

“Ele dá pra todos na medida...”
**Saúde, doença e religião a partir de uma
abordagem psicossomática**

Carmen Esther Rieth

Resumo: O presente artigo propõe uma reflexão teórica a respeito da relação corpo-mente-saúde-doença desde uma perspectiva psicossomática. A partir de entrevistas, procurou-se reconstruir histórias de vida de pessoas portadoras de leucemia linfocítica crônica. Foram analisados aspectos que sugerem ser o corpo o palco em que é representada a sanção divina da doença. O corpo, como espelho do pecado, exige uma satisfação penitencial, correspondente a supostos males praticados, por intermédio do sofrimento imposto pela doença. A partir daí, busca-se uma compreensão do papel desempenhado pelas religiões no contexto do adoecimento.

Resumen: El presente artículo propone una reflexión teórica a respecto de la relación cuerpo-mente-salud-enfermedad desde una perspectiva psicossomática. A partir de entrevistas, se intentó reconstruir historias de vidas de personas portadoras de leucemia linfocítica crónica. Fueron analizados aspectos que sugieren sea el cuerpo el palco en que es representada la sanción divina de la enfermedad. El cuerpo, como espejo de pecado, exige una satisfacción penitencial, correspondiente a supuestos males practicados, por intermedio del sufrimiento impuesto por la enfermedad. A partir de ahí, se busca una comprensión del papel desempeñado por las religiones en el contexto del adoecimiento.

Abstract: The present article proposes a theoretical reflection with respect to the body-mind-health-sickness relationship from a psychosomatic perspective. Based on interviews, the author seeks to reconstruct histories of the lives of persons with chronic lymphatic leukemia. Aspects were analyzed that suggest that the body is the stage in which the divine sanction of the illness is represented. The body, as a mirror of sin, demands penitential satisfaction corresponding to the supposed evils that were done, through the intermediary of the suffering imposed by the sickness. From this, an understanding of the role of religions in the context of sickness is sought.

Introdução

O presente artigo propõe uma reflexão teórica a respeito da relação corpo-mente-saúde-doença desde uma perspectiva psicossomática. Com isso, dá destaque e sintetiza parcialmente elementos de um trabalho acadêmico mais amplo da autora, o qual perguntou pela condição emocional de pacientes portadores de leucemia linfocítica crônica e foi pautado metodologicamente por uma abordagem fenomenológica referenciada no pensamento de Merleau-Ponty (Rieth, 2003).

A partir de entrevistas, procurou-se reconstruir histórias de vida de pessoas portadoras da doença em questão. Do conjunto de essências e dimensões que emergiram da sistematização das entrevistas, será dado destaque aqui à dimensão intitulada de “punição e castigo”, tendo como referência principalmente os depoimentos de três mulheres com idades entre 55 e 75 anos, que na ocasião escolheram ser chamadas pelos nomes de Dália, Margarida e Amor-Perfeito. Tratou-se de analisar brevemente elementos presentes em suas histórias de vida, que sugerem ser o corpo o palco em que é representada a sanção divina da doença. O corpo, como espelho do pecado, exige uma satisfação penitencial, correspondente a supostos males praticados, por intermédio do sofrimento imposto pela doença. Parte-se, então, para uma busca de compreensão do papel desempenhado pelas religiões no contexto do adoecimento.

Antes disso, contudo, é preciso dedicar algumas linhas para indicar marcos importantes na história do pensar acerca da relação mente e corpo e de um tipo de saber daí decorrente: a psicossomática.

A relação mente-corpo na história – a psicossomática

A história da saúde pode ser descrita mediante a imagem representada por um longo caminho, de idas e vindas, encontros e desencontros. Ou ainda, um caminho que dá voltas sempre e de novo em torno a uma mesma questão: como se relacionam corpo e mente? Houve momentos em que o rechaço à idéia de influência mútua entre psique e soma era absoluto. Em outros momentos, muitos deles num passado longínquo, parecia certa a influência exercida mutuamente.

