

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Karina Castrezana Pinto Carlos

**Percepções, sentimentos e fantasias dos pacientes quanto a seus
sintomas de escoriação psicogênica**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
NÚCLEO DE ESTUDOS JUNGUIANOS

SÃO PAULO
2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Karina Castrezana Pinto Carlos

**Percepções, sentimentos e fantasias dos pacientes quanto a seus
sintomas de escoriação psicogênica**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação da Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos.

SÃO PAULO

2014

Banca Examinadora

Presidente : _____

1° Examindor: _____

2° Examindor: _____

Aos meus pais pela dedicação, exemplo e amor.

*“Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível, e de repente
você estará fazendo o impossível.”*

São Francisco de Assis

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a meu mestre Jesus Cristo que, com seu infinito amor, me proporcionou paciência, perseverança, saúde e coragem, durante todo o processo do mestrado.

Agradeço do fundo d' alma a meus pais, sempre presentes em todos os estágios de minha vida, por mostrarem exemplos de conduta e por me proporcionarem condições de tornar reais meus sonhos.

Pai, obrigada por todas as vezes em que brincou comigo de cavalinho, quando eu era criança, por ter feito uma balança para mim no quintal da Vó Maria, por ter me ensinado que os momentos são únicos e que os cachorros são especiais. Obrigada por ter acordado comigo às 5h da manhã todos os dias para eu ir à universidade em SP: você abria a porta da van para eu entrar, fechava e voltava a dormir. Obrigada por todas as suas palhaçadas, pelo seu espírito jovem, amigo e bondoso com todas as pessoas que cruzam seu caminho.

Mãe, tão doce, amiga e simplesmente perfeita. O que dizer de você? Você é tudo pra mim. Obrigada por fazer nosso almoço todos os dias com tanto carinho e dedicação, por cuidar de nossa casa com tanto zelo, por ser essa avó que não mede esforços para cuidar dos netos com a máxima atenção. Obrigada pelo exemplo que me deu, durante toda a vida, de como se relacionar com as pessoas, obrigada por me fazer uma pessoa de fé e do bem. Obrigada por estar presente em cada escolha de minha vida, dando-me força, incentivo e coragem. Para tudo o que faço, eu vou tranquila, porque você plantou seu amor em mim, o que me gerou um sentimento de segurança em cada passo dado, até porque, em caso de algo dar errado, sempre soube que você estaria a meu lado.

Por conta desta grande experiência com o mestrado, entre idas e vindas a São Paulo, conheci uma pessoa muito especial: Cíntia Fazon. Obrigada por me proporcionar a vivência de morar por um período em uma 'casa de república'. Obrigada pelas risadas, troca de experiências, degustação de vinhos e grandes momentos de conversa na "quase" sacada. Serei sempre grata a você por me aceitar em seu apartamento. Pra sempre, amiga!

Agradeço à minha irmã, pela amizade e pelo exemplo que sempre me deu nos estudos. Amo você!

Agradeço à grande amiga e dermatologista Dra. Ana Carolina Antunes, que me ajudou em todo o processo de trabalho, e sem ela, nada teria sido possível. Abriu-me as portas da Policlínica de Mogi das Cruzes e me encaminhou todos os pacientes que participaram do estudo. Obrigada também pelos nossos momentos de confidências, pelo caminhar com nosso grande mestre e por existir em minha vida.

Obrigada a meu noivo Felipe Simões, que soube ter paciência e me dar colo em todos os momentos em que precisei. Seu companheirismo, amor e energia são combustíveis essenciais pra mim. Amo você!

Dois amigos me surpreenderam com mais uma virtude dentre tantas deles que conheço: a generosidade. Obrigada Gustavo Resek e Juliana Velloso por toda ajuda e incentivo que me deram nesse período. Quem tem amigo, tem um grande tesouro.

Agradeço a meus sobrinhos Rafaella e João Henrique, que tiveram de ter paciência em todas as situações em que eu não podia brincar com eles e quando respondia algo rapidamente para não perder o raciocínio, diante da tela do computador. Desculpem-me, agora a tia e dinda está aberta às brincadeiras todas.

Em meio a desafios, tarefas, prazos, contas e estresse, o universo me presenteou com um grande amigo: Michel Fillus. Sou muito grata por todos os momentos que dividimos na PUC, pelos apelidos que inventamos, pelas tardes chuvosas, pelos “perrengues” financeiros, pelas risadas até chorar e por ter sido tão companheiro e parceiro. Você fez essa caminhada ser mais leve e divertida!

Meus agradecimentos à Prof^a. Dra. Maria Aparecida Mello, a grande incentivadora para que eu iniciasse o mestrado. Obrigada por todas as suas dicas, pelos momentos de desabafo e por ter aceitado meu pedido de estar em minha banca examinadora. Com certeza, todas as suas contribuições foram essenciais em minha dissertação.

Obrigada à Prof^a. Dra. Ceres de Araújo por aceitar participar de minha banca examinadora, pelas suas emocionantes aulas e por sempre se mostrar atenciosa em todos os momentos em que a procurei. Agradeço também a oportunidade de apresentação de trabalho no Congresso Latino-Americano de Psicologia Analítica em 2012, fruto de um artigo realizado em conjunto com a colega Ana Paula Bonilha (doutoranda) e Prof^a. Ceres.

Agradeço à Prof^a. Dra. Denise Gimenez Ramos pela parceria, paciência e grande competência em suas orientações. Obrigada por me mostrar o caminho, por ajudar tanto em meu

crescimento. Sou muito feliz por tê-la escolhido como minha orientadora e mestre. Sempre serei sua admiradora!

Agradeço a cordialidade da Dra. Denise Steiner, pelas contribuições importantes a meu trabalho na qualificação.

A Liliana Wahba, por suas aulas brilhantes e importantíssimas para meu aprofundamento nos conceitos da psicologia analítica.

À CAPES, pela bolsa de estudos que me foi concedida, sem a qual não poderia concluir este mestrado.

Agradeço finalmente a Adriano Mandelli, pela ajuda na parte da análise estatística dos resultados, e a Maria Luiza Bonanata da Rocha, pela correção do texto. Eles materializaram a certeza de que Deus coloca pessoas maravilhosas em nosso caminho.

OBRIGADA A TODOS!

RESUMO

CARLOS, Karina C. P. **Percepções, sentimentos e fantasias dos pacientes quanto a seus sintomas de escoriação psicogênica**. 2014. 133 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

O presente estudo teve por finalidade observar as percepções, sentimentos e fantasias dos pacientes quanto a seus sintomas de escoriação psicogênica. A população foi composta de 48 pessoas, sendo 28 do grupo controle e 20 do experimental, indicadas pela Policlínica da Universidade de Mogi das Cruzes. Ambos os grupos responderam ao formulário de caracterização e ao inventário de Beck de ansiedade, sendo que o segundo também respondeu à entrevista semiestruturada, participou das técnicas do desenho da figura humana, da imaginação dirigida e do desenho temático. O método de análise foi quantitativo para os resultados de ansiedade e caracterização da amostra nos dois grupos, e a análise qualitativa se destinou às demais técnicas aplicadas somente no grupo experimental. A análise dos resultados foi baseada em pressupostos da Psicologia Analítica. Concluiu-se que situações estressantes e de conflito contribuíram para o aparecimento e o agravamento dos sintomas e observou-se que sentimentos de abandono, negligência e vazio advindos da infância vieram à tona por muitos participantes, estando presentes evidências dos complexos materno e paterno. Uma atuação multidisciplinar se faz necessária e a intervenção psicológica é de suma importância para elaboração dos conteúdos traumáticos.

Palavras-chave: Psicologia Analítica, Psicodermatologia, Escoriação Psicogênica.

ABSTRACT

CARLOS, Karina C. P. **Perceptions, feelings and fantasies of patients in relation to their symptoms of psychogenic excoriation**, 2014. 133 p. Masters Dissertation. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

The present study aimed at observing the perceptions, feelings and fantasies of patients in relation to their symptoms of psychogenic excoriation. The population consisted of 48 people, 28 of the control group and 20 of the experimental group, referred by the city clinic of the University of Mogi das Cruzes. Both groups answered a form of characterization and Beck Anxiety Inventory. The second group also answered a semi structured interview, the technical drawing of the human figure, guided imagery and thematic design. The method of analysis of the results was quantitative for anxiety and the form of characterization in both groups, and qualitative analysis was intended only to other techniques applied in the experimental group. The analysis was based on assumptions of Analytical Psychology. It was concluded that stressful situations and conflict contributed to the development and aggravation of symptoms and it was observed that feelings of abandonment, neglect and emptiness arising from childhood surfaced for many participants, in which we found evidence of maternal and paternal complexes. A multidisciplinary approach is necessary and psychological intervention is of paramount importance for the development of traumatic content.

Keywords: Analytical Psychology, Psycho dermatology, Psychogenic Excoriation

SUMÁRIO

1.	<u>INTRODUÇÃO</u>	14
2.	<u>REVISÃO DE LITERATURA</u>	16
2.1.	Escoriação Psicogênica	16
2.2.	Psicodermatologia	19
3.	<u>ESTUDOS REFERENTES À ESCORIAÇÃO PSICOGÊNICA</u>	22
3.1.	Tratamento da escoriação psicogênica	26
4.	<u>A PELE NO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO</u>	30
5.	<u>A PSICOSSOMÁTICA JUNGUIANA</u>	35
6.	<u>MÉTODO</u>	38
6.1.	Caracterização do estudo	38
6.2.	Objetivos da pesquisa	38
6.2.1.	Objetivo geral	38
6.2.2.	Objetivos específicos	38
6.3.	Participantes	38
6.4.	Local para coleta de dados	39
6.5.	Instrumentos de coleta de dados	40
6.6.	Procedimentos de pesquisa	41
6.7.	Cuidados éticos	41
7.	<u>RESULTADOS E DISCUSSÃO</u>	43
7.1.	Caracterização dos dois grupos	43
7.2.	Classificação quanto ao nível de ansiedade entre os grupos (inventário de Beck)	48
7.3.	Desenhos da figura humana	50
7.4.	Entrevista Semiestruturada	52
7.5.	Imaginação dirigida	76
7.6.	Desenhos temáticos	80
8.	<u>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u>	85
9.	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	89
10.	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	91
	<u>ANEXOS</u>	96

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Estatísticas do nível de Ansiedade entre os grupos (pontuação geral)	48
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição por grupo do tamanho da amostra.....	43
Gráfico 2: Distribuição por grupo da variável sexo.....	43
Gráfico 3: Distribuição por grupo da variável estado civil.....	44
Gráfico 4: Distribuição por grupo da variável religião.....	45
Gráfico 5: Distribuição por grupo quanto à prática religiosa.....	45
Gráfico 6: Distribuição por grupo da variável ocupação.....	46
Gráfico 7: Distribuição por grupo da variável classe social.....	47
Gráfico 8: Boxplot nível de ansiedade (pontuação geral).....	48
Gráfico 9: Distribuição da variável classificação de ansiedade por grupo.....	49
Gráfico 10: Diagnóstico de escoriação psicogênica.....	52
Gráfico 11: Realização de tratamento psiquiátrico.....	53
Gráfico 12: Uso de medicação psicotrópica.....	54
Gráfico 13: Realização de psicoterapia/Avaliação psicológica.....	54
Gráfico 14: Frequência semanal em que causa lesões na própria pele.....	58
Gráfico 15: Tempo diário de escoriação na própria pele.....	58
Gráfico 16: Percepção da gravidade do sintoma de escoriação psicogênica.....	59
Gráfico 17: Classificação quanto ao incômodo que a escoriação psicogênica causa em si.....	61
Gráfico 18: Classificação quanto ao incômodo que a escoriação psicogênica causa nas outras pessoas.....	62

1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema para a pesquisa não foi uma tarefa fácil. Muitas questões e diversos temas vieram a minha mente. Queria algo que me motivasse, que me instigasse à leitura e, claro, que se constituísse em um assunto relevante no meio acadêmico.

Em meados do mês de Agosto de 2011, estava discutindo alguns casos clínicos com uma amiga e médica dermatologista, quando percebi que a psicodermatose, além de estar presente nos diagnósticos de alguns pacientes em meu consultório, era um assunto que me instigava a buscar um maior conhecimento. Ao questionar a Dra. Ana Carolina Antunes sobre quais eram as psicodermatoses mais frequentes em seu consultório, ela respondeu que certamente seriam psoríase, vitiligo, alopecia e escoriação psicogênica.

Pensando em psicodermatologia e, mais especificamente, em psicodermatoses, fui buscar na literatura artigos sobre esse tema. Constatei que, embora com demanda crescente, a escoriação psicogênica era o tema menos abordado pelos pesquisadores.

Sincronicamente, na segunda semana em que buscava por literatura recente acerca do tema, recebi em meu consultório dois pacientes diagnosticados com escoriação psicogênica e comecei a notar algumas semelhanças em seus discursos e no histórico de vida. Ambos passaram por privação de “holding” na primeira infância, ou seja, relataram que não receberam os cuidados iniciais, quando bebês, e descreveram a primeira infância como não satisfatória, com muitos conflitos no relacionamento parental. De acordo com a experiência em consultório, levantei-me as seguintes questões: os pacientes com escoriação psicogênica sofreram algum tipo de privação de cuidados na primeira infância? Nesse grupo de pacientes, como foi a estimulação tátil? Quais são as fantasias que permeiam a mente da pessoa que desenvolve tal sintoma? O que pode estar por trás do ato de escoriar-se?

Para que se entenda melhor, cabe ressaltar que o diagnóstico de escoriação psicogênica baseia-se no relato de uma autoagressão do paciente, revelando sua dificuldade de controlar os impulsos e de lidar com seus conflitos emocionais, o que faz esse sintoma ser de grande interesse, no campo de estudos psicológicos. A partir desses dados, a necessidade de aprofundar meus conhecimentos a respeito do assunto e o desejo de pesquisar algo a partir de uma perspectiva

analítica, fez-me decidir por este tema: percepções, sentimentos e fantasias dos pacientes quanto a seus sintomas de escoriação psicogênica.

Este estudo teve como objetivo compreender aspectos emocionais, percepções, sentimentos e fantasias dos pacientes que apresentam sintoma de escoriação independentemente de sua patologia.

A Dra. Ana Carolina Antunes, que trabalha diretamente com a Dra. Denise Steiner, pela confiança em meu trabalho, disponibilizou para a pesquisa que culminou com esta dissertação de mestrado o contato com pacientes em tratamento na ‘Policlínica de Mogi das Cruzes’ (afiliada à Universidade de Mogi das Cruzes) e também com pacientes de seu consultório, diagnosticados com o sintoma.

Inicialmente, a dissertação discorre sobre o que é escoriação psicogênica, sua etiologia, comorbidades e formas de tratamento; a seguir, trata da Psicodermatologia como campo de atuação, unindo a Dermatologia e a Psicologia. O capítulo seguinte traz os estudos já realizados sobre escoriação psicogênica e formas de tratamento. Em continuidade, é abordada a psicossomática junguiana, desenvolvendo-se os fatores simbólicos presentes nas doenças. O capítulo em sequência se refere à pele no desenvolvimento psicológico, depois, ao método de pesquisa. E os últimos capítulos, são os resultados obtidos no estudo, discussão e considerações finais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Escoriação psicogênica

Conforme Misery (2012), a escoriação psicogênica também pode ser chamada de escoriação neurótica, síndrome de “picking” pele ou dermatotilexomania (dermato = pele; tillexis = picar algo; mania = preocupação excessiva com algo). Caracteriza-se como uma “compulsão ou dificuldade de resistir ao impulso de causar ou agravar lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar), usando para tal as unhas ou outros objetos”. Não é necessariamente classificada como patologia, mas clinicamente é associada a sofrimento, incapacitação e risco significativo.

Pode ser classificada, segundo o DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, forth edition, 1994), no capítulo de “controle de impulsos não classificados em outro local.” (p. 635)

De acordo com Mutasim (2010) e Freitas (2011), os termos que têm sido utilizados provavelmente refletem não só a variabilidade de problemas psicológicos como também problemas de pele entre os pacientes. Escoriação psicogênica é o termo mais utilizado e preferido na psiquiatria, por algumas razões: em primeiro lugar, está presente na literatura dermatológica; em segundo, implica uma causa psicogênica psiquiátrica para a escoriação. Finalmente, o termo neurótico foi eliminado do DSM V, e, por essas razões, será utilizada neste trabalho a expressão “Escoriação Psicogênica.”

O termo “escoriação” tem sido utilizado desde 1920 pela literatura dermatológica. Entre os transtornos psiquiátricos associados a quadros dermatológicos obscuros, que não apresentam resultados positivos em exames laboratoriais, a escoriação psicogênica é alvo de objeto de estudo. Destaca-se pelo relato do paciente de provocar as lesões (falta de controle de impulso), sendo esta a chave que diferencia seu diagnóstico daquele efetuado para a dermatite factícia (ALVES et. al., 2009 e MISERY, 2012).

As lesões provocadas pelos pacientes são justificadas pela sensação incontrolável de prurido, de queimação ou pela necessidade de remover algo da pele (SAMPAIO, S.; RIVITTI, E., 2007). Elas ocupam geralmente menos de 1 cm de diâmetro e são recobertas por crostas

sanguíneas; podem ser primárias ou associar-se à lesão preexistente de outra natureza (AZULAY, D.; AZULAY, R.; ESTELLITA-LINS, C., 2006; MUTASIM, 2010).

Na busca de entender melhor esses pacientes, Mutasim (2010) esclarece que eles podem ser divididos em três grupos/categorias, com base na distribuição das lesões. O primeiro grupo tem poucas lesões em outras partes do corpo, as quais ficam restritas ao rosto, chamadas de acne escoriada porque esta ocorre, geralmente, em jovens com o comportamento de apertá-la com a unha ou com objetos. O segundo grupo poupa a face e tem lesões nos braços e pernas; já o terceiro as desenvolve na face, no tronco e nas extremidades.

Autores como Azulay et.al. (2006), Sharma (2008) e Mutasim (2010) ressaltam que as escoriações são mais observadas em mulheres (oito vezes mais comum) e se desenvolvem com frequência maior nos antebraços, na face, no pescoço e nos ombros. Os pacientes, em geral, estão sob estresse e deprimidos.

De acordo com Hudson (1995) e Misery (2012), o ato de escoriar-se compulsivamente tem sido relatado, nas clínicas dermatológicas, por 2% dos pacientes. Dados epistemológicos indicam 2 a 3% de sua prevalência na população em geral e 9% em pacientes com prurido. Entre as condições psicopatológicas subjacentes comuns destacam-se depressão e ansiedade, transtorno de personalidade borderline, transtorno dismórfico corporal, transtorno por uso de substâncias, transtornos alimentares, tricotilomania e cleptomania. Para Gupta et.al. (1986) e Alves et.al. (2009), podem ser encontrada também personalidade com perfeccionismo, psicose, reações conversivas, histeria, hipocondria, comportamento autodestrutivo, dificuldade de expressar sentimentos, como raiva, e transtorno obsessivo compulsivo.

Conforme Del Porto (1996), Mutasim (2010) e Ozden et.al. (2010), a população em geral apresenta menor prevalência de transtornos psiquiátricos, comparada a pacientes com doenças dermatológicas. Em clínicas dermatológicas, aproximadamente um terço dos pacientes apresenta alguma forma de patologia psiquiátrica, como transtornos de ansiedade e humor, transtorno dismórfico corporal, uso de substâncias e transtornos do espectro obsessivo-compulsivo.

De acordo com Scheinfeld (2011), as escoriações psicogênicas podem ser associadas a transtornos de ansiedade, à baixa autoconfiança, apreensão generalizada, meticulosidade, autopercepção negativa e ao humor depressivo. Segundo esses autores, pacientes relatam aumento progressivo de tensão, que é raramente associada ao prurido, e o comportamento compulsivo de coçar provoca um sentimento de alívio.

Krishman & Koo (2005) pontuam que o sintoma de escoriar-se primariamente consiste em uma condição psiquiátrica. Pacientes com escoriação psicogênica podem causar úlcera na pele, abscessos e cicatrizes. Além disso, Gupta et.al. (1986) salientam que as lesões são um sinal cutâneo de psicopatologia e que estressores psicossociais têm sido relatados como precipitadores de sintomas cutâneos em 33% a 98% dos pacientes.

Mutasim (2010) ressalta que o prognóstico é variável e relaciona-se com manifestações psiquiátricas. Pacientes com doença leve, tais como acne escoriada, têm um prognóstico excelente, especialmente após o tratamento da acne leve. Pacientes com escoriações extensas, associadas a depressão ou a doença bipolar, geralmente têm pior prognóstico, e, nesse caso, há necessidade de terapia mais intensiva. O autor ainda acrescenta que algumas investigações levantam a hipótese de que o comportamento associado à escoriação psicogênica é semelhante ao da tensão sexual seguida de satisfação.

Stein et.al (2010) propõem para o DSM V incluir escoriação psicogênica como um sintoma (hábito), em vez de síndrome, pois promoveria uma maior consciência dessa condição assim como incentivaria um tratamento adequado. Os critérios propostos para o DSM V seriam estes: recorrentes escoriações resultando em lesões na pele; escoriação psicogênica não se restringindo a sintoma de outros transtornos mentais; perturbação causando sofrimento clínico significativo ou prejuízo na vida social (no trabalho e em outros contextos); escoriações não resultantes de intoxicação por medicação ou de problemas dermatológicos.

Em resumo, pode-se concluir que a escoriação psicogênica é um sintoma que se caracteriza pelo relato do paciente de seu ato de coçar/arranhar compulsivamente a pele, em diferentes áreas ou em alguma área específica, possivelmente associado a outra patologia. Para melhor atuação dos profissionais no manejo da escoriação psicogênica, cabe uma reformulação no novo DSM V para especificar tal sintoma; assim se procedendo, pode-se favorecer o tratamento dos pacientes assim como promover um trabalho multiprofissional, com intervenção psiquiátrica, dermatológica e psicológica.

No próximo capítulo será abordada a psicodermatologia, ou seja, uma área específica que une a dermatologia e a psicologia, favorecendo o tratamento específico de sintomas como a escoriação psicogênica.

2.2 Psicodermatologia

Embora existam algumas publicações na literatura relativas às manifestações de conflitos inconscientes da pele, Ramos e Muller (2004) ressaltam que o interesse dos dermatologistas pelo estudo do fenômeno psique/corpo surge somente na década de 80.

Acredita-se, de acordo com Taborda, Weber e Freitas (2009), que exista uma somatória de fatores genéticos, ambientais e psicológicos no desencadeamento das doenças em geral. É provável que a presença de ansiedade e depressão seja o principal fator para o desenvolvimento de doença e que, sem dúvida, eventos estressores sirvam como gatilho para seu começo ou para sua exacerbação em pessoas geneticamente predispostas.

Krishman & Koo (2005) pontuam que, há muito tempo, se sabe que o desenvolvimento e a cronicidade de doenças dermatológicas podem ser fortemente influenciados por fatores emocionais. De fato, estimativas sugerem que 75% dos pacientes dermatológicos possuem um componente psicológico associado às queixas de pele. Sendo assim, fatores psicológicos e psiquiátricos podem aumentar ou diminuir a sensação de prurido.

Pesquisas recentes têm levado em consideração a conexão entre estresse e psicopatologia dermatológica (CHREN, GARG, SANDS et al., 2001). Krishman & Koo (2005) ressaltam que pacientes com problema de prurido dermatológico dizem sentir menos coceira em situação de relaxamento do que em situações de estresse ou ansiedade.

Jafferany (2007) descreve a psiquiatria como área com foco em fatores internos (invisíveis) e a dermatologia em fatores externos (transtornos visíveis). Por sua vez, os transtornos dermatológicos estão associados a uma variedade de problemas psicopatológicos que podem afetar o paciente, sua família e a sociedade.

Ainda de acordo com Jafferany (2007), para um maior entendimento dessas questões, a abordagem biopsicossocial, que envolve uma equipe multiprofissional, é necessária para o paciente. A dermatologista Denise Steiner (2001) salienta que a pele é um órgão sensível de grande importância psicológica pelo contato que oferece entre os indivíduos, desde o nascimento e durante toda a sua vida.

Alves et.al. (2009), Lebwohl e Koo (2001) referem que a psicodermatologia está a serviço da integração entre dermatologia e psicologia, no que se refere ao tratamento de dermatoses. Isso porque, de acordo com Scheinfeld (2011), pele e cérebro interagem continuamente.

Para Sampaio e Rivitti (2007), a evolução clínica atípica pode ser uma evidência da influência psíquica no desencadeamento de uma dermatose, e é por meio da resolução ou transformação de um conflito que se pode curar a doença.

Nesse sentido, o dermatologista é levado da superfície do corpo até as áreas mais profundas, como a psique, e, dessa forma, a Psicodermatologia se torna cada dia mais importante, por suas observações do complexo fenômeno psiquismo-pele, com objetivo de estudar quadros dermatológicos que procedem dessa relação. (AZULAY, D.; AZULAY, R.; ESTELLITA-LINS, C., 2006).

Conforme refere Muller (2005, p. 21), “as ligações que existem com o sistema nervoso tornam a pele altamente sensível às emoções, independente da nossa consciência. A pele expressa os nossos sentimentos mesmo quando não estamos cientes deles”.

De acordo com Lebwohl e Koo (2001), os transtornos psicodermatológicos podem ser classificados em três categorias: a) Transtorno Psicofisiológico, b) Transtorno Psiquiátrico Primário e c) Transtorno Psiquiátrico Secundário. O termo Transtorno Psicofisiológico (a) refere-se aos transtornos de pele, como eczema ou psoríase, que podem piorar com estresse emocional; como Transtorno Psiquiátrico Primário (b), os autores classificam os transtornos de pele como tricotilomania e a escoriação psicogênica, em que o problema a princípio é psicológico, as manifestações de pele são autoinduzidas; o Transtorno Psiquiátrico Secundário (c) caracteriza pacientes com problemas psicológicos significativos que têm impacto profundamente negativo em sua imagem corporal e em sua autoestima. Nesse caso se incluem a depressão e a fobia social, desenvolvidas como consequência do transtorno de pele.

Compreende-se que a pele não consiste somente em uma cobertura do corpo, mas é também um dos mais importantes órgãos do organismo humano, suscetível a diferentes manifestações e responsável por várias funções no organismo, como proteção, absorção, regulação de temperatura, entre outras, sendo sua relevância na totalidade psicossomática e a conseqüente necessidade de se considerar o fenômeno mente-corpo bem claras. Muitas são as patologias que envolvem pacientes com problemas dermatológicos, e, de acordo com a literatura e prática clínica de profissionais, o aspecto emocional está intimamente relacionado aos

problemas de pele. Portanto, na assistência ao processo de tratamento e de enfrentamento dos sintomas, torna-se indispensável a presença de uma equipe multiprofissional atuando em prol da saúde física e psíquica de tais pacientes.

Sendo a escoriação psicogênica um assunto ainda pouco estudado pela psicodermatologia e de grande importância, pela grande demanda de pacientes, o próximo capítulo irá abordar as pesquisas realizadas acerca do tema.

3 ESTUDOS REFERENTES À ESCORIAÇÃO PSICOGÊNICA

Jefferson e Thompson (1995) desenvolveram um questionário para diagnóstico de Rinotillexomania (ato de escoriar o nariz) para ser utilizado tanto em casos leves como em graves. Além dos dados de identificação, o “Rhinitillexomania Questionnaire” apresenta vinte e cinco perguntas de escolha única ou múltipla, que abordam aspectos do ato da escoriação nasal. Os autores, ao desenvolver o questionário e aplicá-lo, sugerem que a ação de escoriar o nariz é quase uma prática universal entre os adultos, embora não deva ser considerada como patológica para a maioria.

Outros pesquisadores no Brasil, especificamente em Porto Alegre, elaboraram um questionário adaptado para escoriação psicogênica, o qual consta de vinte e três perguntas, com dados demográficos e aspectos clínicos do transtorno. Participaram dessa pesquisa 144 estudantes de Medicina do Rio Grande do Sul, com idade média de 21 anos, sendo 57% do sexo masculino. Os resultados encontrados foram os seguintes: 21% dos respondentes admitiram já ter causado lesões à própria pele, em algum momento de suas vidas, mas não o fazem atualmente; 41% aproximadamente responderam que continuam causando lesões à pele ou agravando-as; apenas um participante classificou sua escoriação psicogênica como extrema.

A maioria (47%) dos entrevistados declarou não sentir desconforto ou sofrimento com seu ato, e 30% disseram ser pouco o incômodo, ou sofrível; 4,5% disseram que o incômodo era moderado, porém suportável; 10% relataram sentir muito incômodo com a condição, e somente um participante disse que a escoriação era insuportável (6 estudantes não responderam à questão).

Os resultados desse estudo demonstraram que aqueles que apresentam ou apresentaram essa manifestação, no decorrer de sua vida, acreditam não ser a escoriação psicogênica uma doença; por outro lado, aqueles que nunca apresentaram tal sintoma acreditam com maior frequência ser uma doença mental.

Foram estas as principais razões relatadas pelos 89 participantes do estudo (os que relataram já ter lesionado a própria pele e os que continuam lesionando-a) para justificar esse ato: hábito (36%), alívio da coceira ou do desconforto (59,6%), alívio da ansiedade (31,5%), sensação

de ter que fazer – impulso (23,6%), higiene pessoal (23,6%), outros motivos (2,2%) e os demais (5,6%) não responderam à questão.

Como conclusão, o estudo sugere que o ato de causar lesões parece ser comum entre os estudantes de medicina e que somente em casos mais graves pode ser considerado como escoriação psicogênica (FERRÃO, FERRÃO, CUNHA, 1999).

No Brasil, de acordo com esses autores, como alguns estudos têm apresentado o distúrbio no âmbito do espectro obsessivo-compulsivo, a condição ainda é pouco abordada e, dessa forma, pouco diagnosticada.

Segundo Singareddy et al. (2003), as escoriações psicogênicas estão frequentemente associadas a ansiedade, estresse e comportamentos de busca de ajuda. Os pesquisadores examinaram a qualidade do sono e o nível de ansiedade de pacientes com escoriação psicogênica, sendo três os grupos (compostos por homens e mulheres) que participaram da pesquisa: dez pacientes diagnosticados com escoriação psicogênica, dez com problemas dermatológicos primários, porém sem escoriações, e dez pessoas ditas saudáveis (sem histórico de transtornos psiquiátricos ou de distúrbio do sono). Os instrumentos utilizados foram o Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), The State and Trait Anxiety Inventory e uma versão modificada de Zung Anxiety Scale, Escala de Estresse Percebido, Work and Social Disability subscale of the Sheehan Disability Inventory. Para os grupos de pacientes dermatológicos com e sem escoriação psicogênica foi aplicado um questionário desenvolvido por dois autores para acessar hábitos de escoriação psicogênica. Como resultado, observou-se que o grupo com escoriações significantes e consistentes teve elevada escala de distúrbio do sono, estresse percebido e ansiedade.

Segundo Muller et al. (2005), pesquisas demonstram que pessoas com psicodermatoses já experimentaram, em sua vida, sentimentos de não ser fisicamente atraentes, não desejáveis ou ambas as características, ou ainda afirmam ter sofrido algum tipo de discriminação ou rejeição em sua história de vida. Muitas vezes, o que mais incomoda os pacientes é a reação das outras pessoas, por isso as doenças de pele “doem” diante do olhar do outro. Diferentes pesquisas apontam o estresse como importante desencadeamento ou agravamento das psicodermatoses.

Arnold et al. (2008) estudaram a prevalência de comorbidades psiquiátricas em 34 adultos com escoriação psicogênica, que foram convidados a participar de uma avaliação psiquiátrica. Em 68% dos pacientes foi detectado transtorno de humor e em 41% depressão maior, transtorno bipolar e distúrbios de distímia compulsivos.

Ehsani et al. (2009) selecionaram para o estudo 178 pacientes de uma clínica de dermatologia com queixas dermatológicas primárias. Todos eles tinham suspeita de ter um dos quatro principais problemas psicocutâneos: ilusão de parasitas, tricotilomania, dermatite artefacta e escoriação psicogênica. Todos foram avaliados por dois dermatologistas e um psicólogo experiente para que se diagnosticasse qualquer problema psicológico. Dentre os pacientes, 71,9% foram diagnosticados com escoriação psicogênica; 12,4% com tricotilomania; 9% com delírio de parasitas e 6,7% com dermatite artefacta. A primeira condição psiquiátrica encontrada nos pacientes foi a esquizofrenia, com 2,8%; o transtorno de humor foi identificado em 24,2% dos pacientes, incluindo-se depressão maior, com 13%, e transtorno bipolar, com 11,2%. O transtorno obsessivo compulsivo foi encontrado em 12,9% dos pacientes, o transtorno de ansiedade em 15,2%, o transtorno hipocondríaco monossintomático em 1,7% e o transtorno de personalidade em 1,1% deles.

Outro recente estudo publicado por Mutasim e Adams (2009) comparou, nos relatos dos pacientes com escoriação psicogênica e nos do grupo controle (50 pacientes cada), a prevalência de transtornos psiquiátricos ao longo da vida. Os dois grupos foram pareados por idade e sexo, sendo 86% do grupo de estudo e 84% do grupo controle do sexo feminino. A frequência de transtorno psiquiátrico no decorrer da vida foi de 76%, no grupo de estudo, e 24% no grupo controle. No grupo de estudo, 42% de depressão e 18% no grupo controle. Transtorno bipolar foi relatado por 12% do grupo de estudo e por ninguém do grupo controle. Consumo de psicofármacos esteve presente no relato de 54% do grupo de estudo e 24% do grupo controle. O alcoolismo foi significativamente mais frequente no grupo de estudo. Não houve diferença estatisticamente significativa na história familiar de transtornos psiquiátricos entre os dois grupos.

