

**A religiosidade e sua influência no processo de cura terapêutico**

**Religiosity and its influence in the process of therapeutic cure**

**La religiosidad y el proceso de curación terapéutica**

Recebido: 01/04/2020 | Revisado: 02/04/2020 | Aceito: 04/04/2020 | Publicado: 09/04/2020

**Isadora Pinto Flores**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5429-672X>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [isadoraflores@id.uff.br](mailto:isadoraflores@id.uff.br)

**Eliane Ramos Pereira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6381-3979>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [elianeramos.uff@gmail.com](mailto:elianeramos.uff@gmail.com)

**Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4310-8711>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [roserosauuff@gmail.com](mailto:roserosauuff@gmail.com)

**Carla Maria Portella Dias Bezerra**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3412-8291>

Faculdades Integradas Maria Thereza, Brasil

E-mail: [carlaportella2011@gmail.com](mailto:carlaportella2011@gmail.com)

**Vanessa Carine Gil de Alcantara**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8508-0163>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [vanessagilpsicologa@hotmail.com](mailto:vanessagilpsicologa@hotmail.com)

**Resumo**

A terapia desperta arquétipos e funções psíquicas desconhecidas à consciência humana. Neste caminho, este artigo objetiva pensar a relação entre a religiosidade e o processo de cura no período terapêutico, por meio do arquétipo do curador ferido. O terapeuta, ao ativar suas próprias feridas, inicia um processo curativo juntamente ao paciente, num jogo de projeções e transferências. Através da leitura de produções junguianas e de autores da Psicologia Analítica, foi possível delinear este estudo teórico. O terapeuta, desempenhando o papel de função

transcendente do paciente, leva-o a ativar seu arquétipo do curador ferido, a imagem de uma transcendência religiosa.

**Palavras-chave:** Psicologia analítica; Religiosidade; Curador ferido; Cura; Terapia.

### **Abstract**

Therapy awakens archetypes and psychic functions unknown to human consciousness. In this way, this article aims thinking about the relationship between religiosity and the healing process in the therapeutic period, using the archetype of the wounded healer. The therapist, by activating his own wounds, initiates a healing process with the patient, in a set of projections and transferences. Reading productions of Carl Gustav Jung and Analytical Psychology authors, it was possible to delineate the theoretical study. The therapist, playing the patient's transcendent function role, leads him to activate his archetype of the wounded healer, the image of a religious transcendence.

**Keywords:** Analytical psychology; Religiosity; Spirituality; Cure; Therapy.

### **Resumen**

La terapia despierta arquetipos y funciones psíquicas desconocidas para la conciencia humana. De esta manera, este artículo tiene como objetivo pensar en la relación entre la religiosidad y el proceso de curación en el período terapéutico, a través del arquetipo del sanador herido. El terapeuta, al activar sus propias heridas, inicia un proceso de curación junto con el paciente, en un juego de proyecciones y transferencias. A través de la lectura de producciones jungianas y autores de Psicología Analítica, fue posible esbozar este estudio teórico. El terapeuta, que desempeña el papel de la función trascendente del paciente, lo lleva a activar su arquetipo del sanador herido, la imagen de una trascendencia religiosa.

**Palabras clave:** Psicología analítica; Religiosidad; Sanador herido; Curación; Terapia.

## **1. Introdução**

Historicamente, a prática religiosa tem sido vinculada à presença ou ausência de doenças na vida dos indivíduos. Pode-se observar, ao longo dos milhares de ano da existência humana, que houve uma visão mágico-religiosa acerca de saúde e doença, e as causas dos adoecimentos se relacionavam a elementos naturais ou espíritos sobrenaturais. Transgressões na área religiosa, resultantes da perda da saúde, solucionavam-se por aqueles que possuíam autoridade nessas questões: sacerdotes, xamãs ou feiticeiros. A religião, assim, delineava o olhar de mundo

e a estruturação do cuidado em saúde (Herzlich, 2004 apud Cruz, 2011). Atualmente, tem-se uma variada gama de religiões e crenças que, sendo o ponto de partida para a interpretação mundana daqueles que as praticam, encontram-se presentes como fortalecedoras para o enfrentamento de situações adversas, dentre as quais, a manifestação de uma doença.

