

EPP – ESCOLA PAULISTA DE PSICODRAMA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ANÁLISE PSICODRAMÁTICA

**MAÍRA CRISTINA DE OLIVEIRA FAVALI**

Correlações da Abordagem Psicossomática na Análise  
Psicodramática e na Homeopatia

São Paulo – SP  
2016

**MAÍRA CRISTINA DE OLIVEIRA FAVALI**

**Correlações da Abordagem Psicossomática na Análise  
Psicodramática e na Homeopatia**

Trabalho realizado pela aluna Maíra Cristina de Oliveira Favali, orientado pelo Dr. Victor Roberto Ciacco da Silva Dias, para obtenção do título de Psicodramatista pela Escola Paulista de Psicodrama - EPP.

São Paulo-SP  
2016

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus amados pais, Luiz e Ivete, pela constante presença e ensinamentos.

Agradeço a minha tia, querida madrinha e dedicada médica homeopata, Ana Lúcia, pelo apoio, incentivo e carinho.

Agradeço ao Anderson, meu Lindo, pelo companheirismo, amor e cumplicidade.

Agradeço ao admirável prof. Victor pela orientação e seus eternos ensinamentos.

Agradeço a turma de 2012 da EPP pelo acolhimento, amizade, aprendizado e diversão.

Agradeço aos demais professores da EPP pelo conhecimento compartilhado.

Muito obrigada!

## **LISTA DE FIGURAS**

1. FIGURA 1 – Representação da construção dos modelos e áreas do psiquismo.....10
2. FIGURA 2 – Representação dos bolsões da Zona de Psiquismo Caótico e Indiferenciado – ZPCI e Psiquismo Organizado e Diferenciado – POD.....11
3. FIGURA 3 – Representação dos Vínculos Compensatórios.....12
4. FIGURA 4 – Representação das Defesas Intrapsíquicas.....13
5. FIGURA 5 – Representação do universo das demais Defesas do Psiquismo..14

## **LISTA DE TABELAS**

1. TABELA 1 – Tabela comparativa do processo de tratamento entre a Análise Psicodramática e a Homeopatia.....24
2. TABELA 2 – Quadro explicativo de medicamentos homeopáticos.....30

## SUMÁRIO

<b>1.0. INTRODUÇÃO</b> .....	06
<b>2.0. ANÁLISE PSICODRAMÁTICA E AS DEFESAS DE SOMATIZAÇÃO</b> .....	09
<b>3.0. HOMEOPATIA E SUA VISÃO</b> .....	17
<b>4.0. ESTRATÉGIA PSICOTERAPEUTICA E TERAPEUTICA</b> .....	20
<b>5.0. ESTUDO DE CASO</b> .....	25
5.1. Descrição do caso.....	25
5.2. Desenvolvimento do tratamento.....	27
5.2.1. Na análise psicodramática.....	27
5.2.2. Na homeopatia.....	28
<b>6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	31
<b>7.0. REFERÊNCIAS</b> .....	32

## 1.0 INTRODUÇÃO

A homeopatia foi uma ciência presente desde o meu nascimento. Por existir médico na família com essa abordagem, os tratamentos clínicos eram acompanhados de glóbulos e entendimento dos sintomas físicos como também dos emocionais. As correlações entre o que eu estava sentindo no corpo e o momento de vida que eu estava passando eram bases diferenciais no diagnóstico da “doença” e na escolha do remédio.

O médico homeopata indiano Rajan Sankaran (2010) coloca que a doença é um estado mental que se expressa por meio de sintomas físicos. O estresse, como ele denomina as sobrecargas mentais, não são acometidos devido às ações externas *per si*, mas sim pelo modo como cada indivíduo percebe e vivência o mundo externo. Da mesma forma que na teoria do Núcleo do EU, desenvolvida por Rojas-Bermudez, os modelos psicológicos (Ingeridor, Defecador e Urinador) são estruturados a partir das funções somáticas de comer, defecar e urinar, registrando as sensações cenestésica no indivíduo desde seu nascimento e que irão ter uma ligação direta em suas vivências psíquicas ao longo da vida. Essa teoria foi utilizada por Victor Dias na construção de sua Teoria da Programação Cenestésica, a qual se baseia sua abordagem na Análise Psicodramática.

Ao realizar o curso em Análise Psicodramática, e analisando essas duas teorias, identifiquei o interesse em aprofundar o entendimento entre corpo e mente, uma vez que são relações indissociáveis na construção do sujeito. O corpo é o meio com que nosso mundo interno se comunica com o mundo externo e vice-versa. Não é possível experienciar as sensações do mundo se não tivermos o sistema nervoso para captar e decodificar, bem como só é possível entendê-las a partir da estruturação psíquica singular de cada pessoa. Ambas as teorias buscam entender essas relações para que o tratamento do sofrimento e da angústia do ser seja realizado de maneira eficaz. Assim, ao me deparar com as conceituações de Defesa de Somatização desenvolvida por Dias veio à luz a possibilidade de trabalhar o indivíduo psicoterapeuticamente com o objetivo de aliviar suas condições somáticas por meio dos entendimentos de seus conteúdos internos, os quais foram excluídos por algum motivo.

O estudo apresentado será dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo do trabalho trago a compreensão do que é psicossomática para a Análise Psicodramática, como o indivíduo pode utilizar-se desse mecanismo a fim de aliviar sua dor psíquica. No segundo capítulo será discutida a visão da homeopatia na questão psicossomática, o entendimento dos estudiosos mediante esse tema e seu impacto no processo saúde-doença do indivíduo. No

capítulo seguinte faço a correlação entre as estratégias de tratamento da homeopatia e da análise psicodramática, buscando mostrar suas formas de manejo, o entendimento das melhoras dos fatores físico ou emocional e como os sintomas se modificam. No quarto capítulo é apresentado um estudo de caso a fim elucidar a problemática. E no último capítulo coloco as considerações finais e as possíveis contribuições para uma ampliação nas questões da psicossomática.



## 2.0 ANÁLISE PSICODRAMÁTICA E AS DEFESAS DE SOMATIZAÇÃO

A Teoria da Programação Cenesésica e a Análise Psicodramática criada por Victor Dias trouxe novos referenciais teóricos e práticos para o entendimento do indivíduo no processo psicoterapêutico. E a fim de clarear o entendimento da estruturação do psiquismo e suas Zonas de Exclusão na Análise Psicodramática que dão origem nos mecanismos de defesas, os quais abarcam as Somatizações, faz-se necessário um breve resumo da proposta terapêutica.

A teoria de Dias tem como base a Teoria do Núcleo do EU de Rojas-Bermudez que apresenta o desenvolvimento psicológico básico da criança no período de 0 a 2 anos, sendo ele basicamente de conteúdos cenesésico. Como o bebê utiliza principalmente a parte do Sistema Nervoso Interoceptivo, ligados às sensações viscerais, sua estruturação psicológica virá dessas vivências. A Teoria do Núcleo do EU classifica o psiquismo humano em três modelos psicológicos e três áreas delimitadas sendo que cada modelo está entre determinado período de idade e as áreas se formaram conforme a finalização de cada modelo (1994, p.18):

1. *Modelo de Ingeridor (0 a 3 meses)*: responsável pelos processos de incorporação, satisfação/insatisfação, dos conteúdos do mundo externo para o mundo interno.
2. *Modelo de Defecador (3 a 8 meses)*: responsável pelos processos de criação, elaboração, expressão e comunicação dos conteúdos de mundo interno para o mundo externo.
3. *Modelo de Urinador (8 meses a 2 anos)*: responsável pelos processos de planejamento/devaneios/fantasias; controle, decisão e execução de ações no mundo externo que gratifiquem desejos e necessidades internas.
4. *Área Mente*: responsável pelos processos do pensar (explicar, elaborar, deduzir, etc.).
5. *Área Corpo*: responsável pelos processos do sentir (emoções e sensações).
6. *Área Ambiente*: responsável pelos processos de perceber: percepção tanto de si mesmo como do ambiente externo.

