

# A expressão de conflitos psíquicos em afecções dermatológicas: um estudo de caso de uma paciente com vitiligo atendida com o jogo de areia

Paulo Afrânio Sant'Anna

Rodrigo Manoel Giovanetti

Andréa G. Castanho

Natasha Frias Nahim Bazhuni

Veridiana Araújo La Selva

Faculdade de Psicologia da Universidade

Presbiteriana Mackenzie

**Resumo:** Este artigo refere-se a um estudo de caso realizado com uma paciente portadora de vitiligo com o uso da terapia do jogo de areia (*sandplay*), a partir de um atendimento clínico breve. Apoiado no referencial teórico da psicologia analítica, que entende a doença como parte do movimento auto-regulador da psique, discute a natureza simbólica da pele e suas expressões patológicas. Ao longo das dez sessões realizadas, ocorreu uma evolução do quadro inicial por meio do deslocamento de sintomas e do incremento da capacidade imaginativa. Mediante a construção das cenas, aspectos sombrios da personalidade tornam-se mais conscientes. Características psicológicas descritas na literatura são observadas, como relação conflituosa com a figura materna, início dos sintomas após estresse emocional por perdas, dentre outros. No término das sessões, verificou-se a interrupção do desenvolvimento das manchas de vitiligo.

**Palavras-chave:** Vitiligo; Jogo de areia; Psicologia analítica; Psicossomática; Pele.

THE EXPRESSION OF PSYCHOLOGICAL CONFLICTS IN DERMATOLOGICAL INFECTIONS: A CASE STUDY OF A VITILIGO PATIENT TREATED BY SANDPLAY

**Abstract:** This paper is about a case study of a brief psychotherapeutic sandplay process with a vitiligo barrier patient. Based on analytical psychology theory that understands the disease as part of the psychological self regulation process, it discusses the symbolic nature of the skin and its pathological expressions. During the ten psychotherapeutic sessions an evolution of the initial situation was observed through the symptoms displacement and the increase of imaginative abilities. Sandplay scenes building helps shadow aspects of the patient personality to become more conscious. Psychological characteristics described in literature are observed, such as the conflictive relation with the mother's figure, the appearance of the symptoms after an emotional stress due to situation of loss and so on. At the end of the psychotherapeutic process the interruption of the vitiligo stain development was observed.

**Keywords:** Vitiligo; Sandplay; Analytical Psychology; Psychosomatic; Skin.

## Introdução

A pele, o maior órgão do corpo humano, é de extrema importância, tanto do ponto de vista anatômico quanto psíquico, devido às suas características de proteção, delimitação e troca com o meio exterior. Está dividida em três camadas: epiderme, derme e hipoderme; a epiderme é a camada mais superficial e tem como principal função a regulação da passagem de substâncias químicas e agentes infecciosos para derme. É nela que

a célula se divide, emigra, se diferencia e morre, num processo de escamação contínuo. A derme desempenha função protetora e provê o sustentáculo necessário ao sistema vascular da pele. E a hipoderme ou gordura subcutânea exerce as funções de isolar o calor, amortecer golpes e depositar calorias. Na sua origem embrionária, a pele está relacionada com o sistema nervoso central, pois este se desenvolve com a parte da superfície do embrião que se vira para dentro.

Anzieu trata a pele como um sistema que compõe os vários órgãos dos sentidos. No decorrer do desenvolvimento da criança, a pele propicia a diferenciação e sensibilização do organismo, tornando-o capaz de experimentar diferentes tipos de sensação. Assim, a pele é uma referência que possibilita a troca com o meio externo. Dentre suas funções, podemos incluir a capacidade de perceber dimensões tempo-espaciais e de reagir a diferentes estímulos. Além disso, participa da respiração, da transpiração e da secreção, estimulando a circulação, a digestão, a reprodução e a metabolização das substâncias orgânicas (GARTNER, 1998).

Hobolar (apud MÜLLER, 2001, p. 26) afirma que a pele pode ter “função ego-lógica: auto-imagem, autoconfiança (excitação, medo, embaraço) e função ego-lógica: mecânica, fisioquímica (osmose), térmica, imunológica”. Dentre essas duas funções,

há as funções sensoriais que permitem a compreensão do *self* e a experiência do *outro*. Em razão desta combinação inusual e também da posição de interface do indivíduo com o ambiente, a pele se presta como substrato (campo de batalha), para o exógeno e o endógeno, para os processos material (físico) e psicológico.

Do ponto de vista psicogenético, a pele, suas funções e seus distúrbios possuem significado psicológico próprio, que pode ser decodificado e compreendido como uma linguagem. Segundo Chiozza (1997), nas obras de Freud, encontram-se dois grupos de idéias relacionadas à pele: uma que a considera como superfície de contato e outra como barreira limitante. Enquanto superfície de contato, está relacionada ao desenvolvimento psíquico que se dá pela erotização de regiões da pele, que passam a ser fonte de sensação e percepção. Para o bebê, a pele é um sistema de comunicação fundamental, por meio do qual ele entra em contato com a mãe e com o mundo tendo experiências táteis de prazer, de carinho e de proteção ou de dor, de abandono e de agressão.

Enquanto limite, a pele é uma carapaça protetora e continente que diferencia o dentro e o fora, proporcionando ao aparelho psíquico representações constitutivas do Eu. Tanto para a psicanálise como para a escola desenvolvimentista em psicologia analítica (NEUMANN, 1991), o Eu é primordialmente corporal e deriva principalmente das sensações originadas na superfície do corpo. A pele está intimamente ligada ao sentido de identidade, uma vez que este depende da capacidade do sujeito de se reconhecer na peculiaridade de sua forma. Portanto, a forma que um indivíduo tem é portadora de sinais que remetem a significados fundamentais do próprio ser e que podem ser captados na análise de sua apresentação.

Corneaux (1991) afirma que a primeira experiência de polaridade ocorre no contato do bebê com o corpo do pai e da mãe. Masculino e feminino são experienciados por

meio de texturas, tons, cheiros e formas que se diferenciam na pele do homem e da mulher. No caso do menino, a exploração do corpo do pai é a base para a constituição de sua identidade masculina.

