

A pele expressando o afeto: uma intervenção grupal com pacientes portadores de psicodermatoses

The skin expresses affection: a group intervention with psychodermatosis patients

Anelise Kirst da Silva

Hospital Nossa Senhora da Conceição. Av. Francisco Trein, 596, 91350-200, Porto Alegre, RS, Brasil. ane.kirst@gmail.com

Luciana Castoldi, Lígia Carangache Kijner

Ambulatório de Dermatologia Sanitária. Av. João Pessoa, 1327, 90040-001, Porto Alegre, RS, Brasil. lucianacastoldi@uol.com.br, ligiacastoldi@yahoo.com.br

Resumo. A pele é um órgão de expressão dos afetos e uma via de comunicação e contato do sujeito com o mundo. No desenvolvimento inicial, a pele exerce papel fundamental na constituição do psiquismo, marcando o limite entre o mundo interno e o externo. Fatores emocionais e o estresse estão presentes tanto no desencadeamento como no agravamento de algumas doenças de pele, sendo chamadas de psicodermatoses, e por isso as intervenções psicoterapêuticas surgem como dispositivos de apoio. O objetivo deste estudo é analisar uma intervenção grupal como ferramenta para potencializar novos canais de expressão dos afetos em pacientes portadores de psicodermatoses em atendimento em um ambulatório público de dermatologia. Para tanto, foi realizado um grupo com seis pacientes, com duração de 3 meses, cujas sessões foram gravadas, transcritas e submetidas à análise qualitativa de conteúdo. Os resultados apontam que o grupo pôde se constituir em um espaço de escuta e acolhimento do sofrimento, permitindo aos participantes enxergarem a si mesmos e aos demais, bem como ensaiar movimentos e mudanças com relação à forma de se relacionarem consigo mesmos e com os outros. Conclui-se que a intervenção grupal pode ser uma ferramenta importante na abordagem de pacientes portadores de psicodermatoses, uma vez que evidencia os aspectos emocionais presentes nessa doença, privilegiando um novo olhar e um modelo mais integrado de atenção.

Palavras-chave: pele, dermatoses, psicoterapia de grupo.

Abstract. The skin is an organ that expresses affection and it is a way for individuals to have contact with the world. During a person's initial development, the skin plays a crucial role in constituting the psychism, setting the boundary between the internal and external world. Emotional factors and stress are present both in triggering and worsening some skin diseases, which are called psychodermatosis, and therefore psychotherapeutic interventions are used as mechanisms to provide support. The purpose of this study was to analyze group intervention as a tool to reinforce

new forms of affection expressions in patients with psychodermatosis being taken care at a dermatology outpatient clinic. For this purpose, a group of 6 patients was observed during a three-month-period. The sessions were taped, transcribed and submitted to qualitative analysis of the content. The results indicate that the group became a space to listen to and receive suffering, allowing the participants to see themselves and others, and also to test movements and changes regarding the way they relate with themselves and with others. It was concluded that group intervention may be an important tool to approach patients with psychodermatosis since it shows the emotional aspects present in these diseases, offering a new look and a more integrated care model.

Key words: skin, skin diseases, group psychotherapy.

Introdução

*“O amor e a humanidade começam onde começa o toque.”
(Montagu, 1988, p. 20)*

A pele é um órgão de expressão dos afetos, dos sentimentos e dos conflitos, sendo uma via de comunicação de emoções e sensações entre as pessoas. A pele demonstra o estado interior e exterior dos órgãos e expressa sensações físicas, emoções, sentimentos e reações psíquicas (Müller, 2005; Anzieu, 1989).

Muitas alterações na fisiologia da pele adquirem significações no campo das relações humanas, como a pele arrepiada, o empalidimento, o enrubescimento ou a sudorese quando em momentos de vergonha, inibição ou ansiedade (Azulay e Azulay, 1985). Além disso, algumas expressões do cotidiano dão uma dimensão de o quanto a pele fala de afetos e singularidades, como “dar um toque pessoal”, ser “uma questão de pele”, ser um “casca grossa”, ou quando se diz que as emoções estão “à flor da pele”. Montagu (1988) lembra que a pele também registra a passagem do tempo, imprimindo marcas da vivência dos anos. Por isso, pode-se dizer que pele é história, memória e afeto.

Do ponto de vista biológico, a pele é o maior órgão do corpo humano e é considerada a “matriz de todos os sentidos” (Montagu, 1988, p. 21), e sua complexidade pode ser compreendida pelas diversas funções que exerce. Ela é a base dos receptores sensoriais, responsáveis por captar estímulos de frio, calor, toque, pressão e dor. Também é responsável pelas funções fisiológicas de defesa orgânica,

regulação térmica, reservatório e excreção de substâncias, controle do fluxo sanguíneo, intercâmbio gasoso, além de participar da função metabólica (Anzieu, 1989; Montagu, 1988).

Há uma íntima ligação entre a pele e o sistema nervoso: ambos se originam da mais externa das 3 camadas do folheto embrionário, o ectoderma, que, ao dobrar-se sobre si mesmo, forma o tubo neural, e a parte externa torna-se pele e seus derivados – pelos, unhas e dentes. Pode-se dizer, então, que o sistema nervoso fica “escondido” sob a pele ou que a pele é a parte exposta do sistema nervoso (Azambuja, 2003; Montagu, 1988; Müller, 2005).