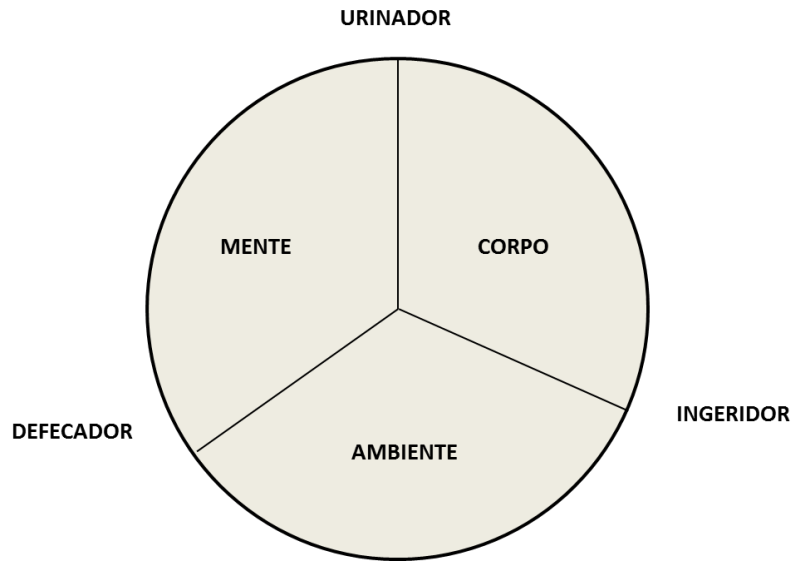


Figura 1 – Representação da construção dos Modelos e Áreas do psiquismo.  
 Fonte: Livro “Análise Psicodramática: Teoria da Programação Cenestésica”.

Cada modelo e área serão estruturados em um determinado período de idade do bebê, entre os seus 0 e 2 anos, a partir das funções somáticas não automáticas de comer, defecar e urinar. Essas funções deixaram marcas mnêmicas de vivências no psiquismo, os quais formaram o seu modelo psicológico. Assim, devido às sensações cenestésicas e também a vivências intrauterinas o bebê terá, nesse primeiro momento, um Psiquismo Caótico e Indiferenciado- PCI. O PCI terá como sensação básica o “existir”, isto é, a noção de apenas estar no mundo sem os referenciais de corpo, espaço, tempo e identidade, e será transformado em Psiquismo Organizado e Diferenciado – POD – conforme a criança estabelece relações por meio dos climas afetivos com o outro após, aproximadamente, dos seus 2 anos. Esses climas afetivos podem ser divididos em dois tipos: clima facilitador e clima inibidor. No primeiro tipo o clima de aceitação, proteção e continência emitidas pelas pessoas ao bebê irão facilitar a organização do psiquismo auxiliando no desenvolvimento dos modelos psicológicos. Já no segundo tipo os climas de abandono, rejeição, hostilidade, medo e ansiedade dificultam o desenvolvimento do psiquismo não acontecendo à transformação do PCI em POD; com isso o indivíduo conviverá com bolsões de PCI no POD. Esses bolsões serão chamados de Zonas de Psiquismo Caótico e Indiferenciados – ZPCI, sendo que cada modelo terá um bolsão específico e serão compostos por registros de: 1. Sensação de falta (algo deveria existir, mas não existe); 2. Vivência do clima inibidor (sentido de uma ameaça à vida); 3. Tensão crônica (de que algo precisa e deve ser completado a qualquer momento) e 4. Bloqueio da Espontaneidade (não sentir-se espontâneo).

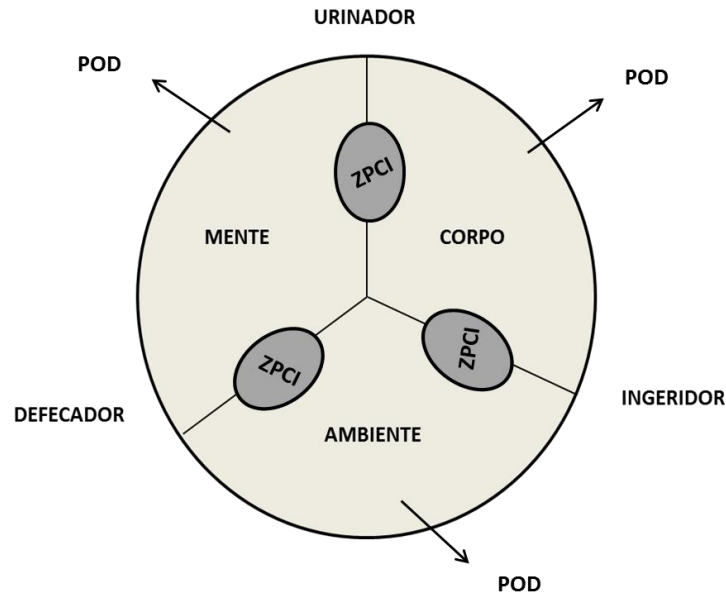


Figura 2 – Representação dos bolsões da Zona de Psiquismo caótico e indiferenciado - ZPCI e Psiquismo Organizado e Diferenciado - POD.

Fonte: Livro “Análise Psicodramática: Teoria da Programação Cenestésica”.

Devido à permanência existente entre as Zonas de PCI no POD ocasionará o surgimento de quatro sensações, as quais juntamente com as más formações dos modelos e áreas formaram as possíveis psicopatologias. São elas:

1. *Perda parcial da identidade*: o indivíduo sente que não conhece uma parte de si mesmo. Tem estranhezas dos sentimentos, sensações, percepções e etc.
2. *Sensação basal de incompleto*: sensação de ser um indivíduo incompleto.
3. *Sensação basal de insegurança*: o indivíduo não se sente integrado com ele próprio. É um “ser inseguro” independente das situações de vida.
4. *Sensação basal de medo*: sensação de medo está presente em qualquer situação objetiva na vida.

À medida que estas sensações tomam conta do indivíduo por meio de angústia, ele sente a necessidade de ir à busca de sua completude, começando, assim, o seu Processo de Busca.

No desenvolvimento da criança, em torno dos 2,5 a 3 anos, inicia-se uma vontade de querer suprir as faltas que teve até aquele momento, pois somente assim ela conseguirá seguir em frente na formação de seu psiquismo, contudo é impossível, uma vez que a criança ainda não tem condições psicológicas adequadas para suprir as demandas internas e externas. Assim, as Zonas de PCI são excluídas e substituídas pelos Vínculos Compensatórios. A criança, então, consegue seguir na evolução psíquica apoiada no POD.

Os Vínculos Compensatórios é uma vinculação que a criança estabelece com objetos ou com pessoas, e ele tem como premissa delegar funções psicológicas que deveria ter existido, mas não existiu. A criança fica dependente desse objeto/pessoa como, por exemplo, a chupeta, o “paninho”, a professora e etc. Com o passar dos anos os Vínculos Compensatórios ainda existiram, e somente serão substituídos pelos amigos, namorado, comida, bebida, drogas e etc.

