Localizador
11-022

Influência das dermatoses no psiquismo de pacientes dermatológicos

The influence of dermatoses in the psyche of dermatological patients

A pele é o principal órgão através do qual o indivíduo estabelece contato com o meio externo e, como forma de construção do eu, contribui de forma significativa nas relações interpessoais[1, 2]. Torna-se claro, portanto, que alterações na aparência da pele geram um conflito de identidade, de forma que sentimentos de rejeição e de exclusão, reais ou inferidos, passam a ter um papel de destaque na vida desses pacientes[1].

Segundo Ted Grossbart, psicólogo de Boston, especialista em psicodermatologia, todas as doenças de pele, independente da causa, têm impacto emocional [2]. Dessa forma, traços de depressão e isolamento podem ser observados e, em uma sociedade que tanto valoriza o culto à beleza e à juventude, a estigmatização e a baixa auto-estima se seguem[2, 3].

Uma hipótese que talvez explique a reciprocidade entre pele e psique seja a origem embriológica comum do sistema nervoso central e da pele: o ectoderma[4, 5]. Além disso, existe uma conexão entre o sistema nervoso central e o sistema imune que ocorre na pele, já que as células de Langerhans possuem receptores para neuropeptídios e produzem fatores neurotróficos, demonstrando mais uma vez o caráter bidirecional das interações da pele e da mente[6].

O contrário também ocorre, conflitos psiquiátricos podem desencadear ou exacerbar lesões dermatológicas[3]. É difícil estabelecer uma linha entre os distúrbios psicológicos desencadeados pelas doenças de pele e as doenças de pele como gatilho psicológico. Alguns exemplos de dermatoses em que essa separação torna-se difícil seriam: psoríase, acne, dermatite atópica, hirsutismo e vitiligo[5].

Há também algumas afecções de pele que são primariamente psiquiátricas e o primeiro profissional de saúde a se deparar com elas é o dermatologista. Como exemplos, temos: a tricotilomania, a dermatite artefacta (lesões auto-infligidas na pele), transtorno dismórfico corporal (preocupação exagerada sobre uma parte do corpo, imaginada ou realmente presente), delírio de infecção parasitária (crença de que o corpo está infestado por parasitas, em que o próprio paciente produz as lesões cutâneas que apresenta)[7].

Segundo Sampogna et al, a detecção dos transtornos psiquiátricos pelos dermatologistas não é satisfatória, pois há uma crença por parte dos mesmos que a morbidade psiquiátrica é rara em pacientes dermatológicos[8].

A psicodermatologia se propõe, assim, a uma integração de preceitos tanto médicos quanto psicológicos para uma nova compreensão das repercussões psíquicas das doenças de pele[9, 10]. No presente artigo, os autores apresentam uma revisão da literatura sobre o tema referente à influência das afecções de pele, assim como a aparência, no psiquismo dos pacientes dermatológicos.

Deve-se pensar que a doença de pele ganha uma ênfase maior no que diz respeito à expressão corporal da doença. Diferentemente das demais doenças, as dermatoses são nitidamente expostas ao externo, sendo mais susceptíveis à estigmatização. O paciente, portanto, tem que se adaptar não só à sua doença como também à exposição da mesma[5]. A pele, além de ser um órgão que nos expõe, é um órgão que nos protege, pois estabelece um limite entre o "eu" e o "outro".

A pele é ainda capaz de demonstrar nossas reações psíquicas em geral, como o rubor que surge como uma expressão involuntária de sentimentos, cuja demonstração é temida, sendo relacionado frequentemente a emoções ou idéias que expressem sexualidade ou agressividade. Já a sudorese é fundamentalmente uma expressão de ansiedade.

Mas, por que para algumas pessoas certos detalhes da aparência são capazes de provocar grande impacto no psiquismo, enquanto que para outras não o são? A valorização da pele está diretamente relacionada com o que a pessoa valoriza em si mesma e tal aspecto é construído desde as primeiras experiências de vida. Uma boa relação mãe/bebê permite um bom desenvolvimento da auto-estima e da flexibilidade de caráter, de forma que o indivíduo terá capacidade de dominar a ansiedade e poderá fazer decisões racionais sobre sua aparência[11].

Na infância, a criança percebe uma imagem "ideal" da pessoa que gostaria de ser e esse "ideal" é baseado nos aspectos idealizados dos pais. Na adolescência a idealização é transferida a um ídolo da mídia ou da moda, vigente pela sociedade, pelo desejo de inserção em grupos. Quando adulto, busca se inserir nas normas dos relacionamentos interpessoais[11].

No que diz respeito ao impacto da dermatose na aparência do indivíduo, aspectos genéticos de temperamento podem influenciar nesse estresse emocional[12-14]. Outro ponto importante é que o próprio tratamento da doença de pele pode afetar a qualidade de vida e a aparência do paciente, tanto pelos efeitos colaterais da terapêutica proposta, tanto pela exigência de um comprometimento de adesão ao tratamento nem sempre possível[15].

Diversos estudos apontam para o significativo declínio da qualidade de vida dos pacientes com afecções de pele, dentre eles, o estudo de Ludwig et al. (2006) que encontrou, em pacientes dermatológicos brasileiros, níveis de depressão e ansiedade de leve a grave, sendo o nível leve o mais prevalente em ambas[16]. O estudo de Yasici et al. (2004), realizado na Tur-

quia com pacientes portadores de acne, observou níveis de depressão e ansiedade mais elevados se comparados à população sem doença de pele[17].