A religiosidade, parte integrante da espiritualidade, mas não sua sinônima, “é uma função natural, inerente à psique” (Silveira, 2007, p. 125). A experiência religiosa, derivada de uma função própria humana, é um caminho para ligar o homem ao que nele há de subjetivo e transcendente. Para alcançar esse estado de elevação, a psique atua através de uma função religiosa, encaminhando o indivíduo a um processo de autoconhecimento (Richter, 2005).

Já a espiritualidade, um campo extenso e de maior abrangência, é umas das fontes primordiais de inspiração para o novo, de esperança, geradora de sentido pleno e de capacidade de autotranscendência para o ser humano, e diz respeito a algo que está além do plano físico, finito, num trilhar pela infinitude (Boff, 2006). É a busca por significado e propósito na vida, numa conexão com o eu-mesmo, os outros, o transcendente ou sagrado, e contém a religiosidade (Koenig, 2012; Lucchetti et al, 2012; Puchalski et al, 2009). Por possibilitar a busca e o encontro de sentido para a vida e a compreensão dos acontecimentos, atuando, também, na via religiosa, torna-se facilitadora para um processo curativo.

Na visão da Psicologia Analítica, o homem é, desde o momento de seu nascimento, uma totalidade. Ao longo de sua vida, é possível desenvolver-se nos âmbitos físico e psicológico. Este homem é, concomitantemente, herdeiro das experiências vividas há milhares de anos por seus ancestrais e, também, o autor de sua própria história (Jacobi, 2016; Jung, 2011). Nessa construção, é possível que se diferencie dos seus semelhantes, experimentando sua singularidade no reconhecimento do seu eu interior, de modo que favoreça a sua relação consigo mesmo, com o mundo externo e com os que nele habitam. E, a vivência dos fenômenos espírito-religiosos favorece o desenvolvimento e a construção da individualidade humana (Jung, 1987).

Destarte, a estrutura formadora da personalidade fornece as condições necessárias para que este viva plenamente sua religiosidade. A imagem do que é divino encontra-se no indivíduo. Para que esta emerja, a comunicação do que é consciente com o inconsciente precisa ocorrer (Jung, 2012). A terapia propicia esse momento de autoconhecimento e, também, o encontro com as ferramentas internas para a cura.

Neste caminho, este artigo objetiva pensar a relação entre a religiosidade como função psíquica e o processo de cura no período terapêutico, por meio do arquétipo do curador ferido, e encontrou na Psicologia Analítica de Carl Gustav Jung seu embasamento teórico.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo reflexivo embasado na produção teórica de Carl Gustav Jung e de autores correlatos da Psicologia Analítica. Uma pesquisa descritiva almeja descrever características de uma população e/ou fatos e fenômenos (Gil, 2019). Assim, ela “Não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação” (Vergara, 2016, p. 47).

## 3. Discussão

Serão abordadas, à luz do pensamento junguiano, a relação entre o *setting* terapêutico – terapeuta e paciente – e o encontro da cura para a doença. Considera-se, nesse sentido, que o terapeuta atue como uma ponte para a superfície entre o que está invisível e inacessível ao paciente – inconsciente. Para tal finalidade, serão expostos conceitos principais da Psicologia Analítica para que seja entendido o modelo de funcionamento da personalidade humana e, ainda, como é entendida a questão da religiosidade nessa perspectiva. Destarte, serão relacionados o arquétipo do curador ferido, responsável pelo encontro da cura, e a função religiosa do indivíduo.

Cabe salientar que, para a abordagem aqui discutida, o homem possui, em sua totalidade, ferramentas para que realize ativamente as mudanças necessárias em sua vida. Assim, a terapia se encarrega de fornecer esse auxílio para que o paciente consiga trazer à luz o que necessita e que está imerso em si mesmo.

### 3.1. Conceituação da psicologia analítica

A Psicologia Analítica apresenta como objeto de estudo as instâncias psíquicas. A partir delas, é construído um sistema completo de funcionamento psíquico, possuidor de sua própria energia e que é, inegavelmente, indispensável para que o ser humano esteja em plena atividade.