Na análise de três casos, realizada por Alves et al., (2009), detectaram-se aspectos comuns e incomuns nas pacientes. Os comuns foram traumas emocionais sofridos no decorrer do desenvolvimento infantil - como abandono -, adolescência mal adaptada, com vínculos afetivos empobrecidos, idade adulta com dificuldades de realização de tarefas que exigem habilidades para controle de impulsos, e finalmente, imaturidade emocional. Os fatores incomuns apresentados foram referentes ao transtorno mental de cada participante: transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo; transtorno de personalidade borderline; transtorno do controle de impulsos. Os pesquisadores ressaltam que a doença é uma forma de o organismo

reagir a desequilíbrios psicofisiológicos, o que faz do corpo um correspondente simbolizador dos processos psicológicos que encontraram barreiras para ser elaborados, por meio da expressão verbal.

A dissertação de mestrado de Freitas (2011) destaca uma investigação de aspectos psicológicos e de fatores de personalidade, possivelmente associados à escoriação psicogênica. O estudo foi realizado com 40 mulheres (20 com diagnóstico de escoriação psicogênica e 20 do grupo controle), sendo a classificação delas baseada no questionário adaptado para escoriação psicogênica de Ferrão (1996), já mencionado neste capítulo. Os demais instrumentos utilizados foram entrevista clínica de anamnese, ficha de dados de prontuário, ficha de identificação e Inventário Fatorial de Personalidade (IFP). Na anamnese, as mulheres com tal diagnóstico relataram ocorrência de experiências de vida como agressões, violência e desamparo, muitas vezes relacionadas a figuras parentais na infância ou na adolescência, ou ligadas a cônjuges, em sua fase adulta. Com os resultados do IFP, pôde-se perceber que as mulheres do grupo com escoriação psicogênica apresentam, consideravelmente, maior necessidade psicológica de agradar, de se sentir amadas, buscando atenção, apoio e amor dos demais. Essa dinâmica afetiva consiste em ser ambivalente no que tange a sentimentos e necessidades, porque a busca de atenção e de consideração positiva confunde-se com a necessidade de ter controle sobre as pessoas e, em contrapartida, exige a autoanulação e a desconsideração pelos desejos e necessidades pessoais. Cabe ainda dizer que todas as mulheres com escoriação psicogênica da amostra mostraram apresentar, diante das adversidades da vida, dificuldade de enfrentamento, procurando alívio das tensões, da raiva e das contrariedades no próprio corpo, o que confirma as íntimas ligações entre estados emocionais e pele.

Shenefeld (2011) pontua que as escoriações psicogênicas são exacerbadas com o estresse e que muitos transtornos de pele podem ser exacerbados de acordo com o nível de ansiedade e depressão. 13% dos pacientes em clínica de dermatologia tiveram transtornos de ansiedade, 32% depressão e 5% transtorno obsessivo compulsivo. 30% dos pacientes que tiveram problemas de pele reportaram transtornos psiquiátricos e problemas psicossociais.

Na França, Misery (2012) analisou os quadros psiquiátricos de pacientes ambulatoriais diagnosticados com escoriações psicogênicas e as circunstâncias que permeiam a criação dessas escoriações. Um questionário com 24 perguntas relacionadas ao comportamento de escoriar e arranhar-se foi aplicado em 10 pacientes, sendo que 8 associaram suas primeiras escoriações aos

problemas pessoais, 1 deles à dieta, e 1 paciente não fez nenhuma associação. Quatro pacientes relacionaram as escoriações a abuso na infância ou na adolescência – para três desses quatro pacientes a escoriação teve início nessas duas fases da vida. Todos provocaram suas lesões em momentos em que estavam sozinhos e nunca na frente do espelho. Declararam como fatores desencadeantes o medo (6 casos), sensações anormais (2 casos), necessidade de remover protuberâncias (1 caso) e necessidade de machucar a si mesmo, nos casos restantes. No ato de coçar, 3 pacientes declararam não sentir qualquer emoção, 2 sentiam prazer, 2 sentiam culpa, e os outros 3 sentiam medo. Após coçar, 4 sentiram culpa, 2 sentiram dor e 4 sentiram alívio. Não foram encontradas associações com TOC (transtorno obsessivo compulsivo), mas com depressão, ansiedade ou transtornos alimentares.

Por meio dessa revisão de estudos realizados sobre escoriação psicogênica, pode-se concluir que as comorbidades existentes são variadas: transtorno de personalidade borderline, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de humor, transtorno disfórmico corporal, transtorno alimentar, distúrbio do sono, transtorno de controle de impulsos, depressão, estresse, entre outros, não havendo, dessa forma, um transtorno específico que cause esse tipo de sintoma no paciente. Porém, em ordem de prevalência, os transtornos mais relatados nos estudos são ansiedade, depressão, transtorno obsessivo compulsivo e estresse. A seguir, serão demonstradas formas de tratamento, segundo artigos de pesquisadores que se dedicaram ao tema.

3.1 Tratamento da escoriação psicogênica

No artigo de Gupta et al. (1986), observou-se que o comportamento repetitivo de escoriar-se que não toma proporções de um verdadeiro ritual compulsivo pode responder com melhoras pelo uso de clomipramina, que é efetivo no manejo de transtorno obsessivo-compulsivo e na presença de depressão. Tricíclicos antidepressivos podem ser um bom adjuvante no tratamento desse transtorno.

Em outro artigo, Gupta et al. (1986) citam alguns estudos cuja consideração é a de que o paciente deve iniciar seu tratamento com intervenção psiquiátrica; outros estudos destacam a

importância da psicoterapia, assim como da ingestão de benzodiazepínicos, amitriptilina e pimozida.

De acordo com Jaffery (2007) e Krishman & Koo (2005), os medicamentos mais utilizados no tratamento da escoriação psicogênica são clomipramina, doxepina, naltrexona, pimozida e terapia comportamental. Ressaltam ainda que alguns estudos sugerem poder ser útil também a olanzapina.

Segundo Ozden et al. (2010), apesar da utilização de uma variedade de corticóides tópicos e intralesionais, a condição é geralmente resistente ao tratamento. Em casos mais resistentes, a terapia adjuvante com medicamentos pode fornecer a melhora assim como fototerapia, no tratamento de prurido.

Para Krishman & Koo (2005) e Scheinfeld (2011), se a doença psicológica subjacente for acompanhada de tratamento médico psiquiátrico, a escoriação psicogênica pode ser controlada. Em ambulatórios, os pacientes podem ser tratados com doses baixas de medicação psicotrópica e cremes de cortisona; por outro lado, se as escoriações psicogênicas não forem tratadas, podem atingir uma condição crônica, e as lesões resultam em cicatrizes. Os autores ressaltam que “dozepin” (10 – 25 mg), por seu efeito sedativo e antipsicótico, é um medicamento útil no tratamento de escoriações psicogênicas.

Shindo (2007) relatou um estudo de caso de um paciente de 46 anos com úlcera no couro cabeludo, causada por escoriações. Ele confessava causar as lesões e apresentava histórico médico de obesidade e de síndrome apneica. Após o diagnóstico, o paciente deixou o tratamento, porém, dez meses depois, retornou ao médico relatando fortes dores, por conta da úlcera. Foi hospitalizado por dois meses, e houve redução de tamanho da úlcera, após aplicação tópica de antibióticos e das pomadas alprostadil e alfadex. Outra úlcera reapareceu na região, por mais duas vezes, o que provocou o retorno do paciente aos tratamentos. O estudo mostrou uma úlcera recorrente de couro cabeludo e ressalta que o manejo de estresse é de grande importância no tratamento de lesões causadas pelo paciente. Enfatiza também a necessidade de suporte psiquiátrico.

Ozden et al. (2010) desenvolveram um estudo com onze pacientes diagnosticados com escoriação psicogênica e que passaram por tratamento fototerápico (ultravioleta B) conduzido, três vezes por semana. Sete pacientes completaram o tratamento, e quatro destes obtiveram melhora clínica de 75%.

Shenefelt (2004), na Flórida, escreveu um artigo de revisão sobre as causas e tratamento da acne escoriada e apresentou um estudo de caso com sugestão hipnótica (utilizada como efetivo tratamento de pacientes com acne escoriada). O objeto de estudo foi uma mulher grávida, de 32 anos, com comportamento de escoriar suas acnes há 15 anos e já com múltiplas escoriações. Por meio das hipnoses, ela recebeu algumas sugestões, como por exemplo, de que era bonita e de que as imperfeições são naturais, assim como a natureza; outra sugestão foi a de que, ao iniciar o processo de escoriar sua pele, a palavra “cicatriz” viesse a sua mente. Na semana seguinte ao início da hipnose, a paciente disse que havia parado de escoriar-se e que se utilizou da auto-hipnose para reforçar o tratamento. Novamente foi submetida ao procedimento e, desta vez, era como se estivesse em um cinema assistindo a si mesma em um filme, coçando e machucando suas acnes, formando cicatrizes após algumas semanas. A paciente foi ao tratamento por mais duas semanas. Após dezesseis meses, por telefone, ela disse que, gradualmente, foi deixando de escoriar-se e que já havia oito meses tinha parado totalmente de coçar sua face. Declarou ainda que, se percebesse qualquer alteração de humor a ponto de escoriar-se de novo, a auto-hipnose poderia trazer seu controle novamente. Portanto, nesse caso, o tratamento com hipnose foi satisfatório.

Scheinfeld (2011) acredita que é importante considerar a interação mente-corpo no planejamento de tratamentos para doenças específicas de cada doente. Dessa forma, faz-se necessária uma abordagem multiprofissional com psicotrópicos e tratamentos não farmacológicos, como psicoterapia, para se obterem resultados satisfatórios no tratamento complexo de problemas soma-psico-sociais.

Taborda e Weber (2009) nos informam que a repercussão na qualidade de vida ou sobre a saúde mental irá variar conforme a dermatose apresentada pelo indivíduo. Mesmo quando se se refere a uma mesma doença dermatológica, o impacto da enfermidade será menor ou maior dependendo da idade, sexo, presença de transtorno psiquiátrico em histórico familiar e da classe social.

Em suma, pode-se verificar que não há somente um medicamento e/ou tratamento indicado para escoriação psicogênica. O manejo com medicamentos, terapia e outros tipos de tratamento vão variar de acordo com os profissionais envolvidos e o caso específico do paciente. Independentemente da abordagem, uma atuação multiprofissional é de suma importância.

Continuando com a proposta desta dissertação, o capítulo a seguir irá abordar a pele no desenvolvimento psicológico, a fim de se poder compreender melhor o significado atribuído pelo paciente ao escoriar sua pele.

4 A PELE NO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO

“Hoje como em todas as épocas, é necessário que o homem não feche os olhos para o perigo do mal que está à espreita dentro dele mesmo.”

Carl Gustav Jung

Os autores Azulay, Azulay e Estellita-Lins (2006) caracterizam a pele como importante dimensão da imagem corporal que, conjuntamente ao esquema corporal, integra o organismo ao próprio corpo. (AZULAY, D.; AZULAY, R.; ESTELLITA-LINS, C., 2006). A pele também é um suporte para manifestações simbólicas (pintura ritual, escarificação), culturais (*piercing*, tatuagem) e expressão de sentimentos. Dessa forma, atua não só como uma via de mão dupla entre o interior e o exterior do organismo como também como meio de expressão de emoções: enrubescimento (vasodilatação), empalidecimento (vasoconstrição), prurido (irritações em terminações nervosas), pele arrepiada (ereção pilosa), hiperidrose (sudorese excessiva que pode ser localizada em axilas, regiões palmar e/ou plantar), parestesia (alterações vasculares ou nervosas) e outras.

Montagu (1998) ressalta que a pele e o sistema tátil são o primeiro sistema sensorial a tornar-se funcional em todas as espécies e que é possível considerar um ser humano passando toda sua vida cego, surdo, completamente desprovido dos sentidos do paladar e do olfato, porém não pode sobreviver sem as funções desempenhadas pela pele. Evidencia que, de todos os sentidos, o destaque absoluto está no tato. O sentido da dor, mediador da pele até o cérebro, constitui um sistema essencial de alerta, com finalidade de chamar a atenção.

Segundo o mesmo autor, a pele tem como principais funções ser a base dos receptores sensoriais, fonte organizadora e processadora de informações na qual está localizado o mais delicado de todos os sentidos – o tato. É a barreira entre organismo e ambiente externo, fonte imunológica de hormônios, para diferenciação de células protetoras das partes situadas abaixo dela contra efeitos da radiação e lesões e barreira contra possíveis materiais tóxicos, além de ter papel na regulação da pressão e do fluxo sanguíneo. Produz queratina, é órgão de absorção, regula temperatura e está envolvida no metabolismo de água e sal pela transpiração. Também é reservatório de água e alimento, facilitando a entrada e saída de gases e sintetizando vitamina D.

Ehsani et al. (2009) cita que a pele ocupa uma poderosa posição como um órgão de comunicação do organismo e desempenha um papel importante na socialização durante a vida. Para Holubar (1989), ela tem função fisiológica (osmose). Relacionadas e entre elas, existem as funções sensoriais, que possibilitam a experiência de si mesmo e do “outro”. Por conta dessa combinação, como também da relação do indivíduo com o meio, a pele funciona como substrato (campo de batalha) para o exógeno e o endógeno, para os processos material (físico) e psicológico. Em geral, as manifestações da pele são diretas, no sentido de que a emoção imediatamente mostra nossos processos e reações psíquicas (SILVA, 1994).

Segundo Muller e Ramos (2004), a pele atua como limite entre dentro-fora, entre o eu e o outro, eu e o mundo, abrigando nossa individualidade: ao mesmo tempo em que nos protege, expõe-nos. Também exerce o papel simbólico de proteção, que pode propiciar a vinculação entre distúrbios emocionais e doenças de pele, podendo o adoecimento estar diretamente relacionado à dificuldade de limitações entre o “eu” e o “não eu”.

A pele tem sido compreendida, de acordo com Muller (2005), como o primeiro e principal meio de contato, de comunicação e estabelecimento de relações significativas com o mundo. Age como abrigo da individualidade e, ao mesmo tempo em que protege, é a fachada que expõe cada um de nós.

Steiner (2001) considera que, como órgão sensitivo, a pele é crucial no contato entre as pessoas e, sendo assim, desempenha bastante importância psicológica. Recém-nascidos que não tiveram contato de pele com suas mães, por exemplo, tornam-se agressivos e adoentados, apresentam inclusive problemas vinculados ao desenvolvimento.

Pensando na pele, no sentido de desenvolvimento humano, Winnicott (1983) aponta que o bebê é extremamente dependente dos cuidados maternos, especialmente até o primeiro ano de vida. O recém-nascido vive num estado primário não integrado, em que é somente um conjunto não organizado de fenômenos sensório-motores. O contato da pele, o toque, o ato do banho, o segurar e abraçar produzem involuntariamente estímulos na epiderme, gerando imenso prazer e bem-estar. Importantes experiências são proporcionadas pela qualidade emocional, pela estimulação de confiança e pela ajuda na construção da integridade, confiança e autoimagem. Para Montagu (1998, p.21), do ponto de vista biológico, além de ser o maior órgão humano, a pele é considerada a “matriz de todos os sentidos”.

Em um primeiro momento, o bebê recebe os gestos como estímulo e posteriormente como mensagem (ANZIEU, 1989). Winnicott (1983) ressalta que a mãe ou o ambiente conservam a criança como que unida a si mesma, conferindo-lhe a sensação de continência, o chamado “holding”. O contato inicial, no contexto de uma relação tranquilizadora de apego, possibilita ao recém-nascido adquirir tanto a percepção da pele como superfície quanto à imagem do corpo e seus limites.

Montagu (1998) salienta que a estimulação cutânea geral é importante em todos os estágios do desenvolvimento, mas sobretudo crucial durante a gestação, em trabalho de parto, nos primeiros dias de vida do recém-nascido e durante o período de aleitamento. A responsividade imunológica do adulto parece ser significativamente modificada por experiências cutâneas no início da vida.

O mesmo autor acrescenta que crianças que passaram por traumas no início do seu 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 está relacionada ao dano psíquico. Na vida adulta, conforme Dias (2007), o adoecimento da pele pode estar relacionado a essa primeira e importantíssima perda, que se refere à perda da fusão com a mãe. Dessa forma, pode-se considerá-lo uma manifestação somática resultante de conflitos nas relações iniciais do indivíduo. Montagu (1998) salienta que, quando a necessidade do toque permanece insatisfeita, resultará em comportamento anormal.

Kijner e Silva (2011) referem que, no desenvolvimento inicial, a pele exerce papel essencial na constituição do psiquismo, marcando o limite entre o mundo interno e o externo. Nesse sentido, para Anzieu (1989), as doenças na pele podem ser compreendidas como a exacerbação de algo que ficou falho na maternagem e nas relações iniciais do bebê. Kijner e Silva (2011) apontam que estresse e fatores emocionais estão presentes tanto no desencadeamento como no agravamento de algumas doenças de pele.

Para Dias (2007), estas representariam, de certa forma, a ausência de um limite claro entre eu e não eu, ocorrido tanto pelo excesso quanto pela falta de estímulo. A pele consiste para Neto (2011) no órgão que marca o contorno em que se pode encontrar a imagem caracterizadora de um dentro e de um fora, de um eu e de um outro.

Problemas na pele podem ter um efeito significativo sobre a psique, e esta, por meio de mecanismos psiconeuroimunológicos e comportamentais, pode ter efeitos significativos em problemas de pele (SCHEINFELD, 2011).

Compreende-se, de acordo com Azambuja (2000), que é impossível fragmentar o ser humano e cuidar somente de seu corpo ou de sua mente, porque um aspecto depende do outro, um influencia o outro o tempo todo, e ambos compõem uma unidade. É um novo conceito de medicina, que considera a doença ou a saúde do ser humano e não de alguma de suas partes. O homem deixou de ser uma máquina sem mente nem emoções e transformou-se num ser físico-mental-emocional. As doenças são resultados da interação de inúmeros fatores colecionados durante a vida do indivíduo, a começar pela herança genética e por eventos traumáticos em diversas idades.

Lisboa et al. (2010) afirmam que diversas dermatoses geram impacto no estado emocional dos pacientes, em suas relações sociais e nas suas atividades cotidianas, em razão dos estigmas causados pela aparência das lesões na pele. Embora não sejam fisicamente debilitantes, podem afetar gravemente funções sociais e psicológicas dos indivíduos.

Segundo Damásio (1996), quase tudo se encontra na sensação corporal. No entanto, essa representação contínua, incessante do estado do corpo é o que permite responder à pergunta “*Como se sente?*”, cuja resposta tem a ver com o sentir-se bem ou não. Se, de repente, o corpo desaparecesse, como se daria a resposta a essa pergunta? É de se esperar então que uma perda ou modificação maior no estado geral do corpo cause um distúrbio maior, e é isso que efetivamente acontece.

O tato não é sentido como simplesmente uma modalidade física, como sensação, mas também como emoção. Sua estimulação promove efeitos profundos sobre o organismo, tanto fisiológicos quanto comportamentais. Se ocorrer uma cessação completa da estimulação cutânea, o organismo morre (MONTAGU, 1998).

Pensando em escoriações psicogênicas, de acordo com Musaph (1969), a agressão é sempre uma mistura de outros impulsos, defesas, emoções e traços de caráter. Cada sintoma psicossomático envolve perigo ao corpo, como resultante da combinação organismo e transtornos mentais. Pode-se dizer que cada sintoma psicossomático gera um efeito destrutivo no corpo.

Dornelles e Dornelles (2009) salientam que a pele, por ser uma interface entre o indivíduo e seu ambiente físico e social, e também pelo fato de ter fácil acessibilidade, passa a ser um alvo

vulnerável para manifestações autoinfringidas. Quando isso acontece, de acordo com Steiner (2001), o significado pode ser o de um estado de ansiedade grave, capaz de levar pessoas a idéias suicidas.

Em síntese, pode-se considerar a pele como um órgão que expressa emoções, sendo possivelmente alvo de comportamentos de cunho psicológico. A causa dos problemas vai além das fronteiras fisiológicas e podem sinalizar altos índices de ansiedade, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e estresse. Levando em consideração o fator simbólico da pele, o comportamento de escoriar-se compulsivamente possivelmente denota um sofrimento psíquico que une fatores conscientes e inconscientes da vida do paciente.

De acordo com a literatura e com minha experiência clínica, quando não desenvolvido satisfatoriamente o estímulo tátil, nos cuidados primários, como também quando há estresse e fatores emocionais, o resultado podem ser problemas de pele. Neste estudo, procuramos buscar um entendimento do desenvolvimento do sintoma/compulsão, manifestado pelo paciente diagnosticado com escoriação psicogênica. Para tal, algumas considerações teóricas sobre psicossomática se fazem necessárias.

O quinto capítulo irá abordar a psicossomática junguiana, que oferecerá uma análise abrangente do tema, tendo em consideração fatores conscientes e inconscientes do sintoma, estudando-o como um fenômeno psicossomático.

5 A PSICOSSOMÁTICA JUNGUIANA

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Gustav Jung

A visão junguiana pode enriquecer nosso entendimento quanto ao reconhecimento de uma interdependência fundamental entre psique e corpo, em todos os estágios da saúde e da doença.

A psicossomática junguiana observa a mente, pela sua capacidade de simbolizar, como um meio de codificação, processamento e transmissão de informação entre psique-soma.

Segundo Ramos (2006), toda doença pode ser observada em seu aspecto simbólico. A palavra “símbolo” origina-se do grego “synballein (syn, junto + ballein, atirar) e significa a união dos opostos” (RAMOS, 2006, p. 78). Jung nos aponta que, para a busca de entendimento de um símbolo, deve-se compreender o indivíduo que o gerou e não somente a investigação do símbolo em si, visto que este não oferece apenas uma única interpretação (JUNG, 2011).

Para Ramos (2006, p.78), o símbolo, ao realizar a união de conteúdos conscientes e inconscientes, pode provocar uma emoção, “um movimento para fora” (e+moção), movimento do sistema nervoso vegetativo, simpático e parassimpático.”

“ O símbolo é a expressão da percepção do fenômeno psique-corpo, feita por meio da percepção das alterações fisiológicas e das imagens referentes, sincronicamente (...) o símbolo aponta uma disfunção, um desvio que precisa ser corrigido quando a relação entre o ego e o Self se altera” (RAMOS, 2006, p. 68).

Compreender a natureza do símbolo não é uma tarefa fácil. De acordo com Jung:

“Chamamos de símbolo um conceito, uma figura ou um nome que nos podem ser conhecidos em si, mas cujo conteúdo, emprego ou serventia são específicos ou estranhos, indicando um sentido oculto, obscuro e desconhecido (...) Eles têm um aspecto abrangente inconsciente que nunca se deixa exaurir ou definir com exatidão” (JUNG, 2011, p.201 e 202).

Pode-se considerar a doença como uma transdução dos fenômenos no eixo psicossomático, como nos pontua Ramos:

“A teoria da transdução trata da conversão ou transformação de energia ou informação de uma forma em outra. Aqui, o corpo humano é visto como uma rede de sistemas informativos (genético, imunológico, hormonal, entre outros). Cada um desses sistemas tem seu código, e a transmissão de informações entre os sistemas requer que algum tipo de transdutor possibilite a conversão de códigos de um sistema para o outro” (RAMOS, 2006, p. 69).

Estabelecendo um paralelo entre o símbolo e os sintomas corporais, é possível entender que o ocorrido com o corpo pode ser considerado uma expressão simbólica ou uma maneira de o organismo expressar algum conflito. Logo, o símbolo, para Ramos (2006), é a chave da psicossomática, no sentido de que, por meio dele, podem ser atingidas as camadas mais profundas do inconsciente.

A autora ainda acrescenta que, nas manifestações somáticas, tem-se a retomada de processos pré-verbais provindos de estágios infantis de desenvolvimento. Nas pessoas nessa condição, a expressão abstrata do conflito não se concretizou, e o sintoma orgânico pode ter ficado estagnado em um nível concreto no corpo. O desenvolvimento simbólico se dá por meio de uma matriz somatopsíquica, representada pela mãe.

Quando a mãe é suficientemente atenta às necessidades do bebê, ela vai traduzindo os gestos e palavras do mesmo e transpondo para o plano abstrato as vivências do bebê que estavam limitadas ao plano pré-verbal e concreto. A mãe (cuidadora) e seu ambiente seriam os decodificadores de processos corporais para o plano psíquico, promovendo a função transcendente. Segundo a autora, o sintoma do paciente pode ficar se repetindo até que seu conteúdo simbólico, vindo do complexo, seja assimilado pela consciência (RAMOS, 2006).

“O complexo é como uma planta: parte dela existe e floresce acima do solo, na consciência, e parte dela se estende invisível por baixo do solo, onde está ancorada e se alimenta, fora da consciência ” (HOPKE, 2012, p.29).

Hopcke (2012) diz, de acordo com a linha analítica, que o fator emocional exerce um papel importante nessas ocorrências. De acordo com a psicologia junquiana, os complexos consistem em conteúdos constelados, ou seja, situações exteriores desencadeadoras de um processo psíquico que consiste na aglutinação de determinados conteúdos de energia específica própria (JUNG, 2011, p.41).

De acordo com Jung (2011, p.43), um complexo ativo nos coloca, por algum tempo, em um estado de “não liberdade”, de pensamentos obsessivos e ações compulsivas. Constitui-se de uma determinada situação psíquica de forte carga emocional, dotada de um grau relativamente elevado de autonomia. É possível, com algum esforço em geral, reprimir o complexo, mas é impossível negar sua existência, e, na primeira situação favorável, ele volta à tona com toda a sua força original. “A via régia que nos leva ao inconsciente, entretanto, não são os sonhos, mas os complexos, responsáveis pelos sonhos e sintomas” (JUNG, 2011, p. 49).

Concluindo, a psicossomática junguiana nos diz que a psique age conjuntamente e de forma sincrônica com o corpo; ou melhor, toda doença tem repercussão psíquica e somática.

No caso do objeto desta dissertação, a escoriação psicogênica, podemos indagar que fenômenos sincronísticos podem estar ocorrendo no paciente. Isto é, vamos observar se esse sintoma tem uma correspondência no campo psíquico. Será que, no ato de se coçar, está havendo uma transdução de um conflito centrado em um complexo? Esse comportamento serve a algum fim? Expressa um simbolismo? Em caso afirmativo, por que a “pele”? E quais seriam os significados atribuídos a ela?

No próximo capítulo, será apresentado o método de pesquisa, caracterizando o estudo, os participantes e os instrumentos que foram utilizados.

6 MÉTODO

6.1 Caracterização do estudo

A presente pesquisa utilizou o método quantitativo e qualitativo para a coleta e compreensão dos dados, que foram analisados na perspectiva da psicologia analítica.

6.2 Objetivos da pesquisa

6.2.1 Objetivo Geral

Compreender os aspectos emocionais de pacientes, suas percepções, sentimentos, fantasias bem como seu nível de ansiedade, no que se refere aos seus sintomas de escoriação psicogênica.

6.2.2 Objetivos Específicos

- * Analisar as possíveis atribuições que o paciente dá a seus sintomas de escoriação psicogênica.
- * Observar as percepções e sentimentos do paciente relativos a seu comportamento de escoriar-se.
- * Verificar as fantasias relativas associadas ao comportamento de escoriar-se.
- * Comparar participantes com doenças dermatológicas diversas e participantes com escoriação psicogênica, quanto ao índice de ansiedade.

6.3 Participantes

A amostra do estudo constou de grupo experimental e grupo controle. No grupo experimental, participaram do estudo homens e mulheres diagnosticados com escoriação psicogênica, em tratamento ambulatorial de Dermatologia da Universidade de Mogi das Cruzes (Policlínica) e pacientes de clínica particular da dermatologista Dra. Ana Carolina Antunes. O

grupo controle consistiu de homens e mulheres com diferentes problemas de pele, em tratamento apenas na Policlínica (Ambulatório de Dermatologia).

Critérios de Inclusão do Grupo Experimental

* Pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, diagnosticados com escoriação psicogênica e em tratamento dermatológico

Critério de Exclusão do Grupo Experimental

* Pacientes sem diagnóstico de escoriação psicogênica e menores de 18 anos

Critérios de Inclusão do Grupo Controle

* Pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com doenças de pele, em tratamento no ambulatório de Dermatologia da Universidade de Mogi das Cruzes (Policlínica)

Critério de Exclusão do Grupo Controle

* Pacientes diagnosticados com escoriação psicogênica e menores de 18 anos

6.4 Local para coleta de dados

Os dados da amostra desta pesquisa foram coletados no consultório de psicologia da pesquisadora. Está localizado na Rua Dom Antônio Cândido Alvarenga, 441- Centro - Mogi das Cruzes/SP.

6.5 Instrumentos de coleta de dados

Os seguintes instrumentos foram utilizados pela pesquisadora (em ordem de aplicação):

- Formulário para caracterização da amostra: consiste em informações de dados sociodemográficos para o conhecimento do perfil dos participantes do grupo experimental e do grupo controle, tais como idade, ocupação, estado civil e ocupação (anexo 1).
- Escala de Ansiedade de Beck: utilizada para medir a gravidade do nível de ansiedade do paciente. A escala consta de uma série de 21 questões de múltipla escolha, de perguntas de autoavaliação sobre a percepção de ansiedade por parte do paciente, ao longo da semana anterior. As perguntas avaliam diferentes sintomas de ansiedade, tais como sudorese, taquicardia, irritabilidade e falta de ar. Cada pergunta apresenta quatro alternativas de resposta: Não, Levemente, Moderadamente ou Severamente. O paciente selecionou uma alternativa para cada pergunta.
- Entrevista semiestruturada: orientada por um roteiro semidirigido, elaborado pela pesquisadora, abordando aspectos referentes ao comportamento de escoriar-se e às lembranças dos participantes quanto aos cuidados primários em sua infância e a seu relacionamento com os pais (anexo 2).
- Desenho figura humana: Foi entregue uma folha em branco com o seguinte pedido: “Desenhe uma figura humana”. Estiveram disponíveis 12 cores de lápis, um lápis preto e uma borracha. Ao final do desenho, outra folha em branco foi entregue, com o seguinte pedido: “Desenhe uma figura humana do sexo oposto ao que desenhou”. Esse instrumento visa a um entendimento da representação da figura humana na perspectiva dos participantes e foi interpretado de acordo com BUCK, John N. *HTP: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. São Paulo: Vetor, 2003.
- Imaginação dirigida: A pesquisadora conduziu o participante a um rápido relaxamento, dirigindo-o à percepção de seu corpo (área escoriada) assim como aos sentimentos que dele surgiram, principalmente no que tange ao toque (anexo 3).

- Desenho da imaginação dirigida: Logo após o término da imaginação dirigida, a pesquisadora pediu que o participante desenhasse a situação/sentimento advindos da técnica anterior. Foram disponibilizados 12 lápis de cor, lápis e borracha.

Todos os instrumentos acima citados foram utilizados para avaliação de 20 participantes (homens e mulheres) do grupo experimental; já para o grupo controle com 28 participantes, aplicou-se somente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Escala de Ansiedade de Beck e Formulário de Caracterização. O objetivo do grupo controle foi o de comparar os resultados do índice de ansiedade dos dois grupos.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas após aplicação pela pesquisadora. Levantaram-se os temas que mais emergiram, de acordo com os discursos e representações dos participantes. A pesquisadora pretendeu verificar se existe algum padrão afetivo com relação aos pais e, além disso, se existe algum padrão comum que se relacione com o sintoma do paciente.

6.6 Procedimentos de pesquisa

Seleção da amostra: Inicialmente os participantes foram encaminhados pela dermatologista Dra. Ana Carolina Antunes e pelo serviço de dermatologia da Policlínica (centro de especialidades vinculado à Universidade de Mogi das Cruzes/SP). Os participantes foram contatados por telefone, sendo convidados a participar de forma voluntária e gratuita da pesquisa.

Duração e aplicação dos instrumentos: Os participantes foram entrevistados numa única sessão, com duração de aproximadamente 2 horas. Após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, todos os instrumentos foram aplicados.