Do ponto de vista cultural, a pele é suporte para manifestações simbólicas, como a escarificação, a pintura ritual e a tatuagem. Whitmont (1990) afirma que a pele está profundamente associada à dinâmica da *persona*, ou seja, à atitude social do indivíduo, na medida em que é parte fundamental da imagem que este passa para o mundo. *Personas* muito rígidas, impermeáveis e unilaterais podem ser compensadas, no plano orgânico, por meio de distúrbios dermatológicos. Nesse caso, a pele revelaria no exterior o estado interior, pois ao mesmo tempo que protege nosso meio interno, por meio de sua forma, textura, coloração e cicatrizes, ela o revela (GARTNER, 1998).

Diferentes quadros dermatológicos estão associados a condições psicológicas. A coloração da pele, a secreção e a temperatura podem se alterar de acordo com os estados afetivos, como na associação do estresse emocional com doenças dermatológicas. Haynal e Pasini afirmam que os portadores de doenças dermatológicas psicossomáticas teriam tido mães inadequadas, sendo estas superprotetoras, envolvendo muito a criança, ou pouco estimulantes, rejeitando a criança por meio de um contato corporal empobrecido e pouco caloroso (GARTNER, 1998).

As doenças dermatológicas mais comuns são: dermatite atópica, dermatite seborréica, urticária crônica, herpes simples genital, lúpus, psoríase e vitiligo.

O vitiligo, objeto deste estudo, é uma patologia de despigmentação caracterizada por manchas acromicas, que podem apresentar um fino halo mais pigmentado (de pele mais escura) a seu redor. Essas manchas atingem principalmente a face, extremidades dos membros, axilas, genitais, cotovelos e joelhos, mas podem chegar a acometer quase toda a pele. Quando atingem áreas pilosas, os pelos também perdem a coloração e ficam brancos. Ferimentos na pele podem dar origem a novas lesões, geralmente bilaterais. Também se apresentam de forma isolada ou disseminada, e seu aparecimento dá-se devido à alterações da formação da melanina – células responsáveis pela pigmentação da pele – nos locais afetados.

O vitiligo tem curso crônico, com tendência ao aumento progressivo das lesões. Não há como prever o tipo e a extensão da evolução da doença. Ela pode permanecer estável durante anos e voltar a se desenvolver ou a regredir espontaneamente. Não é raro, num mesmo paciente, ocorrer regressão de algumas lesões, enquanto outras se desenvolvem.

Quanto à etiologia, o vitiligo ainda é uma doença de causa desconhecida. Não se pode afirmar que tenha origem na predisposição genética, uma vez que esta só é observada em apenas 30% dos casos (SAMPAIO et al apud GARTNER, 1998). Existem, porém, algumas hipóteses etiológicas que vêem o vitiligo como uma resposta autoimune ou associado a fatores neurogênicos. Gartner refere-se à relação do vitiligo com problemas endócrinos, tendo em vista que alguns pacientes apresentam alterações de tireóide e diabetes. Outra hipótese causal que tem encontrado grande aceitação são os fatores emocionais, tendo em vista ser muito comum a associação entre acontecimentos importantes na vida do paciente e o aparecimento ou o agravamento da doença,

assim como sua oscilação em função do estresse. Há casos em que os sintomas surgem após exposições prolongadas ao sol, queimaduras ou mesmo logo após a síndrome de Vogt-Koyanagi. Várias doenças podem estar associadas à ocorrência de vitiligo, tais como doença de Addison, anemia perniciosa, alopecia areata, psoríase e nevo halo (GARTNER, 1998).

Mesmo que fatores emocionais não estejam relacionados etiologicamente ao surgimento das manchas, muitos pacientes referem problemas emocionais depois do aparecimento das lesões, acompanhado de substancial piora do quadro clínico. Apesar de o vitiligo não representar risco à saúde física, as alterações estéticas muitas vezes causam distúrbios psicológicos, que podem prejudicar o convívio social e agravar a manifestação da doença.

Qualquer que seja o tratamento idealizado para o vitiligo, deverá ser sempre individualizado e será demorado, exigindo muita paciência. A repigmentação das lesões dá-se por meio dos folículos pilosos, que dão origem a um pontilhado de cor normal dentro das manchas. Esses pontos aumentam progressivamente juntando-se uns aos outros até fechar a lesão.

Segundo Borelli (<http://www.dermat.com.br/Vitiligo.html>), o paciente bem trabalhado, do ponto de vista psíquico e emocional, apresenta melhores respostas aos tratamentos. A autora refere ter observado pacientes que usaram as mesmas técnicas às quais não responderam positivamente e que, após abordagens psicoterápicas, passaram a apresentar uma repigmentação exuberante em todas as áreas do corpo.

Estudo realizado por Müller (2001) acompanhou 13 mulheres com vitiligo durante seis meses. Dessas, dez receberam tratamento conjunto médico e psicológico, e as outras três, somente médico. Observou-se, no primeiro grupo, um percentual maior de repigmentação, o que sugere a importância de um trabalho integrado no tratamento do vitiligo. No grupo que passou por psicoterapia, todas referiram o surgimento de vitiligo após uma situação de estresse emocional vinculado a perdas – por morte, por separação, do lugar na família, de confiança – e a doenças de terceiros.

Outro aspecto relevante desse estudo é que, das dez pacientes desse grupo, nove manifestaram dificuldade de relacionamento com a figura materna, pouco afetiva e nutridora, associada a uma figura frágil de pai. Müller (2001, p. 241) afirma:

Nos casos estudados, pode-se considerar o vitiligo como estando relacionado às falhas no contato inicial com a mãe. Esta, ao não fornecer a mediação psique-corpo [...] fez que a função simbólica, transcendente, ficasse fixada no corpo, em vez de transformar [...] em fantasias e imagens possíveis de serem assimiladas pelo ego.

A forte constelação dos aspectos negativos do complexo materno associada à impossibilidade de uma vivência favorável com o mundo paterno manteve essas mulheres em um nível de inconsciência, no qual predominava um funcionamento arcaico e instintivo. Nesse caso, o vitiligo parece ter exercido primeiro uma função protetora, afastando as pessoas e os conflitos gerados pelas relações e, segundo, uma função conscientizadora, levando a consciência a ampliar-se por meio do sofrimento.

Por meio de exercícios com imagem, a autora observa que a experiência do vitiligo é percebida como um grande obstáculo, um estado de enclausuramento e de isolamento, uma perda de vitalidade e falta de perspectiva.