A psique – totalidade das instâncias psíquicas humanas – é o referencial do ser humano para a concretização de suas ações e atitudes; a maneira como essa se organiza orientará a forma como o indivíduo se vê e atua no mundo. Sua totalidade possui, estruturalmente, subsistemas que atuam conjuntamente, embora distintos entre si, sendo os principais a “consciência” e o “inconsciente”, dividido em “inconsciente pessoal” e “inconsciente coletivo”. Para melhor compreendê-los, serão expostos mais detalhadamente conceitos fundamentais da Psicologia Analítica.

“A “consciência” é a função ou atividade que mantém a relação dos conteúdos psíquicos com o eu”. (Jung, 2013, p. 401). É o nível da psique do qual o ser humano tem conhecimento, sendo possível haver percepção de seu funcionamento; é o estado de alerta. O “ego” ou “eu” é a parte da consciência considerada central, responsável por realizar a travessia dos pensamentos do inconsciente para a consciência, atuando seletivamente; desta forma, o ego organiza a mente consciente: somente as experiências por ele autorizadas tornam-se conhecidas perceptualmente pelo indivíduo (Hall & Nordby, 2012).

O ego lidera um processo na consciência humana nomeado “individuação”, autônomo e inato, que não necessita de estimulação externa para que aconteça, correspondente ao ato de alcançar um nível de diferenciação dos outros indivíduos, fortalecendo a própria estrutura psíquica (Hall & Nordby, 2012). Para que a consciência atinja sua individuação, ou seja, sua autociência, o nível de conhecimento de si do indivíduo deve tornar-se mais profundo e intenso. Jung (2013, p. 426) afirmou que “A individuação [...] é o processo de formação e particularização do ser individual e, em especial, é o desenvolvimento do indivíduo psicológico como ser distinto do conjunto, da psicologia coletiva”. Quanto mais individuada for a pessoa, maior será o fluxo de informações passadas do inconsciente para a mente consciente através do ego. Com o desenvolvimento e diferenciação dos sistemas da personalidade, ocorre, então, a individuação. E, o ego, tão importante para que o homem possa alcançar um conhecimento mais amplo de si mesmo, tem como região adjacente o inconsciente pessoal (Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

O “inconsciente pessoal” é um subsistema da psique humana que conserva, em sua formação, experiências vividas pelo indivíduo que, por determinada razão, foram reprimidas ou impelidas ao esquecimento. Nele, encontram-se ideias e pensamentos com tonalidade emocional que, em agrupamentos, compõem os complexos. Quanto maior o número de experiências ligadas a um complexo, maior será a possibilidade de sua invasão à consciência. Conforme sua força, o complexo pode dominar a percepção consciente, fazendo com que o indivíduo se aprisione a ele, moldando suas atitudes e comportamentos para com o mundo exterior, engessando-o em uma forma estereotipada de expressão. (Silveira, 2007); desta forma, o complexo exerceria sua autonomia, podendo esta ser praticada em diferentes níveis e, em grau elevado, perturbaria o funcionamento normal da psique, levando o indivíduo à neurose ou à psicose, tornando-se nocivos.

O “inconsciente pessoal” é formado pelas experiências pessoais do indivíduo, mas estas somente são vivenciadas de determinada forma pela presença de conteúdos mais profundos da

psique encontrados no “inconsciente coletivo”. E ambos os tipos de inconsciente se comunicam.

O “inconsciente coletivo”, subsistema mais denso da psique humana, é o que o ser humano não tem acesso direto pela consciência. Para Hall & Nordby (2012, p. 31), “é a parte da psique que pode se distinguir do inconsciente pessoal pelo fato de sua existência não depender da experiência pessoal”. É formado por arquétipos, definidos como experiências herdadas ao longo dos anos da existência do homem, repetidas constantemente, tendo, assim, sua impressão na história humana. Assim como os instintos, são predisposições herdadas, ou seja, não são as próprias experiências que surgem inatas no homem antes mesmo do seu nascimento, mas sim a capacidade para lidar satisfatoriamente com situações similares que poderão ocorrer.

Em um contraponto, o inconsciente pessoal é, então, uma camada mais superficial, constituído de experiências pessoais, repousando sob uma camada mais profunda, de experiências inatas e universais, que é o inconsciente coletivo: “um substrato psíquico comum de natureza psíquica suprapessoal que existe em cada indivíduo” (Jung, 2014, p. 15).

