



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

PSICODERMATOLOGIA:

Perspectivas sobre a Vinculação em Pacientes com Psoríase

LILIANA ROCHA DOS SANTOS

Nº 14558

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR NUNO CORREIA TORRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR NUNO CORREIA TORRES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Professor Doutor Nuno Correia Torres, apresentada no
ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de
Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

Agradecimentos

Ao Professor Nuno Torres, orientador da dissertação, pelo seu apoio científico, experiência e disponibilidade, que facilitou o caminho para o questionamento crítico e construtivo do estudo.

Ao meu amigo, Dr. João Fonseca, um especial agradecimento pela sua ajuda, disponibilidade, selecção e encaminhamento dos seus pacientes, que participaram neste estudo.

Às minhas colegas, Carla Maria e Catarina Calamote, pelos seus preciosos incentivos nos momentos de maior cansaço e auxílio na discussão e análise de alguns conteúdos.

Ao meu marido, pela sua presença permanente e pelo seu apoio incondicional, e claro ao meu filhote, que foi uma grande inspiração. Ambos deram-me energia e força para a realização desta dissertação.

Aos restantes membros próximos da minha família, em particular o meu pai, madrinha e tio/padrinho, que com os seus apoios sempre acreditaram em mim e que, com esse incentivo, em determinados momentos, foi fundamental sentir esses apoios que levaram à concretização desta primeira fase do meu projecto.

A todos os meus colegas Ispanos, que me acompanharam neste percurso e que directa ou indirectamente contribuíram significativamente para a conclusão deste trabalho.

Às pessoas, que fizeram parte deste estudo, e se disponibilizaram prontamente para que dele fizessem parte, o meu muito obrigada.

MUITO OBRIGADA A TODOS!

Resumo

Este estudo propõe uma reflexão crítica a respeito do tema e de seus novos rumos, através de uma revisão dos achados teóricos relacionados com a Psicodermatologia.

O objectivo desta tese será analisar as representações internas na perspectiva da vinculação das figuras parentais (em especial com a mãe) entre os dois indivíduos com doença psicodermatológica, em particular a Psoríase, e que foram submetidos a uma psicoterapia. Iremos igualmente explorar, para além das representações internas na perspectiva da vinculação que podem ter contribuído para o surgimento da doença (Psoríase), se estes pacientes revelaram melhorias na sua sintomatologia da doença dermatológica ou se essa sintomatologia permaneceu inalterável, após o individuo ter sido sujeito a tratamento, através de psicoterapia de base dinâmica.

Será também de primordial interesse abordar no presente estudo, e com base nos relatos dos pacientes entrevistados (através de a análise de dois estudos de caso), verificar a existência de uma influência causal dos diversos factores de ordem psicossocial, nomeadamente o *stress*, que está fortemente ligado a doenças de pele; os acontecimentos da vida; a integração e o apoio social e familiar, no aparecimento e decurso da doença de pele e de que maneira estas contribuíram para o aparecimento e/ou desenvolvimento da doença.

Palavras-chave: Psicodermatologia; Psoríase; Vinculação; Representações internas.

Abstract

This study proposes a critical reflection on the theme and its new direction, through a review of the theoretical findings related to Psychodermatology.

The purpose of this monograph will analyze the internal representations from the perspective of attachment between parental figures (particularly the mother), between two patients with skin disease, in particular psoriasis, and who underwent psychotherapy. We will also explore, in addition to the internal representations from the perspective of attachment, that may have contributed to the emergence of the disease (psoriasis), if those patients showed improvements in their dermatological symptoms of the disease or whether the symptoms remained unchanged after the individual has been subjected treatment, to treatment by basic dynamic psychotherapy.

It will also be of major interest to address in this study, and based on the reports of the patients interviewed (through the analysis of two case studies), verify the existence of a causal influence of various psychosocial factors, including *stress* and is strongly linked to skin disorders, life events, integration and social and family support, the onset and course of the skin disease and how these contributed to the beginning disease development.

Keywords: Psychodermatology; Psoriasis; Attachment; Internal representations.

Índice

Introdução.....	1
Definição e Patogénese da Psoríase.....	2
O <i>Stress</i> e a Psoríase.....	5
Factores Psicológicos.....	6
A Abordagem da Psicodermatologia	8
Vinculação.....	11
A Importância da Vinculação ao Longo da Vida: A Vinculação no Adulto	14
Metodologia.....	19
Participantes	19
Instrumento.....	19
Procedimento.....	20
Estudos de Caso.....	22
Caso “Maria”	22
História Familiar	22
Percurso Escolar e Profissional.....	24
Evolução do Quadro Clínico - Oftalmológico e Psoríase	25
Evolução do Quadro Psicológico	26
Análise - Caso “Maria”	27
Caso “David”	30
História Familiar	30
Percurso Escolar e Profissional.....	31
Evolução do Quadro Clínico - Asma e Psoríase.....	33
Evolução do Quadro Psicológico	34
Análise - Caso “David”	35

Considerações Finais.....	37
Referências Bibliográficas	42
Anexos.....	47
Anexo A - Termo de Consentimento Informado	48
Anexo B - Entrevista Caso “Maria”	50
Anexo C - Entrevista Caso “David”	58

Introdução

A primeira relação do bebé à sua figura cuidadora, seja a mãe, pai ou outro elemento importante, vai ser fundamental para o seu desenvolvimento posterior. Os estudiosos da relação de vinculação têm mostrado as implicações do tipo de vinculação: segura, insegura ansiosa/ambivalente e evitante, para o desenvolvimento da criança, tanto a nível interpessoal, na sua relação com os outros em geral, com os familiares, com os pares, com os amigos, como ao nível das características pessoais, auto-estima, auto-confiança, capacidade de lidar com as situações problemáticas, persistência, capacidade de tolerância ao *stress*, entre outras (Soares, 2007).

Assim sendo, as perturbações desta primeira relação, poderão contribuir para uma maior vulnerabilidade à doença física e psicológica por parte da criança, podendo essas perturbações estar relacionadas com as características psicológicas da mãe: ansiedade, descontrolo emocional, baixo auto-conceito, falta de sensibilidade materna aos sinais do bebé, não-aceitação dos comportamentos deste, não cooperação com os seus ritmos ou falta de disponibilidade emocional.

Sejam quais forem as razões para não ter sido estabelecida uma vinculação segura, no presente estudo, interessa perceber as possíveis consequências dessa situação e relacionar com o desenvolvimento ou aparecimento da doença dermatológica, neste caso a Psoríase.

Alguns estudos encontrados (Souza *et al.*, 2005; Jorge *et al.*, 2004; Mingnorange *et al.*, 2002; Azevedo & Neme, 2009; Souza Sei & Arruda, 2010), têm relacionado a vinculação com o aparecimento da Psoríase, numa tentativa de perceber a causa desta doença, que tantas pessoas afecta, e que para a qual não existe uma cura definitiva, levando a quem padece de tal efemeridade a desenvolver graves problemas psicológicos e sociais.

Afinal, a pele constitui o revestimento exterior do Homem, isto é, o seu invólucro. É através dela que se estabelecem muitos contactos; serve de meio de comunicação e simultaneamente de protecção, face ao mundo exterior. Desempenha ainda um papel essencial na socialização e pode, quando está alterada, levar à rejeição e/ou evitamento por parte de outros.

Definição e Patogénese da Psoríase

A palavra Psoríase vem do grego e significa *erupção sarmentosa* (Flambó, 2004/2006).

A Psoríase é uma doença crónica da pele, não contagiosa, que pode surgir em qualquer idade e que afecta cerca de 2 a 3% da população mundial (Arruda, Campbell & Takahashi, 2001, cit. por Souza *et al.*, 2005; Flambó, 2004/2006).

A Psoríase é uma dermatose eritemato-descamativa, ou seja, apresenta uma coloração avermelhada da pele que desaparece quando se faz pressão sobre ela e, ao nível da descamação, as camadas mais superficiais da pele destacam-se da superfície originando partículas semelhantes a “escamas” (Flambó, 2004/2006).

Só em Portugal, estima-se que cerca de 250 mil pessoas sofrem com a Psoríase. O seu aspecto, extensão, evolução e gravidade são muito variáveis, caracterizando-se, geralmente, pelo aparecimento de lesões vermelhas, espessas e descamativas, que afectam preferencialmente os cotovelos, joelhos, região lombar e couro cabeludo. Nos casos mais graves, estas lesões podem cobrir extensas áreas do corpo. As unhas são também frequentemente afectadas, com alterações que podem variar entre o quase imperceptível e a sua destruição. (*in* PSOPortugal).

Segundo a classificação da Associação Portuguesa da Psoríase (PSOPortugal), existem diversos tipos de Psoríase, destacando os mais importantes:

- a) Psoríase em placas ou Psoríase vulgar, este tipo representa a grande maioria dos casos de Psoríase. As lesões têm relevo, são vermelhas e cobertas por escama prateada. O número, dimensão e extensão das lesões é variável de doente para doente e em diferentes fases de evolução da doença de cada doente. Surgem sobretudo nos cotovelos, joelhos, região lombar e couro cabeludo, embora possam afectar qualquer área do corpo, cobrindo, nos casos mais graves, extensas áreas do tronco e membros. Em contraste com o seu aspecto exuberante, estas lesões são muitas vezes assintomáticas;
- b) Psoríase gutata, é menos frequente que a anterior e afecta sobretudo crianças e jovens, por vezes na sequência de uma faringite (infecção na garganta). Aparece geralmente de forma súbita, com lesões de menores dimensões (forma de gota) que ocupam áreas extensas do tronco e membros. Pode desaparecer definitivamente após o primeiro episódio ou evoluir para uma Psoríase vulgar;

- c) Psoríase inversa, a designação desta forma de Psoríase resulta de uma localização “inversa” das lesões cutâneas, ou seja, privilegiando as pregas (axilas, virilhas e região infra-mamária). As lesões são vermelhas, brilhantes e não têm escama evidente. Este aspecto menos “típico” pode dificultar o diagnóstico;
- d) Psoríase eritrodérmica, este tipo é uma forma generalizada de Psoríase, na qual a pele de toda a superfície corporal adquire um aspecto vermelho e inflamado. Este tipo de Psoríase é muito grave devido ao risco associado de desenvolvimento de complicações;
- e) Psoríase com Pústulas, caracteriza-se pelo aparecimento de pústulas (pequenas “bolhas” com pus). A mais frequente é a pustulose palmo-plantar, na qual estas lesões surgem sobre um fundo avermelhado nas palmas das mãos e plantas dos pés, por vezes com descamação abundante e fissuras dolorosas. Esta forma particular de Psoríase é de difícil tratamento, podendo ter uma evolução crónica com surtos de agravamento. Existe uma forma generalizada de Psoríase pustulosa (*von Zumbusch*), felizmente rara, dada a sua gravidade, que pode surgir subitamente ou evoluir a partir do agravamento de uma Psoríase em placas. Ao contrário das restantes formas de Psoríase, é acompanhada de sintomas gerais (febre, mau estar, etc.) e tem um risco elevado de desenvolvimento de complicações, algumas das quais potencialmente fatais.

A Psoríase é hoje em dia considerada uma doença de origem multifactorial, ou seja, a sua origem ou aparecimento não se deve apenas a um factor, mas a vários. Por ser uma doença de natureza crónica é comum ocorrerem fases de melhora e de piora (Souza *et al.*, 2005). Segundo este autor, a origem da Psoríase não está totalmente esclarecida, embora se saiba que é geneticamente determinada e envolve alterações no funcionamento do sistema imunitário, que provocam inflamação e aumento da velocidade de renovação das células da epiderme (camada mais superficial da pele).

Segundo Flambó (2004/2006), a Psoríase é uma doença hereditariamente transmissível pelos genes do psoriático hiperproliferativa da pele, de etiologia desconhecida, mostrando uma grande variedade na severidade e na distribuição das lesões cutâneas. Existe uma probabilidade de 25% de adquirir Psoríase no caso de um dos progenitores ser portador da doença e 50% de probabilidade se ambos tiverem esta doença, tornando-se provável o seu desenvolvimento mais cedo e com sintomas mais severos.

De acordo com Ballone, Neto & Ortolani (2002, cit. por Souza *et al.*, 2005), 30% das pessoas que têm Psoríase têm familiares também acometidos pela doença, mas consideram que muito provavelmente a questão emocional actue como importante desencadeante.

Apesar desta dermatose ter uma base genética, no que diz respeito ao seu surgimento, esta também pode imergir sob factores ambientais ou psicológicos, podendo ser caracterizada como uma dermatose de causas multifactoriais. O facto de ser geneticamente determinada não implica que a hereditariedade de pais para filhos seja obrigatória. Contudo, verifica-se uma maior probabilidade de aparecimento da doença em pessoas que tenham familiares portadores da mesma (Jorge *et al.*, 2004).

Homens e mulheres são atingidos de igual forma, na faixa etária entre os 20 e os 40 anos, podendo, no entanto, surgir em qualquer fase da vida, com grande prevalência em pessoas de pele branca, sendo uma doença mais rara em negros, índios, asiáticos, não existindo entre esquimós (Flambó, 2004/2006).

Dentro do leque das doenças crónicas, a Psoríase é aquela que mais implicação tem a nível social, uma vez que os doentes que sofrem desta doença têm frequentemente a sensação de provocarem repulsa nos outros, que um contacto mais íntimo se torne desagradável por ter de tocar em placas que são escamosas, rugosas e ásperas. No entanto, a Psoríase não é uma doença contagiosa, e como tal, o indivíduo psorítico não deve ser excluído mas antes, ajudado. A Psoríase, é em suma, uma doença de natureza crónica, sendo comum oscilar entre períodos de melhora ou episódios mais graves, sendo geralmente reconhecido pelos pacientes essas oscilações de acordo com o seu estado emocional, ou seja, em alturas de maior *stress*, assistem a um agravamento da dermatose, ficando mais evidente na zona que normalmente é afectada (Flambó, 2004/2006).

O *Stress* e a Psoríase

O *stress* é um termo genérico, usado para designar, na área de pesquisa psicológica, alterações nos processos psicofisiológicos do indivíduo, produzidas por uma quantidade de estímulos sérios e graves, que ultrapassam o limiar suportável pelo sujeito. Neste sentido, frente a qualquer acidente emocional, que ultrapasse esse grau de resistência do indivíduo, seja ele motivado por perdas, mudanças, insultos, traumas físicos, infecções agudas, substâncias tóxicas, fadiga, etc., o organismo inevitavelmente, passa a apresentar *stress*. O tipo e a qualidade de respostas dadas, nestas circunstâncias, dependem das condições físicas, psicológicas e sociais, quer durante ou após o evento, próprias do sujeito (Grünspun, 1980)

O *stress* psicológico afecta a patofisiologia de doenças infecciosas, inflamatórias (doenças cardiovasculares, gengivite) e auto-ímmunes (Psoríase, artrite e esclerose múltipla). No entanto, os mecanismos através dos quais o *stress* modula a resposta inflamatória, *in vivo*, não estão totalmente esclarecidos. A associação entre os problemas emocionais e a doença cutânea parece clara, contudo, é difícil decidir se a mente influencia a doença ou vice-versa. Usualmente, são ambas verdadeiras. Tem sido provado que o *stress* psicológico perturba a permeabilidade da barreira epidérmica o que poderá precipitar alguns distúrbios inflamatórios tais como Psoríase (Nóbrega de Jesus, 2010).

Factores Psicológicos

A Psoríase é uma doença que afecta a pele - órgão externo e visível - e como tal, esta doença tem efeitos psicológicos não negligenciáveis. Com efeito, e como cada vez mais a forma como cada individuo se vê a si mesmo está relacionada com a valorização pessoal numa sociedade que é, muitas vezes, mais sensível à aparência exterior que a outras características da personalidade, o psoriático isola-se entrando em depressão, e por vezes, terminando em suicídio (Psoríase, 2005, cit. por Flambó, 2004/2006).

Apesar da pouca investigação a nível mundial acerca da problemática psicológica associada à Psoríase, tem vindo a aumentar o seu interesse no campo científico, uma vez que o impacto social da doença tem sido vinculado a correlatos psíquicos relativos ao funcionamento mental do individuo com Psoríase, associado ao aumento de preocupações e ansiedade quanto ao agravamento da(s) lesão(ões); a presença de distúrbios no meio familiar; a presença de indicadores de instabilidade emocional, insegurança, alto grau de neuroticidade, carácter esquizóide e de inibição da agressividade, resultando em depressão (Rubino; Sonnino; Pezzarossa & Bassi, 1995).

Em trabalhos com pacientes com Psoríase, detectou-se alto nível de depressão associada à alta percentagem de disseminação das lesões, além de vivências constantes de ansiedade (Sharloo *et al.*, 2000). Tais indicadores são sugestivos das dificuldades emocionais e de possível precariedade quanto ao funcionamento adaptativo.

Segundo Taylor (1985, cit. por Nóbrega de Jesus, 2010), estamos perante um conformismo social. Estes indivíduos expressam dificuldade em identificar, descrever sentimentos e em distinguir entre sentimentos e as sensações corporais provocadas pelas emoções. É caracterizada pela presença de um estilo cognitivo extremamente dirigido, concreto, com descrições detalhadas de eventos. Como tal, a capacidade imaginativa é restrita, demonstrada por pobreza de fantasias e poucos sonhos.

Características de personalidade hostis, estados distímicos e sintomas neuróticos têm sido frequentemente observados em doenças como a Psoríase, urticária e alopecia. Um outro estudo, relaciona as características de pacientes com Psoríase e os seus sintomas e avaliam se a gravidade da doença, a depressão e a qualidade de vida afectam estes sintomas (Bilac. *et al.*, 2009 cit. por Nóbrega de Jesus, 2010).