Ao longo da história, encontram-se várias referências que indicam a existência de um estigma em relação ao vitiligo, confundido com a lepra e com outras doenças desfigurantes (GARTNER, 1998). O termo vitiligo tem sua origem na palavra latina *vitium*, que significa “marca”, “mancha” ou “defeito”, o que pode levar a pessoa portadora de vitiligo a ser percebida como marcada, manchada, defeituosa ou impura.

As implicações psíquicas de doenças socialmente estigmatizadas são grandes, pois as pessoas que as possuem passam ser confundidas com suas doenças e com os significados simbólicos que elas carregam. Possuir uma doença que tem uma conotação negativa implica ser visto como um indivíduo que possui qualidades negativas.

Observa-se, em todas as culturas, que certas doenças cumprem um papel simbólico, na medida que lhe estão associados aspectos negados e contrários à consciência coletiva de determinadas épocas. A lepra, a sífilis, a tuberculose, o câncer e, mais recentemente, a Aids, ocupam um lugar no imaginário que vai muito além do perigo que representam. São vistas como mensageiras do mal, do desconhecido, da culpa, do outro estranho que nos invade e nos ameaça. Nessas percepções é possível identificar um alto grau de projeção daquilo que é sombrio na mente coletiva (PAIVA, 1992; SANT’ANNA, 1996).

No caso das doenças de pele, como o vitiligo, o estigma aparece registrado na própria imagem do indivíduo, marcado e manchado como se algo de sua natureza precisasse ser revelado e reconhecido pelo outro. Do ponto de vista compensatório, podemos pensar que, se algo sombrio mancha a imagem de uma pessoa, é porque talvez ela esteja muito idealizada, pura, polarizada nos aspectos positivos e homogêneos da personalidade. As manchas do vitiligo parecem separar o claro do escuro, tornando-os delimitados e explícitos para que possam ser discriminados e integrados pela consciência. Em termos prospectivos, quando há uma configuração da polaridade, a saída é a vivência do conflito até o ponto no qual os opostos passam e a se relacionar dando origem a uma síntese dialética – um novo estágio de consciência.

A pele, enquanto órgão de contato, pode ser relacionada ao princípio de Eros, que, na psique, representa a necessidade instintiva do ser humano de se relacionar com o mundo que o cerca. Na mitologia grega, Eros é um deus primordial que possibilita a união de Uranus e de Gaia, céu e Terra, masculino e feminino, as duas polaridades fundamentais. É por meio dessa união que tudo pode ser gerado. Psiquicamente, Eros é o movimento em direção ao outro, o que leva a tocá-lo e a penetrá-lo, para que nesse encontro o indivíduo possa ser gerado, e a vida possa ser experienciada em seu movimento criativo.

Portanto, do ponto de vista psicológico, haveria no vitiligo a expressão de uma cisão psíquica gerada por uma condição de isolamento, de falta de relação com o “outro” que está dentro e fora do sujeito? Haveria a expressão de uma personalidade unilateral, infantil e impermeável ao processo contínuo de desenvolvimento da personalidade, que só é possível por meio do enriquecimento gerado pelo confronto entre as polaridades que se apresentam na psique? Sendo o sintoma somático uma expressão concreta dessa

situação, oferecer um meio expressivo no qual o conflito seja representado tridimensionalmente pelo contato das mãos com a matéria poderia facilitar sua assimilação, integração e, por conseguinte, o alívio da expressão na polaridade somática?

Partindo dessas questões, o presente trabalho tem como objetivo verificar, por meio de um estudo de caso: a) a ocorrência ou não de uma condição psíquica marcada pelo unilateralismo e isolamento em portadores de vitiligo; b) as possibilidades clínicas do jogo de areia como meio propiciador de expressão e elaboração desta condição; e c) a possibilidade de um meio expressivo que demande a manipulação, o toque e a relação com um universo concreto e tridimensional, portanto análogo ao corpo e ao meio, poder favorecer uma diminuição das manifestações somáticas.

A discussão realizada apóia-se na psicologia analítica, que entende a doença em função do princípio auto-regulador da psique. Nele o sintoma tem função simbólica, uma vez que é um mediador entre consciente e inconsciente. Ao revelar aspectos inconscientes, a doença pode estar compensando uma situação psíquica unilateral ou indicando a necessidade de novos desenvolvimentos. A conexão entre eventos orgânicos e psíquicos é compreendida por meio do conceito de sincronicidade, que postula a existência de uma realidade unitária, da qual corpo e psique são apenas expressões parciais (Ramos, 1994).

## Metodologia

Realizou-se um estudo de caso com base em um atendimento clínico, no qual usou-se o jogo de areia. A seleção do colaborador-paciente foi feita por meio de prontuário e entrevista de triagem, e os critérios de inclusão foram a presença de doenças dermatológicas crônicas, no caso vitiligo, e a disponibilidade da pessoa em participar dos atendimentos e da pesquisa. Após assinado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fase de coleta de dados teve início.

## Dados gerais sobre o colaborador

A colaboradora, do sexo feminino, 43 anos, é casada com um pastor com quem tem três filhos, duas mulheres (18 e 14 anos) e um homem (17 anos). A filha mais nova teve câncer na parótida, do qual se curou. A entrevistada trabalha como missionária, função que, segundo ela, “exige a manutenção de uma postura extremamente perfeccionista e idealizada, a de esposa de pastor, que tem que dar exemplo para seus seguidores” (sic). Na época dos atendimentos, cursava pedagogia.

Ela é a filha mais velha de uma família de três filhos. Sempre sentiu-se responsável pelos irmãos. Sua irmã teve três casamentos e outras relações afetivas esporádicas, enquanto ela se percebia como a mais “certinha” (sic). Teve uma “educação rígida, típica de uma família tradicional e exemplar” (sic). Lembra-se de que os pais eram muito exigentes com ela, principalmente a mãe, que não lhe permitia rir nem brincar com as amigas quando criança. Sempre ensinou a filha a ver os amigos com desconfiança.

Há dezesseis anos, o irmão de quem gostava muito foi assassinado. Ele utilizava drogas e realizava furtos. Ela sempre cuidou dele, deixando seu casamento e seus filhos em

segundo plano. Somente após a morte do irmão é que percebeu que tem uma família e um casamento. Morava no interior paulista e decidiu mudar para a capital.