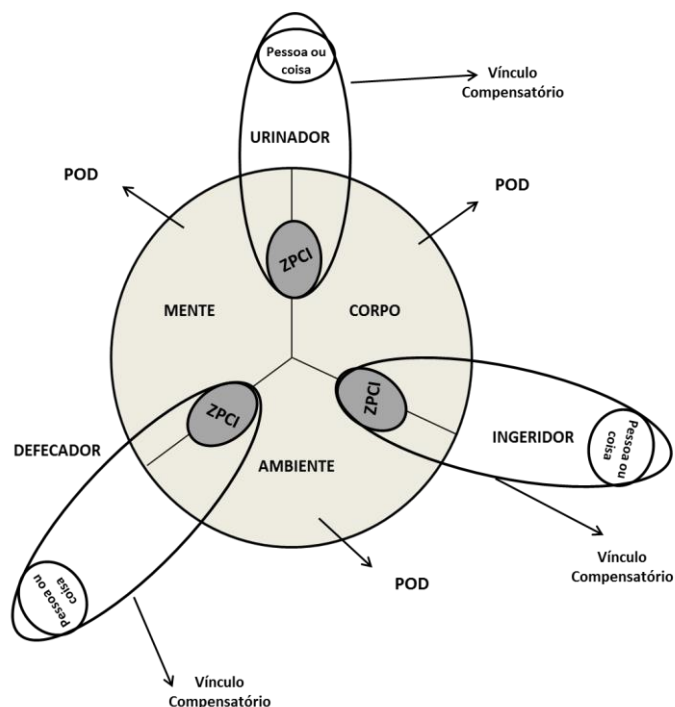


Figura 3 – Representação dos Vínculos Compensatórios.  
 Fonte: Livro “Análise Psicodramática: Teoria da Programação Cenestésica”.

Com as angústias menos frequentes, a criança prossegue seu desenvolvimento psicológico e suas vivências vão sendo registradas no POD. As relações externas e os climas afetivos gerados começam a ser identificados pela criança e ligados ao seu clima e pessoas internalizados, surgindo, assim, as Figuras de Mundo Interno – FMI. Os conceitos morais, políticos, religiosos, entre outros também fazem parte desse processo. Essas vinculações e entendimentos em relação a si próprio com outro e a si próprio com o mundo formaram o Conceito de Identidade. O Conceito de Identidade é (Dias, 1994, p.42):

“... como a pessoa acha que é, e como ela acha que os outros são, e vai evoluindo de acordo com a idade e com as vivências que vão ocorrendo na vida desta pessoa. O Conceito de Identidade está registrado no POD e é consciente.”

Os produtos gerados pelo Conceito de Identidade serviram como guia nas condutas do indivíduo durante a vida e qualquer questionamento que coloque em dúvidas essas “verdades” a angústia será mobilizada. As vivências, percepções de si e do outro, sentimentos e sensações que não conseguem ser aceitas pelo Conceito de Identidade serão lançadas e depositadas nas Zonas de PCI e ficarão como materiais subconscientes. Já aquelas vivências, percepções, sensações e sentimentos que contradiz o Conceito de Identidade, porém não tão fortemente, elas serão acompanhadas por justificativas, as quais serão os Materiais Justificados. Isto é, o indivíduo encontra soluções para situações de mundo e consegue, então, deixar o material no POD sem proporcionar angústia.

O POD, portanto, será composto por diferentes tipos de materiais: o próprio POD, o Material Justificado e o Material depositado na Zona de PCI. Este último tipo de material deverá ficar mobilizado para não entrar na esfera do consciente, uma vez que irá de encontro com o Conceito de Identidade. Assim, o psiquismo se utiliza de mecanismos inconscientes ao indivíduo para controlar os conteúdos de PCI, são as chamadas de Defesas Intrapésíquicas. As Defesas Intrapésíquicas serão determinadas conforme os Modelos Psicológicos e as Áreas, ou seja, cada local terá seu correspondente mecanismo de defesa.

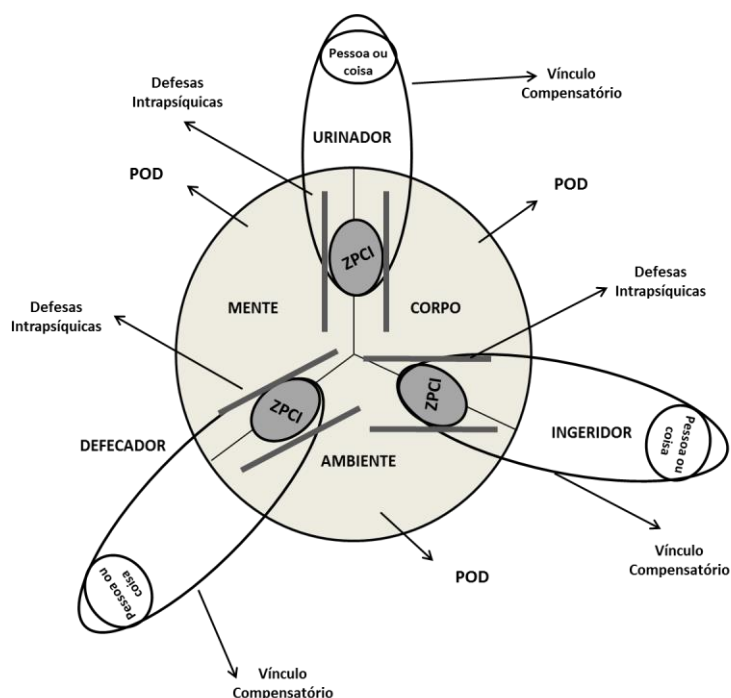


Figura 4- Representação das Defesas Intrapésíquicas.  
 Fonte: Livro “Análise Psicodramática: Teoria da Programação Cenestésica”.

Além das Defesas Intrapésíquicas existem outros Mecanismos de Defesas que impedem o contato com o material das Zonas de Exclusão do PCI. Esses mecanismos são “... os

sintomas, condutas e procedimentos que o psiquismo adota de forma consciente ou não consciente para evitar o contato entre o Eu consciente e o material excluído...” (2006, p.70).

Na Análise Psicodramática trabalha-se com seis grandes grupos de defesas:

1. Distúrbios Funcionais;
2. Defesas Intrapsíquicas;
3. Defesas Conscientes;
4. Defesas Dissociativas;
5. Defesas de Somatização e
6. Defesas Projetivas.

