



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

O DOENTE RENAL CRÔNICO SOB A ÓTICA DE SENEX:
UMA COMPREENSÃO ARQUETÍPICA DA INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA

Autora: Giuglietta Karina Simão

Orientadora: Sandra Amorim

São Paulo
2005



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

O DOENTE RENAL CRÔNICO SOB A ÓTICA DE SENEX:
UMA COMPREENSÃO ARQUETÍPICA DA INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA

Autora: Giuglietta Karina Simão

Monografia apresentada como trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo sob a orientação da psicóloga Sandra Amorim.

São Paulo
2005

“Não penso em nossas academias e seus representantes. Sou médico e lido com pessoas simples. Sei, por isso, que as universidades não são mais fonte de conhecimentos. As pessoas estão cansadas da especialização científica e do intelectualismo racional. Elas querem ouvir a verdade que não limite, mas amplie; que não obscureça, mas ilumine; que não escorra como água, mas que penetre até os ossos.

... Assim, o homem instintivamente reconhece que toda grande verdade é simples. No entanto, aquele cujo instinto está atrofiado, imagina, por isso, que ela se encontra em simplificações baratas e trivialidades, ou, por outro lado, em razão de seu desapontamento, incorre no erro oposto de imaginar a verdade como algo infinitamente complicado e obscuro.

... Não há problemas insolúveis; o paciente nos diz isso. A superação está no caminho da elevação do nível da consciência e assim, o espírito é o pensamento, o pensamento é o coração, o coração é o fogo, o fogo é o elixir”.

Carl Gustav Jung
(O Segredo da Flor de Ouro)

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	
1.1 – Os rins e suas funções	4
1.2 – Insuficiência Renal Crônica	8
CAPÍTULO II	
2.1 – Aspectos emocionais do doente renal crônico	15
2.2 – Cronicidade psíquica do doente crônico	20
CAPÍTULO III	
3.1 – Psicologia Analítica	24
3.2 – Psicologia Arquetípica	28
3.3 – O papel do mito na Psicologia Analítica e Arquetípica	32
3.3.1 – O mito de Cronos	35
3.4 – Cronos e o Arquétipo do Senex	39
DISCUSSÃO	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

A cada ano, cerca de 21.000 brasileiros com insuficiência renal precisam se submeter a algum tipo de tratamento dialítico que vise à substituição da atividade renal. Destes, raros são aqueles que conseguem ter de volta pelo menos uma parte do funcionamento dos rins, configurando-se como indivíduos portadores de insuficiência renal crônica (Romão Jr., 2004a).

Para estes pacientes, o tratamento dialítico pode seguir por muitos anos, até que eles possam ter a oportunidade de receber um rim compatível. Romão Jr. (2004a) considera que, a cada ano, apenas 2.700 portadores de insuficiência renal crônica são submetidos a um transplante renal, o que corresponde menos de 13% do número de casos novos diagnosticados por ano.

Segundo Rodrigues *et al.* (conforme citado por Bruscato *et al.*, 2004), a insuficiência renal crônica é uma patologia que muito interfere na rotina dos pacientes, trazendo restrições que englobam tanto prejuízos na alimentação e no consumo de líquido, a necessidade do uso de medicamentos variados, bem como limitações de ordem física, que repercutem tanto no aspecto econômico e social, como na espera emocional.

A partir dos atendimentos realizados no Ambulatório de Transplante Renal da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, e da vivência compartilhada com pacientes em programa de hemodiálise na Unidade Renal da mesma instituição, me foi despertado o interesse em estudar mais profundamente esta parcela da população. Com o convívio e experiência obtida a partir do contato com estes pacientes, foi possível perceber que, independente da patologia de base que gerou

a falência renal, eles trazem, ao mesmo tempo, muito sofrimento por conta das perdas e limitações impostas pela doença mas também, em sua maioria, um grande desejo de lutar por uma melhor qualidade de vida, nem que para isso precisem passar por longos anos de espera por um novo rim, tendo de enfrentar rotinas permeadas pela repetição, limitação e constante busca de sentido e determinação.