Em 2008 foi publicado um estudo, cujo objectivo foi o de examinar certos factores da personalidade bem como as correlações entre as dimensões: temperamento e carácter, em pacientes com Psoríase. Um grupo de doentes e um grupo de controlos foram avaliados em termos de depressão, ansiedade, achados característicos através da utilização de testes

psicológicos (os seguintes questionários: “*Beck Depression Inventory*” (BDI), “*Beck Anxiety Inventory*” (BAI) e o “*Temperament and Character Inventory*” (TCI) foram aplicados individualmente) e comparados estatisticamente. Os resultados mostraram que os pacientes com Psoríase, são mais depressivos e apresentam um temperamento e carácter distintos quando comparados com o grupo de controlo. Assim, uma dimensão do temperamento (os evitamentos de perigo) e algumas dimensões do carácter (auto-direccionado, capacidade de cooperação) poderão estar associados com a sintomatologia depressiva nos pacientes com Psoríase (Kiliç *et al.*, 2008 cit. por Nóbrega de Jesus, 2010).

Apesar do elevado impacto psicossocial decorrente do desenvolvimento da doença, a intensidade do prejuízo adaptativo pode variar de acordo com a percepção do individuo (Root, Kent, & Al’Abadie, 1994). Portanto, as condições psíquicas do individuo com Psoríase podem desempenhar um papel importante na auto-percepção quanto à condição física e na mediação da intensidade do impacto da doença no seu dia-a-dia.

Num outro estudo clínico, com o objectivo de avaliar as dimensões de experiências estigmatizadoras do individuo com Psoríase, foram identificados problemas relativos à auto-estima, isolamento social, rejeição e diferenças quanto à idade, tempo de doença e género. Observou-se que indivíduos mais velhos, indivíduos do sexo feminino e indivíduos com longa história de doença referiram menos sentimentos de estigmatização (Schmid-Ot *et al.*, 1996).

A Abordagem da Psicodermatologia

Sabe-se que a Psicodermatologia é o ramo que se dedica ao estudo e tratamento de problemas dermatológicos que são causados e/ou influenciados por factores psicológicos (Hoffman, 2005). As ligações que existem com o sistema nervoso tornam a pele altamente sensível a emoções, independente da nossa consciência. Desta forma, a pele, muitas vezes, expressa os nossos sentimentos mesmo quando não estamos cientes deles. Fica-nos então, a ideia de que ao falarmos de doenças de pele devemos considerar o ser humano como um ser integrado, no qual aspectos sociais, biológicos e psicológicos interagem constantemente (Hoffman, 2005). Essa visão bidireccional corpo/ psiquismo dá origem a um ramo da Dermatologia, a Psicodermatologia, que busca entender e tratar o paciente como um ser integral. Apesar de vários outros trabalhos ressaltarem a manifestação de conflitos inconscientes pela pele, só mais recentemente, a partir da década de 80, ressurge o interesse, por parte dos dermatologistas, para o estudo da relação psique/corpo. Segundo Hoffman (2005), percebemos hoje, através de inúmeros estudos, da existência do envolvimento e da integração entre os aspectos médicos e psicológicos, ou seja, entre as questões do corpo e da mente.

A Psicodermatologia é uma área que vem integrando o trabalho de médicos e psicólogos na busca por um melhor entendimento das doenças de pele (Müller *et al*, 2002; Koo & Lebwhol, 2001). Os autores concordam que seja a pele o primeiro meio de contacto com o mundo externo, além de um importante meio de manifestação de conflitos e emoções.

A pele é capaz de reflectir problemas emocionais ou doenças causados por muitos factores que, em grande parte das vezes, agem em conjunto com factores genéticos, hormonais e agentes infecciosos. Os factores emocionais podem apresentar-se como decorrência, ou seja, consequência de transtornos físicos, mas que, por vezes, podem ser a causa desencadeante de muitos problemas físicos (Hoffman, 2005).

Segundo Koblenzer (1988) e Folks & Kinney (1992), isso se deve, principalmente, à clara associação de factores de *stress* psicossociais, à baixa auto-estima e ao estigma social em pacientes com problemas dermatológicos.

Montagu (1988), enfatiza as correlações fisiopsíquicas envolvidas no contacto, ressaltando a importância do toque para o desenvolvimento sadio do ser humano. De acordo com o autor, a pele é tecida com uma variedade de células resistentes e robustas e protege os tecidos macios e moles do interior do corpo.

São muitas as funções da pele: base dos receptores sensoriais, localização do mais delicado de todos os sentidos, o tacto; fonte organizadora e processadora de informações;

mediadora de sensações; barreira entre organismo e ambiente externo; fonte imunológica de hormonas para a diferenciação de células protectoras; camada protectora contra efeitos da radiação e lesões mecânicas; barreiras contra materiais tóxicos e organismos estranhos; responsável por um papel de destaque na regulação da pressão e do fluxo sanguíneo; órgão reparador e regenerativo; produtora de queratina; órgão de absorção de substâncias nocivas e outras, que possam ser excretadas juntamente com os resíduos corporais eliminados; reguladora da temperatura; órgão implicado no metabolismo de água e sal pela transpiração; reservatório de alimento e água; órgão da respiração e facilitadora da entrada e saída de gases através da mesma; sintetizador de vários compostos importantes, como a vitamina D, responsável pelo controle do raquitismo; barreira ácida que protege contra muitas bactérias; a secreção produzida pelas glândulas sebáceas lubrifica a pele e os pêlos, isolando o corpo contra chuva e frio e, provavelmente, ajuda no extermínio de bactérias; auto-purificadora (Müller *et al*, 2002).

Koo e Lebwohl (2001) acrescentam que as desordens dermatológicas podem ser encontradas em três grupos: 1) desordens psicofisiológicas, 2) desordens psiquiátricas primárias; 3) desordens psiquiátricas secundárias.

Em razão dessa combinação inusitada e também da posição de interface do indivíduo com o ambiente, a pele funciona como substrato (campo de batalha) para o exógeno e o endógeno, para os processos material (físico) e psicológico. Um suporte para manifestações simbólicas (escarificação, pintura ritual em selvagens), culturais (tatuagem e adereços metálicos), expressão dos sentimentos e troca de signos que compõem o campo de funcionamento psíquico, mediado pela linguagem (Azulay, 1997), é uma outra leitura possível para o entendimento da pele. A pele também exerce o papel simbólico de protecção, o que é um factor a mais a ressaltar a vinculação entre distúrbios emocionais e as doenças da pele. Dessa forma, pode-se pensar a pele como uma grande superfície de projecção.

Para Strauss (1989), a pele actua, ainda, como limite dentro-fora, eu e o outro, eu e o mundo, agindo como um sistema de abrigo da nossa individualidade, ao mesmo tempo que nos protege, é a fachada que nos expõe.

Segundo Hendrickx (*et al*, 1991), Moffaert (1992), Folks & Kinney (1992), Ginsburg (1996), Goleman & Gurin (1997), Azulay (1997), no que se refere ao tratamento das doenças cutâneas, o entendimento da Psicodermatologia, além do tratamento médico, alia-se, com frequência às seguintes intervenções: a) Tratamento psicoterapêutico – nas diferentes correntes: técnica comportamental, psicoterapia de apoio, psicoterapia de grupo; b) técnicas de relaxamento, hipnose, grupos de auto-ajuda; c) trabalho em conjunto do médico com o psicoterapeuta; d) uso de drogas psicotrópicas, principalmente ansiolíticos e antidepressivos. Estas intervenções exigem um tratamento individual – único – àquele paciente.

Como afirma Weinman (*et al*,1996), cada paciente tem uma representação de sua doença que é única. Estes autores sustentam ainda que o paciente tem as suas próprias crenças sobre a identidade, causa, duração e até mesmo cura da sua doença.

Anzieu (1989) segue a mesma linha de raciocínio ao afirmar que a pele é o envelope do corpo, assim como o corpo é o envelope do psíquico. É com as experiências do próprio corpo e com a mãe que a criança desenvolve seu eu psíquico, daí esse autor chamar Eu-pele essa representação que se mostra físicopsíquica.

Spitz (1977) é um dos autores que apresentou extensivos trabalhos referindo-se aos distúrbios iniciais nas relações mãe-criança como um dos factores causais da dermatite atópica, principalmente, se esses distúrbios ocorressem antes do desenvolvimento da fala. Segundo este autor, uma combinação da excitabilidade da criança e a inabilidade de uma mãe imatura e hostil para gratificar as necessidades cutâneas tácteis do bebé, seria responsável pelas desordens de pele na criança.

Apesar do objectivo desta tese se centrar no seu tema principal, que é a Psicodermatologia, mais objectivamente as representações internas na perspectiva da vinculação nos pacientes com Psoríase, pensa-se que será importante abordar também as questões psicossomáticas que esta doença dermatológica pode assumir, pondo assim, a sua associação meramente biológica de parte, uma vez que o individuo deve ser tratado como um todo, integrando todas as suas componentes, tal como define Grincker (1983, cit. por Nóbrega de Jesus, 2010), que a psicossomática é uma abordagem que engloba a totalidade dos processos de transacções entre os sistemas somático, psíquico, social e cultural.

Um dado importante, é que a pele dos portadores de Psoríase é muito parecida com a pele que se encontra em cicatrização após um qualquer trauma que a danifique, uma vez que as lesões da Psoríase caracterizam-se por um crescimento celular anómalo, e embora não haja nenhuma ferida a ser cicatrizada, esse crescimento celular comporta-se como se estivesse a ser reparada uma lesão (Jorge *et al.*, 2004). Isto faz-nos colocar a hipótese que a Psoríase poderá também ser vista como “feridas psicológicas” que se manifestam na pele dos portadores desta dermatose, levantando a hipótese de esta doença ter uma manifestação psicossomática.

De seguida iremos abordar a questão das relações mãe-criança e os seus distúrbios, através da teoria da vinculação.

Vinculação

O conceito de vinculação enquadra-se na Teoria da Vinculação, que teve como fundador John Bowlby e ganhou relevância após a 2ª Guerra Mundial, altura em que muitas crianças foram separadas dos seus pais. O autor interessou-se pelos comportamentos destas crianças e pelos efeitos da separação, no seu posterior desenvolvimento. Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), encomendou a Bowlby um relatório sobre as crianças sem família. Nesse relatório, intitulado *Maternal Care and Mental Health*, é abordado a quantidade de factos que provam os efeitos adversos da privação materna no desenvolvimento das crianças, dando lugar a relações afectivas superficiais, à ausência de concentração intelectual, a uma inacessibilidade ao outro, ao roubo sem objectivo e à ausência de reacção emocional (Bowlby, 1951, citado por Guedeney & Guedney, 2002).

Para a construção da sua teoria, Bowlby, baseou-se na psicanálise e em conceitos da biologia e etologia, da cibernética, do processamento da informação, da psicologia cognitiva e do desenvolvimento. Esta teoria veio revolucionar a forma de pensar sobre os laços entre o bebé e a sua mãe, pouco tidos em consideração naquela época, tendo sido desenvolvida em três volumes com o título de *Attachment and Loss* (1969, 1973 e 1980, cit. por Canavarro, 1999). No primeiro volume desta trilogia, a ideia principal é que a evolução resolveu a necessidade de protecção e suporte da espécie humana (também presente em outros primatas), facilitando assim, um sistema de comportamentos de vinculação, que aumentam a possibilidade de estabelecer relações próximas. No segundo volume, *Separation: Anxiety and Anger*, apresenta três ideias base: se a pessoa tem confiança na disponibilidade da figura de vinculação, terá menos probabilidade de ter medo e ansiedade crónica; a confiança desenvolve-se no princípio da infância e persiste ao longo do desenvolvimento e as expectativas acerca da disponibilidade da figura de vinculação vão influenciar as relações estabelecidas com outras pessoas. Por fim, no seu terceiro volume, *Loss, Sadness and Depression*, Bowlby toma como ideia principal os impactos da perda e da separação dos objectos de vinculação na saúde mental do indivíduo.

Mas Bowlby não foi o único a desenvolver estas teorias sobre a vinculação. Outros seguidores, como Mary Ainsworth (1967), uma psicóloga canadiana, contribuiu com os seus estudos para dar uma base experimental à teoria de Bowlby.

Ainsworth (1967) efectuou dois grandes estudos, um no Uganda, onde observou 28 bebés em meio natural, e posteriormente em Baltimore, observando de forma mais sistemática 26 famílias. Através dos resultados destes estudos propôs uma situação experimental padronizada dividida em sete episódios, de separação e reunião dos bebés às suas mães, a qual

permitiu avaliar a vinculação dos mesmos às mães – Situação estranha – a qual levou à classificação do comportamento de vinculação em três tipos ou padrões distintos:

Padrão A: Inseguro-Evitante; Padrão B: Seguro; e Padrão C: Inseguro-Ansioso (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, citados por Dias, Soares & Freire, 2004).

As crianças com uma *vinculação segura*, apresentavam formas de protesto aquando das separações, recebendo a figura de vinculação com prazer quando esta regressava, através da aproximação, sorriso e vocalizações prazerosas. Já as crianças com uma *vinculação insegura*, podiam apresentar dois tipos de comportamentos: algumas pareciam pouco afectadas com a separação, não reagindo à figura de vinculação quando esta retornava (*vinculação insegura-evitante*) e outras mostravam-se muito afectadas com o afastamento da figura de vinculação, revelando dificuldades em serem reconfortadas (*vinculação insegura-ambivalente ou resistente*) (Guedeney & Guedeney, 2004).

Para uma melhor compreensão da Teoria da Vinculação, apresentam-se os conceitos-base desta mesma teoria sumarizados por Guedeney (2004):

Noção de proximidade, trata-se de uma noção espacial, da distância modulável entre o bebé e a figura de vinculação;

Comportamento de vinculação, trata-se de um comportamento que é observável e que destina a favorecer a proximidade da figura de vinculação ao bebé (sorriso, vocalização, choro, agarrar, gatinhar); que é organizado com a finalidade de facilitar a proximidade;

Figura de vinculação, é a figura relativamente à qual a criança vai dirigir o seu comportamento de vinculação; apesar de poderem existir múltiplas figuras de vinculação, haverá uma que será a figura de vinculação privilegiada;

Relação de vinculação, é uma relação que se constrói progressivamente e que implica quatro noções, como forma de as distinguir de outras relações interpessoais, segundo Ainsworth (1989): procura de proximidade; base segura (a exploração de uma forma mais confiante na presença da figura de vinculação); comportamento de refúgio (retorno à figura de vinculação quando confrontado com uma ameaça) e reacções perante a separação involuntária.

Sistema de vinculação, que compreende um conjunto de quatro comportamentos de vinculação (sistema de vinculação propriamente dito, que tem como objectivo estabelecer a proximidade física desejada, de acordo com as circunstâncias; sistema exploratório, ligado à curiosidade e ao domínio; sistema afiliativo ou sistema de sociabilidade e sistema medo-angústia, que representa a capacidade da criança reagir a uma situação de perigo).

Embora o sistema de vinculação esteja permanentemente activo, funcionando no que podemos designar num nível mínimo, permitindo a constante monotorização das situações ambientais e da disponibilidade da figura de vinculação, os comportamentos de vinculação só são activados em alturas de *stress*, perigo ou situações novas. A sua activação permite a manutenção da proximidade e contacto com a figura de vinculação, existindo, desta forma, uma especificidade das manifestações da vinculação relativamente ao contexto. Quando a criança percebe a figura de vinculação como disponível e o ambiente como tranquilo, pode explorar o meio com confiança, fenómeno de interacção que Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978, citados por Dias, Soares & Freire, 2004), designaram por base segura. A este propósito, Ainsworth (1991, cit. por Canavarro *et al.*, 2006) considerou o fenómeno base segura como o elemento central da vinculação ao longo da vida, referindo que uma relação de vinculação segura é aquela que facilita o funcionamento e competência fora da relação.

A Importância da Vinculação ao Longo da Vida: A Vinculação no Adulto

Embora Bowlby, ao longo da sua obra (1973/1998), reconheça, em diversas ocasiões, a importância da vinculação ao longo de todo o ciclo de vida do ser humano, a sua investigação centrou-se fundamentalmente na infância. Bowlby e Ainsworth focaram a atenção nas origens desenvolvimentais do sistema de vinculação, centrando-se na vinculação da criança aos pais e, sobretudo, à mãe. O autor propôs ainda que um sistema comportamental está subjacente à tendência das crianças para formar fortes laços emocionais com os seus cuidadores, as suas figuras de vinculação. Este sistema de vinculação, quando activado, permite à criança procurar a proximidade física com a figura de vinculação e, assim, contribui para a promoção de segurança (Canavarro *et al.*, 2006).

Bowlby (1969/1982), tinha considerado que a vinculação na idade adulta é semelhante, na sua natureza; à que ocorre durante a infância e apontou poucas diferenças entre as relações estabelecidas entre as crianças e as figuras cuidadoras e as relações formadas entre pares ou companheiros românticos. No entanto, e apesar das poucas diferenças encontradas pelo autor, Bowlby e os seus colaboradores hipotetizaram que a prestação de cuidados parentais recebidos e percebidos durante a infância repercutir-se-á ao longo da vida através da organização do sistema de vinculação (sob a forma de comportamentos, afectos e representações mentais) – organização essa baseada em modelos internos que se construíram na interacção entre os cuidadores e a criança – que se constitui enquanto substrato emocional, cognitivo e comportamental para todas as experiências relacionais do indivíduo (Bowlby, 1969/1988; Shedler & Block, 1990 cit. por Torres & Oliveira, 2010).

No entanto, Weiss (1982/1991, cit. por Canavarro *et al.*, 2006) apontou a similaridade das características emocionais e comportamentais (e.g., desejo de proximidade à figura de vinculação em alturas adversas, conforto na presença da figura de vinculação, ansiedade face à inacessibilidade da figura de vinculação, respostas de luto em situação de perda), a generalização da experiência, dado que elementos emocionais associados à vinculação durante a infância são expressos nas relações de vinculação na idade adulta, e, ainda, a ligação temporal entre os fenómenos, uma vez que a centralidade dos pares como figuras de vinculação se encontra associada ao esbatimento dos progenitores enquanto figuras de vinculação primárias. Hinde e Stevenson-Hinde (1986, cit. por Canavarro *et al.*, 2006) apontam também como distintivo da vinculação característica da infância e da idade adulta o facto de serem necessários acontecimentos indutores de *stress* mais fortes para activar o sistema de vinculação, devido ao desenvolvimento da capacidade de representação, que permite fixar a figura de vinculação e a maior destreza para lidar, de forma autónoma, com pequenas adversidades do dia-a-dia. No entanto, a diferença mais referida na literatura,

apontada por muitos autores (Crowell *et al.*, 1999; Hinde, 1997; Hinde & Stevenson- -Hinde, 1986, Weiss, 1982) como a mais significativa, prende-se com a natureza recíproca das relações de vinculação estabelecidas na idade adulta, por comparação com a natureza complementar das relações de vinculação estabelecidas na infância. Por outras palavras, nas relações de vinculação entre adultos, prestam-se e recebem-se cuidados alternadamente, de acordo com o contexto e necessidades de cada interveniente na relação (Canavarro *et al.*, 2006).