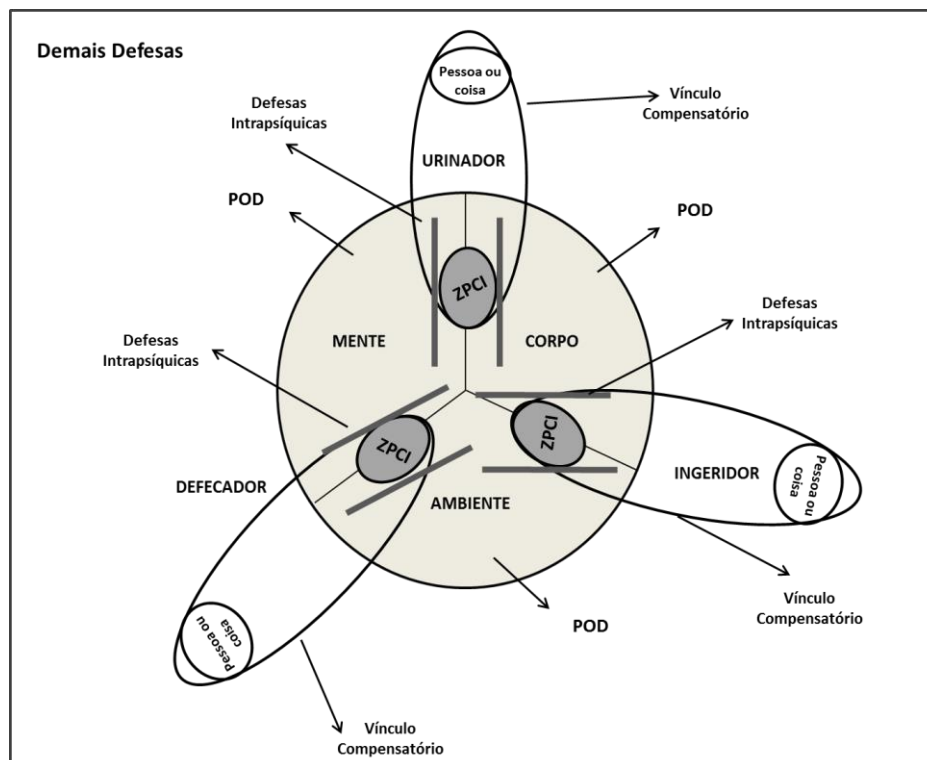


Figura 5 – Representação do universo das demais defesas do psiquismo.  
 Fonte: Livro “Análise Psicodramática: Teoria da Programação Cenéstica”.

Cada um desses tipos de defesa atuará de maneira diferente conforme os materiais psíquicos de cada indivíduo. Nesse trabalho, o foco será nas Defesas de Somatizações.

Conforme coloca Victor Dias (2006, p.83):

A Somatização é um mecanismo pelo qual um conflito psicológico passa a ser descarregado em um órgão do corpo, o que pode causar lesão nesse órgão, conforme a intensidade, a frequência e o tempo de duração. A angústia patológica gerada pelo conflito é descarregada no órgão. Dessa

forma o indivíduo não sente nem o conflito nem a angústia, mas sente dor, coceira, incômodo etc.

O indivíduo, portanto, não terá consciência dos conflitos internos existentes, a angústia patológica por estar depositada em um órgão ou em algum sistema do corpo a única “dor” sentida será a física. Devido a essa situação, o paciente irá buscar a ajuda psicoterápica para aliviar a angústia circunstancial, como, por exemplo, depois de eliminar todas as possibilidades orgânicas o médico recomenda a busca por psicólogo.

A Defesa de Somatização não está ligada a nenhum dos modelos psicopatológicos, tornando-se inespecíficas para qual tipo de pessoa seria mais “apropriado” seu surgimento. Porém, o que se torna claro nos pacientes que mobilizam essa defesa é que os outros tipos de defesas (as intrapsíquicas, por exemplo) não foram suficientemente boas para conter os conflitos internos, tendo que o próprio psiquismo utilizar-se de recursos mais agressivos para conter o material excluído. A Defesa de Somatização é a última escolha do psiquismo de se manter saudável, por isso é a considerada a mais grave.

Na Análise Psicodramática, Victor Dias destaca que ainda não é possível estabelecer uma relação direta entre o órgão alvo da somatização com o conteúdo trazido pelo paciente, contudo, as doenças psicossomáticas foram divididas em três grandes grupos conforme os efeitos produzidos pela defesa. São eles:

### **1. Quando a somatização é a causa direta da doença.**

Nesses casos, quando o conflito psicológico e a angústia patológica que estão depositados no órgão voltam para a esfera psicológica, há uma remissão total dos sintomas e das lesões no órgão afetado. Entretanto, o indivíduo começa a sentir a angústia na esfera psíquica com as psicodinâmicas correspondentes. Na psicoterapia o paciente coloca que houve uma piora do quadro, pois começou a surgir o sofrimento psicológico que não existia antes.

As doenças mais comuns são as Dermatológicas (dermatite atópica, dermatite seborreica, urticária, prurido), do Aparelho digestivo (retocolite ulcerativa, úlcera gástrica, gastrite, síndrome do colón irritável), Osteoarticular (bursites, LER), neurológicas (enxaquecas, cefaleia tensional), Fibromialgia, Lombalgia, Tensão pré-menstrual.

### **2. Quando a somatização pode ser a desencadeante e/ou agravante de uma doença.**

Nesse grupo o sistema afetado é o imunológico, isto é, quando há uma doença autoimune. O paciente em processo psicoterapêutico ao trazer o conflito intrapsíquico para o psicológico tem uma redução da crise aguda dos sintomas da doença, pois a angústia é tirada do corpo. Assim, percebe-se uma melhora nos sintomas da doença tornando-as mais brandas e espaçadas. Mas, nesse caso, não é possível dizer cura, uma vez que não existe o desaparecimento da doença e sim somente seu abrandamento.

Ocorrem nas seguintes doenças autoimunes: Artrite reumatoide, Asma e bronquite psicogênicas, Doenças de Crohn, Doença de Raynaud, Lúpus erimatoso sistêmico, Miastenia gravis, Psoríase, Tireoidites autoimunes, Tontura, Vertigem, Labirintite, Vitiligo, Herpes, Tuberculose.

### **3. Quando a somatização agrava uma doença preexistente ou acelera uma doença que o indivíduo tem predisposição.**

O indivíduo tem uma doença crônica e/ou incurável. Nesses casos, geralmente, o paciente tem dificuldade na aceitação do tratamento. Em um processo psicoterápico, uma vez que a angústia e o conflito patológico se deslocam para a esfera psíquica é perceptível um abrandamento da evolução da doença e maior adesão do paciente ao tratamento.

As doenças mais frequentes são Aids, Cardiopatias, Diabetes melito, Hipertensão arterial, Neoplasias e Pneumopatias.



### 3.0 HOMEOPATIA E SUA VISÃO

Para entender o processo de relação entre o estado mental e físico dentro da Homeopatia, e para também compreender *a posteriori* suas possíveis relações com os conceitos na Análise Psicodramática, é necessário traçar um breve histórico e em seguida seu entendimento em psicossomática.

A palavra homeopatia vem do grego *homoios* = semelhante e *páthos* = doença ou sofrimento, ou seja, o tratamento das mazelas do paciente se dá pelo semelhante de sua patologia: “*Similia similibus curentur*”, aforismo hipocrático que significa “Sejam os semelhantes curados pelos semelhantes”. Assim, os tipos de medicações dada ao paciente será baseada no próprio princípio ativo da doença.

Samuel Hahnemann, no final do século XVII, foi o fundador da homeopatia. Nascido na Baviera (Alemanha) o filho de pintor de porcelanas enfrentou grandes dificuldades em se formar médico, porém sua inteligência e dedicação contribuíram para alcançar grandes postos na carreira. Entretanto, Hahnemann vivia em conflito com as práticas médicas da época: o abuso de enteroclismas, sangrias, utilização de pontas de fogos e ingestão de panaceias não lhe pareciam métodos congruentes com sua forma de tratamento. Devido ao conflito desses métodos como suas crenças de cura, o médico largou a profissão e passou a dedicar-se a traduções em obras em latim, e foi nesses trabalhos que entrou em contato com a obra “Matéria Médica”, na qual encontrou referências de que o agente intoxicante pode ser o causador como também o curador para a moléstia do homem, fundamentando a Lei de Semelhantes. Dessa afirmação, Hahnemann iniciou experimentos consigo mesmo, familiares e amigos utilizando de numerosas substâncias a fim de validar a afirmação. Em 1790 apresenta seu primeiro ensaio “Fragmenta De Viribus” e em 1815 publica “Organon da Arte de Curar”, o qual fixou seu sistema terapêutico: a Homeopatia.