Quanto ao aspecto emocional, foco deste estudo, a pele exerce um papel também simbólico de proteção: marca o limite entre o eu e o não-eu, entre o mundo interno e o externo, tendo uma função essencial na constituição psíquica mediante as relações iniciais do bebê com sua mãe. A pele tem sido entendida como o primeiro e principal meio de contato, comunicação e estabelecimento de relações significativas do sujeito com o mundo (Müller, 2005; Volich, 2000; Anzieu, 1989).

O bebê é extremamente dependente do cuidado materno, da presença contínua e da própria sobrevivência da mãe. Especialmente até o primeiro ano de vida, a criança vive num estado primário não integrado, em que é apenas um conjunto não organizado de fenômenos sensorio-motores. O toque, o contato pele a pele e os cuidados para com o bebê, como banhar, limpar, segurar e abraçar produzem estímulos involuntários na epiderme, gerando imenso prazer e bem-estar. Proporciona experiências importantes, pela qualidade emocional, pela estimulação da confiança, do prazer e do pensamento, e ajuda a construir a noção de integridade, identidade, confiança e autoimagem (Winnicott, 2001; Gupta e Gupta, 1996).

Assim, o bebê recebe os gestos primeiramente como estímulo e depois como mensagem, ou seja, “a massagem se torna mensagem” (Anzieu, 1989, p. 61).

Além disso, tanto em nível físico como em níveis mais sutis, a mãe ou o ambiente conservam a criança como que unida a si mesma, conferindo ao bebê a sensação de continência, definida por Winnicott (2001) como *holding*. É esse contato inicial, no contexto de uma relação de apego tranquilizadora, que possibilita ao bebê adquirir tanto a percepção da pele como superfície quanto a imagem do corpo e seus limites. Pode-se dizer que a pele é um órgão de relação, ou o envoltório relacional do ser humano (Anzieu, 1989) e, dessa forma, os adoecimentos de pele podem ser compreendidos como a exacerbação de algo que ficou falho na maternagem e nas relações iniciais do bebê. Para Dias (2007), a doença de pele representaria, de certa forma, a não existência de um limite claro entre eu e não-eu, ocorrido tanto pelo excesso, quanto pela falta de estímulo.

O homem é um ser psicossomático, e, com essa afirmação, Trombini e Baldoni (2004) pretendem dizer que corpo e mente são apenas dimensões diferentes do mesmo organismo. Atualmente, vem crescendo a compreensão de que aspectos biológicos, psicológicos e sociais interagem de diferentes maneiras no funcionamento do organismo e na gênese das doenças. Mello Filho (2002) lembra que toda doença é psicossomática, e com relação às doenças de pele, isso não poderia ser diferente.

Essa complexa inter-relação pele-psiquismo é contemplada pela psicodermatologia, cujo objetivo é estudar os quadros dermatológicos com aspectos psicológicos ou psiquiátricos que advenham dessa relação (Souza *et al.*, 2005; Koo *et al.*, 2000; Azulay e Azulay, 1985).

A literatura mostra que as doenças de pele que compõem o grupo das psicodermatoses são psoríase, vitiligo, dermatite atópica, dermatite seborreica, líquen simples crônico, urticária, acne, rosácea, alopecia areata, herpes simples, desidrose e hiperidrose (Silva e Müller, 2007). Diversos autores concordam que fatores emocionais e eventos estressores têm um importante papel nas doenças de pele, aparecendo em maior ou menos grau tanto no surgimento como no agravamento das psicodermatoses. O próprio impacto, o aspecto desfigurante e muitas vezes a cronicidade de algumas delas podem servir como estressores por si só e trazer prejuízos importantes para a qualidade de vida, fazendo com que as doen-

ças de pele “doam” a partir do olhar do outro, como mostram pesquisas realizadas por Souza *et al.* (2005), Gupta e Gupta (1996), McKenna e Stern (1997) e Kent e Al’Abadie (1996).

Com a finalidade de compreender e acolher tal sofrimento, é enfatizada a importância de um atendimento mais abrangente, que abarque os aspectos psicossociais envolvidos no adoecimento (Silva e Müller, 2007). Por isso, as intervenções psicoterapêuticas grupais, ao lado das individuais, têm se constituído em importantes ferramentas para o manejo, a abordagem e o tratamento de pacientes portadores de psicodermatoses.

Para Müller (2005), na psicoterapia grupal, os encontros com pessoas que estão enfrentando as mesmas dificuldades são oportunidades de trocar informações e compartilhar sentimentos, além de ser fonte de apoio, ao permitir que as pessoas possam ver suas fraquezas e forças refletidas nos demais e perceber que os companheiros também sofrem e têm a mesma fonte de dor.

Os grupos com pacientes podem ser classificados como homogêneos em função da semelhança de situação e com relação aos objetivos. Diversos autores (Zimmerman, 2000; Mello Filho, 1997; Pichón-Rivière, 1991) consideram esses grupos como operativos terapêuticos, cuja atividade está centrada na mobilização de estruturas estereotipadas, visando à melhoria de alguma patologia, seja orgânica, seja do psiquismo ou ambos. Conforme os autores referidos, o objetivo é discutir problemas comuns, limitações e perspectivas de pessoas acometidas dos mesmos males, oportunizando que falem de suas vivências e apoio com relação às suas dores e sofrimentos, sempre utilizando a experiência de uns em prol do amadurecimento de outros.

O contexto desta intervenção foi um ambulatório público de dermatologia, referência no Estado do Rio Grande do Sul para o atendimento em dermatologia, DST, HIV/AIDS e hanseníase. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, possibilitando um atendimento integrado do paciente. No eixo da dermatologia, é contemplado o acompanhamento psicológico a pacientes portadores de psicodermatoses, tanto individualmente como em grupo. Com base na revisão da literatura, a proposta deste estudo foi analisar uma intervenção psicoterapêutica grupal com portadores de psicodermatoses, como encontra-se descrito a seguir.

