

**Anita Ribeiro Blanchard** <anitajribeiro@gmail.com>  
Especialista em cinesiologia psicológica  
Mestre em Mental Health Counseling  
Psicoterapeuta licenciada no estado da Flórida, Estados Unidos  
Membro da British Psychological Society



## *Calatonia no Bem-estar dos Pacientes com Câncer: Bases Neuropsicológicas*

Do diagnóstico de câncer até o seu desfecho, existe um percurso que requer, entre outras qualidades, autoentendimento, amor próprio, autocuidado e fortitude, seja para encontrar a recuperação completa, a sobrevivência ou a transição pela morte física. Nessa trajetória, a Calatonia se insere como uma técnica de apoio aos tratamentos, por mobilizar recursos internos para aumentar a resiliência, a capacidade de autoentendimento e transformação.

Foto: ©Niezlabiba - Shutterstock

*A morte é psicologicamente tão importante quanto o nascimento e, como ela, é parte integrante da vida. (...) Como médico, faço todos os esforços para fortalecer a crença na imortalidade, especialmente com pacientes mais velhos, quando essas questões se aproximam ameaçadoramente. Pois, vista na perspectiva psicológica correta, a morte não é um fim, mas um objetivo, e a inclinação da vida para a morte começa assim que o meridiano é passado.*  
C. G. Jung (1983, p. 46)

Ao deparar-se com um apelo angustiado vindo de uma paciente de 31 anos de idade que pediu ajuda para curar-se de um câncer de seio muito agressivo, Turner (2015), que na época era uma assistente social, prometeu a essa paciente que buscaria respostas. Para isso, resolveu investigar as histórias de milhares de sobreviventes de câncer, pessoas que haviam desafiado a medicina tradicional, substituindo esse tratamento por métodos alternativos. Ela encontrou vários denominadores comuns entre esses sobreviventes, que fizeram da enfermidade um caminho para encontrar a si mesmos e a restauração da saúde, e publicou os resultados dessa pesquisa em um livro.

Seus entrevistados relataram terem passado por um momento de crise após o diagnóstico de câncer, em que resolveram assumir o próprio caminho de cura e arcar com a responsabilidade dessa escolha. Turner identificou nove princípios básicos que todos esses sobreviventes puseram em ação, sem uma ordem de prioridade entre eles, na busca da recuperação. Esses sobreviventes, alguns em remissão de câncer terminal há mais de 20 anos até a data de publicação do livro, implementaram as seguintes estratégias nos seus processos de autocura:

1. Mudar radicalmente a dieta
2. Tomar o controle da própria saúde
3. Seguir a intuição
4. Usar ervas e suplementos
5. Liberar emoções suprimidas ou negadas
6. Aumentar emoções positivas
7. Aceitar apoio social
8. Encontrar uma razão forte para viver
9. Aprofundar uma conexão espiritual

Neste capítulo, a intenção não é encorajar pacientes de câncer a abandonarem um tratamento da medicina tradicional que potencialmente pode curar um câncer, mas sim ampliar a visão dos vários elementos que estão envolvidos no tratamento dessa enfermidade, tanto na aceitação quanto na resiliência, para conseguirem se recuperar. É, portanto, um convite para que se explore o potencial de empoderamento que existe nesse percurso entre a doença e o seu desfecho, seja esse desfecho a recuperação completa, a sobrevida ou a transição pela morte física. Esse caminho requer, entre outras qualidades, autoentendimento, amor próprio, autocuidado e fortitude.

Nesse sentido, é necessário explicar que a expressão “cuidados paliativos” às vezes é vinculada exclusivamente à assistência ao paciente terminal, o que não representa o amplo espectro desse termo como está sendo usado na atualidade. A ciência médica migrou desse sentido restrito de apoio ao paciente terminal para incluir cuidados paliativos também na intervenção precoce (em inglês, *upstream intervention*), ou seja, uniu o cuidado paliativo com o início do tratamento médico do câncer (RYAN *et al.*, 2020). Nos Estados Unidos, as pesquisas revelaram que a inclusão de terapias complementares a partir do diagnóstico de câncer potencialmente melhora a qualidade de vida, diminui a depressão, aumenta o ânimo, diminui o custo do atendimento e aumenta a sobrevida em pacientes com câncer metastático (JANAH *et al.*, 2019; MAZANEC; PRINCE-

PAUL, 2014; NICKOLICH *et al.*, 2016; SMITH *et al.*, 2012). É nesse contexto mais amplo da intervenção com cuidados paliativos que a Calatonia se insere como uma técnica que mobiliza recursos internos para aumentar a resiliência e a capacidade de autoentendimento e transformação.

A proposta deste artigo é explicar como a técnica da Calatonia (BLANCHARD; COMFORT, 2020) facilita uma interiorização segura e necessária para mobilizar alguns dos princípios da resiliência específica para os casos de câncer, conforme foram identificados na pesquisa de Turner (2015). Por meio da Calatonia, cria-se um canal de comunicação mais profundo com o próprio ser, que potencialmente leva ao contato com a intuição; com as emoções suprimidas, negadas ou nunca experimentadas; com o bem-estar físico e emocional; com a recuperação da motivação; e com a vivência da dimensão espiritual (ARMANDO, 2006, 2019).

Pethö Sándor (1916-1992), criador da Calatonia, dizia em suas aulas que a morte não existia, apenas a transformação de consciência, e propôs a psicologia de Jung para o entendimento da transformação de nossa consciência ao longo da vida (BLANCHARD, 2019b). Jung (OSTROWSKI-SACHS, 1977) afirmava que todos temos um desejo de sair desta vida em um nível mais alto de consciência em comparação àquele em que entramos. Jung também via a morte não como um fim, mas como a junção de dois mundos no qual nós (ou seja, nossas consciências) somos a ponte entre eles (JENSEN; MULLEN, 1982). Ao unir a Calatonia e a psicologia no tratamento do câncer, pode-se facilitar a expansão da consciência para viver mais plenamente e, quando for o caso, para encontrar a morte dignificada pelo entendimento do sentido e propósito de nossas vidas.

## O EQUILÍBRIO DO CORPO E DA PSIQUE

Toda enfermidade, até mesmo uma simples gripe, produz um desequilíbrio no organismo – isso quando essa enfermidade não é, em si mesma, o resultado de um desequilíbrio anterior, involuntariamente causado por nós mesmos.

