

# Psicodermatologia e Transtornos Psicocutâneos

Carlos Estellita-Lins, David R. Azulay e Rubem D. Azulay

O paralelismo psicogênico verificado entre a pele e o sistema nervoso encontra, em parte, sua explicação no fato de que a origem da epiderme e do sistema nervoso ocorre no mesmo folheto embrionário: o ectoderma. A inter-relação pele-psi-quismo não passou despercebida pelos antigos dermatologistas: Falconer, em 1788, dissertou sobre o efeito das paixões na pele; em 1868, Damon publicou seu livro *Neuroses Cutâneas*; em 1891, Bloch criou o termo *neurodermite*; e, em 1895, Kaposi escreveu também sobre as *neuroses da pele*. É bem conhecida a *epiloia*, síndrome que comumente associa epilepsia, angiofibromas múltiplos (adenoma sebáceo de Pringle) a nódulos de esclerose no córtex cerebral; na doença de von Recklinghausen, também há comprometimento do sistema nervoso. Do ponto de vista neuropsiquiátrico, encontramos a deficiência mental como denominador comum de dermatoses hereditárias e/ou congênitas: doença de Darier, doença de Pringle-Bourneville, albinismo, neuroictioses e outras. Essa afinidade se apresenta ainda com o envolvimento do sistema nervoso periférico como em certas viroses (herpes-zóster). A correlação entre eventos vitais estressantes e erupções de dermatoses já é bastante estabelecida; fatores emocionais influenciam significativamente a maioria das doenças da pele (Locala, 2009). A “conexão corpo-mente” é uma via fisiológica elaborada, por meio da qual ocorre comunicação bilateral entre o corpo e o cérebro (Koo, 2001; Poot, 2007). Estamos, portanto, na interseção entre o sistema nervoso-mente-subjetividade (aquilo que é tido por mais íntimo pelo senso comum) e a derme em sua exterioridade, em seu caráter mais visível e público.

Denomina-se *psicodermatologia* o ramo da dermatologia que estuda esta correlação expressa nos distúrbios psicocutâneos. Trata-se de um setor da dermatologia dotado de crescente interesse na última década (Bridgett, 2004; Davis, 2007; Editorial, 2011; Almuqaddam *et al.*, 2011; DeWeerd, 2012; Bewley *et al.*, 2013; Editorial, 2013). Sua terminologia ainda não está consolidada, permanecendo ausente dos principais descritores (indexadores) da biomedicina, como MeSH (NIH e MEDLINE, EUA) ou DeCS (BIREME, Brasil). Alguns autores preferem termos como *dermatologia psicossomática* ou *medicina psicocutânea* (Burns *et al.*, 2004; Harth, 2008; Sterry, 2009; Kleinman, 2011). Trata-se de uma área específica de pesquisa em interseção com a medicina psicossomática e a psiconeuroimunologia (Lotti, 1999). Para Koo – que tem se destacado na difusão da psicodermatologia, reputando-a muito

útil e de impacto em distúrbios bastante prevalentes –, dermatologistas que pretendam ajudar seus pacientes com transtornos psicocutâneos podem ampliar seu arsenal terapêutico, familiarizando-se com a psicofarmacologia básica (Lee *et al.*, 2007) e aprendendo a indicar psicoterapia, quando necessário. Os dermatologistas são responsáveis pela maioria dos atendimentos ambulatoriais de problemas psicocutâneos; contudo, estudos recentes sugerem que eles se veem despreparados para lidar com a maior parte dos distúrbios psicodermatológicos (Humphreys *et al.*, 1998; Jafferany *et al.*, 2010). Em um estudo tipo inquérito-Delphi com as equipes do Massachusetts General Hospital (Boston, EUA), 57% estavam tranquilos no diagnóstico de depressão, somente 11% em prescrever antidepressivos e apenas 3% na prescrição de antipsicóticos; no manejo da dor neuropática, 66% dos dermatologistas sentiam-se aptos. Um quarto destes médicos revelou que jamais prescreve psicofármacos (Gee *et al.*, 2013).

“A pele é o que há de mais profundo”, disse o poeta Rimbaud, ao que podemos acrescentar que a pele é também o maior e mais extenso órgão do corpo humano. A pele constitui uma importante dimensão da imagem corporal, que, junto ao esquema corporal, integra o organismo ao corpo próprio. Nosso corpo é visto por nós mesmos e pelos outros, embora seja realmente vivido enquanto corpo por meio da imagem corporal estudada pela fenomenologia. Convém lembrar que o indivíduo com a pele comprometida, sobretudo em áreas descobertas, fica frequentemente envergonhado, ansioso ou triste. Desse modo, danos em sua integridade representam perturbações homólogas no esquema corporal, no corpo próprio ou *eu corporal*, ou, ainda, no que os psicanalistas denominam *ideais da pessoa (superego e ideal do Eu)* – instâncias psíquicas que sofrem regulação parental, cultural e social. Em geral, isso se expressa por algum tipo de sofrimento psíquico, cuja proporção ao dano na imagem de si próprio somente pode ser verificada na esfera da subjetividade a partir de uma relação interpessoal sólida (médico-paciente).

A pele é igualmente um suporte para manifestações simbólicas (escarificação, pintura ritual em selvagens), culturais (tatuagem, *body-piercing*), expressão de sentimentos e troca de signos que compõem o campo de funcionamento psíquico, mediado pela linguagem (Schildkrout, 2004). Muitas alterações em sua fisiologia adquirem significações no campo das relações humanas, comportando a expressão de emoções:

enrubescimento (vasodilatação), empalidecimento (vasoconstrição), pele arrepiada (ereção pilosa), prurido (estímulo a terminais nervosos), hiperestesia ou parestesia (perturbações vasculares ou nervosas), hiper-hidrose (sudorese excessiva que pode ser localizada em axilas, regiões palmar e/ou plantar) e outras. O rosto humano tem enorme valor simbólico, estético, jurídico e antropológico. A integridade e a funcionalidade da face dependem de uma superfície recoberta por milímetros de epiderme e derme absolutamente visíveis e hierarquicamente superiores. Desse modo, é possível afirmar que a pele está situada na fronteira entre interior e exterior do organismo, atuando como via de mão-dupla que comunica ambos os territórios, podendo receber sinais provenientes de ambas as jurisdições, assim como atuar como representante das emoções, emitindo signos por meio de sua própria integridade ou disfunção. Como disse Panconesi (2000), o dermatologista é paradoxalmente arrastado da superfície do corpo até áreas mais profundas, como a *psyché*.

## ► Psicopatologia dermatológica

Por todas as observações e semelhanças dessa complexa inter-relação psiquismo-pele, cresce dia a dia a importância da psicodermatologia, cujo objetivo é estudar quadros dermatológicos que advêm dessa relação. Assim, ao inspecionar a pele, o dermatologista faz o diagnóstico, sem se esquecer de que o doente não é apenas a sua pele, mas um todo, um ser complexo e global, sujeito a uma multiplicidade de causas que se superpõem, interpenetram, criam sinergismos e somatórios, determinam-se e sobredeterminam-se. Qualquer que seja a doença, é preciso adotar uma visão bidirecional entre corpo e psique. Para isso, é preciso abandonar uma concepção uniaxial, mais adequada ao modelo etiológico infeccioso, em favor de um modelo multifatorial mais utilizado em doenças degenerativas, neoplásicas e distúrbios psíquicos. É igualmente necessário compreender que são elementos terapêuticos de valor inestimável: a anamnese, o exame físico, os procedimentos diagnósticos, assim como a clareza e sinceridade no prognóstico e no tratamento, cuja importância para cada paciente não pode ser determinada de antemão.

É preciso reconhecer que:

- é o ser humano em sua globalidade que adocece, e não simplesmente sua pele
- qualquer distúrbio da pele é capaz de comprometer o psiquismo
- a integridade da pele relaciona-se com a integridade do ser psíquico
- síndromes depressivas, transtornos somatoformes e quadros psicóticos frequentemente cursam com queixas de pele nas mais variadas formas
- é necessário compreender o conceito de esquema corporal, que pressupõe a integridade neurológica e tem expressão cultural antropológica, mas também considerar a existência da imagem corporal, dimensão ainda mais singularizada, que ultrapassa o referido esquema no processo de individuação
- a integridade da imagem corporal depende não somente da visão, do tato, da sensibilidade térmica, dolorosa e proprioceptiva, mas também da história e memória cognitivo-afetiva do sujeito. Ela torna-se ainda mais complexa no rosto humano, capaz de emitir e receber signos próprios (Mumme *et al.*, 1996; Weinberg *et al.*, 1996; Kanwisher *et al.*, 2006).

A pele e as mucosas são a sede anatomofisiológica de muitas atividades eróticas e sexuais. Os órgãos genitais e caracteres sexuais secundários sofreram progressiva especialização filogenética na pele e nas mucosas e, quando estimulados, respondem no nível sensitivo, motor e, inclusive, endócrino. Durante o desenvolvimento do indivíduo, a sexualidade infantil tem grande importância na constituição da subjetividade, incluindo o erotismo genital característico do sexo nos adultos. Define-se a sexualidade infantil por experiências de prazer e desprazer, constituindo zonas erógenas a partir dos orifícios corporais (em que a pele é o órgão principal). Em 1903, Freud descreveu a importância da fase polimorfo-perversa como etapa entre as zonas erógenas. Trata-se de um privilégio de toda a superfície corporal como órgão sensível e fonte de estímulos, que coloca a pele em primeiro plano e destaca seu potencial de estimulação não somente tátil, mas também visual (escópico), térmico e doloroso.

A sexualidade humana é elemento constituinte da etiologia das neuroses e coadjuvante em qualquer distúrbio psíquico (Freud, 1905); além disso, representa um dos elementos principais de conflitos psíquicos permanentes, podendo ser verificados inclusive em pessoas normais (embora muito pouco acessíveis à observação, seja de si próprio ou por outrem). Estes se originam de uma incongruência paradoxal entre fantasias desejantes arcaicas e um aspecto incontornável da realidade atual, expressando-se por sintomas neuróticos (conversão histérica, fobias, obsessões), angústias, inibições e ansiedade. Também em perversões ou psicoses, é possível encontrar conflitos entre realidade e fantasias oriundas da sexualidade infantil; no entanto, geralmente com grave prejuízo para a primeira.

A experiência de doença crônica costuma trazer o problema do estigma no bojo de seu sofrimento. A estigmatização não deve ser encarada simplesmente como discriminação social, mas principalmente como complexo processo cognitivo em que o paciente toma parte ativa, segregando-se e justificando sua exclusão. Fica em questão não apenas como o outro nos vê, mas também como nos vemos por meio dos olhos dos outros. Grupos vulneráveis como crianças, adolescentes, minorias étnicas e portadores de necessidades especiais devem receber atenção especial quando a estigmatização envolve a pele, a imagem do corpo e, por conseguinte, a imagem ideal do *eu*. Muito frequentemente, crianças e jovens são objeto de *bullying* (Estellita-Lins *et al.*, 2012), cujo escopo de violência envolve características ou distúrbios da pele (manchas, cicatrizes, acne, deformidades). A insatisfação com a imagem corporal varia em um contínuo que vai das queixas comuns do adolescente com relação ao cabelo, rosto e compleição física até o transtorno dismórfico corporal e a anorexia (mais prevalentes na adolescência e no adulto jovem). Estudos sugerem que tal insatisfação tem aumentado com as tecnologias de modificação corporal (fisiculturismo, cirurgia plástica e cosmetologia), e que pessoas solteiras ou solitárias apresentam mais queixas em comparação aos casais (Sarver *et al.*, 2004; Tom *et al.*, 2005; Sarver *et al.*, 2008). A relação entre a sociedade digital midiática e as transformações da imagem corporal é relevante e tem suscitado perguntas que vão da sociologia até a clínica (Sweetman, 1999; Featherstone, 2013). Nunca foram prescritos tantos psicotrópicos como nos dias atuais, o que sugere profundo desencontro entre o indivíduo e seu meio.

Um campo de investigação relevante para a compreensão de afecções psicocutâneas é a medicina psicossomática, voltada para o estudo dos mecanismos do adoecer orgânico que apresentam esse nexos causal e, portanto, exigindo que a conduta terapêutica suscite intervenções visando aos conflitos



psíquicos em questão. Por meio da resolução ou transformação de um conflito, é possível curar a doença ou modificar o estado psicopatológico. Chamamos psicoterapia toda conduta, especializada ou não, que possa cumprir esse objetivo por uma dimensão de intercâmbio interpessoal – cognitivo, comportamental, afetivo, inconsciente, familiar – que envolva processos mediados pela linguagem. Para o dermatologista, o conhecimento da interação de conflito emocional e estados mórbidos da pele pode ser tão importante quanto o conhecimento detalhado da farmacopeia dermatológica. A psicodermatologia constitui o domínio de aplicação desses conhecimentos.

Pesquisas recentes têm revelado a conexão de estresse e psicopatologia dermatológica. Fala-se em uma vulnerabilidade ao estresse que danifica a integridade da barreira epidérmica. O estresse afeta a permeabilidade da pele em humanos. Há um papel importante desempenhado pelos glicocorticoides, neuropeptídeos e a flora da pele com sua barreira de defesa danificada (Orion e Wolf, 2012). A ruptura da barreira homeostática da derme foi associada a alterações no nível do cortisol circulante, assim como à liberação de substâncias neuroimunes que ativam processos inflamatórios ou imunológicos nas várias camadas da derme, prejudicando a homeostase cutânea. Acredita-se, também, que fibras de nervos aferentes com terminações livres extensíveis até a derme possam atuar como efetores neurosecretores, liberando, durante períodos de maior estresse psicológico, neuropeptídeos próximos à epiderme. O peptídeo intestinal vasoativo e a substância P são potentes mitógenos de queratinócitos, estando envolvidos na patogênese de algumas doenças dermatológicas (Peters, 2012).

