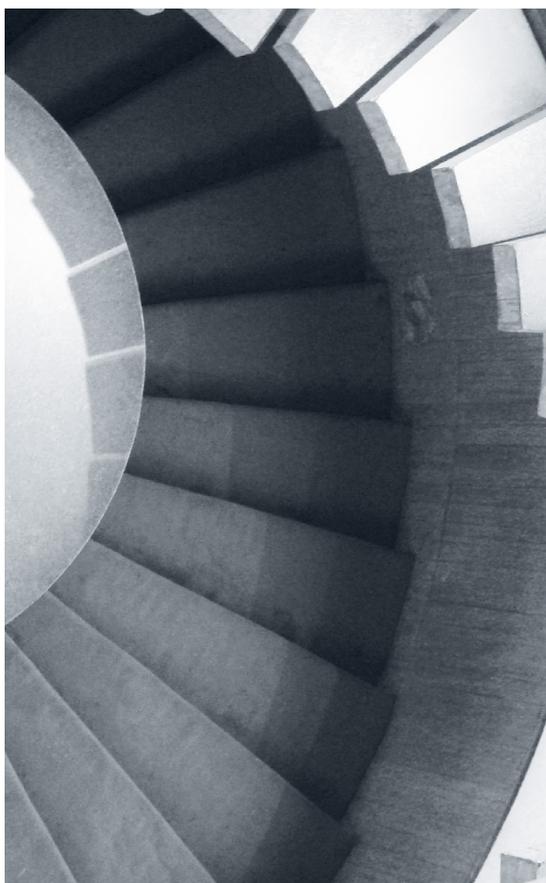


O curador-ferido e a individuação

Renata Ferraz Torres*

Resumo

Este trabalho tece reflexões a respeito da importância da elaboração do arquétipo do curador-ferido na vida do analista. A autora discorre sobre livros e artigos de periódicos que endereçam o tema. ■



Palavras-chave
Arquétipo do curador-ferido, individuação, elaboração simbólica.

* Adaptado de palestra proferida no 7º Congresso Latino Americano de Psicologia Analítica, realizado em Buenos Aires no ano de 2015.
Médica pela USP, psiquiatra pelo HC-FMUSP, membro analista da SBPA-SP e da IAAP, membro da Comissão de Ensino da SBPA-SP renata.ferraz.torres@gmail.com

O curador-ferido e a individuação

Este é um trabalho que se pretende ser além do teórico. A ideia não é discorrer teoricamente sobre o arquétipo do curador-ferido, mas compartilhar observações e questionamentos que possam aprofundar a vivência e levar a uma compreensão transcendente a respeito do tema. Para isso, trarei algumas histórias de curadores que também são feridos e de feridos que também são curadores.

Acredito sinceramente que buscar uma reflexão a respeito do arquétipo do curador-ferido, assim como a elaboração desse aspecto em sua individuação, é tarefa fundamental para qualquer profissional de saúde. O que dirá do analista.

Ninguém escolhe uma profissão de saúde de maneira incólume. Uma escolha como essa vem a serviço de algo, tem algum significado anímico profundo. Atende a uma vocação, a um *daimon*, para alguns. Para outros, pode ser um caminho defensivo, a serviço de uma sublimação, ou até representar uma formação reativa. Ao longo da vida de um mesmo indivíduo, essa resposta pode oscilar, sendo ora uma coisa, ora outra. Nesse sentido, permanecer com a pergunta pode ser mais proveitoso do que respondê-la apressadamente, na tentativa de se livrar do questionamento.

Como acontece com os arquétipos, podemos vivê-lo em diferentes níveis. O arquétipo do mestre-aprendiz é vivido num determinado aspecto enquanto se é aluno, e em outro, quando se torna professor. Assim é com o arquétipo da Grande Mãe ou do pai: num nível quando se ocupa o papel do filho, em outro nível, no papel parental. E assim também é com o arquétipo do curador-ferido: ele é vivido numa dimensão quando se é o curador, e em outra dimensão quando se tem uma ferida. Mas o que dizer daqueles que, ao longo da vida, ocupam as duas pontas do espectro, concomitantemente?

