é que a importância vital da pele de nos proteger de perigos do ambiente pode, também, ter ajudado a construir a expressão simbólica da pele de proteção do nosso íntimo. Segundo Galiás (2002 *apud* HOFFMAN et al., 2005, p.55), “a pele é o nosso envoltório, podendo ser considerada o sistema que delinea nossa individualidade e que nos coloca em contato com o mundo e com as pessoas” .

Nossa individualidade não é algo determinado por algum tecido ou qualquer outra espécie de material, ela paira, é algo impalpável, mas o que se quer dizer é que podemos entender nosso corpo como pelo menos **uma** de nossas constituições. Nesse sentido, a pele, já que é a camada mais superficial ao externo, do ponto de vista físico, pode ser compreendida como um órgão de proteção do nosso íntimo. Sem a pele, todo o nosso interior estaria exposto

ao meio e a seus ataques, tanto físicos quanto psíquicos. Como sistema que delinea a individualidade, a pele tem seu caráter de proteção e, também, de “delimitação” do dentro-fora, pois é a partir dela que se iniciam nossas primeiras experiências e é a partir dela que apreendemos o que é o nosso ambiente. Segundo Montagu (1988, p.23), “é o meio pelo qual o mundo externo é percebido”.

Portanto, a pele é nosso invólucro, o que faz fronteira com o mundo externo, ao menos materialmente, mas não é a única condição para a experiência de “diferenciação” do dentro-fora/interno-externo/eu-outro. Também é através dela que se iniciam e progridem nossas experiências com o mundo externo, pois ao mesmo tempo em que é o que nos separa, é também o que nos aproxima do outro, no sentido de que é a partir dela que algumas de nossas experiências de tato e contato se dão no âmbito material. Segundo Dethlefsen e Dahlke (1983),

sentimos que a pele é nossa fronteira com o mundo material à nossa volta e, ao mesmo tempo, que é através dela que estamos ligados ao exterior, pois é com a pele que tocamos nosso meio ambiente. É em nossa pele que nos mostramos ao mundo e não podemos *mudar de pele*. No exterior, ela reflete duplamente o nosso modo de ser (DETHLEFSEN e DAHLKE, 1983, p. 159).

É a pele o nosso primeiro meio de comunicação visível, é o órgão que intermedeia as relações de contato com o outro e outros tipos de troca com o ambiente externo como, por exemplo, a respiração, a eliminação (suor), a regulação na temperatura, entre outras mudanças físicas e químicas.

Após no nascimento, a pele é convocada a constituir muitas respostas adaptativas novas a um meio ambiente ainda mais complexo do que aquele ao qual esteve exposta até então, no útero. São transmitidos pelo meio atmosférico, além de deslocamentos de ar, gases, partículas, parasitas, vírus, bactérias, mudanças na pressão, na temperatura, na umidade, na luz, na radiação e muitas mais (MONTAGU, 1988, p. 25).

E, assim como sofremos todas as influências do meio por intermédio da pele, também expressamos estados internos através da transparência das suas reações não intencionais atravessadas pela emoção; como, por exemplo, “corar” de vergonha, suar de medo ou insegurança, ou ficar pálido de susto. Segundo Aurélio (2010, p.31) “(...) ela [a pele] constitui

o campo somático na expressão das emoções” e Montagu (1988, p. 278) “não só a pele reage a todo tipo de estímulo com mudanças físicas as mais apropriadas como ainda o fará comportamentalmente, pois a pele é capaz de comportar-se de modos muito perceptíveis”.

Sua camada mais superficial, ou seja, aquela que está diretamente revelada e exposta ao externo é a epiderme, e é aí que se abriga o sistema tátil e a sensibilidade que se desenvolverá a depender do tipo de estimulação recebida. Essa estimulação, o toque, nos primeiros anos de vida, é principalmente dispensada pela mãe, mas é fundamental para o desenvolvimento sadio humano no decorrer de toda a sua vida. Não é a toa que é o tato o primeiro sentido a desenvolver-se no embrião humano. O toque e o calor da mãe são experiências importantíssimas para o desenvolvimento de um aparelho psíquico organizado – assunto que foi melhor explorado no capítulo sobre a psicossomática.