6.7 Cuidados éticos

Durante todo o processo de pesquisa, foram tomados os devidos cuidados éticos, discriminados a seguir:

- Parecer sobre o projeto - O projeto de pesquisa de mestrado “ Percepções, sentimentos e fantasias dos pacientes quanto a seus sintomas de escoriação psicogênica” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (número do parecer: 446.235)

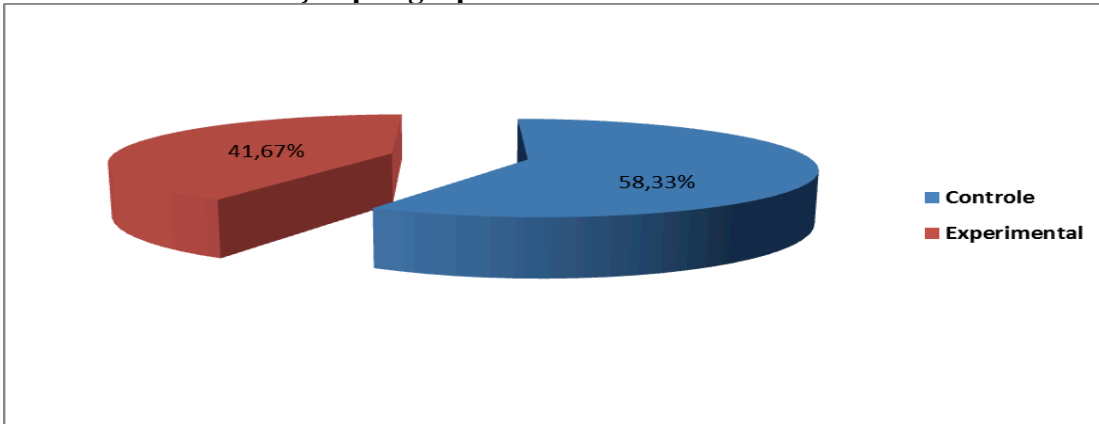
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Para informar os participantes da pesquisa sobre as garantias de acesso, a qualquer hora, às informações sobre a pesquisa, sobre a liberdade para retirar seu consentimento de participação do estudo a qualquer momento, sem que isso trouxesse prejuízo à continuidade da assistência, sobre a salvaguarda da confidencialidade, do sigilo e da privacidade, em caso de futura publicação (anexo 4 e anexo 5).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Caracterização dos dois grupos

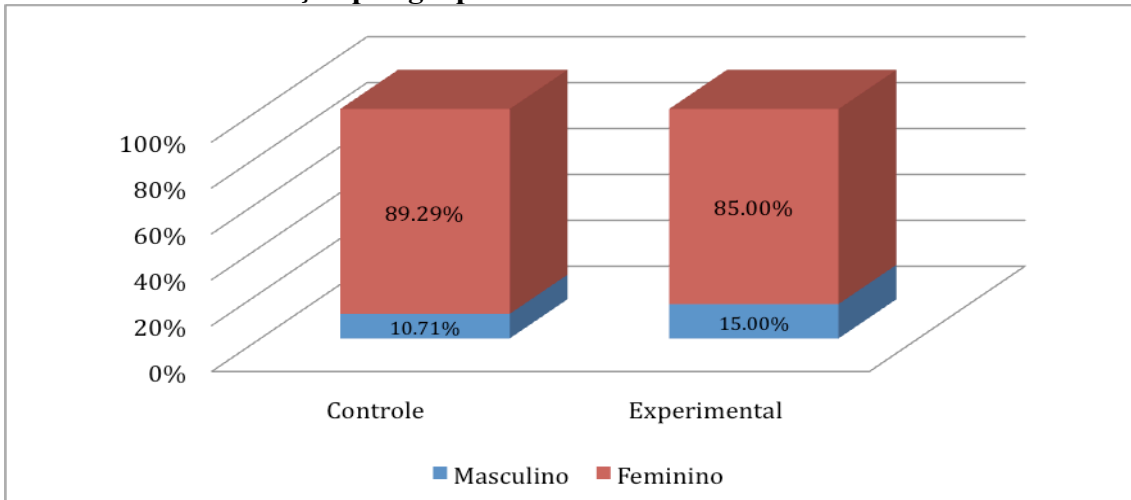
Neste capítulo estão apresentados os resultados do formulário de caracterização do grupo experimental e do grupo controle.

Gráfico 01 - Distribuição por grupos do tamanho da amostra



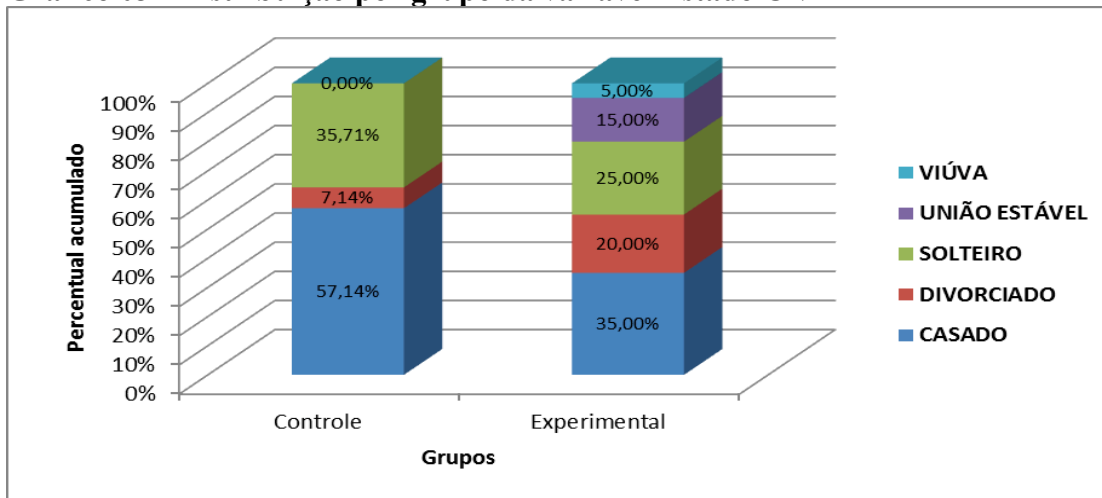
Participaram do estudo 48 indivíduos sendo que, desse total, 58,33% (28 indivíduos) são do grupo experimental e 41,67% (20 indivíduos) pertencem ao grupo controle, conforme se pode observar no gráfico 1.

Gráfico 02 - Distribuição por grupo da variável sexo



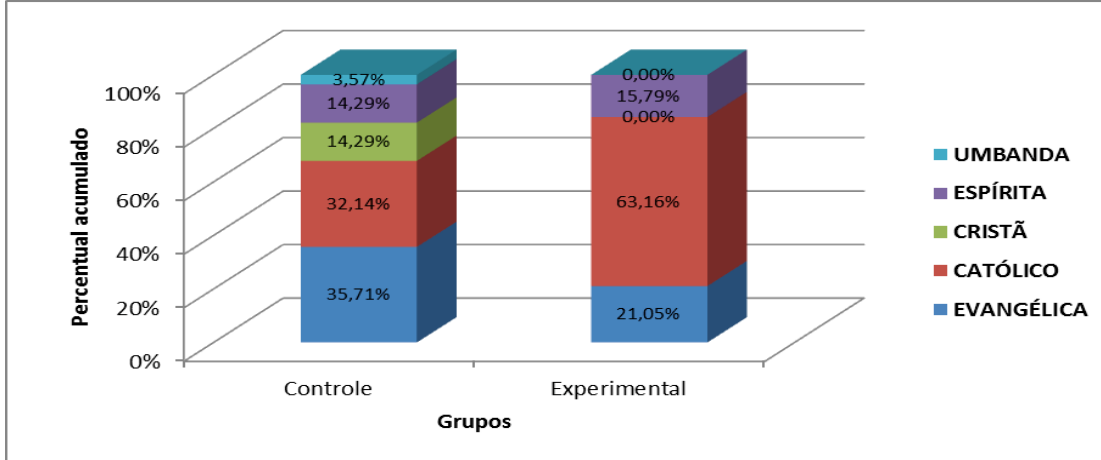
Em se tratando da variável sexo dos indivíduos, tanto o grupo controle como o experimental apresentaram predominância do sexo feminino sendo que, no grupo controle, do total de 28 pessoas, 89,29% (25) são do sexo feminino, e 10,71% do sexo masculino (03 indivíduos). No caso do grupo experimental, de um total de 20 indivíduos, 85,00% (17) são do sexo feminino e 15% (03) do sexo masculino, conforme apresentação em gráfico 2.

Gráfico 03 - Distribuição por grupo da variável Estado Civil



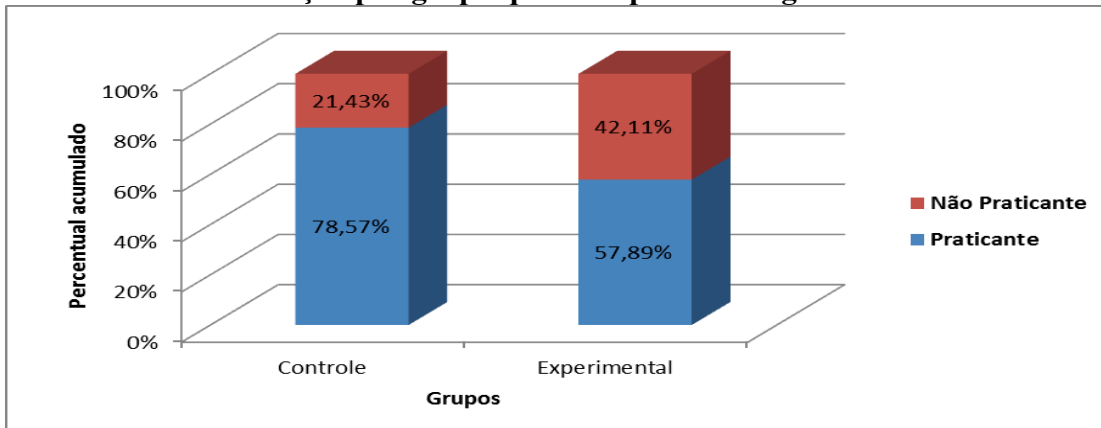
Conforme gráfico 3, na variável estado civil, houve predominância de casados nos dois grupos: 57,14% no de controle e 35% no experimental. Apesar de a distribuição dos resultados em números relativos apresentar diferença entre os grupos, o teste exato de Fisher demonstra que os dois são homogêneos em relação à variável estado civil, em nível de 5% de significância ($p > 0,05$).

Gráfico 04 - Distribuição por grupo da variável religião



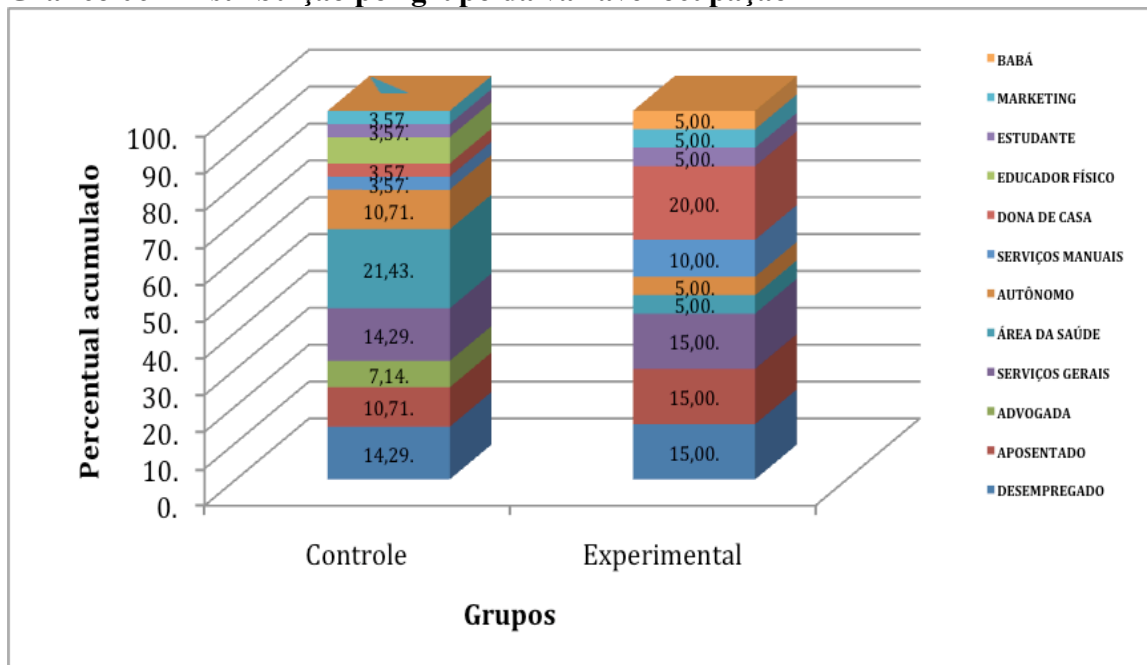
A predominância religiosa no grupo controle é a evangélica, com 35,71% (10 indivíduos), seguida da católica, com 32,14% (9 indivíduos), e no grupo experimental predomina a religião católica, representando 63,16% do total (12 indivíduos), conforme demonstrado pelo gráfico 04. O resultado do teste exato de Fisher demonstra que os dois grupos são homogêneos em relação à variável religião, em nível de 5% de significância ($p > 0,05$). Mesmo considerando essa diferença entre os grupos, ela não é significativa do ponto de vista estatístico, sendo considerada ‘fruto do acaso’, o que não leva à conclusão de que os grupos sejam heterogêneos, no nível de significância adotado.

Gráfico 05 - Distribuição por grupo quanto à prática religiosa



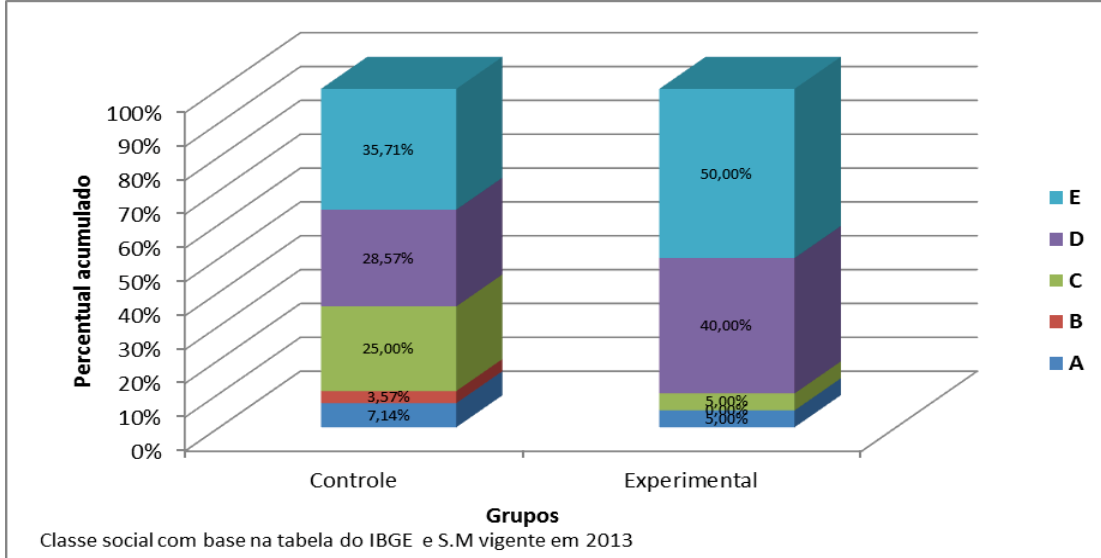
Observa-se, no gráfico 05, que em ambos os grupos há predominância da prática religiosa, de acordo com relato de 78,57% (22) dos indivíduos do grupo controle e de 57,89% (11 indivíduos) dos do grupo experimental. O resultado do teste exato de Fisher demonstra que os dois grupos são homogêneos em relação à variável prática religiosa, em nível de 5% de significância ($p>0,05$).

Gráfico 06 - Distribuição por grupo da variável ocupação



De acordo com o gráfico 6, a ocupação dos indivíduos é bastante diversificada, porém há predominância de desempregados, tanto no grupo controle como no experimental, com 14,3% (4 indivíduos) e 15% (3 indivíduos) respectivamente e aposentados, com 10,7% (3 indivíduos) no grupo controle e 15% (3) no grupo experimental.

Gráfico 07 – Distribuição por grupo da variável classe social



Observa-se, no gráfico 7, que a classe social predominante em ambos os grupos é a classe E, sendo de 35,71% (10 indivíduos) no grupo controle e de 50% (10 indivíduos) para o grupo experimental. O resultado do teste exato de Fisher demonstra que os dois grupos são homogêneos em relação a variável classe social ao nível de 5% de significância, ($p > 0,05$).

Quanto ao experimento realizado, os resultados do teste de homogeneidade entre grupo controle e experimental para as variáveis não demonstraram evidências estatisticamente significantes em nível de 5% de significância ($p > 0,05$), evidenciando que os dois grupos são homogêneos com relação a sexo, estado civil, religião, prática religiosa, ocupação e classe social.

No próximo tópico, serão apresentados os resultados referentes ao índice de ansiedade entre os grupos.

7.2 Classificação quanto ao nível de ansiedade entre os grupos (Inventário de BECK)

Gráfico 08 – BOXPLOT Nível de Ansiedade (pontuação geral)

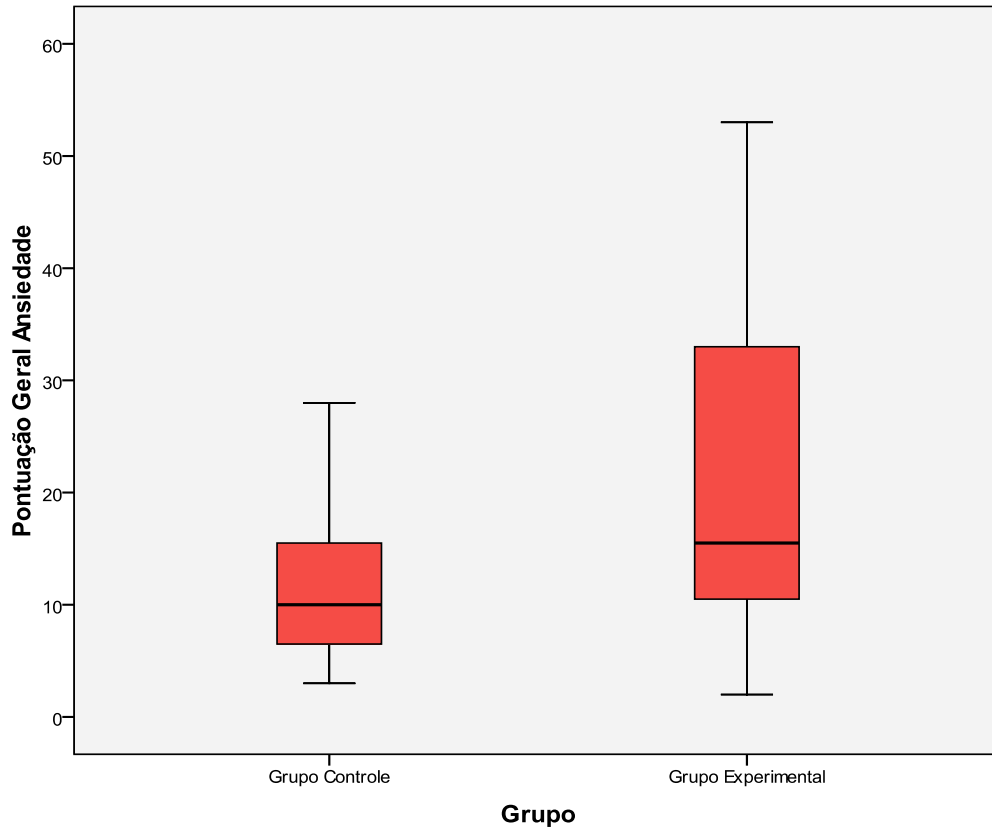


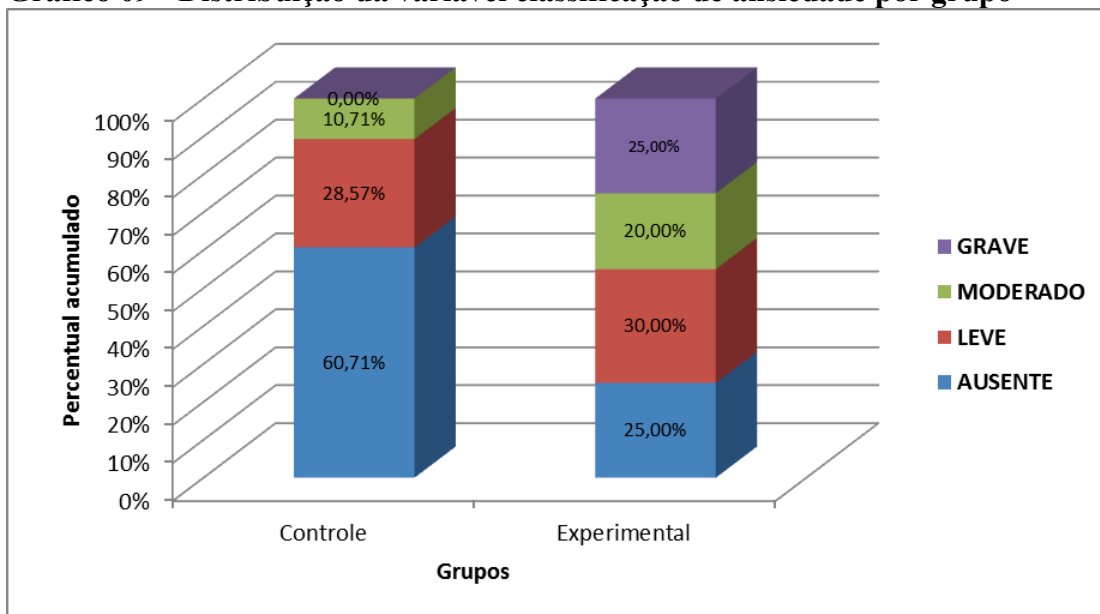
Tabela 01 – Estatísticas do Nível de Ansiedade entre grupos (pontuação Geral)

ESTATÍSTICAS	CONTROLE	EXPERIMENTAL
Média	10,96	21,55
Mediana	10	15,5
Menor valor	3	2
Maior valor	28	53
Amplitude	25	51
Desvio padrão	6,32	15,19
1º. Quartil (25%)	6,25	10,25
2º. Quartil (50%)	10	15,5
3º. Quartil (75%)	15,75	35,5

Comparando-se os dois grupos em estudo, o controle e experimental, verifica-se que o grupo experimental apresenta um nível maior de ansiedade do que o grupo controle, apresentando uma variação em termos de amplitude muito mais alta se comparada ao grupo controle, o que demonstra que no grupo experimental os indivíduos apresentam nível de ansiedade mais dispersos entre si e em relação a média do grupo, facilmente observado pelo gráfico 08 e tabela 01.

O resultado do teste estatístico de independência de Mann-Whitney demonstra existir evidências de diferença estatisticamente significativa ao nível de 5% de significância ($p < 0,05$) entre os grupos para esta variável.

Gráfico 09 - Distribuição da variável classificação de ansiedade por grupo



Os resultados observados em termos de classificação de ansiedade por grupo demonstra que os indivíduos do grupo controle na sua maioria 60,71% (17 indivíduos) estão na classificação “ausente”, já no grupo experimental apenas 25% (5 indivíduos) dos indivíduos estão dentro desta classificação. Como observado em gráfico 9, apenas 10,71% dos participantes do grupo controle foram classificados com ansiedade em nível moderado, diferente de 25% dos participantes do grupo experimental classificados com ansiedade no nível grave e 20% no nível moderado, ou

seja, tanto para variável pontuação geral como classificação de ansiedade, há evidências de diferença estatisticamente significativa em nível de 5% de significância ($p < 0,05$), demonstrando-se evidências de que os grupos são diferentes com relação à variável resposta ansiedade. Esses resultados demonstram que os participantes com escoriação psicogênica possuem nível de ansiedade mais alto do que os participantes com outras doenças de pele.

Portanto, pode-se perceber também com esses resultados (ansiedade e caracterização entre os grupos), que a ansiedade dos participantes do grupo experimental, parece estar associada a outros fatores.

7.3 Desenhos da figura humana

Neste tópico, serão apresentados os detalhes e percepções que chamaram mais a atenção da pesquisadora e uma análise desse material.

Todos os participantes, durante a aplicação da técnica, ficaram surpreendidos com o pedido de desenho, muitos relataram não pegar num lápis de cor desde o primário, outros disseram não saber desenhar, mas, com exceção de um participante, todos representaram de alguma forma as figuras humanas. Dezesesseis participantes utilizaram o lápis de cor, seja para contornar ou para pintar os desenhos.

Cinco participantes (P3, P7, P8, P9, P10) desenharam suas figuras humanas no lado esquerdo superior da folha e pequenas em relação a ela, o que sugere preocupação consigo mesmo, medo, fuga do ambiente e insegurança (BUCK, 2003). A impressão gerada, ao se olhar para os desenhos, é de fragilidade.

Diferentemente do esperado, quatro participantes mulheres (P5, P8, P10, P12) desenharam o sexo oposto em primeiro lugar, o que pode demonstrar certo conflito de identificação de gênero (BUCK, 2003) e levantar a probabilidade de dificuldade de lidar com o próprio corpo.

Uma característica interessante das figuras foi a ênfase dada à cintura: quatro participantes (P1, P12, P18, P20) desenharam, de forma bem marcante, cintos ou mãos na cintura e quadril bem delineado. O participante 1 chamou mais atenção ao desenhar o quadril da figura feminina em movimento: chegou a pedir borracha para refazê-lo e ainda o fez com transparência,

o que provavelmente pode denotar problemas quanto à sexualidade, observados também nos cinco participantes que apresentaram seus desenhos com mãos para trás (P6, P9, P10, P11, P16).

Ao se prestar atenção aos rostos das figuras humanas, percebe-se que quatro participantes deram ênfase à boca (P1, P11, P10, P20), o que indica, segundo Buck (2003), erotismo oral e/ou tendências agressivas orais. E três participantes (P1, P3, P20) desenharam os olhos como buracos ocos, simbolizando uma forte evitação de estímulos visuais desagradáveis, ou seja, contato pobre com a realidade ou ainda, dificuldade em se ver.

Quatro participantes (P2, P5, P15, P19) desenharam as figuras somente como “palitinhos” ou traçaram somente rosto, o que dificultou qualquer interpretação e demonstrou dificuldade/negação dessas pessoas de se expressar. Já o participante P4 recusou-se totalmente a realizar os desenhos da figura humana.

Cabe ressaltar quatro características interessantes nos desenhos:

A participante 13 desenhou, em ambas as figuras com muitos detalhes e com linhas fortes, objetos nas mãos, o que denota, segundo Buck (2003), ansiedade e narcisismo.

As figuras humanas desenhadas pela participante 14 parecem encapsuladas: não têm pescoço, os olhos são buracos ocos, as mãos pequenas, os braços e as pernas curtos. A primeira figura humana foi do sexo feminino, porém não existem diferenças significativas de gênero entre as imagens. Para Furth (2004), encapsulamento significa prisão, necessidade de desenhar limites específicos ao redor de si mesmo. Desenho do tronco em linhas paralelas, da cabeça aos pés, formando uma caixa, relaciona-se a indivíduos regressivos, primitivos ou desorganizados (CAMPOS, 1987).

Diferentemente de todas as figuras humanas desenhadas pelos participantes, a figura do sexo masculino do participante 16 apresenta um leve desvio da cabeça, o que denota afastamento (BUCK, 2003).

Para finalizar, cabe enfatizar o que mais chamou atenção em todos os desenhos: como sua primeira figura humana, a participante 12, do sexo feminino, desenhou nitidamente Jesus Cristo de braços abertos e com chagas. Pode-se perceber com o desenho, o quanto a participante se sente machucada, ferida e com uma dor psicossomática muito grande.

Em síntese, não houve característica comum a todos os participantes, o que permitiu somente uma análise individual. Sendo assim, não foi observado nenhum aspecto relevante em

todos os desenhos a ponto de ser associado ao sintoma ou à possibilidade de se levantarem categorias que caracterizassem a amostra.

No próximo tópico, serão descritos os resultados das respostas da entrevista semiestruturada aplicada aos participantes

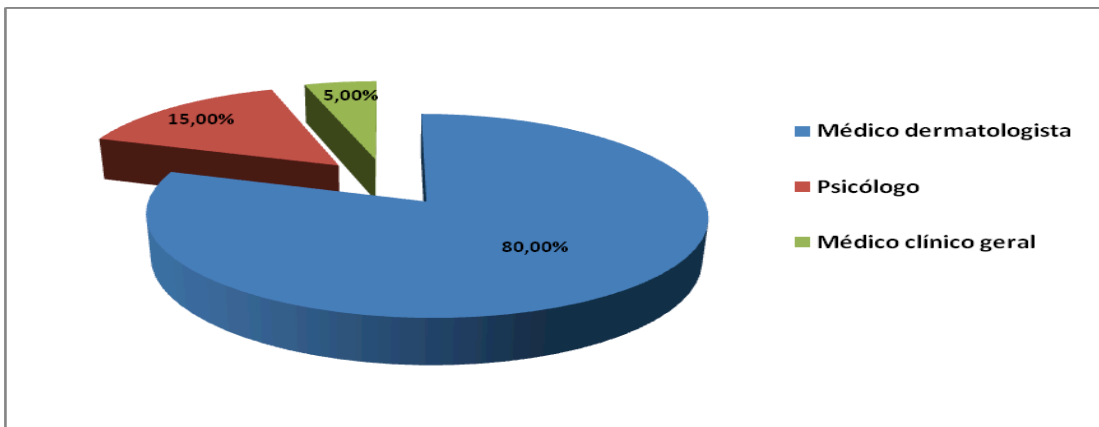
7.4 Entrevista Semiestruturada

Neste tópico, serão apresentadas as questões dirigidas aos vinte participantes do grupo experimental, para entrevista semiestruturada, e suas respectivas respostas. Para melhor entendimento, algumas questões vêm respondidas com discursos dos participantes e as de múltipla escolha estão dispostas em gráficos.

Quem realizou seu diagnóstico de Escoriação Psicogênica?

Dezesseis participantes (80%) responderam ter recebido o diagnóstico por um médico dermatologista, três (15%) por um psicólogo e um (5%) por médico clínico geral, conforme demonstrado no gráfico 10. Esse resultado já era esperado pelo fato de a população da pesquisa ter sido convidada para o estudo por uma clínica de dermatologia da Universidade de Mogi das Cruzes.

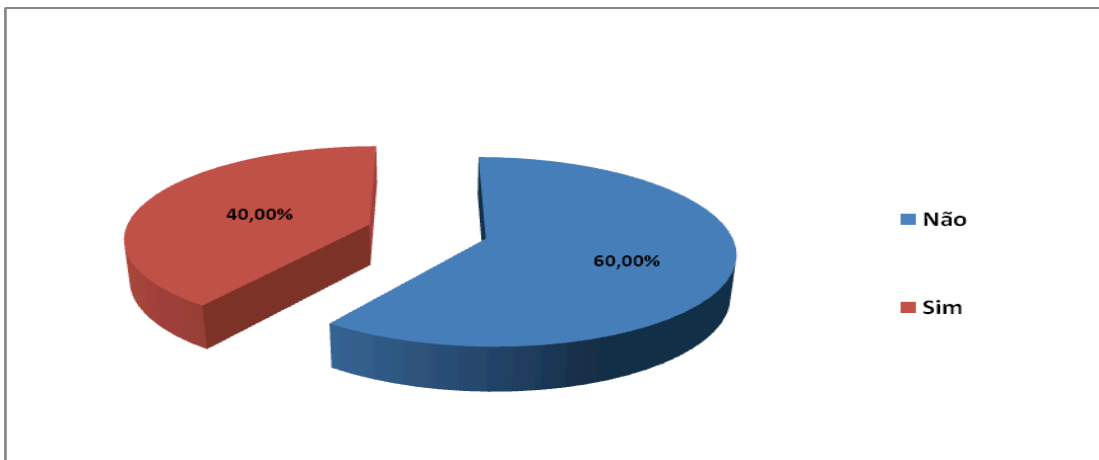
Gráfico 10 - Diagnóstico da Escoriação Psicogênica



Já fez ou faz algum tratamento psiquiátrico?

Doze participantes (60%) relataram nunca ter passado por qualquer tratamento psiquiátrico, e oito (40%) passaram ou passam por tratamento com médico psiquiatra, conforme demonstrado no gráfico 11.

Gráfico 11 - Realização de tratamento psiquiátrico

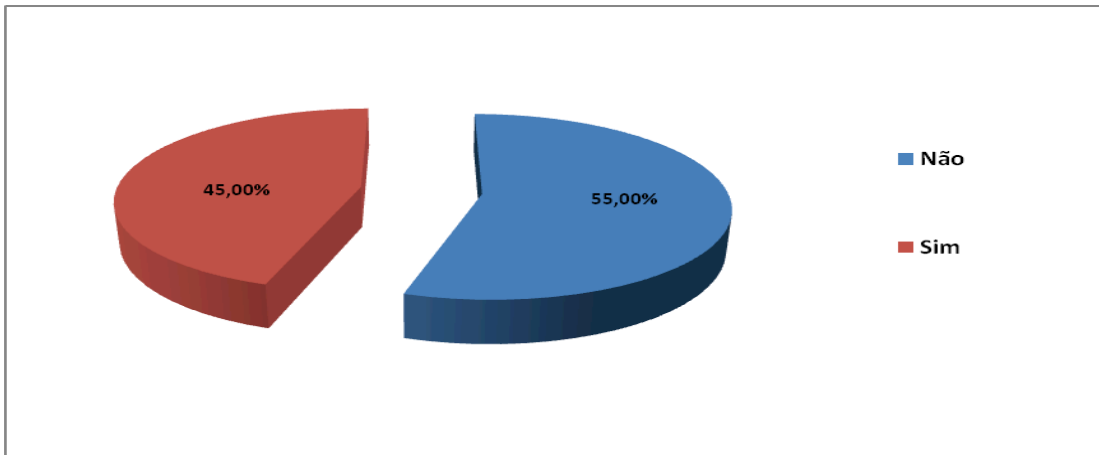


Toma alguma medicação atualmente?