Postula-se que o estresse psicológico modificaria o limiar de resistência aos danos físicos eventuais contra a derme, facilitando, assim, o desencadeamento de uma cascata de eventos, como o aumento da síntese e a liberação de citocinas da epiderme, seguidos por hiperplasia epidérmica, ativação de células de Langerhans e processo inflamatório subsequente (Garg, Chren, Sands *et al.*, 2001). Há, portanto, forte evidência de um papel potencialmente patogênico das perturbações induzidas pelo estresse psicológico no desencadeamento ou agravamento de doenças de pele.

## ► Classificação dermatológica

Existem algumas propostas de classificação de entidades clínicas sob o aspecto psicodermatológico. A pioneira classificação de Medansky e Handler (1981) tem caráter abrangente e didático, embora privilegie aspectos etiológicos que ainda não são muito conhecidos ou foram contestados. Partindo da tendência atual da psiquiatria clínica (DSM-V e CID-10), que valoriza sistemas de classificação amplos e descritivos, evitando inferências etiológicas, utilizaremos a classificação de Fitzpatrick *et al.*, modificada com finalidade didática (Quadro 76.1).

Medansky e Handler classificaram as psicodermatopatias em 3 grupos.

O *grupo primário* inclui patologias de expressão dermatológica em que o distúrbio psíquico é primário e a dermatose é expressão secundária e contingente. Aqui se situam: dermatite factícia, tricotilomania, dismorfofobia, parasitose delirante etc.

No chamado *grupo secundário*, o distúrbio psíquico é coadjuvante de patologia cutânea: “embora a patologia seja primariamente orgânica, ocorrem alterações emocionais em grau variável; nesse grupo, estão incluídas todas as dermatoses”.

### Quadro 76.1 Distúrbios psicocutâneos.

#### Condições em que há influência psíquica maior ou comorbidade com transtornos psiquiátricos

Lesão autoinfligida  
Dermatoses manipulativas: dermatite factícia, escoriações neuróticas, tricotilomania  
Sintoma desprovido de sinal ou lesão  
Distúrbio de pensamento ou senso percepção envolvendo a pele ou fâneros (delírios, obsessões e fobias relacionadas com a pele): psicose hipocondríaca monossomática, dismorfofobia  
Sinais dermatológicos nos transtornos alimentares  
Anorexia nervosa subtipo purgativo ou bulímico  
Anorexia nervosa subtipo privativo: predomínio de hipovitaminoses (Capítulo 63)

#### Dermatoses com evidência de desencadeamento psíquico

Hiper-hidrose  
Síndrome da púrpura psicogênica  
Urticária crônica  
Prurido generalizado  
Alopecia areata  
Vitiligo

#### Dermatoses e outras condições cujo curso é afetado por estresse ou desequilíbrio emocional

Dermatite atópica  
Psoríase  
Eczema desidrótico  
Acne vulgar  
Dermatite seborreica  
Líquen simples crônico  
Líquen plano  
Herpes simples recorrente

#### Expressão concomitante de quadro neuropsiquiátrico e dermatológico sem nexo causal (em geral, algum grau de retardo mental e alterações cutâneas típicas)

Erro inato metabólico  
Anormalidade cromossômica  
Enfermidade congênita

#### Distúrbio dermatológico de prevalência elevada em pacientes cronicados e negligentes (retardo mental, esquizofrenia)

Parasitismo cutâneo (escabiose, pediculose)  
Infecções fúngicas  
Tumores extensos, gigantes, pediculados (estágio avançado)  
*Cutis verticis gyrata* ou *paquidermite verticis gyrata*  
“Dedo de tabagista”

O *grupo colaborador* implica que causas orgânicas e perturbações emocionais colaborem e interajam em diferentes graus na produção da dermatose (psoríase, dermatite atópica, acne, vitiligo etc.).

Fitzpatrick, Elsen e Wolff classificam o grupo primário como de influência psíquica maior ou comorbidade com transtornos psiquiátricos (Quadro 76.1), que pode ser caracterizado como de *maior determinação de nexos subjetivos* na patoplastia do caso clínico. Em geral, situa-se na esfera de atuação do psiquiatra clínico ou do psicoterapeuta (psicanalista, psicólogo cognitivo-comportamental), embora produza demanda de consulta dermatológica, que, eventualmente, pode ser o primeiro contato médico com a situação. Cabe ao dermatologista iniciar o

tratamento e/ou fazer uma indicação precisa e ainda mostrar-se capaz de atuar como consultor especializado. Em outra classe, encontramos dermatoses em que ocorre desencadeamento emocional, embora o quadro básico não seja psiquiátrico – por exemplo, hiper-hidrose, síndrome da púrpura psicogênica, urticária crônica, prurido generalizado, alopecia areata etc. Essas são doenças conhecidas de qualquer dermatologista, nas quais a medicina psicossomática tem grande importância, sendo imprescindível uma boa relação médico-paciente para que o especialista possa conduzir a terapêutica a termo. É importante observar que qualquer evolução clínica atípica sugere influência de um estado de sofrimento psíquico no desencadeamento de uma dermatose, como está indicado no Quadro 76.2.

Em outro grupo, encontramos entidades cujo curso clínico e evolução são afetados por estresse ou desequilíbrio emocional, em que, contudo, seria equivocado falar simplesmente em desencadeamento emocional. O modelo clássico é a psoríase, bem como herpes simples, líquen, acne, dermatite atópica e/ou seborreica, eczema disidrótico, dentre outros. Encontramos, nessa classe, doenças potencialmente crônicas, cujo tratamento dermatológico pode associar-se às intervenções psicofarmacológicas ou psicoterápicas.

Por último, é necessário ter atenção com a associação frequente da deficiência mental com alterações típicas de pele, modo de apresentação muito comum na prática do pediatra ou do psiquiatra da infância e adolescência. Encontramos uma vasta gama de anormalidades genéticas, como erros inatos do metabolismo, aberrações cromossômicas etc., que são observadas desde o nascimento, demandando parecer do dermatologista e intervenções específicas.

Há 2 classificações psiquiátricas internacionais de transtornos mentais: o manual diagnóstico denominado DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais-2013), norte-americano com predomínio no mundo anglo-saxão; e a Classificação Internacional de Doenças, o CID-10 da OMS, que atualmente está em revisão. No DSM-IV, as comorbidades ficavam reservadas ao eixo 3, em que se situava a dimensão clínica envolvendo especialidades como dermatologia, infectologia, neurologia etc. Infelizmente, em detrimento de uma compreensão mais holista dos transtornos mentais, isso foi abolido; em compensação, o transtorno escoriativo (*dermatilomania*, “futucador da pele”, *skin-picking*) tornou-se uma nova categoria incluída no DSM-V entre os transtornos do controle dos impulsos, ficando incluída no espectro dos transtornos obsessivo-compulsivos. Há uma tendência atual em pesquisa que valoriza o transtorno escoriativo como área de pesquisa e entidade autônoma, apresentando, inclusive, um descritor correspondente no MeSH.

Para Koo e KyungHwa Park, é possível falar em transtornos psiquiátricos primários, transtornos psiquiátricos secundários em que a dermatose é evidente e antecedente (hiper-hidrose,

vítigo, alopecia areata e acne), transtornos sensoriais cutâneos e, ainda, transtornos não psiquiátricos, nos quais se utiliza empiricamente psicofármacos (Koo, 1995; Park *et al.*, 2013). Gupta (1996), propõe apenas 2 grandes categorias classificatórias em psicodermatologia: associação cutânea de transtorno psiquiátrico e associação psiquiátrica de distúrbios cutâneos. De acordo com esta revisão narrativa, a maioria dos diagnósticos psiquiátricos em dermatologia compreende: transtornos depressivos (episódio depressivo maior e possivelmente doenças afetivas em geral), transtornos ansiosos, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e do controle dos impulsos incluindo transtorno escoriativo e dismorfofobia (*body dysmorphic disorder* do DSM-V), além de perturbações psicóticas delirantes, enquanto encontram-se na segunda categoria: dermatite atópica, psoríase, urticária/angioedema e alopecia areata. Ao final do capítulo, é possível observar os transtornos psiquiátricos de comorbidade dermatológica mais prevalentes, de acordo com a CID-10.

## ► Instrumentos de avaliação

O avanço da medicina a partir de evidências vem fomentando tecnologias de aferição dos fenômenos clínicos em caráter tanto qualitativo como quantitativo (Estellita-Lins, 2002). A tentativa de quantificar aspectos psicossociais e fenômenos mentais ganha crescente importância em psicodermatologia. A disfunção ocasionada por qualquer problema, doença ou transtorno tem impacto na qualidade de vida dos pacientes. Alguns distúrbios dermatológicos podem ser tão prejudiciais que certos autores propuseram o conceito de insuficiência dermatológica em paralelo a insuficiência cardíaca ou renal (Ryan, 1991; Curry *et al.*, 2002). A partir de uma racionalidade que investiga qualidade de vida e estressores psicossociais, tem sido possível desenvolver questionários estruturados (inclusive autoaplicáveis), escalas e métodos de avaliação de condições clínicas específicas ou aspectos mentais envolvidos em dermatoses. Alguns desses instrumentos são efetivamente utilizados na prática clínica para *follow-up* regular de casos (eczema atópico, acne na adolescência e queda de cabelo), assim como em pesquisa buscando aspectos epidemiológicos de determinada população.

Encontramos instrumentos específicos como o SPI (*Simplified Psoriasis Index*), instrumento desenvolvido (autoaplicável) para que pacientes com psoríase avaliem o grau de gravidade de seu acometimento psíquico, sendo passível de correlação com o PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*), que é aplicável de maneira objetiva nas lesões de psoríase pelos dermatologistas. Esse tipo de iniciativa tenta fornecer medidas de aspectos emocionais implícitos que são muito relevantes para a terapêutica de distúrbios crônicos (Kirby *et al.*, 2000). Como a psoríase pode ter grande impacto na vida dos pacientes, de suas famílias e companheiros, desenvolveu-se também um instrumento específico para medir o impacto secundário da psoríase na qualidade de vida relacionada com a doença dos familiares de pacientes sofrendo desta afecção (Eghlileb *et al.*, 2009).

O *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin picking* (MIDAS) consiste em uma medida com a finalidade de avaliar a escarificação automática, assim como aquela localmente orientada (Walther *et al.*, 2009) bastante relevante na clínica dermatológica da escarificação compulsiva. Na acne vulgar, tem sido utilizado o questionário de Motley e Finlay

### Quadro 76.2 Evidências clínicas sugestivas de desencadeamento emocional de qualquer dermatose.

- Flutuação inexplicável na intensidade da erupção
- Resposta temporária a cada novo tratamento
- Prurido noturno com ou sem escoriação
- Mudanças ambientais provocando melhora
- Paroxismos de prurido
- Regiões desencadeantes de prurido

Adaptado de Obermayer e Fitzpatrick (1997).



(ADI com 13 itens); o CSDQ – questionário de doença crônica da pele – avalia aspectos psíquicos ligados ao distúrbio, ou, ainda, instrumentos de avaliação de autoestima ou bem-estar de caráter geral aplicáveis em doenças crônicas. É possível mencionar igualmente o instrumento adaptado por Norwood para a classificação de Hamilton de queda de cabelo (Norwood, 1975; Hamilton, 1951), instrumentos adaptados para vitiligo ou para angioma vinho do Porto – 24 itens, centrado no impacto das manchas e expectativas do tratamento (Augustin-Szchoke, 1998). A tendência é surgir instrumentos do tipo questionário estruturado para cada transtorno psicocutâneo relevante.

Da mesma maneira, foram desenvolvidos instrumentos para condições clínicas determinadas, em que as escalas de avaliação de imagem corporal têm destaque. Acredita-se que a imagem corporal pode ter papel importante na busca de intervenções cosméticas. Recentemente, surgiram estudos interessados na preocupação com a imagem corporal destes pacientes; a insatisfação com esse tipo imagem pode motivar a busca de tratamentos médicos de caráter cosmético; contudo, alguns destes pacientes apresentam transtornos psiquiátricos caracterizados por grave perturbação da imagem corporal como transtornos somatoformes, dismorfofobias e transtornos alimentares. Recentemente, Cash, Fleming, Alindogan, Steadman e Whitehead (2002) desenvolveram a *Body Image States Scale* que articula 6 facetas de experiências de imagem corporal. Deve-se mencionar também a subescala de orientação da aparência do *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBRSQ), desenvolvida por Brown, Cash e Mikulka, 1990; Cash, 2000).

Quando se pretende desenvolver o automonitoramento, pode-se utilizar o Diário de Imagem Corporal (*Body Image Daily*, de Cash, 1997; Cash e Hrabosky, 2004). Deve-se mencionar ainda o questionário de imagem corporal e pensamentos automáticos (BIATQ), o SIBID, que é um inventário situacional de disforia relativa à imagem corporal, e, ainda, como exemplo, as escalas de imagem corporal de Frankfurt (FKS, 1983), que incluem 52 itens distribuídos em 3 subescalas, abordando mal-estar e incerteza física, autoconfiança/atividade e sensibilidade para processos corporais. A despeito do interesse crescente neste tipo de instrumento, não se deve esquecer que a seleção e a utilização de medidas de imagem corporal mostraram-se dificultosas, muitas vezes induzindo ao erro quando aplicadas inadequadamente.