Variados são os caminhos encontrados pelos doentes renais crônicos para alcançarem seu objetivo. Há aqueles que lidam com a nova condição de vida de uma forma mais ativa, procurando minimizar ao máximo os efeitos da doença e do tratamento; há outros que parecem não perceberem a gravidade de seu estado, não realizando os devidos cuidados, o que os expõe aos mais diversos riscos; e ainda aqueles que, ao contrário do último perfil citado, se utilizam da rigidez enquanto forma de lidarem com as limitações e cuidados necessários, reproduzindo dia após dia comportamentos sistemáticos, limitados e restritos, fazendo-nos pensar em uma cronicidade, além de orgânica, também de ordem psíquica.

Este último perfil citado, por ser muitas vezes o mais predominante na população por mim atendida, será o foco do meu trabalho, onde procurarei, a luz da Psicologia Arquetípica, corrente originária da Psicologia Analítica de Carl Gustav Jung, pensar em uma nova forma de olhar para estes indivíduos, que trazem a tona a cronicidade tanto em seus corpos como em suas almas.

Enquanto modelo metodológico, este trabalho configura-se a partir de levantamento bibliográfico, constituindo-se como um material teórico.

Para a realização deste estudo, será utilizada a Psicologia Arquetípica, de James Hillman, através da reflexão e ampliação de seu conceito central, o *arquétipo*, e a contribuição da mitologia grega, com a utilização do *Mito de Cronos*, como

ilustração de um dos vários mitos que remetem à idéia de cronicidade em suas narrativas.

Enquanto arquétipo, escolhemos para a análise do presente estudo o Arquétipo do Senex, onde o Mito de Cronos é uma de suas formas de manifestação.

O trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro trataremos algumas informações a respeito da anatomia e fisiologia dos rins, bem como um panorama geral sobre a insuficiência renal crônica e suas possibilidades terapêuticas. No segundo capítulo abordaremos os aspectos emocionais do doente renal crônico, e trataremos algumas considerações sobre a cronicidade psíquica do doente crônico. No terceiro, começaremos introduzindo os aspectos gerais da Psicologia Analítica e suas vertentes, com posterior ênfase nos principais pressupostos da Psicologia Arquetípica. A seguir, examinaremos o papel dos mitos nas psicologias analítica e arquetípica, com a narrativa do Mito de Cronos, e na seqüência trataremos alguns esboços do arquétipo do Senex, evocado pelo Mito de Cronos, e alguns de seus significados psicológicos.

Os rins (em número de dois) estão localizados na parte posterior do abdômen, lateralmente a coluna vertebral. São compostos por microunidades funcionais, os *nefróns*, que são suas unidades basais de atividade (Santos *et al.* 1991).

Cada rim tem a forma de um grão de feijão, medindo, considerando um rim adulto, entre 10 e 13 cm de altura, 5 a 7 cm de largura, aproximadamente 2,5 e 3 cm de profundidade e peso variando entre 120 e 180 gramas (Romão Jr., 2004a).

Geralmente o rim direito é menor que o rim esquerdo e vem localizado um pouco abaixo do mesmo. Ambos os rins se movimentam de baixo para cima, de acordo com os movimentos respiratórios do indivíduo (Romão Jr., 2004a).

Segundo Boim e Schor (conforme citado por Schor e Srougi, 1998), chegam aos rins 1.440 litros de sangue por dia, onde aproximadamente 180 litros são filtrados em 24 horas, e cerca de 1% (cerca de 1,4 litro) de toxinas são eliminados na forma de urina por dia.

Os rins recebem aproximadamente 1,2 litros de sangue por minuto, equivalendo em um quarto do sangue bombeado pelo coração. Isto equivale dizer que eles filtram todo o sangue de um indivíduo cerca de 12 vezes por hora (Romão Jr., 2004a).