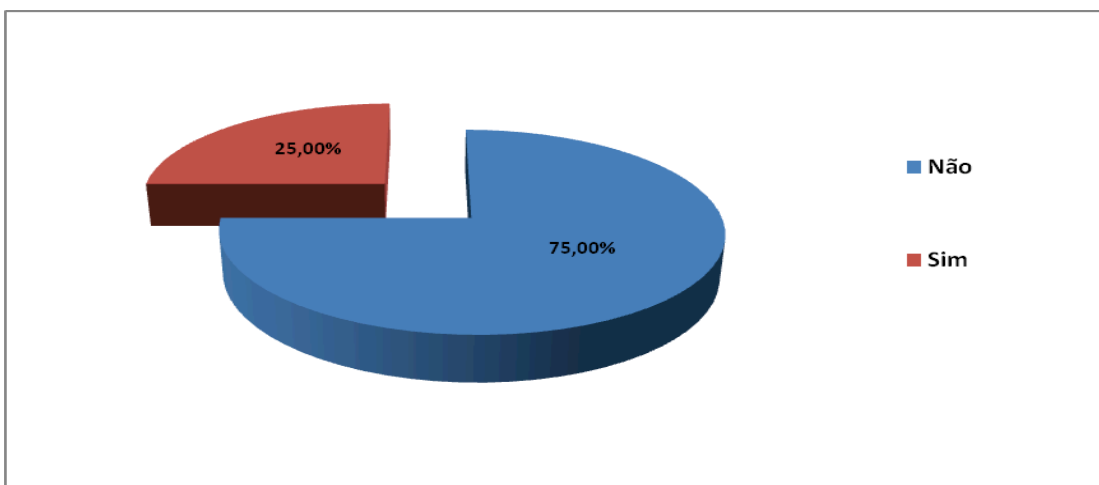
Nove participantes (45%) confessaram tomar alguma medicação psicotrópica, e onze (55%) afirmaram nunca ter feito uso dela.

Esses dados chamaram bastante a atenção pela quantidade substancial de participantes que já estiveram ou estão em tratamento psiquiátrico.

Uma das participantes chegou a fazer uso de medicação psicotrópica quando foi questionada sobre seu relacionamento com os pais, na infância, conforme mencionado adiante neste mesmo capítulo.

Gráfico 12 - Uso de Medicação Psicotrópica**Já fez ou faz psicoterapia?**

Cinco participantes (25%) disseram já ter feito ou estar fazendo psicoterapia, e quinze (75%) afirmaram nunca ter ido a um psicólogo anteriormente, conforme demonstrado no gráfico 13. A participação na pesquisa de mestrado foi seu primeiro contato com esse tipo de profissional.

Gráfico 13 - Realização de Psicoterapia/ Avaliação Psicológica

A que você atribui o aparecimento de seu sintoma de escoriação psicogênica?

A maioria dos participantes atribuiu o aparecimento do sintoma a mais de uma causa, mas a maioria demonstrou dificuldade de determinar o início da escoriação psicogênica.

Todos eles mencionaram alguma situação estressante ou conflito (nervosismo, estresse, luto familiar, ansiedade, nascimento do filho, tristeza, instabilidade de humor, raiva ou frustração profissional). Catorze deles disseram atribuir o aparecimento de seu sintoma a fatores biológicos, tais como alergias, suor, hereditariedade ou problemas hormonais. Cinco atribuíram o sintoma a problemas no relacionamento familiar, dois ao hábito, e somente um disse desconhecer a causa.

Participante 1: *“Esse problema aconteceu na firma, trabalhava com produtos agrícolas e acho que caiu algo dentro da minha bota e eu não percebi.”*

Participante 6: *“Quando estou nervosa, fica pior. Eu sempre mexia, mas depois de um tempo não consegui mais controlar. Acho que fazem uns vinte anos que tenho isso no rosto.”*

Participante 10: *“Eu sempre fui assim. Qualquer coisa eu já fico mexendo, cutucando. Acho que desde criança qualquer coisa eu tenho que mexer.”*

Participante 12: *“Depois que meu pai faleceu (há dez anos). Quando criança, eu era o “xodó” dele, minha mãe era mais próxima dos meus irmãos (...) quando mais nova eu tinha um corpo muito bonito, meu padrasto me assediava e minha mãe nunca acreditou em mim.”*

Participante 14: *“Acho que esta coceira começou quando minha filha casou. Por mim e pelo meu marido, ela teria casado depois da faculdade. Ela se afastou da gente por muito tempo depois do casamento. Tivemos muitos problemas com a família do meu genro.”*

Participante 17: *“Geralmente eu cutuco mais quando mudo de humor: se fico triste, eu cutuco, se fico feliz, eu cutuco. Desconto meu nervosismo e raiva nisso. Eu tenho muita raiva na minha casa, todos implicam comigo, se minha mãe fala alguma coisa, eu já fico com raiva.”*

Você consegue identificar como estava sua vida quando os sintomas iniciaram?

Na pergunta anterior, os participantes demonstraram certa dificuldade de identificar o motivo de seu sintoma, porém souberam descrever facilmente como estava sua vida no início dos sintomas.

No caso, também identificaram uma ou mais situações: todos mencionaram alguma situação estressante ou conflito (insegurança, estresse no trabalho, rotina, ansiedade, gravidez indesejada, responsabilidade imposta, filho especial, luto familiar, problemas emocionais, falta de controle e mudanças). Sete participantes disseram identificar problemas de relacionamento familiar, e cinco, problemas conjugais. Duas pessoas apontaram questões biológicas, no momento do surgimento do sintoma, três depressão e um compulsão alimentar.

Participante 1: *“Estava na firma, casado e minha vida estava cheia de discussões. Eu e minha ex esposa não combinávamos. Vivemos 19 anos em discussão ...”*

Participante 2: *“Aos treze anos, eu tinha muitos problemas com meu pai. Sempre fui muito insegura e estava começando a me desenvolver. Sentia muita dificuldade, era tímida e ao mesmo tempo falante. Eu lembro disso.”*

Participante 3: *“Minha vida? Estava toda bagunçada. Trabalhava numa firma de papelão, era um terror, um estresse só (...) também tive um relacionamento, mas ele era casado. Fiquei uns sete anos com ele até descobrir.”*

Participante 8: *“Foi uma gravidez sem eu esperar, estava muito difícil a situação e já tinha dois filhos. Quando ele nasceu eu tive uma decepção. Na ultrassom dava menina, eu só tinha meninos. Fiquei muito decepcionada, meu sonho era uma menina. Essa menina veio para o meu filho mais velho (minha neta), os outros filhos, cada um tem um menino.”*

Participante 10: *“Estava bastante reboliço. Meu marido estava bebendo muito, fazia dez anos que não via meu pai, minha família.”*

Participante 11: *“Minha vida estava bem e de quatro meses para cá ... Meu ex-marido teve AVC e não tem ninguém para cuidar dele, quem está cuidando dele sou eu.”*

Participante 19: *“Acho que minha vida sempre foi complicada a nível emocional. Relacionamento afetivo com parceiro, meu relacionamento conturbado com meu filho mais velho e, em partes, relacionamento com minha mãe porque ela e meu marido não se falam. Sempre fui rodeada de conflitos.”*

Em que situações percebe que tem mais vontade/impulso de escoriar-se?

Os participantes também identificaram uma ou mais situações. Todos mencionaram alguma situação estressante ou conflito (filho especial, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, preocupações e pensamentos). Sete percebem ter maior impulso de escoriar-se em situações de distração, como assistindo à televisão, estando já deitados, ou em períodos de lazer. Três pessoas mencionaram fatores biológicos (suor, sol), duas problemas de relacionamento familiar, duas percebem impulso mais intenso quando se olham ao espelho, e cada uma das demais apontou uma destas situações: consumo de álcool, presença maternal, momento do banho, fuga, culpa e chegada à casa.

Participante 1: *“Quando eu bebo a marvada da pinga, porque eu gosto de tomar uma pinga pura de vez em quando, às vezes eu estou tomando cerveja, tomo uma pinguinha e depois coço mais.”*

Participante 3: *“Durante o dia é difícil, na hora de assistir novela eu coço mais. Quando vejo, estou cutucando tudo. Daí lembro e paro, dali a pouco volto tudo de novo.”*

Participante 5: *“Tenho isso como uma fuga. Começo esfregando o dedo e, quando percebo, já estou no espelho mexendo.”*

Participante 6: *“Coço quando estou parada, sem nada para fazer ou ansiosa.”*

Participante 10: *“Percebo que faço mais isso quando estou sozinha.”*

Participante 11: *“Coço quando tenho algo para resolver e não consigo resolver.”*

Participante 13: *“Coço à noite, involuntariamente. Depois de um banho relaxante eu também tenho muita vontade de coçar. Como hábito, sabe? Assistindo TV e coçando, achava que era pelo banho muito quente.”*

Participante 16: *“Eu me coço olhando para o espelho. Não posso ver uma pelinha fora, preciso tirar, tiro tudo. No outro dia, vou olhar se apareceu de novo.”*

Participante 17: *“Depois que a minha mãe chega em casa.”*

Participante 19: *“Eu apenas comecei a reparar isto quando a minha psicóloga percebeu que eu coçava quando estava muito agitada ou quando tocava em algum assunto familiar. Eu percebo que pode ser mesmo, momentos de grande estresse que me dá coceira.”*

Participante 20: *“Quando estou pensando.”*

Consegue descrever como é seu comportamento?

A maioria dos participantes identificou mais de uma forma de causar lesões a si mesmos: dezessete usam as unhas, oito usam as mãos, dois usam dentes, outros dois usam objetos e apenas um utiliza os pés. O comportamento também variou: seis pessoas coçam, quatro arrancam, três puxam, duas cutucam, duas espremem, duas tiram, uma aperta e a última aplica produtos indicados por dermatologista.

Participante 2: *“Eu começo a mexer com a mão, vou puxando ... puxando, vou tirando ... o que não consigo e sobra alguma pele, eu puxo com a boca.”*

Participante 3: *“No rosto eu espremo, arranco as casquinhas que tiver. Às vezes, até coloco a boca se não consigo com os dedos. Eu machuco e não estou nem aí. Meu irmão também faz isso, mas ele chega a deformar o dedo.”*

Participante 9: *“Como eu não alcanço onde coça, eu pego qualquer coisa que esteja perto de mim para esfregar onde está coçando. Se é algum lugar que eu consigo alcançar, eu passo a mão e coço.”*

Participante 13: *“Eu coço com a unha. Quanto mais unha eu tenho, mais gostosa a coceira fica. Ando com pomada na bolsa para não machucar.”*

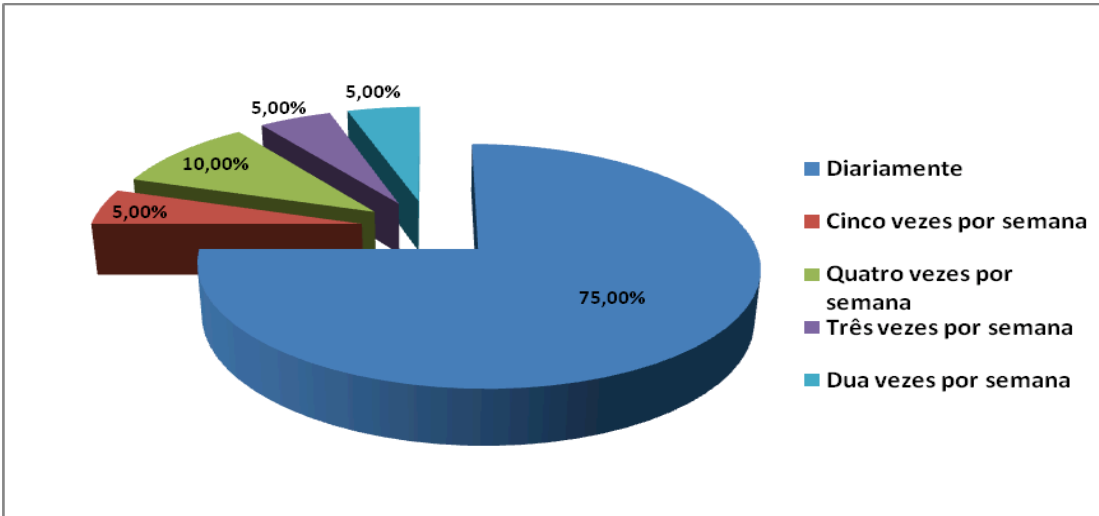
Participante 15: *“Como sei que inflama, eu tento não coçar. Eu fico passando a mão ou a unha. Dá vontade de tirar sangue de tanto coçar, mas nunca tirei.”*

Participante 17: *“Muitas vezes eu acordo de noite cutucando. Eu paro quando sai a casquinha e sangue.”*

Em média, durante a semana, com que frequência você costuma causar lesões à própria pele?

Quinze participantes (75%) confessaram causar lesões à própria pele todos os dias; um deles (5%) relatou escoriar-se cinco vezes por semana, dois (10%) contaram quatro vezes por semana, um (5%) três vezes e um (5%) duas vezes, conforme demonstrado no gráfico 14.

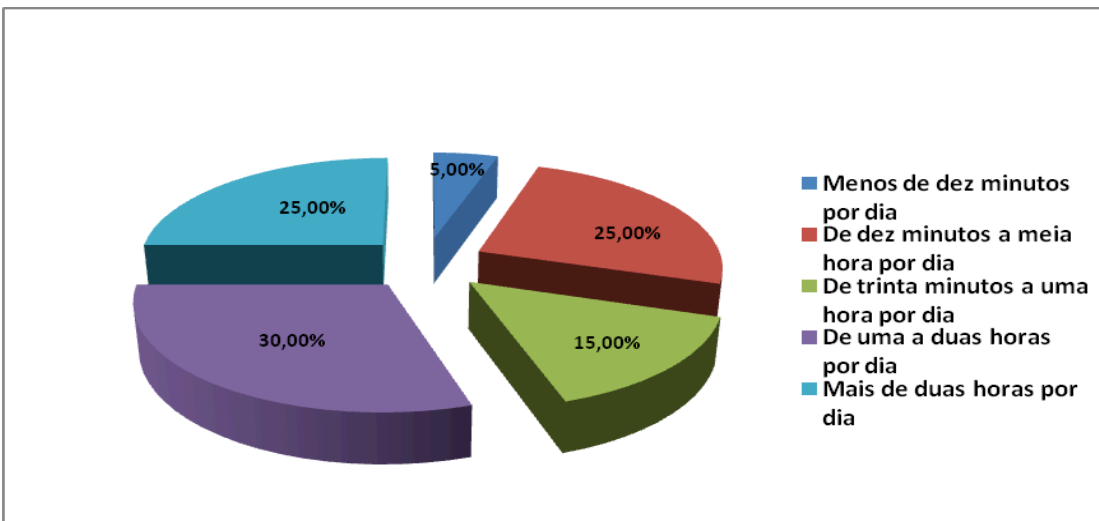
Gráfico 14 - Frequência semanal com que causa lesões na própria pele



Quanto tempo por dia você se percebe escoriando sua pele?

Com relação ao tempo diário de escoriação da própria pele, o gráfico 15 demonstra que seis dos participantes (30%) escoriam a pele de uma a duas horas por dia, cinco deles (25%) mais de duas horas por dia, três (15%) de trinta minutos a uma hora por dia, cinco (25%) de dez minutos a trinta minutos por dia e apenas um (5%) informou o período de menos de dez minutos por dia.

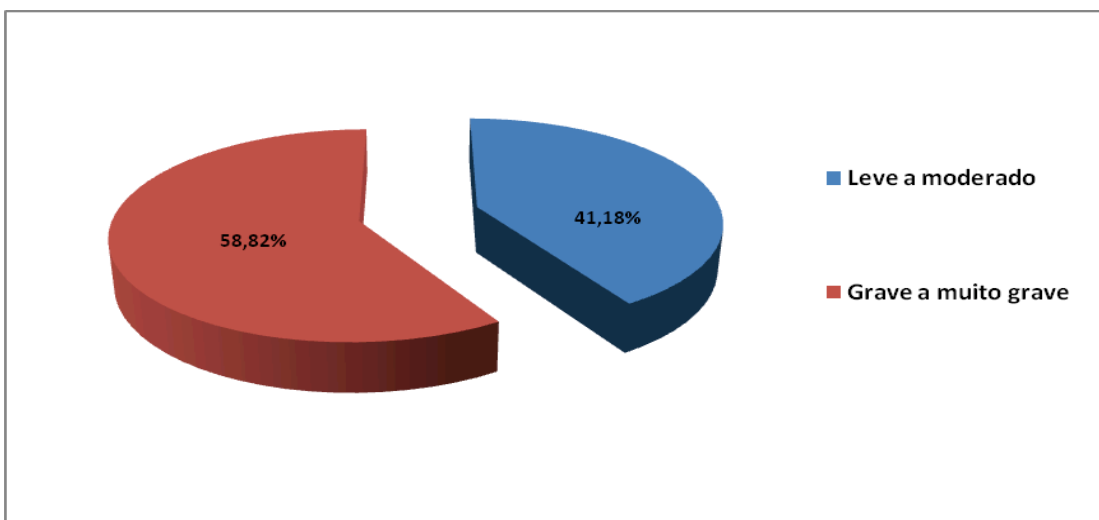
Gráfico 15 – Tempo diário de escoriação da própria pele



Como percebe seu sintoma de escoriação psicogênica?

Embora seja uma pergunta bastante abstrata, não houve dificuldade de respondê-la. A percepção do sintoma de escoriação para dez dos participantes (58,82%) é de grave a muito grave e sete (41,18%) percebem os sintomas de leve a moderado, conforme podemos evidenciar pelo gráfico 16.

Gráfico 16 - Percepção da gravidade do sintoma de escoriação psicogênica



Você costuma causar lesões na própria pele em público?

Quinze participantes relataram causar lesões em público, e cinco disseram que não. Os motivos mencionados para evitar lesionar-se em público foram vergonha, preconceito e isolamento. As pessoas que disseram escoriar-se em público mencionaram estas situações: não percebem seu próprio comportamento, têm vontade, há falta de controle, desespero, e, por vezes, há disfarce.

Participante 8: *“Eu coço porque me dá desespero, eu não agüento segurar.”*

Participante 9: *“Não. Porque no meu caso, eu sei que não tenho sarna, mas as pessoas podem pensar. Podem até achar que eu não tomo banho, sei lá.”*

Participante 10: *“Depende do lugar. Estou com uma vontade danada de coçar aqui. Coço porque incomoda, vontade de ficar aliviando daquilo.”*

Participante 17: *“Não. Porque eu tenho vergonha, geralmente me tranco no banheiro. Minha mãe diz que eu gosto de ver sangue, mas não é assim.”*

Participante 18: *“Eu coço em público porque eu nem sinto, simplesmente começo a coçar.”*

Pensando em algum dia em que estava se escoriando, você consegue descrever qual era seu sentimento?

Os participantes mencionaram mais de um sentimento durante suas escoriações, e houve bastante variação: sete disseram ter prazer, cinco sentem alívio, quatro ficam pensando, dois disseram estar preocupados com algo, dois sentem fracasso e impotência, dois raiva, dois incômodo. Outros sentimentos foram mencionados uma vez, tais como irritabilidade, falta de controle, estresse, rejeição, culpa, mágoa, impulso, vontade, calma, angústia, mal-estar, compulsão, preocupação com dinheiro/trabalho e ausência de sentimento.

Participante 2: *“Sensação de fracasso, falta de controle.”*

Participante 4: *“Eu sinto alívio.”*

Participante 5: *“Rejeição, culpa, mágoa e raiva.”*

Participante 6: *“Não sinto nada. Fico sempre pensando em algo.”*

Participante 12: *“Eu sinto que me acalma. Se eu tirar isto eu esqueço o que está acontecendo comigo. Eu me sinto bem enquanto estou tirando, eu alívio meu pensamento ruim enquanto estou coçando.”*

Participante 18: *“Sensação de impotência.”*

Participante 20: *“Preocupação com trabalho e dinheiro, fico pensando em ter tranquilidade.”*

Qual é o sentimento que você consegue identificar após escoriar-se?

Da mesma maneira que os sentimentos durante a escoriação variaram, após a escoriação os sentimentos também foram diferentes: sete pessoas sentem alívio, quatro sentem culpa/vergonha, três

se esquecem dos problemas, duas se isolam socialmente, duas sentem alegria/satisfação, duas se arrependem, duas percebem sua falta de controle, duas ficam com baixa autoestima. Outros sentimentos foram citados uma vez, tais como dor, ausência de sofrimento, preconceito, sono, relaxamento, calma, autodestruição, raiva e necessidade de atenção da mãe.

Participante 5: *“Parece que se torna maior ainda, mas, ao mesmo tempo, parece que vai embora e traz alívio. Já percebi que faço isto como forma de fazer minha mãe me notar.”*

Participante 6: *“Eu me arrependo por ter machucado.”*

Participante 9: *“Sentimento nenhum. Parou de coçar, que bom! Parou de coçar, não estou preocupada. Eu me sinto bem, normal.”*

Participante 12: *“Procuro outro pra fazer ou olho no espelho e choro, me pergunto por que faço isso. Vejo meu corpo machucado e continuo fazendo mesmo assim. Eu me sinto rejeitada por conta disso, quem vai querer namorar comigo deste jeito? Muitas pessoas falam que sou bonita e que não deveria fazer isso comigo.”*

Participante 13: *“Fico com sono, acho que durmo.”*

Participante 14: *“Alívio”*

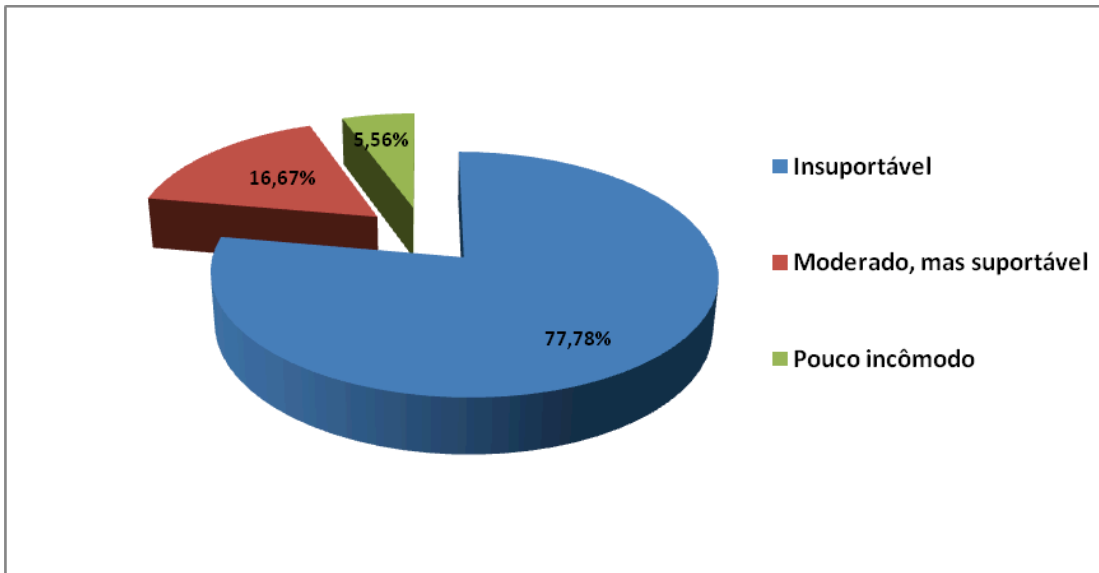
Participante 16: *“Acaba minha preocupação.”*

Participante 19: *“Sinto satisfação.”*

Classifique o incômodo que a escoriação psicogênica causa em você.

Embora pareça que o ato de escoriar-se possa acalmar os participantes, que traga alívio ou “esquecimento dos problemas”, conforme gráfico 17, catorze participantes (77,78%) mencionaram insuportável o incômodo causado pela escoriação, 3 (16,67%) o identificaram como moderado, porém suportável, e apenas 1 (5,56%) mencionou ser pouco incômodo. A resposta denota o quanto o sintoma de escoriação psicogênica causa incômodo a quem o desenvolve.

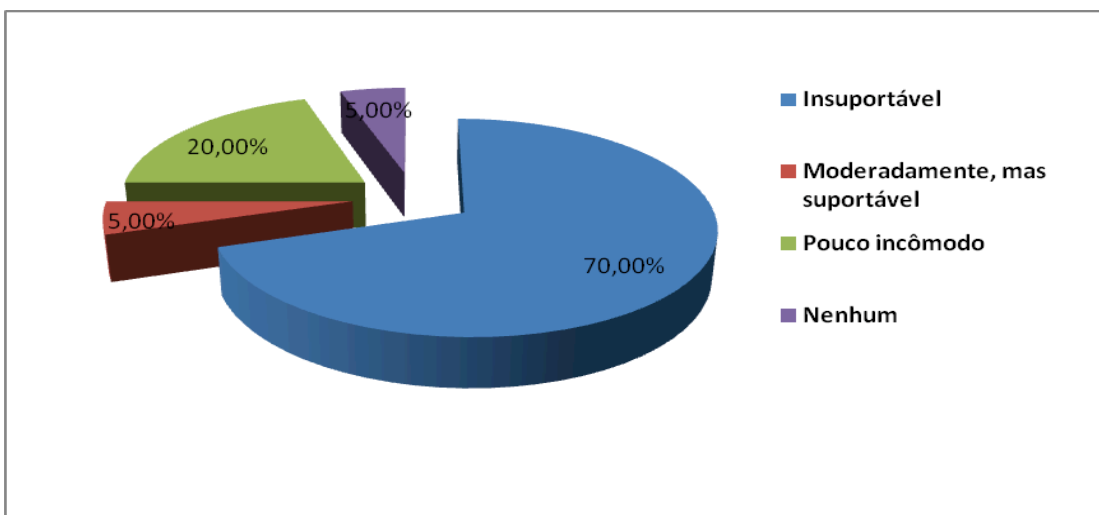
Gráfico 17 - Classificação quanto ao incômodo que a escoriação psicogênica causa em si



Classifique o incômodo que sua escoriação causa nas outras pessoas.

Assim como mostra o gráfico 17, o incômodo sentido pelas pessoas que convivem com os participantes parece não diferir nos resultados. De acordo com o gráfico 18, catorze participantes (70%) mencionaram esse seu comportamento causar um incômodo insuportável em outras pessoas.

Gráfico 18 - Classificação quanto ao incômodo que a escoriação psicogênica causa em outras pessoas



Em algum momento, você já fez algum esforço para conter sua necessidade de escoriar-se?

Dezesseis participantes já fizeram algum tipo de esforço para acabar com os sintomas. Destes, dez disseram não ter conseguido, três conseguiram por pouco tempo e três disseram não ter aderido ao tratamento. Quatro participantes confessaram nunca ter tentado parar com os sintomas: dois reconhecem de antemão não conseguir e dois já tomam a escoriação como vício.

Participante 1: *“Sim, mas não consegui. Quando surge a coceira, eu não consigo.”*

Participante 4: *“Não. Porque já se tornou um vício.”*

Participante 8: *“Fico no banheiro passando água, tentando acalmar. Mas sinto que quando me acalmo, a coceira se acalma.”*

Participante 11: *“Não, fico focada na coceira.”*

Em sua visão, seu sintoma tem cura?

Catorze participantes acreditam na cura, e seis disseram não acreditar nela. A maioria salientou que nasceu sem o problema, que a medicina está muito avançada e pode até mesmo resolver questões psicológicas. Os descrentes mencionaram dificuldade de conter os impulsos, hereditariedade e discursos médicos, segundo os quais trata-se de um sintoma crônico. Pelos discursos, pode-se perceber uma grande dificuldade de controle e uma resistência à cura. Trata-se de um sintoma compulsivo.

Participante 1: *“Tem cura sim, mas para eu sarar, teria que me submeter a muitos regulamentos médicos. Se eles dissessem que se eu parasse de beber eu sarava, eu até parava. Mas, como não dão certeza, eu continuo.”*

Participante 2: *“Não, porque não tenho controle e acho que nunca vou ter.”*

Participante 7: *“Tudo tem cura.”*

Participante 9: *“Tem cura desde que eu fique numa bolha de oxigênio porque eu tenho alergia por tudo. Se eu conseguir evitar tudo o que existe zinco, eu posso dizer que não tenho nada,*

pelas palavras do médico. Eu acho que posso tomar uma vacina que bloqueie essa substância química, sabe?”

Participante 14: *“Sim. Eu não nasci com isso. Uma hora tem que acabar, vou me libertar deste mal que sinto, desta angústia.”*

Participante 15: *“Pra Deus, nada é impossível. Os médicos falaram que é crônico, uma dermatologista de São Paulo chegou a dizer que não tem cura.”*

Participante 17: *“Não. Porque quando mudo meu humor, sempre faço isso, eu tento me acalmar mas não dá.”*

Participante 19: *“Espero que sim. Dermatologicamente acho que sim, tanto que busco tratamento, estamos trocando medicações e também, tratamento psicológico para que isto pare. Não adianta tratar um e não tratar o outro.”*

Participante 20: *“Sim, porque é só eu parar.”*

Que lembrança você tem de quem cuidava de você?

Dezessete participantes relataram ter sentido carência afetiva (materna e/ou paterna) em sua infância. Dez perceberam negligência parental, cinco vivenciaram sentimentos como medo, solidão, desamparo e insegurança. Cinco foram abandonados por suas mães, quatro agredidos fisicamente por um dos pais, três tiveram infância com poucos recursos financeiros, dois mencionaram rejeição/discriminação pelos pais, três sentiam raiva da mãe e três falaram em maus tratos. Somente quatro pessoas se lembram de algum tipo de carinho/cuidado.

As perguntas referentes à infância suscitaram muitas emoções, tocaram em complexos, e os participantes reagiram emocionalmente. A seguir, podem-se verificar alguns comentários dos que vivenciaram abandono materno e o quanto foi doloroso esse desamparo:

Participante 5: *“Até uns três anos de idade, minha mãe e meu pai estavam presentes. Depois, minha mãe começou a viajar, foi embora pra São Paulo e ficaram meu pai e avós paternos. Quando estava com oito anos, meus pais se separaram, fiquei um tempo na minha avó materna. Depois meu pai buscou eu e minha irmã para ficarmos com ele. Depois de um tempo, quando não aguentei mais as agressões do meu pai, fiquei uns dois meses na casa da minha tia e depois fiquei indo da casa de uma avó pra casa da outra até meus dezesseis anos. Tinha uma casa da minha mãe e fui morar sozinho. Com dezessete anos eu fui fazer faculdade em São Caetano, por seis meses, e voltei para*

morar com meu pai por ordem da minha mãe, mas meu pai não queria que eu ficasse lá, então voltei a morar sozinho até os dezenove. No outro ano, eu vim para Mogi ficar com minha mãe e depois minha irmã também veio.”

Participante 7: “Minha mãe sempre foi mais caladona, meu pai sempre foi mais bonzinho, de bom humor, até hoje. Acho que minha mãe não gostava da vida que ela levava, sabe? O relacionamento deles parecia ser bom, depois acho que ela não aguentou mais e foi embora, nós ficamos com meu pai. O convívio com ele não foi difícil, mas tivemos que nos virar sozinhos em alguns momentos. Eu estava com dezessete anos quando ela foi embora. Sobrou meus irmãos pequenos para eu cuidar, o mais novo com dois anos me chamava de mãe ... Demorou muitos anos para eu ver minha mãe de novo. Depois de ter casado que a procurei de novo, fiquei uns dezoito anos sem vê-la. Ela foi embora de um dia para o outro, não deixou carta...nada. Meu pai entrou em desespero, perdeu tudo por causa dela. Depois de alguns anos viemos para São Paulo. Eu fiquei perdida quando ela foi embora, perdida, cheia de irmão, não tinha experiência de nada, foi duro pra falar a verdade. Minha avó e tias paternas ajudaram bastante.”

Participante 10: Até os cinco anos, tinha minha mãe. Depois fiquei jogada nas mãos de tias, avós, de um lado para o outro. Minha mãe saiu de casa e não voltou mais. Filha dela eu sou a caçula, meu pai casou de novo. Não lembro nada da minha mãe. Me contam que meu pai era uma pessoa boa e que minha mãe saiu de casa por macumba ... Ela deixou eu com cinco e meu irmão com nove anos. Eu nunca perguntei para o meu pai por que ela foi embora. Quando ela foi, nós fizemos uma viagem para casa de uma tia, ela nos deixou lá e foi embora. Até meu pai me pegar de volta, nós ficamos com esta tia um ano e pouco, ela tinha uns dez filhos. Moramos com madrastra, avó...”

Participante 19: “Minha madrinha de batismo. Porque ela me adotou quando eu estava com quatro meses. Minha mãe era muito jovem na época, não tinha estrutura familiar boa e que pudessem ajudá-la a cuidar de mim, era garota de programa e não tinha como cuidar nem dela. Ela tinha dezesseis anos, fugiu com catorze anos, não sabia quem era o pai dela e brigava muito com a mãe. Ela tentou me dar uma vida melhor do que foi a dela me deixando com minha madrinha.”