Ao decorrer dos seus estudos, o homeopata sugere dentro da Lei três tipos de subleis que sustenta sua teoria: a das Doses Mínimas, a Experimentação no Homem São e do Remédio Único. Na primeira, a dosagem da substância para obter-se a cura deverá ser diluída em doses na água até torná-la fraca, uma vez que em alta dosagem poderá ser tóxico para o paciente. Hahnemann identificou que quanto menor as proporções da substância, maior o poder de cura. Na segunda, dentro da perspectiva de semelhantes, os resultados de sintomas e cura do paciente só podem ser estudados na pessoa quando esta não estiver doente. Na última

sublei, Remédio Único, o princípio é que deverá ser dado ao indivíduo um único remédio conforme os sintomas relatados e que sejam condizentes com os registrados na “Matéria Médica”. Contudo, a terceira sublei não é seguida fielmente na clínica, embora comprovada prática e teoricamente, pois é preciso a valorização por igual de todos os sintomas.

Baseando-se nos princípios fundamentais da Homeopatia, é imprescindível um estudo detalhado do paciente para que seja dado o tratamento mais adequado a ele, nisso inclui-se não só questões de morbidade, somática, mas também, e principalmente, as questões psíquicas. A entrevista entre médico e paciente, portanto, deve ser de entendimento e exatidão para que seja dado o melhor medicamento ao caso e, fundamentalmente, o profissional tem que ter consciência de que cada consulta é um processo de “individualização”, o mesmo remédio prescrito para aquele sujeito não será o mesmo para outro, independentemente dos sintomas serem iguais.

Pensando na relação mente-corpo, Romanach (1984, p.483) destaca que a Homeopatia é uma terapêutica de atuação psicossomática, sendo que em alguns parágrafos do livro de Hahnemann “Organon” corrobora tais relações:

§ 210 – Nas doenças corporais sempre se modifica o estado mental...

§ 212 – Não existem no universo substâncias medicinais que não altere de algum modo perceptível o estado moral e mental do indivíduo...

§ 213 – Jamais curará homeopaticamente uma doença, seja aguda ou crônica, se não forem atendidas, simultaneamente, as modificações morais e mentais...

Para o médico não existem doenças somáticas que não podem estabelecer-se com alterações no estado psíquico do paciente. Nos mecanismos das doenças psicossomáticas, Hahnemann coloca que os fatores psíquicos têm papel importante na identificação das doenças, as quais podem se manifestar no campo somático como também no mental. Contudo, reforça-se nos estudos da homeopatia que esta não é uma ciência que atua primariamente nas doenças psíquicas, isso deverá ficar a cargo dos psicólogos. O que pode acontecer é um auxílio no tratamento do paciente. Anna Romanach (1984) ressalta que o campo de ação da Homeopatia nas doenças psicossomática ela é dinâmica, uma vez que dependerá do estado atual do paciente para determinar o tipo de composto mais adequado. Isto é, ao transcorrer as fases de desenvolvimento da doença, o médico deverá ver no livro “Matéria Médica Homeopática” à patogenesia que coincide com os sintomas do paciente

naquele momento. O mesmo medicamento não necessariamente será o mesmo durante todo o período de tratamento.

A homeopatia do médico Rajan Sankaran coloca, conforme citado na introdução, o entendimento clínico da doença na constante relação do stress da realidade externa com a realidade interna de cada indivíduo, sendo que o fator principal para o surgimento da doença está no descompasso de questões internas da pessoa e não nas modificações ambientes.

#### **4.0 ESTRATÉGIA PSICOTERAPICA E TERAPEUTICA**

Uma síntese para o entendimento da Análise Psicodramática e da Homeopatia é que na primeira o objetivo é tratar os conflitos e angústias psíquicas do indivíduo a fim de proporcionar o equilíbrio mental do indivíduo e, por conseguinte, melhorar uma possível doença estabelecida. Já na segunda o objetivo é entender o estado emocional do sujeito para auxiliar no tratamento da doença orgânica, uma vez que ambos não estão descolados. As palavras “Estado Mental” é que une as duas abordagens no entendimento do indivíduo e suas mazelas.

Para entender a dinâmica do tratamento das duas abordagens nos casos de somatização, primeiramente será explicado cada uma separadamente e após isso será feito um quadro comparativo para visualizar as convergências e divergências.

Na Análise Psicodramática o paciente chega ao consultório com a queixa do sintoma físico e ignora o componente psicológico existente. Isso acontece, como colocado anteriormente, pois a angústia está descarregada no órgão e o indivíduo não a sente. O processo psicoterapêutico deverá seguir em tirar o conflito da área somática para trazê-lo ao campo psicológico.

O primeiro passo na estratégia psicoterápica é realizar um processo de esclarecimento com o objetivo de informar ao cliente o funcionamento da defesa de somatização e do andamento psicoterapêutico de trazer para o psicológico a angústia que está deslocada no órgão. Esse clareamento proporciona maior segurança ao paciente durante a terapia. Também é importante ressaltar ao paciente que conforme o processo psicoterápico caminha no sentido de deslocar o conflito do somático para o psicológico, ele poderá ter a sensação de que está piorando e não melhorando, uma vez que a angústia patológica começará a ser sentida. Para isso, o vínculo terapêutico é criado.

Dentro da psicoterapia na Análise Psicodramática existem algumas técnicas de escolha para estimular o movimento da angústia de sair do corpo para ir ao psiquismo. As técnicas indicada por Victor Dias e destacadas por Celso Augusto (2010) são: sensibilização corporal, psicodrama interno, decodificação de sonhos, somatodrama e espelho que retira. Segue abaixo a explicação de cada uma delas.

## **1. Sensibilização corporal**

A sensibilização corporal é uma técnica desenvolvida para se trabalhar nas Zonas de Exclusão (Zona de PCI). O objetivo “... consiste em fazer com que o indivíduo volte sua atenção para suas sensações corporais e vá detectando e delimitando suas zonas de *stress*.”. O terapeuta na sensibilização deverá solicitar ao paciente que fique em uma posição confortável para proporcionar um relaxamento físico. Pede-se que o cliente fique de olhos fechados e o terapeuta posiciona-se perto dele, mas evitando o contato físico para não interferir no reconhecimento das sensações corporais, e realizando o contato por meio da voz. A busca durante o processo de sensibilização é delimitar as zonas de *stress* com as área de *não-stress* e colocar as duas sensações lado a lado. Feito isso, como destaca Dias (1996): “O fato de o cliente ter as duas sensações faz com que ele entre em contato com as sensações excluídas ao mesmo tempo em que com as sensações permitidas, o que corresponde à Fase das Divisões Internas quando da abordagem psicológica.”. O paciente ao delimitar as regiões, descrevendo suas sensações (localização, extensão, forma e etc.), irá encontrar as áreas de conflito, as quais estão ligadas com a angústia patológica. Essa ferramenta auxiliará o profissional a trabalhar nas resoluções dos conflitos do paciente, sem tentar racionalizar o que sente (interferência do Eu consciente), deixando-o viver as sensações e suas mudanças.