Para avaliar o grau de estresse psíquico ou, ainda, fatores em comorbidade provenientes da psiquiatria clínica, ou para auxiliar no diagnóstico de determinadas entidades prevalentes, são utilizados instrumentos e escalas gerais de aferição de saúde global, de estresse ou saúde mental. Constituem exemplos emblemáticos: SF-12, Skindex-29, GHQ-12, listas de checagem sintomática (SCL-90-R ou SCL-53-R), índice de saúde mental (MHI-5), escore global de estresse emocional (GSI), breve escala de pontuação psiquiátrica (BPRS-A), entre muitos outros. A depressão pode ser avaliada e monitorada com a escala de Hamilton (HAM-D 21/23) ou de Montgomery-Asberg (MADRS), visto que instrumentos mais simples como o inventário de depressão de Beck (BDI) ou mesmo o SRQ-20 dispõem de boas propriedades psicométricas e são úteis ao clínico não especialista (todos estes se encontram em domínio público).

O trabalho de interconsulta e diálogo com os profissionais de saúde mental pode ser aprimorado com o conhecimento compartilhado desses métodos de aferição. Atitudes críticas e uma política científica focada nos interesses nacionais podem

auxiliar na consolidação desses instrumentos e sua adequação às necessidades efetivas de nossa comunidade clínica e de pesquisa, inclusive fomentando o desenvolvimento autóctone dos mesmos, sempre desejável e esperado.

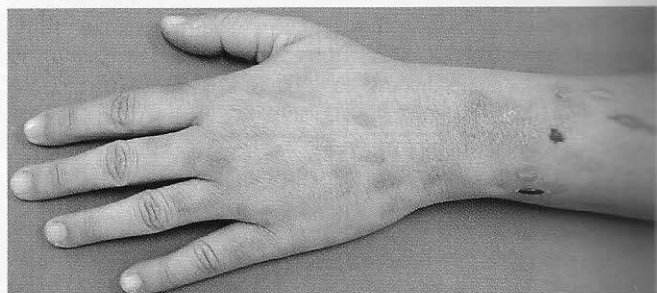
## ► Aspectos dermatológicos na comorbidade psiquiátrica

O dermatologista deve atentar para algumas evidências clínicas do desencadeamento emocional de qualquer dermatose (Quadro 76.2). Por outro lado, é preciso estar ciente de quadros dermatológicos que cursam em comorbidade com distúrbios psiquiátricos.

### ▪ Escoriações neuróticas

Trata-se do conjunto de atitudes compulsivas de dano sistêmico à pele que apresenta distribuição corporal e mecanismos bastante variados. Irregularidades da superfície são motivadoras, estados afetivos ou estilos cognitivos são mantenedores, há sempre associação com ansiedade, depressão e estresse (Snorrason, 2011; Tucker *et al.*, 2011; Schuck, 2012). O paciente admite provocar lesões, repetida e muitas vezes involuntariamente, sendo incapaz de evitar o processo repetitivo (compulsão) (Figuras 76.1 e 76.2). As unhas da mão ou a boca são os agentes usuais; no entanto, há tipos inusitados e as escoriações podem assumir apresentações típicas, dependendo da zona escolhida (frequentemente, tema das ideias e atos compulsivos). São mais observados em adolescentes no caso de acne escoriada (Bowes, 2004) e em mulheres, com idade média de aparição em torno de 40 anos. A compulsão escoriativa pode ocorrer conjuntamente com tricotilomania e transtorno dismórfico corporal. De 27 a 50% dos indivíduos com transtorno dismórfico costumam “futucar” a pele compulsivamente (Tucker *et al.*, 2011).

As lesões podem ser primárias ou associar-se à lesão preexistente de outra natureza. Podem ocorrer na face, por meio de acne escoriada, queilite factícia (lesão de mordedura acometendo os lábios ou até o nariz), ou em qualquer parte do corpo, como nas lesões decorrentes da lavagem excessiva das mãos, no prurigo subagudo, na cutisfagia (morder a pele) ou onicofagia (roer unhas). Prurido pode estar presente, e raramente se percebe a lesão “primária”, embora a biopsia possa mostrar espongiase e infiltração mononuclear da parede folicular com edema e infiltrado de monócitos e eosinófilos da derme adjacente. As escoriações costumam ter menos de 1 cm de diâmetro e estão recobertas por crostas sanguíneas e apresentam



**Figura 76.1** Escoriação neurótica: lesões escoriadas lineares, assim como as lesões hipercrômicas residuais, indicando que foram feitas pela própria paciente. (Cortesia da Dra. Luiza S. Guedes.)

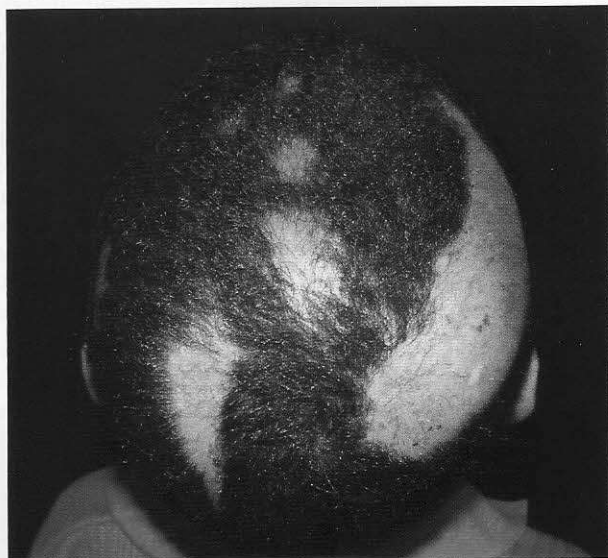


**Figura 76.2 A.** Escoriação compulsiva: o paciente apresentava prurido incoercível e não negava a autoria. O diagnóstico estava na distribuição das lesões; havia lesões somente nos locais em que a mão tinha fácil acesso para alcançar – sinal da borboleta (não identificável no caso; não descarte a possibilidade do uso de instrumentos). **B.** Em maior aumento, as lesões em saca-bocado. O paciente era dependente químico, com história familiar de transtorno psiquiátrico e estava em separação conjugal litigiosa. (Arquivo IDPRDA-SCMRJ.)

bordas eritematosas. A resolução pode deixar uma cicatriz clara com bordas hiperpigmentadas. À inspeção, é possível notar lesões em todos os estágios, normalmente mais frequentes e concentradas em antebraço, face, pescoço e ombros. Em geral, verifica-se ansiedade generalizada e sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Muitos pacientes estão estressados e deprimidos. O aspecto compulsivo remete a sentimentos de culpa inconscientes e necessidade de punição. Citaríamos, para ilustrar, o caso de uma paciente adolescente que empreendia verdadeiras biopsias nos próprios antebraços. O tratamento psicanalítico percorreu um complexo de auto-punição ligado a fantasias sexuais inconscientes ligadas ao defloramento.

### ▪ Tricotilomania

Ato compulsivo de arrancar os cabelos, podendo incidir sobre pelos do corpo como sobrancelhas, cílios, pelos pubianos ou do tronco. Caracteriza-se por áreas com má definição de alopecia não cicatricial (Figuras 76.3 e 60.9); ao lado de cabelos mais longos, observam-se cabelos fraturados. Pode ser episódica ou crônica. Em geral, é vista em crianças e adolescentes e cursa para resolução espontânea, sendo mais frequente no sexo feminino. Na fase adulta, indica problemas psíquicos mais sérios e de pior prognóstico; o quadro histopatológico é característico. Pode ocorrer ingestão de fâneros e, conseqüentemente, formação de tricobezoar e complicações obstrutivas intestinais subsequentes. Embora seja discriminada como um diagnóstico na CID-10, deve ser encarada como síndrome, estando associada ao TOC, no entanto, podendo ocorrer em quadros de ansiedade, depressão, deficiência mental, autismo, esquizofrenia e transtorno limítrofe de personalidade. Há características peculiares de estilo cognitivo que a aproximam bastante da escoriação compulsiva de pele, embora não se tenha comprovado a perturbação na inibição do impulso.



**Figura 76.3** Tricotilomania. O aspecto peculiar da alopecia sugere o diagnóstico. (Cortesia do Dr. Paulo S. Emerich.)

### ▪ Transtorno dismórfico corporal | Dismorfofobia ou hipocondríase cutânea

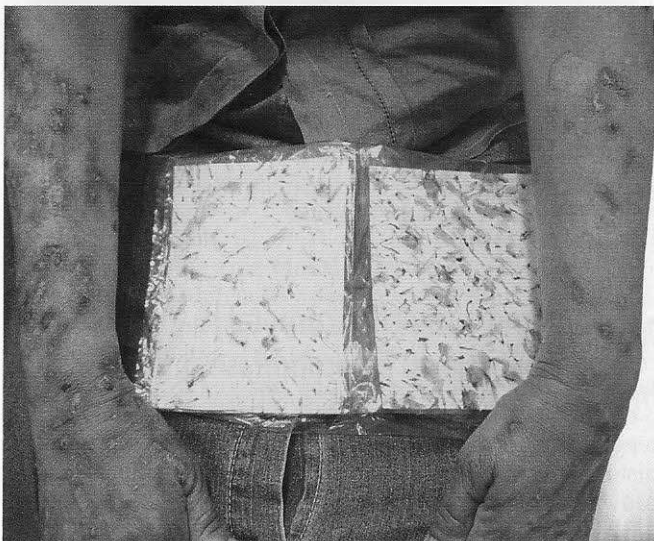
Trata-se de um transtorno mais comum do que se imagina e potencialmente incapacitante. Consiste em uma percepção distorcida da imagem corporal, caracterizada pela preocupação exagerada com um suposto defeito na aparência ou com um defeito corporal sutil, porém supervalorizado. Guarda semelhança com a distorção de imagem corporal característica da anorexia nervosa. Caracteriza-se por um limiar de sensibilidade alterado, com relação à pele ou fâneros, que leva



o paciente à consulta com sintomas que não correspondem a sinais evidentes de patologia dermatológica. Poderia ser incluída na categoria “não doença dermatológica”, em que o aspecto estético e a integridade da imagem corporal abstrata estão muito ameaçados por motivos insuspeitos, produzindo demandas cosméticas por vezes surpreendentes. Sua prevalência é de 1 a 2% na população geral (Conrado, 2009). Frequentemente, o cirurgião plástico lida com esse mesmo tipo de queixa. Em pacientes dermatológicos ou de cirurgia estética, a prevalência vai de 2,9 a 16%. Geralmente, a distorção catatímica se fixa em qualquer alteração visível (eritema, pelos etc.), calor, dor, ardência, desconforto, prurido, queda de cabelos. A condição afeta mais frequentemente as mulheres, com maior incidência na face e no couro cabeludo; curiosamente, nos homens, envolve também os genitais. Podemos mencionar como ilustração a glossodínia ou síndrome da boca queimante, com seu repertório de queixas característico, ou o concernimento excessivo com danos causados pela radiação solar, ou, ainda, a eritrofobia, em que o paciente teme a frequente ruborização (Sarwer, 2004; Harth, 2013; Sarwer, 2008).

### ▪ Psicose hipocondríaca monossintomática

Pode ser encarada como uma forma mais grave da dismorfobia que geralmente cursa com manifestações psicóticas. Foi descrita por Munro, em 1982, como queixa dermatológica envolvendo alucinações sensoriais táteis, térmicas ou dolorosas e subsequente deformação delirante do pensamento. Eventualmente, constitui quadro de abertura de transtorno psicótico, pois, nessa fase, restringe-se à insistente suspeita de que algo grave se passa com sua pele. Assume formas plausíveis, como na sífilofobia (medo da sífilis) ou acarofobia (cisma com infestações por ácaros), ou formas mais bizarras, como a parasitofobia, o delírio de parasitismo, ideias de influência ou delírios de tortura, manipulação e/ou abuso sexual noturno. Muitas vezes, o paciente leva material estranho e enuncia que é proveniente da própria pele (Figura 76.4). Há raríssimos relatos de casos possivelmente induzidos por medicamento, em especial a amantadina, que é utilizada no tratamento da doença de Parkinson.



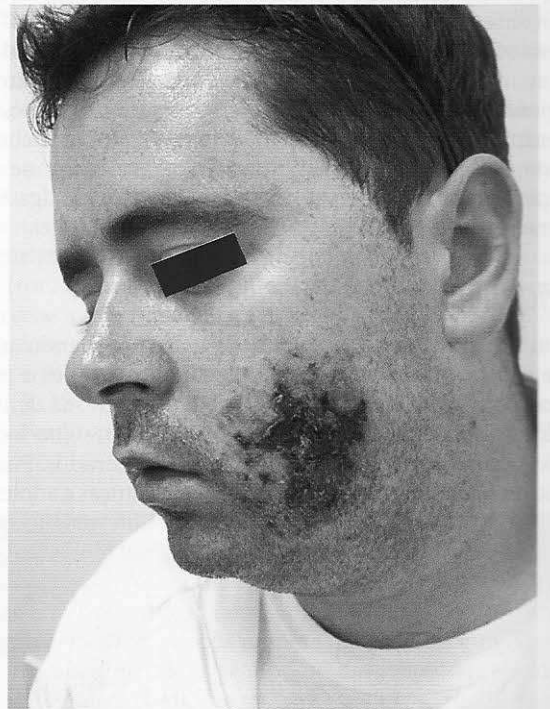
**Figura 76.4** Psicose hipocondríaca monossintomática: a paciente alegava que o material exposto tinha saído da própria pele. (Cortesia da Dra. Domenique Fausto de Souza.)