Apesar de Galeno já haver mencionado, no século II d.C., a relação existente entre depressão e câncer na população feminina (Mello Filho, 1992; Torrano-Masetti e Santos, 2000), a abordagem feita aqui se limitará ao período marcado pelos começos da modernidade até os dias atuais. Atribui-se a René Descartes a concepção dualista do ser humano, que, de certa forma,

caracteriza a formação de profissionais da área da saúde até os dias atuais e se traduz em práticas e técnicas permeadas por uma perspectiva que geralmente dissocia/cliva mente e corpo. Embora houvesse ampla aceitação, nos séculos XVIII e XIX, da ligação entre a história da vida ou a personalidade de um indivíduo e sua doença, esta foi, em grande parte, esquecida ou rejeitada no século XX (Volich, 2000). Atualmente, uma nova concepção de saúde e doença vem ganhando espaço, inclusive dentro da própria medicina. Luz (1997), que faz uma crítica contundente ao modelo atual de medicina, entende que a abordagem psicossomática situa-se como a possibilidade de superação do modelo dicotômico vigente na medicina na atualidade.

O termo *psicossomática* foi introduzido em 1818 pelo psiquiatra alemão J. C. Heinroth, quando escreveu um artigo onde ressaltava a importância e a influência das paixões sobre o câncer e a tuberculose. Salientava ainda a integração entre os aspectos físicos e anímicos do processo de adoecimento (Volich, 2000).

No entanto, Freud foi o responsável pela aproximação da psicologia com a medicina, chamando a atenção da comunidade científica para a interação entre processos físicos e emocionais. Em 1910, em um estudo sobre os transtornos psicogênicos da visão de um de seus pacientes histéricos, desenvolveu os princípios fundamentais do que, posteriormente, veio a ser conhecido como medicina psicossomática. Freud considerou a relação entre processos psíquicos e bioquímicos no organismo como um campo de pesquisa inexplorado (Freud, 1981). Começa a haver a compreensão de que a biografia, as características de personalidade e o estilo de vida precisam ser incluídos para que se possa compreender a situação de saúde e de doença de uma pessoa.

A fisiologia mostra que a emoção é um fenômeno que ocorre simultaneamente nos níveis dos subsistemas do corpo e dos processos mentais, que, embora caracterizados aqui como “subsistemas”, referem-se a um mesmo e único sistema. “Aquilo que no nível dos sentimentos é medo, raiva, dor, tristeza, alegria, fome, no corpo concomitantemente se expressa através de modificações no subsistema somático, através de modificações das funções motoras, secretoras e de irrigação sanguínea” (Mello, 1992, p. 98). Ao mesmo tempo em que a pessoa sente a emoção (mente), também a expressa através de sinais físicos (corpo) e a comunica também aos outros (social), através do rubor da face e do tremor das mãos, por exemplo.

A tendência atual da psicossomática objetiva a compreensão dos processos de adoecer, não como um evento ocasional na vida de uma pessoa, mas significando a resposta de um sistema, *de uma pessoa* que vive numa sociedade, respondendo a esta sociedade e estabelecendo uma relação de

correspondência mútua com outros sistemas e subsistemas e tornando-se assim parte de várias estruturas: cultural, social e familiar e buscando resolver os problemas de sua vida (Mello, 1992). Esta é uma perspectiva inserida no conceito de saúde da OMS: *Saúde não é apenas a ausência de doença. É o completo bem-estar físico, psíquico e social.*

Ao falar-se em psicossomática, é importante ressaltar que existem atualmente duas escolas com princípios divergentes no modo de compreender a relação mente e corpo.

Na década de 1930, surgiu a Escola de Psicossomática de Chicago, formada sobretudo por psicanalistas alemães exilados nos EUA em decorrência da Segunda Guerra Mundial. Dentre os nomes mais conhecidos destacam-se: F. Alexander, F. Deutsch e F. Dunbar. Para estes autores, a doença é, antes de tudo, psicossomática.