Ao longo do tempo, diversos autores têm, também, procurado distinguir as relações de vinculação na idade adulta de outras estabelecidas na mesma época do ciclo de vida, salientando sempre a sua função única de promover uma sensação de segurança e pertença. Neste sentido, as relações de vinculação na idade adulta distinguem-se das de afiliação (Weiss, 1982; West & Sheldon-Keller, 1994), dependência (Ainsworth, 1972; Rutter, 1995) e das que comportam envolvimento sexual (Berman & Sperling, 1994; West & Sheldon-Keller, 1994, cit. por Canavarro *et al.*, 2006).

A ideia da existência de diferenças individuais na organização da vinculação emergiu do trabalho de Ainsworth *et al.* (1978, cit. por Canavarro *et al.*, 2006). As diferenças encontradas entre os diversos padrões de vinculação na infância parecem desenvolver-se primariamente de acordo com as diferentes experiências de interacção com a figura de vinculação. Desta forma, um padrão “seguro” estaria associado a uma interacção caracterizada por protecção e conforto por parte da figura de vinculação em ocasiões adversas para a criança. Em alturas oportunas, o suporte e disponibilidade da figura de vinculação optimizariam o comportamento de exploração da criança. Por sua vez, os padrões inseguros (evitante e ambivalente) emergiriam em contextos de interacção em que o comportamento de vinculação da criança fosse seguido, respectivamente, de rejeição ou inconsistência, por parte da figura de vinculação. Para reduzir a ansiedade gerada por estas situações, a criança desenvolveria estrategicamente respostas de hipo e hiperactivação do sistema de vinculação, consideradas assim adaptativas ao contexto, mas desadequadas fora do âmbito desta relação particular, dado que comprometem o sistema de exploração.

Muitos dos desenvolvimentos ocorridos no âmbito da teoria e investigação na área da vinculação do adulto têm subjacente a proposta formulada por Bowlby (1973/1980), segundo a qual as crianças desenvolveriam um conjunto de expectativas acerca de si próprias, dos outros e do mundo, que designou por modelos representacionais ou modelos internos dinâmicos. Estes modelos permitiriam, numa fase inicial, interpretar e prever o comportamento da figura de vinculação e, ao longo da vida, seriam utilizados como guias comportamentais, constituindo uma base para interpretação de experiências relacionais.

Segundo Canavarro *et al.* (2006), as diferenças individuais na organização da vinculação emergiriam na sequência do contexto de interação entre a criança e a figura de vinculação, que possibilitaria a construção dos modelos internos dinâmicos. Embora estes modelos sejam relativamente estáveis e possam operar automaticamente e influenciar expectativas, estratégias e comportamentos nas relações estabelecidas posteriormente (Bretherton, 1985), foram adjectivados de dinâmicos (“*working*” *models*, no original). A opção por esta designação enfatiza a possibilidade de serem reformulados no contexto de experiências de vinculação significativas, capazes de infirmarem experiências anteriores e/ou de possibilitarem novas concepções sobre as experiências passadas, abrindo caminho à possibilidade de mudança ao longo da vida. As diversas concepções sobre a origem das diferenças individuais na organização da vinculação estão associadas à discussão em torno da estabilidade e da mudança da vinculação, ao longo do ciclo de vida, e comportam implicações para a avaliação da vinculação na idade adulta.

Nas investigações mais recentes, a forma mais comum de conceptualizar a vinculação do adulto prende-se com a assunção da existência de diferenças individuais estáveis ao longo do tempo. Subjaz a esta concepção a ideia de que modelos internos dinâmicos específicos determinam as respostas às separações e reuniões, reais ou imaginadas, da figura de vinculação. Estes modelos representacionais são entendidos como consistentes ao longo do tempo e dos diversos contextos relacionais e, para a maioria dos autores, como já mencionámos, encontram as suas raízes nas experiências de vinculação precoces. A ligação entre os modelos internos dinâmicos da infância e os da idade adulta não está completamente esclarecida e continua a ser tema de debate. Há um consenso geral sobre a estabilidade da vinculação durante a idade adulta, no entanto, esse padrão pode não corresponder ao observado na infância (Shaver *et al.*, 1988).

Nas últimas décadas, a investigação em psicologia/psicopatologia do desenvolvimento tem produzido vasta evidência de que a organização do sistema de vinculação acompanha o ser humano ao longo do crescimento, desde, sensivelmente, os primeiros 6 meses de vida até à idade adulta e é um factor promotor da saúde mental aos níveis emocional, social e do *Self* (Weinfield, Sroufe & Egeland, 2000; Sroufe, 2005). O sistema de prestação de cuidados (*Caregiving*) foi também proposto por Bowlby (1969/1980) como um sistema inato, complementar do sistema de vinculação, isto é, complementar da necessidade do outro em se sentir ajudado e protegido (Torres & Oliveira, 2010).

A partir da década de 80, um conjunto de investigadores ofereceu contributos distintos que tornaram relevante o estudo da vinculação durante a adolescência e idade adulta. Entre eles, salientam-se os estudos de Main e da sua equipa sobre a dimensão representacional da vinculação, dos quais resultou a construção da *Adult Attachment Interview* (AAI, George,

Kaplan & Main, 1984), os trabalhos de Hazan e Shaver sobre a aplicação da classificação da vinculação de Ainsworth à organização emocional e comportamental dos adolescentes e jovens adultos, explorando o amor romântico enquanto processo de vinculação e, ainda, os trabalhos de um conjunto de investigadores que, de forma separada, desenvolveram instrumentos para avaliar aspectos diversos relacionados com a vinculação (Canavarro *et al.*, 2006).

Outros estudos (Fraley, 1999; Scharfe & Bartholomew, 1994; Mena- -Matos, 2002 cit. por Canavarro *et al.*, 2006), avaliaram o amor romântico como um processo de vinculação (e.g., Hazan & Shaver, 1987 cit. por Canavarro *et al.*, 2006), onde testaram a influência das relações estabelecidas com os pais na infância e adolescência nas relações estabelecidas na idade adulta (e.g., van IJzendoorn, 1995) e procuram compreender o papel da vinculação nas estratégias de *coping* associadas aos pedidos de ajuda (Bartholomew, Rebecca, Cobb & Poole, 1997; Fraley & Shaver, 1998 cit. por Canavarro *et al.*, 2006). Desta forma, o conceito de vinculação do adulto pressupõe duas ideias fundamentais, com importantes implicações para os processos de avaliação: a primeira prende-se com a assunção sobre os aspectos normativos do sistema de vinculação e com a sua relevância durante a idade adulta; a segunda, com a presença de diferenças individuais na organização da vinculação, no contexto das relações interpessoais (Cowell, Fraley & Shaver, 1999 cit. por Canavarro *et al.*, 2006).

Assim, nas relações entre dois adultos, o sistema de prestação de cuidados (*Caregiving*) enquadra-se em comportamentos de apoio emocional em situações específicas, levando as pessoas a corresponderem mutuamente aos sinais de ansiedade e *stress* e à necessidade de segurança emocional uma da outra, agindo como base segura de bem-estar emocional e, ao mesmo tempo, potenciando um grau confortável de autonomia (Kunce & Shaver, 1994 cit. por Torres e Oliveira, 2010).

Percebemos então que, na prestação de cuidados entre adultos (*Caregiving*), existe uma relação bidireccional entre a procura de cuidados e a prestação de cuidados em ritmos alternados. Estudos indicam que a forma como uma pessoa efectua prestação de cuidados aos outros está em estreita ligação com a própria história de vinculação na infância e com a forma como representa e percebe a prestação de cuidados que teve enquanto criança e adulto (Feeney & Collins, 2001; Kunce & Shaver, 1994; Reizer & Mikulincer, 2007 cit. por Torres e Oliveira, 2010). Observa-se que pessoas com um padrão seguro de vinculação apresentam maior sensibilidade e responsividade aos sinais do outro, através de cuidados adequados às necessidades do outro (sensíveis, contingentes e não intrusivos). Em contrário, os adultos com padrões de vinculação inseguros têm tendência a utilizar comportamentos controladores ou compulsivos na sua prestação de cuidados (Faria, Fonseca, Lima, Soares & Klein, 2001; Feeney & Collins, 2001; Khunce & Shaver, 1994 citado por Torres e Oliveira, 2010).

A este propósito, como referimos, alguns autores (e.g., Main *et al.*, 1985) têm proposto mecanismos explicativos da mudança na organização da vinculação ao longo do tempo. Adicionalmente, também, continua por esclarecer a contribuição das diferentes relações de vinculação na infância para a construção de uma estratégia organizada do sistema de vinculação (Lewis, 1994; Howes, 1999) e a sua associação com a vinculação na idade adulta. O número de estilos de vinculação dos adultos também não é consensual. De forma geral, a maior parte dos autores propõe a existência de apenas um estilo seguro e de vários inseguros. A revisão da literatura permite-nos referir investigadores que propõem a existência de dois, de três e mesmo de quatro estilos de vinculação insegura. Destacamos os mais referidos: a) O modelo original de Ainsworth *et al.* (1978), que inclui os estilos “seguro”, “evitante” e “ansioso/ambivalente” foi adoptado por Hazen e Shaver (1987) para estudar as relações heterossexuais como processos de vinculação. A equipa de Main também adoptou inicialmente um modelo tripartido, onde mais tarde incluiu uma quarta categoria: “autónomo”, “desligado”, “preocupado” e a classificação suplementar “unresolved” (Main *et al.*, 1985), habitualmente associada a perdas ou situações traumáticas. Com base nas representações internas sobre si próprio e sobre os outros, Bartholomew e Horowitz (1991) propuseram um modelo com quatro categorias. Para além das dimensões “segura” e “preocupada”, contempladas nos outros modelos até à data, os autores identificam dois subtipos de estilo “evitante”: o “evitante-desligado”, que combina a percepção do próprio como merecedor de cuidados dos outros com a representação destes como não respondendo às suas necessidades; e o “evitante-amedrontado”, que se caracteriza pela percepção do próprio como não merecedor dos cuidados dos outros, combinado com uma avaliação destes como pessoas em quem não se pode confiar (Canavarro *et al.*, 2006).

Metodologia

Participantes

No presente estudo, participaram dois indivíduos – um do género feminino e outro do género masculino, ambos de nacionalidade portuguesa, que se encontram a frequentar consultas de psicoterapia, num consultório particular em Lisboa, há mais de 6 meses, ambos portadores de Psoríase.

O participante do género feminino é deficiente visual, tem 49 anos de idade é casada e tem um filho com 13 anos de idade. Profissionalmente, é telefonista/recepcionista numa Instituição Pública de Saúde e reside actualmente com a sua família em Lisboa.

O participante do género masculino, tem 48 anos de idade é divorciado, sem filhos. Profissionalmente é administrativo numa empresa de seguros e reside actualmente em Lisboa.

Instrumento

Neste estudo, o instrumento utilizado para a recolha de dados foi a entrevista psicológica, tendo sido aplicada num tempo limitado e relativamente curto com o objectivo de avaliar e recolher informação relativa à história de vida de dois indivíduos. (Leal, 2008).

O tipo de entrevista aplicada foi a entrevista livre, não-diretiva ou aberta, em que o entrevistador tem ampla liberdade para perguntas e intervenções. É flexível e permite uma investigação mais ampla e profunda da personalidade do entrevistado. Na técnica a entrevista livre é uma constante fonte de informações, já que está sempre aberta a novos níveis de compreensão. É dinâmica, enquanto que a entrevista fechada é estática (Oliveira, 2005).

No âmbito da psicologia, tal como em todas as ciências designadas habitualmente como sociais e humanas, a entrevista tem sido usada, recorrentemente, como um recurso poderoso, de forma de estabelecimento de relação para inúmeros fins, em que o sentido primitivo da abordagem de questões de carácter pessoal permanece actual (Leal, 2008).

A entrevista é a técnica que permite o acesso às representações mais pessoais dos sujeitos: história, conflitos, representações, crenças, sonhos, fantasmas, acontecimentos vividos, etc. É um instrumento insubstituível no domínio das ciências humanas e ainda no domínio da Psicologia, em que há que tentar compreender a origem de diferentes psicopatologias. Com efeito, só o paciente nos pode dizer “onde” e “como” sofre; há portanto, que escutá-lo. A entrevista tem a particularidade de se ajustar aos vários modelos teóricos

vigentes, e é unânime entre todas as correntes, que a entrevista é uma “conversa“ profunda entre duas pessoas num contexto específico. A eficácia de qualquer tratamento ou procedimento psicológico está directamente relacionada com a qualidade da entrevista. Portanto, a entrevista é uma técnica *sui generis*, que nos permite aceder ao mundo privado de outro ser humano e pela qual o entrevistador tenta perceber e sentir o Outro (Oliveira, 2005).

Entre as principais qualidades dessa abordagem está a flexibilidade de permitir ao informante definir os termos da resposta e ao entrevistador ajustar livremente as perguntas. Este tipo de entrevista procura intensidade nas respostas, não-quantificação ou representação estatística.

Procedimento

As entrevistas foram realizadas num consultório particular em Lisboa, nos dias 5 e 7 de Setembro de 2012.

Em concordância com o psicólogo que os acompanha, foi disponibilizada uma sessão com cada um dos participantes, com a duração aproximada de uma hora, com o objectivo de recolher o máximo de informação possível, com especial enfoque na sua infância e relação materna, com o intuito de perceber e relacionar o tipo e/ou as representações internas na perspectiva da vinculação com o possível aparecimento ou desenvolvimento da Psoríase, que é o tema central deste estudo.

Optou-se por ler o termo de consentimento informado (consultar Anexo A), a cada um dos participantes, devido à cegueira da primeira participante, tendo posteriormente seguido o mesmo método com o segundo participante, ainda que este não tivesse qualquer problema de cegueira. Todos os nomes utilizados, tanto os dos participantes deste estudo, como os nomes utilizados por estes foram alterados para nomes fictícios, por modo a assegurar a confidencialidade das informações fornecidas.

Após ter sido lido o termo de consentimento informado, foi pedido aos entrevistados que começassem por falar sobre a sua relação na infância com os seus pais, em especial com a mãe e vida familiar em geral, e posteriormente, com o decorrer da entrevista, foram sendo direccionadas ou exploradas mais questões a partir dos relatos que iam sendo descritos, como a vida escolar e familiar, quadro clínico geral para perceber o historial de doenças que tenham surgido no passado ou que ainda existam, o aparecimento da Psoríase e o recurso à psicoterapia. Para melhor compreensão de como foi decorrida cada uma das entrevistas, podem consultar-se os Anexos B e C, que apresentam em detalhe a condução das mesmas. As entrevistas não foram gravadas, tendo sido retiradas as notas sobre a informação descrita pelos participantes, no final de cada uma das entrevistas, para que não surgisse algum tipo de barreira no decorrer das mesmas.

Estudos de Caso

Caso “MARIA”

História Familiar

Dada a sua deficiência visual e por ser filha única, “Maria” foi muito protegida pelos pais, desde que se recorda, sendo a mãe, particularmente, “mais cuidadora” (como refere) e o pai mais austero. Mesmo a restante família hiperprotegia-a, e até na terra onde cresceu (um meio pequeno) todos a acarinhavam e a tratavam de um modo especial em relação às outras crianças da mesma idade; até estas disputavam entre si para brincarem com ela e os adultos faziam dádivas de todos os géneros aos seus pais. Todo este colo que lhe era dado, era prazeroso para “Maria”, impedindo-a, no entanto, de desenvolver-se e crescer em contacto com as inerências da realidade.

Após o agravamento da situação visual, em 1984, esta tendência protectora dos pais tornou-se ainda mais intensa. Anos mais tarde, frustradas as tentativas dos pais de encontrar um tratamento ou cura para o agravamento da situação visual, viram em “Fernando” (actual marido) e no casamento dela com ele, uma saída para a sua situação de cegueira, dado que eles iriam envelhecer e deixar de poder tratar dela.

“Maria” e “Fernando” casaram em 1994. “Fernando” tem baixa visão e é roupeiro na mesma instituição que ela. Após terminar um namoro com um rapaz cego tido como romântico e agradável (reconhece ter sido dura com ele), “Maria” conheceu “Fernando” no Verão de 1987, num curso de artesanato dirigido a pessoas com deficiência visual. Seduzida pelo porte físico dele, viveu deleitosamente o envolvimento com ele, através de passeios e outras iniciativas durante o namoro. Em contrapartida, foram difíceis os primeiros anos de casamento, dado o alcoolismo de Fernando, chegando “Maria” a ter que ir alguns dias para casa dos pais, devido a ser mal tratada por ele.

Com os anos, procurou incutir no marido a regra e a ponderação, passando para ele as tarefas domésticas quase em jeito de renúncia, pois que, tendo cegado, perdera autonomia. Com isto, “Fernando” foi deixando para trás amigos dele.

Em 1999 nasceu “Rui”, único filho deles, hoje com 13 anos, que tal como os pais nasceu com baixa visão. “Rui” encontra-se a estudar, ainda que sem o apoio suficiente, segundo o relato da mãe. “Maria” sente o filho como ansioso e com dificuldades de relacionamento com os colegas. No entanto, diz incitar o filho, desde sempre, a interrelacionar-se com os colegas e a sair, mas “Fernando” protege-o em demasia, chegando a dar-lhe banho, para que “Rui” não molhe a casa de banho.

Embora o marido consumisse menos álcool e tabaco que no início do casamento, com o nascimento de “Rui”, “Fernando” isolou-se mais e passou a ser mais desconfiado e crítico, particularmente quanto a “Maria”. Passou também a ser pouco assertivo, bem como hiper-preocupado perante qualquer adversidade, contrariando com a maior acalmia de “Maria”, que ele critica e classifica como desinteresse.