A morte do irmão foi vivida de forma traumática pela família. Relata que, na época, foram intensos os sentimentos de vergonha, porque todos os moradores da cidade ficaram sabendo do filho e irmão “drogado e ladrão” (sic). Sua mãe teve de fazer acompanhamento psiquiátrico, porque, ao olhar para jovens, sentia vontade de atacá-los. Até hoje, a mãe telefona com muita frequência para reclamar de seus problemas e para interferir na vida da colaboradora. Cobra desta uma atitude em relação aos relacionamentos amorosos da irmã.

A colaboradora procurou a clínica por indicação da dermatologista, que sugeriu ser seu quadro de natureza psicossomática. Apesar de sentir-se deprimida, não configurou nenhuma queixa em relação a sua vida além do desconforto relacionado à vergonha que sentia devido às manchas do vitiligo. Durante os atendimentos, ocorreram crises de urticária e de cefaléia. A urticária é uma doença de pele que causa erupções cutâneas edematosa, acompanhadas de prurido. Apesar de seu caráter psicossomático, alguns eventos podem contribuir para seu aparecimento ou agravamento: situações emocionais, alimentos, drogas, inalantes alergênicos etc. Lachman (1972) refere-se a estudos que indicam uma relação entre a dificuldade de expressão da agressividade e o desenvolvimento das crises de urticária.

## Instrumentos

1) *Entrevista clínica*: A entrevista clínica oferece um campo vasto para a investigação da dinâmica psíquica. Pode variar da mera coleta de informações a formas mais complexas, que procuram investigar o campo dinâmico que se constitui entre entrevistado e entrevistador e seus determinantes psíquicos. A atitude dialética, fator central no método clínico, favorece a captação complexa e contraditória do singular e sintomático, da idiosincrasia e da síndrome. Nesse caso, a colocação de problemas e a formulação de hipóteses variam de acordo com as condições que se apresentam, pondo-as sempre em verificação com base nas reações evidenciadas no diálogo entre entrevistador e entrevistado.

No presente estudo, as entrevistas tiveram como objetivo não só a coleta de informações, mas também a intervenção, na medida em que visavam a promover reflexão, clarificar aspectos abordados, ampliar possibilidades de compreensão e de ação e favorecer uma distensão da situação emocional. Utilizou-se o modelo de entrevista livre, na qual os temas foram discutidos por meio do fluxo estabelecido entre entrevistado e entrevistador. O registro das entrevistas ocorreu posteriormente por meio de relatório.

2) *Jogo de areia*: O jogo de areia (*sandplay*) é uma técnica terapêutica predominantemente não verbal criada pela analista junguiana, Dora Kalff, na década de 1950, na Suíça. Consiste, basicamente, na confecção de cenas com o uso de miniaturas representativas de várias dimensões do universo, em uma caixa de madeira com fundo azul, contendo areia seca ou molhada. O toque na areia, a construção de cenas e a transforma-

ção dos cenários parecem, por si só, eliciar o duplo processo de cura e de transformação, que são a meta da terapia. Nesse caso, a psique do paciente torna-se um guia mais seguro do que a própria técnica do terapeuta. Ao brincar com a areia, o paciente pode entrar em contato com os aspectos autocurativos presentes em seu inconsciente. As partículas de areia, criadas pela desintegração de rochas, são ideais para dar forma às imagens simbólicas, que possibilitam uma conexão entre a consciência e o inconsciente. Os limites da caixa e a relação de empatia com o terapeuta oferecem um espaço que, ao mesmo tempo, provê a liberdade de expressão e a continência protetora, o que encoraja a criança ou o adulto a experienciar sua vivência num contexto seguro e sem interpretações (KALFF, 1981).

Apesar da proposta inicial de Kalff caracterizar jogo de areia no contexto de psicoterapia individual de longo prazo, nos últimos anos o jogo tem sido utilizado com sucesso em instituições hospitalares e educacionais, tanto com indivíduos isolados como em grupos. Na Faculdade de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, um grupo de pesquisa tem realizado estudos no sentido de adaptar o jogo aos atendimentos realizados em clínica-escola, dentre eles, psicodiagnóstico, psicoterapia de curta duração e atendimento em leito (SANT'ANNA, HADLICH, 1999; SANT'ANNA, GIÓIA-MARTINS, MARTINS, 1999; SANT'ANNA, ALMEIDA, BRANDÃO, ROSSINI, ZIRAVELLO, 2001; SANT'ANNA, 2001).

## Procedimentos

A coleta de dados deu-se por meio de um atendimento breve composto por:

- 1) Entrevista inicial, na qual verificou-se a queixa e realizou-se o contrato, enquadrando o trabalho dentro da proposta da pesquisa. Explicitou-se a necessidade do uso do jogo de areia e, uma vez de acordo, foi solicitado à colaboradora preencher o termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>1</sup>.
- 2) Duas sessões exploratórias e diagnósticas, por meio das quais se buscou observar a dinâmica psicológica da colaboradora. Na primeira, explorou-se a questão da doença (vitiligo) por meio de perguntas e da realização de um desenho sobre a doença. Na segunda sessão, foi realizado um exercício de aproximação com o jogo de areia buscando verificar os sentimentos que o toque na areia despertava e se estes não constituiriam um obstáculo para o trabalho proposto.
- 3) Nove sessões interventivas, com duração aproximada de duas horas, sendo oito com a aplicação do jogo de areia e uma somente verbal. Nas sessões com o jogo, primeiramente ouvia-se o relato da colaboradora sobre sua semana e, nesse momento, realizavam-se algumas intervenções verbais. Na seqüência, convidava-se a colaboradora a montar uma cena sobre o tema que desejasse. Nenhuma intervenção verbal era feita. Após a realização da cena, solicitava-se uma história sobre o que fizera, com a seguinte instrução: "Imagine que essa cena faz parte de uma peça de teatro; qual seria o enredo?". Por fim, pedia-se um título e discutia-se o que a cena, junta-

---

<sup>1</sup> Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

mente com as associações da colaboradora, tinha em comum com sua vida. Somente em uma sessão não foi utilizado o jogo, a pedido da própria colaboradora. Durante as sessões, registrou-se a ocorrência de sintomas somáticos mediante a observação destes pela colaboradora. Não se utilizou nenhum procedimento de diagnóstico médico.