Hall & Nordby (2012) afirmam que o inconsciente coletivo é um reservatório de imagens latentes, geralmente denominadas “imagens primordiais” por Jung, onde primordial significa “primeiro” ou “original”. Assim, o primordial estaria se relacionando ao desenvolvimento inicial da psique. Como dito anteriormente, os arquétipos são os conteúdos componentes do inconsciente coletivo. Eles:

[...] são, de acordo com sua definição, fatores e motivos que coordenam elementos psíquicos no sentido de determinadas imagens (que devem ser denominadas arquetípicas) e isso sempre de maneira que só é reconhecível pelo efeito. Eles existem pré-conscientemente e formam provavelmente as dominantes estruturais da psique em si... Como condição a priori, os arquétipos representam o caso psíquico especial [...] do padrão de comportamento que confere a todos os seres vivos a sua índole específica. (Jung apud Jacobi, 2016, p. 37)

O inconsciente coletivo é, portanto, depositário de inúmeros arquétipos, mas, dentre todos que nele se encontram, há dois principais para a discussão: o “*self*” e o “curador ferido”.

O *self* ou si-mesmo representa a totalidade da psique; seu desenvolvimento pleno é o ideal para o equilíbrio do funcionamento psíquico, mas este objetivo nunca é alcançado. É o principal arquétipo. É formado no momento em que as outras partes constituintes da psique estão desenvolvidas. Uma personalidade considerada harmoniosa é aquela que busca constantemente a realização do seu *self*. Jung (2012) postula que o “*self* não é somente o centro,

mas também a circunferência total que abrange tanto o consciente como o inconsciente; é o centro dessa totalidade, como o ego é centro da mente consciente” (Jung, 2012, p. 51).

O arquétipo do *self* forma, juntamente com o ego, o centro da consciência, um eixo chamado ego-*self*. Ambos trabalham juntos. O ego, como dito anteriormente, pode favorecer ao indivíduo obter um maior conhecimento de suas experiências, levando-o à individuação; o *self*, com seu poder unificador, facilita esse equilíbrio. Ego e *self* se comunicam continuamente. O *self* alimenta o ego com suas representações unificadoras arquetípicas. Caso o ego não receba positivamente essas informações, a possibilidade de um desenvolvimento satisfatório da personalidade é freada. A finalidade desse eixo descrito é a totalidade, levando o que se encontra inconsciente à consciência. Assim, para Jung (2013, p. 406), o “eu é o sujeito apenas de minha consciência, mas o si-mesmo é o sujeito do meu todo, também da psique inconsciente. Neste sentido o si-mesmo seria uma grandeza (ideal) que encerraria dentro dele o eu”. O *self* ou si-mesmo contém, então, em si, o todo da psique, compreendendo o eu ou ego e o inconsciente. O eu é, tão somente, o centro da consciência. No entanto, o si-mesmo é o centro de toda a personalidade do indivíduo. Apesar de sua ampla capacidade e poder, ele nada seria sem a participação do eu. Para que conheça mais de si próprio, o indivíduo deve descobrir e assimilar cada vez mais seus conteúdos inconscientes, pois estes são a base da formação de sua personalidade.

O arquétipo do “curador ferido”, ponto principal desse artigo, possui como pano de fundo um mito. Groesbeck (1983) explana o mito de Esculápio, o médico ferido. Na lenda de Epidauro, Apolo unia-se a Corônis, que dava à luz a um filho. Este era abandonado no Monte Títion, conhecido por suas ervas de propriedades medicinais; lá, o recém-nascido fora encontrado e cuidado por um criador de cabras. Nesse encontro entre ambos, ouviu-se uma voz proclamar que aquele bebê encontraria a cura para todas as doenças e ressuscitaria os mortos. Esta criança é Esculápio. Em uma outra versão, Corônis teria traído Apolo com Ísquis e, antes deste acontecimento, ela já estaria grávida. Então, Apolo a assassina e, após esse ato, com sentimento de remorso, através de uma cesariana, retira o filho do ventre da mãe morta. Então, Esculápio é entregue ao sábio centauro Chíron, conhecedor da arte da cura, para ser educado.

Chíron possuía uma ferida incurável, causada por uma flecha envenenada lançada por Hércules e, mesmo como médico, não lhe era possível curá-la. Contudo, no vale do monte Títion crescia uma planta – o chirônio – capaz de curar qualquer picada de cobra ou flechada envenenada, mas que não possuía qualquer efeito em sua ferida.