O equilíbrio do organismo, chamado de homeostase ou de estado autorregulado, tornou-se muito frágil e volátil dentro do turbilhão das atuais circunstâncias políticas, sociais e econômicas sobre as quais individualmente não se tem o menor controle.

Por essa razão, um número incontável de pessoas vive em constante estado de desregulação física e psicológica, sem poder administrar as próprias necessidades físicas e emocionais, ao mesmo tempo em que empurra seu organismo ao limite para gerenciar os desafios da vida. Toleram-se altos níveis de estresse, dor física e emocional, frustração, perdas e traumas, situação agravada por contextos de desigualdades sociais e econômicas, racismo, exclusão social, privação de acesso à cultura e, em muitos casos, incertezas inerentes a todos os aspectos do viver. Essas condições são obviamente prejudiciais ao funcionamento do organismo e impõem um esforço e energia constantes para equilibrar as nossas necessidades com as demandas da vida e conseguir desfrutar de bem-estar.

As autorregulações alostática (elegida) e homeostática (espontânea) referem-se aos ajustes constantes entre o nosso corpo e a psique (emoções, pensamentos e espiritualidade) como reação às mudanças externas e internas que ocorrem a cada momento (DAMASIO; DAMASIO, 2016; PEZZULO; RIGOLI; FRISTON, 2015). Um exemplo da regulação alostática seria a iniciativa de um indivíduo de descansar e dormir o suficiente para evitar o cansaço e estresse, antes que a necessidade de descanso e sono se torne tão crítica que desencadeie uma regulação homeostática por *feedback* negativo, que fará com que o indivíduo acabe por cochilar contra sua vontade em local e hora inadequados (CLARK; WATSON; FRISTON, 2018; MODELL *et al.*, 2015). Ou seja, uma parte da manutenção do equilíbrio do organismo requer nossa atenção consciente e tomada de iniciativa (alostática), e a outra parte ocorre naturalmente como resposta a mudanças

no ambiente interno ou externo (homeostática), como suar quando está muito calor para manter a temperatura do corpo a níveis saudáveis.

Quando deixamos de perceber ou negligenciamos as necessidades de regulação alostática e contrariamos por decisão própria as direções da regulação homeostática (tomar café para ficar desperto à noite é um exemplo), nosso corpo se habitua a viver em estado precário, nossas necessidades afetivas e emocionais entram em estado de carência e nossos impulsos em busca de cultura e espiritualidade definham. Com isso, o funcionamento global passa a estar abaixo de níveis adequados, dando lugar a vulnerabilidades e/ou desregulação crônica. Nesses casos, para recuperar o equilíbrio homeostático e restaurar a capacidade espontânea de autorregulação do corpo e da psique, será preciso a “desmontagem” desse padrão desajustado que se tornou prevalente (DAMASIO; DAMASIO, 2016).

A técnica da Calatonia é um tratamento eficaz para dissolver gradativamente os padrões mal-adaptativos, tanto do corpo quanto da psique, e encorajar a restauração dos mecanismos de autorregulação para valores saudáveis (SÁNDOR, 1974; FARAH, 1996). Os valores homeostáticos ideais variam em cada indivíduo porque se referem tanto à regulação de variáveis preestabelecidas, como pressão arterial e temperatura (para as quais o corpo possui sensores de controle), quanto a variáveis flexíveis, ou seja, os batimentos cardíacos que são alterados pelo sistema nervoso autônomo (SNA) ou modificados pelo estilo de vida (BLANCHARD, 2019a; COOPER, 2008; KRINGELBACH; BERRIDGE, 2017; MODELL *et al.*, 2015). Por exemplo, atletas têm um número de batimentos cardíacos que é considerado mais próximo do ideal para o grupo humano em geral, e que é diferente da média de batimentos cardíacos do grupo sedentário.

Portanto, quando a Calatonia atua, seus resultados são diferentes para cada indivíduo porque essa configuração homeostática ideal é, até certo ponto, única. O padrão homeostático de cada indivíduo é influenciado não apenas pela fase do desenvolvimento (criança, adolescente, adulto ou idade avançada) e pelas circunstâncias do momento em que o indivíduo busca o tratamento, mas também pelas predisposições biogenéticas, epigenéticas, de personalidade ou temperamento, de história familiar, dos padrões de apego criados desde a infância, entre outros elementos (BEATY *et al.*, 2016; BLANCHARD, 2019a, 2019b; NOSTRO *et al.*, 2018).

#### AS BASES NEUROPSICOLÓGICAS DA CALATONIA

A Calatonia consiste em uma série de dez toques delicados nos dedos dos pés, solas, calcanhares, panturrilhas e cabeça (opcional) do paciente por um a três minutos cada, aplicados em silêncio pelo terapeuta, podendo ser aplicada nas mãos em vez dos pés, se for preferível ao paciente. Antes de tocar o paciente, o terapeuta projeta mentalmente um ponto de luz entre o dois (o paciente e o terapeuta), como um recurso para tornar-se ciente de uma instância transpessoal durante a Calatonia, aqui chamado de “terceiro ponto” (BLANCHARD, 2019b; FARAH, 1996; SÁNDOR, 1974). O paciente não precisa se despir, mas simplesmente remover sapatos e meias, deitar-se em uma cama de massagem na posição supina, manter os olhos fechados e observar de forma neutra as suas reações aos estímulos táteis (FARAH, 1996; DELMANTO, 2008; SÁNDOR, 1974).

Sándor (1974) levantou a hipótese de que a regulação fisiológica, a estabilização do humor, o influxo de processos cognitivos adaptativos e o relaxamento neuromuscular induzido pela Calatonia estavam ligados à ativação associativa de representações somatossensoriais no córtex frontotemporal, ao envolvimento de fibras nervosas proprioceptivas periféricas, particularmente na pele, e à mediação cortical pelo sistema de ativação reticular ascendente. Além disso, ele associou os efeitos da Calatonia aos elementos psicoafetivos mobilizados pela

configuração de regulação diádica (terapeuta-paciente) mediada pela terapia por toque (BLANCHARD; COMFORT, 2020).