Objetivos

Geral

Analisar a intervenção psicoterapêutica grupal com pacientes portadores de psicodermatoses como ferramenta para trabalhar as questões emocionais envolvidas no adoecimento de pele.

Específicos

- (i) Oportunizar aos pacientes um espaço de expressão e ressignificação dos afetos por meio de uma intervenção psicoterapêutica grupal;
- (ii) Compreender a função das manifestações somáticas na formação da autoimagem e da autoestima de pacientes portadores de psicodermatoses;
- (iii) Analisar o sentido atribuído pelos pacientes ao adoecimento de pele no contexto das relações socioafetivas.

Método

Este é um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa. É exploratório porque foi realizado numa área sobre a qual há pouco conhecimento sistematizado e é descritivo porque expõe características de determinada população ou fenômeno, não tendo o compromisso de explicar os fenômenos que descreve (Tobar e Yalour, 2001).

Os participantes correspondem a um grupo constituído por seis pacientes em atendi-

mento médico no referido ambulatório público de dermatologia, de ambos os sexos, portadores de psicodermatoses (psoríase ou vitiligo), com interesse em participar de uma intervenção grupal, sob a coordenação de dois terapeutas. A idade dos participantes variou entre 24 e 68 anos, sendo que a média de idade foi de 44 anos. Quatro participantes tinham idade entre 37 e 54 anos. Os seis participantes só estiveram presentes no primeiro encontro. A participação média foi de quatro pessoas, todos portadores de vitiligo, finalizando com apenas dois integrantes, conforme a Tabela 1.

Os pacientes foram convidados a participar do grupo a partir das entrevistas de triagem do Serviço de Psicologia, isto é, eram pacientes que estavam aguardando atendimento psicológico, ou por encaminhamento da equipe, entre os meses de fevereiro e março de 2008. Como critérios de inclusão, que fossem pacientes adultos, portadores de psicodermatoses e que, por aguardarem atendimento psicológico, aceitassem atendimento em grupo. A intervenção psicoterápica grupal configurou-se como psicoterapia breve, sendo relacionado o foco do acompanhamento aos afetos e aos aspectos emocionais envolvidos no adoecimento de pele. Foram realizados 14 encontros, com frequência semanal, entre os meses de abril e junho de 2008, coordenados por uma das autoras e por um residente de psicologia, com duração de 1 hora e 30 minutos.

Este estudo caracteriza uma pesquisa participante a qual, segundo Gajardo (1985), tenta

Tabela 1. Participantes da intervenção grupal.
Table 1. Group intervention participants.

Nome*	Sexo	Idade	Profissão	Tipo de psicodermatose	Início da doença	Participação no grupo
Eunice	F	54	Do lar	Vitiligo	Há 35 anos	14 encontros
Ivete	F	42	Auxiliar administrativo	Vitiligo	Há 10 meses	10 encontros
Jenifer	F	25	Auxiliar de escritório	Psoríase	Há 1 ano	01 encontro
Jorge	M	39	Auxiliar de serv. gerais	Vitiligo	Há 33 anos, com remissão; retorno há 2 anos	14 encontros
Mariane	F	37	Do lar	Vitiligo	Há 30 anos	10 encontros
Remi	M	68	Corretor de seguros	Vitiligo	Há 1 ano e 2 meses	03 encontros

*Os nomes dos participantes do grupo foram trocados, por questões éticas, para preservar sua identidade.

partir da realidade concreta dos grupos com que se trabalha, existindo entre a pesquisa e a ação uma interação permanente. Além disso, a ação é a fonte do conhecimento, e a pesquisa constitui, ela própria, uma ação transformadora. Este estudo pode ser caracterizado como tal pelo fato de que o grupo foi intervenção ao mesmo tempo em que foi fonte de coleta, e o instrumento foram os relatos gerados pelas transcrições das sessões.

O projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública – ESP-RS, sob o registro n. 343/07. Este estudo seguiu os princípios da Resolução n. 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000) e da Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996), que regulamentam a realização de pesquisas com seres humanos resolvendo sobre a proteção dos direitos, bem-estar e dignidade dos participantes. Também respeitou os princípios básicos da bioética, quais sejam: respeito à autonomia, à beneficência, à não maleficência e à justiça (Kipper e Clotet, 1998). Todos os participantes foram informados a respeito dos objetivos e procedimentos do estudo e puderam decidir livremente sobre a disponibilidade de participar dele. No primeiro encontro, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o que permitiu a gravação dos encontros para posterior transcrição.

Os dados obtidos mediante a transcrição dos encontros foram analisados com base na Análise de Conteúdo qualitativa de Minayo (2004), seguindo o aporte teórico da psicossomática e da teoria de grupos.

Resultados e discussão

A análise dos dados gerou 5 categorias, apresentadas e discutidas a seguir.

Expectativas e projeções: construindo a confiança

Assim como em qualquer situação nova, o início de um grupo com pacientes apresenta dificuldades características, pois a nova experiência é mobilizadora de ansiedades, seja pelo medo do novo, seja pela mudança ou pelo papel que imaginam que eles mesmos, ou o coordenador, irão ocupar. Os mecanismos de defesa então aparecem, podendo ser compreendidos como os diferentes tipos de operações mentais que têm por finalidade a redução das ansiedades (Zimerman, 2000). A ansiedade

dos pacientes com relação ao início de um grupo se manifestou em questionamentos sobre seu processo, como trouxe um deles na primeira sessão: “Eu quero ver como é a terapêutica; eu já participei de outros grupos, mas nenhum como este [...] eu quero ver como é a terapêutica que vocês usam” (Jorge, 39 anos).