Esculápio aprendeu com o centauro como utilizar os poderes medicinais das plantas. Por ter adquirido a habilidade de curar e até ressuscitar mortos, adquiriu o *status* de deus, e fora

comparado e associado à serpente, pois esta era capaz de rejuvenescer a si própria, através da troca constante de sua pele, representando a renovação da vida, na qual Esculápio poderia interferir. Cabe lembrar que, nesses tempos, o adoecimento era ligado à transgressão religiosa, e sua cura se dava, também, através da religiosidade. Assim, Esculápio era doença e cura; entretanto, era afetado também pelos males. Ele era capaz de aplicar a cura e se renovar, mas, para isso, também padecia: era necessário viver a doença, compreendê-la para, então, curá-la. Seu método curativo se dava por meio dos sonhos: os enfermos entravam no templo e aguardavam o sonho de cura, no qual ele, como imagem divina, na forma de um animal, habitualmente a serpente, tocava a ferida (Groesbeck, 1983).

Chíron, o centauro ferido e Esculápio, seu aprendiz e, posteriormente, médico, deus e, simultaneamente, doença e cura, representam a ação de busca e materialização da cura: a personificação do curador ferido. No contexto clínico, representam um terapeuta que, ao receber um paciente em estado de doença, física ou psíquica, necessitaria entrar em contato com seu inconsciente e suas próprias questões para compreender o adoecimento e, assim, encontrar uma solução. É necessário sentir a dor na própria carne – conhecer – para auxiliar o outro, num processo empático e transferencial. Este processo, terapeuticamente, repete-se a cada caso.

### **3.2. Religião e cura analítica**

A religião, como expressão antiga e universal da alma humana, deve ser vista como fenômeno social e histórico e, sem dúvidas, como um assunto de extrema relevância para muitos (Jung, 1987). A atitude nascida de religião se mostra ao sujeito como uma oportunidade para que possa trilhar o caminho de sua individuação. Para isso, é necessário que haja implicação e percepção do que é desconhecido – inconsciente – pela consciência. As esferas consciente e inconsciente trabalham de forma compensatória e estão, habitualmente, em desacordo quanto aos seus conteúdos e tendências, pois são opostos formadores na personalidade. “A consciência é um processo momentâneo de adaptação, ao passo que o inconsciente contém não só todo o material esquecido do passado individual, mas todos os traços funcionais herdados que constituem a estrutura do espírito humano” (*Idem*, 2011, p. 1). Desta forma, entende-se que o inconsciente possui as bases do que se manifesta à consciência.

Para que o processo da individuação ocorra, como dito anteriormente, os sistemas da personalidade precisam se desenvolver. E, “Quando a diversidade tiver sido alcançada pelo processo da individuação, os sistemas diferenciados serão integrados pela função transcendente” (*Idem*, 1916 apud Hall, Lindzey & Campbell, 2000, p. 104).



A função transcendente é resultante da união dos conteúdos conscientes e inconscientes. Ela realiza um trabalho de ligação entre cada sistema da psique, com todas as suas tendências opostas. Ela é, de certo modo, uma função com um trabalho “superior”, pois sua atividade é de extrema importância para o funcionamento psíquico do indivíduo, buscando a individualidade e alcance do potencial da personalidade humano, oculto e imerso no inconsciente (Jung, 2011; *Idem*, 1943 apud Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

A transformação psíquica que ocorre em função do processo de conscientização da função transcendente (Jung, 1928 apud Richter, 2005) possibilita um confronto entre os dois lados que constituem a personalidade, “preenchendo assim a lacuna entre a consciência e o inconsciente” (Samuels, 1986 apud Richter, 2005, p. 108).

Há no inconsciente registros de religiosidade, pois esta é uma função da psique. Tal característica foi e continua sendo transmitida através dos séculos. Dentre todos os arquétipos existentes, há aqueles que estão relacionados com representações coletivas de nível religioso como, por exemplo, o arquétipo da imagem de deus. E, os complexos, quando têm suas ideias associadas, unem forças e, assim, podem tornar-se conscientes. Ideias de conteúdo religioso podem vir à tona, dando abertura à manifestação de uma consciência religiosa, que é uma expressão do homem interior e de sua alma na forma mais mística, e é componente de sua personalidade. Assim, o que se encontrava privado ao entendimento exterior passa a ser compreensível e executado através da prática de uma religião (Jung apud Edinger, 1984).

