

## A DEPRESSÃO COMO SÍMBOLO: UMA INTERFACE COM A PSICOLOGIA ANALÍTICA

### DEPRESSION AS A SYMBOL: AN INTERFACE WITH PSYCHOLOGY ANALYTICS

Thiago Oliveira de Almeida<sup>1</sup>

Ermelinda Ganen Fernandes Silveira<sup>2</sup>

**RESUMO:** O presente artigo, *A depressão como símbolo: Uma Interface com a Psicologia Analítica*, objetiva, a partir de uma revisão bibliográfica analisar a depressão, utilizando o referencial teórico da psicologia analítica. Buscaremos trazer a doença como elemento simbólico, mostrando como a psicologia analítica, principalmente os arquétipos e, sobretudo o símbolo, podem trazer resultados satisfatórios nos processos de tratamento ligados à psicossomática. Meu objetivo em trazer esse tema para estudo se justifica, pois, atende a uma necessidade atual de se ter profissionais preparados para o embate dos problemas advindos desse grande resultado do crescimento tecnológico. Na verdade não trago conclusões, apenas pontos de partida para novos estudos e pesquisas. Esse trabalho, cuja temática se conecta a área de Psicossomática, tem também como objetivo ajudar a outros pesquisadores e estudiosos da área como, por exemplo: psiquiatras, médicos, psicólogos, terapeutas, etc. Deixo, portanto aqui nesse projeto alguns pensamentos a serem portadores de reflexões pra cada profissional nos seus aspectos internos, ou em relação às suas atividades como orientadores da humanidade.

**Palavras chave:** Depressão. Psicologia analítica. Psicossomática.

**ABSTRACT:** This article, *Depression as a symbol: An Interface with Analytical Psychology*, aims, from a bibliographic review to analyze depression, using the theoretical framework of analytical psychology. We will seek to bring the disease as a symbolic element, showing how analytical psychology, especially archetypes and, above all, the symbol, can bring satisfactory results in the treatment processes linked to psychosomatics. My objective in bringing this topic to study is justified, since it meets a current need to have professionals prepared to tackle the problems arising from this great result of technological growth. I don't really draw conclusions, just starting points for new studies and research. This work, whose theme is connected to the area of Psychosomatics, also aims to help other researchers and scholars in the area, for example: psychiatrists, doctors, psychologists, therapists, etc. Therefore, I leave here in this project some thoughts to be reflective for each professional in their internal aspects, or in relation to their activities as guiding humanity.

**Keywords:** Depression. Analytical psychology. Psychosomatic.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente artigo, *A depressão como símbolo: Uma Interface com a Psicologia Analítica*, objetiva, a partir de uma revisão bibliográfica analisar a depressão, utilizando o referencial teórico da psicologia analítica. Buscaremos trazer a doença como elemento simbólico, mostrando como a psicologia analítica, principalmente os arquétipos e, sobretudo o

<sup>1</sup> Mestrado em Educação pela Universidade Tecnológica Intercontinental – UTIC. [t.oliveira97@yahoo.com.br](mailto:t.oliveira97@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Professora da UNIFACS. [eganem65@gmail.com](mailto:eganem65@gmail.com)

símbolo, podem trazer resultados satisfatórios nos processos de tratamento ligados à psicossomática.

Enquanto operador teórico, a psicanálise, assim como também, alguns processos terapêuticos, aqui no caso numa abordagem Junguiana, oferecem um aparelho conceitual para a compreensão das relações entre o psíquico e o somático e das funções do psiquismo no equilíbrio psicossomático. Enquanto operadores clínicos, essas ferramentas propicia uma referência de escuta, de leitura e de interpretação que amplia as possibilidades da consulta seja ela médica, principalmente na área da psiquiatria, ou de qualquer outro profissional da saúde, enriquecendo também os recursos para a intervenção profilática e mesmo terapêuticos em processos educacionais, sociais ou do trabalho.

Tomar como referência de estudo as teorias da Psicologia Junguiana não significa absolutamente, defender as prioridades dos processos psíquicos sobre os orgânicos para abordagem dos fenômenos psicossomáticos, porém, considerando a importância da integração dessas dimensões e das relações dialéticas entre elas, trata-se de compreender o interesse desses processos e de suas ferramentas como operador teórico e clínico para essa abordagem terapêutica.

Trazer Jung numa interface com esses estudos ligados a psicossomática se justifica, pois, em suas teorias ele refere-se ao funcionamento da psique inadequado como o causador de diversos prejuízos ao corpo, segundo Jung, também o sofrimento corporal pode causar danos a psique, pois ambos, psique e corpo estão unidos e são inseparáveis. Ambos pertencem a uma mesma vida (JUNG 1953, p.194).

É importante frisar que a abordagem Junguiana, com seu método de amplificação, pode levar a uma melhor compreensão dos fenômenos inconscientes, para ele a finalidade básica, tanto da neurose, quanto a qualquer manifestação inconsciente é compensatória em relação a atitude unilateral da consciência. Isso leva a uma atitude necessária no sentido de uma integração entre o ego e o material reprimido. (RAMOS, 2006, p. 73).

Denise Ramos justifica essas afirmações em seus estudos estendendo, ainda mais esses conceitos para o campo das doenças orgânicas, ela orienta essa expressão como simbólica, pois visa, com já afirmou Jung, sempre compensar e levar o indivíduo a integrar o reprimido, na verdade seria uma religação entre o ego ao seu eixo com o self (RAMOS, 2006, p,73).

É importante também evidenciar os estudos de Denise Ramos sobre a expressão simbólica da doença, pois, essas manifestações, através do símbolo, que a doença traz em suas transduções estão atreladas aos fenômenos psique-corpo. Segundo a autora, esse conceito de símbolo complementa a questão da dualidade e da casualidade psicofísica tornando-se ultrapassado o termo “psicossomatização”, ela traz essa expressão como remetesse a uma tradição biométrica, clássica, mecanicista e reducionista. (RAMOS, 2006, p. 75).

A metodologia utilizada na pesquisa foi desenvolvida com base em um estudo bibliográfico, onde foram articuladas questões teóricas ligadas à psicossomática, ao mesmo tempo em que foram construídas vinculações com a teoria junguiana sobre os arquétipos. Esse trabalho será direcionado a estudantes de psicologia, pesquisadores, psicólogos e psicanalistas, terapeutas Junguianos e todos os interessados nesse tema que relaciona doença, psicossomática e símbolo.

## 2. ALGUNS CONCEITOS SOBRE A PSICOLOGIA JINGUIANA

A fim de facilitar a compreensão do leitor, faz-se mister a apresentação dos conceitos básicos da psicologia Junguiana que estarão presentes em todo o texto.

### INCONSCIENTE

A totalidade dos fenômenos psíquicos destituídos da qualidade da consciência. Para Jung o inconsciente consiste tanto de conteúdos coletivos como pessoais. Por tanto, a psicologia Junguiana compreende o inconsciente como inconsciente coletivo e individual.

### INCONSCIENTE COLETIVO

Camada estrutural da psique humana, que contém elementos herdados de toda a evolução humana. “Na qualidade de herança comum transcende todas as diferenças de cultura de atitudes conscientes, e não consiste em meramente em conteúdos capazes de se tornar conscientes, mas em disposições latentes para reações idênticas. Assim o inconsciente coletivo é simplesmente a expressão psíquica da identidade da estrutura cerebral, independente de todas as diferenças raciais. Deste modo pode ser explicada a analogia, que vai mesmo até a identidade, entre vários temas mitológicos e simbólicos e a possibilidade de compreensão entre os homens em geral” (JUNG apud SILVEIRA, 1997).

### INCONSCIENTE PESSOAL

Camada pessoal do inconsciente. Contém memórias perdidas, idéias dolorosas que são reprimidas (isto é, esquecidas de propósito), percepções sublimares (aquela percepções dos

sentidos que não são suficientemente fortes a ponto de atingir a consciência) e, finalmente, conteúdos que ainda não estão maduros para a consciência ( JUNG apud SHARP, 1997).

## CONSCIÊNCIA

Função ou atividade que mantém a relação entre os conteúdos psíquicos e o ego. “A consciência não se cria a si mesma; emana de profundezas desconhecidas”. Desperta gradualmente na infância e durante toda a vida desperta, a cada manhã das profundezas do sono, surgindo de uma condição inconsciente.

É como uma criança que nasce diariamente do ventre primordial do inconsciente. “Não é apenas influenciada pelo inconsciente, mas emerge dele continuamente, sob forma de inúmeras idéias espontâneas e de lampejos do pensamento” ( JUNG apud SHARP, 1997).

## ARQUÉTIPO

São elementos primordiais e estruturais da psique (Sharp, 1997). O arquétipo é uma tendência para formar as mesmas representações de um motivo – representações que podem ter inúmeras variações de detalhes- sem perder a sua configuração original, mas expressando-se de forma dinâmica e criativa ( Jung, 1997). A partir do postulado da existência de uma base psíquica comum a todos os seres humanos, permite-nos compreender por que em lugares e épocas distintas aparecem temas idênticos nos contos de fada, nos mitos, nos sonhos, nos dogmas e ritos e nas religiões ( Silveira, 1997). O arquétipo é na realidade uma tendência instintiva como o impulso das aves para fazer seu ninho ou o das formigas para se organizarem em colônias. No entanto, há uma diferença entre instinto e arquétipo. Jung referiu-se a instinto como os impulsos percebidos pelos sentidos. Mas ao mesmo tempo esses instintos podem também manifestar-se como fantasias e revela-se, muitas vezes, através de imagens simbólicas. São estas manifestações que chamamos arquétipos ( JUNG, 1997).