A forma como se dá a estruturação do ego é foco de muitas teorizações psicanalíticas e, mesmo que não destacado em todas elas, é uma estruturação que tem o corpo como veículo. Muito dessa estruturação se dá pelo contato com o outro, que acontece, em primeiro lugar, pela pele – parafraseando Anzieu (1989), que será melhor explorado adiante –, uma superfície em que o mundo externo e interno imprimem seus conflitos (DIAS et al., 2007, p. 24).

O sentido do tato em sua extensão mental, ou seja, “a experiência total de se viver e agir no espaço” (MONTAGU, 1988, p. 31) é denominado háptico. Ele nos posiciona para o contato imaginativo com objetos e lugares que já pudemos ter tocado, mas só agora ouvimos, vemos ou sentimos seu cheiro.

Não poderíamos de modo algum sobreviver sem as funções desempenhadas pelo tecido epitelial. O sentido da dor, por exemplo, é o que nos mantém em alerta e chama a nossa atenção para os perigos. E o toque é um tipo de experiência cutânea essencial para o desenvolvimento saudável do indivíduo, é o encontro de corpos, ou seja, é o que nos põe em contato com o outro. Segundo Dias et al. (2007)

a relação do indivíduo com seu mundo interno e externo pode ser verificada na qualidade e característica das relações estabelecidas ao longo da vida. As primeiras relações estabelecidas com objetos se dão no nível corporal (alimentação, cuidados, o toque na pele do bebê, reconhecimento do ambiente, e assim por diante). A criança pequena inicialmente faz o reconhecimento de seu mundo através do corpo, construindo a partir dele seu mundo interno em relação com o mundo

e os objetos externos, posteriormente internalizados (DIAS et al., 2007, p.24).

As células nervosas têm uma grade correlação com as células que originam a pele. Durante o período embrionário

tanto a pele quanto o sistema nervoso originam-se da mais externa das três camadas de células embriônicas, a ectoderme. (...) o sistema nervoso central, cuja função principal é manter o organismo informado do que está se passando fora dele, desenvolve-se como a porção da superfície geral do corpo embriônico que se vira para dentro. O restante do revestimento de superfície (...) torna-se pele e seus derivados: pêlos, unhas e dentes. Portanto, o sistema nervoso é uma parte escondida da pele ou, ao contrário, a pele pode ser considerada como a porção exposta do sistema nervoso” (MONTAGU, 1988, p. 22).

A pele não mente, ela expressa involuntariamente nossos estados internos, processos e reações. Enrubescimentos, inchaços, inflamações, espinhas, abscessos indicam alguma disposição interior, são reações não intencionais e somos quase incapazes de controlá-las. Segundo Montagu (1988, p.30) “a pele é o espelho do funcionamento do organismo: sua cor, textura, umidade, secura e cada um de seus demais aspectos refletem nosso estado de ser psicológico e também fisiológico”. Mas a pele não se limita somente a uma superfície de projeção. Além de refletir nossos processos e reações psíquicas e todos os nossos órgãos, ela também transmite estímulos para dentro do corpo; é nessa relação que se fundamentam as terapias da reflexologia como, por exemplo, “a massagem que usa as zonas de reflexologia dos pés; a terapia das zonas que ficam nas costas com o uso de ventosas; a terapia das zonas de reflexologia do nariz; a acupuntura nos pontos da orelha, entre várias outras” (DETHLEFSEN, DAHLKE, 1983, p. 159).

Outro ponto de vista interessante a respeito da possibilidade de expressão da pele são as manifestações simbólicas e culturais como os rituais de pintura, as tatuagens etc. Os autores Dethlefsen e Dahlke (1983) falam da tradição de pintar o corpo e dos grandes gastos com a indústria cosmética como um ato de “desonestidade”, já que a pele é a expressão exterior do nosso interior e qualquer investimento na direção de uma modificação artificial é como se tentássemos mascarar algo para esconder ou passar uma imagem que não corresponde à realidade.