Na mitologia grega, temos que Quíron, o centauro que era versado nas artes da cura, levou

uma flechada não intencional de Hércules, seu discípulo. A flecha almejava atingir outros centauros e físgou Quíron na coxa, produzindo uma ferida muito dolorosa e que tinha a propriedade de nunca cicatrizar. Nesse símbolo do centauro podemos observar a dualidade entre a razão (metade humana) e o instinto (metade cavalo), caracterizando um conflito entre a medida harmoniosa, apolínea, e a pulsão animal, dionisíaca. Aqui nasce, na referência da mitologia grega, um exemplo paradigmático do arquétipo do curador-ferido: Quíron ensina medicina, mas é incapaz de curar-se. Sendo imortal, deve carregar essa dor para sempre. Num trágico fim sacrificial, mas com um caráter também libertador, Quíron troca de lugar com Prometeu, conquista sua mortalidade morrendo e torna-se constelação por obra de Zeus. Outro aspecto digno de nota é que Quíron é o mestre de Asclépio, pai da medicina.

Enquanto eu cursava a faculdade de medicina, refleti muito sobre essa dualidade: ser curador e ser ferido, concomitantemente. Ora parecia-me incompatível, em outros momentos, sentia uma esperança de que as duas pontas poderiam se dar as mãos. Ao olhar para os lados, eu não via muitos exemplos de médicos ou estudantes portadores de alguma enfermidade. Pegava-me pensando, também, que muitas pessoas têm feridas não expostas, e que podem estar vivendo a dualidade do arquétipo do curador-ferido sem que ninguém perceba. Feridas psíquicas, angústia existencial, quando não uma doença mental.

Lembro-me, no entanto, do espanto que tive numa aula de genética em que discutíamos os limites éticos da tecnologia. Um colega expressou que achava que seria um ótimo médico, pois nunca ficava doente. Senti um grande estranhamento. Para minha surpresa, nem a professora nem os outros alunos esboçaram qualquer inquietação, e a aula seguiu normalmente após aquela declara-

ção. Esse fato aconteceu há cerca de 20 anos, e sua lembrança ainda é nítida em minha memória. Essa passagem ilustra a tendência a considerar que o médico não sofre ou adocece, que sua vivência é diametralmente oposta à do paciente. É uma tendência perigosa, pois cinde arquetipicamente a dualidade curador/ferido, aumentando a distância entre o médico e seu paciente, contribuindo para uma relação entre eles que é desfavorável. Além do mais, não é verdadeira: a qualquer momento o médico pode adoecer e, neste prisma apolíneo, encontra-se despreparado para enfrentar o outro polo.

Ao longo dos anos, dois livros me influenciaram muito, e trago-os comigo, como leitura de referência, nesse aspecto de grandes curadores portadores de feridas incuráveis. Ambos foram escritos por mulheres norte-americanas e têm uma força própria que só o relato autobiográfico é capaz de atingir.

Uma das autoras é a psicóloga Kay Redfield Jamison (JAMISON, 2009), que é professora de psiquiatria na Universidade Johns Hopkins, nos EUA. Ela é um grande expoente no estudo do transtorno afetivo bipolar. Escreveu muitos artigos científicos sobre o tema, inclusive sendo coautora de um compêndio sobre a doença, publicado em 1990, que se tornou uma grande referência no campo de estudo psiquiátrico. Pois em 1996, Kay surpreende ao publicar um livro autobiográfico revelando ser ela própria portadora do transtorno bipolar. No livro, relata seus dramas pessoais e a batalha com a doença que a levou a depressões seríssimas, inclusive com uma tentativa de suicídio, além de manias psicóticas e estados mistos, em que se experimenta concomitantemente sintomas de depressão e de mania. Também escreve sobre sua batalha na aceitação do remédio maravilhoso e maldito que a fez passar por muitos efeitos colaterais, mas que terminou por salvar sua vida: o lítio.