Os conteúdos do inconsciente pessoal são aquisições da existência individual, ao passo que os conteúdos do inconsciente coletivo são arquétipos que existem sempre e a priori. Empiricamente, os arquétipos que se caracterizam mais nitidamente são aqueles que mais frequentes e intensamente influenciam ou perturbam o eu. São eles o *Self*, a *sombra*, *animus* e *anima* ( JUNG, 1990).

## IMAGEM ARQUETÍPICA

Forma ou representação de um arquétipo na consciência ( SHARP, 1997).

## SÍMBOLO

Segundo Nise da Silveira (1997), nem toda imagem arquetípica é um símbolo por si só. Em todo o símbolo está presente a imagem arquetípica como fator essência, mas, para construí-lo, essa imagem deve ainda juntar-se a outros elementos. O símbolo é uma forma extremamente complexa. Nela se reúne opostos numa síntese que vai além das capacidades de compreensão disponíveis no presente que ainda não pode ser formulada dentro dos conceitos. Nele o inconsciente e o consciente aproximam-se. Assim, o símbolo não é racional. Se ele é de uma parte acessível à razão, de outra parte lhe escapa para vibra cordas ocultas no inconsciente: “um símbolo não traz explicações, impulsiona para além de si mesmo na direção de um sentido ainda distante, inapreensível, obscuramente pressentido e que nenhuma palavra de língua falada poderia exprimir de maneira satisfatória” (JUNG apud SILVEIRA, 1997).

## SELF

O arquétipo da totalidade e o centro regulador da psique; poder transpessoal que transcende o ego. O self não somente um centro, mas também a circunferência total, que abarca todo o consciente quanto o inconsciente; é o centro desta totalidade como o ego é o centro da consciência. As experiências do self possuem uma numinosidade das revelações religiosas. Por isso, Jung acreditava que não havia nenhuma diferença essencial entre o self enquanto realidade experimental e psicológica e o conceito tradicional de uma atividade suprema. Dessa forma, a interação do ego com as mais diversas manifestações da divindade dar-se a partir do fenômeno da projeção do self. Cada cultura elabora suas representações a cerca do divino tendo como base o “Deus interno” projetado pela consciência. Imagens do self também aparecem em sonhos, mitos e contos de fadas na figura da personalidade supra-ordenada, tal como um rei, um herói, um profeta, um salvador, etc., ou sob a forma de um símbolo de totalidade como o círculo, a mandala, a cruz e outros (JUNG apud SHARP, 1997).

## SOMBRA

Os conteúdos inconscientes do si mesmo que o ego reprimiu ou jamais reconheceu. A sombra não é, contudo, apenas o reverso sombrio da personalidade. Consiste também em instintos, *insights* realistas, impulsos criativos, habilidades e qualidades que foram de há muito sepultadas ou que se nunca se tornaram conscientes.

## ANIMA

O lado feminino interior do homem. Identificada inicialmente com a mãe pessoal, a anima é, mais tarde, projetada pelo homem em outras mulheres com as quais se relacionar ao longo de toda a sua vida. As imagens da anima se manifestam diversas formas: como o feminino ligado à mãe pessoal e às imagens coletivas da grande mãe (seja a mãe terrível ou a mãe acolhedora); vinculada as representações sexuais individuais ou coletivas; manifesta nas imagens femininas carregadas de conteúdos religiosos como Maria e Ísis; e como imagens de guia da vida interior que resgatam a busca do significado vida conscientemente ou inconscientemente.

## ANIMUS

Aspecto masculino interno da mulher. O *animus* é tanto um complexo pessoal como uma imagem, exatamente como a *anima* em um homem. O animus corresponde na psique feminina a um depósito de todas as experiências ancestrais das mulheres a respeito dos homens. No que se refere a experiência individual da cada mulher, o animus tem como matriz a imagem paterna, que ao longo do tempo, irá interagir com outras figuras masculinas que a personalidade se relaciona durante toda a vida. Em outras palavras, essa matriz masculina interna é extremamente dinâmica e, na relação com o outro (o homem) ela é projetada. Além disso, para a mulher, o animus tem um papel fundamental como representação do seu espírito, especialmente idéias filosóficas e religiosas, e como manifestação do poder criativo, empreendedor e procriador do seu *ser e estar* no mundo.

## EGO

Complexo central da consciência. O ego está para o *self* como o objeto está para o sujeito, porque os fatores determinantes que se irradiam do *self* envolve o ego por todos os lados e são, por isso, supra ordenados a ele. O *self*, como o inconsciente, é um *a priori* existente, a partir do qual o ego surge.

## PERSONA

O “eu” que apresentamos ao mundo exterior. Passa a existir por razões de adaptação ou conveniência pessoal às regras sociais. É a máscara usada na interação do ego com a sociedade, além de compor o eu ideal que gostaríamos de ter e que de nós é esperado pelos outros (os considerados papéis sociais).

## INDIVIDUAÇÃO

Processo de diferenciação psicológica que tem como finalidade o amadurecimento da personalidade individual. A individuação é um processo informado pelo ideal arquetípico da totalidade, que, por sua vez, depende da relação vital que existe entre o ego e o inconsciente. A meta não é sobrepujar a própria psicologia pessoal, nem tornar-se perfeito, mas familiarizar-se com ela. Assim, a individuação envolve uma consciência crescente na busca de integração de aspectos do self, da sombra, da anima ou do animus, num eterno movimento dialético e dinâmico. A medida que traz o ego a tona (sob a luz da consciência) conteúdos mais profundos, amplifica seu olhar sobre si mesmo e sobre o outro. Nesse movimento e espiral, o ego percorre o seu caminho, como o herói em diversos mitos, que é único, singular e autêntico, expressando como mais precisão as imagens do self no mundo externo. Do ponto de vista de Jung, ninguém jamais é completamente individuado, pois o verdadeiro valor da individuação situa-se naquilo que ocorre durante o processo (JUNG apud SHARP, 1997).

## **3. A DOENÇA COM EXPRESSÃO SIMBÓLICA: UMA INTERFACE COM A PSICOLOGIA ANALÍTICA**

Existe uma gama de diversos modelos teóricos que tentam esclarecer o processo de adoecer. Os mitos já tentavam explicar a relação da doença com o corpo ao mesmo tempo em que traziam uma diversidade de formas, geralmente ligadas a uma espécie de magia, para lidar com esse problema. No que tange a esta polaridade, doença e corpo, sempre presente nos diversos momentos existentes na vida humana como visto, desde tempos muito remotos, onde a tentativa de acessar um método de cura era permeada, sempre, por uma ligação com o sagrado.

Ainda hoje em plena época do avanço tecnológico, e mesmo o homem estando coberto por uma série de métodos científicos avançados que trazem uma resposta a qualquer situação, é possível se encontrar, quando em uma situação de enfermidade qualquer, uma busca de ajuda divina, isso fica muito evidente quando Denise Ramos em suas reflexões sobre a doença como símbolo afirma.

O homem na era da informática apela para os deuses no momento da dor em busca do significado de seu sofrimento. Por mais desenvolvida que seja a sociedade, o mistério da vida e da morte permanece. Razão e fé, conceitos científicos e religiosos misturam-se no homem moderno que busca seu sentido e determinam sua atitude diante da saúde e da doença. (RAMOS, 2006; p.19)

Diante do exposto podemos observar que, por mais que homem procure desenvolver-se em diversos campos: tecnológico, intelectual, biológico, dentre outros, ainda encontra-se muito presente os mistérios sobre diversos enigmas existentes na sociedade moderna: isso poderá ser explicado, quando Jung em seus estudos sobre a simbologia arquetípica, traz referências ligadas ao que ele chama de inconsciente coletivo. Perguntas constantes como “De onde viemos?”, “Para onde vamos quando morremos?”, sem falar da dicotomia ciência-religião. Na qual a primeira é considerada laica, com o advento do cientificismo, onde o empirismo passou a ser a chave para respostas específicas, perdendo, portanto, as relações com o sagrado.

Essa relação do homem com o sagrado, segundo Jung, ainda se faz muito presente, mesmo com todo esse desenvolvimento falado anteriormente, segundo as teorias da psicologia analítica, o homem, mesmo hoje, guarda células de costumes e símbolos ligados as suas relações primordiais com divindades da natureza, sabendo disso, e sendo o foco dessa pesquisa a leitura da psicossomática através do símbolo, se faz relevante algumas considerações sobre a psicologia arquetípica, isso pode ser confirmado quando, em suas teorias sobre inconsciente coletivo, Jung traz:

O inconsciente contém, não só componentes de ordem pessoal, mas também impessoal, coletiva, sob forma de categorias herdadas ou arquétipos. O inconsciente, em seus níveis mais profundos, possui conteúdos coletivos em estado relativamente ativo; por isso eu o designei inconsciente coletivo. (JUNG, 2007, p. 13)

No modelo primitivo observa-se que o homem tinha uma relação muito forte com a natureza, fazendo com que seus entendimentos sobre alguns fenômenos desse ambiente natural o qual era habitat do mesmo, fossem relacionados aos poderes divinos, isso na verdade se configurava pela falta de entendimento, dessa mente tão primitiva, sobre os diversos fenômenos existentes no cotidiano desses povos.