Uma das formas do indivíduo expressar insatisfação, mal-estar ou desconforto é através da sua corporeidade, que se torna veículo de expressão do sofrimento quando eventos internos ou externos excedem seus modos de enfrentamento triviais. Aqui será abordado exclusivamente o adoecimento da pele – e especificamente a doença psoríase – que é nosso envoltório corporal, nosso primeiro meio de contato com o mundo humano de relações. Segundo Gomes (1990)

Sempre que pretendermos entender o homem como ser-no-mundo, é necessário percebê-lo como uma unidade, onde mente e corpo estão mutuamente interagindo. Somente dessa maneira será possível compreender que qualquer alteração na vida de uma pessoa pode ocasionar uma modificação do ponto de vista físico, assim como qualquer alteração fisiológica pode provocar um novo modo de ser, do ponto de vista existencial (GOMES, 1990, p. 214).

4. A PSORÍASE

Atualmente, a psoríase é considerada uma doença sistêmica (que atinge vários sistemas, órgãos) e mediada pelo sistema imunológico de defesa, levando a uma inflamação crônica (Centro Brasileiro de Estudos em Psoríase – CBEP). “(...) Caracteriza-se por uma proliferação excessiva das células da epiderme, designadas por queratonócitos, que se acumulam na superfície da pele formando placas avermelhadas de escamação” (AURÉLIO, 2010, p. 28). É uma doença de curso imprevisível, podendo os pacientes apresentar exacerbações, remissões ou lesões recorrentes, sendo reconhecido que essas remissões estão bastante associadas ao estilo de vida do paciente e à situação pela qual está passando. “Os achados clínicos típicos (o eritema e a descamação) são o resultado da hiperproliferação e diferenciação anormal da epiderme, às quais se juntam infiltrados inflamatórios e alterações vasculares” (JESUS, 2010, p. 13).

Figura 1 – Lesões: descamação e inflamação cutânea



Fonte: Atlas Dermatológico⁴

A apresentação usual da psoríase é uma lesão bastante delimitada com presença de escamas esbranquiçadas na superfície. Segundo Rodrigues e Teixeira (2009), a morfologia fala sobre o espessamento da epiderme. Mas essas características específicas das lesões da psoríase podem variar de acordo com a atividade, localização e severidade da doença. Essas

⁴Imagem disponível em <<http://www.atlasdermatologico.com.br/disease.jsf?diseaseId=395>>. Acesso em maio de 2014.

lesões costumam aparecer nos cotovelos, joelhos, pés, mãos, dobras do corpo, unhas e couro cabeludos e, em alguns casos, podem se estender por todo o corpo. A partir de suas características e da localização da lesão são classificados diferentes tipos de psoríase, entre eles: psoríase vulgar ou em placas (a mais comum), psoríase gutata (pontos avermelhados em forma de gotas), psoríase palmoplantar (mãos e pés), psoríase inversa ou flexural (lesões mais úmidas, localizadas em áreas de dobras como mamas, entre as nádegas, área genital), psoríase ungueal (unhas), psoríase artropática (articulações do corpo), psoríase pustulosa (aparecimento de lesões com pus) e psoríase eritrodérmica (lesões generalizadas – acima de 75% da área corporal).