Enquanto função, o rim pode ser entendido como um órgão vital, regulador, que elimina e conserva água, assim como diversas substâncias químicas, auxiliando de forma vital na preservação do equilíbrio interno do organismo. Através de sua característica reguladora (ou homeostática), os rins são responsáveis pela excreção de líquidos, solutos e substâncias indesejáveis do metabolismo (como uréia, ácido

úrico, sulfatos, fosfatos, etc.). Também auxiliam na conservação de produtos que são essenciais para a sobrevivência do organismo (como água, aminoácidos, açúcares, sódio, potássio, entre outros), levando a homeostase e garantindo a sobrevivência do sistema (Boim e Schor conforme citado por Schor e Srougi, 1998).

Segundo Romão Jr. (2004a), são quatro as principais funções dos rins, sendo elas:

- Eliminação de substâncias tóxicas, presentes no sangue, através da capacidade de filtração → o sangue chega até os rins, é filtrado e as toxinas encontradas são eliminadas na forma de urina. O sangue já limpo retorna então ao coração e é distribuído ao corpo.
- Regulam a formação do sangue e de ossos e a produção de glóbulos vermelhos → pela função reguladora, os rins equilibram as concentrações de cálcio e fósforo presentes no sangue e convertem a vitamina D na sua forma mais ativa (1,25-deidrocolecalciferol). Além disso, eles liberam um hormônio denominado de eritropoetina, que auxilia na produção dos glóbulos vermelhos, pela medula óssea. Sem a presença deste hormônio, o indivíduo pode ficar anêmico.
- Regulação da pressão sanguínea → os rins tem como função o controle da pressão arterial através do equilíbrio nos níveis de sódio e líquido no organismo. Eles também atuam na secreção de uma substância, a renina, que age estimulando a produção do hormônio angiotensina, que faz a pressão sangüínea elevar-se. Rins deficitários produzem renina em excesso,

o que pode levar a hipertensão, que, por sua vez, vai danificando a função renal restante.

- Controle do balanço químico e de líquidos do organismo → rins com a função homeostática abalada não conseguem filtrar as toxinas que circulam no sangue, levando ao seu acúmulo, sob a forma de uremia. Uma das maneiras de avaliar o bom funcionamento renal é através da medição de certas toxinas, como a uréia e a creatinina, sendo que níveis elevados destas substâncias denunciam enfermidade renal.

Várias são as patologias que podem atingir os rins e abalar seu funcionamento. As principais são as nefrites, como a *pielonefrite*, que consiste na infecção alta dos rins, caracterizada por infecções urinárias repetitivas, e a *glomerulonefrite* (nefrite crônica), que caracteriza-se pela inflamação crônica dos rins; outras formas de infecções urinárias, como a *cistite*, classificada como uma infecção baixa; a nefrolitíase, conhecida popularmente como *pedra ou cálculo renal*; a diabetes mellitus (principalmente a *tipo I*, que é dependente do uso de insulina e tem sua manifestação precoce no organismo), caracterizada pelo excesso de açúcar no sangue; a hipertensão arterial e os cistos renais hereditários, também conhecidos como *rins policísticos*, que caracterizam-se por grandes e numerosos cistos que crescem nos rins, os destruindo (Rim-Online, 2005).

Enquanto sintomas, as doenças renais podem se expressar das seguintes formas (Rim-Online, 2005):

- Hipertensão arterial maior que 140x90mmHg;

- Presença de sangue e/ou proteínas na urina (observadas visualmente ou via exame);
- Índice de creatinina acima de 1.2 mg/dl nas mulheres e de 1.4 mg/dl nos homens. O valor da creatinina, levantado via exame laboratorial, depende de variáveis como idade, raça e estrutura física do indivíduo;
- Mais frequência para urinar, principalmente à noite;
- Presença de dor e dificuldade para urinar;
- Inchaço, que pode se acumular principalmente ao redor dos olhos, mãos e pernas;
- Presença de cólica renal.