Existem vários achados recentes da neurociência que validam as hipóteses iniciais de Sándor acerca dos substratos neurais e neurobiológicos por meio dos quais a Calatonia opera para facilitar a autorregulação da psique e do corpo; e gerar bem-estar (BLANCHARD, 2019a; BLANCHARD; COMFORT, 2020). Dentro do escopo desta publicação, essas hipóteses serão brevemente apresentadas em paralelo com os princípios identificados por Turner (2015) para demonstrar a possível utilidade dessa técnica no fortalecimento do bem-estar psicofísico dos pacientes com câncer. Dos nove princípios que são postos em prática por pacientes em remissão (TURNER, 2015), podemos relacionar pelo menos seis como passíveis de serem reorganizados pela aplicação regular da Calatonia, a saber:

1. O apoio interpessoal
2. Vivenciar as emoções positivas
3. Resignificar as emoções negativas
4. Ouvir a intuição
5. Vivenciar a dimensão espiritual
6. Recuperar a motivação para viver

#### APOIO INTERPESSOAL

A acolhida humana no contexto de uma comunidade de apoio e de encorajamento por parte das pessoas próximas, é essencial na jornada de tratamento do câncer. Até hoje, o diagnóstico de câncer, por se tratar de uma enfermidade que oferece risco de vida, vem geralmente coberto de vergonha social, como uma derrota que se fará pública ou uma culpa pela doença que será julgada. Por essa razão, é necessário o apoio e aceitação irrestrita da comunidade mais próxima do paciente, pois até mesmo nas famílias existe uma tendência ao segredo, à piedade, e às vezes, uma crítica quanto às decisões sobre o tratamento, que isola o paciente.

Nesse sentido, a Calatonia oferece uma experiência de estar apoiado terapeuticamente de uma forma muito concreta por meio do toque, a base do contato humano. O terapeuta se propõe a entrar em sintonia com o paciente por meio do toque sincronizado, conduzido em silêncio e em intervalos de tempo (de três minutos), em um ritual de respeito, delicadeza e acolhida psíquica e física (RIOS, 2019). Essa característica básica da Calatonia se relaciona ao princípio do apoio interpessoal, que, embora circunscrito ao contexto terapêutico e não social, oferece o contato positivo e acolhedor, abrigado em um espaço de tranquilidade e segurança, que reassegura o paciente no enfrentamento dos escuros de seus medos e incertezas.

A existência da sincronização intercerebral (entre os cérebros de duas pessoas) já foi identificada como uma ocorrência natural entre duas pessoas que estão frente a frente conversando – em pouco mais de alguns minutos, ambas estarão exibindo a mesma frequência de ondas cerebrais (CACIOPPO *et al.*, 2014; HOVE; RISEN, 2009; HU *et al.*, 2017; MU; GUO; HAN, 2016). Como o estímulo tátil é sempre recíproco, os toques da Calatonia permitem uma sincronização intercerebral especialmente bem ajustada por meio da duração do toque, do silêncio e do estado de observação das reações mútuas, tanto pelo terapeuta quanto pelo paciente.

Essa sincronização interpessoal também permite que o paciente experimentalmente a regulação diádica (ou correção), em que o centrimento e estado autorregulado do terapeuta (mantido em foco por meio da projeção mental do terceiro ponto) oferece a frequência apropriada e segura para que os processos neurobiológicos do paciente entrem também em um estado de autorregulação (ARMANDO; OLIVEIRA, 2002; BLANCHARD, 2020; RIOS, 2019). Esse processo se



assemelha à correção oferecida pelo cuidador adequado quando o bebê ou a criança ainda não consegue se consolar e regular sozinha (FOSHA, 2001).

#### VIVENCIAR AS EMOÇÕES POSITIVAS, RESIGNIFICAR AS EMOÇÕES NEGATIVAS

O toque é o “primeiro sentido” (FULKERSON, 2014) e, como tal, o mais intrinsecamente envolvido com mecanismos para salvar a sobrevivência e a integridade do organismo; uma causa primária para a evolução da epiderme. A estimulação tátil informa diretamente as características de um objeto (ou estímulo) ou o estado atual do nosso corpo (FULKERSON, 2014), gerando a imediata percepção a respeito dos estímulos presentes dentro e fora dos limites do corpo, ligada a um instinto vital para garantir o bem-estar do organismo (DAMASIO; CARVALHO, 2013).

O toque permite também o surgimento de uma ressonância somática visceral entre indivíduos em interação, que provavelmente forma a base da comunicação emocional e da empatia (CHATEL-GOLDMAN *et al.*, 2014) e, por essa razão, o desenvolvimento humano é baseado primariamente na experiência somatossensorial, desde o útero. O toque produz uma sincronia (ou dessincronia, quando o toque é áspero) não verbal, o que nos leva diretamente às nossas memórias de eventos afetivos de cuidado, maltrato, rejeição, acolhida, carências e encontros, entre as muitas possibilidades. As necessidades tão pungentes do bebê, como a sensação de frio ou calor, fome, desconforto intestinal, sede, irritações da pele e dores são experiências vividas na mucosa, vísceras, na pele e no contato, que produzem uma referência da hostilidade ou acolhida do ambiente. Nesse ambiente, a qualidade do apego do cuidador também se revela no toque e no estímulo tátil recíproco, que forma os registros da memória implícita durante os primeiros anos de vida (GONÇALVES, 2019; RIOS, 2019; RIOS; ARMANDO; REGINA, 2012).

Perceber o toque como agradável, suave ou não ameaçador e ao mesmo tempo ter lembranças de vivências passadas são experiências associativas comuns na Calatonia. Por meio da conexão com o terapeuta, o contato tátil da Calatonia ajuda a revisitar essas lembranças na segurança do toque que apóia, acolhe, e acompanha, permitindo que ocorra uma revisão das narrativas anteriores à luz de um ambiente regulador, que facilita a aceitação e integração dessas emoções (ALMEIDA, 1999; ARMANDO, 2006, 2019; DE SANTIS, 1976; FARAH, 1996; GABRIEL, 2001; GONÇALVES *et al.*, 2007; LORTHIOIS, 2012; RIOS; ARMANDO; REGINA, 2012; RIOS; SEIXAS; BLANCHARD, 2010).