A outra autora que é para mim um exemplo é a médica Rachel Naomi Remen (REMEN, 1998), pediatra de formação, chegou a ser catedrática e diretora-adjunta da clínica de pediatria da Univer-

sidade de Stanford, na Califórnia. Rachel hoje trabalha como terapeuta em psico-oncologia, além de atender outras pessoas portadoras de doenças graves, com expectativa de vida curta. Sua história como paciente é pungente e extraordinária: aos 15 anos foi diagnosticada com um grave caso da doença de Chron, uma patologia intestinal de difícil manejo. Desde a adolescência foi submetida a doses tóxicas de medicação, a única alternativa para mantê-la viva, passando por diversas cirurgias grandes. Teve muitas ocorrências dramáticas, como entrar em coma depois de um sangramento muito forte no início da doença, ganhar uma barba cerrada aos 16 anos de idade em decorrência do uso de altas doses de corticoide, a ponto de ter que se barbear todos os dias. Além disso, ainda em decorrência da toxicidade das medicações que almejavam mantê-la viva, Rachel sofreu fraturas espontâneas em diversos ossos, quase morreu depois de uma cirurgia, e teve uma perda significativa de sua visão por catarata e glaucoma. Aos 29 anos, teve boa parte de seu intestino removido cirurgicamente, ficando com uma bolsa de ileostomia. Recebeu sentença de morte de médicos, que disseram que ela não chegaria à meia-idade. Em função disso, desistiu de se casar e de ter filhos, mas está viva até hoje, aos 76 anos de idade, dando palestras, *workshops*, atendendo na clínica e sendo autora de alguns livros que considero extraordinários. Essa pessoa, com uma história de doença tão dramática, é uma incrível curadora.

“Uma mente inquieta”, de Kay Redfield Jamison, e “Histórias que curam”, de Rachel Naomi Remen, são livros que recomendo fortemente para qualquer estudante ou profissional de saúde que queira se aprofundar no testemunho do que é viver as duas polaridades do arquétipo do curador-ferido concomitantemente.

Em seu livro, Remen (1998) conta diversas histórias sobre seus pacientes e outras sobre si mesma. Uma dessas histórias de que gosto especialmente é a respeito de sua recuperação após uma cirurgia abdominal de emergência, motivada por peritonite e sépsis. Rachel conta que, ao ser levada às pressas para a sala de operação, o cirurgião – também

um amigo pessoal – disse, correndo ao lado de sua maca: “você sabe, devido à infecção, teremos que conseguir uma cicatrização por aderência primária” (REMEN, 1998, p. 83). Rachel comenta que essa conversa era típica de colegas médicos, como se estivessem dissociadamente discutindo teoria a respeito de um paciente que não estava presente. Relata que ao ouvir “aderência primária”, cheia de remédios e se sentindo muito mal, não atinou para o significado da expressão. Aderência primária significa não dar pontos, deixar a ferida aberta para que o próprio organismo feche lentamente a abertura cirúrgica, em seu próprio tempo, pois a ferida está infectada e não deve ser fechada para dar a oportunidade de que o organismo purgue e se livre da infecção. Rachel só se deu conta no dia seguinte da cirurgia, quando a enfermeira veio trocar seu curativo, e ela, horrorizada, vê uma grande ferida aberta, como tantas vezes vira durante uma cirurgia em um paciente anestesiado, antes que fossem dados os pontos. Ficou terrivelmente chocada, pensando que não havia como uma coisa dessas sarar. Nos dias subsequentes, não olhava para a ferida durante a troca de curativo operada pela enfermeira, cética e desesperada. Depois de mais ou menos uma semana, ocorreu a ela que, afinal de contas, continuava viva. Talvez ela não fosse morrer em consequência daquela ferida. Pensou muitas coisas sobre o que fazer com aquela lacuna – a seu ver impossível de ser preenchida – antes de tomar coragem e olhar novamente a cicatriz cirúrgica. Quando finalmente olhou, percebeu que a cicatriz começava lentamente a se fechar. Isso passou a ser um ritual diário: a enfermeira vem trocar o curativo da cicatriz e Rachel observa “aquela grande ferida, do modo lento e paciente de todas as coisas naturais, gradualmente se tornava uma cicatriz da espessura de um fio de cabelo” (REMEN, 1998, p. 37). Observa como ela, médica, não tinha nenhum controle sobre aquilo, o que se constituiu numa experiência “que infunde humildade”.