É preciso estar atento aos inúmeros pedidos de respostas diretas, instruções e orientações que são feitos, como lembram Foulkes *et al.* (1976), pois tais demandas estão a serviço de reduzir o sofrimento psíquico e, quanto maior a ansiedade, maior a necessidade de atravessar as resistências que dificultam o acesso ao novo e à mudança. A seguinte fala ilustra uma expectativa: “Vocês são como cientistas com seus tubos de ensaio; vão nos chacoalhar” (Remi, 68 anos).

A forma do mecanismo de defesa de cada paciente expressa-se no papel que ele deseja assumir no grupo. Com isso, Zimerman (2004) e Foulkes *et al.* (1976) ajudam a compreender as duas falas anteriormente citadas, nas quais fica evidente não só a ansiedade frente ao que iria acontecer no grupo, mas também com relação aos lugares que pacientes e coordenadores ocupariam nesse espaço. A necessidade de saber qual seria a “terapêutica” usada e a crença de que haveria “cientistas” revelam um medo, mas também uma expectativa de que os coordenadores estivessem no lugar do saber, ao passo de que a eles, pacientes, caberia ficar à mercê dos “experimentos-intervenções”. A tentativa de depositar nos coordenadores essa demanda, característica do início de uma intervenção grupal, mostra a ansiedade frente ao novo e à possibilidade de se colocarem como sujeitos de desejo, ativos, participativos e agentes na construção do seu próprio processo de mudança.

Lidando com a doença e dando sentido a ela – “O grito”

Na sociedade atual, em que vigoram padrões estéticos bem delimitados e de certa forma exigentes, uma doença de pele pode provocar impacto emocional, físico e social, afetando a vida dos seus portadores. A visibilidade, o aspecto desfigurante, o estigma e muitas vezes a cronicidade contribuem para que as dermatoses tragam prejuízos importantes para a qualidade de vida e para os relacionamentos interpessoais, os sentimentos de inadequação e de baixa autoestima (Silva e Müller, 2007; Silva *et al.*, 2006). Assim ilustrou a seguinte paciente,

na primeira sessão do grupo: “Eu estou feia, eu sou feia... comigo, só com a luz apagada ou com o travesseiro na cara” (Eunice, 54 anos).

Müller (2005) ajuda a compreender esse sentimento, ao dizer que a pele age como um abrigo da individualidade e, ao mesmo tempo em que protege, é a fachada que expõe cada um. Pesquisas mostram que a maioria dos portadores de psicodermatoses já experimentou o sentimento de ser fisicamente não atraente, não desejável ou ambos, além de ter sofrido algum tipo de discriminação ou rejeição em locais de circulação social ou no trabalho. Muitas vezes, o que mais incomoda os pacientes é a reação de outras pessoas frente à doença, e por isso as doenças de pele “doem” a partir do olhar do outro (Souza *et al.*, 2005; McKenna e Stern, 1997; Kent e Al’Abadie, 1996).

Apesar de ser clara a exposição a que ficam submetidos os portadores de qualquer tipo de dermatose, muitos deles, principalmente os mais graves, apresentam queixas e frustrações com relação ao manejo da doença, à ineficácia dos tratamentos e por perceber que o impacto da doença ainda é subestimado pelos profissionais da saúde. Assim, pode-se dizer que dói também o “não olhar”, ou seja, a desqualificação da dor. A seguinte paciente falou dessa dificuldade: “Eu fazia fototerapia, mas lá disseram que meu problema era só estético, tinha outros casos bem mais graves [...] ah, eu passei a minha vida toda ouvindo isso! Que tem problemas piores que o meu...” (Mariane, 37 anos).

Doenças crônicas e desfigurantes como a psoríase e o vitiligo e seu impacto psicossocial podem servir como estressores por si só, podendo resultar em um significativo estresse diário e estar associadas a um intenso sofrimento psíquico. Estima-se que, em pelo menos um terço dos pacientes, um tratamento efetivo envolva considerações acerca dos fatores emocionais associados (Zachariae *et al.*, 1996; Gupta e Gupta, 1996).

O estresse também aparece como um elemento importante no desencadeamento ou no agravamento das psicodermatoses. Pesquisas com pacientes portadores mostram que mais da metade deles referiu algum evento de vida estressante no período do desencadeamento da doença ou anterior a ela (Müller, 2005; Silva *et al.*, 2006; Gupta e Gupta, 1996). Durante o processo grupal, essa relação entre estresse e adoecimento de pele foi sendo percebida pelos pacientes, como demonstra o seguinte relato, trazendo o entendimento de que a pele é palco de manifestações somáticas: “A pele acaba mostrando algo que não está bem [...] é

uma coisa que manifestou, né, uma boca que abriu, ‘ó, aqui eu!’, um grito, um chamamento” (Jorge). O exemplo a seguir complementa este ao trazer a ideia de que o adoecimento de pele pode ser um sintoma frente a um evento estressor e traumático: “No começo do ano passado eu passei por uma situação difícil, foi um ano de perdas tanto financeiras como sentimentais, a minha pessoa foi muito agredida, tanto no sentido físico e moral” (Remi).