### ▪ Dermite factícia ou artefacta

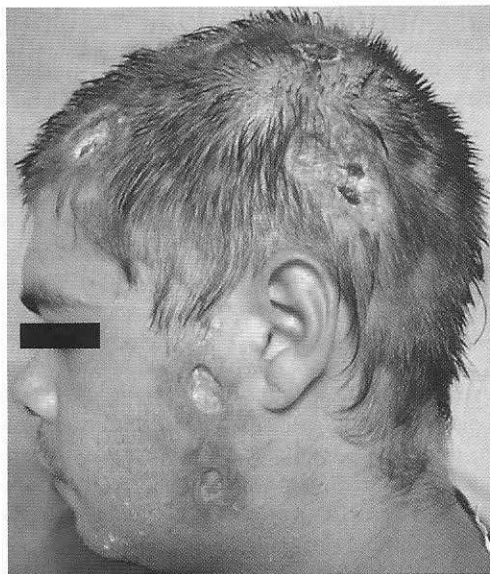
O paciente provoca deliberadamente as lesões sem admitir o fato na consulta (Figuras 76.5, 76.6, 32.7 e 32.8). Por vezes, a dissociação psíquica é tamanha que o próprio paciente não tem consciência do fato. Caracteriza-se por lesões assimétricas, ao alcance do membro superior dominante, com morfologia variável de acordo com o objeto utilizado na autoflagelação: arredondado (ponta de cigarro), linear (objeto cortante), escorrido (líquidos cáusticos) etc. O “sinal do gotejar” (de gota) é bastante característico.

O tipo de lesão varia de queimadura a franca necrose. É importante notar que se situam em regiões acessíveis às mãos do paciente. Geralmente, representam um desafio diagnóstico, pois faltam informações verídicas na história; Lyell menciona a “história oca” como característica (1979). Configuração anti-natural, observação rigorosa e, mesmo, aplicação de curativo oclusivo com fiscalização podem confirmar o diagnóstico. Ocorrem dificuldades no diagnóstico diferencial: procedimentos de sucção já simularam lesão de penfigoide, e lesões de porfíria cutânea tardia em braços e mãos podem parecer artefato, assim como as formas bizarras de necrose de pele vistas na poliarterite nodosa. Deve haver relutância em diagnosticar dermatite factícia em paciente psicologicamente estável. O prognóstico é melhor em jovens, solicitando atenção para problemas que podem ser resolvidos. No entanto, a dermatite factícia costuma ser apenas um incidente em uma longa história de doença psiquiátrica.

De algum modo, os pacientes intencionam atrair atenção, buscando a simpatia ou a compaixão de outrem ou, mais precisamente, o benefício secundário (mais atenção e isenção de obrigações). Em casos mais graves, pode-se pensar em trans-



**Figura 76.5** Dermite factícia: o paciente provocava as lesões com soda cáustica, simulando algumas manifestações em função do que ouvia das conversas entre os médicos. Esta lesão surgiu após ter sido feito curativo oclusivo das mãos (local em que inicialmente apresentava lesões arredondadas e necróticas que simulavam vasculite). (Cortesia da Dra. Patrícia Gusmão.)



**Figura 76.6** O paciente aplicava solução de bateria sobre as lesões de lúpus eritematoso discoide. Quadro de alcoolismo e consequente perda de emprego; busca o lucro secundário.

torno psicótico; no entanto, as automutilações são infrequentes na prática dermatológica. O masoquismo pode ocorrer como atitude de autoflagelação ou como perversão sexual. Alguns autores estabelecem correlação com perda e luto recente e, eventualmente, com personalidade obsessivo-compulsiva. Observações da clínica psicanalítica também sugerem um processo de luto patológico, no qual a perda do objeto de amor suscita um ódio recalçado. O paciente volta-se enigmáticamente contra si próprio, já que o lugar da pessoa amada (que está sendo pranteada) permanece confundido com o *eu*, na fantasia, até que a elaboração do luto promova seu término. Esse tipo de autoagressão seria uma represália real contra uma parte do objeto fantasmático perdido (morto) dentro de si próprio.

Podemos ainda mencionar situações inusitadas, como a “síndrome da feitiçaria”, que pode ser descrita como uma dermatite factícia heteroinfligida. O exemplo clássico é a filha da dona de um salão de beleza que provocou urticária de contato em várias clientes ao utilizar cosmético adulterado, sem que ninguém percebesse. Encontramos ainda a “dependência” de curativo oclusivo em idosos, engendrando apresentações atípicas de dermatoses com complicação secundária pela recusa em interromper o seu uso (Capítulo 32, item *Paniculite factícia*) ou as complicações do uso continuado de preparações tópicas de corticoide (eritema, angiectasias) por idosos com comprometimento cognitivo (dano cognitivo leve, demência vascular ou Alzheimer). Há também dermatites factícias em crianças (Shah *et al.*, 2006).

### ▪ Doença simulada

Raramente, apresenta-se como queixa dermatológica. Não há lesão dermatológica significativa, e sim maquiagem e camuflagem simulando lesão dermatológica. Na *síndrome de Ganser*, o paciente forja alguma doença no intuito de obter vantagens práticas, envolvendo muitas vezes a seguridade social e aposentadoria. Ocorre em períodos de guerra como subterfúgio ou na atitude deliberada de enganar o examinador. Durante a Segunda Guerra, dermatologistas maquis/partisans burlaram exames que nazistas realizavam para indicar

trabalhos forçados, utilizando sua *expertise* para forjar lesões factícias heteroinfligidas. Pode ser considerada uma variante da dermatite factícia. Quando faz parte de um conjunto de atitudes factícias que desafiam a semiologia, pode denominar-se *síndrome de Münchhausen*,\* que, como foi mencionado, implica transtorno mental pela compulsão inadequada em fantasiar e mentir. Um exemplo característico poderia ser a queixa de prurido. A síndrome de Meadow (ou *síndrome de Münchhausen*, por procuração) é definida quando o foco das atitudes factícias é uma criança ou algum dependente, estabelecendo nexos perversos entre o cuidador e o sujeito vulnerável sob cuidados.

### ▪ Patomímia

O paciente agrava uma dermatose já existente, utilizando elementos da explicação fornecida pelo médico para a gênese da lesão. Fatores desencadeantes da doença são deliberada e insidiosamente introduzidos. A clínica consiste em uma exacerbação da lesão dermatológica, sem o aspecto bizarro das lesões químicas, mecânicas ou térmicas da dermatite factícia.

### ▪ Escoriações por autoagressão estereotipada

Lesão polimorfa e estratificada temporalmente, característica dos atos estereotipados nos transtornos invasivos do desenvolvimento (espectro autístico). Varia de calosidades hiperqueratinizadas a lesões bizarras com infecção secundária; frequentemente se vê o paciente em ação e muitas vezes é difícil impedi-lo. O diagnóstico é evidente, embora o tratamento apresente muitas dificuldades, pois depende de períodos de interrupção ou transformação do alvo corporal da autoagressão. O dermatologista deve colaborar com o psiquiatra da infância e adolescência, sendo sempre necessário eleger prescrição tópica e curativos compatíveis com a capacidade dos cuidadores e efetivos caso o paciente não colabore.

### ▪ Dermatite passivata ou síndrome de Diógenes

Mais comum em pacientes idosos, dependentes químicos e com transtorno psiquiátrico crônico, negligenciados ou com autocuidado muito comprometido, cuja falta de higiene propicia o surgimento de crostas ceratóticas e sujeira na superfície cutânea. Geralmente, há infestações com lesões secundárias.

### ▪ Sinais dermatológicos nos transtornos alimentares

Os sinais mais frequentes são xerose (58,3%), eflúvio capilar (50%), acne, queilite (41,6%), gengivite, alterações ungueais (45,8%) e acrocianose. A literatura discute os mecanismos patogênicos envolvidos como, por exemplo: deficiência de vitaminas e oligoelementos, hipotireoidismo compensatório, hipovitaminose A, diminuição na atividade das glândulas sebáceas, intolerância ao frio, disfunção da imunidade cutânea, limpeza compulsiva e aumento dos níveis de peptídeos opioides do SNC.

\*Encontramos este nome associado ao conjunto de lendas e contos que falam de um nobre prussiano extremamente fantasioso, mentiroso e grandiloquente que protagoniza estórias absurdas e fantásticas. O sentido é de uma mitomania compulsiva sem temor ao ridículo.



No tipo restritivo de anorexia, predominam, além da xerose e da acrocianose comum a ambos os subtipos, queilite, hipertricose, carotenodermia, hiperpigmentação, estrias, dermatite factícia, melasma e lentificação da cicatrização (Strumia *et al.*, 2001). No subtipo purgativo/bulímico, predominam eflúvio capilar, acne, alterações ungueais, gengivite e prurido generalizado, ocorrendo inclusive *signal de Russell* (protuberância parotídea associada ao emagrecimento facial) e dermatite seborreica com certa frequência.

Na bulimia, encontramos lesões superficiais no dorso das mãos devido às marcas dos dentes por provocação de vômito, alterações dentárias e de gengiva, que são sistematicamente ocultas dos investigadores.

### ▪ Púrpura psicogênica ou síndrome de Gardner-Diamond

São equimoses de aparecimento súbito, predominantemente nos membros, sem história ou com história de mínimos traumas, em pacientes com transtorno psicológico, em especial no gênero feminino (Capítulo 34).

## ► Tratamento

### ▪ Interconsulta ou psiquiatria de ligação

Um importante setor da psiquiatria clínica consiste na consultoria fornecida em ambiente hospitalar (e na prática ambulatorial) por profissionais de saúde mental com experiência em medicina interna, inclusive a telemedicina vem abrindo novas frentes nesta cooperação (Santos *et al.*, 2011; Astruc, 2012; Jacob *et al.*, 2012). O paciente e sua queixa são objeto de orientação especializada que o psiquiatra fornece a outros profissionais envolvidos com o caso. Na psiquiatria de interconsulta (*liaison psychiatry*), o paciente é visado em seu contexto clínico – a partir das dificuldades do dermatologista, da enfermagem, dos técnicos afins, dos familiares etc. O desenvolvimento de uma colaboração profissional sistemática com um psiquiatra habilitado e experiente pode ser bastante útil para o dermatologista (Healy *et al.*, 2009). Sua pertinência reside tanto na possibilidade de indicação de casos para tratamento conjunto quanto na função de consultoria regular para situações específicas, ou no monitoramento da resposta ao tratamento. Esse tipo de colaboração geralmente leva tempo para ser estabelecido e, idealmente, deveria iniciar-se na residência médica, à medida que ambos aprendem sobre as afinidades entre suas especialidades (Philbrick, 2012).

Alguns autores (Fritsche *et al.*, 2001; Malt *et al.*, 1996) valorizam serviços de ligação psicossomática em clínica dermatológica, destacando uma prevalência em torno de 40% de perturbações psiquiátricas, havendo indicação de psicoterapia em 50% da população estudada. Na pesquisa de Aktan (1998), 7,8% apresentavam distímia (depressão crônica subclínica); 7,5%, transtorno somatoforme indiferenciado; 3,2%, TAG; 2,7%, TOC e 5,5%, fobias e outros quadros ansiosos. As intervenções variam de aconselhamento ao paciente e seus acompanhantes, educação e informação em saúde até psicoterapia interpessoal *stricto sensu*. Não foi encontrada, contudo, correlação entre índices de gravidade aferidos por instrumentos clínicos e demanda de psicoterapia: pacientes com estresse e problemas imperceptíveis solicitam indicação de tratamento, enquanto pacientes cronificados ou de maior gravidade podem recusar a orientação.

### ▪ Treinamento psiquiátrico do dermatologista

A boa prática clínica implica uma atitude positiva, construtiva e tranquila que caracteriza a relação médico-paciente. A postura, o concernimento e o respeito pelo sofrimento são indispensáveis. Pesquisas recentes sobre a imagem do médico e, em particular, do dermatologista sugerem que os pacientes têm expectativas elevadas com relação às características da figura do médico no primeiro atendimento – ele deve ser sóbrio, trajar-se de modo convencional e sem modismos, ter atitudes previsíveis e sem afetação.

Além disso, o dermatologista precisa conhecer os mecanismos básicos de conflitos psíquicos. A compreensão psicológica deve abranger a sexualidade humana, o crescimento e desenvolvimento psíquico, a crise, a dinâmica familiar e os problemas de grupo ou sociais. O papel do cônjuge e de membros da família também precisa ser considerado, pois portadores de algumas dermatoses podem atuar como indicadores de distúrbios do âmbito familiar.