Humildade é uma palavra-chave na vivência orquestrada pelo arquétipo do curador-ferido. Não é possível controlar nem conduzir alguns processos de cicatrização e regeneração: eles têm seu pró-

prio tempo, cabe apenas observá-los, aguardá-los e muitas vezes admirá-los. A cura possível virá no tempo possível, e é preciso aprender a ficar em paz com essa realidade. A palavra aceitação também tem um lugar cativo nesse processo. Algo acontecerá de dentro para fora, e cabe apenas aceitar.

O livro de Kay Redfield Jamison (2009) é mais linear do que o livro de Rachel. Enquanto o segundo pode ser lido de forma não consecutiva, pois conta inúmeras histórias, algumas em que Rachel figura como curadora e outras, como paciente; o livro de Kay conta sua biografia cronologicamente, desde menina crescendo com seus pais e irmãos até a idade madura, passando pelos múltiplos episódios de transtorno afetivo bipolar. É notável a gravidade de seu quadro, pois ela chegava a ter manias psicóticas em que experimentava delírios e alucinações. Tão notável quanto o aspecto patológico, está também a fibra e tenacidade com que se agarra à vida. E é muito bonita a descrição da aliança terapêutica que constitui com o seu psiquiatra, o qual via semanalmente, e ambos estabeleceram um vínculo de muito respeito, cumplicidade e seriedade. Além da medicação, Kay enfatiza a importância da psicoterapia mesmo em casos psiquiátricos graves. Suas mazelas fizeram com que compreendesse e tivesse empatia por pacientes com transtorno bipolar do humor que tinham dificuldades semelhantes às suas, como, por exemplo, a aceitação da medicação. Conta minuciosamente como era difícil aceitar o lítio, que lhe trazia efeitos colaterais importantes – vale dizer que naquela época tomava-se doses substancialmente superiores, e a composição da medicação era um pouco diferente – e a colocava numa linha de normalidade que lhe parecia medíocre. Queria dormir quatro horas por noite e se sentir suficientemente descansada, porém isso só acontecia quando estava numa leve hipomania, que durava poucos dias e logo escorregava para uma mania desastrosa.

Após o livro autobiográfico, Kay escreveu outro volume, intitulado “Tocado pelo fogo: a doença maníaco-depressiva e o temperamento artístico” (REMEN, 2007), em que descreve casos de

artistas já falecidos nos quais existe um provável diagnóstico de transtorno de humor bipolar e um traço de genialidade. No livro, ela examina as relações entre o temperamento artístico, um desajuste psiquiátrico e a genialidade. De fato, a autora organizou junto com um amigo músico uma série de concertos com a Filarmônica de Los Angeles em um programa baseado na música de alguns compositores que sofreram com o transtorno bipolar. O objetivo era despertar a consciência para os transtornos mentais e também um olhar para a criatividade que acompanha tais temperamentos.

Nesse sentido, Kay convida-nos a um certo “elogio ao desajuste”: no doente mental existe muita criatividade. A esse respeito, escreveu Kay:

Há muito tempo abandonei a noção de uma vida sem tempestades, ou de um mundo sem estações secas e assassinas. A vida é por demais complicada, é constante demais nas suas mudanças para ser diferente do que realmente é. E eu sou, por natureza, instável demais para ter outra atitude a não ser de uma profunda desconfiança diante da grave artificialidade inerente a qualquer tentativa de exercer um controle excessivo sobre forças essencialmente incontroláveis. Sempre haverá elementos perturbadores, propulsores [...]. No final das contas, são os momentos isolados de inquietude, de desolação, de fortes convicções e entusiasmos enlouquecidos, que caracterizam nossa vida, que mudam a natureza e a direção do trabalho e que dão colorido e significado final ao amor e às amizades (JAMISON, 2009, p. 258).