## **2. Psicodrama Interno**

O Psicodrama Interno é uma ferramenta complementar das Zonas de Exclusão. Esse processo de intervenção é realizado por imagens internas destacando as sensações e evitando a mobilização do POD (racionalizações). Da mesma forma que na Sensibilização Corporal, no Psicodrama Interno o paciente deverá estar em uma posição confortável e de relaxamento e o terapeuta somente deverá manter contato com a voz, sem o contato físico.

Nessa ferramenta o que irá ser trabalhado é uma imagem mental, seja ela advinda de uma Sensibilização Corporal ou de alguma memória ou imagem que o paciente trouxe à sessão. A condução do processo deverá ser de colocar o indivíduo em contato com os seus desejos e buscar recursos para sua viabilização. Na condução podem surgir sensações de medo e um enfrentamento direto não é possível, assim, o terapeuta pode indicar utilização de recursos (instrumentos, vestimentas) que ajudam o paciente a enfrentar a situação. É importante que o profissional saiba que ao surgir uma cena de medo é preciso conduzir a pessoa ao enfrentamento e não evitá-las. O encerramento da sessão acontece no momento em que o cliente resolve o conflito ou quando o terapeuta avalia que o limite mental já foi alcançado.

### **3. Decodificação de sonhos**

O Método de Decodificação de Sonhos foi desenvolvido por Victor Dias com o objetivo de trabalhar o material psíquico enviado para ele mesmo. Entretanto, diferentemente das demais abordagens como a freudiana e a junguiana, o terapeuta não irá interpretar o conteúdo sonhado, pelo contrário, baseado em observações clínicas por Dias, quando o profissional apenas comentava do sonho não realizando nenhuma interpretação o cliente voltava a sonhar e a cada sessão o conteúdo simbólico ficava mais evidente.

Da mesma maneira que a Sensibilização Corporal e do Psicodrama Interno são ferramentas que trabalham nas Zonas de Exclusão, a Decodificação de Sonhos também tem esse conceito. A própria técnica de não interpretar os sonhos, mas sim de decodificá-lo é uma maneira do indivíduo de enviar ao Eu Consciente um conteúdo do Material Excluído sem ter a resistência do POD. Gradativamente com as decodificações se tornarem cada vez mais claras e conscientes o paciente sentirá mudanças em seus pensamentos e comportamentos.

### **4. Espelho que retira**

O Espelho que Retira é uma ferramenta que o terapeuta utiliza para que o paciente fique em um papel de observador de si mesmo e escute de forma distanciada o seu próprio discurso (Augusto, 2010). A dinâmica do Espelho é construída quando o terapeuta coloca-se no lugar do paciente e olhando em direção de uma almofada (como se esta fizesse o papel do terapeuta) repetisse todo o discurso realizado. No papel de observador da dinâmica, o cliente estará em uma posição mais favorável em realizar associações e mobilizar sentimentos, lembranças e imagens da situação exposta.

Essa técnica funciona para desaquecer o paciente e estimular o seu autoquestionamento fazendo com que comece a questionar psicologicamente o seu estado físico. Iniciando, assim, o surgindo da angústia patológica ligada ao material excluído.

### **5. Somatodrama**

O Somatodrama foi desenvolvido pela psicóloga Christina Freire (2000) com base na Teoria da Programação Cenéstica em que seria na Área Corpo, a última a se constituir no psiquismo, que se originaria a Defesa de Somatização. Assim, o indivíduo tem a percepção corporal no final do desenvolvimento cenestésico, a qual denominou de “Eu cenestésico”. Portanto, no entendimento de Freire a Defesa de Somatização é uma representação corporal da angústia perante o “Eu cenestésico” e a zona de PCI com os seus climas inibidores.

O terapeuta deverá trabalhar a sensação pela própria sensação, sem entrar em contato com o POD, a fim de proporcionar a vivência que não aconteceu à época. O estabelecimento de Vínculo Compensatório é importante para a realização do trabalho, pois ele sustentará o clima terapêutico entre psicólogo e paciente, retomando a função de continência entre mãe e bebê. As técnicas de escolha podem ser a Sensibilização Corporal, Psicodrama Interno e/ou Decodificação de sonhos.

O psicólogo deverá mediante ao entendimento do caso identificar qual dos tipos de manejo são os mais apropriados. Após o deslocamento da angústia do corpo para o mental, o processo psicoterápico segue seu curso normalmente.

Nas questões relacionadas à psicossomática na Homeopatia é importante destacar as colocações feitas por Hahnemann no que se entende por doença mental. Para o médico (Romanach, 1984) a doença é “... dinâmica, crônica, oligossintomática, com caráter de manifestação isolada, limitada ou circunscrita. Representa condição onde o impacto nocivo foi desviado para o campo mental, após os distúrbios físicos terem sido suprimidos por tratamento não homeopático”. (p.483). Isto é, para o médico as doenças mentais são geradas a partir do entendimento que os sintomas físicos não foram devidamente tratados e, por isso, os distúrbios elevaram-se ao nível mental. A mesma relação acontece em pacientes que reclamam de sintomas físicos e são observáveis alterações mentais.

Nas doenças consideradas psicossomáticas, igualmente quando acontece com as demais queixas de doenças orgânicas, o entendimento para o tratamento Homeopático virá pela história contada pelo paciente acerca de suas reclamações físicas, mas também pelo seu histórico emocional ao longo da vida. Dentro dessas correlações é que o médico homeopata irá sugerir o medicamento com a farmacodinâmica mais adequado à moléstia do sujeito. Sendo que nesse tipo de tratamento o composto de escolha terá em sua descrição na Matéria Médica (livro de Hahnemann) o dinamismo físico e psíquico melhor compatível com o do paciente naquele momento. O remédio será passível de mudança conforme o decorrer do tratamento.

Comparativamente entre as duas abordagens, a Análise Psicodramática e a Homeopatia, podemos observar uma linha tênue de intersecção entre elas no que se refere ao entendimento do histórico emocional do paciente. Contudo, após essa avaliação, as linhas de tratamento tornam-se distintas uma da outra, mas, caso necessário, é possível sua complementariedade.

	<b>Análise Psicodramática</b>	<b>Homeopatia</b>
<b>Compreensão inicial</b>	Entrevista inicial com paciente para identificar a demanda.	Entrevista com o paciente para entender os sintomas físicos e histórico de vida.
<b>Intervenção</b>	O profissional irá escolher o tipo de manejo (psicodrama interno, sensibilização corporal, espelho e etc.) conforme o conteúdo trazido pelo paciente.	O profissional irá medicar o paciente identificando seus sintomas e associando-os a matéria médica que abarca essas características ( <i>simillium</i> ).
<b>Processo de tratamento</b>	A psicoterapia se dará conforme o desenvolvimento do paciente em relação aos novos conteúdos e o deslocamento do conteúdo somatizado para a esfera psíquica. Segue-se, assim, o processo psicoterápico normalmente.	O tratamento se seguirá até a melhora do aspecto físico e o fim da angústia circunstancial apresentada pelo paciente. Uma vez isso ocorrendo, termina-se o tratamento.

Tabela 1 – Tabela comparativa do processo de tratamento entre a Análise Psicodramática e a Homeopatia.  
Fonte: Desenvolvido pela autora do trabalho.