Como os toques da Calatonia acionam duas categorias distintas do sistema somatossensorial, a categoria que registra e analisa as qualidades afetiva e afiliativa do toque (OLAUSSEN *et al.*, 2016), e também a categoria que registra e interpreta suas qualidades discriminativa e espacial (MCGLONE *et al.*, 2014), essa técnica permite a integração das emoções mobilizadas com a compreensão cognitiva das mesmas – e vice-versa. Esse processamento integrativo de afeto (nesse caso, redes que avaliam a experiência emocional com o toque) à cognição (redes que identificam a localização do toque, pressão, temperatura e duração) vai mais além, integrando também a memória, tanto implícita quanto explícita, por meio da comunicação do sistema somatossensorial com as redes hipocámpicas que comparam esse novo registro sensorial com eventos anteriores (BLANCHARD, 2019a).

Portanto, o toque sutil aparece como um meio eficaz de ajuda nos tratamentos de câncer, pois põe o paciente em contato imediato com emoções positivas de acolhida, ao mesmo tempo que redimensiona no presente as emoções negadas, reprimidas, esquecidas ou evitadas no passado, tanto aquelas dos registros implícitos como explícitos, fortalecendo o paciente de câncer em sua resiliência, coragem e positividade (ARMANDO, 2019).

#### OUVIR A INTUIÇÃO

A Calatonia é feita na posição supina em estado de repouso desperto, no qual ocorre um tipo muito específico de conectividade neural. Essa conectividade neural é chamada de “rede do estado de repouso”, ou *resting state network* (RSN) (DECO *et al.*, 2017). Na conectividade da RSN, o cérebro estabelece um equilíbrio dinâmico alternando entre fases de ativação das redes de macroescala (globais), que se conectam funcionalmente, e fases de redes neurais regionais ou locais, que se conectam estruturalmente (ZIMMERMANN; GRIFFITHS; MCINTOSH, 2018).

É quando o cérebro está em repouso desperto que suas redes de macroescala têm a oportunidade de se recalibrarem por meio desse ritmo de sincronização (entram em comunicação) e segregação (se isolam e ativam individualmente), como se estivessem em um estado de “prontidão-inativa”, chamado de oscilações cerebrais, ou atividade oscilatória. Semelhante às medidas de pressão arterial e batimento cardíaco, o cérebro parece ter uma determinada pulsação, que é ajustada por meio desse diálogo entre as redes globais e regionais (BELL; SHINE, 2016; GOLDBERG; HAREL; MALACH, 2006; GOLLO *et al.*, 2015; SANTANGELO, 2018). Essa atividade oscilatória intracérebro foi identificada como um aspecto da autorregulação do cérebro e proposta como um neuromarcador de saúde psicológica, pois aparece perturbada em casos de transtorno depressivo, TEPT (transtorno de estresse pós-traumático), esquizofrenia e outros distúrbios psicológicos (GOLDBERG; HAREL; MALACH, 2006; KAISER *et al.*, 2015; SANTANGELO, 2018).

Uma das redes de macroescala mais prevalentes durante a conectividade RSN em estado desperto é a rede de modo padrão, ou *default mode network* (DMN), de acordo com Smallwood e Schooler (2015). A DMN está implicada no aparecimento de vários processos mentais espontâneos, como as operações autorreflexivas, criativas, as relacionadas à tomada de perspectiva sobre fatos e pessoas (ou seja, imaginar como o outro pensa, admitir diferenças e formular hipóteses sobre a mente do outro), as relacionadas ao planejamento e à concepção de futuro e várias outras produções mentais reflexivas e subjetivas.

Especialmente durante a DMN, emerge a divagação mental (*mind wandering*), que, como em um fluxo de consciência (*stream of consciousness*), produz narrativas espontâneas, que são diferentes dos monólogos internos relacionados a processos executivos do dia a dia ou do pensamento obsessivo. Esses processos da DMN são altamente valiosos psicologicamente e não devem ser descartados como insignificantes, pois é nesse momento de introspecção que os pacientes se permitem ouvir sua voz mais íntima, que quase sempre está perdida no excessivo foco na vida objetiva.

É nessa observação da produção mental produzida durante a DMN que as intuições, na forma de planos para o futuro, criatividade e soluções para problemas, podem emergir espontaneamente. Esse material tem valor por si só, e não necessariamente requer a interpretação do terapeuta, pois tem um efeito de mobilização inerente na psique do paciente. Essa habilidade de se conectar com o interior, de observar atentamente os processos internos e de permitir que ocorram, reorganizem-se e produzam sua “filosofia” espontânea é um processo saudável e necessário para o cérebro e a mente. O corpo inativo, sem tarefas executivas, permite que a mente “repouse” nele – é nesse processo que a intuição pode se manifestar e ser ouvida durante a Calatonia. A intuição, portanto, pode resultar de uma introspecção promovida pela quietude e na contemplação proposta pela Calatonia.

#### VIVENCIAR A DIMENSÃO ESPIRITUAL

A Calatonia é uma experiência lenta e estável, com três minutos de contato em cada um dos dez toques, e por isso permite diferentes níveis de aprofun-

damento, se for necessário para o processo terapêutico, e se o paciente estiver pronto para tal. O paciente não é levado a processos mais profundos à revelia; esses processos são permitidos a partir do nível de conforto e segurança que o paciente experimenta durante a aplicação. É comum ver o paciente fazer ajustes com seu corpo por meio de pequenos movimentos voluntários, ou como relatam depois, por meio de refocalizar a mente voluntariamente, quando estão intimidados ou incomodados com os processos espontâneos que emergem. Dessa maneira, mesmo deitado e passivo, o paciente retém o controle – embora nem sempre consciente de que o exerce – da profundidade e intensidade dos processos que podem ser desencadeados pela Calatonia. Nesse prisma, a intuição mencionada seria um dos níveis de aprofundamento, um nível mais próximo da consciência habitual quando ela se expressa por ideias, palavras, música e outras formas de expressão cujo significado pode ser facilmente reconhecido pela consciência. É relevante frisar que não existe uma “hierarquia de importância” nesses níveis de intensidade e profundidade do processo, mas sim de completude à atitude cotidiana do paciente – muitos pacientes já têm uma conexão espiritual, e precisam por exemplo, estabilizar aspectos mais imediatos do dia-a-dia, em cujo caso talvez experimentem processos de ordem mais emocional e/ou física durante a Calatonia.

A partir das repetições, o processo passa gradativamente a ser sentido como seguro, apaziguador e relaxante, desativando as redes neurais ligadas à conectividade de vigilância e favorecendo mais frequentemente o aparecimento da DMN com sua divagação mental. Consequentemente, o engajamento do indivíduo com a Calatonia tende a se aprofundar em seus possíveis níveis de relaxamento físico, de regulação emocional e das operações cognitivas durante a conectividade da DMN, de acordo com a necessidade do indivíduo naquele momento. Com isso, atenua-se o medo do desconhecido, já que o paciente passa a confiar nos processos subjetivos e apreciá-los, pois não está sozinho para deparar-se com esse fluxo espontâneo do inconsciente (BLANCHARD, 2020).