Tais reflexões são importantes contrapontos à cultura vigente, que tende a valorizar exclusivamente o equilíbrio, a previsibilidade, a estabilidade. Também na instabilidade se encontram forças curadoras e regeneradoras. Rachel escreve:

Frequentemente, um período de crises é um período de descobertas, um tempo

em que não conseguimos manter o antigo modo de fazer as coisas e entramos em uma acentuada curva de aprendizado. Às vezes é preciso uma crise para iniciar o crescimento (REMEN, 1998, p. 109).

Estamos aqui nos concentrando em exemplos nos quais os profissionais de saúde têm uma doença crônica, mas o mesmo pode ser vivido quando eles têm uma doença aguda, ou quando uma doença crônica é deflagrada. Os abalos na transferência e contratransferência são inevitáveis, pois agora o profissional precisará cuidar não só do outro, como também de si mesmo. Ele pode precisar se ausentar do consultório por um período ou pode ser capaz de continuar os atendimentos, mas sob a constelação do arquétipo do curador-ferido tendo ativado a figura do médico ferido em si, o que necessariamente vai afetar a sizígia analista/analizando.

O autor junguiano Groesbeck publicou o ótimo artigo “A imagem arquetípica do médico ferido” no primeiro volume da Revista Junguiana. Nele, o autor aponta:

A verdadeira cura só pode acontecer quando o paciente entra em contato com seu “médico interior” e dele recebe ajuda. E isto só pode se dar caso sejam retiradas as projeções feitas sobre a persona do médico. Para tanto, é necessário que o médico entre em contato com o seu próprio lado ferido (GROESBECK, 1983, p. 77).

A partir dessa reflexão, percebemos o quanto é importante a tal humildade de que nos fala Rachel. Um médico ou terapeuta arrogante e identificado com a face exclusivamente apolínea da profissão de cura pode prejudicar o paciente em seu processo. A história de vida de Groesbeck demonstra uma vivência ativada do arquétipo do curador ferido: em sua primeira infância, o dedo médio de sua mão direita foi violentamente decepado num acidente. Conta que já era adulto, casado e com filhos quando teve um sonho que

modificou sua maneira de ver a profissão. No sonho, ele estava perto de casa, procurando animais. Avista um macaco com um camundongo que tinha uma mão direita esquisita, semelhante à sua. O macaco então coloca e tira a mão de um cesto contendo fezes. Ao acordar, reflete que o sonho parecia dizer que o trabalho de ser curador requer também que, às vezes, o lado ferido e as áreas vulneráveis devam ser constantemente submetidos à exposição do lado sombrio da vida real, para se ficar com as mãos sujas e se conseguir manter em contato com o que quer que seja que os pacientes tragam, numa relação terra a terra. Considera que o sonho parecia dizer-lhe que, para que ele fosse um verdadeiro curador-ferido, deveria manter constantemente a “mão na massa” e somente isso poderia promover o processo de crescimento.

O filósofo gaúcho Gerd Bornheim (2009) escreveu longamente sobre a experiência negativa, como sendo responsável pelo despertar para a filosofia e o aprofundamento do hetero e autoconhecimentos. Ressalta a experiência negativa – que, para nossa reflexão, pode ser representada pela vivência da ferida incurável na vida do profissional de saúde – como sendo fundamental na saída de uma posição dogmática e de identificação com o mundo. O autor coloca que a experiência negativa é um passo necessário para se desenvolver o espírito crítico, o questionamento e a inquietação, condições precípuas ao filosofar. Acredita que a experiência negativa acarreta numa “perda do mundo”, mas também de uma “reconquista do mundo”, motivado pela reflexão e metanoia.

Podemos refletir sobre as feridas na vida do próprio Jung. Desde as vulnerabilidades da infância, quando, depois de uma ocorrência traumática, não queria mais ir à escola e sofria de desmaios, até o período frágil e perturbador que viveu depois da ruptura com Freud, período em que tinha visões e experiências psíquicas assustadoras e desconcertantes. Nesse período, embora não tenha deixado de atender pacientes, atendia em menor número, e trabalhava com as mãos intensivamente, esculpindo, pintando, escrevendo.