Figura 2 – Psoríase Artropática



Fonte: Atlas Dermatológico ⁵

A Psoríase atinge cerca de 2% a 3% da população mundial. Em algumas regiões, esse número pode ser maior como, por exemplo, na Finlândia, em que o número de incidência chega a 2,8%. O clima frio é um dos desencadeantes e agravantes da psoríase. “Doentes psoriáticos tendem a melhorar nos meses de verão, possivelmente devido a maior exposição aos raios UV solares e aumento relativo da humidade” (JESUS, 2010, p. 15). No Brasil, há cerca de três milhões de pessoas com diagnóstico de psoríase. Entretanto, a literatura chama a

⁵Imagem disponível em: <<http://www.atlasdermatologico.com.br/disease.jsf?diseaseId=395>>. Acesso em maio de 2014.

atenção aos equívocos desse diagnóstico: por mais de mil anos, a psoríase foi confundida com a hanseníase (lepra). Segundo Jesus (2010, p.13)

Afeta de igual forma homens e mulheres e surge em qualquer raça. Apesar de poder surgir em qualquer faixa etária, parece haver 2 picos de instalação de doença: o primeiro entre os 20 e os 30 anos e um segundo pico de incidência entre os 50 e os 60 (JESUS, 2010, p. 13).

Segundo o Centro Brasileiro de Estudos em Psoríase (CBEP), a psoríase provoca coceira no paciente, a qual, muitas vezes, incomoda, além de dor, que afeta o sono e a qualidade de vida. Medicamentos antialérgicos podem não funcionar porque o alívio só ocorrerá com a melhora da psoríase. Além disso, há problemas no convívio social causados pelo constrangimento da doença.

Embora seja uma causa rara de mortalidade (exceto nas formas da pustulosa ou eritodérmica extensivas), existem centenas de mortes nos EUA, anualmente. Em adição à mortalidade por doença grave, algumas mortes podem dever-se a efeitos adversos da terapia sistêmica (JESUS, 2010, p. 13).

Figura 3 – Psoríase Pustulosa



Fonte: Atlas Dermatológico⁶

⁶Imagem disponível em: <<http://www.atlasdermatologico.com.br/disease.jsf?diseaseId=398>>. Acesso em maio de 2014.

Segundo a medicina tradicional, a psoríase é compreendida como uma doença mediada imunologicamente (auto-imune). “(...) Acredita-se que o sistema imune inato desempenhe um papel crucial na patogênese da psoríase através da produção de mediadores pró-inflamatórios e da interação com o sistema imune adaptativo” (JESUS, 2010, p. 14-15). Segundo Rodrigues e Teixeira (2009)

A ativação do sistema imune é fundamental para a proteção do organismo contra agentes agressores, sejam eles externos ou internos. Embora esse seja um fenômeno de proteção que visa remover antígenos, tantos mecanismos mediados por células podem acabar direcionados contra o próprio indivíduo resultando em dano inflamatório crônico aos tecidos. Essa taxa alterada ou descontrolada de ativação das células do sistema imune desencadeia estados patológicos como a psoríase (RODRIGUES e TEIXEIRA, 2009, p. 308).

O estresse pode estimular a função imune da pele. Do ponto de vista adaptativo, uma das funções do Sistema Nervoso Central é perceber estímulos estressores e avisar do perigo, enviando sinais de alerta ao corpo através da liberação de mediadores neuro-endócrinos, preparando o sistema imune para enfrentar um possível confronto (uma ferida ou infecção), como um mecanismo de sobrevivência. O *turnover* da epiderme, ou seja, a renovação celular, que deveria ocorrer em 27 dias na pele normal, ocorre em cerca de 4 dias na psoríase, provocando a acumulação das células na epiderme, formando placas avermelhadas de escamação (JESUS, 2010). As lesões surgem por um crescimento celular desequilibrado, pois não havendo feridas na pele, o ritmo desse processo regenerativo é desproporcional ao que o corpo necessita.

É importante ter em mente que este mecanismo de aumento no tráfico de leucócitos induzido pelo *stress* é como uma faca de 2 gumes. Por um lado, é benéfico por promover imunoproteção durante cirurgias, cicatrização de feridas, vacinação, infecção ou cancro localizado mas, por outro lado, este mecanismo pode exacerbar doenças inflamatórias (doenças cardiovasculares, gengivite) e auto-imunes (psoríase, artrite e esclerose múltipla) e pode causar rejeição de enxertos (JESUS, 2010, p. 18).