Com as renúncias que “Maria” foi fazendo enquanto cega, “Fernando” foi infantilizando-a, num registo de tomar conta dela, algo que ela consentiu e que está na linha da ideia que seus pais tinham sobre o casamento dela.

Hoje, é ele de quem cuida da execução das tarefas caseiras, mas ela continua a ser quem pensa e toma as grandes decisões. As iniciativas por ela tomadas de tirar curso no Centro de Novas Oportunidades (CNO) da Casa Pia e de recorrer à psicoterapia e outras iniciativas que visem autonomizar-se ou valorizar-se, são prontamente censuradas pelo marido. É desta forma que ele considera que as consultas de psicologia são bruxaria, que a mobilidade não vale a pena existir porque ele acompanha-a e que curso na Casa Pia não faz sentido agora que tem família e já está com uma idade demasiado avançada para estudar, referindo a “Maria” que a acompanha até ao curso por obrigação, para a ajudar a ir para lá e de lá para casa.

“Fernando” continua a ser alcoólico, tem práticas sexuais que ela critica (chegou a propor-lhe que dormisse com ele e com um amigo, ou adormece em cima dela durante a relação sexual por estar alcoolizado). É crítico (ofensas verbais), à relação dela com amigos que tem.

A vida conjugal entre ambos é completamente vazia, de tal forma que desde o início do ano, ela o incentiva a contactar uma ex-namorada que vive no Alentejo e que tem problemas no seu casamento, para que eventualmente se envolvam os dois.

Apesar desta relação infeliz, “Maria” não é capaz de reagir ou opor-se, como por exemplo, quando o marido lhe fez as tais propostas sexuais que ela abominou, ou como quando este adormece em cima dela, durante a relação sexual, porque está bêbado. Refere que estas situações a chocam, no entanto, perante as mesmas não é capaz de enfrentar o conflito com o marido.

Embora não o ame, “Maria” vê nele um cuidador. Com isto, desvaloriza-se enquanto mulher, admitindo que dificilmente terá outro homem na sua vida. O divórcio está fora de questão, invocando ela a necessidade de atender aos apelos de “Rui” para que os pais se entendam e que ela tente compreender alguns comportamentos do pai.

Ao ecoar a sua dependência de outrem (neste caso, o marido), hipervaloriza os obstáculos em andar sozinha na rua, tendo uma argumentação resistente quando incentivada a investir em autonomizar-se. Actualmente não visita os pais, por não ser autónoma para o fazer. Estes contestam que ela queira conquistar autonomias, pois que para eles, e mesmo para

alguns colegas de trabalho, “Fernando” é o exemplo do cuidado, protegendo-a e executando bem esse papel.

Percurso Escolar e Profissional

Na sequência da sua deficiência visual parcial, devido ao surgimento de catarata congénita, andou no Centro Helen Keller nos primeiros anos de escola, não tendo gostado da experiência.

Foi, posteriormente, na Escola Francisco Arruda, para onde se mudou, que se sentiu mais à vontade. Era ajudada por colegas e professores, e tinha mais tempo para realizar os testes (meia hora, permitida por lei). Usava ampliações e raramente recorria à ajuda do professor de apoio educativo.

Em 1983, frequentou o 12º ano na Escola D. João de Castro, com bom aproveitamento. Planeava no ano lectivo seguinte concluir a disciplina de inglês e vir a entrar na faculdade, no curso de História. Descreve que naquela altura era alegre e tinha vontade de aprender, o que já não sente dadas as circunstâncias de vida que entretanto mudaram.

Acabou por não prosseguir os estudos académicos, devido aos internamentos e cirurgias de tratamento à sua visão, pelo que acabou por enveredar para um curso técnico nos TLP como telefonista, para que lhe pudesse permitir a entrada no mercado de trabalho.

Apesar de ter concorrido a outras instituições e hospitais, não conseguiu trabalho naquela área e acabou por iniciar trabalho como tarefaira na Instituição de Saúde onde ainda se encontra actualmente, saindo pouco tempo depois, devido à concorrência feroz e ao uso de métodos menos lícitos por parte de alguns colegas.

Desempregada, recorreu ao INR (Instituto Nacional para a Reabilitação) para pedir ajuda na procura de emprego. Contestou a sua saída do emprego na Instituição de Saúde, através de cartas a ministros e ao Presidente da República, tendo ainda recorrido a uma entrevista que deu a um jornal em 1993 sobre a sua situação.

Após ter sido chamada ao Ministério da Saúde, regressou à instituição de onde saíra, agora em regime de prestação de serviços e com a ajuda do sindicato. Em 1995 entrou para o quadro da Instituição, através de concurso público, vivendo ainda hoje intensamente esta conquista e os difíceis exames que teve que fazer.

Mais recentemente, em Novembro 2010, tirou um curso de informática dirigido a deficientes visuais, na ACAPO, o qual não aproveitou em pleno por não ter computador em casa. Actualmente, está a concluir formação do Centro de Novas Oportunidades (CNO) na Casa Pia de Lisboa, estando inscrita em cursos pós-laborais de inglês e de informática, na mesma instituição.

Evolução do Quadro Clínico - Oftalmológico e Psoríase

A história de vida de “Maria” é indiscutivelmente marcada pela sua deficiência visual. Nasceu com cataratas congénita, tendo feito diversas cirurgias nos primeiros anos de vida, ficando apenas com visão parcial no olho direito.

Em Junho de 1984, na véspera de partir com amigos para um acampamento no Alentejo para festejar o fim do ano escolar, olhou para um eclipse total do sol apenas com óculos de uso habitual, sem mais qualquer protecção. Desde aí, começou a ver sombras no olho direito, relatando que esse episódio se deu perto do jantar do dia seguinte, o qual não deu grande importância pensando que era algo passageiro. Na manhã seguinte, na praia com os amigos do acampamento, teve a sensação que as sombras haviam passado, fazendo tranquilizar-se. Porém, as sombras reapareceram no final desse mesmo dia (o seguindo após o eclipse), chegando “Maria” a Lisboa ao terceiro dia e tendo que ser conduzida a casa dos pais (onde vivia) pelos amigos.

Já em casa, dando-se conta que não conseguia ver televisão, apercebeu-se da possível gravidade da situação e, no dia seguinte, recorreu ao oftalmologista amigo da família e que a acompanhara desde sempre. Este diagnóstico revelou graves problemas na retina, vivendo ela a notícia com choque e dor.

Nesse dia, na casa dos pais, o seu avô, há algum tempo doente, piorou significativamente, vindo a falecer na madrugada seguinte. “Maria” culpa-se de, absorvida na sua perda e dor, não lhe ter dado a atenção devida.

Conhecido o diagnóstico, “Maria” passou por um período de 5 anos, no qual fez diversas cirurgias em Portugal e Espanha a descolamentos de retina, investindo os pais económica e sentimentalmente na procura de uma solução, mas sem êxito. Foi nesta altura que conheceu “Mário”, que viria a ser um grande amigo com quem tinha uma relação quase absorvente e que lhe preenchia o seu vazio, mas de quem se afastou progressivamente, enquanto se adaptava à sua nova realidade.

Pouco a pouco, retomou a sua vida laboral, casou e teve um filho, vivendo cada vez mais dependente de outrem, no caso, o marido.

Pouco tempo depois do filho nascer, “Maria” teve os primeiros sinais de Psoríase, surgindo inicialmente no couro cabeludo, depois na cara e braços. Contudo, a Psoríase é algo que ela esconde e de que não quer falar, tal como acontece noutros aspectos em que sinta que expõem algo da sua imagem, como por exemplo, tendo extrema dificuldade em querer dizer a sua idade.

Em 2011 iniciou formação no Centro de Novas Oportunidades (CNO) da Casa Pia e, devido à sua fraca mobilidade, devido à grande dependência pelo marido, foi-lhe

recomendado, através de uma associação dirigida à prestação de informação e encaminhamento de deficientes visuais, que frequentasse consultas de Psicologia, com o sentido de melhorar a sua autonomia. Após ter iniciado as consultas de Psicologia e treinos de Orientação e Mobilidade, conseguiu pela primeira vez viajar sozinha de metro até à consulta que tem semanalmente.

Evolução do Quadro Psicológico

“Maria” evita falar da infância, desculpando-se de já não se lembrar, destacando apenas que aos 9 anos sentia ansiedade e insónias. Na altura, frequentava o Centro Helen Keller, pelo que a médica de serviço do centro prescreveu-lhe alguma medicação que a fazia ir para as aulas sonolenta.

Após essa medicação, que mais tarde suspendeu quando mudou de escola, não lhe foi prescrito mais nenhuma medicação, apenas mais tarde, no período das cirurgias em Espanha e após a perda visual, tomava alguns calmantes.

No seus relatos, percebe-se que a sua adolescência parece ter sido um período de vida alegre, do qual guarda boas recordações, embora sempre num pano de fundo de dependência (não se sabe em que consistia a ajuda de professores e colegas na escola, uma vez que pouco falou sobre esse assunto).

Em 2003 foi-lhe diagnosticada depressão, caracterizada por tristeza, insónias, choro, isolamento, ansiedade e sensação de aperto no peito, tendo-lhe sido prescritos (pelo médico de família) um calmante e um antidepressivo, que mudou algum tempo mais tarde, alegadamente por habituação ao primeiro, retomando mais tarde este último. Fez também psicoterapia e continua a medicar-se, actualmente sem monitorização.

No final de 2011 iniciou novamente psicoterapia de apoio, devidos a queixas, nomeadamente cansaço, pouca tolerância ao barulho e dificuldades em dormir, auto-desvalorização enquanto mulher (sente-se velha e tem aspecto carregado), choro, sensação de vazio e desencanto quando olha para a sua vida afectiva, solidão, não se sentir ouvida nem compreendida, ideia de interdição a aceder ao prazer e dependência do outro.

Embora reconheça um relativo investimento na sua autonomização, desde que iniciou a sua psicoterapia, mantém (mas critica) o seu tom sofrido no discurso e no viver, centrando-se e hipervalorizando mais as dificuldades do que as conquistas. Questiona o seu vazio afectivo.

Análise - Caso “Maria”

Através de uma primeira análise observacional, podemos constatar que “Maria” é uma pessoa frágil, de tal forma que não é capaz de contestar situações que o mereceriam, nem mesmo aquelas que põe em causa o seu ser mulher (“*o meu marido embebedada-se e adormece em cima de mim com aquele cheiro nojento a álcool...já para não falar daquela vez que me perguntou se podia arranjar um amigo para dormirmos os três...fiquei parva com aquela porcalhisse!*”). Pode observar-se que se trata de uma pessoa com fraca auto-estima, mantendo-se como que à tona, numa existência talvez por que tem que ser (“*Desde os meus pais, que é o “Fernando” que tem tomado conta de mim e das coisas lá de casa e também do nosso filho*”). Parece que não houve aqui uma passagem de vida de criança e adolescente para uma vida adulta e responsável por si e pelas suas decisões, uma vez que houve uma rápida substituição das figuras parentais para o homem com quem casou, passando este a desempenhar tais funções de cuidador. Por outro lado “Maria”, compactua com esta situação, não procurando a sua independência, ficando sempre à espera que o marido cuide dela até nas tarefas mais básicas (“*o meu marido é quem me traz de casa até às consultas, trabalho e até no curso que estou a fazer na Casa Pia*”...os meus pais e ele não querem que ande na rua sozinha porque me pode acontecer alguma coisa porque sou cega”). Esta permanente infantilização e insegurança que a faz acompanhar, pode estar relacionada com o tipo superprotecção que teve da parte das suas figuras parentais, (“*a minha mãe protegia-me muito...sempre protegeu. O meu pai também me protegia, mas dava-me mais ralhetes e castigos quando me portava mal. Mas todos lá na vizinhança protegiam-me, davam prendas aos meus pais e até a pequenada lá do bairro queria sempre brincar comigo, até andavam à bulha*”).

Relativamente à dependência do marido e à solidão que sente por não ter mais amigos (“*...tive aquele amigo, o “Mário”, por quem tive uma grande amizade e um pouco mais (sorriu)...mas depois de tantas voltas que a minha vida deu...acabámos por nos afastar...tenho pena.*”), o seu ideal de amizade é uma pessoa com quem quase se funde (“*...o “Mário” ajudava-me a não me sentir sozinha...andávamos sempre juntos.*”), o que é característico de um tipo de vinculação insegura. Dificuldade em aceder ao mundo interno da paciente devido a grande resistência em falar do passado e presente quando questionada, apresentando muitos silêncios, preferindo falar apenas das coisas que a deixam mais confortável, ou seja dos episódios mais recentes ou eventos relacionados com o seu dia-a-dia.

Quanto às características psicológicas da paciente, observou-se que esta apresenta algum grau de obsessividade, devido ao seu relato minucioso referente às datas que foram

marcando os acontecimentos da sua vida, timidez na sua postura (sempre de casaco vestido, com a mala no colo juntamente, com uma série de sacos, que carrega para todo o lado) e apresenta igualmente uma sintomatologia de quadro depressivo, que é igualmente visível no seu discurso (rosto carregado, cabisbaixo, e um discurso de tristeza pela sua vida).

Numa análise mais profunda, tentando relacionar o motivo ou situação que levou ao aparecimento da Psoríase, esta surgiu na altura do nascimento do filho. Segundo Souza *et al.* (2005), em alguns momentos do ciclo vital, as mudanças são inevitáveis, acarretando *stress* e rompimento. Para Lynn (1995, cit. por Souza *et al.*, 2005), este é o prelúdio de transformações, e nestes casos, podem surgir sintomas, que expressam tanto a necessidade familiar de mudança quanto a proibição contra.

Apesar de o tema da Psoríase ter sido abordado por várias vezes no decorrer da entrevista, houve dificuldades em falar da doença, pelo que concluímos que, perante as características da personalidade da paciente (ansiedade, dificuldade em expressar os seus sentimentos, depressiva), estilo de vinculação estabelecido com as figuras parentais, que agora se repete com o marido, e eventos de vida *stressantes* que surgem no seu quotidiano, ou até mudanças repentinas no seio da sua estrutura familiar, podem estar na causa do aparecimento da Psoríase de “Maria”. As estruturas familiares estão sob maior pressão para mudar nos pontos naturais de transição, não sendo surpreendente, que a maioria dos sintomas ocorram nesses momentos. Por mais que se relacione o *stress* com os eventos negativos da vida, as pesquisas sobre o *stress* têm percebido que essa associação nem sempre se confirma (Souza *et al.* 2005). Tanto eventos positivos (como a chegada de um membro da família, neste caso o nascimento do filho esteve na origem do aparecimento da Psoríase) quanto negativos (como a perda de alguém, no caso de “Maria” que perdeu o avô e ainda sente-se culpabilizada pela pouca atenção que lhe deu na altura da sua morte, devido aos problemas de visão que enfrentava na altura) podem gerar *stress*. Com isso, entende-se que existam crises de estágio de vida normais, previsíveis, capazes de acentuar o *stress* e até gerar perturbações. Em geral, os efeitos são atribuídos a mudanças importantes de papéis, o que pode provocar crise em algumas famílias. Assim, no ciclo vital, os períodos de transição são os potencialmente mais vulneráveis para o surgimento de doenças, já as tarefas desenvolvimentais podem exigir uma mudança descontínua, ao invés de pequenas alterações. (Lynn, 1995, cit. por Souza *et al.*, 2005).

De acordo com Janković *et al.* (2009), pacientes com Psoríase apresentaram menor apoio social e tendem a estar associados a maus tratos sociais, o que se verifica também no caso de “Maria”, quando esta refere que não tem amigos (*“...quando era mais nova ainda ia tendo amigos da escola ou do bairro onde vivia, mas desde que surgiram os meus problemas visuais e principalmente desde o casamento que não tenho amigos, também porque o meu marido diz que não vale a pena...que é tudo uma falsidade e que não são os amigos que cuidam de mim.”*).

Caso “DAVID”

História Familiar

“David” foi filho único até aos 5 anos de idade, altura em que teve um irmão. Sempre viveu na zona de Sintra com o pai e com a mãe, tendo convivido durante dois anos com o avô paterno.

Após o nascimento do irmão, a sua mãe teve uma depressão pós-parto, o que obrigou que a tia de “David” fosse viver com a família para ajudar. Para “David”, a tia – a solteira da família que nunca casara - era pior que a sua mãe, pois era extremamente controladora e ainda mais protectora. Bastava que “David” tivesse uma tosse ligeira que a tia tomava medidas extremas, obrigando-o a ficar de cama, levando todas as refeições junto dele.

Antes de nascer o irmão, desejava uma irmã, pois estava habituado à presença das primas com quem convivia frequentemente. Quando nasceu o irmão, acabou por ficar igualmente feliz, tendo tido sempre uma boa relação com este e nunca ter sentido qualquer tipo de diferenças por parte dos pais no tratamento de ambos.

O nascimento do irmão e a convivência com o avô paterno, são as únicas lembranças que diz ter, não se lembrando de mais nada de marcante nesta altura da sua infância.

Fala da sua mãe como alguém que se sempre esforçou para que nunca faltasse com os bens essenciais a “David” e ao seu irmão, mas percebida como superprotectora e punitiva. Nunca os deixava desempenhar nenhuma tarefa doméstica nem os ensinava para tal, pois só da sua maneira é que ficavam bem feitas. Sempre que estes insistiam com a mãe para fazerem alguma tarefa, estas eram sempre fortemente criticadas. Este comportamento fez com que “David” e o seu irmão se deixassem de importar com as arrumações ou outras tarefas caseiras, pois a mãe fazia questão de assegurar tudo. Aliás, era a matriarca que tomava todas as decisões em casa, pois o seu marido (pai de “David” e seu irmão) estava todo o dia fora para assegurar o seu trabalho, que era o único sustento desta família. O pai é relatado como alguém calmo, que estava um pouco ausente devido ao seu trabalho, mas com que tinha uma boa relação e que procurava estar com os filhos no seu tempo livre. Nunca era severo nem castigava, apenas ditava alguns ralhetes quando faziam algo menos apropriado. Ao contrário da mãe que era muito punitiva e que aplicava vários castigos, quer físicos ou verbais. As brincadeiras de “David” eram severamente repreendidas. Apesar de nunca ter faltado com nada, era uma mãe pouco carinhosa e em certas ocasiões sentia que não se preocupava muito com ele.