O consultório médico deve oferecer ambiente de tolerância e compreensão, no qual o paciente poderá dizer o que nunca foi dito a ninguém. A construção de uma boa relação médico-paciente é parte indispensável de uma prática clínica adequada. Lembre-se, inclusive, de que alguns pacientes poderão falar com seu dermatologista, mas evitarão a ida ao psiquiatra. Estudos epidemiológicos indicam que morbidade psiquiátrica é frequente entre pacientes dermatológicos ambulatoriais, com prevalência variando entre 25,2 e 42,7% (Hugues *et al.*, 1983; Wessely *et al.*, 1989; Aktan *et al.*, 1998; Picardi *et al.*, 2000). A indicação de um especialista em saúde mental (psiquiatra clínico, psicanalista, psicólogo habilitado em psicoterapia) requer habilidade, pois, em princípio, a maioria dos pacientes procura o médico para resolver um problema “exclusivamente” cutâneo. É importante tentar desfazer o estigma da psiquiatria como controle social da loucura, esclarecendo e informando. Antes, contudo, é fundamental sempre avaliar as opiniões ou expectativas de cada paciente com relação a uma indicação de consulta “psi”. É importante esclarecer a importância diagnóstica da psiquiatria clínica e informar sobre o tratamento que está sendo indicado, além de ressaltar a valia não apenas em termos dermatológicos, mas também em qualidade de vida para o paciente e/ou seus familiares.

A indicação de um especialista em saúde mental pode abalar o interesse de alguns pacientes, embora costume ser razoavelmente aceita e muito útil para a maioria das afecções psicocutâneas. Psicoterapias e acompanhamentos têm eficácia e efetividade suficiente para justificar a recomendação ou prescrição formal como em casos de transtorno da imagem corporal.

Pesquisas voltadas para o problema da adesão ao tratamento revelam que há 2 fatores principais associados à baixa adesão à prescrição dermatológica: insatisfação com a assistência ministrada (plano de saúde, confiança e segurança no médico) e morbidade psiquiátrica. O estudo longitudinal de Renzi *et al.* (2002) avaliou 1.389 pacientes ambulatoriais na Itália, encontrando associação significativa entre problemas psiquiátricos e não complacência ao tratamento dermatológico (51,7%).

As situações de ansiedade, inibições, sentimentos de culpa, necessidade de punição inconsciente e fantasias desejanças podem ser extremamente penosas e, ante a falta de compreensão de seus próprios problemas ou de sentir-se compreendido, o indivíduo tende a transformá-las, de modo involuntário e inconsciente, em sofrimentos que têm expressão no corpo. A

tarfa do médico ficará bastante facilitada se ele levar em conta a “linguagem somática”, que aponta, ajudando bastante, para certos elementos, como localização (área da pele), nexos causal e cronológico, evolução, resposta terapêutica. Além disso, é necessário estar sempre atento para a função da doença na economia subjetiva de seu paciente e sua respectiva vantagem. Uma anamnese cuidadosa, muitas vezes, conduz a um diagnóstico e prognóstico, antes mesmo do exame físico. O dermatologista pode lidar com essas situações simplesmente ao escutar e fazer perguntas dirigidas. Consultas regulares fornecem oportunidade para esse tipo de acolhida. O suporte psicoterápico do médico clínico pode ser suficiente para produzir maior entendimento do conflito emocional e sua consequente atenuação ou deslocamento.

Por último, devemos frisar que, virtualmente, qualquer dermatose comporta alterações emocionais em grau variável. Isso deriva do fato de que, em qualquer processo de adoecer, há seu correlato psíquico como agravante, dependendo do maior ou menor grau de ansiedade e culpa do inconsciente do paciente. Assim, podemos também entender um dos motivos para o insucesso de um dermatologista diante de certas dermatoses: elas tendem a funcionar como alívio para a ansiedade do paciente e podem chegar a satisfazer sua necessidade de punição inconsciente.

Quando pouco ou nada for obtido com essas atitudes clínicas, deve-se optar por outra conduta, quando será imprescindível solicitar um diagnóstico especializado e, bastante aconselhável, enviar o paciente ao psiquiatra/psicoterapeuta.

## ▪ Psicofarmacologia

Os psicofármacos ganharam importância crescente desde seu surgimento na década de 1950. Pesquisas de eficácia promovidas pela epidemiologia clínica levaram ao aperfeiçoamento de antidepressivos e neurolépticos, possibilitando maior resolutividade, menor sofrimento e alguma compreensão dos transtornos mentais. Os grandes manicômios tornaram-se inúteis e o tempo médio de internação em países do G-8 é menor que 2 semanas. O ensaio clínico duplo-cego, aleatório e controlado tornou-se o padrão-ouro da pesquisa terapêutica, diagnóstica e prognóstica em todas as áreas da medicina. A psiquiatria e a dermatologia têm feito esforços para operar dentro de uma racionalidade médica com base em evidências. A pesquisa qualitativa, por sua vez, despontou como complemento necessário desta vertente, especialmente com ênfase em narrativas e experiência de doença. Os principais avanços da “década do cérebro” ocorreram com os antidepressivos. Nesta década, há algumas novas patentes de estabilizadores do humor e certa ênfase na estimulação magnética transcraniana (tratamento biológico semelhante à eletroconvulsoterapia ou eletrochoquerapia (ECT), no entanto, sem indução anestésica e equivalente comicial). Especula-se que faltam novas moléculas ou substâncias candidatas na pesquisa psicofarmacológica.

Além dos tricíclicos, tetracíclicos e inibidores da monoaminooxidase (IMAO), já conhecidos, passamos a dispor de inibidores seletivos de recaptação de neurotransmissores, IMAO reversíveis e fármacos de ação dupla seletiva (mirtazapina, venlafaxina, desvenlafaxina). As novas medicações aumentaram a efetividade no tratamento dos transtornos depressivos: início de ação mais precoce, observação mais rápida e fidedigna da resposta, reações adversas e efeitos colaterais mais brandos e menos duradouros. Nesse sentido, podemos falar de uma importância crescente dos antidepressivos na psicodermatologia. Os estabilizadores de humor também se mostram

pertinentes; a gabapentina e o topiramato têm sido utilizados na dor crônica. Um ensaio clínico com lamotrigina em *skin pickers* compulsivos não demonstrou eficácia (Grant, 2010), assim como tampouco o citalopram (Arbabi, 2008). Ambos os estudos constam na base Cochrane Collaboration, testemunhando falta de evidência suficiente para indicar tratamentos, assim como a inexistência de revisões sistemáticas até o momento.

Koo *et al.* lembram que as classificações psicocutâneas podem ser reduzidas às 4 principais afecções psiquiátricas encontradas em dermatologia: (1) transtornos psicóticos e delirantes; (2) transtornos depressivos; (3) transtornos de ansiedade; (4) transtorno obsessivo-compulsivo e de controle dos impulsos (2013). Delírios de parasitose e psicose hipocondríaca podem se beneficiar de neurolépticos em doses baixas. Embora o pimozide tenha uma tradição de pesquisa e prática muito considerável em psicodermatologia, assim como um perfil considerável de reações adversas, deve-se reiterar que neurolépticos atípicos como risperidona e olanzapina são seguros e têm efeito rápido. Sua utilização a longo prazo depende do custo-benefício em função da elevada incidência de síndrome metabólica.

Acredita-se que considerável repertório de queixas clínicas inespecíficas consista em equivalentes depressivos ou sintomas hipocondríacos de síndrome depressiva (subclínica ou prodrômica). Naturalmente, dermatofobias e delírios envolvendo a pele podem exigir o uso de neurolépticos (tranquilizantes maiores) ou ansiolíticos (tranquilizantes menores), com a finalidade de diminuir a intensidade dos transtornos de sensopercepção ansiogênicos. A ansiedade ou depressão pode acompanhar qualquer patologia clínica. Independentemente do problema dermatológico, pacientes muito deprimidos merecem tratamento com antidepressivos, pois a melhoria do *status* psíquico ajuda na evolução do problema dermatológico e vice-versa.

Os ansiolíticos (benzodiazepínicos, azapironas) têm utilidade no transtorno de ansiedade generalizada (TAG), na ansiedade somatoforme ou sintomas de conversão, fornecendo igualmente resposta nas dermatoses suscetíveis de intensificação por estresse. Os vários fármacos deste grupo diferem basicamente na meia-vida. Os benzodiazepínicos podem ser úteis em vários tipos de insônia; no entanto, sua utilização deve ser controlada devido à elevada incidência de dependência e ao prejuízo do padrão de sono no uso prolongado. Em geral, não se recomenda prescrição por períodos ininterruptos superiores a 15 dias. Novos fármacos com menor potencial de dependência e efeito colateral têm sido muito utilizados, como o zolpidem. Discute-se atualmente em psiquiatria biológica o papel negativo dos benzodiazepínicos na cronificação de síndromes ansiosas, indicando um deslocamento na direção de antidepressivos menos potentes ou com menor potencial de reação adversa.

Considerando que ansiedade e estresse apresentam impacto no desencadeamento e manutenção de dermatoses, é relevante tratar a ansiedade de modo racional e criterioso. Estudos sugerem a importância dos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) no tratamento de vários transtornos relacionados com ansiedade, como fobia social, agorafobia, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno do pânico, TAG e TOC. Alguns antidepressivos específicos como a venlafaxina (acima de 150 mg/dia), citalopram ou escitalopram (10 a 20 mg/dia) mostraram-se eficazes no TAG.

Discute-se eficácia de psicofármacos no controle dos impulsos no transtorno obsessivo-compulsivo. Há evidência clínica de benefício, utilizando-se carbamazepina, buspirona e, também, carbonato de lítio; contudo, sua indicação é restrita



a situações especiais. Alguns autores tiveram êxito nos casos de TOC com imipramina ou desipramina, que são antidepressivos tricíclicos não seletivos de manejo mais difícil em função dos efeitos colaterais. Ensaios clínicos controlados sugerem eficácia de fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina e sertralina (ISRS) além da clomipramina.

A tricotilomania representa um desafio para intervenções psicofarmacológicas, pois ainda não existe evidência suficiente para sustentar a utilização sistemática de psicofármacos. Há relatos de sucesso no uso prolongado de ISRS, assim como de clomipramina (Flessner *et al.*, 2012). Estudos *open-label* com amostra restrita testaram com alguma eficácia citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, haloperidol, inositol e carbonato de lítio. Alguns pesquisadores propõem a associação de olanzapina e ISRS ou de risperidona e fluvoxamina. Um estudo comparando psicoterapia com clomipramina na tricotilomania sugere que a terapia cognitivo-comportamental seria mais eficaz que o fármaco ou o placebo. Em psicodermatologia, deve-se atentar para a necessidade de articulação do tratamento biológico medicamentoso com o suporte psicoterápico, pois são medidas complementares e jamais excludentes, assim como os pacientes referidos ao psiquiatra permanecem necessitando de um suporte contínuo e compreensivo do dermatologista.

Por último, é fundamental recordar que o dermatologista poderá lidar com situações que envolvam diagnóstico diferencial de farmacodermias, quando o medicamento suspeito poderá ser um psicofármaco ministrado a um paciente muito instável do ponto de vista emocional (Quadro 76.3). Benzodiazepínicos costumam provocar apresentações polimorfos como erupções exantemáticas, prurido, fotossensibilidade, acne e reações de hipersensibilidade. Igualmente, os antidepressivos podem provocar reações cutâneas (inclusive os ISRS recentes e muito difundidos – fluoxetina, paroxetina e sertralina). A maprotilina provocou erupções exantemáticas em 4 a 5% dos casos. Neurolépticos derivados de fenotiazinas (clorpromazina) podem ter efeito anti-histamínico e, desse modo, produzir quadros frustrados ou camuflados em processos patológicos subjacentes. O tratamento com lítio pode provocar quadro de psoríase ou piorar doença preexistente (Jafferany, 2008). O dissulfiram, utilizado na terapia aversiva ao álcool, pode provocar urticária e erupção exantemática mesmo sem reação positiva com o álcool, que se caracteriza por dilatação

periférica intensa, rubor com prurido generalizado e hipotensão subsequente (*efeito antabuse*). O monossulfiram, utilizado no tratamento da escabiose, desencadeia reações semelhantes.

A carbamazepina pode produzir reações cutâneas, como erupção exantemática, urticária, lesões na boca, eczema leve, dermatite esfoliativa, síndrome de Stevens-Johnson e agravamento do lúpus eritematoso sistêmico. O divalproato de sódio, estabilizador do humor tão difundido quanto o carbonato de lítio, também tem extensa polimorfia na apresentação de farmacodermias. O manejo dessas situações solicita habilidade psicodinâmica do dermatologista e estreita colaboração com o psiquiatra, que valorizará o parecer do dermatologista como peça-chave nas decisões terapêuticas e no prosseguimento do tratamento psiquiátrico do paciente.

Por sua vez, o dermatologista deve ficar atento para a iatrogenia de seu arsenal terapêutico. Glicocorticoides podem induzir mania ou depressão em aproximadamente 5% dos casos; a psicose provocada por esteroides depende de doses mais elevadas. Psicose induzida por aciclovir pode ocorrer no início do tratamento em pacientes com função renal deteriorada. Cabe lembrar o relato anedótico de Snyder sobre um homem que passou dietiltoluamida 70% (repelente de insetos) na superfície de todo o corpo antes da sauna e, 2 semanas depois, apresentou um quadro maniaco agudo.

Para finalizar, devemos dizer que “o primeiro medicamento que o paciente ingere é a personalidade de seu médico” (Michel Balint), pena que se conheça tão pouco de sua farmacologia.