Nesse fluxo de consciência ou divagação mental que ocorre no estado de conectividade DMN os processos cognitivos se tornam mais fluidos e pertinentes ao momento atual do paciente, porém, de uma perspectiva interna e não habitual. Por exemplo, as considerações objetivas com tratamentos, custos, dor, perdas e outras pendências da realidade cotidiana se diluem nesse fluxo interno, que não tem um foco conscientemente escolhido (BLANCHARD, 2020). Nesse processo, parece que o mundo interno não contactado habitualmente acaba por predominar, de forma espontânea.

É comum nesse nível mais aprofundado que o paciente permite, que imagens do inconsciente emergem espontaneamente, como as imagens oníricas durante o sono, porém, aqui ocorrem em estado de repouso desperto (ARCURI, 2005; ARMANDO, 2006, 2019).

Muitas vezes, durante a Calatonia, esse fluxo traz à tona símbolos, formas, imagens e cores referentes a conteúdos internos que apenas dessa maneira conseguem se expressar no momento, mas que estão plenos da força arquetípica que emana dessas imagens internas, talvez primordiais. É nesse contato com esses conteúdos que pode acontecer experiências de uma dimensão espiritual, um transcender dos problemas cotidianos, um mergulho em um mundo mais abrangente, que existe e existirá sempre e que contribui para a consciência do paciente com a certeza de que a morte física não é um atestado do fim da existência em outros níveis (ARCURI, 2005; ARMANDO, 2006, 2019). Essa experiência de transcendência pode ter um efeito apaziguador, expansivo de horizontes existenciais e confortador – dizem que oramos para buscar a Deus, mas meditamos para ouvir a Deus.

Nas palavras de Jung, o inconsciente tem uma visão da morte diferente daquela apresentada pela consciência mundana, e muitos sonhos antecipam a

morte, mas não a representam com o peso e desfecho final da consciência mundana objetiva (JUNG, 2008). Von Franz (1999), que também analisou e escreveu sobre os sonhos de pessoas idosas e terminais, explica que existe nesses sonhos uma riqueza de símbolos que nos prepara psiquicamente para a morte. A autora afirma que o inconsciente certamente “acredita” em uma vida após a morte e confirma a ênfase de Jung de que a psique inconsciente presta pouca atenção ao fim abrupto da vida corporal e se comporta como se a vida psíquica do indivíduo simplesmente continuasse. É nessa perspectiva e dentro desse aprofundamento que a Calatonia facilita que imagens ou símbolos possam emergir, provendo uma experiência com o numinoso, que contrabalança o medo da morte ou da vida, reformula preconceitos e reorganiza a visão de uma possível transição física.

## ENCONTRAR UMA RAZÃO FORTE PARA VIVER

Lembro com carinho de uma grande amiga, mentora e ex-supervisora no meu primeiro trabalho clínico na Flórida com maus-tratos na infância, que, aos 57 anos de idade, foi diagnosticada com câncer de fígado, já em estágio quatro. Em virtude da distância geográfica entre nós naquele momento, só pudemos nos encontrar seis meses após o diagnóstico e o começo do seu tratamento. Nessa ocasião, ela já apresentava os efeitos colaterais da quimioterapia, estando bastante emaciada, sem apetite e com poucos resultados positivos do tratamento. Perguntei a ela se não seria melhor tirar um tempo para si, já que ela era divorciada e sua única filha estava distante na universidade, para que pudesse refletir, recarregar-se na natureza, com os amigos e com atividades prazerosas. Seu trabalho como diretora de uma clínica para mulheres com histórico de trauma sexual era uma vocação, mas também a causa de muito estresse com a política envolvida na organização, com conflitos de arrecadação de verbas, entre outros empecilhos. Ela me respondeu que não queria se afastar do trabalho por um período de tempo muito grande, pois temia perder seu cargo de diretora, e também não gostaria de ter tempo livre porque seria certamente assediada por pensamentos sobre a morte. Ela veio a falecer seis meses após nosso encontro, sem nunca ter se permitido repensar sua razão para viver, nem redefinir suas prioridades, necessidades e desejos mais profundos, tendo permanecido na mesma estrutura interna e externa na qual a doença se desenvolveu.

Diante de crises profundas, algumas pessoas naturalmente revisam suas prioridades e reorganizam seus interesses, fazendo ajustes existenciais significativos, enquanto outras se paralizam ou negam a nova realidade e não conseguem fazer ajustes mais adaptativos e saudáveis. As reações psíquicas à ameaça de morte por enfermidade estão bem descritas por Kübler-Ross (1985) nos cinco estágios do processo de luto e aceitação da perda. Essas reações psíquicas são passíveis de infinitas variações na intensidade e no tempo de duração, de acordo com vários aspectos como história de vida, crenças espirituais, estilo de personalidade de cada indivíduo e proximidade emocional do sistema de apoio.

Encontrar uma razão forte para viver após o impacto do diagnóstico de câncer ou de uma doença agressiva pode implicar na revisão de motivações e interesses, fazendo um indivíduo se deparar com emoções desestabilizadoras como medo, raiva, frustração, ressentimento, culpa e remorso. Outro empecilho para tal revisão é a comparação com níveis de atividade, capacidade e potencial anteriores à enfermidade, que geram uma desmotivação frente ao presente e aprisionam o paciente no passado ou em uma fantasia no futuro.

Os sistemas biológicos motivacional e de apetite constituem a base da nossa sobrevivência, porque nos fazem buscar aquilo que é do nosso interesse, aquilo que nos apetece – física, emocional e mentalmente – ou aquilo que tem valor para a nossa sobrevivência. Esses sistemas são, portanto, ancorados em reflexos biológicos que se relacionam, por exemplo, à busca do predador pela presa, ou à

escolha da presa por um lugar seguro para dormir e comer. Essas ações exploram o ambiente e nos orientam na direção de estímulos sensoriais atraentes e interessantes, com o objetivo de encontrar a satisfação da fome, sede, sexo e sono, se falamos dos níveis mais básicos da existência.