Uma vez que os rins são afetados, independente da patologia associada, eles entram em quadro de insuficiência renal, que pode se manifestar de forma *aguda* ou *crônica*, dependendo do grau de comprometimento das funções e a da atividade renal (Romão Jr., 2004a).

Na *insuficiência renal aguda*, os rins podem parar de funcionar de maneira rápida, porém com estágio temporário. Durante a fase de interrupção da atividade renal, o indivíduo pode necessitar, na maioria dos casos, de tratamento dialítico até que os rins voltem a sua funcionalidade (Romão Jr., 2004a).

Já na *insuficiência renal crônica*, a perda da função renal é lenta, de estágio progressivo e irreversível. Pelo seu caráter de lentidão e progressão, esta perda leva a processos adaptativos que, em certa medida, mantém o indivíduo sem sintomas da doença (Romão Jr., 2004a).

Afim de um melhor detalhamento e aprofundamento das características da insuficiência renal crônica, esta será abordada mais extensamente no subcapítulo seguinte, já que este tema é o objeto de estudo do presente trabalho.

Conforme referido no subcapítulo anterior, a *insuficiência renal crônica* (IRC) consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da atividade dos rins. Quando sua evolução já se encontra avançada, ela é caracterizada de fase terminal, onde os rins não conseguem mais manter a homeostase do organismo (Romão Jr., 2004b).

O quadro clínico que vai se desenvolvendo com o avanço da insuficiência renal é caracterizado como síndrome urêmica ou simplesmente uremia. Esta síndrome começa a se constituir apenas diante de perdas de mais de 75% da função renal, o que mostra a grande capacidade adaptativa tanto dos rins como também do organismo como um todo. Apesar dos rins serem órgãos vitais ao organismo, sua capacidade funcional é consideravelmente superior ao mínimo necessário, o que garante a manutenção da homeostase mesmo diante de atividade renal reduzida (Cendoroglo *et al.* conforme citado por Schor e Srougi, 1998).

Cendoroglo *et al.* (conforme citado por Schor e Srougi, 1998) aponta que outra característica relevante da insuficiência renal crônica é sua tendência a progressão espontânea, o que significa dizer que mesmo que a causa do comprometimento renal seja controlada, a doença evolui de forma inevitável para estágios terminais.

Segundo aponta Romão Jr. (2004b), para efeitos clínicos, epidemiológicos, didáticos e conceituais, a insuficiência renal crônica pode ser dividida em seis fases funcionais, que variam de acordo com o grau de funcionamento (ou comprometimento) da função renal. Estas fases podem ser classificadas em:

** Fase de função renal normal (sem lesão) → inclui os indivíduos caracterizados como *grupo de risco* para o desenvolvimento da IRC, como hipertensos, diabéticos, parentes de diabéticos, hipertensos ou de doentes renais crônicos, que ainda não desenvolveram a lesão renal.

** Fase de lesão com função renal normal → equivale aos estágios iniciais da lesão renal, com ritmo de filtração preservada, ou seja, acima de 90ml/min/1,73m².

** Fase de insuficiência renal funcional (ou leve) → se constitui no início da perda da função renal. Os níveis de uréia e creatinina ainda encontram-se normais, não havendo sinais ou sintomas clínicos manifestos de insuficiência renal. Os rins conseguem manter de forma razoável o controle homeostático, com ritmo de filtração entre 60 e 89 ml/min/1,73m².

** Fase de insuficiência renal moderada → inclui sinais e sintomas de uremia de maneira discreta, porém o indivíduo mantém-se clinicamente bem. Em algumas ocasiões, há a manifestação de sinais e sintomas ligados a patologia que levou ao comprometimento renal. O ritmo de filtração já se encontra em decréscimo, com índices entre 30 e 59 ml/min/1,73m².