## **Análise dos dados**

Os dados foram analisados qualitativamente, buscando-se evidenciar a dinâmica psíquica da colaboradora e suas possíveis relações com as manifestações somáticas. Realizou-se um mapa das imagens associadas à doença e à vida da colaboradora. Os dados foram correlacionados com o objetivo de chegar a uma hipótese sobre o dinâmica psicológica, na qual se levaram em consideração possíveis relações entre complexos, arquétipos e sintomas orgânicos e o movimento compensatório inconsciente presente na sintomatologia.

Foram observados fatores como a evolução das manifestações das doenças orgânicas, a relação dessas manifestações com a constelação das imagens no jogo de areia e a dinâmica psicológica da colaboradora. Também foram considerados os elementos do relato verbal das reações não verbais, como a facilidade ou dificuldade de expressão de afetos, reações de ansiedades e sentimentos depressivos.

Nas cenas do jogo de areia, analisou-se a composição geral da cena, a disposição e a natureza das miniaturas e a relação entre elas, o processo de realização, o título dado, a história relatada e as associações. Adotou-se a abordagem imagética, ou seja, buscaram-se na própria imagem expressa na cena e na história as referências para sua leitura e compreensão. Por fim, verificaram-se os temas mais relevantes, os possíveis focos da sessão e os indicadores de desenvolvimento do processo psicoterápico.

## **Resultados e discussão**

Os dados do atendimento foram tabulados e apresentados em três quadros seguidos de uma discussão de cada um. O Quadro I apresenta os temas mais relevantes discutidos em cada sessão, o foco predominante das intervenções verbais do terapeuta e considerações sobre o desenvolvimento do processo psicoterápico. O Quadro II refere-se ao relato da paciente sobre a evolução das ocorrências somáticas em cada sessão. E o Quadro III apresenta o desenvolvimento das imagens consteladas no jogo de areia, por meio do título da cena, a história relatada e a distribuição das peças.

Observa-se que o tema de maior frequência nas sessões foi o relacionamento com as pessoas – os filhos, o marido, a mãe, a irmã e os colegas da faculdade. A morte do irmão foi outro tema recorrente, que aparece acompanhado de forte carga emocional. Ocorreram poucas referências espontâneas à doença dermatológica, sendo que, na maioria das vezes, o tema foi abordado em resposta às perguntas do terapeuta. Observou-se, na sessão interventiva 4, o deslocamento dos sintomas de crises de urticárias para crises de alergia respiratórias e dores de cabeça. Na sessão interventiva 8, observou-se o agravamento do estado depressivo.

**Quadro I: Aspectos abordados nas sessões.**

Sessão	Temas relevantes	Foco da sessão	Discussão
<b>Entrevista inicial</b>	Falecimento do irmão há 16 anos. Casamento. Filha com câncer. Cobranças da mãe.	Contrato e levantamento de dados sem intervenção.	Imagens da história do paciente: morte, cobranças, doenças e falta de expressão afetiva. Persona superidealizada e estereotipada.
<b>Entrevista de exploração 1</b>	Vitiligo. Urticária. Sentimentos de depressão.	Levantamento de dados sobre a doença sem intervenção.	Doenças ligadas a um acontecimento socialmente vergonhoso na vida da paciente. Identificação do ego com a persona/constelação da sombra.
<b>Entrevista de Exploração 2</b>	Dificuldades de relacionamentos. Abandono do emprego. Jogo de areia (sensação de tranquilidade e lembranças da infância).	Levantamento de dados sem intervenção. Averiguação da aceitabilidade do instrumento.	Jogo de areia associado à imagem da criança/infância. Percepção da existência de problemas e intranquilidades na sua vida.
<b>Sessão interventiva 1</b>	Câncer da filha. Cuidados com os filhos. Depressão.	Dificuldade de enxergar seus problemas e de enfrentá-los.	Vínculo terapêutico de confiança. Medo de relacionar-se com tudo vinculado ao complexo materno.
<b>Sessão interventiva 2</b>	Raiva da mãe e dificuldade de expressão dos sentimentos de opressão. Câncer da filha.	Dificuldade de entrar em contato e expressar seus afetos e sentimentos.	Começo da expressão de sentimentos relacionados ao complexo materno.
<b>Sessão interventiva 3</b>	Relação com colegas de aula. Relação com a mãe, a irmã e filhos. Insegurança sobre falar da infância.	Fatores que dificultam a expressão de sentimentos. Resistência na psicoterapia.	Necessidade de voltar-se para si e reconhecer suas dificuldades. Projeção destas dificuldades nos colegas e família. Início da desestruturação da persona.
<b>Sessão interventiva 4</b>	Relacionamento materno. Insônia e dores de cabeça. Falta de tempo para si mesma e para divertir-se. Sentimentos de culpa pela mãe inibir seus relacionamentos.	Fuga do enfrentamento de seus problemas. Medos relacionados ao complexo materno. Papel desempenhado na família de origem.	Constelação de imagens voltadas para o relacionamento interpessoal – movimento compensatório. Família sinaliza que está “dando risadas das coisas que antes ignorava”. Aquisição de novos comportamentos.
<b>Sessão interventiva 5</b>	Relação com colegas de aula. Relação com a família atual e de origem.	O papel que desempenha nos seus relacionamentos de forma geral.	Percepção de que não é somente vítima dos outros, mas que também tem aspectos negativos constelados – sombra. Relativização de aspectos idealizados e superadaptados da persona.
<b>Sessão interventiva 6</b>	Morte do irmão. Sentimentos e afetos no luto.	Percepção, expressão e elaboração do luto. Função da urticária na vida da paciente. Sentimentos de raiva, alívio, amor e ternura, bem como saudades do irmão.	Início da expressão autêntica de sentimentos e afetos antes reprimidos e inconscientes.
<b>Sessão interventiva 7</b>	Relacionamentos com colegas de sala e com a família.	Papel que desempenha nos diversos tipos de relacionamento (ora maternal, ora autoritária e rígida) ora distante). Maneira negativa de perceber as coisas que estão à sua volta.	Continua a entrar em contato e a expressar aspectos constelados na sombra, como autoritarismo e ingenuidade/infantilidade e rigidez.
<b>Sessão interventiva 8</b>	Sentimentos de tristeza e de depressão. Desenvolvimento de relacionamentos mais sinceros.	Aspectos positivos que está conseguindo criar em seus relacionamentos. Efeitos dos afetos do luto da morte do irmão.	Melhor discernimento em relação aos seus relacionamentos e percepção de sua interioridade.
<b>Sessão interventiva 9</b>	Relacionamento com o marido. Questionamentos sobre a qualidade da formação de seus estudos. Relacionamentos em sala de aula.	Capacidade de relacionamento e de contato emocional sincero e autêntico com outros e consigo mesma.	Início da dissolução e integração das projeções de suas dificuldades. Mobilização de recursos psicológicos.