A manifestação de uma consciência religiosa é possível graças à função religiosa, inerente à psique, “que se manifestaria através de uma determinada atitude que o homem assume diante de aspectos fundamentais de seu inconsciente, isto é, quando se envolve em um processo de autoconhecimento” (Richter, 2005, p. 11). Através da prática religiosa, é possível dar vazão ao simbolismo inconsciente. E o homem necessita viver sua vida simbólica e, através dos rituais das religiões, é possível esvaziar-se.

O simbolismo do inconsciente, presente na constituição arquetípica, pode manifestar-se também no processo terapêutico, visando solucionar problemas relacionados ao adoecimento e ao encontro da cura.

Groesbeck (1983) afirma que, um paciente, quando procura ajuda médica ou de um terapeuta, tem como sua maior urgência encontrar a cura para aquilo que o acomete e o faz sofrer. No encontro terapêutico, os envolvidos – terapeuta e paciente – correspondem a expectativas pré-estabelecidas, sendo estas criadas devido à posição de cada um. O terapeuta, por sua natureza profissional e seu aprendizado clínico, dispõe-se a ajudar aquele que o busca. Há, desta forma, uma troca de projeções oriundas de dois lados distintos que, devido ao *setting*

terapêutico, complementam-se. O paciente busca alguém que possa curá-lo, que desperte o seu curador interior. Entretanto, este somente alcança a consciência por meio de projeção na figura do terapeuta, que corresponde ao chamado ativando a sua própria ferida no contato com aquele que busca ajuda. Destarte, a atitude do terapeuta em relação à doença é fundamental para que seja possível desempenhar o papel de função transcendente do paciente: ele é a ponte para a migração de conteúdos inconscientes para a consciência.

Os dois sujeitos envolvidos no processo de cura precisam ser conhecedores de ambas as posturas: a de terapeuta – aquele que possui o saber que leva à cura – e a de paciente – aquele que sofre por algum mal e procura ajuda. “... psicologicamente [...] não somente o paciente tem um médico dentro de si mesmo, mas também existe um paciente no interior do médico”. (Gugenbühl-Graig, 1971 apud Groesbeck, 1983, p. 77).

Jung, ao longo de sua produção, enfatizou que o analista só pode levar o paciente até onde ele próprio chegou. Assim, a cura do paciente ocorrerá somente se o próprio terapeuta sentir, em sua própria pele, suas feridas, e encontrar para elas a cura.

Sobre as projeções que decorrem do processo analítico, o terapeuta deve ocupar-se em buscar dentro de si o seu próprio médico ferido, e não supor um saber externo, que independe do contato com seu arquétipo. E, o paciente, ao invés de creditar ao médico um poder curador, de efeitos milagrosos, deve entrar no processo e se sentir implicado no que lhe diz respeito. Por isso, as trocas inconscientes entre ambos são de grande importância. “Não deve ocorrer apenas a retirada das projeções entre os dois participantes para que aconteça a cura, mas é imprescindível que o paciente entre em contato, a nível profundo, com o arquétipo do médico ferido” (*Ibidem*, p. 82).

Na transferência entre os envolvidos na terapia, “[...] Jung descreve um processo dinâmico, fluido, dentro da transferência, em que as mudanças podem acontecer. Uma “Terceira Pessoa” ou Imagem Arquetípica, com sua polaridade de opostos, surge entre os participantes” (*Ibidem*, p. 80). A “Terceira Pessoa” é o elemento que emerge na troca terapêutica.

[...] estamos operando, o tempo todo, dentro de um sistema que constela uma terceira quantidade (para o analista e para o paciente), um objeto que age para os dois”. Esta imagem arquetípica “tem dois efeitos”: a) Aumenta a consciência do paciente em particular e desperta-lhe o poder de curar-se; b) Tem um efeito reativo sobre o inconsciente coletivo, com alterações na imagem original ou com o surgimento de outras imagens”... Isto deflagra um movimento... pois segue um padrão inato, que Jung chamou processo de individuação. (Meier, 1959 apud Groesbeck, 1983, p. 81)

O produto das permutas transferenciais, que levam ao surgimento da Terceira Pessoa, leva à individuação. Conhecer o médico ferido que habita no inconsciente da psique é praticar o autoconhecimento.