Dirigiam seus trabalhos no sentido de buscar estabelecer relações entre conflitos emocionais específicos e estruturas de personalidade com alguns tipos de doenças somáticas [...]. Este grupo também se preocupou em compreender as relações entre as reações emocionais e respostas do sistema vegetativo e do Sistema Nervoso Central. (Vollich e Ferraz, 1998. p. 20).

Alexander, assim como Groddeck, busca compreender a função simbólica do órgão afetado, relacionando-a à função psíquica. Um aspecto de destaque é a preocupação por identificar a origem etimológica das palavras, expressões e nomes relacionados às questões do adoecer. Esta busca mostra muitas vezes resultados curiosos, objetivando a compreensão da função simbólica do sintoma ou doença. Este tipo de abordagem também é a tônica do trabalho de Dahlke (1996).

Para estes autores, a doença também é simbólica. A doença – dor psíquica – pode estar representando um desejo, uma culpa, uma confissão ou, quem sabe, um autojulgamento inconsciente, inconfessável, no sentido de encontrar uma espécie de satisfação ou alívio substitutivo da dor original ou expiativo para uma possível culpa.

A partir de 1947, começou a manifestar-se entre pesquisadores parisienses o interesse pela psicossomática. Do seio da Sociedade Psicanalítica de Paris surgiu, em 1972, o Instituto de Psicossomática de Paris.

Os representantes mais expressivos desta escola são P. Marty, M. M’Uzan, C. David, L. Kreisler e M. Fain (Jeammet, 2000; Vollich, 2000) e, mais recentemente, J. McDougall. Para esta escola, “a mente, em certas condições, pode não assimilar um traumatismo e, nesse caso, haverá uma sobrecarga sobre o soma, que resultará em somatização” (Ferraz e Vollich, 1997, p. 15). Este seria o princípio básico da psicossomática. Tem como refe-

rencial teórico principal a psicanálise e compreende a somatização como resultado de uma falha no sistema de proteção da vida instintiva e do ego. A função da “explosão do corpo [...] é de ato, de descarga, que provoca um curto-circuito no trabalho psíquico. [...] Descobrimos nesses casos uma carência na elaboração psíquica e uma falha na simbolização [...]” (McDougall, 1991, p. 134). Essa carência seria parcialmente compensada pela ação, procurando diminuir desta forma a dor psíquica.

Para a Escola de Paris, quando não existe a possibilidade de expressar a dor psíquica de outra forma (comunicando ao meio externo), o corpo age adoecendo. Desta forma, não existiria uma doença psicossomática. De acordo com esta abordagem, qualquer pessoa poderia reagir de forma “psicossomática”.

A psicossomática compreende a prática da promoção da saúde centrada no paciente. Quer estar menos voltada para o sintoma, ou para a doença, levando em consideração a totalidade da pessoa, ou seja, o doente (Mello, 1992). Parece desnecessário dizer que há um longo caminho a ser percorrido em termos de políticas de saúde para que seja possível operacionalizar estas mudanças no Brasil.

Atualmente as pesquisas na Europa e EUA têm procurado identificar a dimensão das doenças psicossomáticas e vêm demonstrando a necessidade de transcender as práticas em saúde adotadas até o momento, que parecem insistir em não avaliar devidamente a frequência deste tipo de doença. Giannotti (1998) e Mello (1992) julgam que cerca de dois terços dos pacientes que buscam os serviços de saúde apresentam doenças psíquicas ou psicossomáticas. Deykin (2001) demonstrou o aumento do uso de serviços médicos entre pessoas com ansiedade e depressão. Rief (2001), em um estudo representativo realizado com 2.050 pessoas na Alemanha, constatou que os sintomas somatoformes mais comuns eram dor, dor geral, dor nas extremidades, dor de cabeça, sintomas na região abdominal e sintomas cardiovasculares. Neste estudo, evidenciou-se que as pessoas descreviam uma média de dois dos sintomas acima durante os dois anos anteriores, período em que recorriam às instâncias médicas usuais em busca de alívio. O estudo sugere a necessidade de incluir os sintomas somatoformes na interpretação dos custos da saúde pública.