Há também demonstração de negligência parental e do sofrimento advindo da vivência dessa insegurança e desamparo:

Participante 4: *“Deus cuidou de mim. Minha mãe cuidava de mim, mas sofria muito com isso (chora). Porque quando eu nasci, eu sou a caçula das mulheres de 14 filhos. Tem mais um irmão mais novo que eu mas faleceu. Éramos sete homens e sete mulheres. E minha mãe casou com 12 anos, e a cada ano nascia um filho. Quando eu nasci, assim meu irmão mais velho conta, a parteira disse que eu era a mais branquinha, mais bonita que os outros, corada e meu pai estava perto. Na mente do meu pai, eu não era filha dele e aí começou a história. Meu pai não gostava de mim e fazia de tudo para eu não sobreviver. Passou a judiar da minha mãe e de mim ... E eu era um bichinho, sabe? Eu vivia escondida debaixo das coisas, se ele me visse já dava chute e jogava longe. Eu tinha medo dele. Quando eu completei 6 anos, ele faleceu. Mas eu não tenho lembrança nenhuma dele ... Ele mandava meus irmãos ficarem me batendo. Naquele tempo não existia DNA, né? Eu sofri muito, quem contava isso era meu irmão mais velho. Eu lembro poucas coisas, quando ele viu que eu era parecida com meus irmãos, com a família dele, ele parou de judiar de mim, parou de bater. Minha mãe não falava nada, ela só chorava o tempo todo. Ela cuidava de mim escondida porque ela não podia levantar de noite pra cuidar de mim, se ficasse chorando lá ficava, ela não tinha como ajudar. Por isso que te digo, foi Deus que cuidou de mim. Naquela época deu sarampo, uma tosse comprida e deu em todos os meus irmãos. Os outros meu pai protegia, fazia tudo, e eu podia ficar no meio das vacas, dentro do chiqueiro e em mim não deu nada. Deu só nos outros que estava protegido, e pra ele, era morte. Quanto mais ele protegia meus irmãos, menos eu ficava doente.*

Participante 6: *“Nem queria lembrar da minha infância (chora). Eu trabalhei desde pequena, eu cuidava dos meus irmãos. Os filhos da minha mãe foram nascendo e dava tudo para eu cuidar. Parece que eu me preocupava mais com eles do que minha própria mãe. Tinha tanto medo dos meus irmãos morrerem quando eram crianças, parece que minha mãe não estava nem aí. Morávamos em SP nessa época, e, quando minha mãe estava de dieta, ela ficava cega de tanta enxaqueca. Não conseguia fazer nada. Todos os filhos ela ficava assim ... Eles nasciam e iam para minha mão. Quando meu pai bebia, eu tinha muito medo. Quando minha mãe teve uma das bebês, foi a primeira vez que enfrentei meu pai. Ela ficou quarenta dias internada no hospital. Ao chegar bêbado, ele olhou para meu irmão de três anos sentado na sala, olhou pra ele e falou “você está me tirando, moleque?” e pegou uma cinta para bater nele. Quando meu pai fez isso, eu entrei na frente, assim como minha mãe fazia. Ele parou, deixou quieto e passou.”*

Participante 18: *“Meus pais eram alcoolistas. Desde que eu me lembro por gente, lembro deles bebendo.”*

Na infância, como era sua relação com seus pais?

As lembranças referentes à relação dos participantes com os pais foram semelhantes às lembranças dos cuidados mencionados na questão anterior. Dezesete apontaram a relação com os pais como carente de afeto, doze tiveram sentimentos como discriminação, rejeição, sofrimento, insegurança, medo, frustração e solidão. Dez contaram a respeito da ausência da figura paterna e/ou maternal, cinco vivenciaram abandono materno, cinco sentiram negligência dos pais nos cuidados com os filhos, quatro sofreram agressões ou viram os pais se agredirem, três sentiam raiva da mãe, três arcaram com a responsabilidade de cuidar dos irmãos menores, dois vivenciaram tentativa/abuso sexual na infância, dois tiveram luto familiar e relacionamento conturbado com os pais, dependência da figura maternal. Bom relacionamento familiar foi citado por uma pessoa.

O primeiro participante demonstrou um complexo materno muito forte e ausência da figura paterna: seu pai biológico faleceu quando ele era muito pequeno, e o padrasto era bastante agressivo: *“Sempre que lembro da minha mãe eu choro. Até hoje ela é muito querida, ela foi tudo para mim. (Choro) Sinto muita falta dela, por isso que nem gosto de lembrar muito. Ela casou de novo quando eu tinha uns 9, 10 anos. Ela casou com um homem muito ruim e que judiava muito dela. Eu, para pedir socorro, eu gritava para o povo, mas, por morar muito perto das famílias, todos faziam de conta que não ouviam. Com 17 anos eu fui embora, eu não tinha força para brigar com ele porque ele batia em mim se falasse qualquer coisa ...”*

A segunda participante precisou tomar seu psicotrópico, ao ser questionada sobre seu relacionamento com os pais, na infância, demonstrando grande fragilidade psicológica e conflitos advindos dessa relação: *“Com minha mãe era uma relação boa, ela era carinhosa, mas eu sempre fui repulsa ao carinho. Então, eu não gostava muito. Acho que preciso tomar meu remédio, estou ficando ansiosa (retira da bolsa Rivotril e ingere 5 gotas). Se você me perguntar por quê, eu não tenho a menor idéia. Tinha problemas com meu pai, mas não era algo insuportável. Na infância, meu pai era muito distante mas ao mesmo tempo presente. Estranho, né? Minha mãe cuidava mais e quando meu pai dava alguma ordem eu não aceitava, não me sentia na obrigação de obedecer, ele ficava muito nervoso e gerava uma discussão. Ele trabalhava muito, me lembro de situações de mamadeira, eu odiava ficar só com o meu pai porque ele não sabia fazer minha mamadeira. Não é que não sabia, eu sabia a diferença da mamadeira do meu pai e da mamadeira da minha mãe, e era horrível o leite que meu pai fazia. Acho que ele não conseguia engrossar direito, era horrível. Então,*

quando tinha alguma situação em que minha mãe ia sair, eu achava muito ruim, não comia direito, mas eram poucas situações. Meu pai também não saia muito com a gente.”

Assim como os participante 1 e 2 manifestaram ausência paterna, a participante 4 demonstrou a falta que sentiu do pai: *“Meu pai nunca me deu carinho, nunca me pegou no colo. Eu lembro que ele chamava meus irmãos. Ele não me chamava pelo nome, ele me colocou um apelido. Ele pegava nossa mão e ficava comparando os traços. Tudo porque eu nasci com saúde e os outros nascia doente. Naquele tempo os pais eram muito ocupados, passavam falta das coisas, tinham que lutar muito, então nós não tivemos muito carinho deles. Pra minha mãe não tinha liberdade de contar as coisas, perguntar, naquela época era só no olhar, ficávamos mais distante.”*

Com pai agressivo e abandono materno, o participante 5 relatou: *“Minha mãe não ficava em casa, mudou pra São Paulo quando eu era pequeno, então, não tinha muito contato com ela. Meu pai ficava, mas sempre bravo, não o via hora nenhuma de outro jeito. Tudo era motivo de dar bronca, bater e brigar. Nada podia. Então, nossa relação não era boa.”*

Grande manifestação de insegurança e senso de responsabilidade surgiram ainda na tenra infância da participante 6, já que sua mãe teve muitos filhos e todos ficaram sob sua responsabilidade. Quando adulta, chegou a ajudar os pais financeiramente e sofreu grande decepção: *“Eu tinha dó da minha mãe, às vezes sentia medo. Tinha muita insegurança de como minha mãe ia fazer com aquele monte de filho, mas parece que ela mesma não se preocupava com aquela situação. Com quinze anos, fui trabalhar em casa de família, morava lá e ia na casa da minha mãe a cada quinze dias. Eu ajudava financeiramente porque não tinha como não ajudar. Um dia, recebi uma carta de que meu irmão estava comprando uma casa para minha mãe e precisava de dinheiro. Eu não tinha, emprestei uma parte do meu avô e pedi para meu tio levar. Isto foi em Junho. Em Novembro, eu queria ir pra lá e meu avô deixou. Quando cheguei na porteira, veio uma irmã correndo e disse que meu pai tinha gasto todo dinheiro em pinga. Minha mãe disse que guardou o dinheiro e foi gastando. Era uma dívida que fiquei pagando muito tempo, fiquei revoltada, disse que poderia estar morrendo, mas não ia mandar. A partir daí, não mandei mais.”*

Cabe mencionar falas de alguns participantes que sentiram falta do carinho e de cuidados maternos em sua infância:

Participante 8: *“Minha mãe nunca foi carinhosa. Ela fazia bonequinhas, mas era mais assim “fiz a comida, coloquei aí”. Ela se preocupava em deixar minha janta, o que toda mãe faz. Mas meu pai era carinhoso, ele fazia a gente orar antes de comer, ele nos levava todos os domingos na missa.*

Quando saíamos da missa, íamos para o restaurante. Todo Domingo. (choro). Era muito bom, era diferente aquela comida, ele mandava a gente escolher e fazia uma mesa bem farta para todos que iam. Eu sempre ia. Se ele não pudesse, ele dava um jeito. Quando ele não tinha dinheiro, ele pedia fiado. Quando eu cresci, eu vi que aquilo era uma forma de agradar a gente, da maneira dele. Minha mãe nunca ia junto. Meu pai gostava muito de dançar, mas minha mãe nunca ia. Isso me irritava demais, eu acompanhava ele para as festas, ela não. Meu pai faleceu em 1993 por cirrose apática. Fez vários tratamentos, construí uma casa para ele no meu terreno. Ele ficou em casa com meus irmãos pequenos e minha mãe. Para mim, foi muito difícil de perdê-lo. Meu vínculo sempre foi com ele. Eu lembro na escola, tinha reunião e ela não ia. Meu pai que ia assinar tudo. Eu cheguei a fazer uma bagunça uma vez na sala, e mesmo assim ela não foi. Eu fui expulsa, fiquei uma semana suspensa, ia para casa das minhas amigas, e ela nunca foi atrás para ver onde eu estava indo.”

Participante 9: *“Eu nem queria o carinho da minha mãe, a gente não podia dar um abraço nela, não podia se aproximar. Não sei o que ela já tinha passado na vida. De repente, ela passou por isso e continuou assim. Meu relacionamento com ela era de muito medo. Não tinha medo do meu pai, minha mãe desmaiava de nervoso. Lembro quando pequena, víamos estes desmaios e chamávamos o vizinho.”*

Participante 10: *“Eu era uma criança rebelde, revoltada da vida. Por que eu não tinha mãe se todos tinham? Eu não entendia isto. Eu cortava cabelo das vizinhas, vendia feijão do meu pai, coitadinho já pedi muita desculpa para ele. Eu fugi de casa com onze anos para trabalhar, passava um tempo fora de casa e voltava, fiz isto várias vezes. Meu relacionamento com meu pai era bom, tanto que sinto muita falta dele. Ele sempre foi trabalhador e dedicado à família. Eu tinha bom relacionamento com minha madrasta, gostava dela.”*

Participante 16: *“Meu pai não batia, não brigava, eu gostava de sair com ele. Mas o jeito da minha mãe brigar eu achava fora do normal. Ela falava que não queria filha mulher, ela achava que o homem pode tudo e a mulher não ... Minha mãe não dava carinho pra gente, ela só ficava com o filho mais novo, e o meu pai com o outro. Sobrava eu e o João”*

Participante 18: *“Eu apanhava muito porque defendia meus irmãos e sempre apanhava deles ... Na adolescência, eu vivia marcada, minha mãe chegou a quebrar uma cadeirinha em cima de mim. Ficava toda marcada, como sou hoje por conta da minha filha (especial). Sentia muito medo deles, mas não tinha raiva, tinha dó da minha mãe por ser muito sofrida. Fiquei com raiva do meu pai judiar dela no fim da vida da minha mãe. Ele não aceitava que ela estava no fim da vida,*

brigava muito com ela, chegou a dar um tapa na cabeça dela uma semana antes dela morrer. Ele não aceitava este sofrimento repetitivo (olha, me dá vontade de coçar).”

Cabe ressaltar que a participante em questão apresenta escoriações na cabeça.

A participante 19 foi abandonada por sua mãe biológica e descreveu seu relacionamento com a mãe adotiva: *“Minha mãe adotiva sempre foi uma pessoa muito boa comigo. Mas eu sempre tive um vazio dentro de mim. Minha mãe de criação também perdeu os pais muito cedo, ela também não teve muito amor na vida dela. Ela não era de ficar abraçando, beijando, dizendo o que sentia por mim. Minha mãe biológica teve pouco contato quando pequena. Quando eu fiz três anos, ela veio me ver, ela sumiu de novo e retornou quando eu tinha sete anos. Ela casou e tentou ter filhos, teve dois abortos naturais, e o último a impossibilitou de ter filhos. Visando isto e que o marido dela queria muito uma criança, ela tentou se aproximar de mim, e ele queria inclusive me registrar no nome dele, mas eu não quis. Sumiram de novo. Quando eu fiz quinze anos, ela retornou, eu tive uma festa simples em casa, ela veio, participou. Fiquei chateada porque ela prometeu para minha mãe que ajudaria com os custos e, na última hora, não ajudou. Ela foi embora de novo, ligava às vezes para saber como eu estava.”*

Embora o participante 20 acredite ter boas lembranças do relacionamento com seus pais na infância, sua resposta pareceu descrever essa relação de forma pouco afetiva: *“Minha relação com meus pais era de extremo respeito, educadores.”*

Poucos participantes manifestaram boas lembranças do relacionamento materno:

Participante 3: *“Normal. Minha mãe sempre cuidou da gente, ela nunca trabalhou. Meu pai trabalhava na roça, na época, era uma vida meio complicada. Meu pai nunca foi bravo pra mim, nem lembro de ter apanhado, casei cedo, acho que nem deu tempo. Minha mãe sempre teve muita paciência, tenho lembranças boas.”*

Participante 13: *“Eu e minha mãe cantávamos música juntas, ela era carinhosa. Quando meu irmão nasceu, para minha mãe foi muito complicado. Eu sempre fui muito ciumenta e senti muito o fato de meu pai ter focado toda sua atenção no meu irmão. Eu queria uma menina, mas veio um menino e de olho claro. Eu tentei furar o olho do meu irmão quando eu era pequena ...”*

No que diz respeito ao relacionamento parental, sentimentos de profunda tristeza, discursos com choros e lembranças acompanhadas de agressão e abandono foram recorrentes nos participantes do estudo. Complexos maternos, sentimentos de desamparo, falta de carinho e proteção manifestaram-se em grande número.

Como é sua relação com eles atualmente?

Dez participantes têm seus pais falecidos, nove não se relacionam afetivamente com pai e/ou mãe, cinco se percebem com baixa autoestima, tristes, inseguros, sentindo um vazio por diversos momentos, quatro têm relacionamento conturbado com pai e/ou mãe, um vivencia agressão parental e cinco disseram ter bom relacionamento com mãe e/ou pai.

Os participantes 1, 4, 9, 11, 14, 16 e 18 têm seus pais falecidos. Dessa maneira, não se pode verificar se o relacionamento sofreu alguma mudança.

A participante 2 e a participante 12 relataram ter o pai falecido e ter bom relacionamento com a mãe, porém, sem manifestações afetivas, assim como na infância. A participante 8 mantém relacionamento distante com a mãe e também tem seu pai falecido.

Os participante 3, 5 e 15 mostram manter com os pais, na atualidade, um relacionamento parecido. Os pais de P3 moram no mesmo quintal e, por vezes, ele discute com o pai, mas nada grave. O participante 5 tem relacionamento distante com o pai, mora com a mãe e com ela busca bom relacionamento. Paciente bastante dependente da figura materna, faz de tudo para chamar atenção dela. A participante 15 relatou: *“Com minha mãe é boa. Meu pai faleceu há um ano e pouco. Pedi perdão pra ele e o perdoei quando morreu, mas ele nunca foi presente na nossa vida”*

Ao contrário desses participantes, P7 disse ter relacionamento superficial com a mãe, nunca perguntou por que ela tinha ido embora. Conversa com o pai todos os dias, moram no mesmo terreno.

As participantes 10, 17 e 19 vivenciam hoje a mesma situação já vivenciada na infância:

Participante 10: *“Pedi para meu patrão fazer uma busca da minha mãe quando adulta. Ela estava em Olinda, e eu morava em Recife. Estava tão perto quando criança, agora estou longe. Com minha madrasta tenho bom relacionamento até hoje, ainda peço bênção para ela.”*

Participante 17: *“Eu fico muito nervosa quando minha mãe chega em casa, tudo ela briga comigo. Com minhas duas irmãs é tudo diferente. Elas têm até um quarto só para elas, e o resto dorme tudo amontoado. Minha mãe fala que vai deixar de pegar no meu pé o dia que for trabalhar registrada, mas também diz que não posso sair de perto porque posso passar mal. Uma vez, eu quase enfartei, o medico falou.”*

Participante 19: *“Tenho um vazio até hoje. Eu sei que ela me ama (mãe adotiva) e que ama meus filhos, mas ela nunca foi de demonstrar. Isto me fez falta na infância e me faz falta hoje. Minha mãe biológica já faleceu.”*

A participante 6 e o participante 20 citaram mudanças de relacionamento com os pais:

Participante 6: *“Hoje, meu pai mudou. Ele é um amor de pessoa. Eu nunca deixei passar para eles meu sentimento. Agora é ao contrario, quem judia do meu pai é a minha mãe. Ele é outra pessoa. Meu pai cuida dela, ela é doente. Eu tento até esquecer de todos estes sentimentos do passado.”*

Participante 20: *“Tenho uma relação amigável com meus pais. Temos um bom relacionamento.”*

Outras questões surgiram no decorrer da vida da participante 13: os pais se separaram, e um novo convívio com o padrasto se fez presente: *“Tenho bom relacionamento com meu pai, mas um pouco distante. Meus pais se separaram na minha adolescência, e minha mãe casou de novo. Gosto do meu padrasto, mas já tivemos muitos conflitos, ele já foi inclusive alcoolista.”*

Como é sua relação com sua família atual? (participantes casados)

Essa questão foi respondida por dezesseis participantes, ou seja, somente os que já foram casados, estão casados ou em união estável. Oito pessoas disseram ter relacionamento conturbado com seus cônjuges, sete se separaram, quatro têm bom relacionamento conjugal, dois vivenciam crise financeira, dois têm filho especial e que exige maiores cuidados, um sofre de depressão, um passou por luto familiar (morte da filha), sete se relacionam bem com os filhos e dois têm relacionamento distante ou conflituoso com os filhos, conforme alguns relatos abaixo:

Participante 2: *“Uma relação boa, mas que agora não está tão boa assim. Somos muito amigos, eu acho que tenho uma dependência muito grande dele, tudo o que eu tenho que fazer eu tenho que perguntar para ele, não que ele me cobre isso, mas eu me sinto na necessidade de perguntar.”*

Participante 6: *“Meu marido hoje é carta fora do baralho. Minha filha falou pra arrumar namorado, eu tenho pavor de homem na minha vida (risos).”*

Participante 7: *“Moramos na mesma casa, somos mais separados que casados. Não quero me envolver com ele, mas acabo cedendo para evitar brigas ou escândalo. Eu tenho vontade de separar de verdade, ele sabe disso e meus filhos também. Eu sei que deveria tomar maior atitude, a culpa não é só dele mas não tenho forças. Meu relacionamento com meus filhos é ótimo.”*

Participante 11: *“Meu ex-marido não me deixava sair na rua, tinha ciúmes, não tinha liberdade nenhuma. Eu tinha dezessete anos quando minha filha nasceu. Tive duas, uma morreu com trinta e um anos, mas isso já fazem mais de vinte anos, ela morreu de câncer no pulmão. Ela deixou dois filhos, esta minha filha caçula que toma conta. Ela tem somente um menino e o que é filho dela, o pai morreu quando ele tinha três meses, era bombeiro. Ela é viúva há doze anos. Quando eu perdi minha filha foi difícil aceitar, nosso relacionamento era bom ... Minha filha disse que meu marido judiava muito de mim, ele discutia muito, era agressivo e pediu para que eu me separasse ou ela iria embora de casa. Eu tive outro companheiro por quinze anos, mas ele faleceu de repente. Fazem dois anos. Ele era advogado. Até hoje não acredito que eu perdi ele.”*

Participante 12: *“Depois que eu saí de casa, conheci o pai dos meus filhos e fiquei quatro anos com ele. Ele me trancava em casa para poder ir para os bailes, voltava com marca de batom, perfumes diferentes, e, quando eu disse que ia embora, ele falou que ia me matar. Quando ele saiu, eu fui embora e nunca mais voltei. Depois de um tempo, de tanto ele insistir eu voltei e engravidei numa única relação que tivemos. Ele tem a vida dele, não dá pensão para meus filhos, e não posso contar com ele. Eles são gêmeos. Eu me casei novamente, ele entendeu tudo o que aconteceu comigo, mas não deu certo..”*

Participante 15: *“Vivo muito bem com meu marido e com meus filhos. Não sei por que tive esta depressão. Em 2011, eu ia no banheiro e saía sangue durante uns três meses. Depois de alguns exames, descobri que estava com câncer no intestino. Fiz a cirurgia, fiquei muito nervosa, com muito medo. Passei por muitas situações humilhantes com alguns médicos. (Relatou exames realizados sem anestesia).”*

Participante 19: *“Tento demonstrar para meus filhos todo o amor que sinto por eles e não tive em minha vida. Meu relacionamento com meu marido é instável. Tem época que estamos bem e, em outras, estamos em pé de guerra. Meu marido é muito machista, quer me ter sob controle o tempo todo, não gosta que eu tenha amizades e etc. Com meu filho mais novo é ótimo meu relacionamento. Meu filho mais velho se rebelou, não me respeita em nada.”*

Em síntese, pode-se notar que os fatores desencadeantes do sintoma foram momentos acometidos por estresse ou conflito, e, da mesma forma que o agravamento dos sintomas surge em momentos de conflitos e de situações de estresse, tais como cuidados com filho especial, nervosismo, ansiedade, irritabilidade e preocupações. Cabe salientar a declaração de sete participantes que confessaram manifestar seu comportamento quando estão assistindo à televisão, situação de distração ou quando estão deitados.

Os sentimentos advindos durante o ato de escoriar-se variaram entre prazer/alívio e preocupação/sentimentos de impotência/fracasso/incômodo. Os sentimentos decorridos do ato de escoriar-se também variaram entre alívio/esquecimento dos problemas/alegria/satisfação e culpa/vergonha/ isolamento/arrependimento/falta de controle/baixa autoestima.

Pode-se notar que, além do incômodo gerado pelo sintoma compulsivo (78% consideram insuportável e 75% causam lesões na própria pele todos os dias), existe grande constrangimento quanto ao julgamento das demais pessoas. Alguns participantes relataram sentir preconceito, e, assim como identificaram extremo desconforto em seu comportamento, 70% dos participantes classificaram seu sintoma como insuportável para as pessoas com as quais convivem.

O segundo momento da entrevista, destinado ao relacionamento dos participantes com seus pais e às lembranças dele advindas, gerou resultados bastante significativos. Os temas que mais emergiram das respostas foram negligência parental, carência afetiva, insegurança, abandono materno, desamparo, raiva e agressão familiar. A maioria dos participantes guarda lembranças infantis de grande carência de afeto, e, embora a entrevista tenha ocorrido apenas em um encontro com a pesquisadora, eles verbalizaram todo o vazio vivenciado na infância e o quanto esses cuidados lhes fizeram falta.

A partir das experiências emocionais vivenciadas pelos participantes e pelas respostas dadas por eles, pode-se notar a existência do complexo materno e paterno: o relacionamento com os pais, na tenra infância, não foi satisfatório, ou seja, os sujeitos não sentiram afeto, segurança e não contaram com os cuidados necessários. Expressaram grande insegurança, desamparo e até mesmo negligência parental ou abandono materno.

De acordo com os resultados, dos dezesseis que responderam à questão relativa ao relacionamento com o cônjuge, sete são divorciados e oito mencionaram conflito no relacionamento com este.

As respostas de todos os participantes referentes ao relacionamento com os pais encontram-se em anexo 6.

No próximo tópico, serão apresentados os resultados referentes à técnica de imaginação dirigida, aplicada após a entrevista semiestruturada

7.5 Imaginação dirigida

Neste tópico, será apresentado o resultado dos discursos obtidos pelos vinte participantes do grupo experimental, durante a aplicação da técnica de imaginação dirigida.

A maioria dos participantes entrou no processo de imaginação dirigida, e alguns conseguiram expor melhor seus sentimentos após a aplicação da técnica, ou seja, no momento em que voltaram do estado de relaxamento, enquanto a minoria (P6, P14, P15, P16) teceu comentários superficiais, somente os referentes ao sentimento no ato de escoriar-se.

Quinze participantes (P1, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P17, P18, P19, P20) mencionaram algum evento traumático em sua vida e que não foi elaborado. Os traumas variaram entre luto familiar, abuso sexual, negligência dos pais na infância e abandono materno. Durante aplicação da técnica, onze participantes destes quinze, choraram ao entrar em contato com sua área escoriada, as lembranças e sentimentos que lhe vieram à mente foram muito dolorosos e demonstrou o quanto possuem traumas associados ao sintoma.

A mãe do participante 1 faleceu há quinze anos, era uma mãe presente e bastante autoritária na educação dos filhos. Apesar de seu falecimento ter ocorrido há tempos, para P1 ele foi traumático, e a figura materna permanece viva. Ao chorar, P1 revelou sua forte dependência a essa figura, até os dias atuais.

A participante 4 disse sentir raiva do irmão: *“Ele me batia, eu tinha doze anos e ele também mexia comigo (chora). Eu tinha raiva. Casei para fugir dele. Também não queria que meu marido mexesse comigo. É por isto que faço esforço para esquecer as coisas de quando era criança.”* Revelou em seu discurso, o seu trauma pelo abuso do irmão mais velho em sua infância e o quanto isto refletiu em seu relacionamento conjugal.

Assim como P1, a participante 8 também relatou seu trauma quanto a um luto familiar (no caso, o pai) e ainda, raiva pela negligência materna, tristeza, dependência afetiva dos filhos e

problemas com drogas do filho caçula: *“Sinto tristeza, queria que meu pai me ajudasse com esta tristeza. Minha mãe não dá conta, minha mãe não! Eu não quero que meus filhos sofram (chora), eu não consigo soltá-los (...) Eu não superei a decepção com meu filho e deixei de me amar.”*

Conforme as solicitações durante a aplicação da técnica, a participante 13 foi se permitindo sentir aos poucos os sentimentos e situações que surgiram em sua mente e falar deles: *“Rejeição. Meus pais discutindo por falta de companheirismo. Eu me sinto rejeitada nesta discussão porque ele não brincava mais, não dava atenção pra mim. Também sinto saudades do meu avô, antes dele morrer, ele me protegia.”* Esta participante manifestou algumas situações traumáticas, tais como ausência da figura paterna e luto pelo avô.

A participante 18 manifestou também sua angústia, cansaço e falta da mãe falecida: *“Sinto angustia, sensação de impotência e precisando de muita ajuda.”* Conseguiu aprofundar esses sentimentos após a técnica, acrescentando, ao abrir os olhos: *“Você acredita que eu dormi na cadeira do dentista extraindo três dentes? Acho que estava tão cansada que acabei adormecendo. Não tenho ninguém que cuide de mim, quem cuidava de mim era minha mãe. Não aceito a morte dela até hoje.”*

Outros importantes resultados obtidos por meio da imaginação dirigida, foram de dois participantes que mencionaram escoriar-se para mostrar ao outro como se sente. A participante 7 disse: *“Quando eu coço é como se eu mostrasse que eu não quero. Quando meu marido se aproxima, eu me coço. Eu sinto raiva quando ele encosta em mim. Raiva por tudo o que ele não me deixou viver. Eu não estudei, não posso ter amigos, não posso nada.”* Já o participante 5, disse querer chamar a atenção da mãe: *“Sinto como se quisesse mostrar para as pessoas como eu me sinto por dentro: machucado, principalmente para minha mãe.”*

Como pontua Ramos (2006), toda doença pode ser considerada como uma transdução dos fenômenos no eixo psicossomático. De forma clara, pode-se perceber que a técnica de imaginação dirigida permitiu que os participantes tivessem maior contato com o sintoma e possibilitou um aprofundamento, uma maior mobilização na transdução deste conforme comentários de nove participantes (P3, P5, P7, P10, P11, P12, P17, P19, P20).

Em outras palavras, os participantes conseguiram se conscientizar da associação do sintoma a um evento traumático e de verbalizá-la. Esse fenômeno é a manifestação do sofrimento somático associado a um sofrimento emocional, como nos exemplos a seguir:

A participante 3 explicou o que sente ao escoriar-se e, depois da técnica, relatou um evento traumático: *“Eu fico mais calma quando fico mordendo. Eu esqueço dos meus problemas quando cutuco.”*

Ao sair do estado de relaxamento, a participante chorou e contou que havia perdido um irmão: *“Fazem doze anos, mas ainda penso nisso. Ele morreu num acidente de carro com vinte e oito anos (...) o caixão foi lacrado. Sempre que penso nele, eu choro e fico mordendo.”*

Pode-se perceber que o sintoma da participante foi transduzido por meio da técnica de imaginação dirigida. Quando foi investigada a dor, o sentimento subentendido no ato de escoriar-se veio à tona, fazendo com que a participante conseguisse dar palavras ao sofrimento do qual queria se livrar.

Durante a técnica, a participante 10 contou o quanto se sentia solitária em sua infância e que, nos dias atuais, quando sente o mesmo vazio, recorre a um comportamento antigo de escoriação: *“Eu arranco porque é como se aquele sintoma fosse desaparecer. Quando criança, queria arrancar a solidão, o vazio. Acho que por isto que me coço desde a infância. Todas as vezes que me sinto assim agora, fico quieta no meu canto, não demonstro como estou triste, mas só Deus sabe.”*

Novamente a idéia de tentar “tirar” certos pensamentos e arrancar de si algo que incomoda profundamente aparece no discurso da participante 11, durante a aplicação da técnica: *“Sinto como se estivesse coçando algo que eu quero resolver e não consigo. Quero me livrar da responsabilidade de cuidar de um doente (ex marido). Eu vou pela minha filha, mas isto está me fazendo mal (...) Eu queria estar fazendo as minhas coisas (...) Eu também sinto muito falta da minha filha que faleceu, metade de mim foi embora. E perder meus pais também não foi nada fácil pra mim.”*

A participante 17 também conseguiu fazer associações relativas aos motivos do comportamento de escoriar-se: *“Eu sinto um pouco de culpa por fazer tudo errado para mim e para os outros. Todos falam que eu faço errado. Eu me sinto mal ao ouvir isso. Por esta razão, eu coço, na hora de descontar a raiva que estou sentindo naquele momento. Passa um filme de raiva na minha cabeça, raiva da minha mãe.”*

A explicação da participante 19 ao ato de escoriar-se foi de que deve ser a parte do corpo de que se pode acariciar alguém. Cabe dizer que ela tem escoriações por todo o corpo. Em estado de relaxamento, comentou: *“Talvez por ser a parte em que você pode acariciar alguém, carinho. Sei lá, é uma lembrança dos meus filhos no colo comigo, seguros, amamentando. Pode estar abraçando*

alguém querido” (a participante colocou as mãos no braço e os segurou como se estivesse com um bebê no colo).

Outro participante que conseguiu fazer associação do seu ato a um evento traumático foi o participante 20: *“Eu queria muito jogar bola, e meu pai não deixava. Era chamado para teste e ele não deixava eu ir. Minha madrinha doente pediu para meu pai e eu fui. Agora me lembro! Comecei a coçar o meu queixo por conta de uma cicatriz. Um dia, quando ainda era criança, estava brincando numa calçada, e meu pai disse que se eu caísse ... avisou que ia dar merda. E eu caí, tentei disfarçar e esconder mas não teve jeito. Precisei ir ao hospital e ele brigou comigo. Agora, todas as vezes em que estou pensando, preocupado ou inseguro, eu fico cutucando o meu queixo.”*

A última manifestação que será apresentada neste tópico e à qual cabe maior atenção foi a da participante 12. Por uma única vez, durante a aplicação da técnica, foi necessária a intervenção da pesquisadora, no sentido de amenizar psicologicamente o sofrimento. Durante a imaginação dirigida, conforme direcionamento da pesquisadora, ela tinha expressões de repulsa, ao imaginar as áreas escoriadas. *“Eu me sinto uma mulher feia (chora). Eu queria ser uma mulher feia para o meu padrasto, para ele não me enxergar, para eu não existir para ele. Ele é nojento (participante esticou as pernas e encostou as costas na poltrona, como se estivesse reagindo ao toque). Ele dizia que ninguém ia ficar comigo, só ele, só ele ia me tocar. Será que ele fez alguma coisa pra ninguém gostar de mim?”* (choro mais forte).

Novas orientações foram dadas, como a de P12 colocar em uma caixa todo o seu sofrimento, os momentos em que se sentiu observada e todas as tentativas de toque do padrasto. A participante chorou e tinha expressões de nojo e grande repulsa. Em seguida, foi-lhe orientado que fechasse a caixa, com uma fita muito forte, e depois que batesse na caixa com toda a força de seu pensamento, até desconfigurá-la. Conforme a participante foi-se acalmando, a pesquisadora continuou dizendo-lhe que poderia se imaginar próxima a uma cachoeira muito bonita e de forte correnteza, na qual jogaria todo o conteúdo ruim da caixa: peso, raiva, angústia, asco, nojo, baixa autoestima e sofrimento. Foi pedido também que a participante lavasse as mãos e o rosto no rio dessa cachoeira, e, nesse momento, P12 parou de chorar. A seguir, foi orientada a se imaginar caminhando pela floresta e, ao final do caminho, a se mirar num espelho e a ver seu reflexo: linda, corpo lindo, cabelo lindo, rosto perfeito e com grande amor por si mesma. A pesquisadora ainda pediu à participante que agradecesse ao espelho por lhe mostrar quem ela era de verdade.