## ▪ Fundamentos psicodinâmicos e psicoterapias

Pode-se afirmar que o fundamento das principais intervenções psicoterápicas deriva das descobertas psicanalíticas realizadas por Freud no início do século 20. Esse novo domínio do conhecimento foi descortinado a partir dos estudos sobre a histeria, empreendidos na esteira das experimentações com o tratamento hipnótico. Freud descobriu uma relação entre conflitos psíquicos e sintomas físicos. Com o nome de conversão, descreveu fenômenos nas áreas sensitiva e motora; contudo, em sua obra, não há nenhuma menção aos transtornos psicossomáticos. Foi Franz Alexander quem iniciou esse tipo de investigação, possivelmente a partir de algumas intuições de Sandor Ferenczi, tendo Michael Balint como continuador em uma pesquisa que privilegia a relação médico-paciente.

Há diferença entre manifestações psicossomáticas e conversão histérica – sua psicopatologia, patoplastia e apresentação clínica são muito distintas. A teoria psicanalítica tenciona precisar esses limites ainda que seu principal objetivo seja a busca da compreensão de um todo dinâmico. O conceito de uma ordem “real” do corpo, inacessível à linguagem, em oposição ao campo da realidade psíquica, “simbólico” por excelência e, portanto, recoberto pelo “imaginário” (Lacan, 1955) mostra-se útil para a compreensão da diferença entre sintomas de conversão e doenças psicossomáticas. Não é difícil admitir que certas doenças possam constituir aspectos defensivos contra conflitos inconscientes extremamente penosos, mas a investigação desses mecanismos ainda é incipiente, precisando avançar ou ser totalmente refutada. Doenças orgânicas desencadeadas por conflitos emocionais não seriam sua mera expressão somática, e sim efeitos de representações, ou até mesmo da ausência de qualquer possibilidade de representação, como mencionado anteriormente. Desse modo, a medicina psicossomática constitui um campo de investigação clínica que recebe significativa contribuição da psicodermatologia. Os psicanalistas do *middlegroup*, como Balint e

### Quadro 76.3 Efeitos adversos cutâneos dos fármacos psicoativos.

Carbonato de lítio: erupções acneiforme, folicular e maculopapulosa, ulcerações pré-tibiais, psoríase, alopecia

Benzodiazepínicos (bromazepam, nitrazepam, oxazolam): erupções acneiforme e maculopapulosa, prurido, dermatite alérgica de contato, síndrome esclerodermiforme, púrpura, foto-onicólise, eritema fixo, reação liquenoide da gengiva

Antidepressivos tricíclicos (imipramina, clomipramina, nortriptilina): fotossensibilidade ao UVA, erupção papulosa, prurido, urticária, petéquias, necrose de glândulas sudoríparas, vasculite, acne, rosácea, necrólise epidérmica tóxica, leuconíquia, eritema multiforme, síndrome lúpus-like

Inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) (fluoxetina, sertralina, paroxetina): piora da psoríase, alopecia, síndrome de Lyell, síndrome de Stevens-Johnson, doença do soro

Neurolépticos (haloperidol, clorpromazina, alanzapina): reações fototóxicas e fotoalérgicas da pele e dos olhos (urticária de fotocontato, pigmentação azul-cinza da pele, olho e córnea), necrólise epidérmica tóxica, leuconíquia, eritema multiforme, síndrome lúpus-like

Winnicott, foram pioneiros no interesse por problemas médicos em ambiente hospitalar ou ambulatorial. Suas relações com a psicanálise de crianças e uma profunda compreensão da relação mãe-bebê auxiliaram na reconsideração de paradigmas herdados da tradição freudiana.

É possível conjecturar a respeito do que teria sido deslocado do psiquismo para o orgânico, sobre as fantasias inconscientes e seu alcance simbólico. Quais finalidades inconscientes são mais bem alcançadas por meio do sofrimento físico? Quais as necessidades que um ser humano tem de não querer se curar? Que lucro retira dessas doenças? Que tipo de relação de objeto arcaica se reconfigura no processo de adoecimento? Como devemos pensar o cuidado terapêutico em tais circunstâncias? O que a psicanálise pode ensinar ao dermatologista?

A reversão dessa “linguagem somática” depende de uma busca de nexos no psiquismo que tornem possível a compreensão de tais deslocamentos ou transformações (repetição, encenação, transferência e intervenção), transpondo-se para um nível mais original por meio de uma palavra que possa ir à procura de sua dimensão significativa e eficácia simbólica. Esse retorno do conflito para o psíquico é uma verdadeira luta entre o médico e o paciente, porque, desde a infância, a doença orgânica despertou carinho, atenção, isenção de obrigações e outras vantagens, ao passo que o conflito psíquico pode ter como resposta uma atitude de intolerância, inclusive castigos. Daí surge uma tendência “natural” nas pessoas de não terem vergonha de suas doenças físicas, mas esconderem seus problemas psíquicos. No caso da pele, isso acontece de modo paradoxal.

Além disso, é necessário acrescentar que o ser humano busca encadeamento lógico, sendo mais fácil aquilo que vê e pega concretamente. Como pode um indivíduo admitir – e, às vezes, até mesmo para o médico que o acompanha – que ele quer se defender-protetor por meio de uma doença? Quanto maior o nível de abstração, mais se impõe um aparente absurdo. A doença física, a rigor, independentemente de qual seja, transforma o indivíduo em vítima merecedora de cuidado, enquanto a doença mental nunca é tolerada por nenhum familiar quando chega a certos limites. Vale a pena mencionar uma diferença fundamental entre doença física e psíquica – na doença somática, de alguma maneira, o paciente obtém aquilo que Freud chamou de “lucro secundário”, com uma gama de vantagens muito variadas e por vezes inverossímeis. Esse “lucro secundário”, verdadeiro gozo do sintoma, pode mobilizar reações hostis da família do paciente, companheiros de trabalho e até da própria equipe de saúde. Na doença psíquica, a possibilidade de obter esse “lucro secundário” é menor, mais matizada e complexa, sendo relevante no início do transtorno.

Nos fundamentos do método psicanalítico, está o tratamento pela palavra (*talking-cure*), que visa circunscrever os conflitos psíquicos inacessíveis por sua natureza inconsciente por meio do processo de recordar espontaneamente e de repetir essas situações no âmbito da relação transferencial. Transferência é o nome que se dá ao envolvimento afetivo que caracteriza a relação médico-paciente e que, no tratamento psicoterápico, revela-se um laboratório experimental em que são revividas situações afetivas do passado. Empatia e transferência são conceitos bastante próximos, podendo-se falar em “vínculo” de modo genérico. Isso implica superar as resistências que emanam do conflito e modificar os mecanismos de defesa que são suas cristalizações, tendo acesso às produções de pensamento desejante inconsciente que dominam o sujeito e produzem reações. Tais sintomas têm função psíquica

importante na dinâmica do adoecer, pois precipitam o sofrimento ao mesmo tempo em que produzem suporte simbólico para o conflito. São conscientemente desagradáveis e incômodos, embora seja fácil para o psicanalista perceber que produzem prazer e satisfação inconsciente de diferentes maneiras. O desenlace de um sintoma é sua modificação. Qualquer que seja a doença, verifica-se seu correlato psíquico como agravante, dependendo do maior ou menor grau de ansiedade e culpa inconsciente do paciente. Podemos, assim, entender o porquê do insucesso de um dermatologista perante certas doenças cutâneas: elas são o alívio da ansiedade do paciente e podem representar mesmo a sua necessidade de punição masoquista.

A psicanálise mantém profunda relação com o domínio do significante quando postula que o inconsciente é estruturado como uma linguagem. Organismo e linguagem tornam-se campo de investigação científica a partir da linguística e da antropologia social (atente-se para a importância do conceito de ordem simbólica). A hipótese estruturalista sobre a eficácia da psicanálise admite que a materialidade da língua, do ponto de vista de sua expressão simbólica e social, guardaria homologia com estruturas em nível neurofisiológico (como redes neurais). Haveria, portanto, um intrincado encadeamento de corpo, mente, pensamento e linguagem mediado por estruturas articuladas em cada um de seus respectivos níveis.

Em uma vertente biológica, nos últimos anos, têm surgido estudos que relacionam depressão (incluindo suas variantes subclínicas) ou ansiedade com uma cascata de alterações do sistema imunológico. Durante uma síndrome depressiva, podem ocorrer alterações de linfócitos T-killer, imunidade humoral, ritmo circadiano, *feedback* hormonal, eixo hipotálamo-hipofisário, dentre outras perturbações; fala-se no modelo estresse-diátese. Há também um importante papel da ansiedade em dermatoses cujo curso é notoriamente afetado por alterações psíquicas. O estresse psíquico ou físico representa, atualmente, um modelo de perturbação multifatorial na homeostase da derme. Esse tipo de investigação, ao correlacionar uma condição neuropsiquiátrica conhecida com alterações fisiológicas globais, poderá fornecer as bases para uma teoria que articule organismo e inconsciente de modo mais aprofundado do que dispomos até o momento.

Além das psicoterapias interpessoais, pode-se destacar o sucesso de intervenções cognitivas derivadas da escola de Beck no tratamento da psoríase e outras dermatoses com desencadeante psicogênico. O esquema cognitivo-comportamental de intervenção costuma ser mais facilmente aceito em ambiente de pesquisa médica devido à sua praticidade – tratamento com número de sessões predeterminado e duração limitada, objetivos mais modestos que aqueles da psicanálise e clareza nos critérios de inclusão e na avaliação dos resultados. Ainda que se possa contrapor a essa metodologia seu caráter simplificador do ponto de vista da constituição da subjetividade, não é possível negar resultados ou eficácia simplesmente em função de sua aparente superficialidade. Existe evidência fraca para sustentar tratamentos com hipnose e técnicas de relaxamento para dermatite atópica extensa ou refratária, acne escoriada e tricotilomania. *Biofeedback* foi utilizado em hiper-hidrose ou eczema desidrótico em estudos *open label*. A terapia comportamental clássica é um frequente coadjuvante no tratamento de escoriações neuróticas, tricotilomania e no pensamento ruminativo do transtorno dismórfico corporal. Uma metanálise recente acerca da efetividade de tratamentos psicológicos (educativos e comportamentais) para afecções da pele conclui que as intervenções psicológicas são benéficas e dotadas de efeito moderado sobre condições psicodermatológicas (Lavda *et al.*, 2012).



## ► Saúde mental, cidadania e sociedade

Deve-se mencionar que saúde mental não é uma especialidade médica, e sim uma tarefa de qualquer profissional de saúde. Uma compreensão da psicodermatologia não pode prescindir da responsabilidade do especialista em dermatologia diante das questões contemporâneas que envolvem sua experiência, seu conhecimento e sua atitude crítica. Aspectos éticos, bioéticos, políticos, de legislação e informação encontram-se diretamente envolvidos. Ao fazermos uma revisão nos principais periódicos de dermatologia da atualidade, notamos um crescente interesse em temas e pesquisas envolvendo questões da vida cotidiana, cultura e sociedade.

Pode-se mencionar a discussão crescente sobre os padrões de beleza na sociedade globalizada, e a necessidade de informação fidedigna em cosmetologia, cirurgia plástica e áreas afins. O envelhecimento é uma questão de saúde pública que interessa especialmente ao dermatologista. Hábitos que entram e saem de moda trazem questões clínicas, assim como de caráter jurídico ou legal. A difusão da prática de tatuagens conchama o especialista a pronunciar sobre sua retirada cirúrgica, sobre a qualidade das tintas ou potencial tóxico e antigênico dos corantes avermelhados. Igualmente, questões mais setorizadas, como as complicações e cicatrizes do *piercing* ou o dano dermatológico nas práticas de escarificação e autoflagelação, começam a ocupar a cena principal.

A qualidade da informação coloca novas questões para a relação médico-paciente e para a saúde pública. Em avaliações da informação fornecida por internet, discute-se a ênfase concedida ao produto em detrimento do caráter educacional esperado. Percebe-se, por meio de pesquisas, que o profissional que disponibiliza medicamentos em seu consultório atua a partir de uma atribuição de confiança e conhecimento reconhecido, demandando, portanto, maior cuidado ético e técnico. A própria natureza do ato médico transforma-se, pois o advento da telemedicina começa a fornecer subsídios para modos remotos de atuação com as vantagens e desvantagens implícitas nesse deslocamento da relação médico-paciente.

É importante destacar que a psicodermatologia envolve múltiplos aspectos, em que o dermatologista atua em geral independentemente de sua parceria com a área de saúde mental. Em função disso, constitui uma importante dimensão da formação do especialista, não devendo jamais ser negligenciada em detrimento do conhecimento técnico isolado. A estratégia de saúde da família (ESF-PSF) que vem sendo implantada pelo SUS demanda colaboração de dermatologistas com clínicos, pediatras e ginecologistas. O conhecimento das principais dermatoses e distúrbios psicocutâneos de elevada prevalência torna-se ainda mais relevante para o médico de família, a partir deste tipo de iniciativa em saúde pública.