Kroenke (2002), em uma pesquisa onde busca a validação de uma escala para medir os sintomas somáticos, afirma que os pacientes com transtornos somáticos respondem por mais da metade dos que buscam os serviços de saúde. O autor sugere que a somatização, junto com a depressão e a ansiedade, constituem os três problemas psiquiátricos mais comuns vistos em

atenção primária. Afirma ainda que, comparada à depressão e à ansiedade, a somatização resulta em maior utilização de cuidado médico e maior frustração do clínico.

Doença como punição e castigo

Essa dimensão se revelou em várias entrevistas e também na literatura: o corpo visto/sentido como alvo de uma punição divina, que surge em forma de doença e, em última análise, é mortal. Deus criou o ser humano imortal. A queda em pecado suscitou a ira divina e, como castigo pela desobediência, a perda dos privilégios de convívio mais próximo a Deus e a um novo legado ao ser humano, representado pela condição da mortalidade.

Segundo diversas e influentes correntes da tradição cristã, seria através de dor, angústia e solidão advindas da doença que o corpo passaria por uma espécie de purificação, como se vê nos depoimentos:

Eu acho que isso tinha que vim pra mim, uma coisa assim que eu... tem que passá, como diz assim: Tem que passá. *Dália.*

Seria uma cruz... uma provação... Eu acho que seja uma provação, acho que seja uma cruz, acho que seja algum pecado que eu devo, alguma maldade que eu fiz pra alguém... *Margarida.*

Eu acho que é a provação que eu tinha que passá... *Amor-Perfeito.*

Para Margarida, é também um Deus que, apesar de infligir o castigo, o faz movido pelo amor, pois lhe dá algo “leve” para superar – pelo menos é a concepção que tem de sua doença no momento em que inicia o seu tratamento.

Acho que seja algum pecado que eu devo, alguma maldade que eu fiz pra alguém, que Deus disse assim ó: tá, vou te dar o menor possível... *Margarida.*

Deus encontra sempre a “medida” certa ao permitir o sofrimento, porque este tem como finalidade o amadurecimento de seus filhos e um fortalecimento de sua fé.

O livro bíblico de Jó tematiza especificamente o sofrimento impingido por Deus. Jó, um homem fiel e temente a Deus, íntegro e rico, serviu de “medidor” de forças entre o Bem (Deus) e o Mal (Satanás). Propositalmente, a fim de testar sua fé, Deus permitiu que ele fosse “provado” através de uma série de problemas e dificuldades: perdeu seus bens, filhos e, por fim, sua saúde. Sofrendo de “tumores malignos”, chagas que o cobriam dos pés à cabeça (Jó 2.3), Jó se mantém fiel, apesar do grande sofrimento, obtendo após sua provação o dobro de riquezas materiais e pessoais. A teologia pro-

testante, assim como a católica, prega a idéia de que todas as pessoas crentes têm/terão sua cruz (situação de sofrimento) em decorrência de sua fé. Algumas correntes teológicas trabalham com a idéia de que, quanto maior o sofrimento, tanto maior a fé que o sujeito leva consigo. A mensagem central é a de que o sofrimento é dado “na medida” da fé de cada um, podendo levar a uma postura de exaltação entre pessoas religiosas que passam por dificuldades, pois, quanto maior o sofrimento, tanto maior a fé em Deus e maior a confiança divina depositada na pessoa.

Eu acho assim, eu sempre penso assim: acontece as coisa porque Deus qué. Então tudo o que eu passei de doença, de perdê o marido e... *Dália*.

Deus não tá me dando uma carga maior que eu não posso suportar... [...] Se este problema que eu tô passando agora, com essa leucemia, for alguma provação, alguma coisa, ele não vai me dar além do que eu posso suportar, isso eu tenho certeza. Vai ser na medida. Ele dá pra todos na medida. *Margarida*.

Percebe-se, nestes depoimentos, que esta forma de pensar parece ser confortante para o paciente, oferecendo, independentemente de sua concepção religiosa, um modo de lidar e enfrentar a situação de doença.