**Quadro II: Ocorrências somáticas por sessão segundo o relato da colaboradora.**

Sessão	Ocorrências somáticas
<b>Entrevista inicial</b>	Há 16 anos, começaram a aparecer manchas brancas na pele, logo após a morte do irmão. Com certa frequência tem crises de urticárias.
<b>Entrevista de exploração 1</b>	O vitiligo evoluiu e tomou conta de todo o corpo, com exceção do rosto e dos braços. A urticária começou quando sentiu muita vergonha de uma amiga próxima. Tem crises quando não consegue expressar seus sentimentos e emoções.
<b>Entrevista de exploração 2</b>	O vitiligo começou embaixo do braço. A urticária ocorre em todo o corpo. Já tentou todo o tipo de tratamento dermatológico e não adiantou. A dermatologista acha que é "emocional".
<b>Sessão interventiva 1</b>	Manchas de vitiligo expandem-se muito lentamente.
<b>Sessão interventiva 2</b>	Sem dados.
<b>Sessão interventiva 3</b>	Início das crises de dores de cabeça.
<b>Sessão interventiva 4</b>	Não teve crise de urticária. Começou a ter dores de cabeça e a espirrar.
<b>Sessão interventiva 5</b>	Sem dados.
<b>Sessão interventiva 6</b>	Teve crises de urticária durante a sessão.
<b>Sessão interventiva 7</b>	Sem crises de urticária. As manchas de vitiligo têm poucas alterações.
<b>Sessão interventiva 8</b>	Sem crises de urticária. As manchas de vitiligo param de expandir-se. Crises de rinite alérgica quando sob pressão psicológica.
<b>Sessão interventiva 9</b>	Sem dados.

Os focos das sessões estiveram voltados predominantemente para a maneira como a colaboradora se percebia em seus relacionamentos e de que modo essa percepção influenciava suas reações. Ela apresentou dificuldade em discriminar seu papel nos diferentes relacionamentos devido à presença de sentimentos ambíguos em relação aos outros. Foi sinalizada e trabalhada a necessidade de reconhecimento e de expressão de sentimentos autênticos para que seus relacionamentos pudessem ser fonte de crescimento e prazer. Na sessão interventiva 6, essa questão toca um ponto delicado: a morte do irmão e a dificuldade de elaboração do luto. Foram discutidos sentimentos de amor e de ódio em relação ao irmão, a raiva e o alívio causados por essa perda, a reação da família e sua reação. A partir dessa sessão até a última, aspectos mais positivos começam a surgir em seus relacionamentos que continuaram a ser foco das sessões.

No que diz respeito ao desenvolvimento do processo, as três primeiras sessões possibilitaram averiguar que o vitiligo e as crises de urticária estavam relacionados a situações nas quais a colaboradora havia sofrido constrangimento social associado à dificuldade de expressão de sentimentos. Na terceira sessão, quando foi introduzido o jogo de

areia sem as miniaturas, pôde-se constatar que a técnica foi associada à infância e à imagem da criança. Com o desenrolar das atividades interventivas, constatou-se, nesta ordem, o surgimento do vínculo terapêutico de confiança, o início da expressão mais autêntica de sentimentos acompanhados de estados depressivos decorrentes da relativização de ideais ligados à *persona*, à integração de projeções e à mobilização de recursos psicológicos para o enfrentamento de situações conflitivas.

Verifica-se que as doenças de pele surgiram após eventos emocionalmente traumáticos na vida da colaboradora. No caso do vitiligo, a morte do irmão, a vergonha que esse fato gerou e a dificuldade de expressar seus sentimentos em relação ao evento. Quanto à urticária, associava à vergonha decorrente da briga que teve com uma amiga em quem confiava muito devido a uma "traição". Relata não ter conseguido dizer o que queria para ela "engolindo tudo".

Observa-se, também na sessão interventiva 4, a ocorrência de dores de cabeça e, na sessão de interventiva 6, o desencadeamento de uma crise de urticária no momento em que começa a falar sobre a morte do irmão e sobre seus sentimentos em relação a isso. Tais situações evidenciam o componente emocional de seus sintomas somáticos.

Após essas sessões, não relata mais crises de urticária, somente dores de cabeça e rinite alérgica em momentos mais estressantes. A paciente passa, também, a observar que as manchas de vitiligo haviam parado de se expandir, o que pode sugerir uma transferência da expressão somática de uma parte do corpo para outra.

Pode-se verificar que os títulos das cenas revelam um desenvolvimento, evoluindo de uma situação de "incógnita", de não saber o que dizer, para uma situação na qual a expressão de sentimentos pode surgir de forma autêntica e transformadora. Observa-se, nas três primeiras cenas, a configuração de um estado de isolamento e de depressão, que começa ser alterado na cena 4, na qual aspectos do relacionamento familiar podem voltar e ocupar o centro das atenções. Importante notar que a natureza lúdica dessa cena parece estar relacionada ao surgimento de uma nova maneira de lidar com os problemas.

A partir da cena 5, as cenas ganham outro dinamismo, e o isolamento é substituído por tentativas de relacionamento e de expressão autêntica de sentimentos. Na cena "soltando as bruxas", uma fada resolve conversar com uma bruxa sobre o que elas têm de diferente. A capacidade da colaboradora de dar vida à cena deixando que as figuras "falassem" em seu interior começa a surgir. Com isso puderam emergir aspectos menos reconhecidos da personalidade ligados à sombra e ao complexo materno. O diálogo entre as polaridades parece ser o início do reconhecimento do seu unilateralismo e autoritarismo, da sua auto-imagem idealizada e da perspectiva ingênua presente nos seus relacionamentos.