Ao voltar do estado de relaxamento, P12 estava calma e disse ter adorado tudo o que foi feito: *“Foi muito bom, consegui visualizar tudo.”*

Em síntese, pode-se constatar que o corpo manifestou ser um grande porta-voz de um sofrimento psíquico. Por meio da técnica da imaginação dirigida, a maioria das manifestações dos participantes foi de muito sofrimento e dor, sendo que o ato de escoriar-se parece estar intimamente relacionado a questões traumáticas não elaboradas psicologicamente por esses sujeitos. Os temas que emergiram durante a aplicação da técnica e que merecem ser ressaltados foram luto familiar, abuso sexual, negligência parental, abandono materno, solidão na infância, repressão e agressão familiar. Tais situações trouxeram à tona sentimentos como angústia, insegurança, rejeição, raiva, baixa autoestima e carência afetiva.

Com todas essas manifestações expressas durante e após a aplicação da técnica, pode-se perceber que a imaginação dirigida teve uma grande importância como instrumento desta investigação. Essa técnica possibilitou que os indivíduos transduzissem, entrando em contato com um sofrimento emocional relacionado ao sintoma, ou seja, trazendo a nível consciente os conteúdos manifestados no plano físico.

Além disso, confirmou-se a hipótese de que a escoriação psicogênica está associada a um evento traumático: o ato de coçar é uma tentativa inconsciente de se livrar de um sofrimento emocional não elaborado, ou seja, é um ato com significado e não apenas uma compulsão. Em outras palavras, o significado psicodinâmico, por estar inconsciente, apareceu como comportamento compulsivo para esses indivíduos.

No último tópico deste capítulo, serão apresentados os resultados dos desenhos temáticos solicitados após a técnica de imaginação dirigida. Tais desenhos referem-se às percepções, imaginações e sentimentos advindos dessa vivência.

7.6 Desenhos temáticos

Neste tópico, será apresentada a descrição dos desenhos temáticos mais relevantes dos participantes assim como os comentários destes sobre o que desenharam. Para melhor entendimento, os desenhos apresentam-se em anexo 7.

Durante a técnica anterior, muitas emoções vieram à tona e com ela choros, eventos traumáticos e imagens sincronísticas ao evento de se coçar. O último pedido da pesquisadora, que

foi o do desenho temático, possibilitou maior amplitude na explicação desses fatos, o que contribuiu e fechou a investigação proposta de forma satisfatória. Houve apenas um participante que se recusou a fazer o desenho temático (P15).

A teoria analítica esclarece que os complexos, tanto positivos quanto negativos, surgem do inconsciente e manifestam-se, muitas vezes, nos desenhos. Por meio destes, aproximamo-nos do uso dos símbolos como agentes de cura, os quais fazem parte, tanto somática quanto psicologicamente, do desenvolvimento do que Jung define como “processo de individuação”. Essa manifestação de conteúdos traumáticos vivenciados pelos participantes, durante a técnica de imaginação dirigida, puderam ser clarificados nos seus desenhos, e nestes também puderam ser manifestados seus complexos.

Jung entendia que o conhecimento das imagens possibilitava uma melhor compreensão do psiquismo humano, no entanto enfatizava a impossibilidade de compreender o símbolo em sua totalidade. Portanto, a presente análise oferecerá algumas observações diante das infinitas possibilidades interpretativas, já que os desenhos não expressam apenas conteúdos conscientes mas também inconscientes. Cabe ressaltar que, em alguns momentos, os desenhos foram confrontados com os discursos dos participantes, a fim de ser possível se obter uma melhor percepção do fenômeno pesquisado.

Em comum, os temas ressaltados nos desenhos foram complexo materno (luto, negligência ou abandono), luto familiar, violência doméstica, frustração, tristeza e isolamento.

Cinco participantes (P1, P3, P14, P17 e P18) escreveram nos desenhos. Furth (2006) afirma que é necessário dar atenção especial à presença de palavras nos desenhos, uma vez que tal presença pode estar demonstrando o temor da pessoa de que seu desenho seja mal interpretado; ela faz uso das palavras como meio de esclarecer qualquer dúvida acerca do material projetado.

O participante 1 representou suas palavras dentro de um coração, trazendo menção à simbolização do amor. A participante 3 apenas escreveu a frase: “Meu irmão faz muita falta. Quando eu penso nele, eu choro e fico triste”. A participante 14 apenas escreveu: “alivi, aligria, bestar, bodade.”

A primeira impressão causada pelo desenho da participante 17 foi de frustração e sofrimento. Ela mesclou seu desenho com uma frase: “tudo errado ... faz de novo ” e identificou as figuras, por escrito, como “mãe” e “eu”. A mãe é desenhada à esquerda, acima da participante, com a mão esquerda em movimento, sugerindo que está apontando para a filha.

Em seu comentário, P18 disse que representou tudo o que sente dentro de um coração partido, dividindo os sentimentos bons e os sentimentos ruins. Conforme Furth (2006), o vermelho do coração revela uma questão de grande importância vital, e o preto simboliza o negativo, proteção de pensamentos “negros”, uma ameaça ou medo.

De acordo com Furth (2006), o que é representado ao centro do desenho pode sugerir o núcleo do problema ou o que é mais representativo para quem o desenhou. Os participantes 2 e 10 manifestaram esse aspecto de forma a chamar a atenção pois respectivamente traçou-se uma nuvem e, no outro desenho, havia um vazio, muito maior que o desenhado. Ao analisar o desenho da participante 10, pode-se relacioná-lo à explicação dada por ela própria: “Sou eu sozinha, chorando e está noite. Eu conversando, um modo de chegar a Deus todos os meus pensamentos (choro).”

Temas como isolamento, fragilidade, tristeza e saudade se fizeram presentes nos participantes 1, 4, 7, 10, 13 e 18.

A agressão familiar como evento traumático foi retratado de forma dolorosa pela participante 6. Ela desenhou exatamente a situação que viu durante a técnica de imaginação dirigida, em que defendeu seu irmão mais novo dos ataques agressivos e sem justificativa do pai: uma criança sentada (bem pequena em relação ao desenho todo), mãos omitidas e sem pés. De acordo com Furth (2006), a proporção dos objetos e das pessoas, em um desenho, é importante, e, no caso, parece retratar a fragilidade da criança. A figura do pai, ao centro do desenho, indica ser o núcleo do problema: um pau desenhado na mão deste representa extensão, significando que a pessoa tem maior controle sobre o ambiente. O fato de o pai ser desenhado sem boca provavelmente traduz a falta de diálogo dessa figura com a família.

A figura feminina está com os olhos arregalados, ou seja, assustada com a cena; embora as mãos estejam escondidas, os pés estão voltados para a criança, parecendo querer protegê-la das agressões do pai. Situação traumática e de profundo sofrimento.

Ainda relativamente ao sentimento de frustração pela falta de proteção na infância, a participante 17 manifestou o quanto sua mãe reprovava tudo o que ela fazia. Conforme suas palavras, “desenhei minha mãe falando que eu faço tudo errado, para eu fazer tudo de novo.”

A participante 19 disse ter desenhado a família que sempre quis ter, mas que nunca conseguiu. Foi abandonada pela mãe biológica, cuidada por uma mãe adotiva (não muito afetuosa) e mantém atualmente um relacionamento conjugal conturbado, além de ter problemas

com o filho mais velho. O desenho mostra uma família em que os integrantes têm um coração no peito, como se fosse o tórax. A mãe de P19 é a única desenhada dentro da casa, separada dos outros membros da família. Em sua entrevista, relatou que seu marido e sua mãe não conversam entre si há anos.

A participante 12, que precisou de intervenção psicológica na técnica da imaginação dirigida, anteriormente descrita, retratou em seu desenho exatamente o que havia sido conduzido pela pesquisadora nessa técnica: sua imagem próxima ao rio e, no final dele, a caixa com todo o seu sofrimento.

O fenômeno da transdução também foi manifestada pelos participantes durante o pedido do desenho final. Três participantes (P3, P5 e P20) relacionaram seu sintoma a um trauma anterior, representado no desenho.

A participante 3 ficou bastante emocionada, após a solicitação do desenho. Chorando, disse que, doze anos antes, um irmão havia falecido em acidente de carro. Sempre pensa no fato e, quando os pensamentos traumáticos vêm à sua mente, pelo fato de não o ter superado, começa a escoriar-se.

O desenho do participante 5, caracterizando ele mesmo olhando-se ao espelho e vendo refletida a figura dos próprios pais, corrobora seus comentários, durante a técnica de imaginação dirigida: “ ... julguei as pessoas como culpadas de muita coisa e hoje é como se quisesse mostrar isto. Me sinto culpado por agir como elas, eu não queria ser igual, mas acabei sendo.”

De acordo com Furth (2006), quando o desenho apresenta algo encapsulado (espelho com pessoas dentro), significa prisão, necessidade de desenhar limites específicos ao redor de si mesmo, para se colocar do lado ou longe dos outros.

O mesmo participante tem dificuldade de relacionamentos interpessoais, apresenta isolamento social, e, ao se olhar para o desenho, a primeira impressão que se tem é de tristeza e angústia. O laranja (contorno do espelho e única cor utilizada) significa ansiedade, em especial uma situação de vida ou morte (CAMPOS,1987).

Todos os comentários do participante 20 sobre seu desenho disseram respeito a seu relacionamento com o pai, na infância. Os dois coqueiros desenhados sugerem a representação dessa relação: o participante está deitado na rede (presa aos coqueiros bem altos), e observa-se seu corpo, devido à leve transparência dela. Pode-se entender essa transparência, de acordo com Furth (2006), como meio de enxergar algo através de uma barreira. Para melhor esclarecimento, o

participante mencionou uma situação na infância em que se sentiu inseguro para contar ao pai que tinha machucado seu queixo (precisou ir ao hospital), e o pai havia alertado firmemente de que, se continuasse pulando na calçada em construção, poderia se machucar. E hoje, todas as vezes em que se sente inseguro ou preocupado, sua área escoriada é o queixo.

Apenas dois participantes projetaram em seu desenho sentimentos bons: a participante 9 desenhou um anjo e explicou seu sentimento de liberdade desde que se separou do marido, e a 16 realizou seu desenho com bastante entusiasmo, relatando depois ter tido uma sensação muito boa durante a execução do mesmo. Seu intuito era desenhar alguém mergulhando em um lugar gostoso e desconhecido.

Para finalizar as observações e resultados relacionados aos desenhos temáticos, cabe ressaltar o desenho da participante 11, que apresentou uma figura feminina segurando um balão vermelho e explicou: “Este balão eu quero soltar e me livrar de tudo isto. O balão é o problema.”

Se pensarmos que todos os participantes, de alguma forma, manifestaram traumas não elaborados e um sintoma compulsivo de machucar-se, a pesquisadora acredita que as figuras desenhadas representam de alguma forma o sintoma a ser transduzido, a fim de esses sujeitos resignificarem e elaborarem todos esses traumas.

Os resultados obtidos por meio do desenho temático possibilitaram maior amplitude na compreensão das percepções e dos sentimentos emersos da técnica de imaginação dirigida, assim como maior possibilidade de expressão dos participantes.

Em síntese, os temas que afloraram dos desenhos foram negligência parental, luto familiar, abandono materno, abuso sexual, violência familiar, sentimento de frustração, vazio, culpa, angústia, insegurança, tristeza e isolamento. A necessidade de liberdade surgiu em dois desenhos. Dessa forma, a grande maioria retratou eventos traumáticos que desencadearam sua angústia e dor, questões psicológicas não elaboradas e possivelmente transduzidas como sintoma de escoriação psicogênica.

Sendo assim, fica evidente a necessidade de um tratamento psicológico para tais participantes, no intuito de desenvolver meios mais saudáveis para expressão de sentimentos, elaboração de conteúdos traumáticos e mais tranquilidade no nível de seus sentimentos. No próximo capítulo, serão abordadas as discussões dos resultados obtidos neste estudo.

8 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo destina-se aos resultados encontrados pela pesquisadora neste estudo e ao cruzamento destes com a teoria existente acerca do tema.

Ao estudar o sintoma de escoriação psicogênica, pôde-se constatar que todos os participantes assumiram agredir a própria pele, principalmente com as unhas, sendo esta informação essencial para o diagnóstico diferencial entre essa doença e a dermatite factícia. Confirmando a literatura médica na área, como Azulay et.al (2006), Sharma (2008) e Mutasim (2010), verificou-se prevalência de mulheres com diagnóstico de escoriação psicogênica, haja vista que somente três participantes da amostra eram homens.

Um grande número de pessoas manifestou ter realizado tratamento psiquiátrico ou estar em tratamento, o que corrobora Del Porto (1996), Mutasim (2010) e Ozden et.al. (2010) segundo os quais, em clínicas dermatológicas, aproximadamente um terço dos pacientes apresenta alguma forma de patologia psiquiátrica, como transtornos de ansiedade e humor, transtorno disfórmico corporal, uso de substâncias e transtorno do espectro obsessivo-compulsivo.

De acordo com as manifestações de cada participante deste estudo, pôde-se perceber a relação de conflitos psicológicos com o desenvolvimento dos sintomas, como também observado por Krishman & Koo (2005): estes estimam que 75% dos pacientes dermatológicos apresentam um componente psicológico associado às queixas de pele. Sendo assim, é possível que fatores psicológicos e psiquiátricos possam aumentar ou diminuir a sensação de prurido.

Tendo em vista a perspectiva holística proposta nesta pesquisa, tomando como base a psicossomática junguiana e analisando o indivíduo em sua totalidade psique-corpo, verificamos a conexão que pode ser estabelecida entre alterações psíquicas e ocorrências físicas. (KOO; LEBWOHL, 2001; JAFFERANY, 2007).

Na entrevista, os participantes declararam ocorrência de experiências de vida como desamparo, agressões físicas, negligência parental, luto familiar, abandono materno, abuso sexual, muitas das quais, evidenciadas como traumas emocionais, especialmente nas relações com as figuras parentais na infância. Os vínculos paternos ou maternos iniciais, tal como relatados pelos participantes desta amostra podem ser considerados potencialmente favorecedores de comportamentos agressivos e compulsivos, pelo ato de escoriar-se. Experiências familiares

geradoras de ansiedade, insegurança, frustração, raiva e depressão, parecem ter manifestado como padrões emocionais repetidos na vida adulta, especialmente nas relações conjugais, nas quais existem vivências afetivas similares.

Esses resultados são condizentes com Freitas (2011) e Alves et.al. (2009) em cujo estudo também foram detectados aspectos comuns entre os sujeitos, como traumas emocionais sofridos no decorrer do desenvolvimento infantil.

Steiner (2001) salienta que a pele é um órgão sensitivo de grande importância psicológica pelo contato que oferece entre os indivíduos, desde o nascimento e durante toda a sua vida. Nesse sentido, como demonstra o estudo em questão e também em concordância com Muller (2005), a pele é altamente sensível às emoções, independentemente de nossa consciência, ou seja, ela expressa os sentimentos mesmo quando não estamos cientes deles.

No estudo realizado por Ferrão, Ferrão e Cunha (1999) com estudantes de medicina, os resultados mostraram que apenas 10% dos entrevistados sentiam muito incômodo com a condição de escoriar-se, diferentemente do observado neste estudo, em que 78% dos participantes apresentaram grande sofrimento com seu ato, classificando-o como insuportável e 59% consideram seu sintoma como grave ou muito grave.

Os temas emergidos em comum pelos participantes em todas as técnicas aplicadas pela pesquisadora foram abandono materno, negligência parental, agressões familiares e abuso sexual. Como vimos, tais situações trouxeram à tona sentimentos como angústia, frustração, vazio, culpa, tristeza, insegurança, rejeição, raiva, baixa autoestima e carência afetiva.

De acordo com os resultados relatados, a grande maioria manifestou questões psicológicas não elaboradas e transduzidas ao sintoma de escoriação psicogênica.

Pudemos observar, pela técnica da imaginação dirigida, a possibilidade de promoção do mecanismo de transdução dos sintomas, isto é, ao dar uma imagem ao sintoma, os participantes associaram o mesmo a uma imagem e a um dinamismo psicológico possibilitando uma melhor compreensão de sua patologia.

“A teoria da transdução trata da conversão ou transformação da energia ou informação de uma forma para outra (...). Cada um desses sistemas tem seu código e a transmissão de informações entre os sistemas requer que algum tipo de transdutor possibilite a conversão de códigos de um sistema para outro.” (RAMOS, 2006, p.69).

Dentre todas as aplicações, certamente foi a da imaginação dirigida a que proporcionou maior ‘mergulho’ do participante na possibilidade de entrar em contato com seu ato de escoriar-se, de uma forma consciente. O relaxamento dos participantes e o foco da atenção à área escoriada promoveu maior percepção de seus sentimentos e possibilidade de aprofundamento nas questões psicológicas que permeiam o sintoma.

Winnicott (1983) salienta que, quando os cuidados ambientais maternos são inadequados, a mente, que em condições ideais está completamente integrada à experiência psicossomática, torna-se “uma coisa por si só.” O autor também explica que a relação do contato inicial com a mãe/ambiente, no contexto de uma relação tranquilizadora de apego, possibilita ao recém-nascido adquirir tanto a percepção de pele como superfície quanto à imagem do corpo e seus limites. Pode-se, portanto, hipotetizar que o déficit de afeto e a falta de amparo dos pais, a negligência e/ou o abandono materno pode ter levado à formação desse sintoma pelos participantes do estudo.

Assim como ressalta Montagu (1998), crianças que passaram por traumas no início de seu 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 há estresse. Levando em consideração o fator simbólico da pele, o comportamento de escoriar-se compulsivamente denota um sofrimento psíquico que une fatores conscientes e inconscientes na vida do paciente.

Nesse sentido, fica evidente a impossibilidade de fragmentar do ser humano e de cuidar somente de seu corpo ou de sua mente, porque um aspecto depende do outro, um influencia o outro o tempo todo, e ambos compõem uma unidade. Pois entendemos que toda doença é psicossomática, independentemente de sua causa (RAMOS, 2006).

A teoria analítica observa a mente pela sua capacidade de simbolizar, como um meio de codificação, processamento e transmissão de informação psique-soma (RAMOS, 2006). Jung nos aponta que, para a busca de entendimento de um símbolo, deve-se compreender o indivíduo que o gerou e não somente a investigação do símbolo em si, visto que este não oferece apenas uma única interpretação (JUNG, 2011). Logo, o símbolo, para Ramos (2006), é a chave da psicossomática, no sentido de que, por meio dele, podem ser atingidas as camadas mais profundas do inconsciente. Esse fenômeno se observou na mobilização pela técnica de imaginação dirigida e dos desenhos.

Os participantes mostraram traumas vivenciados na infância, muitos advindos da relação com a mãe, trazendo à tona complexos que necessitam ser assimilados pela consciência. Conforme Jung (2011, p.43), um complexo ativo nos coloca, por algum tempo, em um estado de “não liberdade”, de pensamentos obsessivos e ações compulsivas. A teoria analítica explica que o complexo não está sob o controle da vontade e, por essa razão, possui uma autonomia de se manifestar independentemente, até mesmo em oposição direta às tendências conscientes.

Os complexos exercem grande importância na vida das pessoas. Jung (2011, p.48 e 49) esclarece que “é dos complexos que depende o bem-estar ou a infelicidade de nossa vida pessoal.” Como nos exemplifica Hopcke (2012), ao associar o complexo a uma planta, “parte dela floresce acima do solo, na consciência, e parte dela se estende invisível por baixo do solo, onde está ancorada e se alimenta, fora da consciência.”

É possível que o comportamento compulsivo de escoriar-se seja sintoma de um complexo patológico. Dessa forma, somente um tratamento somático dificilmente irá levar à cura dos pacientes, pois somente uma polaridade do sintoma será tratada e não o paciente como um todo.

No próximo capítulo, serão expostas as considerações finais referentes às observações da pesquisadora quanto aos resultados apresentados.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou a observação de sentimentos e percepções advindos de participantes com escoriação psicogênica assim como das representações simbólicas desse sintoma.

No decorrer da aplicação dos instrumentos, esses participantes demonstraram muito sofrimento e grande carência afetiva, situações decorrentes principalmente da primeira infância.

Sentimentos de abandono, negligência e vazio vieram à tona por muitos participantes quando questionados a respeito de suas lembranças na infância. O complexo materno e paterno se fizeram presentes em vários discursos.

Ramos (2006) descreveu que vivências negativas em estágios pré-verbais podem gerar conflitos que, por sua vez, vêm manifestar-se na vida do indivíduo sob a forma de sintoma orgânico. Por terem ocorrido tão precocemente, são experiências arcaicas e inomináveis, as quais só têm como representação possível a forma corporal.

Durante a técnica de imaginação dirigida, a qual permitiu um maior aprofundamento das percepções advindas das feridas escoriadas, os participantes falaram de sua dor, conseguiram dar nome à raiz de seu sofrimento, ou seja, manifestaram em palavras um trauma psíquico que, embora escondido, guardado, estava vivo e com grande autonomia.

Os resultados da pesquisa também indicaram a grande dificuldade de conter o impulso no ato de escoriar-se e o quanto este gera incômodo para o portador do sintoma e para os familiares que com ele convive. Entretanto, pelos discursos e manifestações durante as técnicas, pôde-se perceber que não se trata somente de um sintoma compulsivo, mas de um ato permeado de grande sofrimento e angústia.

Situações de estresse e conflito foram pontuadas por todos os participantes como concomitantes ao aparecimento e ao agravamento dos sintomas.

A pesquisa demonstra uma grande dor psíquica real e que carece de maiores cuidados. Se essa dor psíquica não for elaborada e cuidada, poderá favorecer condições para maiores comprometimentos na vida emocional e na saúde do paciente.

Uma atuação multidisciplinar no tratamento do paciente se faz necessária, e, nesse sentido, a intervenção psicológica é de suma importância para a elaboração dos conteúdos

traumáticos, com o intuito de minimizar os comprometimentos psíquicos, favorecer um ambiente acolhedor e facilitador no processo de transdução e promoção de melhor qualidade de vida.

Esta pesquisa abre campo para outras indagações, como estas: as outras psicodermatoses também são desencadeadas e agravadas em situações de estresse? Os pacientes dermatológicos vivenciaram eventos traumáticos não elaborados em sua vida, como é o caso dos participantes com escoriação psicogênica?

É importante que os profissionais de saúde estejam atentos e com escuta cautelosa às queixas de seus pacientes, que busquem soluções em conjunto, em prol do bem-estar físico, psíquico e social desses seus pacientes. E estimamos que este trabalho promova maior conscientização dos profissionais de saúde e, também, que os pacientes portadores dos sintomas de escoriação psicogênica busquem um tratamento adequado para suas feridas: físicas e PSICOLÓGICAS.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4ªed. (DSM-IV). Washington DC, 1994.

ALMEIDA, L.H.H. **A psicologia junguiana e o corpo no processo de individuação**. In: Zimmermann, E. (org). *Corpo e Individuação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

ALMEIDA, V.L.P. **Movimento expressivo: a integração psicofísica através do movimento**. In: Zimmermann, E.(org). *Corpo e Individuação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

ALVES, C.J.M.; MARTELLI, A.C.C.; PRADO, R.B.R.; FONSECA, M.S. **Variabilidade de diagnósticos psicológicos frente à avaliação dermatológica da escoriação psicogênica**. An. Bras. Dermatol. 84(5), p.534-7, 2009.

ANZIEU, D. O. **Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

ARNOLD, L. M.; MUTASIM, D. F.; LAMERSON, C.L.; MORRIS, E. M. **Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation**. J Clin Psychiatric, 59: 509-514, 2008.

AZAMBUJA, R. D. **Dermatologia integrativa: a pele em novo contexto**. An. Bras. Dermatol., 75(4), p. 393-420, jul/ago, 2000.

AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R.; ESTELLITA-LINS, C. **Dermatologia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BUCK, J. N. **H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação** / John N. Buck; tradução de Renato Cury Tardivo; revisão de Iraí Cristina Boccato Alves. 1ed. São Paulo: Vetor, 2003.

CAMPOS, D. M. S. **O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade**. 17ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

CHREN, M.; ELIAS, P. M.; FEINGOLD, K. R.; GARG, A.; MATSUI, M. S.; MARENUS, K. D.; SANDS, L.P. **Psychological Stress Perturbs Epidermal Permeability Barrier Homeostasis: Implications for the Pathogenesis of Stress- Associated Skin Disorders**. Arch Dermatol, 2001; 137: 53-59.

DAMASIO, A. R. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. Trad. Dora Vicente e Georgina Segurado. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DEL PORTO, J.A. **Compulsões e impulsos: cleptomania, jogar compulsivo, compulsões sexuais**. In: MIGUEL, E. C. *Transtornos do Espectro Obsessivo Compulsivo – diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, p. 104-116.

DIAS, H. Z. J.; RUBIN; GAUER. **Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico**. Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Dec. 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652007000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 de Setembro de 2011.

DORNELLES, S.I.T.; DORNELLES, L.A. **Escoriações neuróticas**. In: WEBER, M. B.; FONTES NETO, T. L. Psicodermatologia. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

EHSANI, A.H.; TOOSI, S.; ARBABI, M. **Psycho-cutaneous disorders: an epidemiologic study**. Journal of the European Academy of Dermat. And Venereology. v.23, nº 8, 2009. p. 945-947.

FARAH, R.M. Introdução. In: Zimmermann, E.(org). **Corpo e Individuação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

FERRÃO, T.A., FERRÃO, T.A., CUNHA, D. **Dermatotilexomania em estudantes de medicina: um estudo piloto**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v.21, nº2, 1999. Disponível em: HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=scl_arttext&pid=S151644_4619990002000008&ing=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de Setembro de 2011.

FREITAS, D. E. P. **Escoriação psicogênica: aspectos psicológicos e fatores de personalidade**. 223 f. Dissertação de mestrado – Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Área de concentração: comportamento e saúde – Faculdade de Ciências. Bauru, 2011.

GUPTA, M.A.; GUPTA, A.K.; HABERMAN, H.F. **The self inflicted dermatoses: a critical review**. Gen. Hosp. Psychiatry, 1986. p. 45-52.

HOLUBAR, K. **Immunodeficiency and skin. Why Skin?** Current Problems of Dermatology, p. 298-301, 1989.

HOPKE, R.H. **Guia para a obra completa de C.G. Jung**; tradução de Edgar Orth e Reinaldo Orth. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

HUDSON, J.I., PHILIPS, K.A., POPE JR, H.G. **Body dysmorphie disorder: an obsessive – compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder or both?** J. Clin. Psychiatry, Suppl 4: 41-51, 1995.

JAFFERANY, M. **Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders**. J. Clin. Pssychiatry, 2007, p. 203-212.

JEFFERSON, J. W.; THOMPSON, T. D. **Rhinotillexomania: psychiatric disorder or habit?** J Clin Psychiatry; 56 (2): 56-59, 1995.

JUNG, C.G. **Aion: estudo sobre o simbolismo do si-mesmo**. O.C. v.9 (2). Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

_____. **A vida simbólica**. O.C. v.18 (1). Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

_____. **O desenvolvimento da personalidade**. O.C. v.17. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

_____. **Sincronicidade**. O.C. v.8 (3). Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

_____. **Tipos Psicológicos**. O.C. v.6 (1). Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

KIJNER, L. C.; SILVA, A. K. **A pele expressando o afeto: uma intervenção grupal com pacientes portadores de psicodermatoses**. Contextos Clínicos, 4 (1): 53-63, janeiro-junho, 2011. Disponível em: <http://www.contextosclinicos.unisinos.br/pdf/89.pdf>. Data de acesso: Set, 2011.

KOBLENZER, C. **Stress and the skin: significance of emotional factors in dermatology**. Stress Medicine, v. 4, p. 21-26, 1988.

KRISHMAN, A, KOO J. **Psyche, opioids, and itch: therapeutic consequences**. Dermatol Ther. Jul-Aug 2005; v. 18; n. 4, p. 314-22.

LEBWOHL, A.; KOO, J. **Psychodermatology: the mind and skin connection**. Rev. American Family Physician. V.64, nº11, 2001, p.1873-1878.

LISBOA, A.P.; TABORDA, M.L.; TEIXEIRA, K.A.M.; WEBER, M.B.; WELTER, E.Q. **Avaliação de qualidade de vida e do sofrimento psíquico de pacientes com diferentes dermatoses em um centro de referência em dermatologia no sul do país**. An. Bras. Dermatol., 85(1), p. 52-56, 2010.

MAIA, A. C. **Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia**. Revista de Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, vol.2, p. 207-225, 2002. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5826/1/EMOÇÕES%20E%20SISTEMA%20IMUNOLÓGICO.pdf>. Data de acesso: 20 de Set, 2011.

MCDOUGALL, J. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MELLO FILHO, J. **Concepção Psicossomática: visão atual**. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1988. p. 11- 45.

MELLO, M.A. **Velhice e espiritualidade na perspectiva da psicologia analítica**. Tese de doutorado – PUC/SP. São Paulo, 2012.

MISERY, L. **Escoriações Psicogênicas da pele: critérios diagnósticos, análise semiológica e quadros psiquiátricos**. Acta Derm Venereol, França, 2012. Disponível em: <http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&tl=pt&u=http%3A%2F%2Fwww.medicaljournals.se%2Ffacta%2Fcontent%2F%3Fdoi%3D10.2340%2F005555-1320%26preview%3D1&an%3D1&no=2>. Data de acesso: 1 de Março, 2012.

- MONTAGU, A. **Tocar o significado humano da pele**. São Paulo: Summus, 1998.
- MUSAPH, H. **Aggression and symptom formation in dermatology**. J Psychosom. Res. v.13, 1969. p.257-64.
- MUTASIM, D. F.; ADAMS B. B. **The psychiatric profile of patients with psychogenic excoriation**. J AM Acad Dermatol. 61: 611 – 613, 2009.
- MUTASIM, D. F. **Management of Patients with Psychogenic Excoriation**. Journal of Clinical Dermatology. Ohio, USA, Junho 2010.
- MULLER, M.C.; ANDRADE, T. M. R.; CASTRO, M.G. **Conceito mente e corpo através da história. Psicologia em estudo**. Maringá, v.11, nº1, p. 39-43, jan/abr, 2005.
- MULLER, M. C.; FLECK, P.; HOFFMAN, F. S.; ZOGBI, H. **A integração mente e corpo em psicodermatologia**. Rev. Psicologia, 7 (1): 51-60, 2005.
- MULLER, M. C. **Psicossomática: uma visão simbólica do vitiligo**. São Paulo: Vetor, 2005.
- MULLER, M.C.; RAMOS, D.G. **Psicodermatologia: uma interface entre psicologia e dermatologia**. Psicol. Cienc. Prof. Brasília, v.24, nº3, 2004.
Disponível em: [HTTP://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300010&Ing=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300010&Ing=pt&nrm=iso). Data de acesso: 20 de Set, 2011.
- NETO, S.C. Um corpo AD HOC. In: RAMIREZ, H. H. A.; ASSADI, T. C.; DUNKER, C.I. (orgs). **A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise**. São Paulo: Annablume, 2011.
- Ozden MG; Aydin F; Sentürk N. et al. **Narrow-band ultraviolet B as a potential alternative treatment for resistant psychogenic excoriation: an open-label study**. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2010; p. 26-162.
- PERES, R. S. **O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Data de acesso: 20 de Set., 2010.
- RAMOS, D. G. **A psique do corpo: uma compreensão simbólica do corpo**. 3.ed. São Paulo, Summus, 2006.
- SALLES, C.A.C. **Individuação: O homem e suas relações com o trabalho, o amor e o conhecimento**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- SAMPAIO, S. A. P; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.
- SCHEINFELD, N. S. **Neurotic Excoriations treatment & Management**. Department of Dermatology. New York, 2011. Acesso em 27 de Set, 2011.

SHENEFELT, P. D. **Using hypnosis to facilitate resolution of psychogenic excoriations in acne excoriée.** American Journal of Clinical Hypnosis. 239 – 245, Flórida, 2004.

SHARMA, H. **Psychogenic excoriation responding to fluoxetine: a case report.** J Indian Med Assoc. 106 (4): 245, 262, 2008.

SHINDO, M. **Escoriação neurótica: um estudo de caso.** Rev.Bras.Derm., 2007. p. 218-232.

SIGAREDDY, R.; MOIN, A.; SPURLOCK, L.; MERRITT-DAVIS, O.; UHDE, T. W. **Skin picking and sleep disturbance: relationship to anxiety and need for research.** *Depress anxiety*, v.18, nº4, 2003, p. 228-232.

SILVA, M. **Quem ama não adoce.** 39.ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2008.

SILVEIRA, N. **Jung, vida e obra.** São Paulo: Paz e Terra, 2000.

STEIN, D.J.; GARNER, J.P.; KEUTHEN, N.J.; FRANKLIN, M.E.; WALKUP, J.T. WOODS, D.W. **Tricotillomania, stereotypic movement disorder, and related disorders.** *Curr Psychiatry rep.*, v. 4, nº4, 2010, p. 301-302.

STEINER, D. **Problemas da pele.** São Paulo: Contexto, 2001.

TABORDA, M.L.; WEBER, M.B. **Saúde mental e qualidade de vida no paciente dermatológico.** In: WEBER, M. B.; FONTES NETO, T. L. *Psicodermatologia.* São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1983.

ANEXOS

Anexo 1

Formulário de Caracterização

Nome:

Sexo: ___ F ___ M Idade: ___ anos Renda Familiar: _____

Religião: _____ Praticante? ___ SIM ___ NÃO

Estado civil: ___ Solteiro ___ Casado ___ União estável ___ Divorciado ___ Viúvo

Filhos: ___ sim ___ não Quantos? _____

Escolaridade:

Profissão:

Ocupação atual:

Anexo 2

Entrevista Semiestruturada

Quem fez seu diagnóstico de escoriação psicogênica?