Enquanto alguns estudos defendem a influência do estresse no aparecimento e agravamento da psoríase, outros “referem-se a fraca relação ou mesmo a ausência de episódios desencadeadores de estresse no aparecimento e/ou exacerbação da psoríase, o que

pode estar associado ao não reconhecimento do *stress* ao nível psíquico” (AURÉLIO, 2010, p. 30). Ou seja, há uma marcante restrição do indivíduo psicossomático em reconhecer, distinguir e elaborar psicologicamente seus conflitos e emoções que, na impossibilidade de serem expressados, são refletidos em reações na pele. “Os psoríaticos apresentam mais características alexitímicas quando comparados com indivíduos saudáveis, nomeadamente, uma maior dificuldade na identificação e distinção de sentimentos e de sensações corporais” (PICARDI et al, 2013 *apud* AURÉLIO, 2010, p. 33).

Na nossa perspectiva, a relação entre os episódios de stress e a expressão da doença a nível corporal está associada à incapacidade de elaboração mental dos conflitos, quer internos quer externos, cujos elementos não pensáveis se traduzem no sofrimento filtrado pelo soma, neste caso, pela pele (AURÉLIO, 2010, p. 31).

Falhas na relação dual e na expressão das emoções durante as fases primitivas do desenvolvimento humano podem estar relacionadas às tentativas de afastar conflitos internos, que consomem a energia do *self*, à incapacidade de pensar o sofrimento que se traduz no adoecer do corpo no adulto. Como já foi discutido anteriormente, a pele é a primeira via de comunicação entre mãe-bebê, funcionando como uma linguagem pré-verbal. A qualidade do investimento da mãe no contato com a pele de seu bebê terá influência no desenvolvimento psicoafetivo do indivíduo e na relação psique-soma, fundamental para a construção de uma imagem corporal saudável e para a capacidade da regulação de emoções (ansiedade, agressividade e depressão). Em sujeitos com psoríase, destacam-se relações caracterizadas por uma vinculação insegura, o que pode estar associado a uma auto-imagem empobrecida e desvalorizada. Essa tendência à economia afetiva condiciona o olhar e a experiência com o mundo externo, ou seja, com o outro (AURÉLIO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente trabalho foi elaborar uma reflexão, através da revisão da literatura já existente, acerca do distúrbio no aparelho dermatológico denominado **psoríase** com o recorte de uma perspectiva psicossomática do fenômeno. Afirma-se que a unidade corpo-mente faz de todos nós seres essencialmente psicossomáticos, ou seja, dizer que determinada doença é psicossomática seria um pleonasma, já que a relação corpo-mente orienta todo o processo vital humano. Defende-se, porém, neste trabalho, por mais equivocada e redundante que seja, que a teoria psicossomática é avançada em suas idéias perto do que ocorre na prática, quase que sem exceção.

Parece não haver, na prática da medicina em geral, grande interesse com o que se ocupam os pacientes, como eles se relacionam com o mundo e com as pessoas, como encaram determinado sintoma e muito menos a tentativa de, junto ao paciente, entender o sentido de um sintoma. Essa tendência a inflexão é intensificada pelo mundo contemporâneo, um modo de viver característico por formar indivíduos cada vez menos tolerantes ao que está fora de uma quase "ditadura" de padrões de normalidade, que os obriga a encaixarem-se nesses padrões. A questão saúde/doença sofre as consequências disso, já que as doenças são quase sempre tratadas exclusivamente com recursos médicos tradicionais, que inibem os sintomas o mais rápido possível, prática que acaba por ignorar as ações da dimensão psique e, logo, realizar uma cisão absoluta entre mente e corpo. Essa onda de intolerância é acompanhada por indivíduos frustrados e cada vez mais adoecidos, já que o ideal padronizado é pouco provável de ser alcançado.