Os índios, por exemplo, relacionavam os fenômenos da natureza com os deuses, a como o que eles chamavam de Tupã. Isso mostra a necessidade que esses indivíduos tinham de personificar, através de um símbolo, algo que não era entendido, daí a atitude de antropomorfizar, ou seja, simbolicamente representavam figuras divinas com elementos humanos e animais.

Para entender melhor essa reflexão sobre homem, natureza e psique, e como esse processo se entrelaça entre psicologia e arquétipo, sendo importante para o entendimento do



indivíduo no seu todo, no caso uma visão holística, é que se torna relevante a citação de Jung, onde ele configura, de maneira genial, essa dialética entre símbolos sagrados e psique.

O papel dos símbolos religiosos é dar significado à vida do homem. Os índios pueblos acreditam que são filhos do Pai Sol, e esta crença dá a suas vidas uma perspectiva ( e um objetivo) que ultrapassa a sua limitada existência; abre-lhes espaço para um maior desdobramento das suas personalidades e permite-lhes uma vida plena como seres humanos. Estes índios encontram-se em condições bem mais favoráveis do que o homem da nossa civilização atual, que sabe que é ( e permanecerá sendo) nada mais do que um pobre diabo, cuja vida não tem nenhum sentido interior. ( JUNG, 1992; p. 89).

A partir das observações anteriores pode-se traçar o perfil desse homem que tinha uma relação muito próxima com a natureza e de como essa medicina adquiriu um respeito com relação ao espiritual, procurando uma busca pelo significado da doença e saúde. Temos a figura do curador (curandeiro ou xamã), sendo o mediador das forças espirituais, responsável pelos rituais, conhecedor do poder das ervas medicinais encontrada na natureza. A doença era considerada um tabu, uma ofensa aos deuses. E seu processo de cura estava relacionado à ligação do homem com o sagrado através do arrependimento e do sacrifício. Isso pode ser confirmado quando Ramos elabora questões a respeito de todo esse processo evolutivo dos modelos ligados ao tratamento da doença.

O xamã como mediador tinha, pois, a função de contatar as forças espirituais. A cura nunca lhe era atribuída. Seu status era mantido por meio de sua habilidade de provocar o êxtase. Ele ouvia a história do paciente não em busca do sintoma, mas para descobrir qual tinha sido o erro do paciente. A doença era sempre uma consequência da violação de um tabu ou uma ofensa aos deuses. A cura estava no reestabelecimento da ligação do homem com o divino por intermédio de arrependimento e sacrifício. ( RAMOS, 2006; p.22)

Pode-se perceber, portanto que a figura do curador-médico-sacerdote preenchia a necessidade física e espiritual do paciente, de modo a conservar a harmonia da psique e sua natureza. Sendo o xamã precursor do uso de técnicas de transe, psicodrama, análise dos sonhos, sugestão e imaginação. Esse processo primitivo abordado dentro, das teorias Junguianas sobre símbolo e arquétipo faz com que se possa entrar em contato com um dos primeiros modelos terapêuticos em relação à manifestação do adoecer. É relevante salientar a utilização do que se pode chamar de personificação, ou seja, o indivíduo assume uma posição de simbolização do seu processo para que depois ele possa integrar em si mesmo.

Pode se perceber, também, que o curandeiro de certa forma, pode personificar a mesma posição que o terapeuta. Isso vem reforçar a teoria de que tratar a doença através do símbolo pode trazer de uma maneira mais estruturada, o entendimento do indivíduo em

relação aos seus complexos que provavelmente interfere nas suas relações afetivas e emocionais causando a possível enfermidade. Tratar o indivíduo como uma forma holística como relata Groddeck (1866-1934) é trazer pelo ponto de vista da Psicologia Analítica as relações do indivíduo com o corpo e sua psique dentro do modelo citado anteriormente citado por Denise Ramos.

É importante salientar que surge nesse instante a possibilidade da interface entre a Psicologia Junguiana e a Psicossomática. Tratar a doença como símbolo no processo de Psicossomática pode traduzir metaforicamente essa posição.

Partindo para o segundo modelo que seria o grego existe uma separação entre a categoria espiritual e a material. Foi a partir desse modelo que houve a introdução da metodologia científica na qual conhecemos atualmente. Existiu uma separação entre os estudos do ser e a qualidade de vida espiritual, no que confirma essa separação: “A separação do estudo do ser e das qualidades da vida espiritual foi um requisito necessário para que os filósofos gregos compreendessem o fenômeno natural” (RAMOS, 2006, p.24).

A partir desse momento houve um processo de mudança para cura do paciente. Foram introduzidos diversos métodos no processo de cura, tais como: a música, dietas, compreensão dos sonhos, meditação, fazendo com que mantivesse uma homeostase e união entre psique e soma. Mesmo havendo nesse modelo uma forte influência do empirismo, ou seja, uma forte tendência ao racionalismo, ainda se mantém uma visão de totalidade do indivíduo, pois não se percebe uma separação específica entre corpo e mente (psique) mais se traz a interligação dos dois como forma de equilíbrio.

Simbolicamente isso representa de forma positiva reações somáticas, pois estão ligadas às reações vindas dos sentimentos e pensamentos advindos das emoções do indivíduo. Porém pode-se notar que a forma verbal que não estava presente nesse processo isso gera limitações entre a dialética psique e Groddeck (1866-1934) soma base da psicossomática. Denise deixa muito clara essa questão em seus comentários sobre esse modelo:

Hipócrates considerou o coração como sede da alma, em sua teoria, quando uma pessoa tinha raiva o coração era contraído, aumentando o calor e levando os fluídos para a cabeça, no processo contrário, tinha uma expansão do coração. O uso da palavra teve sua importância menor em sua terapêutica. A atitude racional e a terapia orientada pela causalidade, com seus novos métodos de observação e tratamento, substituíram o valor da palavra. (RAMOS, 2006, p. 26).

No modelo cartesiano pode-se observar que o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termo de suas peças; a doença é vista como um mau

funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente para consertar o defeito do funcionamento de um específico mecanismo enguiçado. Existe assim uma separação entre corpo e psique. Nesse momento acontece o paradigma que vai gerar a total separação entre corpo e psique. O corpo passa assim a ser tratado como algo que tem apenas uma conotação fisiológica se apela apenas para o tratamento medicamentoso. Essa cisão coloca a psique em outro plano, quebrando assim o que se poderia chamar visão holística do ser.

Isso se confirma quando Ramos cita Descartes em seus estudos sobre psicossomática: O corpo poderia ser comparado com uma máquina que funciona igualmente bem ou mal, com ou sem psique: “Suponho que o corpo não seja nada além de uma estátua ou máquina de terra, a qual Deus criou” (DESCARTES, 1988; p.66 apud RAMOS, 2006 p. 27).

Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde frequentemente de vista “o paciente” como ser humano, e, ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais ocupar-se com o fenômeno da cura. Essa é talvez a mais séria deficiência da abordagem biomédica. Embora todo médico praticante saiba que a cura é um aspecto essencial de toda a medicina, o fenômeno é considerado fora do âmbito científico; o termo “curar” é encarado com desconfiança, e os conceitos de saúde e cura não são discutidos normalmente nas escolas de medicina.

O motivo da exclusão do fenômeno da cura da ciência biomédica é evidente. É um fenômeno que não pode ser entendido com termos reducionistas. Isso se aplica à cura dos ferimentos e, sobretudo, à cura das doenças o que geralmente envolve uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana.

Embora Descartes não duvidasse de que a origem do espírito e da matéria estivesse remetida a um único campo – o divino-, seus métodos foram interpretados mais tarde como propostas para tornar a matéria e o espírito princípios irreconciliáveis. (RAMOS, 2006; p. 27).

Podemos observar uma evolução dos fatos desde o modelo primitivo, em que alma e corpo eram considerados unos indivisíveis e que os males físicos (doença) estava relacionados à desobediência dos deuses da época. No próprio modelo de Descartes matéria e espírito são objetos que não se misturam, por assim dizer. Denise para maior entendimento desse processo paradigmático que teve uma importância relevante na cisão corpo e psique gerando somente a doença fora do processo psíquico, traz em suas explicações:

Havia uma tendência cada vez mais acentuada de separar religião de ciência, misticismo e crenças do conhecimento considerado *objetivo*. Do ponto de vista psicológico, poderíamos dizer que, na busca de um conhecimento consensual, a consciência coletiva, nesse momento, teria atingido uma maior separação entre o ego e os conteúdos inconscientes. Com a dissociação da fé, da religiosidade, da razão e da ciência, mais uma etapa no processo coletivo de desintegração teria sido alcançada. (RAMOS, 2006; p.29).

No próprio campo da divisão entre mente e espírito através do modelo de Descartes existiu também uma mudança entre o ego e os conteúdos inconscientes, aspectos hoje estudados por Jung em que não pode haver de forma alguma uma cisão e sim uma inter-relação entre o ego, complexo, soma, psique, dentre outros conceitos estudados pelo mesmo. Jung afirma em suas reflexões sobre material inconsciente, que as experiências pessoais pertencem ao nível inconsciente do indivíduo, esses conteúdos terminam por certa forma interferir no processo de vida de cada um daí a impossibilidade de uma divisão entre esse conteúdo inconsciente e a percepção no nível de consciência, pois ambos se complementam.