Já fez ou faz algum tratamento psiquiátrico? (Comorbidade)

___SIM ___NÃO - Qual? _____

Toma alguma medicação atualmente? ___ SIM ___ NÃO Qual? _____

Você já fez ou faz psicoterapia? ___ SIM ___ NÃO - Quanto tempo _____

À que você atribui o aparecimento de seu sintoma de escoriação psicogênica?

Você consegue identificar como estava sua vida quando iniciou com os sintomas?

Em que situações percebe que possui mais vontade/impulso de escoriar-se:

Consegue descrever como é o seu comportamento?

Em média, você costuma causar lesões à própria pele com que frequência durante a semana?

Quanto tempo por dia você se percebe escoriando sua pele?

- () Menos de dez minutos por dia
- () De dez minutos à meia hora por dia
- () De trinta minutos à uma hora por dia
- () De uma à duas horas por dia
- () Mais de duas horas por dia

Como percebe seu sintoma de escoriação psicogênica?

- () Muito grave
- () Grave
- () Moderada
- () Leve

Você costuma causar lesões em sua pele em público?

- () Sim () Não

Por quê? _____

Pensando em algum dia em que estava escoriando-se. Consegue descrever qual era o seu sentimento?
Qual o sentimento que consegue identificar após escoriar-se?

Classifique quanto ao incômodo que a escoriação psicogênica causa em você:

- Insuportável
- Muito incômodo
- Moderadamente, mas suportável
- Um pouco
- Nenhum

Classifique quanto ao incômodo que sua escoriação causa nas outras pessoas:

- Insuportável
- Muito incômodo
- Moderadamente, mas suportável
- Um pouco
- Nenhum

Em algum momento, você já fez algum esforço para conter sua necessidade de escoriar-se?

Sim Não E conseguiu? _____

Em sua visão, seu sintoma tem cura?

Sim Não Por que? _____

RELACIONAMENTO PARENTAL

Qual lembrança você tem de quem cuidava de você?

Como era sua relação com seus pais na infância?

Como é sua relação com eles atualmente?

Como é sua relação com sua família atual? (se for casado)

Anexo 3

Roteiro de Imaginação Dirigida

Sente-se numa posição confortável.

Feche os olhos e permita-se relaxar.

Solte os músculos da sua face.

Respire lenta e profundamente. Preste atenção na sua respiração e tente tirar qualquer pensamento que possa surgir neste momento.

A partir deste momento, tudo e qualquer ruído, barulho, música e até mesmo a minha voz só lhe ajudará a relaxar mais e mais.

Você poderá falar sem sair do estado de relaxamento. Sua língua está solta e seus lábios poderão se mexer.

Você está num ambiente seguro. Vamos para dentro de você agora.

Perceba todo seu corpo, desde sua cabeça até os seus pés (relaxamento de todas as partes do corpo).

Local da escoriação:

Preste atenção no local da coceira.

Sinta este local. Perceba o porquê você coça.

O que acontece com você quando sente vontade de coçar?

Sem abrir os olhos, o que você sentiu?

Veio alguma lembrança em sua mente?

Observação: A imaginação dirigida pretendeu investigar melhor os sentimentos que o participante trouxe ao focar sua atenção à área escoriada. Depois dessa vivência, a pessoa foi conduzida a voltar seu estado normal, ou seja, sair do estado de relaxamento.

Anexo 4

Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado participante,

Eu, Karina Castrezana Pinto Carlos, venho, por meio deste, solicitar a sua participação na minha pesquisa, que tem por título “As percepções, sentimentos e fantasias dos pacientes quanto a seus sintomas de escoriação psicogênica”, sob o enfoque da Psicossomática Junguiana.

Para a obtenção dos dados, serão utilizados os seguintes instrumentos:

- Formulário para caracterização do estudo;
- Escala de ansiedade do Inventário de Beck;
- Entrevista semi-estruturada;
- Desenho figura humana;
- Imaginação dirigida;
- Desenho da imaginação dirigida;

Cabe esclarecer que, como participante, você terá liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

Os dados desta pesquisa serão utilizados para a defesa de dissertação do Mestrado da pesquisadora, ressaltando que a identidade do participante será preservada.

INFORMAÇÕES DA PESQUISADORA:

Nome: Karina Castrezana
Endereço: Rua Agnello Marchi, 571. Bairro: Vila Oliveira
Mogi das Cruzes/SP – CEP: 08790-290
Telefone: (11)97133.9973

Eu, _____ portador (a) do RG _____, declaro estar ciente da minha participação na pesquisa com o título : “As percepções e fantasias dos pacientes quanto aos seus sintomas de escoriação psicogênica”. Dessa forma, autorizo a gravação dos relatos registrados pela minha pessoa, assim como a divulgação dos mesmos para fins de pesquisa e ensino.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Anexo 5

Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado participante,

Eu, Karina Castrezana Pinto Carlos, venho, por meio deste, solicitar a sua participação na minha pesquisa, que tem por título “As percepções, sentimentos e fantasias dos pacientes quanto a seus sintomas de escoriação psicogênica”, sob o enfoque da Psicossomática Junguiana.

Para a obtenção dos dados, serão utilizados os seguintes instrumentos:

- Formulário para caracterização do estudo;
- Escala de ansiedade do Inventário de Beck;

Cabe esclarecer que, como participante, você terá liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

Os dados desta pesquisa serão utilizados para a defesa de dissertação do Mestrado da pesquisadora, ressaltando que a identidade do participante será preservada.

INFORMAÇÕES DA PESQUISADORA:

Nome: Karina Castrezana
Endereço: Rua Agnello Marchi, 571. Bairro: Vila Oliveira
Mogi das Cruzes/SP – CEP: 08790-290
Telefone: (11)97133.9973

Eu, _____ portador (a) do RG _____, declaro estar ciente da minha participação na pesquisa com o título : “As percepções e fantasias dos pacientes quanto aos seus sintomas de escoriação psicogênica”. Dessa forma, autorizo a gravação dos relatos registrados pela minha pessoa, assim como a divulgação dos mesmos para fins de pesquisa e ensino.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Anexo 6

Respostas integrais dos participantes referentes ao relacionamento com os pais
--

Que lembrança você tem de quem cuidava de você?

Participante 1: *“Meu pai faleceu eu tinha 9 meses. Eu não “conheci” meu pai, eu acho que foi infarto e não sei nem como era a fisionomia dele, naquela época, não se tirava foto. Eles trabalhavam na roça e quando meu pai faleceu, minha mãe continuou por um tempo trabalhando lá, ela arrumava um paninho no chão com brinquedinhos e eu ficava perto dela enquanto ela trabalhava. Dizem, não sei se é verdade, que uma vez a onça quase me comeu no mato. São histórias legais, só não seria legal se a onça me comesse. Mas não aguentou, era muito pesado e viemos morar em Mogi. Quem cuidou de mim foi minha mãe, mas, nos momentos em que ela estava comigo. Minha mãe trabalhava de diarista, fazia serviço em São Paulo. Minha família é humilde, minha mãe sofreu muito para criar eu e minhas irmãs. Éramos oito irmãos, e, quando meu pai faleceu, ficamos em três menores. Hoje, minha mãe é falecida e sinto muita falta dela. Quando ela faleceu, cerca de 15 anos, meu patamar caiu. Eu cresci com minha mãe trabalhando, ela deixava tudo prontinho para mim em casa, eu me alimentava, ia e voltava para a escola, ficava brincando por ali. Tinha meus amigos da vila, brincava com os brinquedos deles porque eu não tinha brinquedo.”*

Participante 2: *“Lembro de cuidados da minha mãe: dar comida, banho. Tinha bastante carinho, ela era carinhosa.”*

Participante 3: *“Minha vida toda é complicada e bagunçada. Morávamos no sítio, e com 13 anos eu me casei. Com 15 anos tive meu primeiro filho, fiquei casada por 9 anos e não deu certo. Mas quem cuidou de mim foi minha mãe. Mas minha infância toda foi no sítio. Lá quase não saíamos, namorei 6 meses e casei. Casei porque eu achava que queria, ele tinha 18 anos. E deu trabalho, eu era menor...mas meus pais autorizaram.”*

Participante 4: *“Deus cuidou de mim. Minha mãe cuidava de mim, mas sofria muito com isso (chora). Porque quando eu nasci, eu sou a caçula das mulheres de 14 filhos. Tem mais um irmão mais novo que eu mas faleceu. Éramos sete homens e sete mulheres. E minha mãe casou com 12 anos, e a cada ano nascia um filho. Quando eu nasci, assim meu irmão mais velho conta, a parteira disse que eu era a mais branquinha, mais bonita que os outros, corada e meu pai estava perto. Na mente do meu pai, eu não era filha dele e aí começou a história. Meu pai não gostava de mim e fazia de tudo para eu não sobreviver. Passou a judiar da minha mãe e de mim. Isso foi até os meus seis anos de idade. Quando ele viu que eu fui crescendo, fui parecendo com os outros irmãos, ele fazendo comparação. Mas até aí, minha mãe e eu sofremos muito. E eu era um bichinho, sabe? Eu vivia escondida debaixo das coisas, se ele me visse já dava chute e jogava longe. Eu tinha medo dele. Quando eu completei 6 anos, ele faleceu. Mas eu não tenho lembrança nenhuma dele. A minha mãe cuidava de mim, mas ele não deixava colocar roupa, tudo que ela fizesse pra mim, ela estava protegendo o filho do outro na mente dele. Ele mandava meus irmãos ficarem me batendo. Naquele tempo não existia DNA, né? Eu sofri muito, quem contava isso era meu irmão mais velho. Eu lembro poucas coisas, quando ele viu que eu era parecida com meus irmãos, com a família dele, ele parou de judiar de mim, parou de bater. Minha mãe não falava nada, ela só chorava o tempo todo. Ela cuidava de mim escondida porque ela não podia levantar de noite pra cuidar de mim, se ficasse*

chorando lá ficava, ela não tinha como ajudar. Por isso que te digo, foi Deus que cuidou de mim. Naquela época deu sarampo, uma tosse comprida e deu em todos os meus irmãos. Os outros meu pai protegia, fazia tudo, e eu podia ficar no meio das vacas, dentro do chiqueiro e em mim não deu nada. Deu só nos outros que estava protegido, e pra ele, era morte. Quanto mais ele protegia meus irmãos, menos eu ficava doente.

Participante 5: *“Até uns três anos de idade, minha mãe e meu pai estavam presentes. Depois, minha mãe começou a viajar, e ficaram meu pai e avós paternos. Quando estava com oito anos, meus pais se separaram, fiquei um tempo na minha avó materna. Depois meu pai buscou eu e minha irmã para ficarmos com ele. Depois de um tempo, quando não aguentei mais, fiquei uns dois meses na casa da minha tia e depois fiquei indo da casa de uma avó pra casa da outra até meus dezesseis anos. Tinha uma casa da minha mãe e fui morar sozinho. Minha mãe estava em SP. Com dezessete anos eu fui fazer faculdade em São Caetano, por seis meses, e voltei para morar com meu pai por ordem da minha mãe, mas meu pai não queria que eu ficasse lá, então voltei a morar sozinho até os dezenove. No outro ano, eu vim para Mogi ficar com minha mãe e depois minha irmã também veio.”*

Participante 6: *“Nem queria lembrar da minha infância (chora). Minha mãe cuidava bem da gente, mas era tão difícil... Eu trabalhei desde pequena, eu cuidava dos meus irmãos. Tinha que cuidar, passava muita dificuldade. Somos em oito irmãos, e eu era a mais velha. Mais velha sempre tem que ajudar, né? Não tinha jeito. Os filhos dela foram nascendo e dando tudo para eu cuidar. Parece que eu me preocupava mais com eles do que minha própria mãe. Tinha tanto medo dos meus irmãos morrerem quando eram crianças, parece que minha mãe não estava nem aí. Morávamos em SP nessa época, e, quando minha mãe estava de dieta, ela ficava cega de tanta enxaqueca. Não conseguia fazer nada. Todos os filhos ela ficava assim. Quando minha irmã nasceu, eu que ajudava porque já estava com cinco anos. A vizinha foi me ensinando a lavar as fraldas da minha irmã. Uma outra vizinha sujou um tanque todinho com cocô da minha irmã. Essa vizinha que me ajudava, me defendeu e não deixou ter briga. Mudamos para roça em Santa Isabel e tiveram a terceira filha. Com onze anos fui embora pra Minas e lá nasceram os outros filhos. Eles nasciam e iam para minha mão. Quando meu pai bebia, eu tinha muito medo. Quando minha mãe teve uma das bebês, foi a primeira vez que enfrentei meu pai. Ela ficou quarenta dias internada no hospital. Ao chegar bêbado, ele olhou para meu irmão de três anos sentado na sala, olhou pra ele e falou “você está me tirando, moleque?” e pegou uma cinta para bater nele. Quando meu pai fez isso, eu entrei na frente, assim como minha mãe fazia. Ele parou, deixou quieto e passou.”*

Participante 7: *“Relacionamento era bom. Minha mãe sempre foi mais caladona, meu pai sempre foi mais bonzinho, de bom humor, até hoje. Acho que minha mãe não gostava da vida que ela levava, sabe? Casou muito novinha, você percebia que ela não gostava, mas não falava pra gente. O relacionamento deles parecia ser bom, depois acho que ela não aguentou mais e foi embora, nós ficamos com meu pai. O convívio com ele não foi difícil, mas tivemos que nos virar sozinhos em alguns momentos. Eu estava com dezessete anos quando ela foi embora. Sobrou meus irmãos pequenos para eu cuidar, o mais novo com dois anos me chamava de mãe. Tinha só outro irmão maior que eles, tinha quinze anos. Ela foi embora pra casa da mãe dela, depois não deu certo lá, e ela veio morar numa casa de família em SP. Nós morávamos em Mato Grosso do Sul. Ela está nessa casa até hoje, cuidou dos filhos dela e dos filhos dos filhos. Demorou muitos anos para eu ver minha mãe de novo. Depois de ter casado que a procurei de novo. Meu irmão tinha vinte anos quando foi vê-la de novo. Uns dezoito anos sem vê-la. Ela foi embora de um dia para o outro, não deixou carta...nada. Meu pai entrou em desespero, perdeu tudo por causa dela. Depois de alguns anos viemos para São Paulo. Eu fiquei perdida quando ela foi embora, perdida, cheia de irmão, não tinha experiência de nada, foi duro pra falar a verdade. Minha avó e tias paternas ajudaram bastante.”*

Participante 8: *“Minha mãe se preocupava com a gente. Ela tinha muito filho, dez filhos. Morávamos no Nordeste, era difícil mas não faltou nada. Não podíamos ter boneca bonita, mas minha mãe fazia umas de milho pra gente. Então pra gente, na época, aquilo era bom. Meu pai era muito bom para mim. Ele era meu espelho. Até hoje minha mãe reclama porque eu gostava mais do meu pai. Não era isso, mas meu pai tinha a cabeça mais aberta. Meu pai era um artesão, eu gostava de trabalhar com ele vendendo as coisas, fazendo bolsa, cinto, gostava de andar com ele. Sempre fui só eu agarrada com ele. Os outros nunca gostaram de seguir nada dele. Eu queria aquilo para mim, sabe? Eu queria ser uma pessoa querida e inteligente como meu pai era, uma pessoa conhecida. Meu pai era muito sociável, viajava, eu gostava disso e tenho muita coisa dele. Quando ele queria fazer algo, ele ia. Minha mãe, era naquela vidinha, não crescia, não fazia nada pra ela. Eu não aceitava aquilo, até hoje não aceito. Hoje minha mãe perdeu a visão, ela tem setenta e poucos anos, acho muito comodismo. As pessoas têm aquilo que plantam para ter. Minha mãe, por conta da diabete, ela perdeu a visão há cinco anos. Ela é incomodada, ela quer que as pessoas vivam para ela. Ela morava na minha casa, tinha visão, ela sabia onde era a pia, mas ela fica xingando, brigando, faz questão que a pessoa vá na pia buscar para ela. Eu digo pra ela não ser dependente de tudo, ela pode usar a mente dela. Ela quer sacrificar todo mundo ao redor dela porque perdeu a visão. Eu tento dizer isso pra ela, mas ela não aceita. Meu filho falou para trazê-la de volta para morar comigo mas eu não aguento. Ela está com minha irmã. A vida dela parou. Eu não concordo, não aceito isso.”*

Participante 9: *“Minha mãe, vou responder por mim e por todos. Minha mãe era nervosíssima, pense numa pessoa nervosa, muito rígida. Vou te dar um exemplo: treze irmãos, imagine morar no interior, muitos filhos, os maiores iam cuidando dos menores, aquela escadinha. Ela batia muito na gente, nossa! Mas isso não me incomodou em minha vida. Mas eu pensava: “jamais vou fazer isto com meus filhos”. Eu sou a quinta filha, sou gêmea. Até os catorze anos, ajudei a cuidar dos meus irmãos, depois vim para Mogi, eu era de Minas. Minha irmã casou, e eu vim junto para ajudar com os filhos dela e por aqui eu fiquei, estudei o primário, depois casei com vinte anos. Minha gêmea casou, mora em Minas, tem depressão fortíssima. Meu pai era muito melhor que a minha mãe, cada pessoa tem um jeito de se expressar, mas ele era mais carinhoso. Cheguei a apanhar algumas vezes, mas não liguei. Como ele falava demais, eu desafiava, passava da hora de bater. Sempre pensei assim. Minha mãe não era nada carinhosa. Não tenho raiva por ela por conta disso. A maioria das pessoas antigas passaram por situações iguais. Eram muitos filhos, as mulheres não trabalhavam.”*

Participante 10: *“Até os cinco anos, tinha minha mãe. Depois fiquei jogada nas mãos de tias, avós, de um lado para o outro. Minha mãe saiu de casa e não voltou mais. Filha dela eu sou a caçula, meu pai casou de novo. Não lembro nada da minha mãe. Me contam que meu pai era uma pessoa boa e que minha mãe saiu de casa por macumba. Ao brincar, ela furou o olho de uma menina vizinha e a mãe dela fez macumba pra minha mãe separar do meu pai, endoidou a cabeça e foi embora. Ela deixou eu com cinco e meu irmão com nove anos. Eu nunca perguntei para o meu pai por que ela foi embora. Quando ela foi, nós fizemos uma viagem para casa de uma tia, ela nos deixou lá e foi embora. Até meu pai me pegar de volta, nós ficamos com esta tia um ano e pouco, ela tinha uns dez filhos. Moramos com madrastra, avó...”*

Participante 11: *“Tinham muitos irmãos, quinze contando comigo. Sou a mais velha. Era bem cuidada pelo fato de ser a primeira, muito bajulada pelo pai. Na época, 68 anos atrás, meu relacionamento era bom. Eu não lembro bem, mas minha mãe ficava com os filhos, cuidando, ensinando, mulher não trabalhava naquela época.”*

Participante 12: *“Lembro que meu pai penteava muito meus cabelos, sempre tive cabelo muito grande, ele pagava meu cabeleireiro, sempre foi muito cuidadoso comigo. Minha mãe era*

mais reservada, nunca foi de dar muito carinho. Ela sente carinho, mas não sabe demonstrar. Ela sempre cuidou mais dos meus irmãos, sempre teve mais afeição com eles do que comigo.”

Participante 13: *“Quando eu era pequena, sempre fui muito ligada ao meu pai, até os quatro anos. Sempre chamei meus pais pelo nome, nunca fui de falar “Pai e Mãe”. E os chamei assim até os oito anos. Minha avó sempre ajudou bastante porque minha mãe era autônoma, precisava trabalhar, também tive babá. Mas, a maior parte do tempo foi minha avó, mãe (nos primeiros anos) e meu pai até meu irmão nascer, até os quatro anos. Meu avô, eu sempre fui o xodó dele.”*

Participante 14: *“Ela tinha cuidado para não ficarmos aos cuidados dos outros. Ela tinha medo de morrer, meu pai arrumar outra mulher e judiar de nós. Ela sempre dizia para nunca ir se alguém chamar. Os fazendeiros pedia nós, mas meu pai falava que nós 8 não éramos filhos de gato ou cachorro para dar (6 mulheres e 2 meninas). Fomos criadas com leite de cabrita, mingau grosso, meu pai vivia em cima de burro fazendo feira, e minha mãe cuidava da casa e da gente. O relacionamento deles não era bom. Quando ela saía para ganhar bebê, ela descobria que ele levava mulher para dentro de casa, e minha mãe queimava o colchão. Ele tinha amantes, era muito mulherengo, meus tios também. Mas era mais quando minha mãe estava de dieta na casa de meu avô. Ela continuava porque ela tinha que ficar casada, não tinha para onde ir, meu avô não deixava ela voltar. Fomos criadas neste sistema dos dois brigando, meu pai nos proibia de irmos na casa da minha avó, muita discussão, ele maltratava minha mãe, mas não batia. Minha mãe dizia que se ele batesse nela, ela o mataria. Tanto que meu pai dormia com o revólver embaixo do travesseiro, e minha mãe com punhal, fomos criados neste esquema de violência entre eles. Meu pai nos batia, deixava marcas com cordas de amarrar cabrito. Minha mãe reclamava, mas não adiantava. Batia na nossa cabeça que eu até via aqueles negócios estourando, sabe? Era um clima muito pesado.”*

Participante 15: *“Eu não lembro muita coisa. Eu nasci na Bahia, vim de lá com dois anos. Éramos em 6 irmãos.”*

Participante 16: *“Eu gostava mais de meu pai. A minha mãe não gostava de ter filha mulher porque disse que era inútil. Naquela época, se você tinha uma filha, você só tinha que arrumar um homem pra casar com ela e se livrar do problema. Ela não queria que eu estudasse, mas eu desobedecia, por isso que fui pra casa do meu padrinho. Eu e meu irmão andávamos muito para estudar, nem sei por que eu queria tanto. Fiquei apenas seis meses na casa dele e voltei para a casa dos meus pais. Talvez meu problema seja este. Eu casei com quinze anos em SP, e minha mãe nunca perguntou como era a minha vida, sabe? Eu acho que tinha que ter uma certa curiosidade. Eu conheci meu marido no casamento do irmão dele, nos encontramos quatro vezes, e depois de um tempo ele voltou com vestido e tudo pra me buscar e casar comigo. Eu gostei, ele fala que ele que me criou. Meu pai era o tipo que tinha que concordar com minha mãe, chorou na hora que eu saí, falou umas besteiras pro meu marido, de que tudo aquilo era meu, mas se ele fosse um cafajeste eu não teria direito a nada. Mas eu acho que meu pai tinha que ter dito isso antes, não quando estávamos saindo já.”*

Participante 17: *“Somos em sete filhas mulheres. Não lembro muito da minha infância. Foi normal, mas minha mãe sempre puxou o saco das duas mais velhas. Eu sempre fui excluída. Sempre tive raiva disso. Eu ficava bastante com o meu pai, ele era mais atencioso, mas nunca fui de conversar com nenhum dos dois. Sempre fiquei no meu canto.”*

Participante 18: *“Meus pais sempre foram muito bons, mas eles eram alcoolistas. Desde que eu me lembro por gente, lembro deles bebendo.”*

Participante 19: *“Minha madrinha de batismo. Porque ela me adotou quando eu estava com quatro meses. Minha mãe era muito jovem na época, não tinha estrutura familiar boa e que pudesse ajudá-la a cuidar de mim, era garota de programa e não tinha como cuidar nem dela. Ela tinha dezesseis anos, fugiu com catorze anos, não sabia quem era o pai dela e brigava muito com a*

mãe. Ela tentou me dar uma vida melhor do que foi a dela me deixando com minha madrinha e foi continuar a vida dela.”

Participante 20: *“Minha irmã, minha mãe e uma empregada. Lembro de carinho e cuidado.”*

Na infância, como era sua relação com seus pais?

Participante 1: *“Sempre que lembro da minha mãe eu choro. Até hoje ela é muito querida, ela foi tudo para mim. (Choro) Sinto muita falta dela, por isso que nem gosto de lembrar muito. Ela casou de novo quando eu tinha uns 9, 10 anos. Ela casou com um homem muito ruim e que judiava muito dela. Eu, para pedir socorro, eu gritava para o povo, mas, por morar muito perto das famílias, todos faziam de conta que não ouviam. Com 17 anos eu fui embora, eu não tinha força para brigar com ele porque ele batia em mim se falasse qualquer coisa. Quando saí de casa, falei para minha mãe que o dia que eu casasse ela ia morar comigo. Eu casei, e ela foi morar comigo. Minha mãe pediu para morar até o final da vida dela, e minha ex-esposa disse que poderia. Só que foi tudo ao contrário, minha ex-esposa traiu minha mãe, quando deu derrame nela, minha mulher mandou descartar ela. Isso foi o motivo da nossa separação. Minha mãe cuidou da minha filha para mim para minha mulher terminar o colegial. Fui recorrer às minhas irmãs, fiquei muito sentido com isso, e elas começaram a rejeitar. Na verdade, sempre fui para minha mãe o filho que levava ela pra onde ela quisesse. Eu sou um vira-lata da família, vou na casa de todas e um não vai na casa do outro. Minhas irmãs não têm conceito de família. Até que minha irmã Olívia ficou com minha mãe. Ela é muito humilde, boa e carinhosa. Ficou com minha mãe até o final da vida dela. Até antes da minha mãe falecer eu era muito feliz, hoje não sou tão feliz. Cheguei num ponto de eu querer ser mendigo na rua, sabe? Eu lembro até hoje, já passei Natal na praça por opção. Eu quase destruí tudo o que eu tinha, mas levantei e reconstruí tudo, graças a essa minha irmã também. Eu queria sumir, queria me matar, não tinha mais vida, mas não fiz porque achei que Deus não ia me perdoar. Eu me separei um mês depois da morte da minha mãe, eu avisei que ia separar depois da morte dela porque não queria dar desgosto para minha mãe. Ela não cumpriu com o que prometeu e me fez quebrar minha palavra com minha mãe.”*

Participante 2: *“Com minha mãe era uma relação boa, ela era carinhosa, mas eu sempre fui repulsa ao carinho. Então, eu não gostava muito. Acho que preciso tomar meu remédio, estou ficando ansiosa (retira da bolsa Rivotril gotas e ingere 5 gotas). Se você me perguntar por quê, eu não tenho a menor idéia. Tinha problemas com meu pai, mas não era algo insuportável. Na infância, meu pai era muito distante mas ao mesmo tempo presente. Estranho, né? Minha mãe cuidava mais e quando meu pai dava alguma ordem eu não aceitava, não me sentia na obrigação de obedecer, ele ficava muito nervoso e gerava uma discussão. Ele trabalhava muito, lembro dele mais no jantar, ele sempre comia na sala, então, lembro dele vendo TV, comendo. Me lembro de situações de mamadeira, eu odiava ficar só com o meu pai porque ele não sabia fazer minha mamadeira. Não é que não sabia, eu sabia a diferença da mamadeira do meu pai e da mamadeira da minha mãe, e era horrível o leite que meu pai fazia. Acho que ele não conseguia engrossar direito, era horrível. Então, quando tinha alguma situação em que minha mãe ia sair, eu achava muito ruim, não comia direito, mas eram poucas situações. Meu pai também não saía muito com a gente.”*

Participante 3: *“Normal. Minha mãe sempre cuidou da gente, ela nunca trabalhou. Meu pai trabalhava na roça, na época, era uma vida meio complicada. Meu pai nunca foi bravo pra mim, nem lembro de ter apanhado, casei cedo, acho que nem deu tempo. Minha mãe sempre teve muita paciência, tenho lembranças boas.”*

Participante 4: *“Meu pai nunca me deu carinho, nunca me pegou no colo. Eu lembro que ele chamava meus irmãos. Ele não me chamava pelo nome, ele me colocou um apelido. Ele pegava nossa mão e ficava comparando os traços. Tudo porque eu nasci com saúde e os outros nascia doente. Naquele tempo os pais eram muito ocupados, passavam falta das coisas, tinham que lutar muito, então nós não tivemos muito carinho deles. Pra minha mãe não tinha liberdade de contar as coisas, perguntar, naquela época era só no olhar, ficávamos mais distante.”*

Participante 5: *“Minha mãe não ficava em casa, mudou pra São Paulo quando eu era pequeno, então, não tinha muito contato com ela. Meu pai ficava, mas sempre bravo, não o via hora nenhuma de outro jeito. Tudo era motivo de dar bronca, bater e brigar. Nada podia. Então, nossa relação não era boa.”*

Participante 6: *“Eu tinha dó da minha mãe, às vezes sentia medo. Tinha muita insegurança de como minha mãe ia fazer com aquele monte de filho, mas parece que ela mesma não se preocupava com aquela situação. Com quinze anos, fui trabalhar em casa de família, morava lá e ia na casa da minha mãe a cada quinze dias. Eu ajudava financeiramente porque não tinha como não ajudar. Um dia, recebi uma carta de que meu irmão estava comprando uma casa para minha mãe e precisava de dinheiro. Eu não tinha, emprestei uma parte do meu avô e pedi para meu tio levar. Isto foi em Junho. Em Novembro, eu queria ir pra lá e meu avô deixou. Quando cheguei na porteira, veio uma irmã correndo e disse que meu pai tinha gasto todo dinheiro em pinga. Minha mãe disse que guardou o dinheiro e foi gastando. Era uma dívida que fiquei pagando muito tempo, fiquei revoltada, disse que poderia estar morrendo, mas não ia mandar. A partir daí, não mandei mais.”*

Participante 7: *“Minha mãe sempre foi caladona, depois acho que ela não aguentou mais e foi embora, nós ficamos com meu pai. O convívio com ele não foi difícil, mas tivemos que nos virar sozinhos em alguns momentos. Eu estava com dezessete anos quando ela foi embora. Sobrou meus irmãos pequenos para eu cuidar, o mais novo com dois anos me chamava de mãe. Demorou muitos anos para eu ver minha mãe de novo. Depois de ter casado que a procurei de novo. Uns dezoito anos sem vê-la. Ela foi embora de um dia para o outro, não deixou carta...nada. Meu pai entrou em desespero, perdeu tudo por causa dela. Eu fiquei perdida quando ela foi embora, perdida, cheia de irmão, não tinha experiência de nada, foi duro pra falar a verdade. Minha avó e tias paternas ajudaram bastante.”*

Participante 8: *“Minha mãe nunca foi carinhosa. Ela fazia bonequinhas, mas era mais assim “fiz a comida, coloquei aí”. Ela se preocupava em deixar minha janta, o que toda mãe faz. Mas meu pai era carinhoso, ele fazia a gente orar antes de comer, ele nos levava todos os domingos na missa. Quando saíamos da missa, íamos para o restaurante. Todo Domingo. (choro). Era muito bom, era diferente aquela comida, ele mandava a gente escolher e fazia uma mesa bem farta para todos que iam. Eu sempre ia. Se ele não pudesse, ele dava um jeito. Quando ele não tinha dinheiro, ele pedia fiado. Quando eu cresci, eu vi que aquilo era uma forma de agradar a gente, da maneira dele. Minha mãe nunca ia junto. Meu pai gostava muito de dançar, mas minha mãe nunca ia. Isso me irritava demais, eu acompanhava ele para as festas, ela não. Meu pai faleceu em 1993 por cirrose apática. Fez vários tratamentos, construí uma casa para ele no meu terreno. Ele ficou em casa com meus irmãos pequenos e minha mãe. Para mim, foi muito difícil de perdê-lo. Meu vínculo sempre foi com ele. Eu lembro na escola, tinha reunião e ela não ia. Meu pai que ia assinar tudo. Eu cheguei a fazer uma bagunça uma vez na sala, e mesmo assim ela não foi. Eu fui expulsa, fiquei uma semana suspensa, ia para casa das minhas amigas, e ela nunca foi atrás para ver onde eu estava indo.”*

Participante 9: *“Eu nem queria o carinho da minha mãe, a gente não podia dar um abraço nela, não podia se aproximar. Não sei o que ela já tinha passado na vida. De repente, ela passou por isso e continuou assim. Meu relacionamento com ela era de muito medo. Não tinha medo do*

meu pai, minha mãe desmaiava de nervoso. Lembro quando pequena, víamos estes desmaios e chamávamos o vizinho.”

Participante 10: “Eu era uma criança rebelde, revoltada da vida. Por que eu não tinha mãe se todos tinham? Eu não entendia isto. Eu cortava cabelo das vizinhas, vendia feijão do meu pai, coitadinho já pedi muita desculpa para ele. Eu fugi de casa com onze anos para trabalhar, passava um tempo fora de casa e voltava, fiz isto várias vezes. Meu relacionamento com meu pai era bom, tanto que sinto muita falta dele. Ele sempre foi trabalhador e dedicado à família. Eu tinha bom relacionamento com minha madrasta, gostava dela.”

Participante 11: “Eu casei com quinze anos. Não tenho o que reclamar dos meus pais até os quinze anos. Quando eu casei, eu via meu marido como se fosse meu pai. Eu tinha medo do meu marido como eu tinha do meu pai. Ele tinha somente sete anos a mais que eu. Eu o conheci numa viagem de trem, e meu pai disse que não podia ficar namorando porque ficava falada, eu casei sem saber o que estava fazendo. Fiquei trinta e três anos casada.”