Toda estimulação sensorial que é experimentada como nova e não ameaçadora, ativa uma resposta espontânea do organismo conhecida como reflexo de orientação (PAVLOV, 1927). Esse é o reflexo de busca do novo que atrai e interessa por seu potencial de gratificação e apelo ao instinto de sobrevivência, e é com base nesse instinto, presente também nos animais, que nos aproximamos do mundo com curiosidade.

O reflexo de orientação está na base da motivação humana (BLANCHARD; COMFORT, 2020), indo desde o apetite por provar uma comida nova, apetite por conhecer novos lugares, ou a motivação para aprender coisas novas, até a mudança de hábitos por causa de um novo interesse. Nos seres humanos, a motivação biológica pode espiralar em direção aos centros superiores, na forma de curiosidade, de exploração e de interesse por algum objetivo relacionado à necessidade biológica, tornando-se um alicerce para o desenvolvimento da cultura, ciência, atividade social e outras áreas da experiência humana (PAVLOV, 1927).

Na psicologia clínica, a motivação deveria ser vista como um conceito tão importante quanto o conceito de resiliência, pois a disfunção dos processos motivacionais e apetitivos está presente na depressão, no trauma, na ansiedade e em vários outros transtornos (BERNSTEIN, 1979; BLACKFORD *et al.*, 2010; BLANCHARD; COMFORT, 2020; BLOCK *et al.*, 2017; BRADLEY, 2009; BRADLEY; KEIL; LANG, 2012). Apesar dessa importância na saúde mental, poucas abordagens de tratamento psicológico levam em consideração o fato de que a motivação é de natureza biológica, autônoma e instintiva, com base no corpo físico. Como o toque da Calatonia é inusitado, neutro e agradável, além de acionar e integrar as várias redes neurais já mencionadas, esse tipo de novidade tátil aciona de imediato um reflexo de orientação (BLANCHARD; COMFORT, 2020).

As técnicas criadas por Sándor (1974) combinam duas qualidades essenciais: a não invasividade, pois não atacam as defesas e resistências do paciente, e a novidade dos estímulos para o sistema nervoso. Tanto a Calatonia quanto as demais técnicas criadas por Sándor, agrupadas dentro do termo "toques sutis" (DELMANTO, 2008), têm essa base não invasiva e o elemento surpresa. Os toques sutis envolvem toques suaves aplicados em diferentes partes do corpo, também o "toque sem toque", que se baseiam no calor das mãos, sopro, sons e/ou movimentos passivos executados pelo terapeuta nas pernas, braços e cabeça do paciente. Estímulos sensoriais inusitados que têm um elemento surpresa e são de interesse para o organismo, como aqueles que oferecem uma sensação agradável ou de relaxamento, podem gerar um reflexo de orientação (BLANCHARD; COMFORT, 2020).

Ao sermos confrontados com a possibilidade da morte física, certamente ocorre um impacto na motivação, desde as camadas instintivas básicas (sono, apetite alimentar e apetite sexual) até níveis psíquicos, o que pode gerar depressão e ansiedade. Nesse cenário, encontrar uma razão para viver estando diante da possibilidade relativamente iminente de uma morte significa ter que reestruturar o sistema motivacional no nível psíquico contando com uma base instintual enfraquecida pela enfermidade.

O caso de uma paciente de 62 anos, casada, com filhos adultos, sobrevivente por dez anos de câncer de mama com mastectomia lateral, e com cirurgias de reconstrução de ambos quadris, pescoço, um joelho e um ombro, buscou terapia para ataques de ansiedade. Ela também queixava-se de dor constante, medo de uma recidiva de câncer, e devido a isso tudo, uma perda da alegria e da capacidade de divertir-se com seus pequenos prazeres, nadar, velejar, passear com seu cachorro, e brincar com sua neta. Para receber a Calatonia, ela precisava


de almofadas de apoio nos dois joelhos, braços, e pescoço, mas invariavelmente levantava da cama de massagem com um olhar de felicidade – nunca sentia suas dores habituais durante a técnica, e conseguia estender essa sensação por vários dias depois da mesma. Meses depois de terminar o tratamento, após fazer uma série de ajustes em sua rotina profissional e marital que para ela parecia impossível, enviou-me uma foto, em que estava velejando com seu cão no colo e um sorriso de alegria.

No paciente de câncer, mobilizar o reflexo de orientação pode produzir uma nova fase de interesse pelos processos saudáveis do corpo, e não apenas relacionados à dor e doença. Essa motivação reinstaurada a partir do corpo pode trazer junto consigo uma abertura na forma de curiosidade, interesse e vontade; e, com isso, despertar novas sensações, emoções e pensamentos. Nessa visão, o processo terapêutico apoiado nessas técnicas pode facilitar um novo interesse pela vida para além da enfermidade, com o retorno da curiosidade pelo que é saudável, e, dessa maneira, criar uma abertura mental que leva em consideração as necessidades que podem ter sido negligenciadas, restaurando um autocuidado mais saudável (BLANCHARD; COMFORT, 2020).

## TUDO VALE A PENA

Na primeira infância, a individualidade é construída com base no contato físico e trocas proximais com os outros por meio de interações pele a pele, antes que se desenvolva a capacidade de compartilhar estados mentais em interações distais face a face (BLANCHARD, 2019). Assim, indo além das terapias verbais, a Calatonia recupera a nossa própria identidade primordial, por meio do toque terapêutico. Ao propor uma abordagem silenciosa, com ausência de tarefa para o paciente, na conectividade funcional em estado de repouso, juntamente com um influxo estável, lento e rítmico de toques suaves pelo terapeuta, a confiança no outro e nas relações de apoio nos reafirma a acolhida e o bem-estar. Essa confiança nos remete à nossa entrega às interações pele a pele na vulnerabilidade do início da vida, semelhante à vulnerabilidade trazida pela enfermidade.

É necessário pensar nas enfermidades como oportunidades aceleradas de transformação e valorizá-las como parte de um processo de expansão da consciência a respeito de nós mesmos e nossos relacionamentos, do sentido da vida, da finitude física e das prioridades que precisamos retomar. Dessa maneira, se essa transformação nos permite viver uma nova vida mais genuína ou nos leva a uma transformação maior pela morte física, tudo o que a enfermidade nos trouxe terá valido a pena. Na nossa trajetória heróica do nascimento à morte, não existem fracassos, mas apenas experiências, aprendizagens, crescimento e transformação.