*Ibidem* afirma que o terapeuta toma para si a doença do paciente e suas feridas e, dessa forma, é possível experimentar o lado ferido de sua imagem arquetípica; esta é a forma para ativar suas próprias feridas, aquelas que, talvez, não sejam conscientemente conhecidas por ele. Dessa forma, conecta-se com a imagem arquetípica do médico ferido.

A confrontação do indivíduo adoecido com o que o aflige leva-o a entrar em contato com o que está nele e que pode lhe ser útil. “A finalidade do confronto de nossas feridas pode ser a busca de um caminho para se chegar aos poderes de cura existentes dentro de nós”. (Adler, 1956 apud Groesbeck, 1983, p. 95).

Quando a transferência analítica ocorre positivamente,

O paciente “toma para si” as forças curadoras do analista [...] e começa também a ter a experiência dos conteúdos do aspecto “curador” da imagem arquetípica [...]. Isso por sua vez ativa a própria energia e potência curativa do paciente [...]. O paciente agora começa a tomar parte ativamente no processo terapêutico. Consegue “distanciar-se” e ganha uma nova perspectiva. Começa ele próprio a participar da cura. Fica carregado energeticamente em relação a conteúdos do aspecto “ferido” da imagem arquetípica do, mais uma vez, “médico interior” [...] e a experiência de totalidade se constela. (*Ibidem*, p. 86)

Ao final do processo terapêutico de cura, o paciente torna-se mais individuado. O terapeuta, como função transcendente, leva-o a integrar sua consciência e seu inconsciente, pois, sem ajuda profissional, tão distante da individuação, não conseguiria chegar ao caminho desejado. Além de ser a função transcendente, o terapeuta atua, também, como função religiosa. Essas funções relacionam-se intimamente, e direcionam o paciente para o almejado processo de se individuar.

#### **4. Considerações Finais**

No mito de Epidauro há, como plano de fundo, o aspecto religioso. Esculápio tornou-se um deus, e agia através de imagens animais nos sonhos. Nestes, o inconsciente se manifesta livremente. A religião é, primeiramente, a prática de rituais embebidos de simbolismo. Tais rituais são mediadores para o contato com transcendente. A religião, como fonte incessante de significações, é um caminho para a ativação do arquétipo do curador ferido.

Quanto mais individuado for o homem, com sua função transcendente operante, maior será a possibilidade de autoconhecimento e, desta forma, poderá aproximar-se de sua função religiosa.

A imagem de deus está intimamente ligada ao arquétipo do *self*, que representa a totalidade da psique. Este atributo não deve ser traduzido por perfeição, mas sim por um caráter unificador, que intenciona levar a personalidade a um funcionamento mais harmonioso. O *self* orienta a integração dos sistemas da psique. Esta integração não é completada totalmente, mas seu caminho deve ser trilhado por toda a vida.

A imagem arquetípica do médico ferido é de um ser que possui, em suas mãos, a chave da cura. Humanamente, os indivíduos não estão aptos a realizar curas milagrosas, mas, através da ativação desse arquétipo, esse objetivo pode ser alcançado. O médico ferido é, em essência, um curandeiro, um deus ou uma entidade com poder suficiente para livrar da morte uma vida. E as religiões pregam a cura e salvação tanto do corpo físico quanto da alma.

A cura não depende de apenas um arquétipo ou de determinado fator da psique humana. Sua realização depende do funcionamento geral da psique, e isto inclui a comunicação entre a consciência e o inconsciente. Essas trocas possibilitam ao indivíduo seu desenvolvimento e um entendimento maior de sua existência, visualizando que o outro não é uma mera continuação dele mesmo, e que ele não é uma continuação do outro. Ele é ser individual.