Participante 12: “Eu chorava escondido no canto por perceber que minha mãe gostava mais dos meus irmãos. Eu lembro uma vez, ela levou comida no prato para todos eles na sala e disse que o meu estava em cima da mesa, eu me senti como uma pessoa que incomodasse ela, eu pedi para que ela pegasse para mim, mas ela disse que tinha pernas e poderia ir sozinha. Talvez, por meu pai perceber como minha mãe tratava diferente, ele cuidava mais de mim. Meus irmãos eram mais parecidos com ela, olhos escuros, e eu parecia uma boneca, loira, de olho azul, achava que ela não gostava de mim. Nunca sentei para conversar com ela. Quando eu fiquei menstruada, estava na escola, cheguei em casa e contei para minha mãe. A diretora disse que minha mãe me explicaria o que era, eu tinha doze anos e ela disse que era coisa que a vida ia me ensinar. Eu não sabia que lado era para colocar o absorvente, coloquei o lado da cola para cima. Eu nunca tive contato para conversar com minha mãe a respeito de namoro ou qualquer outra coisa. Quando eu tentava falar, ela desconversava e saía de perto.”

Participante 13: “Eu e minha mãe cantávamos música juntas, ela era carinhosa. Quando meu irmão nasceu, para minha mãe foi muito complicado. Eu sempre fui muito ciumenta e senti muito o fato de meu pai ter focado toda sua atenção no meu irmão. Eu queria uma menina, mas veio um menino e de olho claro. Eu tentei furar o olho do meu irmão quando eu era pequena. Fiz acho que por raiva, tinha quatro anos. Enfim, eu cheguei do colégio, abri o clips e fui tentar furar o olho dele, nisso minha avó chegou e me abordou. Eu fiquei por um ano acordando cedo e perguntando para minha mãe se o olho dele tinha mudado de cor. Meu olho mudou e minha mãe também achou que o olho dele iria mudar. As pessoas que iam visitar falavam muito do olho dele e percebi que não tinha mais brilho, era essa sensação que eu tinha. Minha mãe teve que redobrar o esforço, ser pai e mãe. E quando ela me levou no psicólogo, a primeira coisa que perguntei para ele era se ele tinha filhos e se tinham olhos claros. Eu não fui uma irmã boa, hoje somos bem ligados. Com meus doze anos, comecei a usar lente de contato clara. Quando comecei a perceber que deixava de gostar de mim sem a lente, eu vi que estava indo para um caminho ruim. O oftalmologista também brigou comigo porque usava demais. Foi quando parei.”

Participante 14: “Tinha muito medo do meu pai e da minha mãe, eu sentia amor e dó. Ela sofreu muito, ela tinha muito medo de morrer por conta da gente.”

Participante 15: “Meu pai era meio afastado, eu sinto que ele nunca ligou muito pra mim, sabe? (chora). Ele sempre foi mais ligado com a minha irmã mais velha. Quando estávamos maiores, ele arrumou outra pessoa e deixou minha mãe com a gente tudo pequeno. Ela teve que cuidar da gente sozinha. Eu tinha uns quatorze anos. Meu pai engravidou minha mãe e a outra mulher ao mesmo tempo. Foi esse meu irmão que morreu. Com a minha mãe sempre foi um bom

relacionamento. Ela nunca nos abandonou. Ela sempre trabalhou, só arrumou outra pessoa quando a última filha casou. Atualmente ela mora com meu irmão.“

Participante 16: *“Meu pai não batia, não brigava, eu gostava de sair com ele. Mas o jeito da minha mãe brigar eu achava fora do normal. Ela falava que não queria filha mulher, ela achava que o homem pode tudo e a mulher não. Eu queria ser diferente, por isso que eu queria estudar, eu e meu irmão que morava comigo, os dois rejeitados da casa. Quando eu casei, eu trouxe ele comigo. Meu pai tinha muito café, socávamos, íamos vender em outra cidadezinha e íamos comprar o que queríamos, ele comprava relógio, e eu comprava livros. Minha mãe não dava carinho pra gente, ela só ficava com o filho mais novo, e o meu pai com o outro. Sobrava eu e o João”*

Participante 17: *“Eles nunca foram de dar carinho. Eu também sou assim, não recebo e não sei dar.”*

Participante 18: *“Eu apanhava muito porque defendia meus irmãos e sempre apanhava deles. Eu nunca deixei a peteca cair, nunca fui mal-humorada, apesar de todos os problemas. Na adolescência, eu vivia marcada, minha mãe chegou a quebrar uma cadeirinha em cima de mim. Ficava toda marcada, como sou hoje por conta da minha filha (especial). Sentia muito medo deles, mas não tinha raiva, tinha dó da minha mãe por ser muito sofrida. Fiquei com raiva do meu pai judiar dela no fim da vida da minha mãe. Ele não aceitava que ela estava no fim da vida, brigava muito com ela, chegou a dar um tapa na cabeça dela uma semana antes dela morrer. Ele não aceitava este sofrimento repetitivo (olha, me dá vontade de coçar).”*

Cabe ressaltar que a participante em questão apresenta escoriações na cabeça.

Participante 19: *“Minha mãe adotiva sempre foi uma pessoa muito boa comigo. Mas eu sempre tive um vazio dentro de mim. Minha mãe de criação também perdeu os pais muito cedo, ela também não teve muito amor na vida dela. Ela não era de ficar abraçando, beijando, dizendo o que sentia por mim. Minha mãe biológica teve pouco contato quando pequena. Quando eu fiz três anos, ela veio me ver, e a mãe dela começou a fazer a cabeça para me levar embora. Minha mãe de criação não me deixou levar e eu também não queria. Falava para ela que não era minha mãe, que minha mãe era quem tinha me criado. Ela sumiu de novo e retornou quando eu tinha sete anos. Ela casou e tentou ter filhos, teve dois abortos naturais, e o último a impossibilitou de ter filhos. Visando isto e que o marido dela queria muito uma criança, ela tentou se aproximar de mim, e ele queria inclusive me registrar no nome dele, mas eu não quis. Sumiram de novo. Quando eu fiz quinze anos, ela retornou, eu tive uma festa simples em casa, ela veio, participou. Fiquei chateada porque ela prometeu para minha mãe que ajudaria com os custos e, na última hora, não ajudou. Ela foi embora de novo, ligava às vezes para saber como eu estava.”*

Participante 20: *“Minha relação com meus pais era de extremo respeito, educadores.”*

Como é sua relação com eles atualmente?

Participante 1: pais falecidos

Participante 2: pai falecido e bom relacionamento com a mãe

Participante 3: os pais moram no mesmo quintal. Por vezes, discute com o pai mas nada grave.

Participante 4: pais falecidos

Participante 5: relação distante com o pai. Mora com a mãe e buscam bom relacionamento. Paciente bastante dependente da figura materna e faz de tudo para chamar atenção da mesma.

Participante 6: *“Hoje, meu pai mudou. Ele é um amor de pessoa. Eu nunca deixei passar para eles meu sentimento. Agora é ao contrario, quem judia do meu pai é a minha mãe. Ele é outra pessoa. Meu pai cuida dela, ela é doente. Eu tento até esquecer de todos estes sentimentos do passado.”*

Participante 7: *“Nunca perguntei pra ela por que foi embora. Conversamos coisas do dia a dia, superficiais. Não sinto falta dela, não tenho vínculo com ela como tenho com minhas filhas. Meu pai conta que ela se envolveu com outra pessoa e foi embora.. Falo com meu pai todos os dias. Moramos no mesmo terreno”.*

Participante 8: relacionamento distante com a mãe e pai falecido

Participante 9: pais falecidos

Participante 10: *“Pedi para meu patrão fazer uma busca da minha mãe quando adulta. Ela estava em Olinda, e eu morava em Recife. Estava tão perto quando criança, agora estou longe. Com minha madrasta tenho bom relacionamento até hoje, ainda peço benção para ela.”*

Participante 11: pais falecidos

Participante 12: *“Meu pai faleceu como já contei, minha mãe cuida dos meus filhos para mim, hoje meu relacionamento com ela é bom. Mas não conversamos, eu chego em casa, parece que é cronometrado o horário para ela. O ônibus chega, e ela já está pronta para ir embora. Cuida muito bem dos meus filhos, mas quando chego sai correndo para ir embora.”*

Participante 13: *“Tenho bom relacionamento com meu pai, mas um pouco distante. Meus pais se separaram na minha adolescência, e minha mãe casou de novo. Gosto do meu padrasto, mas já tivemos muitos conflitos, ele já foi inclusive alcoolista.”*

Participante 14: pais falecidos

Participante 15: *“Com minha mãe é boa. Meu pai faleceu há um ano e pouco. Pedi perdão pra ele e o perdoei quando morreu, mas ele nunca foi presente na nossa vida”*

Participante 16: pais falecidos

Participante 17: *“Eu fico muito nervosa quando minha mãe chega em casa, tudo ela briga comigo. Com minhas duas irmãs é tudo diferente. Elas têm até um quarto só para elas, e o resto dorme tudo amontado. Minha mãe fala que vai deixar de pegar no meu pé o dia que for trabalhar registrada, mas também diz que não posso sair de perto porque posso passar mal. Uma vez, eu quase enfartei, o medico falou. Então, não sei me expressar muito para falar da minha casa e da minha familia, é isso.”*

Participante 18: pais falecidos

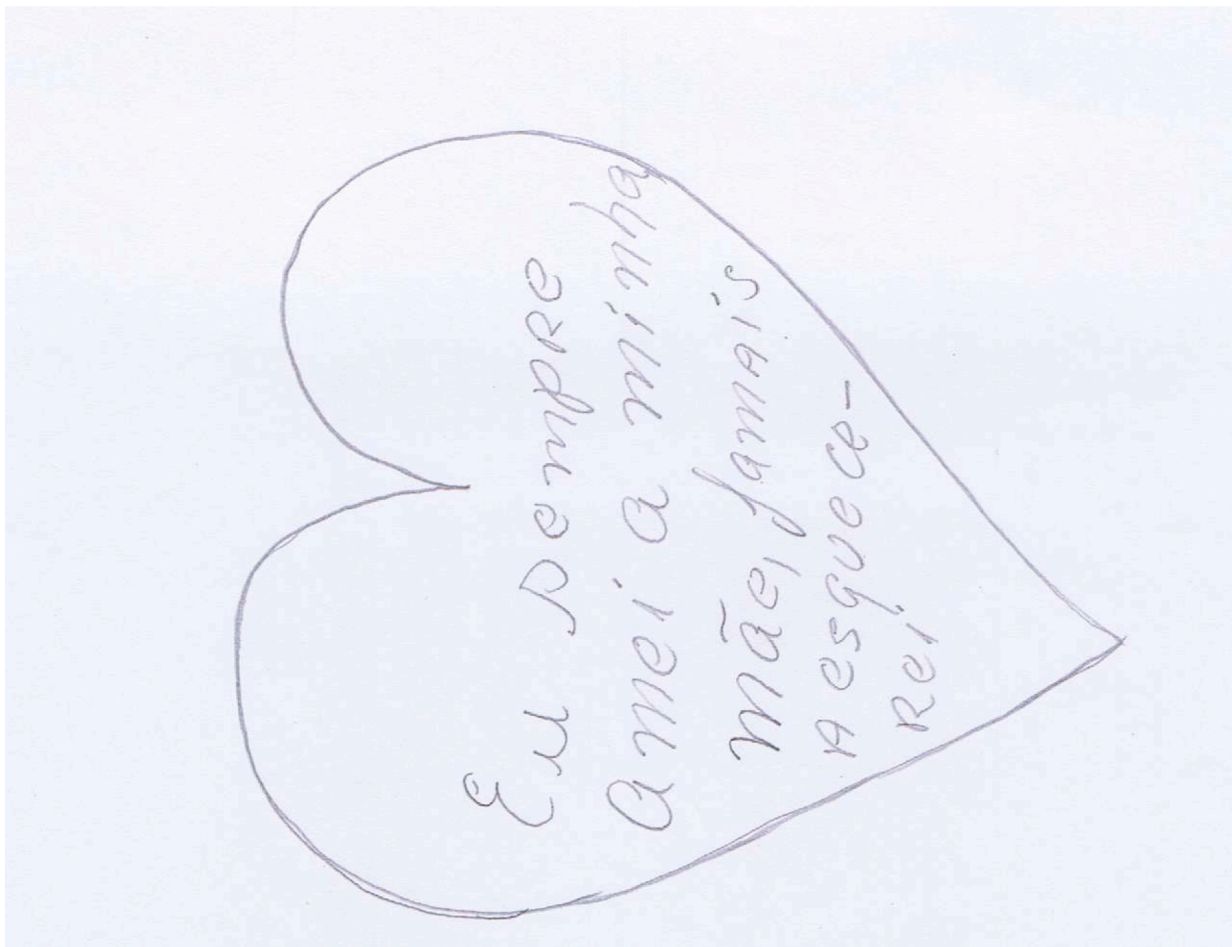
Participante 19: *“Tenho um vazio até hoje. Eu sei que ela me ama (mãe adotiva) e que ama meus filhos, mas ela nunca foi de demonstrar. Isto me fez falta na infância e me faz falta hoje. Minha mãe biológica já faleceu.”*

Participante 20: *“Tenho uma relação amigável com meus pais. Temos um bom relacionamento.”*

Anexo 7

Desenhos temáticos

Desenho - Participante 1



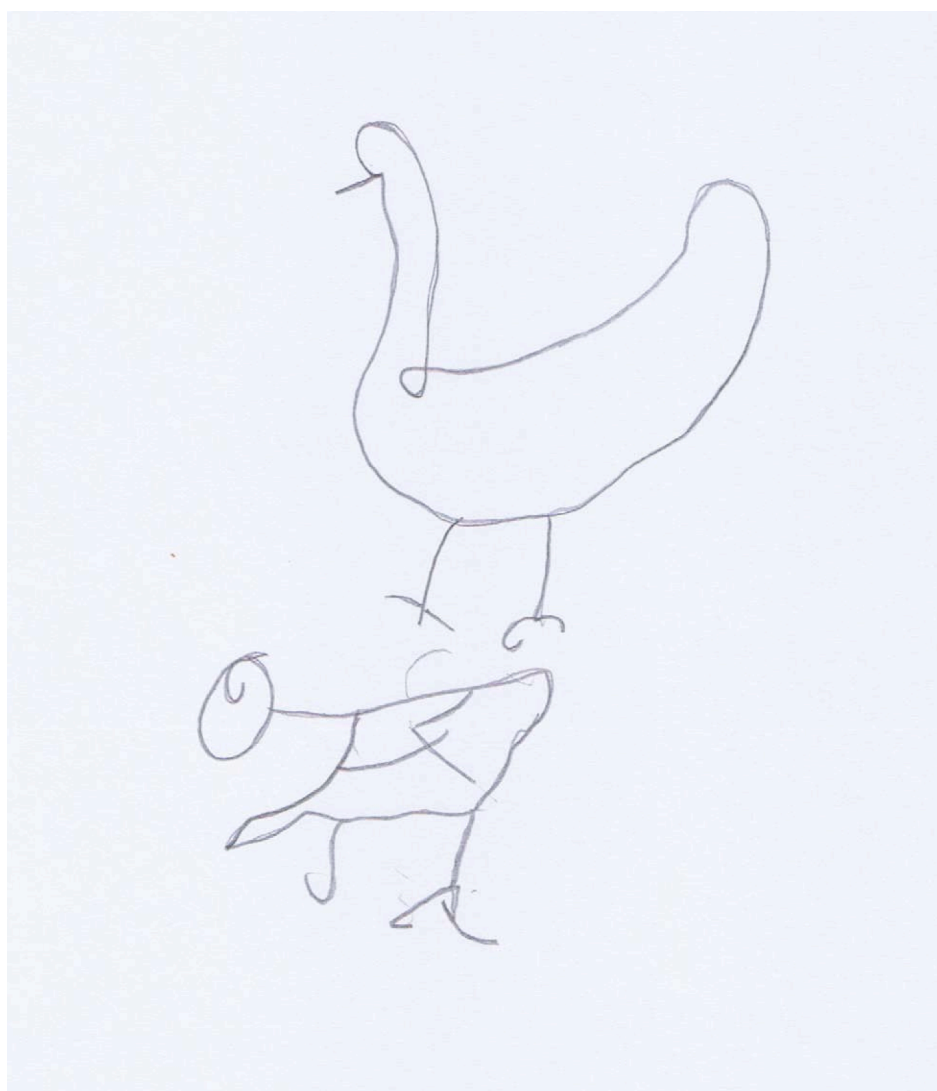
Desenho - Participante 2



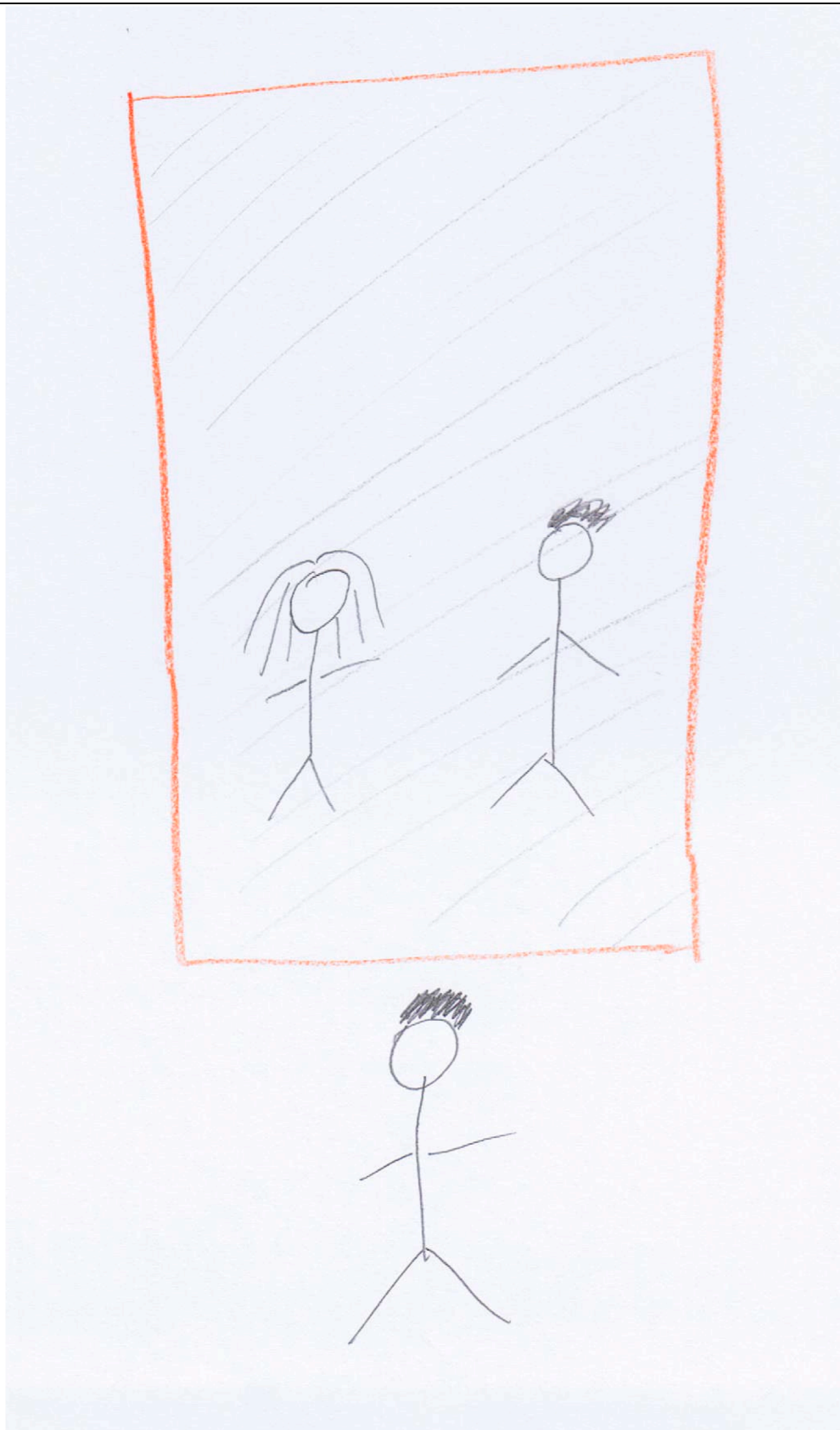
Desenho - Participante 3

meu irmão faz muita falta
quando penso nele eu choro muito
e fico triste

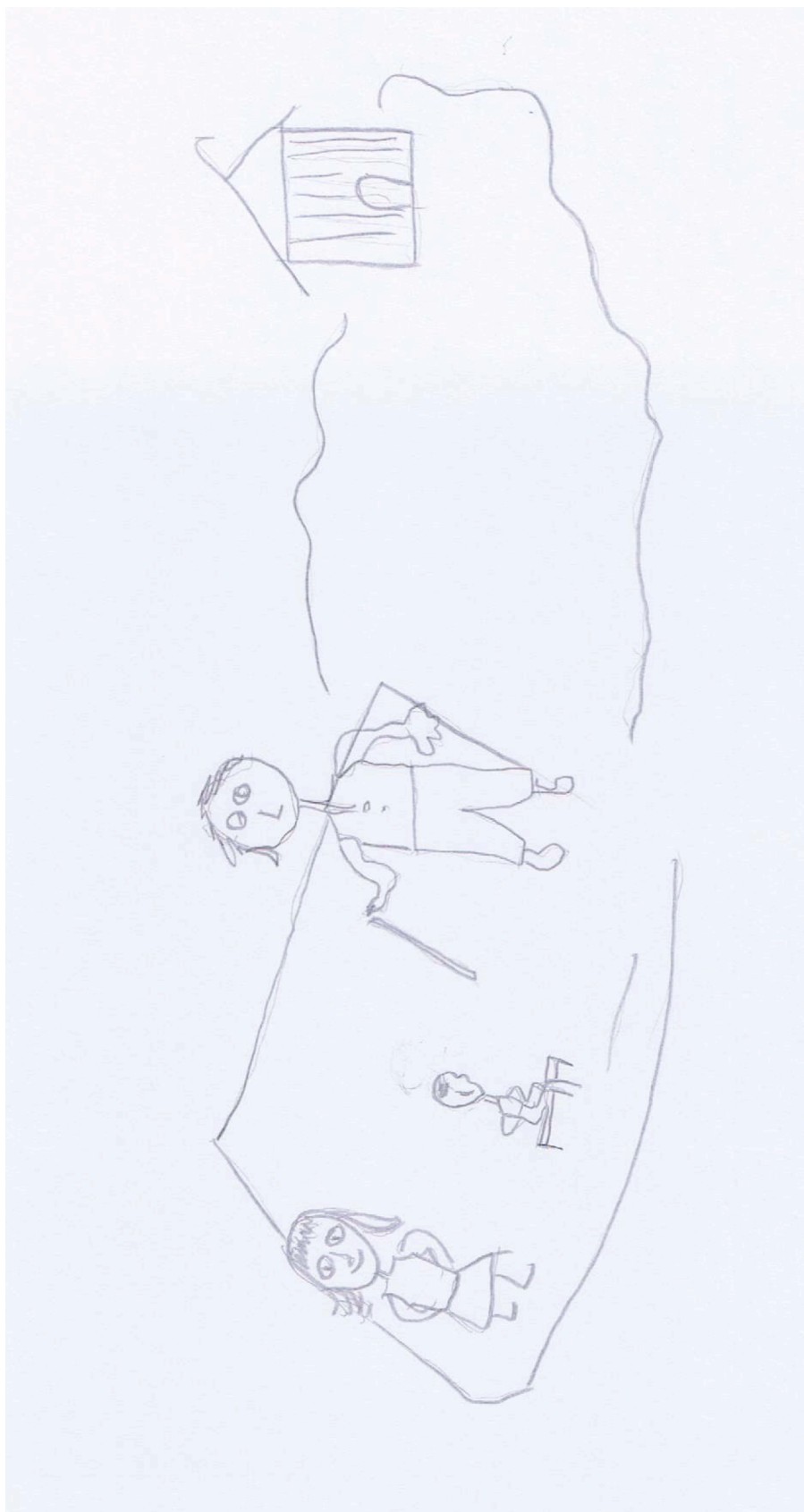
Desenho - Participante 4



Desenho - Participante 5



Desenho - Participante 6



Desenho - Participante 7



Desenho - Participante 8



Desenho - Participante 9



Desenho - Participante 10



Desenho - Participante 11



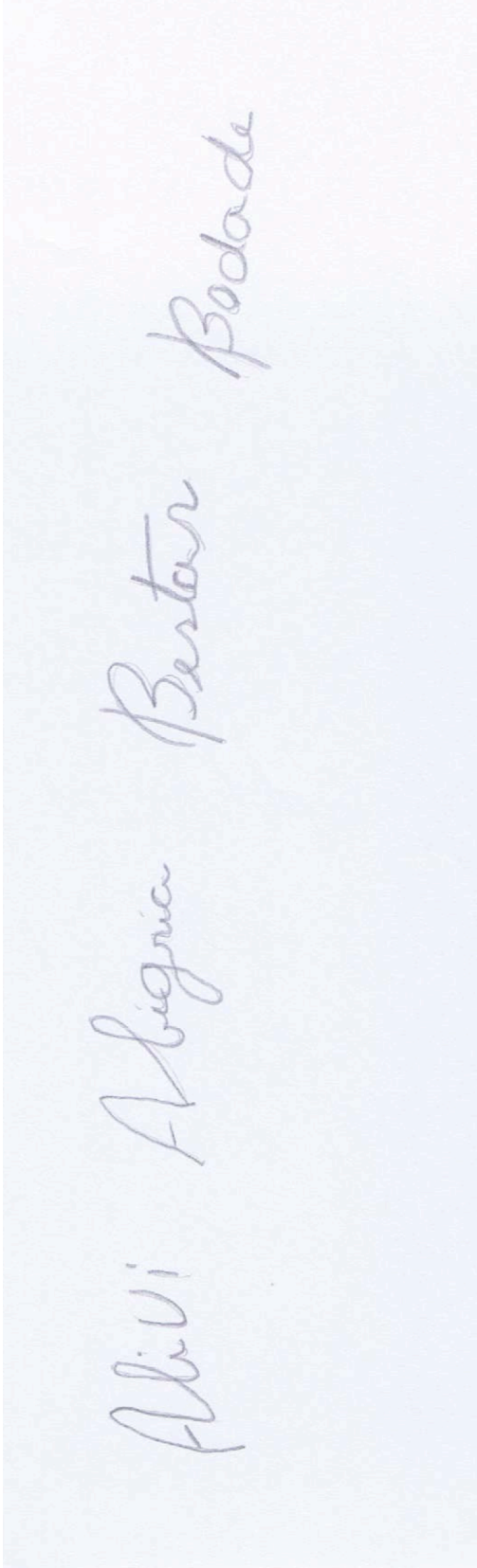
Desenho - Participante 12



Desenho - Participante 13

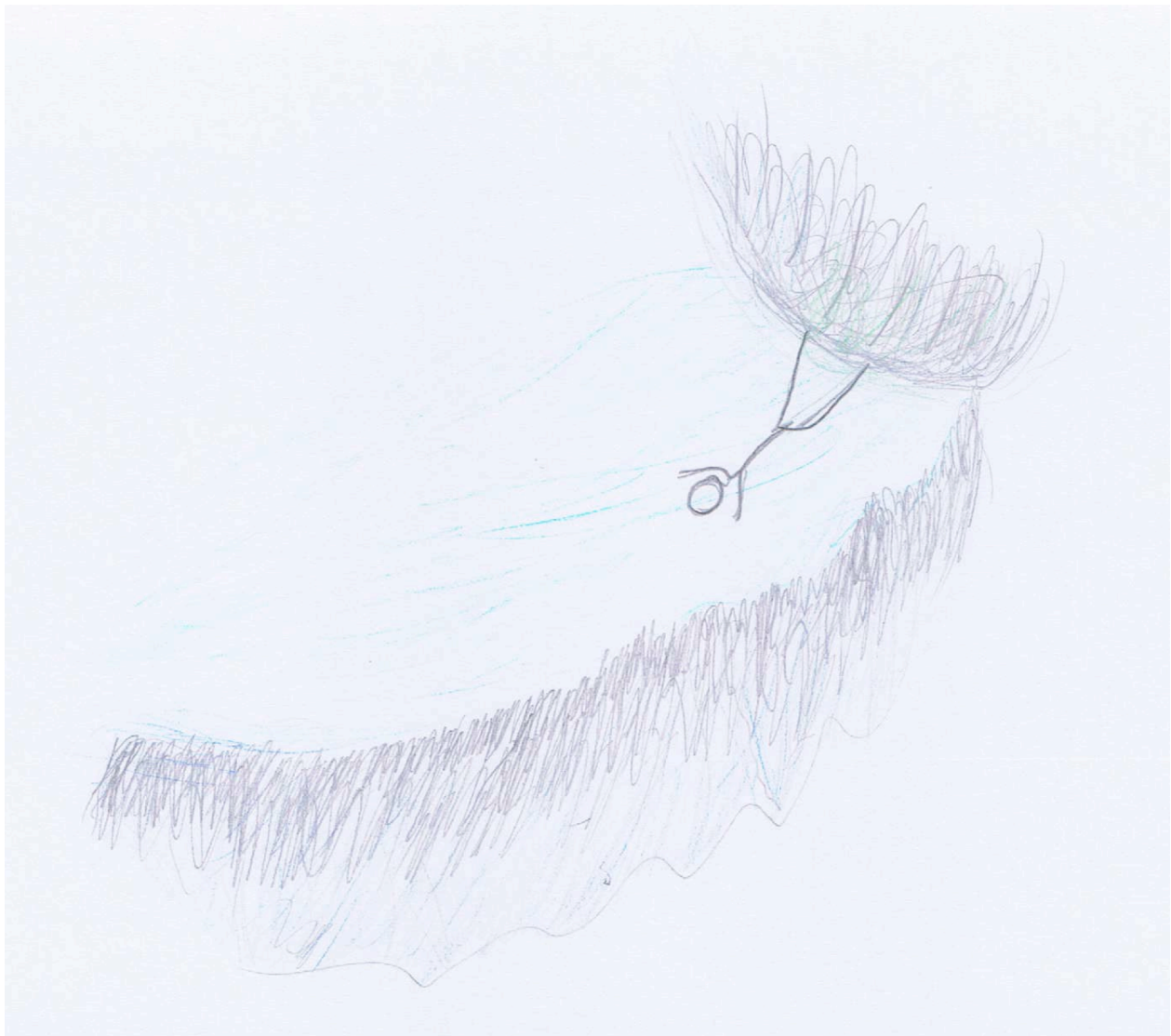


Desenho - Participante 14



SEM Desenho - Participante 15

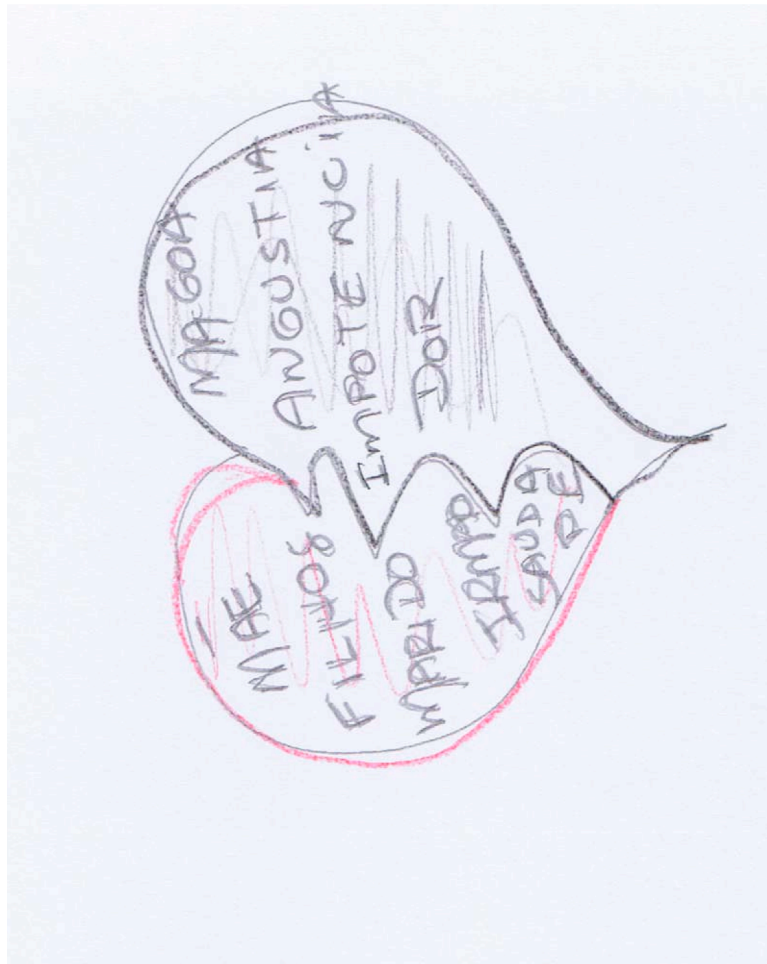
Desenho - Participante 16



Desenho - Participante 17



Desenho - Participante 18



Desenho - Participante 20



Anexo 8

Locais do corpo escoriados pelos participantes

PARTICIPANTES	LOCAIS DAS ESCORIAÇÕES
Participante 01	Perna esquerda
Participante 02	Dedos e Pés
Participante 03	Dedos e rosto
Participante 04	Nariz, braços e pernas
Participante 05	Nariz e braços
Participante 06	Cabeça, rosto e costas
Participante 07	Rosto e braços
Participante 08	Corpo todo
Participante 09	Costas
Participante 10	Corpo todo
Participante 11	Mãos, braços e pés
Participante 12	Corpo todo
Participante 13	PESCOÇO, braços e dedos
Participante 14	Costas e quadril
Participante 15	Cabeça e costas
Participante 16	Nariz, cotovelo e abaixo dos seios
Participante 17	Colo e braços
Participante 18	Cabeça
Participante 19	Corpo todo
Participante 20	Queixo