Adolf Guggenbühl-Craig (1983), também num artigo publicado no primeiro volume da Revista Junguiana, discorre sobre o que chamou de arquétipo do inválido e sobre os limites da cura, tanto na análise quanto na medicina. Faz uma distinção entre o arquétipo do inválido (que governa aquilo que nunca poderá ser curado) e o arquétipo da criança (que está temporariamente dependente, mas vai crescer e tornar-se autônoma). De fato, muitas são as vezes em que um doente é tratado como uma criança, quando lhe é dito: “me dá o bracinho”, “é só uma picadinha”, dentre outros diminutivos afetivos e regressivos, que podem ser irritantes ou mesmo desconcertantes. Guggenbühl-Craig faz uma importante observação: de que “a vida pode ser vivenciada sob a estrela da saúde ou da doença, independentemente do real estado de saúde” (GUGGENBÜHL-CRAIG, 1983, p. 100). Assim como o arquétipo da grande mãe pode ser fortemente constelado na vida de uma mulher sem filhos, o arquétipo do inválido pode aparecer na vida de uma pessoa que não esteja particularmente vivendo uma situação de doença. O autor observa que o arquétipo do inválido pode ter um efeito positivo sobre alguém que o vivencia, infundindo modéstia e contrapondo-se à soberba. Pode constelar em outras pessoas à sua volta bondade e paciência. Ressalta também que nossa cultura vive num tempo em que existe um furor curandis: antigamente as pessoas passavam pela vida com um temperamento melancólico, hoje em dia precisam ser rapidamente medicadas. É claro que existe aí um avanço tecnológico louvável, que representa um acréscimo, mas é importante refletir o quanto vamos ficando intolerantes com sofrimento: tudo precisa ser curado, tratado, bem-sucedido, superado.

Henry Abramovitch, analista junguiano ligado à Sociedade de Israel, esteve no Brasil ministrando uma conferência sobre o arquétipo do curador ferido e sua vivência em primeira pessoa, tendo ele passado por um câncer. Precisou se ausentar da prática clínica subitamente depois do diagnóstico, para submeter-se a

tratamento que incluía quimioterapia, perda de cabelo, e outros efeitos colaterais oncológicos. Contou como foi o processo de sofrer as modificações acarretadas pela doença, e como isso impactou seu consultório, com as fantasias e pensamentos contratransferenciais e transferencias. Explorou suas práticas progressas, e percebeu que há um quê de onipotência quando dizemos a um paciente no momento de alta que “se quiser voltar, as portas estarão sempre abertas”. Quem garante que estaremos sãos, ou mesmo vivos? (informação verbal).¹

De fato, a pequenez no ego diante dos desígnios do *Self* é tremenda. Nosso estado de saúde física e psíquica é, no máximo, um equilíbrio dinâmico, um barquinho de papel num oceano.

Viktor Frankl (2008), em seu livro pioneiro sobre os campos de concentração, “Em busca de sentido”, relata que a própria sobrevivência pode depender de buscar e encontrar um significado para aquilo que se vive. Nos campos de concentração, aqueles que conseguiram manter um senso de significado e propósito em seu sofrimento foram mais capazes de sobreviver às privações e atrocidades de sua vida diária do que os outros para quem o sofrimento não tinha sentido.

Um texto anônimo, desses que circula na internet, diz: “Carregue sua cruz com classe”, e depois continua em estrofes enaltecendo a importância de não ser presa de uma autocomiseração que pode ser paralisante. Eu gosto mais do título do que do texto. Carregue sua cruz com classe pode ser uma elegia ao fato de que cada um de nós carrega uma cruz, uma ferida. Uma das tarefas da vida é dar conta do sofrimento, da experiência negativa de que nos fala Gerd Bornheim (2009), e a partir da qual é possível o autoconhecimento e a dedicação ao outro.