As doenças vêm sendo abordadas a partir de um ponto de vista **excessivamente** biologizante, que as trata quase que exclusivamente com medicamentos alopáticos que, de fato, inibem os sintomas mais depressa do que um processo de psicoterapia, por exemplo. Não se quer, neste trabalho, defender uma perspectiva puramente psicologizante; muito pelo contrário, a **psicologização** pode estar mais associada a uma defesa de classe do que efetivamente a uma contribuição a condutas terapêuticas. Ninguém precisa conviver com um desconforto que não lhe é suportável. Os medicamentos podem ajudar a nos aliviar de um incômodo e até curar doenças complexas. Entretanto, deve ser considerada de igual relevância a **face** mente da **moeda** mente-corpo ou: a **face** psi e social da **moeda** biopsicossocial.

A introspecção é uma oportunidade de contato com nosso íntimo, para que tenhamos mais propriedade do eu, de como agimos e o porquê praticamos determinada ação, não para

que consigamos alcançar um completo entendimento do que somos, afinal a vida perderia um pouco de graça, mas para que tenhamos mais clareza sobre nossas dinâmicas psíquicas, uma oportunidade de atribuir-lhes **sentido**. Isso nos seria não somente uma contribuição ao tratamento das doenças já manifestas ou a remissão delas, mas a prevenção que evita o desconforto que acomete o indivíduo. O adoecimento é um desdobramento do rompimento do sujeito com ele mesmo que, na incapacidade de reconhecer e elaborar seus afetos, acaba por expulsá-los de seu aparelho mental e, com isso, favorece condições para a somatização.

A doença pode possuir algum significado, pois somos dotados de um **Isso**, como diria Groddeck, uma instância que tudo comanda, e todas as formas de expressão humanas estão relacionadas aos seus “acazos”. E não seriam as doenças que “fugiriam à regra”, pois elas são expressivas, representativas de intencões inconscientes, ou seja, possuem significados (Ávila, 2002).

A pele, órgão que intermedeia nosso contato com o mundo através das relações de tato e contato, quando adoecida, pode provocar grandes influências nas relações interpessoais do sujeito, provavelmente dificultando essa interação. Na psoríase, o indivíduo parece desenvolver na pele uma forma desagradável ao olhar do outro para afastá-lo. A dimensão relacional do indivíduo psicossomático está comprometida desde o início de seu desenvolvimento, o que pode refletir em vinculações inseguras e relacionamentos superficiais na vida adulta. Esse modo inseguro de se relacionar está associado ao processo de construção de identidade do indivíduo, ou seja, ao narcisismo primário deficitário, período em que não há diferenciação entre sujeito e mundo externo. A auto-estima está envolvida nesse processo, pois forma-se uma auto-imagem empobrecida devido a um investimento insuficiente na relação dual mãe-bebê.

Como já dito neste trabalho, a qualidade da relação mãe-bebê é essencial para a construção de um espaço interno, ou seja, de uma identidade estruturada. A criança começa a internalizar uma imagem estável da mãe e a diferenciar-se dela, o que é fundamental para o desenvolvimento do aparelho psíquico, pois o sujeito gradativamente assume funções que, antes, eram supridas por um outro. É a mãe quem vai estabelecer os primeiros contatos com a criança, tanto corporais quanto psíquicos; é a mãe quem apresenta o mundo à criança. A forma como essas relações são estabelecidas e registradas influencia nossos padrões de relacionamento que, desde o início da vida, são desenhados e pode resultar no adoecimento da pele, que é o nosso principal órgão de relação com o outro, nossa fronteira entre mundo interno e externo e a contenção de nosso eu, a proteção da nossa individualidade. O adoecer

da pele é uma exposição de um estado interno, uma representação de como nosso íntimo se dispõe a se relacionar. Assim, ao mesmo tempo em que a pele adoecida causa repulsa ao contato, paradoxalmente, ela o pede, já que este, em algum momento, foi falho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AURÉLIO, D. I. C. F. A. **Contribuições para a compreensão da psoríase a partir da perspectiva psicanalítica da psicossomática.** 2010. 77 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa. 2010.