O paciente em psicoterapia irá trabalhar sua angústia circunstancial (queixa física) com o objetivo de tornar-se angústia patológica e, assim, ser trabalhado para que os conflitos internos existentes sejam integrados ao POD trazendo alívio ao sujeito: “Quando, durante a psicoterapia, o cliente consegue pela catarse de integração integrar a maior parte das suas zonas de psiquismo caótico e indiferenciado...” (DIAS, 1987, p.163).

Já na homeopatia pode-se observar que será trabalhada a angústia circunstancial pensando juntamente com o aspecto emocional do paciente naquele momento e o medicamento de escolha será receitado conforme a análise, contudo, o profissional não buscará tratar os demais conflitos existentes no paciente fazendo com que o tratamento seja específico para aquela circunstância, pois não atua em questões primariamente psíquicas.



## 5.0 ESTUDO DE CASO

Para um melhor entendimento do processo de tratamento das duas abordagens no contexto da somatização, neste capítulo será apresentado um Estudo de Caso. O Caso foi trazido por uma médica homeopata que o categorizou como uma questão de somatização, sendo que, uma vez tratado, houve a remissão dos sintomas. Mesmo não havendo o atendimento do paciente no *setting* terapêutico será realizada uma exemplificação de como se trabalharia o paciente no contexto da Análise Psicodramática. Bem como será inserido o entendimento homeopático para a indicação do medicamento mais adequado à paciente.

### 5.1 Descrição do caso

Nome e idade: Isabel<sup>1</sup>, 31 anos.

Queixa: Quadro de psoríase há 14 anos e dor de cabeça crônica.

Consultas:

**26/04/2005**

Isabel chega ao consultório considerando que nunca teve nada. Há 14 anos, com 17 anos, começou com lesões avermelhada no cotovelo e braços, secas e descamativas que foram aumentando gradualmente e se espalhando por todo o corpo. Associada as lesões tinha dor de cabeça crônica, sendo a dor de diversos tipos. Realizou vários tratamentos sem melhora (corticoide local e via oral), por isso foi buscar a homeopatia. A paciente refere-se muito carente. Quando criança o pai era ausente e agressivo em casa, quebrava tudo, mas nunca bateu em ninguém. Os pais se separaram na sua adolescência (não soube dizer a idade que ela tinha à época). Isabel é a mais velha de três irmãos, e era ciumenta. Achava a irmã mais nova muito bonita. Isabel dizia ter um sentimento de menos valia. Para superar a irmã, ela estudava muito e se considerava muito inteligente. Aos 13 anos começou a trabalhar.

Devido à separação dos pais, mudou-se de cidade diversas vezes, mas gostava disso. Casou-se aos 17 anos para sair de casa, buscando sua independência financeira. Foi nesse momento que surgiu a psoríase.

Apresenta-se como uma pessoa insatisfeita, irritada, com constante desejo de mudança, perfeccionista e sua aparência muito importante. A paciente se declara: “Sou

---

<sup>1</sup> Nome fictício.

teatral”. Com 19 anos sentia-se independente e poderosa, porém os sentimentos anteriores ainda persistiam. Nessa época, separou-se do marido.

Hoje, tem uma empresa que conserta carros, a qual foi construindo durante o casamento. Isabel diz adorar estar na gerência.

A paciente também reclama de bruxismo, sonambulismo, dor de cabeça e um desejo compulsivo por doce, o que faz ela “brigar com a balança”. Sente-se depressiva atualmente. Namora o sócio da empresa que é casado e se critica muito por isso.

*Início da medicação: Palladium CH 200 dose única / Sulphur iodatum CH6 2xdia. – pele*

***31/05/2005***

A paciente diz estar mais relaxada. Com a melhora do bruxismo está dormindo bem. Suas lesões de pele inicialmente aumentaram e em seguida regrediram. Rompeu o seu relacionamento com o sócio. Ainda se sente depressiva.

*Medicação – Palladium CH200 dose única*

***10/09/2005***

A paciente diz não ter mais a dor de cabeça. Sente-se mais segura, alegre e calma. As lesões caminham em redução.

*Medicação – Palladium CH500 dose única.*

***Retorno um ano depois***

A paciente coloca que a empresa está em crise. Voltou com o quadro de psoríase, porém mais brando.

*Medicação - Pulsatilla.*

***06/03/2008***

Melhora da pele, poucas lesões. Aparecem quando tem que enfrentar algo novo. Sem dor de cabeça. Mais tranquila e sossegada. Carente.

*Medicação – Palladium CH30 5 gotas 1x dia por 2 meses.*

***06/01/2009***

Triste, nervosa e irritada. Sem tolerância. Obsessiva por tudo. Bruxismo. Decepções amorosas. Está “8 ou 80”. Acorda com dor de cabeça. Raiva. A ocupação acalma.

*Medicação* – Lycopodium Clavatum. CH 30 5 gotas 1x dia por 2 meses.

**10/03/2009**

Melhorou a dor de cabeça. Mais calma, sem raiva. Ansiosa demais.

*Medicação* – Lycopodium Clavatum. CH 60 5 gotas 1x dia por 2 meses.

**01/01/2010**

Pele excelente e sem dor de cabeça. Sem tolerância, irritada demais e não consegue relaxar. Tudo tem que ser e estar certo, justa demais.

*Medicação* – Nux Vomica LM6 2 x dia / Nux Vomica LM8 2 x dia por 2 meses.

**06/06/2011**

Algumas lesões da psoríase mais isoladas cotovelos e joelhos. Menstruação irregular. Continua insegura com tudo.

*Medicação* – Pulsatilla Nigricam CH 30 2x dia por 2 meses.

**02/01/2011**

Ótima em tudo.

*Medicação* – Pulsatilla Nigricam CH 200 1x dia por 1 mês.

**08/02/2016**

Depressiva, sensível, chorona, sem energia, dorme mal. Bruxismo não relaxa – algo falta, insatisfeita, desejo de justiça. Dó dela mesmo – insegurança, melancolia, remoendo o passado. Tristeza, rancorosa. Pele ótima. Sem dor de cabeça. Excelente fisicamente.

*Medicação* – Natrum Muriaticum CH30 2 x dia.

## **5.2 Desenvolvimento do tratamento**

### **5.2.1 Na Análise Psicodramática**

As doenças autoimunes, como é o caso da Psoríase, é vista na Análise Psicodramática com uma doença que tem uma psicodinâmica que “... envolve conflitos psíquicos, geradores de cargas emocionais destrutivas como punição, agressão, inveja, ódio, desejos assassinos e

desejos de morte ou, ainda, agressividade contida ou autodirigida.” (Silva, 2012). Ou seja, o sistema imunológico do indivíduo, devido à influência de um “envenenamento”, passa a atacar a si próprio; destrói o que deveria ser protegido.

A hipótese levantada é que a Defesa de Somatização deslocou-se para o sistema imunológico fazendo com que ele aja de tal maneira. Há, portanto, um conflito de divisões internas que, por algum motivo, o indivíduo não consegue dar conta no psicológico e o coloca na esfera somática, mobilizando a Defesa. Esse deslocamento desencadeia o surgimento da doença autoimune. Conforme coloca Silva (2012):

“Em suma, achamos que as cargas destrutivas das figuras de mundo interno, ao ser somatizada no sistema imune, assumem o comando dele, influenciando sua ação e promovendo uma reação de “proteção equivocada””.