A religiosidade, nas diferentes expressões manifestadas pelos entrevistados, apresenta-se como a forma certa de lidar com as dificuldades impostas pela doença. Para a doença, supostamente fruto do pecado e da falta de fé, a solução residiria no incremento da fé, da oração e da penitência. Amor-Perfeito tornou-se eclética em suas crenças: é católica romana, vai ao centro espírita fazer “cirurgia espiritual” e, em casa, ouve e segue os preceitos dos programas religiosos de cunho pentecostal transmitidos pelo rádio.

Às duas horas tem oração [no rádio] tenho água nesse copo que eu boto em cima do rádio... Tando em casa, fazendo meu serviço, deu oração, meu guri tá aqui: “Mãe a sua oração”. Isso aí. E tenho muita fé em Deus, né? *Amor-Perfeito*.

É importante ressaltar que, para muitas pessoas, aqui está uma das poucas formas possíveis de obter algum tipo de ajuda em situação de dificuldade por doença. Mesmo que a ajuda não seja visível, nem imediata ou garantida, apresenta-se como uma alternativa às instâncias médicas usuais, porém inacessíveis. Poder-se-ia pensar que a religiosidade, assim como a busca por uma medicina popular, acaba, em certa medida, preenchendo uma lacuna existente na assistência à saúde no Brasil.

Primeiro eu faço em casa [chás], aí depois se não der, então eu vô pro médico, ou procuro outra coisa. Eu sou católica... sou católica, nasci na católica e sô católica, mas vô assim num tipo casa assim espírita, faço operação pelo espaço... É as duas religião que eu tenho [...] Operação pelo espaço quem faz é os

guia que fazem operação na gente, mesmo que seja um médico, mesma coisa, pra quem acredita... é aquilo ali [...] É pra cura... uma dor que tu tem, ou qualquer coisa, aí tu faz aquela operação, pra quem acredita. *Amor-Perfeito*.

Religião como apoio social e falência da saúde pública

A presença do outro é importante na vida, mas toma uma dimensão muito maior em um momento de perda e desestabilização psíquica. O outro “empresta” um pouco de si, uma parte mais forte, até o momento em que a pessoa que está sofrendo a perda possa novamente dispor de seus próprios recursos.

Algumas religiões parecem oferecer um apelo especial para as classes menos favorecidas. Cesar e Shaull (1999) procuram achar respostas para esta constatação através de uma pesquisa interdisciplinar desenvolvida na cidade do Rio de Janeiro. Alguns resultados sugerem caminhos que podem ajudar a compreender este apelo, pois as respostas dadas pelos fiéis foram de que a igreja e a religião ajudam a transcender o desespero, medeiam o auxílio pelos “irmãos na fé” para enfrentar problemas de vida, oferecem a cura de doenças físicas e psíquicas através da fé e da oração. A esse respeito, Campos (1997) diz que, especialmente na Igreja Universal do Reino de Deus (IURD), a religiosidade atua na fronteira das doenças psicossomáticas, despertando nas pessoas um grande potencial de otimismo. Este sentimento seria responsável pela regressão ou estagnação destas doenças. É interessante observar que existem duas situações onde comumente as pessoas buscam as religiões pentecostais: quando estão vivendo o máximo do desespero pelo fato de a medicina não oferecer mais nenhum tipo de tratamento e acreditam que apenas um “milagre” as poderá salvar, e quando a medicina se mostrou “incapaz” de perceber a existência de uma doença (Montero, 1985). O posicionamento de Campos (1997, p. 352) é de que

Consideramos o culto pentecostal uma prestação de serviços terapêuticos aos que não têm acesso econômico ou cultural às terapias oficiais da medicina, psicoterapia e psiquiatria. [...] A Igreja Universal fundamenta seu ministério de cura numa vertente da tradição cristã, que sempre encarou Javé como o *Deus que cura* e na teologia do Cristo *taumaturgo*, encarnação de um Deus médico, que se expressa no *poder do Espírito Santo*.