** Fase de insuficiência renal severa → caracteriza-se pela disfunção renal. O indivíduo já manifesta sinais e sintomas característicos da uremia, entre eles anemia, hipertensão arterial, edema, fraqueza, mal-estar, sintomas digestivos, entre outros. A faixa de ritmo de filtração situa-se entre 15 a 29ml/min/1,73m².

** Fase terminal de insuficiência renal crônica → estágio onde os rins já perderam a capacidade de realizar homeostase, e o indivíduo já se encontra intensamente sintomático. Pela perda da função renal, é necessária a inclusão de recursos terapêuticos que venham a fazer, de modo artificial, a função antes exercida pelos rins. Compreende um ritmo de filtração inferior a 15ml/min/1,73m².

A grande maioria dos portadores de IRC evoluem para a insuficiência renal terminal (última fase referida acima), pois com a inevitável perda de néfrons, as unidades remanescentes acabam sofrendo sobrecarga, levando a um ciclo vicioso que contribui para a completa destruição da atividade renal (Cendoroglo *et al.* conforme citado por Schor e Srougi, 1998).

A etiologia da insuficiência renal crônica é a mesma referida no subcapítulo anterior, como anomalias congênitas dos rins (*rins policísticos, hipoplasia renal*), doenças renais adquiridas (*pielonefrite, glomerulonefrite, tuberculose renal*) ou patologias primárias (*hipertensão arterial grave, diabetes mellitus, lúpus eritematoso sistêmico*, entre outros), que afetam de modo secundário a atividade renal (Rodrigues *et al.* conforme citado por Bruscato *et al.*, 2004).

Santos *et al.* (1991) destaca os principais sinais e sintomas da síndrome urêmica, de acordo com os órgãos e os sistemas mais afetados. Os mais relevantes são:

- Pele pálida, seca e descamativa, que pode se apresentar sob a coloração “palha”, devido ao acúmulo de toxinas no organismo;
- Formação de hematomas (manchas roxas) em decorrência de alteração na coagulação;
- Prurido (sensação de coceira), podendo evoluir para manchas arroxeadas e feridas decorrentes do próprio ato de coçar a pele;
- Hipertensão arterial ou o seu agravamento, que pode se manifestar através de sintomas como dor de cabeça, dificuldade visual, cansaço e falta de ar. O risco de infarto e acidentes vasculares é aumentado;
- Edema pulmonar e derrame pleural. Maior tendência a infecções respiratórias e a pneumonias bacterianas;

- Anemia, em decorrência principalmente da diminuição na produção de glóbulos vermelhos (hemácias);
- Alterações gastrointestinais, tais como anorexia, náuseas, vômitos matutinos, diarréia e hálito urêmico. O hálito com discreto odor de urina é um dos primeiros sintomas de uremia;
- Diminuição progressiva da quantidade de urina eliminada por dia, em decorrência da queda na capacidade de filtração renal;
- Infertilidade, que acomete tanto homens quanto mulheres, quando a síndrome urêmica está avançada. Amenorréia e bloqueio na ovulação também são sintomas importantes na evolução da uremia;
- Libido diminuída ou ausente em ambos os sexos, com quadro de impotência sexual característico no sexo masculino;
- Marcantes alterações no crescimento, presentes no decorrer do desenvolvimento infantil;
- Dores de cabeça, insônia ou sonolência excessiva, diminuição da sensibilidade, câimbras, dores ou formigamentos nas mãos e nos pés, todos decorrentes do acúmulo de substância tóxicas no organismo.

A autora aponta ainda que além dos sinais e sintomas físicos, importantes alterações psicossociais e emocionais estão presentes, causados pelas várias perdas sofridas pelo indivíduo renal crônico (da saúde, das condições de trabalho, de autodomínio), bem como pelo medo do desconhecido, pelo desenvolvimento da dependência familiar a qual pode ser submetido e pela alteração na sua própria auto-imagem.