Rachel Remen (1998) conta uma história sobre um seminário organizado por Joseph Campbell para médicos sobre a experiência do sagrado. Ela estava presente na plateia, e Joseph Campbell foi mostrando diversos *slides* de ima-

gens sagradas: pinturas, estátuas, cerâmicas, tapeçarias e vitrais de diversos lugares e épocas. Mostra uma imagem de Shiva, o deus hindu, dançando em círculo com brasas feitas de bronze. As mãos de seus muitos braços seguram símbolos da abundância do mundo espiritual. Enquanto ele dança, um de seus pés fica erguido bem no alto, e o outro é sustentado pelas costas nuas de um homenzinho agachado na terra, que tem toda a sua atenção voltada para uma folha que está na sua mão. Os médicos, treinados na observação, apesar da beleza do deus dançante, focaram sua curiosidade no homenzinho curvado. Perguntaram a Joseph Campbell, que começou a rir, explicando que o homenzinho é uma pessoa tão absorva no estudo do mundo material que nem mesmo percebe que um deus vivo dança em suas costas. Rachel observa que existe um homenzinho desses em cada um de nós.

As artes da análise, às vezes, nos exigem o movimento oposto ao de focalizar a atenção no homenzinho; tentar ver a chamada *big picture*, escutar e compreender o outro de uma forma mais integrada e vivenciar tanto o sagrado e quanto o profano das relações.

Podemos a qualquer momento nos interiorizar e perguntar-nos, profundamente: estou em contato com minha ferida pessoal? Que tenho feito de minha relação com ela? Como posso compreender mais a respeito de minha trajetória como curador-ferido?

Aquele analista que conseguir estar em contato profundo com sua ferida interior, e também em contato com os aspectos curador e ferido de seu paciente, poderá operar a função transcendente. Trilhar sua individuação e contribuir para que seu paciente trilhe a dele.

Vou citar Rachel Remen quando diz:

Todo mundo que está vivo já sofreu. É a sabedoria adquirida com nossas feridas e com nossas experiências de sofrimento que nos capacita para curar. Tornar-me uma especialista revelou-se menos importante do que lembrar-me da integri-

¹ Informação fornecida por Henry Abramovitch durante palestra em São Paulo, em mar. 2012.

dade que há em mim mesma e em todas as outras pessoas e confiar nessa integridade. Os conhecimentos especializados curam, mas pessoas que sofrem são mais bem curadas por outras pessoas que sofrem. Somente outras pessoas sofredoras podem compreender o que é necessário, pois a cura para o sofrimento está na compaixão (REMEN, 1998, p. 189).

Quero finalizar lembrando que se diz que, quando os japoneses consertam objetos quebrados, eles exaltam o dano sofrido preenchendo as rachaduras com ouro. Eles acreditam que, quando algo já sofreu danos e tem, portanto, uma história, torna-se mais bonito e único. ■

Recebido em: 23/02/2018

Revisão: 16/05/2018

Abstract

The wounded healer and individuation

This article reflects on the importance of the elaboration of the wounded healer archetype in the life of the analyst. The author talks about books and articles that addresses the theme. ■

Keywords: the wounded healer archetype, individuation, symbolic elaboration.

Resumen

El curador-herido e la individuación

Este trabajo hace reflexiones que tratan de la importancia de la elaboración del arquetipo del curador-herido en la vida del analista. La autora escribe sobre libros y textos de periódicos que se dirigen al tema. ■

Palabras clave: el arquetipo del curador-herido, la individuación, elaboración simbólica.

Referências

BORNHEIM, G. A. *Introdução ao filosofar: o pensamento filosófico em bases existenciais*. São Paulo: Globo, 2009.

FRANKL, V. E. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. 25. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2008.

GROESBECK, C. J. A imagem arquetípica do médico ferido. *Junguiana*, v. 1, p. 72–96, 1983.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. O arquétipo do inválido e os limites da cura. *Junguiana*, v. 1, p. 97–106, 1983.

JAMISON, K. R. *Uma mente inquieta: memórias de loucura e instabilidade de humor*. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

REMEN, R. N. *Histórias que curam: conversas sábias ao pé do fogão*. 3. ed. São Paulo: Ágora, 1998.