A ampliação da consciência é um entendimento cada vez maior dos processos que estão no que Jung chama de sombra. Quanto à formação desse aparelho psíquico, que inclui o que ele chama de self como agente gerenciador da psique e o que ele chama de ego, que seria o agente gerenciador da consciência se interligam necessariamente por um eixo, a cisão desse eixo geraria uma perturbação na personalidade do indivíduo, para melhor entender esse processo é importante trazer a seguinte afirmação:

Os materiais contidos no inconsciente de natureza pessoal se caracterizam, em parte, por aquisições derivadas da vida individual e em parte por fatores psicológicos, que também poderiam ser conscientes. Os elementos psicológicos incompatíveis são submetidos à repressão, tornando-se por isso inconsciente; existe sempre a possibilidade de tornar consciente, esses conteúdos, e mantê-los na consciência, caso sejam reconhecidos (JUNG, 2007; p.04).

Diferente do modelo anterior que tinha uma tendência ao racionalismo mecanicista o modelo romântico apresenta um estado de saúde com atribuições referentes a diversos fatores. Nesse modelo tem como base no seu processo clínico a observação do paciente. O conceito de doença era resultado do desequilíbrio de diversos fatores, tais como: biológico, moral, psicológico e espiritual. Era comum nesse modelo a crença de que toda doença ligada ao corpo estavam ligadas à perturbações a nível da consciência. Assim como as doenças psicológicas expressavam-se sempre a partir do campo orgânico. A partir desse ponto de vista os sintomas trazem interpretações que vão além de uma ideia mecanicista. Pois é claro uma visão unitária entre corpo e a mente. Segundo Gusdorf, filósofo e estudioso da época, fala em

suas reflexões. “As doenças d’alma podem ser escritas no organismo sob um aparência material e, reciprocamente, os distúrbios corporais podem ter os corolários dentro do espaço mental” ( GUSDORF, 1984, p. 259 apud RAMOS, 2006; p.30).

Partindo desse pensamento pode-se observar o traçado de um linha de pensamento em relação a psicossomática onde a doença se manifesta no corpo a partir de uma causa mental, ou seja, não existe um adoecer somente pelas questões fisiológicas mas também a partir de causas emocionais isso mostra já nesse instante o delineamento de uma fundamentação que vai ter como modelo um visão holística voltada para o conhecimento do si mesmo. De novo pode-se fazer uma relação com Jung, pois para ele esse arquétipo da totalidade (o Self) é um complexo do eu que não está apenas associado a outros complexos da psique, mas que tem um significado muito mais amplo e completo ligado a totalidade humana.

A psique pode ser vista como um fenômeno natural e intencional dentro desse contexto existe a ação arquetípica só si mesmo levando isso a significância de eventos que aparecem em meio a determinadas situações problemáticas tendo como consequência a manifestação de uma vontade do indivíduo ao processo do autoconhecimento. O si mesmo aparece assim como algo que tem um poder integrador. Jung em seus estudos traz um inconsciente como algo que consiste em processos naturais que vão além da instância humanamente pessoal, ele trata apenas a consciência como algo pessoal. É interessante a partir das afirmações anteriores trazerem a reflexão desse autor sobre essa questão, o que pode se chamar de desequilíbrio ou uma indigestão de ordem psíquica.

O inconsciente reage automaticamente como meu estômago e, no sentido figurado, vinga-se de mim. Ao arrogar-me um poder indevido sobre o inconsciente cometo uma falta dietética de ordem psíquica, que seria melhor evitar para o meu próprio bem. Essa analogia nada poética e, no entanto, branda demais diante dos efeitos morais devastadores e de grande alcance de um inconsciente transtornado (JUNG, 2007; p.109).

Pode-se falar dessa maneira que quanto mais consciente, através do processo de autoconhecimento, menor será a camada do inconsciente pessoal que recobre o inconsciente coletivo assim fica evidente que vai emergindo uma consciência mais livre aberta para uma participação de um mundo mais amplo.

As complicações advindas nesse estágio não são mais de conflitos e desejos egoístas, mas de dificuldades ligadas a própria pessoa e aos outros. Para ficar mais claro e entender melhor esse processo de amplificação da consciência pode-se trazer a seguinte afirmativa de Jung:

Na medida do alcance da nossa experiência atual, podemos dizer que os processos inconscientes se acham uma relação compensatória em relação à consciência. Uso de propósito a expressão “compensatória” e não a palavra “oposta”, porque consciente e inconsciente não se acham necessariamente em oposição, mas se complementam mutuamente, para formar uma totalidade: o si mesmo. De acordo com essa definição, o si mesmo é uma definição que engloba o eu consciente. Abarca não só a psique inconsciente como a consciente, sendo portanto, por assim dizer uma personalidade que também somos (JUNG,2007; p.53).

Nesse mesmo período onde aparecem em destaque às teorias de vários filósofos. Como o citado anteriormente, Gusdorf e principalmente Schelling o qual traz como importante contribuição em seu conceito de arquétipo como retrato primordial do organismo dentro de uma unidade racional e funcional emparelha a patologia da totalidade como uma terapia que não está preocupada em aplicar a cada sintoma um medicamento apropriado, mas sim em interpretar os sintomas como símbolos de uma situação simultânea em que se deveria utilizar um remédio global. Como se pode ver a partir das ideias básica de Schelling existe uma analogia que direciona para uma total influência desse filósofo nas pesquisas de Jung.

Schelling já traz em suas afirmativas o sintoma da doença como elemento simbólico isso remete ao verdadeiro objetivo da pesquisa o qual traz a doença como símbolo. Segundo Jung é mais fácil reconhecer um símbolo do que defini-lo ou aplicá-lo. Pode-se trazer o símbolo como a melhor representação possível de uma coisa que jamais será conhecida plenamente seriam as manifestações dos arquétipos nesse mundo, imagens concretas, detalhadas e experimentais as quais expressam constelações arquetípicas de sentido e emoção.

Os símbolos na verdade não é idêntico aos arquétipos que eles representam, o arquétipo é um molde psíquico da experiência enquanto o símbolo é a sua manifestação peculiar (Hopcke, 2011). Os arquétipos podem existir fora da vida assim como conhecemos é um modo de percepção bem clara. O símbolo, portanto é tirado da vida e aponta para o arquétipo que está além da nossa compreensão, isso leva o símbolo a ser essencialmente o que nos torna humanos e a representar habilidade do individuo de conhecer algo que está além da compreensão humana seria capacidade de transcendência no estado consciente levando a uma relação com outra realidade supraordenada.

Por existirem inúmeras coisas ao alcance da compreensão humana é que frequente utilizamos termos simbólicos como representação de conceitos que não podemos definir ou compreender integralmente. [...].

Mas este uso consciente que fazemos de símbolo é apenas um aspecto de um fato psicológico de grande importância: o homem também produz símbolos inconsciente e espontaneamente, na forma de sonhos [...]. (JUNG, 1992, p.21).

O símbolo é na verdade uma expressão do desconhecido, do incognoscível, constitui a linguagem do inconsciente. Para melhor entender todo esse conceito anteriormente desenvolvido é importante perceber através das próprias palavras de Jung esse conceito:

Assim, uma palavra ou imagem é simbólica quando implica alguma coisa além do seu significado manifesto imediato. Essa palavra ou essa imagem tem um aspecto (inconsciente), mas amplo, que nunca é precisamente definido ou de todo explicado. E nem podemos ter esperanças de defini-la ou explicá-la. Quando a mente explora o símbolo, é conduzida a ideias que estão ao alcance de nossa razão (JUNG, 1992; p.20).

É relevante também em relação a esse modelo e o período ao qual se inseriu (metade do século XIX) em que a Psiquiatria incorporou definitivamente à medicina. Aparecendo nesse contexto o termo psicossomático. Isso é importante, pois o tratamento da doença deixa de ser visto apenas de uma forma cartesiana para com a inclusão da parte ligada ao eu do indivíduo onde as emoções estão presentes.

No modelo biomédico se configura uma atuação em saúde onde existe o predomínio de uma visão médica tradicional estruturada durante o período de evolução da medicina, metade do século XIX. Pode se caracterizar, nesse modelo, considerações apenas nos fatores biológicos como causas das doenças, o que por sua vez determina os modos de tratamento (no caso exclusivamente "médico"). Em contrapartida começou a criticar o modelo romântico por se empírico o que não permitia nenhuma generalização. O embasamento teórico foi através da fisiologia experimental. O conceito de doença passou a se definido como um desvio do normal e não mais holisticamente, como um desequilíbrio não natural.

Existia uma ênfase sobre os sistemas corporais como um todo, reduzindo em subsistemas, de modo que estes eram estudados isoladamente, no que corrobora através da citação de Ramos:

A ênfase sobre os sistemas corporais como um todo foi substituída pela tendência a reduzir os sistemas a partes menores, de modo que cada sistema era considerado separadamente. Ao mesmo tempo, o olhar clínico saiu do individual e voltou-se para os aspectos universais da patologia. Finalmente, o materialismo tomou o lugar da tendência anterior, que considerava os fatores morais, sociais e psicológicos (não materiais) ao tratar o paciente (RAMOS, 2006; p.32).

No que se pode entender é que existe agora um estudo sistematizado dos sistemas existentes em nosso corpo. Através dessa delimitação com relação ao objeto de estudo, um reducionismo do corpo fazendo com que houvesse um desmembramento desse enfoque, permitindo assim a observação em laboratório, no qual se pode controlar uma ou mais variáveis. Houve assim o desenvolvimento de fatores materiais, o que era visto e poderia ser

mensurado a olho nu e os aspectos considerados não materiais não poderiam ser estudados em laboratório.