Analisando o caso, pode-se perceber que o aparecimento da Psoríase se deu em um momento significativo na vida da paciente: quando se casou e saiu da casa dos pais, com o motivo de buscar sua independência financeira. Mesmo não realizando atendimento, a hipótese que se pode levantar é que ao realizar a mudança de vida (casamento) alinhada com um projeto de vida (independência financeira) e entendendo seu histórico progresso de vida, a paciente deslocou uma carga emocional para a esfera somática.

No processo psicoterápico dentro da Análise o método de escolha seria a terapia na zona de exclusão, utilizando-se dos manejos vistos anteriormente no trabalho (decodificação de sonhos, psicodrama interno, sensibilização corporal e somatodrama). Contudo, como a psoríase está presente no segundo grupo de doenças psicossomáticas – quando a defesa de somatização pode ser o desencadeante e/ou agravante da doença – o sentido da terapia será de abrandar a doença, uma vez que não há uma possibilidade de cura do quadro. Trabalhando terapeuticamente os conflitos internos do paciente, realizando o deslocamento da divisão interna do somático para o psicológico, possibilita-se uma melhora de vida para o paciente.

### **5.2.2 Na Homeopatia**

Na homeopatia, as escolhas do medicamento virão da significação de cada composto e dos seus semelhantes dentro daquilo que o paciente traz como queixa. O médico irá confrontar os aspectos somáticos e psicológicos do indivíduo e buscar dentro da literatura

homeopática o medicamento que traga esses dois quesitos acompanhados para o tratamento da moléstia.

O medicamento de primeira escolha poderá não ser o mesmo que será utilizado no decorrer do tratamento, uma vez que, dependendo do estado emocional do paciente, esse será alterado.

No caso acima citado foram indicados medicamentos diferentes para cada momento. Segue abaixo uma tabela com os nomes dos compostos, seus sintomas físicos e aspectos psicológicos de maneira sintetizada, mas que exprime a escolha da medicação conforme os dados relatados pela paciente.

<b>Composto</b>	<b>Sintomas físicos</b>	<b>Aspectos psicológicos</b>
<b>Palladium</b>	Doenças do ovário. Hemorragias intestinais. Gastroenterites ou asma. Otites. Cefaleias. Dores articulares.	Sintomas aparecem principalmente após vexações ou situações em que não recebe atenção de que sente merecedora. Preocupa-se em aparecer e agradar a todos. Altivo e egoísta.
<b>Pulsatilla</b>	Dores essencialmente cambiantes. Perturbações gástricas. Coriza. Rouquidão. Regras tardia e pouco abundante.	Humor variável. Tímido e emotivo. Chora por nada, mas facilmente consolado. Alternância de choro e riso.
<b>Lycopodium Clavatum</b>	Doenças crônicas, progressivas, profundas com perturbações digestivas e hepáticas. Psoríase	Fala com veemência, exprime-se em termos violentos. Fica sempre encolerizada. Triste e deprimido. Sente-se infeliz.
<b>Nux Vomica</b>	Perturbações gástricas e intestinais espasmódicas seguidas de congestão.	Grande exagero da sensibilidade devido tanto ao stress nervoso, quanto aos numerosos excitantes (ex.: café). Impaciente. Intolerante. Se irrita facilmente. Impulso para

		destruir quem lhe resiste.
<b>Natrum Muriaticum</b>	Grande emagrecimento com anemia e caquexia. Grande facilidade para resfriar-se. Cefaleia crônica ou periódica. Psoríase.	Depressão profunda após muitos desgostos. Prefere estar só. Sonha que há ladrões na casa ou no quarto. Triste.
<b>Sulphur iodatum</b>	Afecções da pele que não cedem a nenhum tratamento, tendendo a se perpetuar-se.	Nervoso. Egoísmo. Confusão mental.

Tabela 2 – Quadro explicativo de medicamentos homeopáticos.

Fonte: Adaptação pela autora baseado nos livros: “A criança de 61 remédios homeopáticos” e “Tratado de Matéria Médica homeopática”.

O médico que acompanhou o caso verificou quais eram os principais sintomas apresentados pela paciente e indicou o medicamento que melhor cabia naquela ocasião. Como, por exemplo, no primeiro atendimento em que Isabel teve como queixa dor de cabeça, psoríase, irritada, deprimida e que gosta de estar no centro das atenções. Os remédios de escolham foram o Palladium e o Sulphur, os quais têm como indicação, respectivamente, o primeiro que trata as pessoas que apresentam as nevralgias e atendem pessoas com impulsos ativos e egoístas e o segundo que atua na pele e também em pessoas com personalidade egoísta.

Portanto, a clínica homeopática irá trabalhar escutando os centros emocionais e físicos do paciente a fim de indicar o melhor remédio para sua enfermidade. Como destacado no trabalho, a busca do equilíbrio orgânico do indivíduo é que será a cura para sua enfermidade.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O trabalho de correlação entre as abordagens da Análise Psicodramática com a Homeopatia surgiu com o intuito de iniciar uma discussão dos possíveis benefícios que essa clínica médica pode vir a oferecer no tratamento de pacientes que estejam no processo psicoterápico e apresentam sintomas físicos. Uma vez que a homeopatia tem um entendimento de como as questões emocionais podem impactar no corpo do indivíduo.

No caso da psicossomática, por se tratar de uma temática que possui um campo amplo de discussões de sua forma de origem e tipo de tratamento, é possível estabelecer um tratamento em conjunto dentre essas abordagens para que o paciente venha a ter uma melhora ou uma melhor sustentação durante o processo terapêutico ou médico de sua enfermidade.

Até mesmo pensando em um suporte medicamentoso para outros quadros clínicos como, por exemplo, a depressão, ansiedade, pânico entre outros, a Homeopatia poderá ajudar na melhora do paciente e não interferir tão bruscamente com efeitos colaterais atrapalhando na dinâmica do indivíduo, que é o que ocorre normalmente com fármacos alopáticos. Porém, essa discussão fica em outra oportunidade.

## 7. REFERÊNCIAS

- AUGUSTO, Celso Azevedo. Defesas de somatização. In: DIAS, Victor R.C.S. *et al.* **Psicopatologia e Psicodinâmica na Análise Psicodramática** – volume III. São Paulo: Ágora, 2010. P. 69-120.
- BRUNINI, Carlos. **A criança de 61 remédios homeopáticos** – volume I. 2 ed. São Paulo: Myhtos, 1997.
- DIAS, Victor R.C.S. **Análise Psicodramática**. São Paulo: Ágora, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Psicodrama: Teoria e Prática**. São Paulo: Ágora, 1987.
- \_\_\_\_\_. **Psicopatologia e Psicodinâmica na Análise Psicodramática** – volume I. São Paulo: Ágora, 2006.
- KOSSAK-ROMANACH, Ana. **Homeopatia em 1000 conceitos**. São Paulo: Elcid, 1984.
- SANKARAN, Rajan. **A sensação em homeopatia**. São Paulo: Editora Organon, 2010.
- SILVA, Virgínia de Araújo. As doenças autoimunes na análise psicodramática. In: DIAS, Victor R.C.S. *et al.* **Psicopatologia e Psicodinâmica na Análise Psicodramática** – volume IV. São Paulo: Ágora, 2012. P. 133-148.
- VANNIER, Léon; POIRIER, Jean. **Tratado de Matéria Médica Homeopática**. 9 ed. São Paulo: Andrei, 1987.