Uma descrição mais completa dos processos neurobiológicos, neuro-cognitivos e neuro-psicológicos da Calatonia foram descritos em Blanchard (2020). 

## Referências

ALMEIDA, L. H. H. **A psicologia organísmica, a psicologia junguiana e a utilização de desenhos**: uma reflexão para a educação física. 1999. Dissertação (Mestrado em Ciência da Motricidade), Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 1999.

ARCURI, I. P. G. Psicologia Transpessoal, Arteterapia e Calatonia. **Hermes**, São Paulo, v. 10, p. 100-111, 2005.

ARMANDO, M. D. Calatonia and Resilience. *In*: BLANCHARD, A. R.; RIOS, A. M. G.; SEIXAS, L. P. (eds.). **Calatonia**: a therapeutic approach that promotes somatic and psychological regulation. Miami: Alma Street Enterprise, 2019. p. 263-284.

ARMANDO, M. D. **Calatonia e religiosidade**: uma abordagem junguiana. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

ARMANDO, M. D.; OLIVEIRA, L. Tocar e ser tocado. **Jung & Corpo**, São Paulo, v. 2, p. 19-24, 2002.

BEATY, R. E. *et al.* Personality and complex brain networks: The role of openness to experience in default network efficiency. **Human Brain Mapping**, [S. l.], v. 37, n. 2, 773-779, 2016.

BELL, P. T.; SHINE, J. M. Subcortical contributions to large-scale network communication. **Neuroscience and biobehavioral reviews**, [S. l.], v. 71, p. 313-322, 2016.

BERNSTEIN, A. S. The Orienting Response as Novelty and Significance Detector: Reply to O’Gorman. **Psychophysiology**, [S. l.], v. 16, p. 263-273, 1979.

BLACKFORD, J. U. *et al.* A unique role for the human amygdala in novelty detection. **NeuroImage**, [S. l.], v. 50, n. 3, p. 1188-1193, 2010.

BLANCHARD, A. R. **Calatonia e toques sutis**: uma abordagem neurocientífica. Alma Street Enterprise. Miami: Alma Street Enterprise, 2020. No prelo.

BLANCHARD, A. R. Calatonia: Novel Insights from Neuroscience. *In*: BLANCHARD, A. R.; RIOS, A. M. G., SEIXAS, L. P. (eds.). **Calatonia**: a therapeutic approach that promotes somatic and psychological regulation. Alma Street Enterprise, 2019a. p. 286-304.

BLANCHARD, A. R. The Psyche in Pethö Sándor’s Method. *In*: BLANCHARD, A. R.; RIOS, A. M. G., SEIXAS, L. P. (eds.). **Calatonia**: a therapeutic approach that promotes somatic and psychological regulation. Miami: Alma Street Enterprise, 2019b. p. 173-201.

BLANCHARD, A. R.; COMFORT, W. E. Keeping in Touch with Mental Health: The Orienting Reflex and Behavioral Outcomes from Calatonia. **Brain Sciences**, Basel, v. 10, n. 182, 2020.

BLOCK, S. R. *et al.* Behavioral and neural correlates of disrupted orienting attention in post-traumatic stress disorder. **Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 422-436, 2017.

BRADLEY, M. M. Natural selective attention: orienting and emotion. **Psychophysiology**, [S. l.], v. 46, n. 1, p. 1-11, 2009.

BRADLEY, M. M.; KEIL, A.; LANG, P. J. Orienting and Emotional Perception: Facilitation, Attenuation, and Interference. **Frontiers in Psychology**, Lausanne, v. 3, n. 493, 2012.

CACIOPPO, S. *et al.* You are in sync with me: Neural correlates of interpersonal synchrony with a partner. **Neuroscience**, [S. l.], v. 277, p. 842-858, 2014.

CHATEL-GOLDMAN, J. *et al.* Touch increases autonomic coupling between romantic partners. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, Lausanne, v. 8, p. 343, 2014.

CLARK, J. E.; WATSON, S.; FRISTON, K. J. What is mood? A computational perspective. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 48, 2277-2284, 2018.

COOPER, S. J. From Claude Bernard to Walter Cannon. Emergence of the concept of homeostasis. **Appetite**, [S. l.], v. 51, n. 3, 419-427, 2008.

DAMASIO, A.; CARVALHO, G. B. The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. **Nature Reviews Neuroscience**, [S. l.], 14, 143-152, 2013.

DAMASIO, A.; DAMASIO, H. Exploring the concept of homeostasis and considering its implications for economics. **Journal of Economic Behavior and Organization**, [S. l.], v. 126, p. 125-129, 2016.

DE SANTIS, M. I. O discurso não-verbal do corpo no contexto psicoterápico. 1976. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1976.

DECO, G. *et al.* The dynamics of resting fluctuations in the brain: Metastability and its dynamical cortical core. **Scientific Reports**, [S. l.], v. 7, n. 1, 2017.

DELMANTO, S. **Toques Sutis**: Uma experiência de vida com o trabalho de Pethö Sándor. São Paulo: Summus Editorial, 2008.

FARAH, R. M. O trabalho corporal com idosos como estímulo ao processo de individuação. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 3, p. 62-73, 1996.

FOSHA, D. The dyadic regulation of affect. **Journal of Clinical Psychology**, [S. l.], v. 57, n. 2, p. 227-242, 2001.

FULKERSON, M. **The First Sense**: A Philosophical Study of Human Touch. Cambridge: MIT Press, 2014.

GABRIEL, M. S. A. **Métodos do trabalho corporal**: uma proposta sutil. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Assis, 2001.

GAETA, I. P. **Psicoterapia junguiana**: novos caminhos na clínica: o uso de mandalas e Calatonia. São Paulo: Vetor, 2010.

GOLDBERG, I. I.; HAREL, M.; MALACH, R. When the brain loses its self: prefrontal inactivation during sensorimotor processing. **Neuron**, Maryland Heights, v. 50, n. 2, p. 329-339, 2006.

GOLLO, L. L. *et al.* Dwelling quietly in the rich club: Brain network determinants of slow cortical fluctuations. **Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences**, London, v. 370, n. 1668, 2015.



GONÇALVES, M. I. C. *et al.* Subtle Touch, Calatonia and other Somatic Interventions with Children and Adolescents. **The United States Association Body Psychotherapy Journal**, Bethesda, v. 6, n. 2, p. 33-47, 2007.