O curador ferido é a imagem de uma transcendência. Feridas e cura são polos opostos de uma mesma situação: a doença. A função transcendente é a união de opostos que, outrora, confrontaram-se, mas, em decorrência de um trabalho minucioso, complementam-se. As lacunas deixadas pela consciência são preenchidas pelo inconsciente, e vice-versa. Há a ideia de complementaridade, e não de suplantação. A ideia da união e coexistência de opostos está, também, presente na religiosidade – o bem e o mal, o céu e o inferno, deus e o diabo. Neste sentido, a religião oferece um caminho para a cura, pois leva o indivíduo à confrontação de seus conteúdos opostos.

As funções transcendente e religiosa são intrínsecas à psique. Para alcançá-las, o indivíduo deve trilhar o caminho de seu desenvolvimento, reconhecer seus próprios conflitos, curar-se de feridas psíquicas e físicas, recolher suas projeções e implicar-se em sua própria existência. O adoecimento provoca uma redução na percepção consciente, e priva o ser humano de entrar em um contato mais profundo com ele mesmo. Cabe ao terapeuta direcioná-lo nessa caminhada para se atingir, então, a cura terapêutica. A resposta está inconsciente; necessário é trazê-la à superfície.

Através da religiosidade e espiritualidade, que inspiram o novo e elevam à uma transcendência e integralidade da personalidade, ao indivíduo é possível dar mais passos ao encontro da sua individuação.

No atual momento da sociedade, com o excesso de informações negativas devido às crises desse período, torna-se necessário olhar para dentro, buscando no interior de si mesmo e seu simbolismo respostas. Refletir acerca da vida e ressignificar os fatos da atualidade, por vezes, requer um olhar minucioso e atento. O terapeuta, com sua escuta treinada e seu conhecimento adquirido possibilita, então, ao paciente que encontre a cura para sua doença da alma. A terapia, nessa perspectiva, cura e fornece “medicamentos” para o enfrentamento das adversidades mundanas.

Sugere-se que sejam realizados estudos acerca da relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde, campo vasto e fértil para produção de conhecimento. Os fenômenos relacionados à referida área estão presentes nas mais diversas culturas e, no ambiente da terapia, percebe-se a força de sua influência na saúde dos indivíduos, seja ela benéfica ou maléfica. Assim, torna-se imprescindível compreender essa porção subjetiva e simbólica do ser humano.

## Referências

- Boff, L. (2006). *Espiritualidade: um caminho de transformação*. São Paulo: Sextante.
- Cruz, M. M. (2011). *Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Edinger, E. F. (1984). *A Criação da Consciência*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Gil, A. C. (2019). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7.ed. São Paulo: Atlas.
- Groesbeck, C. J. (1983). A imagem arquetípica do médico ferido. *Revista Junguiana*, São Paulo, 1(1), 72-96.
- Hall, C. S. & Nordby, V. J. (2012). *Introdução à Psicologia Junguiana*. São Paulo: Cultrix.
- Hall, C. S., Lindzey, G. & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da Personalidade*. 4. ed. São Paulo: Artmed, 83-114.

Jacobi, J. (2016). *Complexo, Arquétipo e Símbolo na Psicologia de C. G. Jung*. Petrópolis: Vozes.

Jung, C. G. (2011). *A Natureza da Psique*. Petrópolis: Vozes.

Jung, C. G. (2014). *Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo*. Petrópolis: Vozes.

Jung, C. G. (2012). *Psicologia e Alquimia*. Petrópolis: Vozes.

Jung, C. G. (1987). *Psicologia e Religião*. Petrópolis: Vozes.

Jung, C. G. (2013). *Tipos Psicológicos*. Petrópolis: Vozes.

Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network*, 1-33.

Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Espinha, D. C. M., Oliveira, L. R. de, Leite, J. R. & Koenig, H. G. (2012). Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Medical Education*, 12(78), 1-8.

Puchalski, C., Ferrell, B., Virani R., Otis-Green. S., Baird, P., Bull, J., ... Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12 (10), 885-904.

Richter, L. K. (2005). *A Concepção de Religião no Pensamento de C. G. Jung*. Dissertação (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica).

Silveira, N. da. (2007). *Jung – vida e obra*. São Paulo: Paz e Terra.

Vergara, S. C. (2016). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 16. ed. Rio de Janeiro: Atlas.

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Isadora Pinto Flores – 40%

Eliane Ramos Pereira – 15%

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva – 15%

Carla Maria Portella Dias Bezerra – 15%

Vanessa Carine Gil de Alcantara – 15%