Uma vez que a insuficiência renal crônica é uma doença sem possibilidade de cura total, os recursos terapêuticos disponíveis podem ser vistos como estratégias

de tratamento que vão, em maior ou menor escala, garantir uma qualidade de vida satisfatória.

Conforme sugere Santos *et al.* (1991), o paciente renal crônico em fase terminal conta com duas opções de terapia substitutiva: realizar tratamento dialítico (que engloba *hemodiálise* ou *diálise peritoneal*) para sempre ou se submeter a transplante renal. Apesar dos métodos dialíticos atuais preservarem a vida do renal crônico por um longo tempo, sua qualidade é inferior a de um transplantado.

A *hemodiálise* pode ser entendida como um procedimento cuja função é a filtração do sangue, retirando do mesmo substâncias tóxicas acumuladas, tais como uréia, potássio, sódio e o excesso de água. Ela é feita com a ajuda de um dialisador que pode ser definido como um filtro especial constituído de pequenos tubos ou linhas. Durante as sessões de hemodiálise, parte do sangue é retirado do organismo do renal crônico, passando pelos tubos (ou linhas) de um lado, onde o mesmo é filtrado e retorna em seguida ao paciente pelos tubos do lado oposto. Os dialisadores contam com alarmes que indicam qualquer alteração que ocorra durante o processo (Rim-Online, 2005).

O organismo é ligado ao dialisador através de um cateter, que consiste em um tubo colocado no indivíduo em uma veia grossa, que constitui o acesso vascular. O tipo mais usado de acesso vascular é a fístula (geralmente localizada em um dos braços), que consiste na ligação, via procedimento cirúrgico, de uma artéria com uma veia. É através desta ligação que são colocadas duas agulhas por onde o sangue sai para o dialisador e depois retorna para o indivíduo, já filtrado (Rim-Online, 2005).

Na maioria dos casos, a hemodiálise é feita três vezes por semana, com duração média de quatro horas cada sessão. Efeitos colaterais são comuns durante

as sessões, tais como câimbras musculares, hipotensão (queda abrupta da pressão arterial), fraqueza, atordoamento, enjôo e dor de cabeça, causados devido às rápidas mudanças nos volumes de líquido e no equilíbrio químico do organismo (Rim-Online, 2005).

A diálise peritoneal consiste no transporte de substâncias e água, presente em excesso no organismo, através do peritônio (membrana semipermeável localizada no abdômen). Para a realização deste procedimento, é instalado um cateter, onde, através deste, é introduzida a solução dialítica, constituída por sódio, potássio, magnésio, cálcio, cloro e água, disponibilizada em bolsas plásticas e atóxicas. Esta solução permanece, em média, de seis a oito horas no abdômen do indivíduo, escoando após este tempo, devendo ser trocada de três a mais vezes por dia. Este tipo de diálise pode ser considerado como uma terapia contínua, uma vez que seu funcionamento se dá de forma constante (Borba e Matta, 1993, Rim-Online, 2005).

Existem dois tipos de diálise peritoneal: *diálise peritoneal automática (APD)*, que para ser realizada necessita que o paciente vá até o hospital, em geral duas vezes por semana, e tem a duração média de oito horas, e *diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD)*, procedimento este semelhante ao anterior, que traz como vantagem o fato de poder ser realizado no domicílio do paciente, e ser possível a realização diária, de acordo com a disponibilidade e a necessidade do mesmo (Borba e Matta, 1993, Rim-Online, 2005).

Seja qual for o tipo de tratamento dialítico, o indivíduo tem que submeter a um tratamento constante, ininterrupto, que requer rígidas restrições na ingestão hídrica e alimentar, além da necessidade de fazer uso de medicações que visem tanto

controlar a causa primária da IRC, como suprir determinados nutrientes que são retirados do organismo pelo processo de diálise.