GONÇALVES, M. I. C. Subtle Touch in Child Psychotherapy: An Alchemical Perspective. *In*: BLANCHARD, A. R.; RIOS, A. M. G.; SEIXAS, L. P. (eds.). **Calatonia: a therapeutic approach that promotes somatic and psychological regulation**. Miami: Alma Street Enterprise, 2019. p. 87-110.

HOVE, M. J.; RISEN, J. L. It's All in the Timing Interpersonal Synchrony Increases Affiliation. **Social Cognition**, [S. l.], v. 27, p. 949-961, 2009.

HU, Y. *et al.* Brain-to-brain synchronization across two persons predicts mutual prosociality. **Social Cognitive and Affective Neuroscience**, [S. l.], v. 12, n. 12, p. 1835-1844, 2017.

JANAH, A. *et al.* Access to palliative care for cancer patients between diagnosis and death: a national cohort study. **Clinical Epidemiology**, London, v. 11, 443-455, 2019.

JENSEN, F.; MULLEN, S. (eds.). C. G. Jung, Emma Jung and Toni Wolff: A Collection of Remembrances. San Francisco: The Analytical Psychology Club of San Francisco, 1982.

JUNG, C. G. **On the nature of the psyche**. Princeton: Princeton University Press, 1969.

JUNG, C. G. **Children's dreams: Notes from the seminar given in 1936-1940**. Princeton: Princeton University Press, 2008.

JUNG, C. G. **Alchemical Studies**. Princeton: Princeton University Press, 1983.

KAISER, R. H. *et al.* Large-Scale Network Dysfunction in Major Depressive Disorder: A Meta-analysis of Resting-State Functional Connectivity. **Journal American Medical Association Psychiatry**, v. 72, n. 6, p. 603-611, 2015.

KRINGELBACH, M. L.; BERRIDGE, K. C. The affective core of emotion: Linking pleasure, subjective well-being, and optimal metastability in the brain. **Emotion review: Journal of the International Society for Research on Emotion**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 191-199, 2017.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

LORTHIOIS, C. Os toques sutis na educação: um re-ligar do corpo com a cabeça. *In*: SPACCAQUERCHE, M. E. (ed.). **O corpo em Jung: estudos em Calatonia e outras práticas integrativas**. São Paulo: Vektor, 2012.

MAZANEC, P.; PRINCE-PAUL, M. Integrating palliative care into active cancer treatment. **Seminars in oncology nursing**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 203-211, 2014.

MCGLONE, F. *et al.* Discriminative and Affective Touch: Sensing and Feeling. **Neuron**, v. 82, n. 4, p. 737-755, 2014.

MODELL, H. *et al.* A physiologist's view of homeostasis. **Advances in Physiology Education**, Rockville, v. 39, n. 4, p. 259-266, 2015.

MU, Y.; GUO, C.; HAN, S. Oxytocin enhances inter-brain synchrony during social coordination in male adults. **Social cognitive and affective neuroscience**, Oxford, v. 11, n. 12, p. 1882-1893, 2016.

NICKOLICH, M. S. *et al.* Discussing the Evidence for Upstream Palliative Care in Improving Outcomes in Advanced Cancer. American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting, v. 35, e534-e538, 2016.

NOSTRO, A. D. *et al.* Predicting personality from network-based resting-state functional connectivity. **Brain Structure & Function**, [S. l.], v. 223, n. 6, p. 2699-2719, 2018.

OLAUSSON, H. *et al.* Affective touch and the neurophysiology of CT afferents. *In*: **Affective Touch and the Neurophysiology of CT Afferents**. New York: Springer, 2016. p. 1-430.

OSTROWSKI-SACHS, M. **From Conversations with C. G. Jung**. Zurique, C. G. Jung Institute, 1977.

PAVLOV, I. P. **Conditioned Reflexes**. Oxford: Oxford University Press, 1927.

PEZZULO, G.; RIGOLI, F.; FRISTON, K. Active inference, homeostatic regulation and adaptive behavioural control. **Progress in Neurobiology**, [S. l.], v. 134, p. 17-35, 2015.

RIOS, A. M. G. Calatonia in Child Psychotherapy of Early childhood Trauma. *In*: BLANCHARD, A. R.; RIOS, A. M. G.; SEIXAS, L. P. (eds.). **Calatonia: a therapeutic approach that promotes somatic and psychological regulation**. Miami: Alma Street Enterprise, 2019. p. 218-230.

RIOS, A. M. G.; ARMANDO, M. D.; REGINA, A. C. B. Bases neuropsicológicas do trabalho corporal na psicoterapia. *In*: SPACCAQUERCHE, M. E. (ed.). **O corpo em Jung: estudos em Calatonia e outras práticas integrativas**. São Paulo: Vektor, 2012. p. 19-38.

RIOS, A. M. G.; SEIXAS, L. P.; BLANCHARD, A. R. The Body in Psychotherapy: Calatonia and Subtle Touch Techniques. *In*: JONES, R. (ed.). **Body, Mind, and Healing After Jung: A Space of Questions**. London: Routledge, 2010. p. 228-250.

RYAN, S. *et al.* Evolving Definitions of Palliative Care: Upstream Migration or Confusion? **Current treatment options in oncology**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 20, 2020.

SÁNDOR, P. **Técnicas de relaxamento**. São Paulo: Vektor, 1974.

SANTANGELO, V. Large-Scale brain networks supporting divided attention across spatial locations and sensory modalities. **Frontiers in Integrative Neuroscience**, Lausanne, v. 12, 2018.

SMALLWOOD, J.; SCHOOLER, J. W. The Science of Mind Wandering: Empirically Navigating the Stream of Consciousness. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, v. 66, n. 1, p. 487-518, 2015.

SMITH, T. J., *et al.* American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 30, n. 8, p. 880-887, 2012.

TURNER, K. A. **Radical Remission: Surviving Cancer Against All Odds**. São Francisco: HarperOne, 2015.

VON FRANZ, M. **On Dreams & Death: A Jungian Interpretation**. Chicago: Open Court, 1999.

ZIMMERMANN, J.; GRIFFITHS, J. D.; MCINTOSH, A. R. (2018). Unique mapping of structural and functional connectivity on cognition. **The Journal of Neuroscience**, Washington, v. 38, n. 45, p. 9658-9667, 2018.