Em pesquisa realizada por Souza *et al.* (2005) sobre os possíveis desencadeantes relatados por pacientes de psoríase e vitiligo, verificou-se que a perda por morte ou separação de membros da família foi o fator mais citado, seguido por problemas familiares, crises do ciclo vital, eventos estressores imprevisíveis, além de características do próprio indivíduo. Ao longo dos encontros, foi possível perceber que três dos seis participantes tiveram perda ou separação de uma figura importante na infância, e o grupo foi o espaço em que falar delas se tornou possível, bem como compreender a importância dessas perdas: “Quando eu tinha 4 anos, a minha mãe faleceu [...] só que [...] eu fui sentir a falta dela a partir dos 7 anos [...] aí eu comecei a passar por muitas coisas ruins também...” (Mariane).

Como eu nunca tive colo, beijinho, afaguinho, às vezes eu entendo que é por isso que eu não sei fazer com meus filhos, e é uma coisa que eu tenho vontade, porque na verdade eu gostaria de ter sido criada assim [...]. Na verdade o que me dói foi a não convivência com a minha mãe na minha infância (Eunice).

Estudos realizados por Spitz (2004) demonstram a relação entre o eczema infantil e a privação de afeto pela falta de contato físico, terno e envolvente por parte da mãe. Crianças que vivenciaram traumas iniciais no desenvolvimento e cuja necessidade de estímulo tátil cutâneo não foi apropriadamente desenvolvida podem tornar-se inábeis para lidar com a ansiedade, podendo desencadear sintomas na pele quando estressados, cuja profundidade é proporcional à profundidade do dano psíquico. Conforme Dias (2007), o adoecimento da pele como um sintoma na vida adulta pode estar relacionado a essa primeira e importante perda, que diz respeito à perda da fusão com a mãe. Assim, pode ser uma das formas que a manifestação somática resultante de conflitos nas relações iniciais do paciente pode assumir, considerando a pele um órgão bastante original no desenvolvimento do embrião.

Por esse motivo, entende-se a doença como representativa de emoções não resolvidas, apresentando-se como manifestações orgânicas (Müller, 2005; Anzieu, 1989; Azulay e Azulay, 1985).

Limites e diferenciação

Durante o desenvolvimento inicial, especialmente até o primeiro ano de vida, a criança vive num estado primário não integrado, em que é extremamente dependente dos cuidados de um adulto. O toque e os cuidados maternos afetivos conferem ao bebê, num primeiro momento, a sensação de continência, definido por Winnicott (2001) como *holding*. Num segundo momento, a partir dessa dependência, pode haver a separação da matriz cuidadora e a integração da personalidade.

Tais cuidados, juntamente com a vivência desse processo de fusão e separação, permitem a construção da noção de confiança, integridade e identidade. Além disso, a pele está integrada ao desenvolvimento da imagem corporal, ou seja, à representação mental do corpo e de seus órgãos, que se desenvolve em resposta à presença empática do cuidador, principalmente pelo cuidado, apego seguro e pelo toque. Este propicia o contorno da borda original da superfície do corpo, e por meio disso confere-lhe uma forma e a noção dos limites entre interno e externo. Por isso, para Anzieu (1989), a pele pode ser entendida como a superfície de inscrição de traços deixados pelas relações iniciais (Gupta e Gupta, 1996; Anzieu, 1989).

Se a pele exerce o papel de “barreira” e de limite entre o eu e o outro, pode-se dizer que o adoecimento de pele fala de adoecimento dos limites e que essa barreira encontra-se fluida e permeável. No grupo, foi possível perceber esta como uma característica própria dos pacientes portadores de psicodermatoses. As seguintes falas ilustram tal afirmação: “Eu me sinto usada [...] porque eu quebro o galho de todo mundo [...] Eu sempre tive isso, de me preocupar mais com eles e eu em segundo plano. É agora eu tô me sentindo como se eu estivesse me soterrando, sabe?” (Eunice).

[...] eu tenho o hábito [...] eu sofro, eu tento ajudar um pouco cada um da minha família, e quando eu não consigo eu me sinto mal [...] eu quero ser tipo um polvo, ajudar um pouco cada um [...] a gente de repente perde um pouco a identidade porque a gente acaba sempre cedendo (Ivete, 42 anos).

Os exemplos citados permitem perceber a forma de esses pacientes se relacionarem, que muitas vezes se tornou visível no grupo: colocar o outro como prioridade, em detrimento de si, inclusive com a sensação de ter que se tornar “polvo” para, com seus tentáculos, poder dar conta de tantas demandas, seja da família nuclear, extensa, do trabalho ou das relações sociais. Para além disso, pode-se pensar que o desejo de ajudar, de ser necessário, ser “polvo” também traz imbuído um desejo de manter o controle, visto que os tentáculos não apenas seguram, como também aprisionam e sufocam.

O adoecimento de pele escancara algo que se passou nas relações iniciais e é um sintoma que fala da dificuldade de diferenciação e do estabelecimento de limites eu-outro. Para Dias (2007), a existência de uma afecção na pele, uma ferida, demarca a limitação entre eu e não-eu que não está ocorrendo, ou ocupa exatamente o lugar desse limitador que não foi psíquico. Ainda conforme a autora, a busca de fusão com o outro, exemplificada pela dificuldade em expressar emoções e fazer isso por meio do corpo também marca o seu oposto, a busca da diferenciação. Assim, a ferida na pele pode então estar representando a dor e o desejo da separação, rumo à individuação. A doença de pele representaria de certa forma a não existência de um limite claro entre eu e não-eu, ocorrido tanto pelo excesso de estímulo, quanto pela falta.