Aos 24 anos casou, tendo comprado uma casa no mesmo prédio onde vivia os sogros. Após o casamento, a sogra continuou a ter comportamentos idênticos aos da sua mãe. Tomava

decisões pelo “David” relativamente à sua vida conjugal e passava muito tempo em casa dele onde desempenhava também todas as tarefas domésticas. Toda esta situação deixava-o revoltado e impotente, pois a mulher em conjunto com os pais, em especial com a mãe, tomavam todas as decisões em relação à casa e programas familiares, deixando-o sempre fora como decisor. Com a revolta que sentia, por vezes geravam-se discussões, mas acabava por se sentir diminuído pois os sogros tomavam sempre partido da filha, acusando-o de ser conflituoso. Devido aos problemas existentes no seu casamento e à incapacidade de lidar com toda aquela situação, a sua vida conjugal foi piorando, ao ponto de a mulher o rejeitar fisicamente. Com o tempo a sua vida marital foi piorando cada vez mais, levando-o a um quadro depressivo, que foi agravado com o culminar do divórcio.

Iniciou psicoterapia logo após o divórcio, tendo recomeçado há cerca de seis meses, com um outro psicoterapeuta, agora com queixas mais direccionadas com o *stress* no trabalho.

Percurso Escolar e Profissional

A infância de “David” foi bastante marcada pelo seu avô paterno, ex-militar, considerado uma pessoa austera, que o ensinou a ler e a escrever quando tinha entre 4 e 5 anos. O seu avô considerava importante estes ensinamentos antes de ingressar para a escola primária, para que estivesse mais avançado que os outros pares.

“David” recorda que este exercia muita pressão na aprendizagem das letras e números, pois quando ocorria enganos ou distrações o seu avô punia-o com alguns castigos físicos, como por exemplo, puxões de orelhas, no entanto, não o desvalorizava verbalmente. Porém, “David”, considerava estes castigos como muito injustos, pois sentia que estava a aprender e era natural que ocorressem enganos, tendo em conta também a sua tenra idade, o que acabou com o tempo por sentir-se triste e revoltado com o método do seu avô. Com 6 anos de idade, ingressou na escola primária, que foi sentida e descrita como tendo sido desmotivante, uma vez que começara a aprender o que já tinha aprendido com o seu avô.

Com a sua entrada na primeira classe, o seu avô, que vivera dois anos com “David” e seus pais, acabou por regressar à sua residência em Lisboa, não tendo assumido mais o papel de “educador”, sentido por “David” como aliviante a sua partida da sua casa. Nos anos seguintes, a escola começou a assumir uma perspectiva diferente, pois começou a identificar-se mais com os seus colegas pois voltou a estar no mesmo patamar de aprendizagem que estes.

Pouco tempo depois de ingressar no liceu, deu-se o 25 de Abril de 1974, altura essa que originou o encerramento por largos períodos de muitas escolas, devido a greves dos trabalhadores, incluindo o liceu que “David” frequentava. Os programas escolares também estavam permanentemente a serem sujeitos a alterações, pelo que todas estas mudanças escolares foram geradoras de grande desmotivação em “David”.

Apesar da desmotivação que sentia com a escola, aproveitava o encerramento desta para brincar com os seus colegas e amigos, desenvolvendo o gosto pela brincadeira e exploração do meio onde vivia e estudava. Durante estas actividades com os seus pares, estes pressionavam “David” para que dissesse asneiras ou tivesse comportamentos que achava serem impróprios e com os quais não se sentia à vontade, mas no intuito de agradar e de continuar a pertencer ao grupo de amigos, acabava por ceder ainda que lhe causasse desconforto ou ansiedade, pois temia em ser castigado pela sua mãe, caso esta acabasse por tomar conhecimento. A sua adolescência foi marcada pelas pressões sociais, sentindo dificuldades em adaptar-se às mudanças dentro do seu grupo de amigos, que após as férias de Verão ao regressarem ao liceu para o começo de um novo ano lectivo, todos tinham mudado a sua postura e a forma de se vestirem, deixando de quererem ter as mesmas brincadeiras apreciadas no ano anterior, tendo este episódio contribuído ainda mais para a desmotivação e afastamento de “David” do seu percurso escolar. Não percebia o porquê daquelas mudanças de todos em tão pouco tempo, visto ele não ter mudado nem ter adoptado o mesmo perfil que os seus colegas, sentindo saudades das brincadeiras de outrora.

Começou a estar apático nas aulas e deslocado em relação aos seus colegas. Descreve este período como uma altura complicada, pois acabou progressivamente por se desligar dos amigos, pois já não se identificava com eles, pela postura, comportamento e novo visual, muito distante dos tempos de meninice.

O seu percurso escolar, embora atribulado, decorreu com normalidade, sem nunca ter perdido nenhum ano, até ao 11º ano de escolaridade, altura em que desistiu de estudar para se iniciar no mundo do trabalho. A iniciativa partiu dos pais e avô, que o pressionavam constantemente para começar a trabalhar com a maior brevidade, uma vez que a situação laboral no país atravessava uma crise, e os trabalhos eram escassos e não se conseguiam com facilidade.

Com 15 anos, começou a trabalhar numa empresa de seguros, que conseguira através de um conhecimento de uma vizinha dos pais e que era amiga do director, e que teve conhecimento que estavam a precisar de um funcionário para aquela empresa. Quando começou a trabalhar os pais tiveram de assinar um documento que autorizassem “David” a trabalhar, devido à sua idade. Relembra como traumático a passagem de um meio fechado em que era a escola, onde estava com os seus amigos e passava mais tempo com a sua família) para o mundo laboral, em que tinha de ir de comboio até Lisboa, sozinho, tomar decisões e enfrentar diariamente o seu chefe, descrito como bruto, ditador e horrível. Diz não ter sido preparado para ter de enfrentar tudo aquilo repentinamente, tendo ficado revoltado com toda aquela situação, sendo agravada pelas atitudes controladoras do chefe.

No ano seguinte, ao ter começado a trabalhar, retomou os estudos em regime pós-laboral, no curso de electrónica, que inicialmente escolhera para que pudesse terminar o 11º ano de escolaridade. Ainda que os esforços tenham sido muitos para conciliar o trabalho com a escola, “David” não conseguiu frequentar as aulas após o primeiro período, devido ao cansaço que o assolava, pois acordava diariamente às 06 horas da madrugada e acabava por se deitar muito tarde quando conseguia ir às aulas. Desistiu nesse ano, tentando novamente no ano lectivo seguinte. Decidiu mudar de curso, enveredando pelo curso de contabilidade na mesma escola, pois esta era uma área que queria aprofundar pois tinha sido transferido para o departamento de contabilidade no seu trabalho, pensando que o curso que lhe dava acesso à finalização do 11º ano poderia ser-lhe igualmente útil na empresa onde trabalhava.

Durante este período, acabou por ser notificado pelo Exército para que cumprisse o serviço militar obrigatório. Após 14 meses de serviço militar, regressou ao trabalho e como lhe foram atribuídas mais responsabilidades acabou por desistir completamente dos estudos. Apesar dos atritos com o chefe e de alguns colegas, que foram surgindo ao longo dos anos, acabou por permanecer na empresa até aos dias de hoje.

Evolução do Quadro Clínico – Asma e Psoríase

Durante a sua infância desenvolveu asma. Foi consultado por vários médicos, tendo um deles advertido a mãe que quando os episódios de asma cessassem, a probabilidade de “David” desenvolver problemas de pele era muito grandes.

Diz ter Psoríase e asma pois são problemas de família, e tal como o seu avô paterno e restantes tias, todos padeciam dos mesmos problemas (“*o meu avô, os meus tios e tias e também os meus primos, todos tinham Psoríase.*”).

Enquanto o processo de divórcio se resolvia, teve vários ataques de asma e paralisias faciais, que tratou com o recurso à fisioterapia e tratamentos homeopáticos.

Por volta dos 40 anos, quando se divorciou, foi viver provisoriamente com os seus pais, tendo a asma entrado em remissão, não voltando a ter mais episódios. Pouco tempo depois, surgiu-lhe uma pequena mancha no peito, e ao recorrer a um dermatologista, este diagnosticou-lhe Psoríase. Com o passar dos anos, a Psoríase alastrou-se para a face, o que foi terrível para a sua auto-estima, uma vez que na cara era impossível esconder. Acabou por recorrer a vários dermatologistas, que lhe foram prescrevendo vários tratamentos, alguns dolorosos, mas nenhum surtiu efeito.

Entretanto, recorreu a terapias alternativas, como por exemplo o *Reiki* e outros tratamentos homeopáticos, o que contribuiu para que começasse a sentir-se mais calmo, pelo que a Psoríase entrou em remissão, melhorando significativamente.

Actualmente, só quando está em situações que lhe provocam grande *stress* ou quando come determinados alimentos (como vinho ou algo muito salgado) é que surgem novamente as crises de Psoríase, que começa no peito, cotovelos e alastra-se até à face.

Refere também que desde que iniciou a psicoterapia, que as crises de Psoríase já não são tão abruptas, não tomando as proporções de antes. Para minimizar os efeitos da Psoríase, toma banhos quentes diariamente e posteriormente hidrata com cremes à base de aloé vera.

Evolução do Quadro Psicológico

Pela altura em que se estava a divorciar, “David” desenvolveu um quadro depressivo, apresentando vários sintomas, tais como vontade de chorar incontrolavelmente, insónias e sentimentos persecutórios, que se foram agravando. Para aliviar o seu grande sofrimento, acabou por recorrer a um psiquiatra, que o medicou com antidepressivos e ansiolíticos e sugeriu que iniciasse psicoterapia, que durou cerca de 3 anos. No final da sua psicoterapia, deixou de tomar os medicamentos prescritos pelo psiquiatra, pois desenvolveu outros sintomas associados, tais como cansaço permanente, dificuldades em acordar e dificuldades de concentração.

Desde o divórcio, que teve um grande impacto na sua vida, não retomou a sua vida afectiva, tendo dificuldades em iniciar qualquer tipo de compromisso, centrando-se mais nas suas actividades laborais e de lazer.

Iniciou recentemente a sua psicoterapia, agora com uma perspectiva diferente do passado, mas que sente que ainda tem implicações com a sua vida do dia-a-dia.

Não voltou a tomar antidepressivos ou ansiolíticos, mas há uns meses voltaram as insónias, pelo que foi-lhe receitado indutores de sono, que tem tomado habitualmente.

Análise – Caso “David”

Através de uma primeira análise observacional, podemos constatar que “David” teve dificuldades em assumir uma postura adulta e de crescimento em relação aos seus pares, parecendo querer ficar preso à infância (*“não queria que as coisas mudassem, queria continuar com as brincadeiras que tinha com os meus amigos...mas de repente, todos mudaram menos eu.”*), como que uma resistência à responsabilidade que se assume em idade adulta.

Dificuldade em adaptar-se, devido a sua idade (*“comecei a trabalhar tinha 15 anos, quase 16...ainda era um miúdo.”*), da saída de um meio mais fechado (escola) para o mundo do trabalho, em que tinha de tomar decisões e estar sozinho. Deixou de sentir a protecção da mãe e família quando começou a trabalhar, existindo uma clara passagem forçada para a fase adulta, revelando sentimentos de desprotecção repentino (*“Foi muito traumático para mim sair de um círculo fechado, como a escola, amigos, família, uma mãe que era superprotectora, e de repente sozinho, a ir de comboio para Lisboa todos os dias, para o trabalho, com um chefe bruto, ditador e horrível...não estava preparado para aquilo, porque ninguém me preparou...”*).

Há uma clara repetição do padrão relacional estabelecido com a sua figura materna, percepcionada como controladora, punitiva e austera, primeiro para o seu avô que assumiu durante algum tempo a sua educação, posteriormente o chefe, quando ingressa no mundo laboral e finalmente, para a ex-mulher e sogra, quando se casa.

Percebemos que estamos perante uma mãe que não preparou o filho para entrar na vida adulta, infantilizando-o no desempenho ou ensinamento das tarefas domésticas básicas e constante desvalorização de todas as tarefas desempenhadas. Parece que houve grandes dificuldades pela mãe, em ensinar os filhos, sendo mais fácil fazer do que explicar (*“a minha mãe não nos deixava nem nos obrigava a fazer a cama ou a arrumar o quarto ou brinquedos...dizia que ela fazia. Às vezes, eu e o meu irmão queríamos fazer e ela dizia que estava mal feito e que era preferível fazer ela, para ficar bem feito.”*)

Durante os relatos sobre a sua infância, foi percebido que houve falta de carinho por parte da mãe de “David”, mas que este desculpa (*“nunca nos faltou com nada...mas não era muito carinhosa...talvez o fosse à maneira dela”*).

Quanto às características psicológicas do paciente, parece existir alguma agressividade contida, que não é exprimida devido à sua grande dificuldade em falar dos seus sentimentos, e quando questionado acerca dos mesmos, demonstrou uma grande ansiedade, desviando para outros assuntos. Existe também alguma timidez, principalmente na tentativa de estabelecer

novas ligações afectivas, o que nos leva a concluir que o assunto da sua separação pode ainda não estar esclarecida internamente ou, talvez por medo de poder passar por uma situação idêntica.

Numa análise mais profunda, para relacionar o aparecimento da Psoríase, “David” menciona como principal factor de *stress* a sua separação conjugal. Portanto, não se exclui a possibilidade das temáticas perda e/ou separação, estarem presentes para a compreensão da doença. Neste sentido, a Teoria da Vinculação (Bowlby, 1973/1998), estudos sobre *stress* (Azambuja, 2000; Goleman & Gurin, 1997) e a Psicodermatologia (Azulay, 1997), enfatizam o quanto as perdas podem levar a consequências psicológicas importantes que se expressam através da pele. A perda de uma figura com a qual o indivíduo desenvolve um comportamento de vinculação (neste caso em particular, a ex-mulher de “David”) pode trazer repercussões importantes. Conforme observado nos dados do presente estudo facultados através da entrevista, verificou-se sofrimento pela perda de uma figura considerada importante. Assim, a perda de uma figura com quem foi formado um vínculo e protecção, pode gerar grande insegurança e *stress*, que vivenciado de forma intensa produz modificações no sistema imunológico, o que pode propiciar o desenvolvimento de alguma psicodermatose. Os eventos que envolvem perdas causam bastante sofrimento para o ser humano (Bowlby, 1973/1998) e, talvez por isso, sejam predominantes entre as pessoas portadoras de psicodermatoses. A perda pode ser consequência de morte ou abandono, e as circunstâncias em que ela ocorre podem determinar um luto sadio ou patológico, que no caso de “David”, pode considerar-se patológico, pois existe uma clara dificuldade em refazer a sua vida afectiva, e revelou grande dificuldade e ansiedade quando relatou os episódios referentes ao seu antigo casamento. Há condições sociais e psicológicas que afectam a pessoa enlutada, como o facto de residir com outras pessoas, condições socioeconómicas, crenças e práticas que facilitem ou impeçam o luto sadio (Souza *et al.*, 2005). Podemos pensar que a dificuldade em fazer esse luto sadio por parte de “David” da sua antiga relação, pode dever-se às crenças incutidas pelos seus pais, que hipervalorizavam o casamento devido a fortes crenças religiosas.

Considerações Finais

Segundo Silva (2002), com frequência, na história de vida dos pacientes portadores de doenças de pele, há existência de uma mãe inadequada, quer superprotectora, quer francamente rejeitadora, o que se verifica nas descrições de ambos os participantes deste estudo, quanto à relação que mantinham com as suas mães. Isto leva-nos a pensar que conflitos intrapsíquicos, decorrentes da história de vida de cada sujeito, podem ter suma importância nas suas complicações físicas, assim como na sua própria vida emocional.

Desta forma há que evidenciar o papel materno, que tem uma forte influência no estabelecimento de uma base seguro ou insegura na criança. Tal como Ainsworth *et al.* (1978 cit. por Bowlby, 1989) refere, está provado que o modelo de vinculação que uma criança não traumatizada no nascimento desenvolve em relação à sua mãe é produto de como essa mãe a trata. Segundo Bowlby (1989), as mães que promovem nos seus filhos uma base segura, são aquelas que estão essencialmente disponíveis e prontas para responder adequadamente, encorajar, dar assistência, mas apenas quando for claramente necessário, para que não interfiram com a exploração do mundo exterior por parte da criança ou adolescente. Saberem que podem contar com uma mãe que devolve segurança, reconforto e encorajamento, quando confrontados com algum sofrimento, é a base de uma vinculação segura. De acordo com o autor, crianças que tinham um relacionamento seguro com os pais, revelavam-se ser mais confiantes e competentes. Em vários estudos com adolescentes e adultos jovens, assim como em crianças de várias idades a frequentar a creche ou escola, verificou-se que os emocionalmente mais estáveis e que aproveitavam ao máximo as oportunidades, eram aqueles cujos pais os encorajavam na sua autonomia, estavam disponíveis e prontos para intervir, quando solicitados. Nem a mãe nem o pai estarão aptos para promoverem uma base segura ao seu filho em crescimento, se não tiverem uma compreensão intuitiva e respeito pelo comportamento de vinculação desenvolvido pela criança (Bowlby, 1989). Portanto, quando existe sensibilidade por parte da mãe e as condições referidas são satisfeitas, parece provável que resulte num intercâmbio feliz entre esta e a criança, e assim resulte numa vinculação segura. Porém, quando estas condições não são, ou só em parte, satisfeitas, verifica-se então descontentamento na interação da vinculação, resultando num tipo de vinculação insegura.

Neste seguimento, e sob a perspectiva da vinculação, podemos inferir que ambos os sujeitos que participaram neste estudo, apresentam um modelo de vinculação insegura, no sentido em que as suas figuras parentais, em especial a mãe, não foram suficientemente adequadas no uso de estratégias que promovessem a sua autonomia, adoptando antes um

reportório de técnicas restritivas ou punitivas, que são visíveis através dos relatos dos indivíduos entrevistados (Bowlby, 1989).