Quando um paciente tem uma imagem própria negativa, inevitavelmente, essa mensagem é transmitida aos outros e uma resposta negativa recíproca ocorre. Um papel importante do dermatologista é a educação de pacientes, familiares e da sociedade sobre as doenças dermatológicas e sobre o suporte que os pacientes devem receber para que aceitem as suas limitações[5]. Segundo Baranquin[15] alguns princípios básicos do manejo de tais pacientes, são:

- *Empatia: a certeza de ser bem atendido e de ter um apoio para as suas inseguranças;*
- *Educação da história natural da doença, do tratamento e do prognóstico, elucidação de dúvidas. Um conhecimento mínimo sobre a própria condição traz segurança e maior aderência ao tratamento;*
- *Estresse e formas de abordagem, seja com técnicas praticadas pelo próprio paciente (meditação, técnicas de respiração, escrita de um jornal, ou mesmo um apoio religioso), seja por técnicas pelos profissionais de saúde (hipnose);*
- *Apoio psicológico/psiquiátrico.*

Conclusão

O atendimento do paciente dermatológico deve ser de forma integrada, de modo a oferecer psicoterapia, técnicas de relaxamento, atendimentos em grupo, a fim de tentar reduzir o estresse desses pacientes [17].

De acordo com a perspectiva psicossomática, conflitos no plano psíquico que não são bem elaborados e simbolizados, podem vir a ser concretizados no corpo, advindo então o adoecimento no plano físico. Neste contexto a pele ganha um destaque, visto que é o órgão mais exposto e, portanto, o mais sujeito a estigmatização.

Percebe-se que quando um paciente projeta para si uma imagem própria negativa, esta imagem acaba sendo percebida inconscientemente pelos outros. Portanto, é importante para os médicos dar um suporte a seus pacientes quanto aos seus medos para que eles possam aceitar as suas limitações de forma realista, porém com uma atitude positiva a fim de reerguer sua auto-estima.

Atualmente, dado todos os benefícios psíquicos e sociais que a beleza traz ao indivíduo, é inteiramente compreensível que uma pessoa se esforce para ser as mais bonita possível, de acordo com os ideais culturais atuais que exigem uma aparência e uma juventude como algo inerente à beleza. Entretanto, é importante que o médico esteja ciente de que há pacientes cujos objetivos presentes em sua mente divergem da realidade do seu corpo. É importante avaliar com cuidado o status emocional do paciente e determinar se seus objetivos são atingíveis antes de concordar em oferecer-lhe o tratamento.

Marcella Nascimento e Silva,
Rafaella Nascimento e Silva,
Gustavo Mattos Teixeira Soares
Núcleo de Pesquisa em Dermatologia do Serviço de Dermatologia
do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil
e-mail: gustavomattos04@yahoo.com.br

Referências bibliográficas

1. Gaudêncio AG, Roustan G, Sirgo A. Evaluation of Anxiety in Chronic Dermatoses: Differences between Sexes. *Rev Inter Psicol.* 2004; 38: 105-14.
2. Grossbart TA, Sherman C, Azumbuja, RD. Dermatologia integrativa: a pele em novo contexto. *An Bras Dermatol* 2000; 75: 393-420.
3. Ribas J, Oliveira CMPB, Ribeiro JCR. Acne vulgar e bem-estar em acadêmicos de medicina. *An Bras Dermatol* 2008; 83: 520-5.
4. Folks DG, Warnock JK. Psycocutaneous disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2001; 3: 219-25.
5. Caroline S, Koblenzer MD. Psychodermatology of Women. *Clin Dermatol* 1997; 15: 127-41.
6. Bilkis MR, Mark KA. Mind-Body Medicine: Practical Applications in Dermatology. *Arch Dermatol* 1998; 134: 1437-41.
7. Sampogna F, Picardi A, Melchi CF, Pasquini P, Abeni D. The impact of skin diseases on patients: comparing dermatologists' opinions with research data collected on their patients. *Br J Dermatol* 2003; 148: 989-95.
8. Müller MC, Cenci C, Hoffman F, Ludwig M. Os Diferentes Significados Psicológicos da Pele. *Rev Filos Cienc Hum* 2002; 18: 63-73.
9. Koo J, Lebwhol A. Psychodermatology: the Mind and Skin Connection. *Am* Fam Physician 2001; 64: 1873-8.
10. Caroline S, Koblenzer MD. Psychosocial Aspects of Beauty: How and Why to Look Good. *Clin Dermatol* 2003; 21: 473-5.
11. Hong J, Koo B, Koo J. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther* 2008; 21: 54-9.
12. Baranquin B, Dekoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. *Can* Fam Physician 2002; 48: 712-6.
13. Ludwig MWB, Redivo LB, Zogbi H, Hauber L, Facchin TH, Müller MC. Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. *Psic* 2006; 7: 69-76.
14. Yazici K, Baz K, Yazici AE, Kokturk A, Buturak V. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol* Venereol 2004; 18: 435-9.
15. Picardi A, Pasquini P, Abeni D, Fassone G. Psychosomatic Assessment of Skin Diseases in Clinical Practice. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 315.
16. Jesitus J. Psychological problems complicate dermatologic conditions. *Derm Times* 2005; 26: 52-4.