Na cena seguinte, "entre cobras e lagartos", a constelação de aspectos sombrios torna-se mais evidente. Por meio da representação de uma reunião de bichos, sendo a maioria peçonhentos, foi possível entrar em contato com sentimentos primitivos como a raiva, a vergonha e a culpa.

**Quadro III: Imagens consteladas nas cenas do jogo de areia.**

Sessão	Título da cena	Resumo da história	Peças e sua distribuição
<b>Sessão interventiva 1</b>	“Incógnita”	Praia é um lugar de descanso e de crianças, mas que lembra medo da água. Castelo é para onde imagina poder fugir e isolar-se. No meio estão seus problemas.	Crianças, adultos e uma casinha isolados em lados opostos da caixa. Centro vazio.
<b>Sessão interventiva 2</b>	“Mesma cena”	Relata que são lugares, praia ou campo, que trazem paz, mas nos quais ela permanece isolada.	Crianças, adultos e uma casinha, com a diminuição da quantidade de peças na cena. Estão isoladas em lados opostos. Centro mais vazio.
<b>Sessão interventiva 3</b>	Sem título	Lugar de refúgio. Somente ela poderia viver ali. Não teria sentido se tivesse mais alguém.	Somente a casinha no centro. Isolada.
<b>Sessão interventiva 4</b>	“As coisas boas da vida”	Família de ursos que mora numa floresta fazendo as coisas boas da vida, trabalhando e se divertindo (brincando).	Família de ursos tocando música, trabalhando, cuidando dos filhos. Figuras isoladas no lado direito da caixa. Dispostas em círculo. Menor dificuldade de imaginar e de contar histórias.
<b>Sessão interventiva 5</b>	“Soltando as bruxas”	Uma fada e uma bruxa conversando sobre suas diferenças. A fada era mais boazinha, mas se rebelou quando contrariada. A bruxa às vezes é boa.	Fada e bruxa ocupando o centro-direito da caixa. Melhor distribuição das figuras.
<b>Sessão interventiva 6</b>	não houve cena	---	---
<b>Sessão interventiva 7</b>	“Entre cobras e lagartos”	Reunião de bichos. Alguns peçonhentos e outros não. Sensação de medo pois são bichos frios.	Várias cobras, lagartos, sapo e cachorros. Figuras ocupando o centro-esquerdo da caixa. Disposição em círculos.
<b>Sessão interventiva 8</b>	“Descobrimo a autenticidade”	Criança que era feliz antes de encontrar o pirata. Cresceu e virou a fadinha, com boas intenções, mas achando que muda as coisas num passe de mágica. Também era uma mulher ruim, brava e autoritária.	Criança, fadinha, bruxa, pirata, família de ursos e a casinha. Disposição central na caixa. Aumento considerável do número de miniaturas.
<b>Sessão interventiva 9</b>	“Transformação”	Confronto entre animais e humanos (criança e adulto) mediados pela bruxa e seu cachorro, que protegem os humanos dos ataques dos bichos.	Várias peças utilizadas. Bruxa, criança, adulto, cachorros, cobra, lagarto, sapo. Distribuição ao longo da caixa na transversal.

Na seqüência, em “descobrimo a autenticidade”, a expressão de polaridades aparece por meio de uma criança feliz que se defronta com um pirata malvado transformando-se numa fadinha de boas intenções, que ora tenta resolver tudo num passe de mágica, ora é uma bruxa malévola, autoritária e brava. O reconhecimento dos aspectos negativos de sua personalidade e a ambigüidade que geravam em seus relacionamentos estavam associados a aspectos do *animus*.

Na última cena, “transformação”, o confronto continua, mas agora os aspectos primitivos, os animais (os mesmos das outras cenas), polarizam-se com os humanos representados por duas figuras femininas, uma adulta e uma criança. Interessante notar que

esse confronto é mediado pela bruxa e por cachorros que defendem a casa. Observa-se, portanto, que os aspectos antes negativos da figura materna e os aspectos instintivos de defesa passam a atuar a seu favor. Do ponto de vista simbólico, a casa, enquanto centro que abriga o corpo humano, pode ser associada com o próprio corpo, significando seu interior de proteção maternal. Houve, também, o aumento da capacidade de imaginação e a saída de um plano mais descritivo para um plano mais imagético.

## Conclusões

Por meio das sessões iniciais ficou evidente a relação entre experiências emocionais estressoras e a repressão de sentimentos de perda, luto, raiva, vergonha e culpa, com os sintomas orgânicos da colaboradora, correspondendo ao descrito na literatura (CHIOZZA, 1997; GARTNER, 1998; MÜLLER, 2001). Revelou-se como um traço de personalidade significativo certa rigidez moral expressa em autocobrança e rigor consigo mesma. Segundo Whitmont (1969), esses fatores podem indicar uma personalidade exageradamente adaptada ao social, o que pode levar a uma desadaptação interior severa. Nessas situações, o movimento auto-regulador da psique tende a reagir com a constelação de aspectos inconscientes que precisam encontrar representação na consciência. O conflito decorrente pode levar a uma nova síntese que possibilite uma reação mais ajustada à vida.

O fato de a colaboradora apresentar uma série de manifestações orgânicas relacionadas a situações emocionais bem definidas corrobora com a hipótese de que a vivência corporal está exercendo um papel simbólico, possibilitando uma ponte entre consciente e inconsciente. Como exposto na introdução, a pele enquanto órgão de contato está profundamente associada ao modo como o indivíduo se relaciona com o mundo. Percebe-se que, tanto na expressão da polaridade e do isolamento, na manifestação do vitiligo, quanto na sensação de irritação nas crises de urticária, a pele apresenta uma dinâmica ligada às dificuldades emocionais presentes nos relacionamentos da colaboradora, idealizadas e estereotipadas, nas quais ela não podia expressar sentimentos negativos mantendo uma imagem unilateral de si e um sentimento de superioridade e de isolamento em relação aos outros.