Sendo assim, ficou inevitável a mudança para o que se pode chamar de universalismo, pois aspectos da doença eram considerados universais. Com a aceitação desse modelo as normas para os diversos parâmetros fisiológicos (temperatura corporal, pressão arterial, etc.) e psicológicos (sensações, pensamentos, emoções) foram descritas. Agora o paciente como indivíduo é uma referência que foi colocada de lado, pois se acreditava que todas essas normas eram essencialmente universais, o que fosse fora desse contexto logicamente um desvio, seria considerado doença. Esse tipo de modelo incorporou um forte materialismo. Os fatores não materiais não tinham a possibilidade de, facilmente, serem medidos nos laboratórios conseqüentemente haveria nesse ponto um fator de negligência. Desconsidera-se nesse caso as ideias como poder material pois não teriam efeito algum sobre o corpo.

Inicia-se nesse período a sistematização da semiologia das doenças. Os elementos indiciam não apareciam mais como símbolo de uma doença, porém, como manifestações externas desta. Mente e comportamentos foram divididos em sensações, ideias, sentimentos e tinham como ponto de representação o cérebro, pois existia aí uma possibilidade de medidas. Sobre essa sistematização e as conseqüências relevantes ao tratamento do indivíduo em termos de psicossomática pode ser esclarecido nas referências de Denise:

A abordagem semiológica aplicada ao estudo das doenças- tanto física quanto mentais- foi aplicada também àqueles que hoje são chamados fenômenos psicossomáticos como o estado de fadiga crônica. Por exemplo, um cansaço de causa orgânica desconhecido era tido como sinal de depressão; portanto considerava-se que esse não era um “cansaço verdadeiro” ainda hoje, muito clínico olham assim para a doença. A queixa do mal-estar orgânico sem fundamento biológico é considerada falsa pela medicina oriental ainda esses dias. “A “queixa é deixada de lado ou reduzida a um fenômeno puramente “psicológico” e, conseqüentemente, de” menor valia” (RAMOS, 2006; p.34).

Concluindo então esse capítulo pode-se fazer uma referência ao século XX como uma época onde existirá a fragmentação do homem. No campo médico pode-se perceber uma ênfase no processo de compartimentalização, objetividade, concretude e padronização de sintomas. Se molda nesse sentido um mito que determina uma relação com o homem onde dar-lhe o poder de dissecar, manipular e dominar a natureza. Tomando ciência desse processo o qual traduz em si mesmo uma divisão, é que se torna importante buscar uma doutrina que possa se consolidar como elemento equilibrador.



Adentrar pelas teorias da Psicologia Analítica na qual Jung busca humanizar o conceito de doença psíquica se torna essencial, pois dispõe uma ferramenta com diversas possibilidades que pode tornar-se de grande ajuda senão na cura, mas no entendimento do indivíduo em relação ao conteúdo simbólico que essa enfermidade traduz. Essa questão pode ser reforçada quando Jung afirma em seus estudos:

Assim como o biólogo necessita da anatomia comparada, também o psicólogo não pode prescindir da “anatomia comparada da psique”. Em outros termos, psicólogo precisa da prática, ter experiência suficiente não só de sonhos e outras expressões da atividade inconsciente, mas também da mitologia no sentido mais amplo. Sem essa bagagem intelectual ninguém pode identificar as analogias mais importantes; não será possível, por exemplo, verificar analogia existente entre um caso de neurose compulsiva e a clássica possessão demoníaca sem o conhecimento exato de ambos (JUNG, 1992, p.67).

Torna-se importante ainda nesse capítulo para finalizar falar sobre o conceito de arquétipo. Segundo Jung, o arquétipo é uma tendência para formar mesmas representações de um motivo, podem ser inúmeras variações sem perderem a configuração original. Ele refere-se a arquétipo como resíduos arcaicos onde existem imagens primordiais. Na verdade o arquétipo se configura em uma tendência instintiva. O instinto são impulsos fisiológicos percebidos pelos sentidos que podem também manifestar-se como fantasias e revelar, muitas vezes, através de imagens simbólicas.

A sua origem não é conhecida; podem se repetir em qualquer época ou lugar do mundo. Jung falando sobre o arquétipo traduz o verdadeiro sentido desse elemento em suas reflexões:

Os arquétipos são, assim, dotados de iniciativa própria e também de energia específica que lhes é peculiar. Podem, graças a esses poderes, fornecer interpretações significativas (no seu estilo simbólico) e interferir em determinadas situações com seus próprios impulsos e suas próprias formações de pensamento. Neste particular, funcionam como complexos; vão e vem à vontade e, muitas vezes, dificultam ou modificam nossas intenções conscientes de maneira perturbadora ( JUNG, 1992, p. 79).

O arquétipo, como Jung entende em sua situação anterior, exerce um fascínio muito grande, pois o mesmo é dotado de um feitiço especial. Possui uma história individual assemelhando-se aos complexos pessoais, porém possuem uma extensão de significado muito mais ampla por, além se inserir no inconsciente pessoal e se relacionar com os complexos, pertencem também ao que Jung chama de inconsciente coletivo nesse âmbito os arquétipos são responsáveis pela criação de mitos, religiões e filosofias, os quais influenciam e caracterizam nações e épocas inteiras.

É importante salientar que os arquétipos na verdade constitui uma espécie de matriz. Pode-se dizer que existe uma raiz comum a toda humanidade e da qual emerge a consciência. Essa descoberta significou o reconhecimento de camadas importantes no inconsciente “impessoal, transpessoal e coletivo”, sabendo-se que o inconsciente coletivo é a camada mais profunda do inconsciente e corresponde a imagem do mundo que levou eras e eras para se formar. Nessas características citadas anteriormente pode-se dizer que os arquétipos cristalizaram-se como as leis e princípios dominantes e típicos dos eventos que ocorreram no ciclo de experiência da alma humana.

#### **4. O CORPO SIMBÓLICO: UMA VISÃO ATRVÉS DA PSICOLOGIA ANALÍTICA**

Observa-se que em 1906, através do Teste de Associação de Palavras proposto por Jung fez com que desenvolvesse um grande campo de observação na área da psicofisiologia humana. Através do mesmo foi observado que o complexo é autônomo sendo substitutivo do poder constelador existente no complexo egóico. No que podemos corroborar essa afirmação através de Hopcke quando traz em seus conceitos a teoria Junguiana:

Os complexos podem ser inconscientes- reprimidos por causa da sensação dolorosa do afeto relacionado ou da inaceitabilidade das representações-, mas complexos podem também se tornar conscientes e, em última análise, parcialmente resolvidos. Qualquer complexo possui elementos relacionados com o inconsciente pessoal como também com o inconsciente coletivo. “Um distúrbio no relacionamento com a própria mãe, por exemplo, pode resultar num complexo materno, isto é, um grupo de representações conscientes e inconscientes da mãe” com uma carga emocional específica ligada ao grupo de imagens da mãe. No entanto, o arquétipo de “mãe” preexistente no inconsciente coletivo, comum a toda experiência humana, pode aumentar, distorcer ou modificar tanto a carga sentimental quanto o aspecto representacional do complexo de mãe dentro da própria psique ( HOPCKE, 2011, p.29).

Ao imaginar-se o conceito explicado anteriormente sobre complexo, podemos fazer uma analogia com uma planta: parte dela existe e floresce acima do solo, na consciência, e parte dela se estende invisível por baixo do solo, onde está ancorada e se alimenta, fora da consciência. Através dos experimentos de associação por Jung, possibilitou um maior entendimento da estrutura egóica e do inconsciente pessoal.

Jung relaciona a intensidade e desenvolvimento do complexo com o desenvolvimento de um sintoma. Quando é intenso e autônomo um complexo, maior será a sua autonomia. Um complexo forte possui uma personalidade cindida. Ramos fundamenta que existe uma relação entre corpo, ego e complexo secundário:

Jung demonstra que o corpo é à base do ego tanto quanto do complexo secundário, na medida em que ambos têm o seu tom emocional baseado em impressões sinestésicas, compreendidas aqui como a totalidade das sensações que se originam dos órgãos corporais, isto é, sensações pelas quais o próprio corpo é percebido (RAMOS, 2006, p.54).

Quando adoecemos observa-se no corpo o seu representante simbólico da psique, o ego, parte considerada consciente da consciência, reverbera e volta simbolicamente para o ego. Observamos então que existe uma relação entre o corporal, através da representação simbólica no corpo, o seu representante, o ego, a parte considerada mais “consciente” da psique, quando adoecemos as sensações do nosso corpo reflete através dos sistemas e simbolicamente volta para o ego. Quando um complexo é constelado não ocorre apenas uma alteração fisiológica, mas também uma transformação no corpo do paciente quer o mesmo perceba ou não. E quando isso ocorre pode aparecer melhor o sintoma no organismo.

Para se entender melhor esse processo onde conteúdos existentes no inconsciente pessoal se constelam como complexo, e de que forma esses mesmos conteúdos podem reverberar ao nível da consciência causando um estado fisiológico, para se entender isso é importante saber se a visão Jungiana sobre o conceito de inconsciente pessoal:

Os materiais contidos nessa camada são de natureza pessoal porque se caracterizam, em partes por aquisições derivadas da vida individual e em partes, por fatores psicológicos que também poderiam ser conscientes. É fácil compreender que elementos psicológicos compatíveis são comprometidos a repressão, tornando-se por isso inconscientes; mas por outro lado há sempre a possibilidade de tornar consciente os conteúdos reprimidos e mantê-los na consciência, uma vez que tenham sido reconhecidos (JUNG, 2007, p.11).