Ao longo do processo grupal, os participantes foram percebendo essa forma de se relacionar e o que isso acarretava para suas vidas. A categoria seguinte trata disso.

O grupo como espaço de resignificação das relações

A intervenção grupal permite a criação de um ambiente que oportuniza aos participantes falarem de si e se verem nos demais, mas também é um espaço em que se deparar com a dor e o sofrimento é necessário para que possam experimentar não apenas novas formas de se relacionar consigo mesmos e com os outros, como também novas vias de expressão dos afetos.

O *setting* grupal desempenha, então, importante papel. Para Zimerman (2000, 2004), sua função mais nobre consiste na criação de um novo espaço no qual os pacientes têm a oportunidade de reexperimentar antigas e novas vivências grupais que podem ter sido dolorosas e traumáticas ou que culminam em formas repetitivas de relação com o mundo.

Dessa forma, o grupo propicia ressignificar a estereotipia dos papéis e dos lugares ocupados por eles. Os exemplos a seguir ilustram as percepções de dois participantes a esse respeito:

Eu não tenho muito tempo pra falar de mim [...] a impressão que tenho é que eu sou um expectador, então um amigo é um canal, outro amigo é outro canal [...] e eu nunca sei o que dizer... [...] talvez este canal esteja inativo (Jorge).

Eu... tô tomando consciência de que já... ultrapassei o meu limite [...] tô tentando mudar, pensar mais em mim, como eu disse, a vida tá passando e eu não olhei pra mim [...] eu tenho que cuidar de mim, eu tô me voltando, aos pouquinhos eu tô conseguindo... (Eunice).

O grupo pôde se constituir em um espaço protegido dentro do qual tais relações puderam ser evidenciadas, e a intervenção possibilitou aos participantes perceber, reconhecer e até acessar seu próprio “canal”, olhar para dentro de si e identificar padrões estereotipados de se relacionarem consigo mesmos e com os outros, para que mudanças pudessem ser “ensaiadas”. Nos grupos operativos, a atividade está centrada justamente na mobilização de estruturas e vínculos estereotipados, trazendo a possibilidade de reaprendizagem, e esse fato já é terapêutico por si só (Mello Filho, 1997; Pichón-Rivière, 1991; Bernstein, 1986). Isso pode ser ilustrado pelas seguintes falas, que mostram tentativas e conquistas nesse processo de se reconhecerem como sujeitos, acessando o seu “canal-psiquismo”:

Nós estamos sempre ouvindo de alguém, aconselhando alguém [...] Mas quando tu vai ter o momento de se olhar no espelho? [...] A gente pode manter esse esquema, mas nunca esquecendo que a gente tem o nosso caminho. Todas as situações que a gente vivenciou aqui eu nunca tinha parado... não tinha tempo, ou melhor, eu não me dava tempo pra isso (Jorge).

Eu sinto mudança em mim, eu percebo [...] ontem eu me olhei na frente do espelho [...] Porque quando eu cheguei aqui eu tava [...] péssima, vocês não têm ideia [...] Hoje eu tô... eu me enxergo hoje. [...] Aí que eu fiquei no espelho me olhando [...] Aí que eu comecei a me achar melhor, olha quanto tempo eu não me olhava no espelho! (Eunice).

Assim como os participantes se referem ao espelho como uma maneira representativa de voltar-se e olhar para si, também o grupo pode ser comparado a uma galeria de espelhos, em que cada um se reflete e é refletido pelos de-

mais (Zimmerman, 2004), sendo esse um fator terapêutico importante do grupo. Por esse aspecto, o componente visual da abordagem grupal é de extrema importância, pois pacientes e terapeuta funcionam como espelhos para cada um e para si mesmos. Além disso, o grupo oportuniza que cada um compare e constate suas próprias maneiras com as de outros e familiarize-se com novas maneiras de sofrimento e de solução de conflitos (Mello Filho, 1997).

Validando o grupo como ferramenta

A intervenção grupal com pacientes portadores de psicodermatoses oportunizou a criação de um espaço de escuta e acolhimento, no qual os participantes, por viverem situações semelhantes, puderam enxergar a si e aos demais, aprender com a experiência dos outros e ensaiar movimentos e mudanças com relação à forma de se relacionarem consigo mesmos e com o mundo. De diversas maneiras, os participantes foram reconhecendo e validando essa forma de abordagem, como traz o seguinte paciente, falando de o que o grupo lhe possibilitou: “É um elo que se fez [...] aquela coisa do convívio [...] é diferente a gente conversar com uma pessoa que não é portadora, que não tem vitiligo, porque as pessoas dizem ‘ah, nem se nota, não aparece’, porque elas não sentem” (Jorge). A seguinte paciente falou de sua acolhida pelo grupo: “Eu me senti muito querida pelo grupo [...] eu tava querendo muito [...] porque é uma coisa pra me ajudar, eu fiquei me sentindo o máximo, me senti mesmo importante aqui dentro” (Eunice).

A função de *holding* é o principal atributo do *setting* grupal, sendo que o próprio grupo funcionou como um importante continente das necessidades e angústias de cada um, na medida em que o paciente conquista a condição que realmente pertence a ele. Assim, a função de *holding* é exercida não só pelo terapeuta, mas ainda pelo conjunto grupal, sendo essa uma das funções terapêuticas universais realizadas por um grupo (Zimmerman, 2000; Mello Filho, 1986).