### ▪ Vinhetas clínicas

- Considere-se o herpes simples. É sabido que essa doença é produzida por um vírus; todavia, sabe-se também que um conflito psíquico diminui a resistência orgânica, e o mesmo alinha-se, então, dentro dessa etiologia. Essa dermatose pode ser extremamente recorrente, cabendo ao derma-

tologista, ante uma situação desta, ter sempre em mente 3 possibilidades, apenas a título de ilustração, no caso de sua localização ser genital:

- poderia esse(a) paciente necessitar de algo que impeça ou prejudique o intercurso sexual?
  - pode um quadro de herpes cumprir a função de impedir uma relação extraconjugal? Ou ainda encenar aspectos de punição, remorso ou culpa?
  - pode estar a serviço de uma rejeição sexual inconsciente do parceiro?
- Como exemplo, pode ser tomado o conceito de unidade da pessoa humana ante sua desdita causada por uma doença. Tomemos, como exemplo, a hanseníase. Do ponto de vista de sua patologia, nada há que inclua o problema psíquico em sua etiologia. É uma doença causada por bactéria, transmitida a outrem por contato íntimo e prolongado. O dermatologista examina uma lesão de bordas circindas, discretamente discrômica e anestésica, e faz o diagnóstico. O paciente pode encarar isso como algo simples; todavia, ao ser informado, estampa-se a angústia em sua face e, quase sempre, a necessidade de perguntar para o médico: *por que em mim?* Esta pergunta, se não verbalizada, certamente tem seu correlato interno: *o que fiz (de que sou culpado) para ser "leproso"?* A partir desse momento, a hanseníase não será mais simplesmente uma doença orgânica; passa a ser uma doença psicossomática. São frequentes as reações hanseníacas diante de situações de ansiedades e conflitos. Qual, então, deve ser a conduta de um dermatologista nessa situação? Jamais deixe de tentar estabelecer um diálogo com a pessoa que ali, naquele momento, tem uma dermatose; ela é alguém que, às vezes, com um pouco de atenção e amor, pode, até mesmo para agradecer o médico, seguir o tratamento e ficar curada.
  - Uma senhora de mais de 70 anos procura o dermatologista porque sente algo nos lábios e na boca. Parece uma monilíase perioral acompanhada de líquen plano de língua, de acordo com o diagnóstico inicial. Os tratamentos se sucedem: antifúngicos, corticoides, anti-inflamatórios, orientações sobre higiene oral, parecer de dentistas especializados, umidificantes e saliva artificial. A região perioral normaliza-se, no entanto, sem alívio da paciente, que sente a região alterada e incômoda. Na história patológica progressiva, a paciente havia sido tratada de uma depressão crônica com venlafaxina e buspirona. O desânimo com sua condição oral a torna mais deprimida e desesperançosa. Finalmente, torna-se patente o caráter hipocondríaco dos sintomas em questão. Reintroduzido o antidepressivo e iniciadas sessões de suporte psicoterápico, o quadro cede de modo significativo.
  - Um homem de meia-idade e boa saúde apresenta uma dermatose súbita, papular e pruriginosa que lhe obriga a uma busca entre vários especialistas, muito a contragosto, pois jamais frequentara clínicos ou dermatologistas. Finalmente, recebe um corticoide de uso tópico complementado por uma dose baixa para uso interno, com prescrição por 10 dias. A remissão do quadro é tão espetacular que sua adesão à prescrição revela-se contínua. Após 6 meses de tratamento contínuo, é recebido em uma emergência psiquiátrica porque agrediu o porteiro do edifício após bater com seu veículo em vários automóveis estacionados na garagem. Foi encontrado com fácies cushingoide, prolixo, inquieto, com o pensamento e a fala acelerados, e está há muitos dias sem dormir nem alimentar-se. Teve diagnóstico síndromico imediato de quadro maníaco; no entanto, deixou o emergencista hesitante entre

um diagnóstico de transtorno bipolar e de transtorno do humor induzido por medicamento, pois morava sozinho e mostrava-se desatento e impreciso ao ser questionado sobre prescrições anteriores.

- A jovem executiva bem-sucedida consulta um psiquiatra porque fica muito nervosa quando fala em público. A consulta afasta a hipótese de fobia social e revela um estado depressivo-ansioso leve, que se iniciou com a separação conjugal iminente. Durante a avaliação do verdadeiro ônus do transtorno ansioso, a paciente afirma que transpira excessivamente, que “mancha a roupa”, que “todos percebem que não está bem”. É iniciado tratamento com antidepressivo ISRS, bupiriona e psicoterapia regular. A paciente não refere melhora após 8 semanas. Ao ser indicada a um

dermatologista, apresenta melhora significativa global após aplicação de toxina botulínica. Ambos os especialistas passam a trabalhar em conjunto e apoiar a paciente ao longo do tratamento de manutenção exigido por ambas as classes terapêuticas. Após 3 anos, houve remissão total e alta.

## ► Transtornos psiquiátricos classificados na CID-10 passíveis de comorbidade psicodermatológica

Ver Quadro 76.4.

**Quadro 76.4** Classificação de transtornos psiquiátricos passíveis de comorbidades psicodermatológica na CID-10.

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes	F50.5 Vômitos associados a outros distúrbios psicológicos
F31.31 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado, com sintomas somáticos	F55 Abuso de substâncias que não produzem dependência
F32.01 Episódio depressivo leve, com sintomas somáticos	F55.5 Esteroides ou hormônios
F32.11 Episódio depressivo moderado, com sintomas somáticos	F55.6 Ervas, fitoterápicos ou remédios folclóricos específicos
F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	F63.3 Tricotilomania
F42 Transtorno obsessivo-compulsivo	F68 Outros transtornos de personalidade e de comportamento em adultos
F42.0 Com predominância de ideias ou de ruminções obsessivas	F68.0 Sintomas físicos aumentados por fatores psicológicos
F42.1 Com predominância de comportamentos compulsivos (rituais obsessivos)	F68.1 Produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades físicas ou psicológicas (transtorno factício)
F42.2 Forma mista, com ideias obsessivas e comportamentos compulsivos	F68.8 Outros transtornos especificados da personalidade e do comportamento do adulto
F43.0 Reação aguda ao estresse	F72.1 Retardo mental grave; comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento
F43.2 Transtornos de adaptação	F72.8 Retardo mental grave; outros comprometimentos do comportamento
F43.8 Outras reações ao estresse grave	F73.1 Retardo mental profundo; comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento
F43.9 Reação não especificada a um estresse grave	F73.8 Retardo mental profundo; outros comprometimentos do comportamento
F44.6 Anestesia e perda sensorial dissociativas	F84.0 Autismo infantil
F44.80 Outros transtornos dissociativos (de conversão): síndrome de Ganser	F84.1 Autismo atípico
F45.0 Transtorno de somatização	F84.2 Síndrome de Rett
F45.1 Transtorno somatoforme indiferenciado	F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância
F45.2 Transtorno hipocondríaco	F84.4 Transtorno com hiperinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados
F45.38 Disfunção autonômica somatoforme: afetando pele	F95.1 Tique motor ou vocal crônico
F45.4 Transtorno doloroso somatoforme persistente	F95.8 Outros tiques
F45.8 Outros transtornos somatoformes	F98.4 Estereotipias motoras
F50.0 Anorexia nervosa	
F50.2 Bulimia nervosa	

## ► Bibliografia

- Abraham N, Torok M. *A casca e o núcleo*. 1 ed. São Paulo: Escuta, 1995.
- Aktan S, Ozmen E, Sanli B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology*. 1998;197(3):230-4.
- Almugaddam F, Augusterfer EF, Mufaddel A, Osman OT. The psychiatric aspects of skin disorders. *Expert Review of Dermatology*. 2011 Fev;6(2):195-9.
- Alpsoy E, Ozcan E, Cetin L *et al*. Is the efficacy of topical corticosteroid therapy for psoriasis vulgaris enhanced by concurrent moclobemide therapy? A double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Dermatol*. 1998 Fev;38(2 Pt 1):197-200.
- Anzieu D. *Eu pele*. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 1988.
- Arbabi M, Farnia V, Balighi K *et al*. Efficacy of citalopram in treatment of pathological skin picking, a randomized double blind placebo controlled trial. *Acta Medica Iranica*. 2008(5):367-72.
- Augustin M, Zschocke I, Wiek K, Peschen M, Vanscheidt W. Psychosocial stress of patients with port wine stains and expectations of dye laser treatment. *Dermatology*. 1998 Apr;197(4):353-60.
- Bewley A, Affleck A, Bundy C, Higgins E, McBride S. Psychodermatology services guidance: the report of the British Association of Dermatologists Psychodermatology Working Party. *Br J Dermatol*. 2013 Jun;168(6):1149-50.
- Bowes LE, Alster TS. Treatment of facial scarring and ulceration resulting from acne excorree with 585-nm pulsed dye laser irradiation and cognitive psychotherapy. *Dermatol Surg*. 2004 Jun;30(6):934-8.
- Bridgett C. Psychocutaneous Medicine. *J Cosm Dermatol*. 2004 Fev;3(2):116.
- Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (ed.) *Rook's Textbook of Dermatology*. 7<sup>th</sup>ed. Oxford: Blackwell, 2004.
- Carroll BJ, Feinberg M, Smouse PE, Rawson SG, Greden JF. The Carroll rating scale for depression. I. Development, reliability and validation. *Br J Psychiatry*. 1981 Mar;138:194-200.
- Castilho SM. *A imagem corporal*. Santo André: Esetec Editores Associados, 2001.
- Christenson OS. Treatment options on trichotillomania. *CNS Drugs*. 1996;6:23-34.
- Conrado LA. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. *An Bras Dermatol*. 2009 Nov-Dez;84(6):569-78.
- Costa A. *Tatuagem e marcas corporais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol*. 1997 Aug;137(2):246-50.