Embora a paciente não tenha relatado a ocorrência de uma repigmentação significativa, o fato de outras expressões somáticas terem aparecido, ao longo do processo, bem como o de o vitiligo ter aparentemente parado de expandir-se, pode indicar que o complexo, ao ser tocado durante o processo terapêutico, tenha favorecido certa redistribuição de energia psíquica antes nele aprisionada. Essa hipótese encontra sustentação em Jacobi (1986), que afirma que um complexo só é integrado quando digerido emocionalmente, o que possibilita uma liberação e redistribuição de sua energia.

Importante observar que, mesmo sendo o vitiligo o foco deste estudo, os dados sobre a urticária são importantes, na medida em que possibilitam uma melhor avaliação da evolução do quadro da colaboradora. Contrariamente ao vitiligo, que tem desenvolvimento lento e crônico, as crises de urticária ocorrem em surtos agudos, portanto mais fáceis de observar. A interrupção dessas crises ao longo das sessões pode ser um dado significativo, indicando uma boa evolução do quadro inicial e sugerindo um prognóstico positivo.

Em relação ao jogo de areia, o desenvolvimento das sessões indica que foi um elemento facilitador da expressão e da elaboração dos conflitos vividos pela colaboradora, principalmente por ajudá-la a reconhecê-los em um plano concreto e seguro. No início do processo, observou-se uma acentuada dificuldade de interação com as imagens expressas no jogo, obtendo-se da colaboradora somente descrições racionais e frias em detrimento da atividade imaginativa de contar histórias. Essa atitude impedia que as imagens fossem conectadas emocionalmente com o ego, o que poderia propiciar a ampliação deste. Ao longo das sessões, com o incremento da capacidade de relacionamento tanto exterior quanto interior, observou-se, sincronicamente, a ampliação da dinâmica expressiva das imagens.

Hillman (1983, p. 56) aponta para a necessidade de a psique criar imagens e metáforas porque “as imagens se tornam o meio de traduzir os eventos da vida em alma”. A falta de um “vaso imaginário” pode resultar em literalismo, o que destitui as experiências de sua perspectiva psíquica. As manifestações orgânicas observadas podem estar associadas a uma dificuldade de formular imagens que possibilitem estabelecer contato com experiências dolorosas no plano psíquico e encontrar sentido para elas. Nesse caso, o sintoma corporal tomou o lugar da imagem psíquica e buscou estabelecer uma conexão com a consciência.

Apesar do reduzido número de sessões, constatou-se, no final do processo, a mobilização de recursos psicológicos para a integração dos conflitos relativos à sua dificuldade de relacionamento inter e intrapsíquico. Isso fica evidente na última cena, na qual o confronto com a sombra parece estar mais próximo da consciência. Observou-se, porém, que algumas projeções puderam ser reconhecidas e introjetadas, e outras não, principalmente devido à curta duração do processo.

## Referências

---

- BORELLI, S. S. **Vitiligo**. Disponível em: <<http://www.dermat.com.br/Vitiligo.html>>. Acesso em maio 2002.
- CHIOZZA, L. (Org.). **Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabetes, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- CORNEAUX, G. **Pai ausente, filho carente: o que aconteceu com os homens**. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- GARTNER, R. P. **Estudo comparativo, através do teste estilocrômico e de entrevista psicológica, dos aspectos psicológicos de mulheres portadoras de psoríase, vitiligo e não portadoras de doenças dermatológicas, psiquiátricas ou psicossomáticas**. 1998. 195 f. (Dissertação Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- HILLMAN, J. **Psicologia arquetípica: um breve relato**. São Paulo: Cultrix, 1983.
- JACOBI, J. **Complexo, arquétipo, símbolo na psicologia de C. G. Jung**. São Paulo: Cultrix, 1986.

- KALFF, D. M. **A psychotherapeutic approach to psyche**. 2. ed. Boston: Sigo Press, 1981.
- LACHMAN, S. J. **Psychosomatic disorders: a behaviorist interpretation**. Nova York: John Wiley and Sons, 1972.
- MÜLLER, M. C. **Um estudo psicossomático de pacientes com vitiligo numa abordagem analítica**. 2001. 278 f. (Tese de Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.
- NEUMANN, E. **A criança: estrutura dinâmica da personalidade em desenvolvimento desde o início de sua formação**. São Paulo: Cultrix, 1991.
- PAIVA, V. (Org.). **Em tempos de Aids: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, apoio psicológico aos portadores**. São Paulo: Summus, 1992.
- RAMOS, D. G. **A psique do corpo**. São Paulo: Summus, 1994.
- SANT'ANNA, P. A. **Um estudo dos arquétipos nos sonhos de portadores de HIV**. 1996. 271 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- SANT'ANNA, P. A.; GIÓIA-MARTINS, D. F.; MARTINS, R. Uma investigação sobre a possibilidade de inserção do jogo de areia no processo psicodiagnóstico em clínica-escola. **Encontro de Psicologia Clínica, n. 2, Anais de Texto**. São Paulo: Editora Mackenzie, 1999. v. 2, p. 147-9.
- SANT'ANNA, P. A.; Hadlich, P. A. A utilização do jogo de areia em processos psicológicos de curta duração. **Encontro de Psicologia Clínica, n. 2, Anais de Texto**. São Paulo: Editora Mackenzie, 1999. v. 2, p. 144-7.
- SANT'ANNA, P. A. Refletindo sobre o jogo de areia: histórico, evolução, aplicabilidade clínica e sua importância na formação do psicólogo. **Congresso de Psicologia Clínica, n. 1. 2001, Anais de Texto**, São Paulo: Editora Mackenzie, 2001. v. 1, p. 469-73.
- SANT'ANNA, P. A.; ALMEIDA, P.; BRANDÃO, J. C.; ROSSINI, A. C.; ZIRAVELLO, M. Uma proposta de utilização do jogo de areia em instituições hospitalares: relato de experiência. **Congresso de Psicologia Clínica, n. 1. 2001, Anais de Texto**, São Paulo: Editora Mackenzie, 2001. v. 2, p. 478-84.
- WHITMONT, E. C. **A busca do símbolo**. São Paulo: Cultrix, 1990.

## **Contato**

Universidade Presbiteriana Mackenzie  
Rua da Consolação, 896  
Consolação – São Paulo-SP  
CEP 01302-907  
e-mail: paulosantanna@mackenzie.com.br

## **Tramitação**

Recebido em abril/2003

Aceito em agosto/2003