Esse acolhimento e o sentimento de pertença permitiram que o espaço grupal se configurasse como um espaço protegido no qual reflexões e mudanças pudessem ser “ensaiadas”, como trouxe um participante ao dizer que “Aqui parece um ventre [...] e daqui a pouco nós vamos nascer” (Jorge). O grupo pode ser entendido então como um ventre no qual podem ser gestadas novas formas de se relacionar, rompendo com vínculos estereotipados, como exemplificou esta paciente, falan-

do da sua reaproximação com o marido após 7 anos de distanciamento: “Eu consegui pegar na mão dele!! [...] eu me admirei, consegui!! Pra mim é uma grande coisa!! Eu tinha dito que nunca mais tomaria a iniciativa! [...] Ah, depois de tantos anos!” (Eunice).

O fato de os participantes poderem ver e ser vistos favorece os processos identificatórios, uma vez que o grupo possibilita a cada indivíduo reconhecer em si próprio aquilo que estava reprimido e latente, e que é despertado pelo que vem dos demais integrantes do grupo (Zimerman, 2004). Assim exemplificou um participante a esse respeito: “Quando tu começa a contar tua história, em cada ponto um tá se identificando [...] Tu tá contando a tua história e eu tô vendo na minha, a Mariane tá vendo na dela, a Ivete tá vendo na dela...” (Jorge).

Nos grupos somáticos homogêneos, o fato de os pacientes sofrerem por problemas semelhantes e enfrentarem situações parecidas contribui para que se crie um forte clima de coesão grupal e mútua solidariedade entre si, o que Mello Filho (1997, p. 198) chama de “universalidade de conflitos”. Dessa forma, sentem alívio ao perceber que os outros também vivem situações e sentimentos semelhantes, além de oportunizar que os participantes sintam-se valorizados em apoiar e colaborar com seus pares de grupo (Müller, 2005). Além disso, esse processo de identificação e trocas repercute no aumento do repertório de comportamentos, respostas e interações. Isso pode ser conferido pelas falas de dois participantes, que relataram suas experiências e aprendizagens ao final da intervenção grupal: “A tendência é quando termina o grupo a gente não ser a mesma pessoa de quando entramos [...] O que eu aprendi no grupo foi olhar mais pra mim, ter mais tempo. Aqui é o momento que eu consigo parar, me observar...” (Jorge).

E depois que eu entrei aqui no grupo eu comecei a... afrouxar as rédeas! [...] acho que eu que me modifiquei um pouco [...] se eu não tivesse entrando nesse grupo, nem sei como que eu ia estar hoje [...] tem muitas coisas que eu aprendi aqui com vocês, que mudou muito meu relacionamento em casa [...] E eu aprendi bastante. (Eunice)

Esses achados são semelhantes aos resultados de outros estudos publicados sobre intervenções psicoterapêuticas grupais com pacientes portadores de psicodermatose, ainda que tais estudos sejam escassos. Müller (2005) e Seng e Nee (1997) mostram que os que tiveram esse tipo de acompanhamento, além do

tratamento médico, apresentaram maior percepção dos aspectos inconscientes relacionados ao adoecimento de pele, relação mais tranquila com a doença, mudanças significativas na qualidade de vida, melhor entendimento de si, mostrando-se mais seguros, com melhores autoestima e autoconfiança.

Considerações finais

A pele, pelas funções que exerce, é um órgão essencial para a constituição e sobrevivência do ser humano. Nenhum outro marca tão bem o limite entre o interno e o externo e, a nível intra-psíquico, entre o eu e o outro. Pela ligação com o sistema nervoso central, a pele está diretamente vinculada às emoções e aos afetos, sendo palco das mais diversas manifestações de ordem tanto física como emocional. Pelos resultados apresentados, pôde-se perceber que os sintomas nela apresentados, como as psicodermatoses, revelam lacunas, algo que ficou falho nas relações iniciais, quando também se constrói a identidade e a auto-imagem, e que eventos estressores desempenham importante papel tanto no seu desencadeamento como no agravamento.

Através da intervenção psicoterapêutica grupal, criou-se um espaço que possibilitou ir para além da doença de pele: esta foi somente a porta de entrada para que, saindo da pele-superfície, se adentrasse a níveis mais profundos, íntimos e singulares do psiquismo, em que a doença aparece como um sintoma de algo que não pode mais deixar de ser visto: escancara o que é da ordem do afeto, do psíquico, do emocional. Se a pele exerce o papel de barreira entre o interno e o externo, então pode-se dizer que o adoecimento da pele fala de adoecimento dos limites, sendo um sintoma da dificuldade de diferenciação entre o eu e o outro.

Além disso, o espaço grupal pôde servir ora como espelho, possibilitando que os pacientes se enxergassem através do outro e para dentro de si, ora como ventre, permitindo que mudanças pudessem ser gestadas e reaprendizagens feitas. Por isso, compreende-se que a intervenção grupal foi uma importante ferramenta na abordagem de pacientes portadores de psicodermatoses, na medida em que se configurou como um espaço seguro de expressão de afetos e resignificação de vínculos e padrões de relacionamento estereotipados. Ao evidenciar os aspectos emocionais presentes nas psicodermatoses, se privilegia um novo olhar e um modelo mais integrado de atenção.

Ainda que ao final da intervenção tenham permanecido dois participantes, verificou-se um intenso aproveitamento do processo grupal e do espaço terapêutico, uma vez que abriu uma possibilidade de escuta e acolhimento do sofrimento, como também de reflexões e mudanças. Mesmo com as resistências iniciais, o grupo constituiu-se, assim como a pele, em um espaço para expressão dos afetos, capaz de acolher e ser continente das angústias, permitindo que fosse desvelado o que está por trás do adoecimento.