Pode-se perceber a partir desse conceito Junguiano sobre inconsciente pessoal que esses conteúdos pertencem a esse segmento quando se pode reconhecer o passado do indivíduo, seus efeitos os quais tenham uma manifestação parcial e ainda a possibilidade de se chegar a uma origem específica. De certo são partes integrantes da personalidade, pois pertencem a um inventário que teve como consequência perdas produzida na consciência de um modo ou de outro se pode trazer um significado de inferioridade. A origem desta poderia ser não psicológica, mas de uma omissão que geraria um ressentimento moral.

A saída desse processo está diretamente ligado ao que Jung chama “caminho da realização do si mesmo” onde o inconsciente inevitavelmente trará a consciência esses conteúdos reprimidos, ocorrendo assim a ampliação no âmbito da personalidade, isso pode se resumir em um processo de autoconhecimento que poderá processar com maior rapidez

através da análise pois em geral são desagradáveis e por essa causa serem reprimidos. Jung explica essa estrutura de busca de si-mesmo quando afirma:

Todo esse material acrescentado à consciência determina uma considerável ampliação do horizonte, um aprofundamento do autoconhecimento e principalmente humaniza o indivíduo, tornando-o modesto. Entretanto, o autoconhecimento, considerado pelos sábios como o melhor e mais eficaz para o homem, produz diferentes efeitos sobre os diversos caracteres (JUNG, 2007, p.12).

Entender essa a estrutura da psique que Jung traz é importante, pois se pode compreender melhor a manifestação da doença no organismo em seu estado simbólico. Como foi escrito anteriormente o ego apesar de estar conectada a consciência ele não permite uma visão óbvia dos conteúdos conectados ao complexo constelado no inconsciente pessoal, a saída para desmistificar essa sensação de enfermidade no indivíduo é ter acesso a esses elementos que estão reprimidos. Somente dessa forma que poderá ser através de processos terapêuticos o indivíduo tendo total informação sobre esses conteúdos e os resignificando, ao mesmo tempo em que os integrando, poderá ocorrer um resultado favorável e possivelmente a cura.

A energia psíquica segundo Jung é considerada como subcategoria da energia vital. Pode-se considerar que essa energia faz parte da psique. O mesmo ressalta que algumas pessoas possuem em grande quantidade, enquanto que outras e pequena. Pode-se tomar como exemplo o caso do Senador Lyndon Johnson, (STEIN,2006) que aparentava ter mais energia com relação à outra pessoa considerada “normal”. Como senador, escrevia 250 cartas por dia comunicando-se com seus eleitores, sem deixar de cumprir com suas obrigações na Câmara dos Deputados. Confirmando o que foi explicado anteriormente, tem-se:

Algumas pessoas têm uma quantidade tremenda de energia bruta, ao passo que outras mal conseguem levantar-se da cama para a mesa do café da manhã. Num certo sentido, o lado físico da vida afeta fortemente o psicológico, e sentir-se fortemente saudável contribui para o reservatório de energia psíquica como pessoa (STEIN, 2006, p.75).

A relação entre o fenômeno psique-corpo é considerada um tanto paradoxal, tanto é que existem diversas teorias e teóricos que tentam explicar esses fenômenos, os quais têm como base teorias de onde são formulados diversos modelos para ajudar à compreensão deste. Através desses enigmas fez com que alguns pensadores considerassem o físico e o psicológico como dois sistemas paralelos. Jung, não estava satisfeito com relação a esse modelo, tanto é que se punha veementemente a esse reducionismo biológico. O mesmo afirmou que existem esses dois sistemas em que funcionam, hora em paralelo, hora em

conjunto, sendo difícil de conceituar quando começa um e termina o outro. Stein, afirma essa relação através da citação:

Uma vez que a unidade psicossomática é um sistema apenas relativamente e não absolutamente fechado, nem a entropia nem a conservação de energia funcionam nela com precisão. Falando em termos práticos existe, entretanto, uma forte correlação. Se o interesse de uma pessoa em determinada coisa diminui ou dissipa-se, a mesma quantidade de energia aparece frequentemente em algum outro lugar. Os dois objetos de interesse talvez não estivesse relacionados de nenhuma forma evidente; mas o montante total de energia no sistema permanece constante. Por outro lado, uma considerável quantidade de energia, por vezes, desaparece completamente. Uma pessoa pode tornar-se letárgica ou deprimida. Nesse caso, diz Jung, a energia entrou em regressão. Foi escoada da consciência e retornou ao inconsciente (STEIN, 2006, p.76).

Amplificando e interpretando a afirmação citadas anteriormente. Pode-se observar que a energia flui de um sistema para outro de modo a manter um equilíbrio (homeostase). Uma “disfunção” desta é quando adoecemos e, interpretando simbolicamente, quando a nossa energia abaixa. Esse processo precisa de um agente externo, daí o papel do Psicanalista/Psicólogo e suas técnicas: associação de palavras, sand-play, análise e interpretação dos sonhos, ampliações, aplicação de testes psicológicos. Para interpretar e fazer com que o paciente encontre essa “baixa de energia”, tentando restituir o seu estado de equilíbrio anterior ao adoecer.

Através dessa fluidez da energia psíquica podemos relacionar esse processo com a Teoria da Transdução proposta por Ramos:

A teoria da transdução trata da conversão ou transformação de energia ou informação de uma forma em outra. Aqui, o corpo humano é visto como uma rede de sistemas informativos (genético, imunológico, hormonal, entre outros). Cada um desses sistemas tem seu código, e a transmissão de informações entre os sistemas requer que algum tipo de transdutor possibilite a conversão de códigos de um sistema para o outro (RAMOS, 2006, p. 69).

A mente tem uma capacidade de simbolizar na forma linguística ou extralinguística (sonhos, desenhos, etc) sendo considerado um meio de codificação, processamento e transmissão da informação psique-soma. O paciente codifica o seu conflito no sistema somático. Ramos (2006 apud Jung, 1970) relata o conceito de símbolo como “máquina transformadora de energia”, pode ser aqui compreendida como a máquina transdutora pela qual a informação de um sistema (o imunológico) pode ser transduzida para o sistema consciente e vice-versa. É através do símbolo que informa os acontecimentos orgânicos na parte consciente da estrutura psíquica.

Para entender melhor esse processo pode-se trazer como exemplo, dentro dos estudos de Ramos, um paciente, que por acaso sonhou com caranguejos que subiu pelo peito e foi levada imediatamente ao oncologista, diagnosticando um câncer de mama. Observa-se que, nessa situação, a imagem foi facilmente interpretada devido a associação de palavras “câncer” e “caranguejo” nas línguas latinas ( cancro significa tanto a doença como o animal) .

Se fazendo observações mais profundas em relação a esse sonho, poder-se-ia permitir ter um diagnostico preliminar mesmo antes da manifestação visível da doença. Vê-se assim que o caranguejo apresenta-se como símbolo o qual posteriormente transduziu-se em um sintoma e conseqüentemente uma doença, Articulando essa questão somática com a terapia Junguiana é bastante relevante, pois se pode, através de vários métodos, tais como: imaginação ativa, o uso de pintura e argila, denominadas amplificações, torna-se possível se fazer uma transição (transdução) dos conteúdos inconscientes (sintomas orgânicos, emocionais) para o plano consciente.

## **5. A PSICOGÊNESE DA DEPRESSÃO: UMA INTERFACE COM A PSICOLOGIA ANALÍTICA**

A depressão, doença que assola milhares de pessoas, considerada o mal do sec. XX, esta considerada transtorno do humor e sub-dividido de acordo com o DSM IV (2002) em: transtorno depressivo maior, transtorno distímico e o transtorno depressivo sem outra especificação. O primeiro, caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos maiores ( i.é, pelo menos 2 semanas de humor reprimido ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão). O segundo, caracteriza-se por pelo menos 2 anos de humor deprimido na maior parte do tempo, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior. O terceiro é incluído para a codificação de transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios para transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno da adaptação com humor deprimido ou transtorno da adaptação misto de ansiedade e depressão (ou sintomas depressivos acerca dos quais existem informações inadequadas ou contraditórias).

A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior é um período mínimo de duas semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais,

extraídos de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. A fim de contabilizar para um Episódio Depressivo Maior, a presença de um sintoma deve ser recente ou então ter claramente piorado, em comparação com o estado pré-episódicos da pessoa. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, praticamente todos os dias, por pelos menos duas semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para alguns indivíduos com episódios leves, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado. Alguns indivíduos salientam queixas somáticas ( p. ex., dores ou mazelas corporais em vez de sentimentos de tristeza DSM IV (2002).