Ainsworth (citado por Bowlby, 1969/1982) reforçou os índices de comportamento maternal e que foram inicialmente esquematizados, para melhor compreender o padrão de vinculação segura, que incluíam: a) contacto físico frequente e prolongado entre o bebé e a sua mãe, especialmente durante os primeiros seis meses, em conjunto com a aptidão da mãe para acalmar o bebé aflito, colocando-o no colo; b) sensibilidade da mãe para os sinais de bebé, especialmente, a sua aptidão para ajustar as suas intervenções em harmonia com os ritmos deste; c) um ambiente regulado de modo que o bebé possa deduzir um significado das consequências das suas próprias acções. Percebemos então a importância da pele e do contacto inicial com o outro (mãe) para a construção de todo o psiquismo do sujeito, não somente no aspecto físico. Não é de estranhar, que a pele seja considerada como o espelho das emoções, e por meio dela tenhamos possibilidades de tentar conhecer aquilo que seja possível a respeito do sujeito portador da doença de pele.

Para Rolland (1995), o enfrentamento de uma doença crónica ultrapassa o estabelecimento de estratégias ligadas ao conhecimento biológico da enfermidade. Existem questões psicossociais envolvidas no caso de doenças crónicas que se estendem por anos. A família precisa desenvolver um modo de conviver com suas implicações, o que, conforme o autor, seria encontrar um *modus operandi*. Desta forma, para o autor, quando se trata de uma doença crónica, não basta que se faça um entendimento isolado. Em geral, o que se tem é uma interface dos ciclos de vida da doença, do indivíduo e da família. São essas três instâncias (Souza, *et al.*, 2005).

Os estudos referidos anteriormente, têm mostrado um alto grau de associação entre as alterações na saúde e os eventos de ciclo de vida familiar. Um outro factor desencadeante possível, igualmente mencionado nos estudos efectuados, foi a separação entre membros da família (entre pais, conjugal, afastamento). Em relação a isto, o estudo realizado por Kilpeläinen *et al.* (2002 cit por Souza *et al.*, 2005) aponta que conflitos pessoais ou entre os pais (divórcio dos pais e separação do cônjuge) estão associados à asma, sendo seu surgimento precedente ou concomitante a estes eventos *stressantes*. O surgimento da asma ou a sua exacerbação, assim como as doenças de pele, possuem relação com factores emocionais. Uma criança pode desenvolver problemas psicossomáticos como reacção a conflitos conjugais implícitos ou explícitos de seus pais (Lynn, 1995 cit por Souza *et al.*, 2005). Nesse caso, os problemas físicos, inclusive, fazem parte do funcionamento familiar, exercendo uma influência sobre o comportamento dos demais, desviando a atenção da desavença entre o casal, por exemplo (Souza *et al.*, 2005).

Mingnorange, Loureiro e Okino (2002), encontraram influência da doença de pele nas relações interpessoais, sendo que os pacientes relataram problemas nos relacionamentos, apontando como factores de influência a discriminação social e as características pessoais.

No presente estudo, encontrou-se uma relação entre o surgimento da psicodermatose (Psoríase) e as características pessoais dos sujeitos entrevistados, como traços de personalidade (timidez, ansiedade, agressividade, obsessividade, depressão) que dificultam os relacionamentos interpessoais, pelo que pode gerar-se um ciclo de dificuldades relativas à vinculação nos casos, em que, como consequências do problema de pele, o individuo acaba por ter dificuldades no contacto íntimo ou social.

A partir do presente estudo, podemos desenvolver hipóteses sobre a psicogénese do adoecimento de pele, relacionando com o desenvolvimento inicial e o registo impresso no sujeito para que, na vida adulta, venha a apresentar tais disfunções. Isto porque os pacientes parecem apresentar uma falha que lhes traz a necessidade de estar em permanente regeneração; um estado de cicatrização, possivelmente resultante das falhas impressas num momento muito inicial do desenvolvimento. A doença de pele aparece, assim, como uma agressão ao meio, porque está, em muitos casos, visível agindo como pedido de cuidado e aproximação (Jorge, *et al.*, 2004).

Percebemos, a partir dos dados apresentados neste estudo, que os problemas dermatológicos podem ter relação muito próxima com o *stress* e com os problemas emocionais, indicando a importância do atendimento psicológico nesses casos.

No que diz respeito à compreensão de melhorias na sintomatologia da doença dermatológica, no caso de “David”, desde que iniciou a sua psicoterapia, relatou que se sente mais calmo e que o tem ajudado a compreender algumas questões relacionadas com as suas dificuldades emocionais. Tem a percepção que a psicoterapia, em complemento com as outras terapias alternativas, anteriormente referidas (*Reiki*, tratamentos homeopáticos, etc.), o ajudou a controlar melhor esta doença incurável, pelo que concluímos que no caso de “David” a psicoterapia tem um efeito positivo no controlo e remissão da Psoríase.

Já no caso de “Maria”, não foi conclusivo quais os benefícios que a psicoterapia representa para a paciente, uma vez que no decorrer da sua entrevista, pouco abordou a questão da Psoríase, demonstrando-se sempre desconfortável e ansiosa quando questionada sobre o assunto. Em traços gerais, e partindo da análise da entrevista de “Maria”, também não foi possível perceber qual foi o impacto que a psicoterapia está a ter na resolução dos seus problemas.

Em ambos os casos, as representações e memórias da figura paterna são congruentes com os resultados de entrevistas a quatro pacientes psicodermatológicos, verificado no estudo

de Torres (2008), em que a figura parental é recordada como rígida, austera, demasiado exigente mas também, por vezes, paradoxalmente idealizada e grandiosa.

De facto, a psicoterapia pode auxiliar a pessoa com problema dermatológico na transformação da postura e das atitudes frente às situações de *stress*, reflectindo-se na melhoria da qualidade de vida, e consequentemente da sua pele. A partir da compreensão das categorias e dos factores *stressantes* mencionados nos casos apresentados, considera-se que o acompanhamento psicológico focalizado nos factores percebidos como desencadeantes da psicodermatose, bem como os factores de *stress* presentes no dia-a-dia, podem possibilitar uma nova forma de simbolização em que a pele deixe de ser o veículo de expressão do sofrimento. Situações de perda e separação, e assim, contribuir para o surgimento das psicodermatose (Souza *et al.*,2005). O acompanhamento e/ou aconselhamento dos pacientes com Psoríase poderá melhorar a sua condição mental e psicológica, pelo que o objectivo deste tipo de abordagem seria aumentar o controlo pessoal, encorajamento de estratégias de *coping*, reestruturação de sentimento negativos em relação à doença e encorajar os pacientes a expressarem as suas emoções e a procurarem apoio social (Nóbrega de Jesus, 2009/2010).

Bowlby (2001, cit. por Souza, *et al.* 2005) ressalta a dificuldade e o medo de pacientes que tiveram perdas importantes em se vincular com o terapeuta, temendo serem novamente abandonados. Assim, a “arte da terapia”, segundo este autor, seria o terapeuta oferecer condições nas quais o paciente possa recuperar aquilo que o autor chama de “sentimentos e desejo de vinculação”, o que não é uma tarefa fácil. Através da vinculação com o terapeuta, o paciente poderia experimentar uma relação de apoio na qual não seria abandonado, experienciando a possibilidade de estabelecer um vínculo nas várias suas relações.

Relativamente ao *stress*, há vários estudos que mostram haver associação entre *stress* e Psoríase Porém alguns estudos, não são conclusivos quanto à associação da doença com o factor *stress*. Num dos estudos, apesar de não ter sido encontrada qualquer associação entre o *stress* e a Psoríase, continuam a apoiar a hipótese de que esta doença possui uma forte componente psicossomática, na medida em que, registaram uma forte associação entre a vinculação evitante e o agravamento da Psoríase e o agravamento da Psoríase em placas. Também se verificou uma associação positiva ligeira referente ao apoio social e agravamento ou exacerbação da Psoríase (Nóbrega de Jesus, 2009/2010).

Quanto aos acontecimentos de vida, existem igualmente estudos que entram em concordância em que os pacientes com Psoríase tendem a reportar mais acontecimentos de vida no ano anterior à instalação da doença. Já outros estudos, também concluíram, através dos seus resultados a relevância dos factores psicossociais na Psoríase. (Nóbrega de Jesus, 2009/2010).

No que diz respeito aos factores psicológicos, verificou-se que pacientes com Psoríase, são mais deprimidos e apresentam um temperamento e carácter distintos quando comparados com o grupo de controlo. Assim, uma dimensão do temperamento (os evitamentos de perigo) e algumas dimensões do carácter (auto-direccionado, capacidade de cooperação) poderão estar associados a uma sintomatologia depressiva nos pacientes com Psoríase. Estes pacientes tendem a pontuar mais nas escalas de ansiedade e vinculação evitante (Nóbrega de Jesus, 2009/2010).

Relativamente aos tratamentos, muitos autores sugerem que a avaliação e tratamento da Psoríase deverá incluir aproximações/abordagens no domínio da psicossomática na prática clínica e acreditam que as intervenções psicológicas podem ajudar os indivíduos a reinterpretar e desenvolver estratégias para lidar com os mesmos eventos ou novos que poderão surgir, diminuindo a morbilidade destas patologias. Alguns, concluem que o tratamento com ansiolíticos e anti-depressivos podem melhorar o resultado do tratamento dermatológico (Nóbrega de Jesus, 2009/2010).

Quanto às limitações encontradas neste estudo, considerou-se que se tivessem sido aplicados outros métodos de diagnóstico, para além da entrevista psicológica, teria dado um maior suporte para as conclusões de cada um dos casos, apesar da entrevista e toda a parte observacional nos fornecer informações muito importantes sobre os participantes que se encontram à nossa frente, pode por vezes revelar-se insuficiente para um diagnóstico conclusivo. No decorrer do estudo, foi apenas considerada esta técnica, no acompanhamento dos casos apresentados, pois pensou-se que a aplicação de outros testes ou escalas psicológicas poderiam comprometer a análise e todo o trabalho psicoterapêutico que está a ser desenvolvido pelo psicólogo que os acompanha. Uma outra limitação apontada neste estudo, foi o tempo conseguido para realizar as entrevistas, tendo sido disponibilizada apenas uma hora para o levantamento das informações prestadas pelos entrevistados, o que acabou por se revelar insuficiente para poder proceder a uma análise mais detalhada.

Concluindo, e tendo em conta estudos futuros, identifica-se a importância de se desenvolverem mais estudos nesta área, procurando investigar mais profundamente os factores que podem estar relacionados no surgimento e/ou agravamento da Psoríase, nas várias etapas do ciclo de vida dos indivíduos. É igualmente necessários que sejam, de futuro, desenvolvidas mais pesquisas, integrando o trabalho médico e psicológico, assim como estudos comparativos que visem a análise das diferenças entre os factores desencadeantes ou de exacerbação das psicodermatoses.

Referências Bibliográficas

Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Anzieu, D. (1989). *Eu – pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

PSO Portugal - Associação Portuguesa de Psoríase (2004). *Tipos de Psoríase*. Consultado em 30 de Agosto de 2012 através de http://www.psoportugal.com/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=25&Itemid=49

Azambuja, R. D. (2000). Dermatologia Integrativa: a pele em novo contexto. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 67 (1), 3-6.

Azevedo, G., M., G., & Neme, C., M., B. (2009). Simbiose e Psoríase – Symbiosis and Psoriasis: a psychoanalytical study. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 77 (2), 307-321.

Azulay, R. (1997). *Dermatologia*. São Paulo. Hamburg.

Bowlby, J.(1969/1982). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J.(1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.

Bowlby, J.(1980). *Attachment and loss. Vol. 3: Loss*. New York: Basic Books.

Bowlby, J.(1989). *Uma base segura – aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da *Adult Attachment Scale-R* (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20 (1), 155-186.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Dias, P., Soares, I., & Freire, T. (2004). Percepção do comportamento de vinculação da criança aos 6 anos: construção de uma escala para professores. *Revista Portuguesa de Educação*, 17 (1), 191-207.
- Flambó, P. A. D. G. (2004/2006). *Avaliação do bem-estar psicológico em sujeitos com Psoríase*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa.
- Folks, D., & Kinney, C. (1992). The role of psychological factors in dermatologic conditions. *Psychosomatic*, 33 (1), 42-54.
- Ginsburg, I. (1996). The Psychosocial Impact of Skin Disease: an overview. *Dermatologic Clinics*, 14 (3), 473-484.
- Goleman, D., & Gurin, J. (Eds.) (1997). *Equilíbrio Mente-corpo: Como Usar sua Mente Para uma Saúde Melhor*; (3ª ed). Rio de Janeiro: Campus.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (Eds.) (2004). *Vinculação: Conceitos e aplicações*, (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores. (Obra original publicada em 2002)
- Grünspum, H. (1980). *Distúrbios Psicossomáticos da Criança*. Livraria Atheneu – Rio de Janeiro, São Paulo.
- Hendrickx, B., Moffaert, M. V., Spiers, R., & Von Frenckell, Jr. (1991). Treatment of Psychocutaneous Disorders: a New Approach. *Current Therapeutic Research*, 49 (1), 111-119

- Hoffmann, F. S., Zogbi, H., Fleck, P., & Müller, M. C. (2005). A Integração Mente e Corpo em Psicodermatologia. *Psicologia: Teoria e Prática, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, Brasil*, 7 (1), 51-60.
- Janković, S., Raznatović, M., Marinković, J., Maksimović, N., Janković, J., & Djikanović, B. (2009). Investigative Report - Relevance of Psychosomatic Factors in Psoriasis: A Case-control Study. *Institute of Epidemiology, Institute of Medical Statistics and Informatics, Institute of Social Medicine, School of Medicine University of Belgrade, Belgrade, Serbia, and Department of Dermatology and Venereology, Clinical Center of Montenegro, Podgorica, Montenegro, Acta Derm Venereol*, 89, 364–36.
- Jorge, H. Z., Müller, M. C., Ferreira, V. R. T., & Cassal, C. (2004). Pacientes portadores de dermatoses: relações iniciais e auto-agressividade. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 5 (2), 22-25.
- Koblenzer, C. (1988). *Stress and the skin: significance of emotional factors in dermatology. Stress medicine*, 4, 21-26.
- Koo, J, & Lebwohl, A. (2001). Psychodermatology: the mind and skin connection. *American Academy of Family Physician*. 64, 1873-1878.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica – Técnica, Teoria e Clínica. Fim de Século – Edições. Sociedade Unipessoal, Lda., Lisboa.*
- Mingnorance, R.; Loureiro, S., & Okino, L. (2002). Pacientes com Psoríase: qualidade de vida e adaptação psicossocial. *Anuário Brasileiro de Dermatologia*, 77 (2), 147-159.
- Moffaert, M. (1992). Psychodermatology: an overview. *Psychotherapy Psychosomatic*, 58, 125-136.
- Montagu, A. (1988). *Tocar o Significado Humano da Pele*. São Paulo: Summus.

- Müller, M .C., Cenci, C., Hoffman, F., & Ludwig, M. (2002). Os Diferentes Significados Psicológicos da Pele. *Revista de Filosofia e Ciências Humanas*, 18 (1), 63-73.
- Müller, M. C.; & Ramos, D. G. (2004). Psicodermatologia: uma interface entre Psicologia e Dermatologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (3), 76-81.
- Nóbrega de Jesus, D., M. (2009/2010). *Psicossomática na Psoríase*. Tese de Mestrado Integrado em Medicina apresentada à Faculdade de Medicina - Universidade do Porto, Porto.
- Oliveira, M. F. (2005). *Entrevista Psicológica – O caminho para aceder ao outro*. Tese de Licenciatura em Psicologia da Saúde apresentada à Universidade Lusíada do Porto - Departamento de Psicologia, Porto.
- Root, S., Kent, G., & Al'Abadie, M. S. K. (1994). The relationship between disease severity disability and psychological distress in patients undergoing PUVA treatment for psoriasis. *Dermatology*, 189, 234-237.
- Rubino, I. A., Sonnino, A., Pezzarossa, N. C., & Bassi, R. (1995). Personality disorders and psychiatric symptoms in psoriasis. *Psychological Reports*, 77, 547-553.
- Schmid-Ot, A., Jaeger, B., Kuensebeck, H. W., Ott, R., & Lamprecht, F. (1996). Dimensions of stigmatization in patients with psoriasis in a “Questionnaire on Experience with Skin Complaints”. *Dermatology*, 193, 304-310.
- Sharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B. J., & Rooijmans, H. G. M. (2000). Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *British Journal of Dermatology*, 142, 899-907.
- Shaver, P. R., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). *Love as attachment: The integration of three behavioral systems*. In Sternberg, J., & Barnes, M. L., (Eds.) *The psychology of love* (pp. 68-99). New Haven, Ct: Yale University Press.

- Silva, M. A D. (2002). *Quem ama não adoecer*. São Paulo: best seller.
- Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação (1ª edição)*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Souza, A. P. F. S., Carvalho, F. T., Rocha, K. B., Lages, M. N., Calvetti, P. U., & Castoldi, L. (2005). Associação de eventos estressores ao surgimento ou agravamento de vitiligo e Psoríase. *Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)*, 36 (2), 167-174.
- Souza, C. G. P., Sei, M. B., & Arruda, S. L. S. (2010). Reflexões sobre a relação mãe-filho e doenças psicossomáticas: um estudo teórico-clínico sobre Psoríase infantil. *Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Boletim de Psicologia*, Vol. LX (132), 45-59.
- Spitz, R. (1977). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar.
- Strauss, G. (1989). *Skin Disorders*. Baltimore: Williams Wilkins.
- Torres, N. (2008). *Disorders of emotional containment and their somatic correlates. The protomental nature of addictions, self-harm and non-communicable diseases*. Tese de Doutorado apresentada à University of Essex, Centre for Psychoanalytic Studies; University of Essex.
- Torres, N., & Oliveira, D. (2010). Vinculação e Sistema de prestação de cuidados em dependentes de substâncias em tratamento. *Adaptação Portuguesa do Questionário de Prestação de Cuidados. Revista Toxicodependências*, (Ed. IDT), 16 (2), 3-14.
- Weinman, J.; Petrie, K. & Morris, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a New Method for Assessing the Cognitive Representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-465.