ÁVILA, L. A. **Doenças do corpo e doenças da alma:** uma investigação psicossomática psicanalítica. São Paulo: Escuta, 2002. 248 p.

BALLONE, G.; ORTOLANI, I.; NETO, E. **Da Emoção à Lesão:** um guia de Medicina Psicossomática. 2ª ed. Barueri: Manole, 2007. 314 p.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM PSORÍASE. **A Psoríase.** São Paulo. Disponível em <http://www.clinicasabbag.com.br/cbe/?page_id=8>. Acesso em 25 nov. 2013.

DEHLEFESSEN, T.; DAHLKE, R. **A Doença Como Caminho:** Uma Visão da Cura como Ponto de Mutação em que um Mal se Deixa Transformar em Bem. São Paulo: Cultrix, 1983. 262 p.

DERMATOLOGY ATLAS. Psoriasis. Disponível em: <<http://www.atlasdermatologico.com.br/browse.jsf>>. Acesso em: 21 Mai. 2014.

DERMATOLOGY ATLAS. Psoriasis-Pustular Psoriasis. Disponível em: <<http://www.atlasdermatologico.com.br/disease.jsf?diseaseId=398>>. Acesso em: 21 Mai. 2014.

DIAS, H. Z. J. et al. Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, dez. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010356652007000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 Abr. 2013.

FILHO, J. M.; BURD, M. **Psicossomática Hoje.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 616 p.

GOMES, M. P. A obesidade como modo-de-ser doente: um enfoque fenomenológico existencial. **Temas: Teoria e Prática do Psiquiatra.** São Paulo, vol. 20, n 39, p. 135-257, 1990.

HOFFMAN, F. S.; ZOGBI, H.; FLECK, P.; MÜLLER, M. C. A Integração Mente e Corpo em Psicodermatologia. **Rev. Psicologia.**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, jul. 2005. Disponível em

<<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1026/743>>. Acesso em 21 out. 2013.

JESUS, D. M. N. **Psicossomática na Psoríase**. 2010, 36 f. Dissertação (Mestrado integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. 2010.

MONTAGU, A. **Tocar: O Significado Humano da Pele**. Tradução de Maria Sílvia Mourão Netto. São Paulo: Summus, 1988. v. 34. 426 p.

MÜLLER, M. C.; RAMOS, D. G. Psicodermatologia: Uma Interface Entre Psicologia e Dermatologia. **Psicol.: Ciência e Prof.**, Brasília, vol. 24, n. 3, set. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300010&lang=pt>. Acesso em 21 out. 2013.

OLIVEIRA, A. **Função materna e os fenômenos psicossomáticos: reflexões a partir da asma infantil**. 2002. 229 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2002.

PENNA, E. M. D. **A Imagem arquetípica do curador-ferido no encontro analítico**, In: Werres, J (org.). *Ensaio sobre a clínica Junguiana*. Imprensa Livre, Porto Alegre, 2005.

PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psic. Clin.**, São Paulo, v. 18. n. 1, p 165-177, 2006.

PSORÍASE BRASIL. **O que é?** Disponível em <<http://www.psoriase.org.br/>>. Acesso em 15 de Mai. 2013.

RODRIGUES, A. P.; TEIXEIRA, R, M. Desvendando a Psoríase. **RBAC**. Santa Catarina, vol. 41(4), p. 303-309, 2009.

SANTOS, M. A. A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Mai. 2014.

SILVA, J. D. T.; MÜLLER, M. C. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 2, jun. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X200700000011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 Abr. 2013.

SILVA, K. S.; SILVA, E. A. T. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 2, jun. 2007. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2007000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 Abr. 2013.

VILANOVA, A. Um corpo, três registros: RSI. Considerações sobre o fenômeno psicossomático. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Jun. 2010. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151614982010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Mai. 2014.

WINOGRAD, M.; TEIXEIRA, L. C. Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Dez. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151614982011000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Mai. 2014.