A busca é então pelo retorno ao divino, e a doença é encarada como algo anormal, indesejável e contrário ao desejo de Deus. Ele, que é visto como um pai amoroso, jamais desejaria ver um filho em situação de sofrimento. Para acabar com a doença, deu aos seus representantes na terra (os religiosos) o poder de curar. Na realidade, a figura do intermediário entre a(s)

divindade(s) e o ser humano é bem conhecida e pertence há muito tempo ao imaginário do ser humano. Basta lembrar as religiões afro-brasileiras (umbanda, candomblé), oriundas em parte das culturas das tribos africanas. Ali existe a figura sacerdotal do “pai-de-santo” ou da “mãe-de-santo”, que “opera terapeuticamente intermediando entidades espirituais, divindades de diversas hierarquias, geralmente em rituais em que possessão e exorcismo podem ter um papel importante na cura” (Luz, 1997, p. 26). Reflexão semelhante pode ser feita a partir das práticas de terapia espiritual oferecidas em milhares de centros de espiritismo kardecista, casas de benzedura ou grupos de novos movimentos religiosos Brasil afora.

As pesquisas apontam para o fato de que isolamento e solidão geram sofrimento e doença (Spiegel, 1989). Ao mesmo tempo, há que se observar que a interação social cria sentimentos de apoio e solidariedade, que são aliados importantes para a melhora dos sintomas, para lidar de forma mais eficaz e tranqüila com a doença ou para a cura. No entanto, nem sempre a solidão provoca doença e nem todas as formas de interação social provocam a cura. Existe algo mais, enfermidade e cura “estão ligadas a diferentes maneiras de construção e desconstrução de uma realidade social” (Campos, 1997, p. 359).

Campos prossegue em sua análise apontando para o conhecido fato de que a tradição ocidental tem enormes problemas em compreender as relações existentes entre saúde e doença, mente e corpo e indivíduo e cultura. “Geralmente, analisamos o indivíduo desvinculado da sociedade, ou então aceitamos o predomínio total do social sobre ele, pouco sobrando para a sua participação ativa em um processo de cura.” (Campos, p. 359).

Aqui, há que se lembrar Valla (1999), que considera a coerência da vida e o controle sobre a mesma fatores de suma importância no equilíbrio físico e mental.

Referências bibliográficas

- CAMPOS, Leonildo S. *Teatro, templo e mercado*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- CESAR, V.; SHAULL R. *Pentecostalismo e futuro das igrejas cristãs*. Petrópolis e São Leopoldo: Vozes e Sinodal, 1999.
- DAHLKE, R. *A doença como símbolo*: pequena enciclopédia de psicossomática. São Paulo: Cultrix, 1996.
- DEYKIN, E. et al. Posttraumatic Stress Disorder and the Use of Health Services. *Psychosomatic Medicine*, v. 63, n. 5, p. 835-841, set./out. 2001.
- FERRAZ, F.; VOLICH, R. M. *Psicossoma I*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

- FREUD, S. *Obras Completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. t. II e III.
- GIANNOTTI, A. Inserção da Psicossomática na prática em saúde pública. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v. 8, n. 1, p. 9-13, jan./fev. 1998.
- JEAMMET, P. et al. *Psicologia médica*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 2000.
- KROENKE, K. et al. The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, vl. 64, n. 2, p. 258-266, mar./abr. 2002.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.
- McDOUGALL, J. *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- MONTERO, Paula. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- RIEF, W. Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population. *Psychosomatic Medicine*, v. 63, n. 4, p. 595-602, jul./ago. 2001.
- RIETH, C. E. *Contar e viver: um estudo fenomenológico da leucemia linfocítica crônica*. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2003. 143 p. (Dissertação de Mestrado).
- SPIEGEL, D. *Somatização: quando os sintomas físicos não têm uma causa médica*. 1989.
- TORRANO-MASETTI, L.; SANTOS, M. A. dos. A recaída da neoplasia hematológica: um enfoque psicossomático. *Psyche: Revista de Psicanálise*, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 75-91, 2000.
- VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15 (sup. 2), p. 7-14, 1999.
- VOLICH, R. M. *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- VOLICH, R. M.; FERRAZ, F.; ARANTES, M. *Psicossoma II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.