ANEXOS

ANEXO A

Consentimento Informado

Para finalização do Mestrado em Psicologia Clínica no Instituto Universitário (ISPA) é necessário a elaboração de uma dissertação.

Neste âmbito surge esta dissertação, sob a coordenação do Professor Doutor Nuno Torres, que visa analisar as Representações Internas na Perspectiva da Vinculação em Pacientes com Psoríase, e perceber se com a psicoterapia como tratamento complementar houve melhorias na sintomatologia da doença dermatológica,

O seu testemunho é muito importante para se ficar a conhecer melhor esta doença que afecta tantas pessoas.

Na entrevista que se segue não há respostas certas nem erradas, apenas se pretende conhecer a sua história de vida e aparecimento da Psoríase.

Esta entrevista é confidencial e anónima, pelo que em momento algum, serão identificados os indivíduos que participaram neste estudo, de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade.

A sua participação é voluntária por isso, mesmo que tenha decidido participar neste estudo, poderá optar por o interromper em qualquer altura.

Ao fornecer os seus dados em entrevista, indica que entendeu e concordou com as informações contidas nesta declaração de consentimento, que foi lida antes de se dar início à entrevista.

Agradeço a sua colaboração neste estudo.

ANEXO B

Entrevista Caso “Maria”

Foi aplicada esta entrevista psicológica, no dia 5 de Setembro de 2012, num consultório privado em Lisboa, para recolher alguns dados relevantes para a realização desta tese. Foram feitas as apresentações iniciais e lido o Consentimento Informado, antes de se iniciar a entrevista. Como já referido anteriormente, todos os nomes foram alterados, para assegurar a confidencialidade da informação recolhida. Apesar de alguns silêncios durante a entrevista, a participante falou-me da sua história familiar, escolar, profissional e evolução da doença, passando a citar algumas partes mais relevantes deste diálogo:

Entrevistadora (E) – *Boa Tarde “Maria”. Queria começar a nossa entrevista por conhecê-la um pouco...por isso, gostava que me falasse um pouco de si. Como é a “Maria” agora e como era na sua infância?*

“Maria” (M) – *Como é que eu sou? Olhe, sou casada e tenho um filho com 13 anos. Trabalho numa Instituição Pública como telefonista. Não sei o que é que a Dra. gostava mais de saber sobre mim... (silêncio)*

E – *Podíamos começar por falar sobre a sua infância, por exemplo, com quem vivia, acontecimentos que o tenham marcado mais, como era a relação com os seus pais, enfim, do que quisesse partilhar comigo.*

M – *Sou filha única e vivi sempre em Lisboa, na casa dos meus pais. Mas não me lembro de muita coisa de quando era pequena. Assim coisas que tenham acontecido... (silêncio)*

E – *Do pouco que se lembra, como era a sua relação com os seus pais?*

M – *Era boa...eles sempre me protegeram muito por causa do meu problema de visão. A minha mãe protegia-me muito...sempre protegeu. O meu pai também me protegia, mas dava-me mais ralhetes e castigos quando me portava mal...era uma pessoa mais rígida. A família toda também se preocupava muito comigo por causa do meu problema Mas todos lá na vizinhança me protegiam, davam prendas aos meus pais ...eram outros tempos em que as pessoas se preocupavam mais e cuidavam mais uns dos outros. Até a pequenada lá do bairro queria sempre brincar comigo, até andavam à bulha. Mas eu gostava muito de me sentir acarinhada por todos. Bons tempos....*

Lembro-me que quando era mais nova ainda ia tendo amigos da escola ou do bairro onde vivia, mas desde que surgiram os meus problemas visuais e principalmente desde o casamento que não tenho amigos, também porque o meu marido diz que não vale a pena...que é tudo uma falsidade e que não são os amigos que cuidam de mim (silêncio).

E – *E do que se lembra mais sobre a sua infância?*

M – *Pouca coisa mais do que já lhe falei... não me lembro de muitas mais coisas (silêncio).*

E – *Podia falar-me um do seu percurso escolar e profissional?*

M – *O normal... quando era pequena, fui para o Centro Helen Keller, porque devido às cataratas congénita os meus pais acharam que era uma escola melhor para mim, mas eu não gostei de andar lá (silêncio).*

E – *Porquê?*

M – *Não sentia que tivesse muito apoio. Depois, quando tinha aí 9 anos, comecei a sentir-me muito ansiosa e não conseguia dormir. Depois mandaram-me ir à médica lá do Centro que me receitou medicamentos para aquele problema, só que aquilo fez-me sentir pior do que já estava e sentia-me sempre com sono, e quase que ia para as aulas dormir. (silêncio) Depois, pedi aos meus pais que me mudassem para outra escola e fui para a Escola Francisco Arruda. Assim que saí do Centro Helen Keller, deixei logo aquela medicação que me tinham passado e nunca mais tomei mais nada, a não ser calmantes na altura das cirurgias. Nesta escola sentia-me mais à vontade. Era ajudada por colegas e professores, e tinha mais tempo para fazer os testes, davam-me mais meia hora, que era o permitido por lei. Apesar das ajudas que me davam, como usava ampliações, raramente pedia ajuda ao professor do apoio educativo.*

Depois, mais tarde, em 1983, como não havia possibilidade de continuar na Escola Francisco Arruda porque não tinham até ao 12º ano, fui para a Escola D. João de Castro, onde fiz lá o 12º ano. Também gostei de estar nesta escola, tanto que tive muito bom aproveitamento, mas por causa dos meus tratamentos aos olhos, deixei a disciplina de inglês por fazer, e pensei em fazê-la no ano seguinte, porque queria acabar o 12º ano para poder ir para a faculdade tirar o curso de História. Naquela altura gostava muito de aprender, sentia alegria em aprender coisas novas... coisa que já não sinto hoje, devido ao rumo que a minha vida tomou.

Em Junho de 1984 a minha situação visual agravou-se, isto porque na véspera de ir com uns amigos da escola para um acampamento no Alentejo, para festejarmos o fim do ano lectivo, olhei para um eclipse total do sol, só com os meus óculos que usava normalmente.

Em casa, estava a ver televisão e comecei a ver umas sobras, umas horas depois de ver o eclipse, e fiquei um bocado preocupada. Na manhã seguinte, quando estava na praia com esses amigos do acampamento, tive a sensação que as tais sombras tinham passado, e fiquei mais tranquila. Só que as sombras voltaram a aparecer no final desse mesmo dia. No terceiro dia, tive de regressar a Lisboa e os meus amigos até tiveram que me levar à casa dos meus pais. Recorri ao oftalmologista amigo da família e que sempre me acompanhou. No diagnóstico foram revelados graves problemas na retina, e quando ouvi o que o médico me estava a dizer fiquei chocada e tive um ataque de choro. A partir dessa altura comecei a perder a pouca visão que ainda tinha, o que fez com que os meus pais ainda me protegessem mais. Parece que tudo estava a acontecer ao mesmo tempo, porque nesse dia, o meu

avô, que já estava há algum tempo doente, piorou muito, acabando por falecer na madrugada seguinte. Senti-me (e sinto-me) muita culpa, porque estava tão deprimida com os problemas que estava a passar, que não lhe dei a atenção devida.

E – Voltou a retomar os estudos para acabar a disciplina que lhe faltava?

M – Infelizmente não. Depois daquilo ter acontecido, os meus pais começaram a procurar tratamentos, e nos anos seguintes passei muito tempo internada a realizar várias cirurgias para tentar recuperar a visão, mas infelizmente esses tratamentos não resultaram e acabei por perder a visão totalmente. Depois quando recuperei dos vários tratamentos, decidi fazer um curso técnico nos TLP, como telefonista, para poder começar a trabalhar.

Depois quando acabei o curso, concorri para várias instituições e hospitais, mas não consegui arranjar trabalho naquela área. Tentei concorrer para outras coisas e consegui arranjar trabalho como tarefeira na Instituição de Saúde onde ainda me encontro a trabalhar actualmente. Hoje estou como recepcionista, mas foi muito difícil chegar onde cheguei dentro daquela Instituição. Quando estive como tarefeira, despediram-me passado pouco tempo, pois havia muita concorrência por parte de alguns colegas, que faziam de tudo para tentar tramar o próximo e conseguirem os cargos para onde estavam a concorrer. Tanto que quando me despediram, senti que era porque era invisual e lá acharam que eu não podia competir com eles. Aquilo deixou-me muito revoltada e fui ao INR (Instituto Nacional para a Reabilitação) pedir que me ajudassem a arranjar trabalho. Lá, aconselharam-me a contestar a minha saída junto do Instituto e Ministério da Saúde, e comecei a enviar cartas para o Sindicato, Ministro da Saúde e até para o Presidente da República. Para além das cartas, em 1993, dei também uma entrevista num jornal onde falei sobre a minha situação. Todos estes meus movimentos deram resultado, porque pouco tempo depois chamaram-me para uma reunião no Ministério da Saúde, e propuseram-me o regresso à Instituição, em regime de prestação de serviços. Entretanto, em 1995 houve um concurso público lá na Instituição, em que concorri e consegui entrar para os quadros da Instituição. Apesar daqueles exames difíceis, que os fiz ao mesmo nível que os outros, sinto que conquistei e ganhei respeito de alguns colegas que me quiseram tramar. Em Novembro de 2010 tirei um curso de informática dirigido a deficientes visuais, na ACAPO, mas não aproveitei muito porque não tenho computador em casa. Depois em 2011 iniciei uma formação do Centro de Novas Oportunidades (CNO) na Casa Pia de Lisboa, no cursos pós-laboral para fazer as cadeiras de inglês e de informática, e assim acabar o 12º ano.

E – Deu-me uma boa descrição da sua vida escolar e profissional. Gostaria agora que me falasse um pouco da sua vida familiar actual. Como é o seu casamento, a relação com o seu marido, filho e se ainda mantém um contacto próximo com os seus pais.

M – Bem...conheci o “Fernando”, o meu marido, no Verão de 1987, num curso de artesanato dirigido a pessoas com deficiência visual. O “Fernando” também tem problemas de visão, mas vê. Nessa

altura soube que ele trabalhava na mesma Instituição onde trabalho, como roupeiro, mas nunca nos tínhamos falado até essa data. Na altura, quando o conheci, ele era um belo rapaz, com um físico atraente, era atencioso e era bom namorado, porque tomava a iniciativa de me convidar para irmos passear a vários sítios. Infelizmente, depois do casamento tudo mudou...mas enfim...

Só que nessa altura, eu ainda estava apaixonada por outra pessoa, o “Mário”, que foi um grande amigo e que me apoiou na altura em que tive de fazer várias cirurgias tanto em Portugal como em Espanha, para tentar recuperar a visão. Ele ajudava-me a não me sentir sozinha...andávamos sempre juntos

E – *E o que aconteceu nessa relação que tinha com esse seu amigo “Mário”?*

M – *Sabe Dra...., o “Mário”, por quem tive uma grande amizade e um pouco mais (sorriu)...mas depois de tantas voltas que a minha vida deu...acabámos por nos afastar...tenho pena. Apesar de ter tido um carinho muito especial por ele, e de ele me preencher os momentos em que estava mais em baixo, de ser muito carinhoso e romântico, não queria ser um peso para ele. Acabei por ser um pouco dura com ele, porque achei – naquela altura – que nos devíamos afastar, porque para mim também estava a ser difícil adaptar-me aquela nova situação da cegueira, e das várias recuperações após as cirurgias. E depois...já vii como seria um casamento entre duas pessoas cegas, caso o meu relacionamento com o “Mário” tivesse durado até hoje? Era muito complicado...(silêncio)*

E – *Há pouco, quando falou do momento em que conheceu o seu marido, tinha dito que na altura ele era muito atencioso consigo, mas que infelizmente tudo tinha mudado depois do casamento. O que sente que mudou?*

M – *Casámos em 1994. Os meus pais gostaram muito do “Fernando” e sempre me disseram que agora ia ficar bem entregue, pois eles tinham medo de envelhecer e não poderem cuidar de mim, e assim o “Fernando” podia fazer isso. Tanto que insistiram muito com o casamento...Mas assim que casámos, o rapaz que tinha conhecido revelou-se... (começa a chorar e pede desculpa). Sabe Dra., eu tenho um casamento infeliz. O meu marido sempre foi alcoólico...e eu só soube depois de nos termos casado. Ele chegava a tratar-me mal e eu acabava por ir uns dias para casa dos meus pais até que aquilo passasse. Com o tempo tentei fazer-lhe ver que era preciso ele ganhar regras, porque agora estávamos casados e ele tinha que fazer as coisas pelos dois...Incuti-lhe as tarefas domésticas, porque para mim é difícil fazê-las. Ele acabou por começar a dedicar-se mais às coisas cá de casa e deixou de sair tanto com os amigos como antes, tanto que me acusa às vezes disso.*

Depois em 1999 nasce o meu filho “Rui”. Hoje já tem 13 anos. Tal como o pai, o “Rui” têm também baixa visão. O meu filho é estudante, mas tem muitas dificuldades na escola e não acho que ele esteja a ser bem acompanhado...é o País que temos! Quem mais precisa não tem...mas pronto. Acho que estes problemas lá da escola o deixam um bocado ansioso e depois ele tem dificuldade em arranjar amigos lá na escola. Bem tento falar com ele e incentivá-lo a fazer novos amigos e a estudar, mas

depois ele diz-me que os amigos vão sair para ali e acolá e se pode ir, e o pai não o deixa sair, protege-o em demasia...ora assim, como é que o miúdo consegue arranjar amigos? Já disse ao meu marido que ele tem de deixar o “Rui” sair mas ele acaba sempre por discutir comigo e com o filho. Dra., ele trata o “Rui”, que já tem 13 anos, como se tivesse 5 ou 6 anos...porque ainda lhe vai dar banho, porque não quer que a casa de banho fique molhada.

E – Quando o seu filho nasceu, que impacto teve no seu casamento? Sentiu que houve ou não melhorias por parte do seu marido, tanto nos problemas de alcoolismo como na vossa relação?

M – É assim, não houve grandes melhorias...o “Fernando” continuou a beber e a fumar, talvez menos do que antes. Nessa altura acabou por se afastar dos amigos que ainda tinha...aliás, isolou-se de tudo e de todos. Eu acho que ele mudou muito assim que o “Rui” nasceu, passou a ser mais desconfiado, mais crítico, fica sempre demasiado preocupado quando surge algum problema para resolver. As discussões agora são mais frequentes porque ele está sempre a acusar-me de qualquer coisa. Se estou calma é porque não me preocupo e não quero saber, está sempre a criticar e desconfiado de tudo. Acusa-me de eu não fazer as coisas em casa, porque é eles quem faz as tarefas domésticas, mas sou eu que tomo as decisões lá em casa, o que por vezes também gera discussões entre nós. Tanto que as últimas decisões que tomei para a minha vida, que foi voltar a estudar ou vir aqui às consultas de psicologia, são vistas pelo meu marido como coisas inúteis em que ando a perder o meu tempo. O meu marido é quem me traz de casa até às consultas, trabalho e até no curso que estou a fazer na Casa Pia...os meus pais e ele não querem que ande na rua sozinha porque me pode acontecer alguma coisa porque sou cega. Ele diz que me acompanha a estes sítios por obrigação. Está-me sempre a criticar, a dizer que já sou velha para estudar e o que é que vou lá fazer, ou se venho aqui começa em tom de gozo – “Então? Vais para as aulas de bruxaria?”. Também critica os poucos amigos que tenho, que basicamente são os amigos que faço no trabalho ou no curso...não quer que ande com eles, diz que é uma falsidade. Mas eles, em contrapartida, acham que o “Fernando” é muito bom marido e que está sempre preocupado comigo, porque está sempre à minha espera quando saio do trabalho ou do curso...mal eles sabem, Dra..

Mas sabe? Desde que venho aqui às consultas de Psicologia e aos treinos de Orientação e Mobilidade, já consegui vir algumas vezes sozinha (sorri).

Enfim...Eu não sou feliz no meu casamento, mas também não me quero separar porque isso ia causar um grande desgosto nos meus pais e eles iriam ficar preocupados comigo...e eles já têm uma idade avançada não os quero chatear com estas coisas. Além do mais, eles concordam com o “Fernando” e acham que é um desperdício de tempo andar a estudar ou vir aqui às consultas.

Ele continua com o problema de alcoolismo e de vez em quando trata-me mal...não me bate, mas ofende-me com as coisas que ele diz... (interrompe a conversa para desligar o telemóvel que entretanto tocou; pede desculpa).

E – *Que tipo de ofensas verbais é que o seu marido utiliza contra si?*

M – *Olhe...não é tanto ele chamar-me nomes, mas é mais os comportamentos que ele tem para comigo que eu acho serem ofensivos...para lhe dar um exemplo, que não aconteceu há muito tempo, chegou bêbado ao pé de mim, e perguntou se podia arranjar um amigo para dormirmos os três...fiquei parva com aquela porcalhisse! Outras vezes, a bebedeira é tão forte que o meu marido embebeda-se e adormece em cima de mim com aquele cheiro nojento a álcool...Isto deixou-me triste e chocada, ao mesmo tempo, mas para não discutir também acabo por não dizer nada.*

Quando ele veio com estas coisas, até lhe disse para ele telefonar a uma ex-namorada que ele teve que vive no Alentejo e fazer essas coisas com ela. Já que ela está também com problemas no casamento, pode ser que eles se entendam...

Apesar de tudo e de saber que já não o amo, desde os meus pais, que é o “Fernando” que tem tomado conta de mim e das coisas lá de casa e também do nosso filho. Por isso, nem sequer penso no divórcio. Ele é que me ajuda a andar na rua, porque é muito difícil...é só barreiras, este País não está preparado para ter pessoas com deficiências. E depois, o divórcio não ia ser bom para o meu filho “Rui”, pelo que tento fazer os possíveis para me entender com o “Fernando”. E depois, separar-me para quê? Para ficar sozinha? Quem me iria querer? Nem eu queria outro homem para aturar...Deus me livre!