- Cotterill JA. Are developments in information technology, a threat to the dermatological consultation? Telemedicine and psychodermatology. *JEADV*. 1998 Set;11(Suppl. 2):S8-S9.
- Cowley R-B. *Benzodiazepines in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press, 1998.
- Curry ML, Curry JA, Cockerell CJ. Dermatology and the Americans With Disabilities Act: a review of the case law. *J Am Acad Dermatol*. 2002 Dec;47(6):926-9.
- Davis LSMD. Psychodermatology: the psychological impact of skin disorders. *JAMA*. 2007;297(1):97-8.
- DeWeerd S. Psychodermatology: an emotional response. *Nature*. 2012 Dec 20;492(7429):S62-3.
- Dolto F. *A imagem inconsciente do corpo*. 1 ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- Editorial. Overview of psychodermatology. *Psychopharm Rev*. 2011;46(1):8-9.
- Editorial. Why psychodermatology is gaining ground. *J Cut Med & Surg*. 2013 Jan;17(1):1-2.
- Eghlileb AM, Basra MKA, Finlay AY. The psoriasis family index: preliminary results of validation of a quality of life instrument for family members of patients with psoriasis. *Dermatology*. 2009;219(1):63-70.
- Estellita-Lins C, Guimarães MC, Silva CHd. Bullying. In: Jr. FBA, Kuczynski E (ed.). *Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência*. Vol 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2012:705-14.
- Estellita-Lins C. A diáspora dos métodos de pesquisa em saúde da criança e da mulher. In: S. Deslandes e M.C.Minayo (org.). *Caminhos do pensamento. epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. pp. 155-94.
- Estellita-Lins C. De Projeto e de Máquinas. *Letra freudiana. escola, psicanálise e transmissão*. 1995;XIV(15):87-98 pp.
- Featherstone M. Body, image and affect in consumer culture. *Body & Society*. 2010 Mar;16(1):193-202.
- Feinberg M, Carroll BJ, Smouse PE, Rawson SG. The Carroll rating scale for depression. III. Comparison with other rating instruments. *Br J Psychiatry*. 1981 Mar;138:205-9.
- Fitzpatrick E, Wolff. *Dermatology in general medicine*. New York: MacGraw-Hill, 1997.
- Flessner CA, Knopik VS, McGeary J. Hair pulling disorder (trichotillomania): genes, neurobiology, and a model for understanding impulsivity and compulsivity. *Psychiatry Res*. 2012 Oct 30;199(3):151-8.
- Freud S. *A pulsão e seus destinos*, 1913.
- Freud S. *Introdução ao narcisismo*, 1914.
- Freud S. *Luto e melancolia*, 1914.
- Fritzsche K, Ott J, Zschocke I, Scheib P, Burger T, Augustin M. Psychosomatic liaison service in dermatology: need for psychotherapeutic interventions and their realization. *Dermatology*. 2001 Jan;203(1):27-33.
- Garg A, Chren MM, Sands LP et al. Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis: implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Arch Dermatol*. 2001 Jan;137(1):53-9.
- Gee SN, Zakhary L, Keuthen N, Kroshinsky D, Kimball AB. A survey assessment of the recognition and treatment of psychocutaneous disorders in the outpatient dermatology setting: how prepared are we? *J Am Acad Dermatol*. 2013 Jan;68(1):47-52.
- Girman CJ, Rhodes T, Lilly FR et al. Effects of self-perceived hair loss in a community sample of men. *Dermatology*. 1998 Mar;197(3):223-9.
- Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Kim SW. A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathological skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *J Clin Psychopharmacol*. 2010 Apr (4):396-403.
- Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S et al. Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Arch Dermatol*. 1988 Jul;124(7):1052-7.
- Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med*. 1994 Jan;56(1):36-40.
- Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ. Psychosomatic study of self-excoriative behavior among male acne patients: preliminary observations. *Int J Dermatol*. 1994 Dec;33(12):846-8.
- Gupta MA, Gupta AK, Wattlee GN. Stress and alopecia areata: A psychodermatologic study. *Acta Derm Venereol*. 1997 Jul;77(4):296-8.
- Gupta MA, Gupta AK. Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *Int J Dermatol*. 1995 Oct;34(10):700-3.
- Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol*. 1996 June; 34(6):1030-46.
- Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol*. 1993 Mar;32(3):188-90.
- Harth W, Blume-Peytavi U. Psychotrichology: psychosomatic aspects of hair diseases. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2013 Nov;11(2):125-35.
- Harth W. Psychosomatic dermatology (psychodermatology). *J Dtsch Dermatol Ges*. 2008 Jan;6(1):67-76.
- Healy R, Taylor R, Dhoat S, Leschynska E, Bewley AP. Management of patients with delusional parasitosis in a joint dermatology/liason psychiatry clinic. *Br J Dermatol*. 2009 Jan;161(1):197-9.
- Hersom K, Neary MP, Levaux HP, Klaskala W, Strauss JS. Isotretinoin and antidepressant pharmacotherapy: a prescription sequence symmetry analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2003 Sep;49(3):424-32.
- Huang W, Rothe MJ, Grant-Kels JM. The burning mouth syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 1996 Jan;34(1):91-8.
- Humphreys F, Humphreys MS. Psychiatric morbidity and skin disease: what dermatologists think they see. *Br J Dermatol*. 1998 Oct;139(4):679-81.
- Hundley JL, Yosipovitch G. Mirtazapine for reducing nocturnal itch in patients with chronic pruritus: a pilot study. *J Am Acad Dermatol*. 2004 Jun;50(6):889-91.
- Jacob MK, Larson JC, Craighead WE. Establishing a telepsychiatry consultation practice in rural Georgia for primary care physicians: a feasibility report. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012 Nov;51(11):1041-7.
- Jafferany M, Vander Stoep A, Dumitrescu A, Hornung RL. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. *Int J Dermatol*. 2010 Jul;49(7):784-9.
- Jafferany M. Lithium and skin: dermatologic manifestations of lithium therapy. *Int J Dermatol*. 2008 Nov;47(11):1101-11.
- James WB. The inner mirror. *J Prosthet Orth*. 1997 Mar;9(3):107-12.
- Kahtalian Alexandre RLR. Uma criança é espancada: contribuição à psicogênese da psoríase. *J Bras Psiqui*. 1995;44(9):129-32.
- Kanwisher N, Yovel G. The fusiform face area: a cortical region specialized for the perception of faces. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2006 Dec 29;361(1476):2109-28.
- Kirby B, Fortune DG, Bhusan M, Chalmers RJ, Griffiths CE. The Salford Psoriasis Index: an holistic measure of psoriasis severity. *Br J Dermatol*. 2000 Apr;142(4):728-32.
- Kleinman AS. Overview of psychodermatology. *Psychopharm Review*. 2011 Jan;46(1):1-7.
- Koblenzer CS. Psychodermatology of women. *Clin Dermatol*. 1997 Jan-Feb;15(1):127-41.
- Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician*. 2001 Dec 1;64(11):1873-8.
- Koo JY, Do JH, Lee CS. Psychodermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2000 Nov;43(5 Pt 1):848-53.
- Koo JYM. Psychodermatology in the 21st century. *Curr Prob Dermatol*. 2000 Feb;12(2):93-4.
- Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2005 May;59(5):350-5.
- Lacan J. *Le Stade du Miroir comme formateur de la fonction du Je*. In: Lacan J (ed.). *Écrits*. 1 ed. Paris: Seuil, 1966 (1949): 87-100.
- Lavda AC, Webb TL, Thompson AR. A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions. *Br J Dermatol*. 2012 Nov;167(5):970-9.
- Lee CS, Accordino R, Howard J, Koo J. Psychopharmacology in dermatology. *Dermatol Ther*. 2008 Jan-Feb;21(1):69-82.
- Locala JA. Current concepts in psychodermatology. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 Jun;11(3):211-8.
- Lotti T, Bianchi B, Panconesi E. Neuropeptides and skin disorders. The new frontiers of neuroendocrine-cutaneous immunology. *Int J Dermatol*. 1999 Sep;38(9):673-5.
- Menandro PRM. Aspectos motivacionais da decisão de tatuar-se: uma revisão. *J Bras Psiqui*. 1995;44(3):129-32.
- Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994 (1945).
- Montagu A. *La peau et le toucher*. Paris: Seuil, 1979.
- Monti M, Sambvani N, Sacrini F. Obsessive-compulsive disorders in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1998 Sep;11(2):103-8.
- Moussaoui A, Fejjal N, Cantaloube D. Prise en charge chirurgicale de la pathologie cutanée. A propos d'un cas avec revue de la littérature. *Ann Chir Plast Esthet*; 2005 Dec;50(6):743-5.
- Mulder MM, Sigurdsson V, van Zureen EJ et al. Psychosocial impact of acne vulgaris. *Dermatology*. 2001;203(2):124-30.
- Mumme D, Fernand A, Herrera C. Infants responses to facial and vocal emotional signals in a social referencing paradigm. *Child Dev*. 1996 Dec;67(6):3219-37.
- Orion E, Wolf R. Psychological stress and epidermal barrier function. *Clin Dermatol*. 2012 May-Jun;30(3):280-5.
- Panconesi E, Hautmann G. Psychoterapeutic approach in acne treatment. *Dermatology*. 1998 Jan;196(1):116-8.
- Panconesi E. Psychosomatic dermatology: past and future. *Int J Dermatol*. 2000 Oct;39(10):732-4.
- Peters EMJ, Liezmann C, Klapp BF, Kruse J. The neuroimmune connection interferes with tissue regeneration and chronic inflammatory disease in the skin. *Ann N Y Acad Sci*. 2012 Jul;1262:118-26.

- Philbrick KL (ed.) *Clinical manual of psychosomatic medicine: a guide to consultation-liaison psychiatry*. 2 ed. New York: American Psychiatric Pub., 2012.
- Poot F, Sampogna F, Onnis L. Basic knowledge in psychodermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007 Feb;21(2):227-34.
- Rumsey N, Harcourt D. Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):83-97.
- Salzer BA, Schallreuter KU. Investigation of the personality structure in patients with vitiligo and a possible association with impaired catecholamine metabolism. *Dermatology*. 1995 Feb;190(2):109-15.
- Santos NCA, Slonczewski T, Prebianchi HB, Oliveira AG, Cardoso CS. Interconsulta psicológica: demanda e assistência em hospital geral. *Psicologia em Estudo*. 2011;16:325-34.
- Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image*. 2008 Mar;5(1):50-8.
- Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):99-111.
- Schepis C, Siragusa M. Primary cutis verticis gyrata or pachydermia verticis gyrata: a peculiar scalp disorder of mentally retarded adult males. *Dermatology*. 1995;191(4):292-4.
- Schilder P. A imagem do corpo. As energias construtivas da psique. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- Schildkrout E. Inscribing the body. *Annu Rev Anthropol*. 2004;33:319-44.
- Schuck K, Keijsers G, Rinck M. Implicit processes in pathological skin picking: Responses to skin irregularities predict symptom severity and treatment susceptibility. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2012 Mar;43(1):685-69.
- Shah KN, Fried RG. Factitial dermatoses in children. *Curr Opin Pediatr*. 2006 Aug;18(4):403-9.
- Sicari MC, Leibold M, Baral J, Wexler P, Gordon RE, Phelps RG. Photoinduced dermal pigmentation in patients taking tricyclic antidepressants: Histology, electron microscopy, and energy dispersive spectroscopy. *J Am Acad Dermatol*. 1999 Feb;40(2 Pt 2):290-3.
- Snorrason Í, Smári J, Ólafsson RP. Motor Inhibition, Reflection impulsivity, and trait impulsivity in pathological skin picking. *Behav Ther*. 2011 Sep;42(3):521-32.
- Sterry BW. Clinical management in psychodermatology. *J Dtsch Dermatol*. 2009;7(1):88.
- Strumia R, Varotti E, Manzato E, Gualandi M. Skin signs in anorexia nervosa. *Dermatology*. 2001;203(4):314-7.
- Sweetman P. Anchoring the (Postmodern) Self? Body modification, fashion and identity. *Body & Society*. June 1999;5(2-3):51-76.
- Swick BL, Walling HW. Drug induced delusions of parasitosis during treatment of Parkinson's disease. *J Am Acad Dermatol*. 2005 Dec;53(6):1086-7.
- Tasman A, Kay J, Libermann JA, Kay FB, Maj M (ed.). *Psychiatry*. 3<sup>rd</sup> ed. Chichester, Sussex: Wiley-Blackwell, 2008.
- Tom G, Chen A, Liao H, Shao J. Body image, Relationships and Time. *J Psychol*. 2005 Sep;139(5):458-68.
- Tucker BT, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The Skin Picking Impact Project: Phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord*. 2011 Jan;25(1):88-95.
- Van Moffaert M. Training future dermatologists in psychodermatology. *Gen Hosp Psychiatry*. 1986 Mar;8(2):115-8.
- Walther MR, Flessner CA, Conelea CA, Woods DW. The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009 Mar;40(1):127-35.
- Weinberg MK, Tronick EZ. Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after still-face. *Child Dev*. 1996 Jun;67(3):905-14.
- Willemsen R, Vanderlinden J, Deconinck A, Roseeuw D. Hypnotherapeutic management of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Aug;55(2):233-7.
- Ygor Arzeno Ferrão TAF, Diego da Cunha. Dermatotilexomania em estudantes de medicina: um estudo piloto. *Rev Bras Psiq*. 1999 Abr-Jun;21(2):109-13.
- Zachariae R, Oster H, Bjerring P, Kragballe K. Effects of psychologic intervention on psoriasis: A preliminary report. *J Am Acad Dermatol*. 1996 Jun;34(6):1008-15.



# Azulay

# DERMATOLOGIA

## Rubem David Azulay

*Professor Emérito da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Universidade Federal Fluminense. Chefe Emérito do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Titular da Academia Nacional de Medicina. Ex-Professor Titular de Dermatologia da Universidade Federal do Pará, da Universidade Gama Filho e da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques.*

## David Rubem Azulay

*Chefe de Serviço do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Professor Titular do curso de Pós-Graduação em Dermatologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Chefe da disciplina Dermatologia da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques. Professor Assistente de Dermatologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-Graduação no Serviço de Dermatologia do Mount Sinai Hospital, New York, e no Serviço de Dermatologia do Hospital Saint Louis, Paris.*

## Luna Azulay-Abulafia

*Doutora e Mestre em Dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia. Especialista em Hansenologia pela Sociedade Brasileira de Hanseníase. Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Gama Filho. Professora Adjunta da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Preceptora do curso de Pós-Graduação em Dermatologia do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.*

Sexta edição



■ Os autores deste livro e a EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA. empenharam seus melhores esforços para assegurar que as informações e os procedimentos apresentados no texto estejam em acordo com os padrões aceitos à época da publicação, e todos os dados foram atualizados pelos autores até a data da entrega dos originais à editora. Entretanto, tendo em conta a evolução das ciências da saúde, as mudanças regulamentares governamentais e o constante fluxo de novas informações sobre terapêutica medicamentosa e reações adversas a fármacos, recomendamos enfaticamente que os leitores consultem sempre outras fontes fidedignas, de modo a se certificarem de que as informações contidas neste livro estão corretas e de que não houve alterações nas dosagens recomendadas ou na legislação regulamentadora. *Adicionalmente, os leitores podem buscar por possíveis atualizações da obra em <http://gen-io.grupogen.com.br>.*

■ Os autores e a editora se empenharam para citar adequadamente e dar o devido crédito a todos os detentores de direitos autorais de qualquer material utilizado neste livro, dispondo-se a possíveis acertos posteriores caso, inadvertida e involuntariamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

■ 1.ª Edição 1985

1.ª Edição Revisada e Atualizada 1992

1.ª Reimpressão 1995

2.ª Reimpressão 1996

2.ª Edição 1997

1.ª Reimpressão 1997

2.ª Edição Revisada e Atualizada 1999

3.ª Edição 2004

4.ª Edição 2006

4.ª Edição Revisada e Atualizada em Espanhol 2007

1.ª Reimpressão 2008

5.ª Edição 2008

5.ª Edição Revisada e Atualizada 2011

1.ª Reimpressão 2013

6.ª Edição 2013

■ Direitos exclusivos para a língua portuguesa

Copyright © 2013 by

**EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA.**

**Uma editora integrante do GEN | Grupo Editorial Nacional**

Travessa do Ouvidor, 11


Rio de Janeiro – RJ – CEP 20040-040

Tels.: (21) 3543-0770/(11) 5080-0770 | Fax: (21) 3543-0896

[www.editoraguanabara.com.br](http://www.editoraguanabara.com.br) | [www.grupogen.com.br](http://www.grupogen.com.br) | [editorial.saude@grupogen.com.br](mailto:editorial.saude@grupogen.com.br)

■ Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, em quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição pela Internet ou outros), sem permissão, por escrito, da EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA.

■ Capa e projeto gráfico: Editora Guanabara Koogan

Editoração eletrônica:  Anthares

■ Ficha catalográfica

A994d

6.ed.

Azulay, Rubem David

Dermatologia / Rubem David Azulay, David Rubem Azulay, Luna Azulay-Abulafia. - 6. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

il.

ISBN 978-85-277-2320-6

1. Dermatologia. I. Azulay, David Rubem. II. Azulay-Abulafia, Luna. III. Título.

13-03466

CDD: 616.5

CDU: 616.5