Para Fierz (1997) a depressão é caracterizada em sua reflexão analítica de que o paciente não está apenas “triste” o mesmo perdeu uma esperança, passa a sentir-se fraco no que resulta tal sentimento ser persistente. Pode-se considerar que sua energia foi retirada da sua consciência ( Ego) e desviada para o “inconsciente”. Fazendo com que o paciente não possua uma força de vontade e uma livre-iniciativa. Conforme o autor supracitado o mesmo faz uma relação entre os sintomas físicos e a depressão:

É desnecessário dizer que a natureza psicológica das constatações de natureza psicológica não nos eximem do dever de realizar um diagnóstico médico diferencial, visto que a doença física pode começar com sintomas depressivos. As moléstias a serem consideradas neste contexto são a nefrite com suburemia, a diabetes melito, doenças cardíacas, envenenamento por bissulfeto de carbono ( a exemplo da indústria de seda artificial), e outros distúrbios tóxicos; há também as doenças neuro-orgânicas incipientes como a arteriosclerose, o mal de Parkinson, o tumor cerebral ou a esclerose múltipla Por outro lado, contudo, o fato de o estado depressivo desaparecer com a melhora ou a cura de um problema físico não prova que a depressão observada não tivesse aspectos psicológicos. Essas depressões frequentemente têm origem dual, por assim dizer. Sob a pressão de um distúrbio físico pode vir a tona que havia muita coisa *psicologicamente errada com o paciente*; o distúrbio físico provocou a descompensação de uma psique que estava longe de ser estável. O desaparecimento do distúrbio físico, então conduz à renovada compensação da psique, o que não significa, contudo, que tudo está psicologicamente como deveria estar. Uma atitude psicológica iria exigir, portanto, que, apesar dos componentes físicos, os sintomas depressivos que se apresentam devem ser cuidadosamente anotados e seus conteúdos levados a sério. (FIERZ, 1997, p. 370-371).

Existe assim uma dificuldade entre a depressão endógena ( que podemos considerar como uma diminuição do neurotransmissor) e claro a psicogênica, falando de acordo com

Byington (2008) quando sua sombra está cronificada. É necessário encorajar o paciente para que o mesmo perceba que existirá uma melhora no final de processo, isso fará com que o psicólogo Junguiano realce o processo psíquico. A natureza incompreensível e esmagadora da depressão precisa ser discutida com o paciente de maneira que torne visível a *autonomia da psique*. É preciso confiar nessa autonomia, pois com a psique autônoma existirá o ressurgimento das forças curativas.

Um ponto a ser elucidado está em que o terapeuta deve tomar cuidado no discurso do paciente sobre a vontade de morrer podendo “**cegar**” o mesmo e levar a agir de maneira que provoque o suicídio. Ao contrário da intervenção farmacológica a Eletroconvulsoterapia (ECT) ou terapia de eletrochoque é muito perigosa em casos de depressão. O tratamento em si é considerado “inofensivo”, pois o choque é considerado um ataque epiléptico artificial, e se for adequadamente conduzido é considerado indolor e seguro.

Depois o psiquiatra declara com orgulho: “Agora podemos encurtar o período de permanência dos pacientes depressivos em mais da metade”; o que torna esse tratamento perigoso. Em 1951, Herbert Lewrenz mostrou em Hamburgo, baseado numa amostra de 595 casos, que a terapia de eletrochoque não cura nem encurta a fase da doença, apenas a interrompe. Os casos de cura completa foram aqueles tratados no final da fase. Se a terapia de eletrochoque for administrada no meio da fase, depois de certo período (de poucos meses a um ano), a depressão poderá voltar a atacar na pessoa que considerava curada. Esse ataque se dá em questão de minutos em sua forma grave, fazendo com que o indivíduo sintasse-se totalmente perdido, e antes que os seus familiares percebam já cometeu suicídio. Isso torna-se uma ato de impaciência do protocolo a ser seguido pelo psiquiatra e/ou neurologista tornando inadequado ao tratamento da depressão (FIERZ, 1997).

Entendemos que o uso do ECT dever ser considerado em último caso, pode levar ao estado crônico da depressão tendo como consequência deste, o suicídio. Deve ser levado à máxima de que cada caso é um caso e entender que o paciente depressivo perpassa por dois processos Junguianos: a individuação e ao encontro com sua sombra. Na depressão o paciente vivencia seus problemas e inequívocos completamente pessoais de modo que somente ele sofre precisamente da maneira como ele está sofrendo. O terapeuta/ psicólogo analítico precisa reconhecer esse aspecto da depressão, a depressão como processo de *individuação*. Por outro lado, a inexistência com relação ao seu “sofrimento único” também é inflacionária, pois mostra a tendência da pessoa em achar que é alguém especial por causa do sofrimento sublime, como Cristo, acima dos outros mortais. Esse aspecto inflacionário da convicção deve ser rebatido, através de uma discussão completa e repetida dos sintomas depressivos. Assim podemos dizer que é possível demonstrar uma característica essencial do processo de



individuação: subjetivamente o processo é único, mas objetivamente se trata de uma experiência humana universal, visto que é a experiência particular de uma pessoa perfeitamente comum.

A depressão está relacionada com a sombra, nos conceitos Junguianos, para isso é necessário conceituarmos que tipo de sombra é essa e aonde encontramos tal processo. A sombra age como um sistema imunológico psíquico, definindo o que é eu e o que é não-eu. Pessoas diferentes, em diferentes famílias e culturas, consideram de modos diversos aquilo que pertence ao ego e aquilo que pertence à sombra.

A psicanalista inglesa Molly Tuby sugere seis outras maneiras pelas quais, mesmo sem saber, encontramos a nossa sombra no dia-a-dia:

Nos nossos sentimentos exagerados em relação aos outros (“Eu simplesmente não acredito que tenha feito isso!”);

No feedback negativo que recebemos daqueles que nos servem de espelhos (“já é a terceira vez que você chega tarde sem me avisar!”);

Nas interações em que continuamente exercemos o mesmo efeito perturbador sobre diversas pessoas diferentes (“Eu e seu amigo achamos que você não está sendo honesto com a gente”).

Nos nossos atos impulsivos e não intencionais (“Puxa, desculpe, eu não quis dizer isso!”)

Nas situações em que somos humilhados (“Estou tão envergonhado com o jeito que ele te trata.”);

Na nossa raiva exagerada em relação aos erros alheios (“Ela simplesmente não consegue fazer seu trabalho em tempo!”) (JUNG, 1991; p.18).

O processo depressivo pode representar uma confrontação com o lado escuro (a nossa sombra). Quando vamos a esse encontro é uníssono que desaceleramos o nosso ritmo de vida, e que observamos o nosso corpo e nos concedamos tempo para estarmos a sós, para que possamos decifrar as mensagens que o mesmo nos transmite. Para Byington (2008) relaciona a formação da sombra como uma decorrência da fixação e elaboração simbólica. É quando percebemos o funcionamento da sombra nos mecanismos de defesa da psique e englobamos símbolos dos diversos gêneros.

Conforme o autor supracitado divide a sombra em dois: Circunstancial e Cronificada. A primeira está relacionada às formações de fixações e das outras defesas dinâmicas circunstanciais que relacionam-se com as funções estruturantes normais. Já a segunda é quando as defesas se consolidam necessitando de uma intervenção de um especialista em psicopatologia tal como o processo de terapia.

Apesar de a Sombra Circunstancial ser menos grave do que a Sombra Cronificada sua identificação é individual e socialmente muito mais importante porque ela é a Sombra que pais, familiares, educadores e colegas podem perceber ainda a sua formação. Nesse caso, ao se ter Consciência de que se está diante dessa função estruturante defensiva, podemos atuar preventivamente e evitar a sua cronificação, que é sempre mais grave, como observamos diariamente em pessoas de família, companheiros de trabalho e homens públicos. Esta é mais uma razão para não considerarmos as defesas normais, pois quando assim fazemos, deixamos as crianças e a sociedade de um modo geral entregues à própria sorte e sujeitos à cronificação, ficando muito mais difícil ajudá-las (BYINGTON, 2008; p. 123).

Diante do exposto podemos dizer que a depressão está relacionada à sombra. Devemos entender que a depressão desenvolve-se como decorrência de vários fatores desencadeantes e dando emergência a incontáveis sintomas físicos e psíquicos e a alterações profundas do paciente com seu mundo interior. Fazendo com que o mesmo torne-se um escravo de si mesmo, sendo submetido à obrigatoriedade de cumprir tarefas sem possibilidade de escolha. Por ter sintomas físicos podemos considerar ou teorizar que deva ocorrer sintomas psicossomáticos, como foi explicado por Ramos (2006) sobre a teoria da transdução. O objetivo da psicoterapia é fazer com que o paciente ao entrar em contato com sua sombra possa entender seu mecanismo e sair desse aprisionamento emocional.

Para Ballone (2007) a inibição global do organismo é um dos sintomas básicos da depressão manifestando-se como uma espécie de freio ou lentificação dos processos físicos e psíquicos de um modo geral, fazendo com que o indivíduo torne-se “apático, desinteressado, lerdo, desmotivado, com dificuldade em suportar tarefas elementares existentes no seu cotidiano”. Fazendo com que o campo da consciência e motivação fique totalmente comprometido tendo como consequência uma enorme dificuldade em manter um bom nível de memória, seu rendimento intelectual diminui a sua libido também.

Segundo o autor supracitado tal processo leva os pacientes caminhar por diversas especialidades médicas tendo como primeira idéia sugerida pela família de que esse “mal-estar” é uma consequência de anemia, fraqueza ou problema circulatório. Essa inibição faz

parte da sintomatologia da depressão, não alterando o seu juízo fazendo com que o mesmo seja considerado um retardado mental.