No entanto, pode-se considerar que a faixa etária dos participantes do grupo foi muito abrangente, acabando por acarretar a não permanência dos participantes de menor e maior idade. Esse fato aponta para a necessidade de estar atento às demandas específicas de cada faixa etária e do ciclo de vida, considerando que podem estar associados à forma como se lida com o adoecimento. Visto ser este um tema relativamente novo de pesquisas e com poucos artigos publicados na área, especialmente no tocante às abordagens grupais com pacientes portadores de psicodermatoses, sugere-se novos estudos com esta população abarcando outros enfoques e pontos de vista, como relações interpessoais e rede de suporte social, com vistas a aprofundar o conhecimento e qualificar futuras intervenções neste campo.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio financeiro da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS), bem como da Escola de Saúde Pública (ESP/RS) e Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS) para a realização da pesquisa.

Referências

- ANZIEU, D. 1989. *O eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 300 p.
- AZAMBUJA, R. 2003. *Pele e Psiquismo*. Disponível em: <http://www.dermatologia.net>. Acessado em: 01/11/2008.
- AZULAY, R.D.; AZULAY, D.R. 1985. Psicodermatologia. In: R.D. AZULAY; D.R. AZULAY, *Dermatologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 417-424.
- BERNSTEIN, M. 1986. Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo. In: L.C. OSORIO (coord.), *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, p. 108-132.
- DIAS, H.Z.J. 2007. *Pele e psiquismo, psicossomática e relações objetais: características relacionais de pacientes portadores de dermatoses*. Porto Alegre, RS. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC, 153 p.
- FOULKES, S.H.; KADIS, A.L.; KRASNER, J.; WINICK, C. 1976. *Psicoterapia de grupo*. São Paulo, IBRASA, 212 p.
- GAJARDO, M. 1985. Pesquisa-participante: propostas e projetos. In: C.R. BRANDÃO (org.), *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo, Editora Brasiliense, p. 15-50.
- GUPTA, M.A.; GUPTA, A.K. 1996. Psychodermatology: an update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, **34**:1030-1046. [http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622\(96\)90284-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622(96)90284-4)
- KENT, G.; AL'ABADIE, M. 1996. Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, **35**:895-898. [http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622\(96\)90112-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622(96)90112-7)
- KIPPER, D.J.; CLOTET, J. 1998. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: S.I.F. COSTA; G. OSELKA; V. GARRAFA (orgs.), *Iniciação à bioética*. Brasília, Conselho Federal de Medicina, p. 37-51.
- KOO, J.Y.M.; DO, J.H.; LEE, C.S. 2000. Psychodermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, **43**:848-853. <http://dx.doi.org/10.1067/mjd.2000.109274>
- McKENNA, K.E.; STERN, R.S. 1997. The impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort. *Journal of the American Academy of Dermatology*, **36**:388-394. [http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622\(97\)80214-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622(97)80214-9)
- MELLO FILHO, J. 2002. *Concepção Psicossomática: Visão atual*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 257 p.
- MELLO FILHO, J. 1986. Contribuições da escola de Winnicott à psicoterapia de grupo. In: L.C. OSORIO (coord.), *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 64-97.
- MELLO FILHO, J. 1997. Grupoterapia com pacientes somáticos: 25 anos de experiência. In: D. ZIMMERMAN; L.C. OSÓRIO, *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre, Artmed, p. 185-204.
- MINAYO, M.C.S. 2004. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec, 269 p.
- MONTAGU, A. 1988. *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo, Summus, 427 p.
- MÜLLER, M.C. 2005. *Psicossomática: uma visão simbólica do vitiligo*. São Paulo, Vetor, 135 p.
- PICHÓN-RIVIÈRE, E. 1991. *O processo grupal*. São Paulo, Martins Fontes, 181 p.
- SENG, T.K.; NEE, T.S. 1997. Group therapy: a useful and supportive treatment for psoriasis patients. *International Journal of Dermatology*, **36**:110-112. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-4362.1997.00011.x>
- SILVA, J.D.T.; MÜLLER, M. 2007. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças de pele. *Estudos de Psicologia*, **24**:247-256. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000200011>
- SILVA, J.D.T.; MÜLLER, M.C.; BONAMIGO, R.R. 2006. Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, **81**(2):143-149. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000200005>
- SOUZA, A.P.F.S.; CARVALHO, F.T.; ROCHA, K.B.; LAGES, M.N.; CALVETTI, P.U.; CASTOLDI, L. 2005. Associação de eventos estressores ao surgimento ou agravamento de vitiligo e psoríase. *Psico*, **36**:167-174.

- SPITZ, R. A. 2004. *O primeiro ano de vida*. São Paulo, Martins Fontes, 410 p.
- TOBAR, F.; YALOUR, M.R. 2001. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 172 p.
- TROMBINI, G.; BALDONI, F. 2004. *Distúrbios Psicossomáticos*. São Paulo, Paulinas, 175 p.
- VOLICH, R.M. 2000. *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 183 p.
- ZACHARIAE, R.; OSTER, H.; BJERRING, P.; KRAGBALLE, K. 1996. Effects of psychological intervention on psoriasis: a preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, **34**:1008-1015.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622\(96\)90280-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622(96)90280-7)
- ZIMERMAN, D.E. 2000. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre, Artmed, 244 p.
- ZIMERMAN, D.E. 2004. *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre, Artmed, 471 p.
- WINNICOTT, D.W. 2001. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo, Martins Fontes, 247 p.

Submetido: 17/10/2010

Aceito: 05/01/2011