E – *Actualmente, costuma estar com os seus pais? Como é a vossa relação?*

M – *Oh...pouco nos vemos. Vamos falando pelo telefone, mas como é muito difícil para mim andar sozinha na rua sem o meu marido para me ajudar, poucas vezes os vou visitar. Se conseguisse andar sozinha se calhar ia visitá-los mais vezes.*

E – *Relativamente à Psoríase, recorda-se quando surgiram os primeiros sinais ou sintomas?*

M – *Foi quando o meu filho nasceu...apareceu-me primeiro no couro cabeludo, depois na cara e braços (silêncio).*

E – *Actualmente, ainda costuma ter crises de Psoríase? Como evoluiu a doença e sintomas? Procurou algum tipo de ajuda quando começou a ter os primeiros sinais da doença?*

M – *É uma coisa que vai e vem...às vezes estou melhor outras pior...Na altura nem liguei muito, não sabia o que era e pensei que passasse. Em 2003, fui ao médico de família, porque andava a sentir-me triste, com insónias, chorava muito e sentia um aperto no peito, nem me apetecia estar com ninguém ou sair de casa, e o médico diagnosticou-me depressão. Nessa altura, também lhe falei no que me tinha aparecido no couro cabeludo, cara e braços e ele disse-me que era Psoríase...eu nem sabia o que era.*

E – *Fez algum tratamento para a Psoríase?*

M – *Não. O médico só me passou uns anti-depressivos e uns calmantes para poder dormir, que mais tarde mudei porque já me estava a habituar, mas depois voltei a tomar. Mas para a Psoríase não passou nada. Às vezes ainda tomo uns calmantes, mas não foram passados pelo médico.*

E – *Sentiu que a psicoterapia teve influência não só no modo como vê a Psoríase como também na compreensão e melhoria dos sintomas?*

M – *É como lhe disse Dra, isto vai e vem, não é uma coisa que me incomode muito. Eu venho mais às consultas para falar de outras coisas, como as dificuldades que tenho em dormir, o grande cansaço que tenho sentido e, ultimamente, fico muito enervada quando ouço barulho. Sinto-me velha! Ando triste com a minha vida marital, sem amigos, pouco compreendida, vazia...*

E – *Bom “Maria”, da minha parte não tenho mais questões. Queria terminar esta entrevista com o meu agradecimento por ter concordado em fazer parte desta entrevista para este meu estudo. Desejo-lhe as maiores felicidades e que tudo corra bem consigo. Até uma próxima!*

M – *(Sorri) Tudo bem Dra., não tem de agradecer.*

E – *Obrigada e Até uma próxima!*

ANEXO C

Entrevista Caso “David”

Foi aplicada esta entrevista psicológica, no dia 7 de Setembro de 2012, num consultório privado em Lisboa, para recolher alguns dados relevantes para a realização desta tese. Foram feitas as apresentações iniciais e lido o Consentimento Informado, antes de se iniciar a entrevista. Como já referido anteriormente, todos os nomes foram alterados, para assegurar a confidencialidade da informação recolhida. Durante a entrevista, o participante falou-me da sua história familiar, escolar, profissional e evolução da doença, passando a citar algumas partes mais relevantes deste diálogo:

Entrevistadora (E) – *Boa Tarde “David”. Queria começar a nossa entrevista por conhecê-lo um pouco...por isso, gostava que me falasse um pouco de si. Como é o “David” agora e como era na sua infância?*

“David” (D) – *Bom, como sou agora...sou uma pessoa bem disposta (sorriu). Tenho 48 anos, sou divorciado, não tenho filhos, e trabalho numa empresa de seguros. Da minha infância é que não me lembro muito bem...*

E – *Podia me falar do que se lembrasse...Por exemplo, com quem vivia, acontecimentos que o tenham marcado mais, como era a relação com os seus pais e irmão, enfim, do que quisesse partilhar comigo.*

D – *Lembro-me do meu avô paterno, que me ensinou a ler e a escrever...devia ter aí uns 4 ou 5 anos. Lembro-me que ele me pressionava muito para aprender e ralhava-me muito e puxava-me as orelhas. Foi um grande trauma! O meu avô era ex-militar, tinha uns 2 metros e era muito rígido. Castigava-me com os puxões de orelhas, mas não me desvalorizava. Os castigos eram só físicos e nunca verbais. Sentia que eram muito injustos estes comportamentos por parte dele, porque eu era uma criança que estava ali ainda a aprender. Aquilo fazia-me sentir triste e revoltado.*

Depois fui para a escola, para a 1ª classe e foi uma seca (sorriu), porque já sabia o que os outros estavam a aprender.

E – *Nessa altura, quando entrou para a escola, o seu avô ainda estava a viver com o “David” e com a sua família?*

D – *Não, ele só viveu connosco durante 2 anos, e depois voltou para a casa dele em Lisboa. Nesse ano em que entrei para a escola, foi a altura em que o meu avô regressou à casa dele. Depois continuamos só eu, o meu irmão, o meu pai e a minha mãe.*

E – *E depois do seu avô ter ido para a casa dele, continuou a sentir a escola com desmotivante?*

D – *Ah, depois da primeira classe, foi melhor porque aí já estava ao mesmo nível dos meus outros colegas e já aprendia coisas que não sabia. Comecei a gostar mais da escola a partir da 2ª classe. Depois, quando fui para o liceu, dá-se o 25 de Abril. A escola estava sempre fechada por causa das greves constantes dos funcionários. Eu e os meus amigos da escola aproveitámos que a escola estava fechada para brincarmos. Nós morávamos todos perto uns do outros, e então aproveitávamos para explorar novos sítios de brincadeira e fazer as traquinices próprias dos putos com aquela idade. Sempre que a escola reabria os programas escolares estavam sempre a mudar, e isso voltou a gerar em mim aquela desmotivação pela escola. Só me apetecia brincar. Aí com 13 anos, os meus colegas lá da escola insistiam para dizer asneiras e sentia-me pressionado, porque eu nunca fui de dizer asneiras e tinha medo que alguém fosse contar à minha mãe, porque se ela soubesse batia-me.*

Depois das férias do Verão, quando voltei à escola tinha sentido que todos estavam diferentes...tinham mudado de visual, penteado e roupas. Senti-me deslocado, apesar de continuar-me a dar com eles...estava com todos mas com ninguém. Não queria que as coisas mudassem, queria continuar com as brincadeiras que tinha com os meus amigos...mas de repente, todos mudaram menos eu. Já não queriam brincar às mesmas coisas que brincávamos antes das férias, como explorar a zona onde vivíamos. Nas aulas estava apático, sem motivação nenhuma para estar ali. Foi uma altura complicada! Acabei por me desligar progressivamente dos meus amigos/colegas. Estava com eles mas por estar, porque já não me diziam nada. Não me identificava com aqueles que tinham sido os meus amigos das brincadeiras e que, de repente, se tinham tornado aparentemente adultos.

Fiz o percurso normal da escola até ao 11º ano e depois desisti e comecei a trabalhar.

E – *Como foi o início do seu percurso profissional? E quais as razões que o levaram a começar a trabalhar?*

D – *Comecei a trabalhar tinha aí uns 15 anos, quase 16...ainda era um miúdo.*

Decidi começar a trabalhar por causa do discurso lá de casa, dos meus pais e avô, em que estavam sempre a dizer que a situação laboral estava difícil e que era melhor começar já à procura para tentar arranjar uma coisa que fosse estável, pois viviam-se momentos de grande instabilidade e crise. Começaram-me a pressionar com aquela conversa para ir trabalhar. Depois, a minha mãe foi falar com uma vizinha que era amiga do director de uma empresa e que, por acaso, soube que estavam a precisar de um funcionário lá nessa empresa.

Ela falou com o director e eu lá fui à entrevista e fiquei. Quando comecei a trabalhar, tive de levar uma autorização assinada pelos meus pais porque ainda não era maior de idade.

Foi muito traumático para mim sair de um círculo fechado, como a escola, amigos, família, uma mãe que era superprotectora, e de repente sozinho, a ir de comboio para Lisboa todos os dias, para o trabalho, com um chefe bruto, ditador e horrível...não estava preparado para aquilo, porque ninguém me preparou. Um miúdo que sai das saias da mãe e de repente dá com um chefe que estava sempre a desvalorizar e a controlar. Fiquei revoltado com as atitudes controladoras daquele chefe...foi muito mau! Mas apesar daquele chefe parvo, acabei por ir ficando até aos dias de hoje. Tive, entretanto outros chefes, e com o tempo iam abrindo vagas noutros departamentos, para onde acabava por mudar.

E – Disse-me à pouco que tinha desistido dos estudos para arranjar trabalho...não retomou os estudo depois?

D – Sim, acabei por retomar os estudos, um anos depois de me ter iniciado na empresa. Fui estudar à noite no mesmo curso em que estava quando desisti, que era electrotecnia, porque queria ver se acabava o 11º ano. Mas com o tempo, comecei a perceber que não conseguia continuar a estudar, porque o cansaço era muito, pois levantava-me todos os dias às 6 da manhã, apanhar o comboio para Lisboa, e depois ir para a escola...quando chegava a casa era já muito tarde. Acabei por desistir outra vez. Pouco tempo depois de ter desistido do curso nocturno, fui transferido no meu trabalho do departamento em que estava com aquele chefe horrível, para o departamento de contabilidade. Pensei que poderia retomar os estudos, mas desta vez no curso de contabilidade, porque como era uma coisa que iria precisar no meu trabalho achei que seria mais motivante para mim aprender algo que depois utilizaria. Retomei e as coisas estavam a avançar, mas nesse mesmo ano, fui chamado para a Tropa, para cumprir o serviço militar obrigatório, onde estive 14 meses.

E – Depois de cumprir o serviço militar, retomou o seu trabalho e estudos?

D – Sim. Tive a dispensa obrigatória no trabalho durante o tempo que estive na Tropa e depois regresssei. Mas depois, com isto tudo, perdi imensas disciplinas e acabei por desistir novamente da escola. Teria de começar tudo outra vez e já estava cansado daquilo tudo. Depois no trabalho as responsabilidades aumentaram e tudo isto fez com que desistisse da escola, não voltando a tentar mais.

E – *Deu-me uma boa descrição da sua vida escolar e profissional. Gostaria agora que me falasse um pouco da sua vida familiar e relação com os seus pais, em especial com a sua mãe.*

D – *Bom.... vivi sempre com o meu pai e com a minha mãe. Quando tinha 5 anos o meu irmão nasceu...antes de ele nascer, eu queria ter uma irmã, porque como brincava muito com as minhas primas e estávamos quase sempre juntos. Mas depois quando ele nasceu e soube que era um rapaz fiquei muito feliz. A minha relação com o meu irmão foi sempre muito boa até aos dias de hoje.*

E – *E como era a sua relação com a sua mãe?*

D – *Não me lembro muito bem....(silêncio). Antes do meu irmão nascer não tenho recordações...mas do que me lembro a minha mãe era super protectora. Nunca nos deixava (a mim e ao meu irmão) fazer nada nem nos ensinava. Se tentava fazer ela dizia que estava sempre mal feito. A minha mãe não nos deixava nem nos obrigava a fazer a cama ou a arrumar o quarto ou brinquedos...dizia que ela fazia. Às vezes, eu e o meu irmão queríamos fazer e ela dizia que estava mal feito e que era preferível fazer ela, para ficar bem feito.*

Nunca pude fazer nada à minha maneira, porque à maneira dela é que estava bem.

A minha mãe batia-me e dava-me raspanetes de meia hora. Em muitas coisas eu sinto que ela foi injusta. Como por exemplo, certas brincadeiras ela reprendia severamente. Enfim... nunca nos faltou com nada...mas não era muito carinhosa...ou talvez o fosse à maneira dela. Houve episódios em que sentia que ela não se preocupava muito.

E – *Em que episódios é que sentiu essa despreocupação por parte da sua mãe?*

D – *Não me lembro de nenhum em concreto, mas ao longo do tempo fui sentindo isto...(silêncio).*

Depois do meu irmão nascer, a minha mãe teve uma depressão pós-parto. Como não podia cuidar de nós sozinha, pediu a uma tia nossa que fosse lá para casa para ajudar. Nessa altura foi essa minha tia quem cuidou de nós...mas era bem pior que a minha mãe.

E – *Pior, em que sentido?*

D – *A minha tia era uma pessoa doente, nunca foi casada e era ainda mais protectora que a minha mãe. Se tivéssemos uma pequena tosse, ela mandava-nos logo para a cama e ia levar-*

nos um chazinho ou as refeições à cama e não nos deixava sair de lá enquanto não melhorássemos.

E – E como era a relação com o seu pai?

D – O meu pai era uma pessoa muito trabalhadora. Só o víamos à noite quando ele chegava a casa do trabalho...corríamos para os braços dele, todos felizes...era uma alegria muito grande! Ele sempre tentou ser um pai presente e tentava estar comigo e com o meu irmão sempre que podia, mas saía muito cedo e chegava tarde. Ao contrário da minha mãe, o meu pai nunca me bateu, só me dava uns raspanetes de vez em quando. Não era tão rígido como a minha mãe. Mas ela é que decidia tudo lá em casa.

(silêncio)

Com 24 anos casei-me. Comprei casa antes do casamento, no mesmo prédio onde viviam os meus sogros, também por influência da minha ex-mulher. Depois de ter casado, a minha sogra continuou a fazer o mesmo que a minha mãe fazia; limpava a casa, tomava decisões por mim, etc., e isso começou a revoltar-me muito, porque a minha ex-mulher, em conjunto com os pais, decidiam tudo em relação à casa, ou de programas familiares de fim-de-semana. Eram totalmente intrometidos na nossa vida ...não havia privacidade, e o pior é que a minha ex dava permissão para que isso acontecesse. Quando me revoltava perante aquilo eu ainda ficava mal visto perante a família dela, e condenavam-me...ao ponto de começar a pensar que não valia a pena a lutar contra aquela situação, e por isso comecei a “apagar-me”. Sentia-me revoltado e as minhas discussões com ela agravaram-se. Com o tempo comecei a sentir que ela me rejeitava fisicamente. O nosso casamento estava a começara degradar-se. Ao sentir o que se estava a passar dentro daquela relação, comecei a ter muitos ataques de asma...andava sempre enervado e aquilo resultava nestes episódios de asma frequentes. Entretanto divorciei-me e a asma passou.

E – Quando surgiram os primeiros sinais de Psoríase?

D – Foi passado 1 ou 2 anos, depois do divórcio. Tinha os meus 40 anos, quando os episódios de asma pararam e apareceu-me uma mancha no peito, tipo crosta. Fui ao médico e ele disse-me que era Psoríase. Quando soube o diagnóstico pensei que fosse por ser hereditário, porque o meu avô e tias também tinham Psoríase, no corpo todo. Lembro-me, quando ainda era pequeno, de ter ido a um médico com a minha mãe por causa da asma, e ele dizer-lhe que quando a asma passasse que iria ter Psoríase...e pelos vistos ele tinha razão. Pouco tempo depois, quando este problema se agravou, pois da manchita que tinha no

peito, alastrou-se pelo peito e depois para a cara...foi terrível para a minha auto-estima, pois aí já não podia esconder com a roupa como fazia quando só tinha no peito. Nessa altura, consultei vários dermatologistas em diversos Hospitais e fiz vários tratamentos muito dolorosos que não resultaram em nada. Chatee-me com aquilo tudo e recorri à especialidade da homeopatia, que já tinha ouvido falar através de alguns dermatologistas. A primeira médica homeopática que fui, depois de ter contado o meu historial e de me ter observado, disse-me logo que eu nunca tinha tido asma, mas não disse mais nada. Depois comecei a fazer Reiki, e aí comecei a sentir-me mais calmo e melhorei da Psoríase.

E – Actualmente, ainda costuma ter crises de Psoríase? Como evoluiu a doença e sintomas?

D – Ainda tenho Psoríase, umas vezes estou melhor e passa, outras vezes fico pior e ataca-me sobretudo o peito e pescoço, e às vezes a cara. Só quando me enervo muito ou como certos alimentos, como vinho ou algo muito salgado, é que aparecem as crises. Nessa altura, costumo hidratar a pele com cremes à base de aloé vera e tomo banho bem quente todos os dias.

E – Sentiu que a psicoterapia teve influência não só no modo como vê a Psoríase como também na compreensão e melhoria dos sintomas?

D – É assim...logo depois de me ter divorciado, estava tão mal que comecei a ser acompanhado por um psiquiatra, que me fez psicoterapia, juntamente com medicação (comprimidos para dormir e calmantes), que durou 3 anos. Depois senti-me melhor e tive alta. Naquela altura não senti melhoras nas crises de Psoríase, até porque estava a tratar de outras coisas que me estavam a deixar muito em baixo. Pensava no divórcio e no porquê daquilo ter acontecido, e não estava focado na Psoríase, que apareceu durante a psicoterapia. Entretanto, quando tive alta e resolvi as outras questões que me tinham deixado deprimido, comecei a pensar mais nisto, da Psoríase e procurei todos os tratamentos que lhe falei. Agora, quando recorri ao Dr. João, foi para falar sobre alguns assuntos que me andam a incomodar, relacionados com o meu trabalho e stress, que agora percebo que influencia bastante estas crises de Psoríase, pois quando fazia Reiki e andava mais calmo isto passava mais. Agora nesta psicoterapia, espero também controlar melhor o stress no trabalho, para evitar as crises de Psoríase e resolver outras questões relacionadas com a minha vida pessoal, porque tenho sentido dificuldades no campo afectivo, não tendo tido nenhum relacionamento sério depois de me ter divorciado...e já lá vão uns anitos (sorri).

E – Bom “David”, da minha parte não tenho mais questões. Queria terminar esta entrevista com o meu agradecimento por ter concordado em fazer parte desta entrevista para este meu estudo. Desejo-lhe as maiores felicidades e que tudo corra bem consigo. Até uma próxima!

D – Não tem que agradecer. Tive todo o gosto e espero que corra tudo bem com o seu trabalho.

E – Obrigada!