Essas pessoas que consideram bem intencionadas, mas que não contribuem em nada não costumam ter a mesma fluência para palpitar nos problemas cardiológicos, neurológicos, oftalmológicos, endocrinológicos, etc, mas em psiquiatria se consideram aptos. (BALLONE, 2007; p. 157)

Tendo em vista pelo senso comum sobre a ida ao psiquiatra é que está “doido”, fazendo com que o paciente faça maratonas cansativas, tais como: cursos para pessoas que não têm o que fazer, sempre levados por amigos ou parentes sendo que o máximo que se aproxime de um “médico de cabeça” é o neurologista. O paciente depressivo possui um estreitamento vivencial, caracterizado como uma perda progressiva da capacidade de sentir prazer, conhecida pela psiquiatria como anedonia. O paciente fica apático, incapaz de sentir prazer, Junguianamente falando é quando evoca a sua sombra, o aspecto mais obscuro da sua psique.( Idem,2007)

Em sua forma clássica a depressão se apresenta por meio do chamado episódio depressivo. Deve-se saber que tal estado divide-se em: leve, moderado ou grave estando relacionado com a intensidade. Vale observar através de uma anamnese se tal estado ocorreu uma vez na vida do paciente, como uma única ocorrência ou se tornou repetitivo em algum período de sua vida. (Idem, 2007).

Para a (CID-10 apud BALLONE, 2007 p. 154) a classificação dos episódios depressivos divide-se em:

## **F32- EPISÓDIO DEPRESSIVO**

F32.0- Episódio depressivo leve.

F32.00-Episódio depressivo leve sem sintomas somáticos.

F32.01-Episódio depressivo leve com sintomas somáticos.

### **F32.1-Episódio depressivo moderado.**

F32.10-Episódio depressivo moderado sem sintomas somáticos.

F32.11-Episódio depressivo moderado com sintomas somáticos.

### **F32.2- Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos.**

### **F32.3- Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos.**

Devido ao fato de os estados depressivos se acompanharem de sintomas somáticos, a existência ou não desses sintomas também acaba fazendo parte da classificação. Da mesma

forma que observamos concomitantemente a presença de um episódio depressivo com sintomas psicóticos o que determina diferentes interpretações. Compete ao profissional de saúde mental uma experiência clínica e elaborar um diagnóstico diferencial para não ocorrer iatrogenia. É válido ressaltar as técnicas Junguianas, a exemplo da interpretação das mandalas, o sand-play, análise dos sonhos, fazendo com que o profissional tenha uma formação continuada. E tenha em mente uma máxima, a melhora do seu paciente/cliente.

## 6. CONCLUSÃO

Em toda a extensão dessa pesquisa, desde a sua introdução, foi construído um pensamento voltado para a Psicossomática, trazendo a doença como aspecto simbólico e utilizando a Psicologia Analítica como eixo principal de pensamento. Pode-se observar através do levantamento bibliográfico, que dentro da depressão existem componentes somáticos e é necessário um diagnóstico diferencial. Dentro da depressão mescla a ansiedade, síndrome do pânico dentre outras psicopatologias.

Foram elaboradas algumas abordagens em relação à energia psíquica e como, a mesma, flui na psique levando o indivíduo a uma conduta, e algumas teorias que explicam o adoecer psíquico, isso se tornou relevante para melhor compreensão do processo Psicossomático, pois, este, traz aspectos complexos na sua manifestação como doença.

Tomei iniciativa, desta forma a pensar Psicossomática pelos aspectos mais simbólicos e humanistas, daí a interface com a Psicologia Junguiana e buscar os estudos de Denise Ramos como base de construção desse pensamento. Essa interface entre a Psicologia Junguiana foi construída trazendo Denise Ramos Ramos (2006) com seus estudos sobre a psique do corpo, considero essa atitude correta, pois, ela traduz uma abordagem onde existe uma ligação direta entre corpo-espírito-psique, modelo que foge do aspecto cartesiano. Denise, nessas suas colocações, facilitou a construção do pensamento da doença como símbolo, pois ela vem mostrando uma visão da doença e as várias ferramentas de tratamento desde os tempos primitivos.

Entre muitas ferramentas que tomei ciência, teve uma a qual achei ser um ponto de partida para o que pretendia tratar no meu pensamento, o teste de associação de palavras elaborado por Jung, que através deste formulou diversos conceitos, tais como o de complexos. A representação simbólica do adoecer e como a energia psíquica flui.

O modelo da teoria da transdução para ser mantido um equilíbrio corporal ( restaurando a psique). É válida a contribuição de Jung do processo de interpretação e adoção de mecanismos do adoecer da mente. A partir disso esbocei alguns conceitos sobre essas teorias junguianas, como por exemplo: arquétipos, símbolos, etc. Isso se tornou necessário para delinear melhor meu objetivo com relação em tratar a doença como aspecto simbólico.

Por ter uma ligação muito forte com a teoria Junguiana e com a minha proposta de estudo, a doença como símbolo, é que trago Ramos (2006) como eixo da pesquisa, pois ela traz uma nova proposta para entender o simbolismo da doença onde estão presentes diversos mecanismos de interpretação do inconsciente tais como: imaginação ativa, sand-play, ampliações. Torna a Psicossomática como um campo teórico fazendo com que se tenha uma visão holística do ser humano.

Achei essas técnicas de enorme importância para o tratamento Psicossomático, pois através destas pode-se ter um acesso mais direto ao inconsciente do indivíduo. Isso assegura, no processo terapêutico, adquirir maiores conhecimentos sobre os conteúdos internos dos mesmos. Dessa maneira existe a possibilidade de se criar uma maior relação de empatia com o paciente ao mesmo tempo trazer a consciência os pontos que levaram a este o processo de enfermidade.

Não posso deixar de fazer uma referência em relação ao trabalho em conjunto com o psiquiatra, pois tratando a doença como símbolo é trazer simultaneamente os aspectos fisiológicos ligados ao corpo, mas também conectados aos conteúdos internos o que Jung chama complexos pessoais, portanto pode-se afirmar que neste ponto da fisiologia psiquiatra se faz importante.

O que eu posso concluir a partir desses estudos narrados anteriormente em relação, a doença como símbolo, é que primeiro, ao sermos “Junguianos” não significa abandonar outras técnicas, mas sim englobar as já existentes a uma gama de novos conhecimentos que vão surgindo na evolução da ciência, um exemplo disso que posso afirmar são os novos estudos da neurociência em relação às funções cerebrais. Cada vez mais temos importantes informações a esse respeito, cada vez mais se conhece tanto o aspecto fisiológico como psicológicos em relação ao comportamento do homem.

Segundo, penso na necessidade de fazermos mais pesquisas no campo da Psicologia Analítica para embasar e fortalecer ainda mais os modelos estudados. Terceiro, trazermos seja

nós Psicólogos, Psiquiatras ou Psicoterapeutas, uma interface com diversas áreas: Eneagrama, estratégia de coping, fatores de resiliência na análise, dentre outras. Isso de certa forma pode ampliar nossa percepção como profissionais da área ajudando a enfrentar o momento atual onde as doenças emocionais se expandem de maneira desigual, pois, o stress, ansiedade, a falta de qualidade de vida, o imediatismo e várias outras causas contribui para o aumento cada vez maior de doenças Psicossomáticas.

Meu objetivo em trazer esse tema para estudo se justifica, pois, atende a uma necessidade atual de se ter profissionais preparados para o embate dos problemas advindos desse grande resultado do crescimento tecnológico. Na verdade não trago conclusões, apenas pontos de partida para novos estudos e pesquisas. Esse trabalho, cuja temática se conecta a área de Psicossomática, tem também como objetivo ajudar a outros pesquisadores e estudiosos da área como, por exemplo: psiquiatras, médicos, psicólogos, terapeutas, etc. Deixo, portanto aqui nesse projeto alguns pensamentos a serem portadores de reflexões pra cada profissional nos seus aspectos internos, ou em relação às suas atividades como orientadores da humanidade.

## REFERÊNCIAS

Ballone, Geraldo José. **Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática** / Geraldo José Ballone, Ilda Vani Ortolani – 2. Ed. rev. e ampl. – Barueri, SP: Manole,2007.

Byington, Carlos Amadeu Botelho **Psicologia simbólica Junguiana: uma viagem de humanização dos cosmos em busca de iluminação.**/ Carlos Amadeu Botelho Byington.- São Paulo: Linear B, 2008.

FIERZ, HEINRICH KARL; **Psiquiatria Junguiana** / Heinrich Karl Fierz: tradução Claudia Gerpe Duarte. – São Paulo: Paulus, 1997. – (Amor e Psique).

GRINBERG, Luiz Paulo; **Jung: o homem criativo**; São Paulo: FTD,1997.

HOPCKE, Robert H. **Guia para obra completa de C.G. Jung**; trad. De Edgar Orth e Reinaldo Orth- Petrópolis, RJ : Vozes, 2011.

JUNG, Carl Gustav, **O Eu e o inconsciente**; trad. de Dora Ferreira da Silva. 20ª ed. Petrópolis, Vozes, 2007.

JUNG, Carl Gustav. **O homem e seus símbolos** 11 ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1992.

RAMOS, Denise Gimenez; **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença** 3 ed. rev. e ampl. São Paulo: Summus, 2006.

SHARP, D. **Léxico Junguiano**. São Paulo, Cultrix, 1997.

SILVEIRA, N. **Jung**. Rio de Janeiro, São Paulo, 1997.

ROUDINESCO, ELISABETH & PLON, MICHAEL; **Dicionário de Psicanálise**; trad. Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

STEIN, Murray **Jung: o mapa da alma : uma introdução**; trad. Álvaro Cabral; revisão técnica Marcia Tabone. 5ª ed.; São Paulo: Cultrix, 2006.