A terceira modalidade de tratamento consiste no *transplante renal*, que é considerado, tanto por médicos como pelos próprios pacientes, como a melhor modalidade de tratamento e reabilitação para indivíduos com IRC. Pode ser concretizado através de doador vivo (geralmente entre parentes consangüíneos, onde são realizados diversos exames para se verificar, entre outras coisas, o índice de compatibilidade entre doador-receptor), como de doador cadáver, onde o rim é proveniente de um indivíduo com diagnóstico de morte cerebral, sob a autorização de sua família. Os pacientes que optam por esta forma de recebimento do órgão são cadastrados em uma lista única de espera, por Estado, a princípio regida por ordem de inscrição, mas que conta com variáveis como gravidade do caso e índice de compatibilidade do órgão doado (Rim-Online, 2005).

É importante ressaltar que esta modalidade de tratamento não é a cura, como já foi referido anteriormente, mas sim a possibilidade de uma melhor qualidade de vida, uma vez que o paciente pode, com o sucesso do transplante, se libertar da máquina de hemodiálise ou das diálises peritoneais. Com a realização do transplante, o indivíduo continua dependente de medicamentos (os chamados *imunossupressores*, responsáveis pela conservação do novo órgão no corpo) e de acompanhamentos ambulatoriais freqüentes, além de uma vida ainda com algumas limitações (Borba e Matta, 1993).

Quando um indivíduo se depara com a falência de algum de seus órgãos, o período que vai do diagnóstico até a realização do transplante é marcado por um importante comprometimento físico, onde muitos demonstram fragilidade diante do diagnóstico da perda da funcionalidade do órgão (Garcia Jr. e Zimmermann, conforme citado por Botega, 2002).

Segundo os mesmos autores, não são raras as complicações psiquiátricas, como reações de ajustamento com sintomas de depressão e ansiedade, além de distorções da imagem corporal, atrasos de desenvolvimento (no caso de crianças), disfunção sexual e síndromes psicorgânicas.

Boa parte dos portadores de insuficiência renal crônica são pessoas bem adaptadas até o surgimento da doença, que favorece o aparecimento de situações de crise e a necessidade de reorganização das defesas psíquicas, como formas de enfrentamento da nova condição de vida (Campos, 2002).

O modo como o paciente vai reagir diante da nova realidade depende de variáveis como personalidade pré-mórbida, do apoio familiar e de amigos, do curso da doença de base, além dos rígidos regimes médicos e das restrições de ordem sociais e econômicas impostas pela doença. Apesar de não haver um perfil de personalidade típico dos nefropatas, muitas características são comuns e podem ser influenciadas pelo tempo ou estágio do tratamento do qual estes pacientes se submetem (Peace, Saes, conforme citados por Campos, 2002).

Almeida e Meleiro (2000) apontam que em termos de reabilitação e qualidade de vida, não há um único perfil dos doentes renais crônicos, uma vez que alguns têm mais sucesso do que outros, independente do tipo de tratamento executado. Os autores consideram que é a personalidade do paciente que vai influenciar no seu modo de reagir à doença e as suas complicações, havendo aqueles que mesmo diante das mesmas variáveis (gravidade da doença, tipo de tratamento realizado e conseqüências despertadas) reagem de modo completamente distinto.

Em relação aos indivíduos que utilizam a hemodiálise como recurso terapêutico, muitas são as perdas por eles experienciadas, como as relacionadas às atividades escolares, domésticas e/ou profissionais, às ligadas as funções físicas como vigor, atividade, independência e liberdade, bem como as referentes à atividade sexual (Meleti, conforme citado por Angerami, 1988).

Os problemas de ordem sexual são comuns nestes indivíduos e estão ligados, segundo Meleti (conforme citada por Angerami, 1988), não só a enfermidade física e suas conseqüências orgânicas, como também a razões de ordem psicológica. A autora aponta que sentimentos de dependência total, em razão da dependência real do tratamento dialítico, impotência frente a si mesmo e aos outros, além da depressão, são fatores psíquicos que influenciam na atividade sexual.

Meleti (conforme citada por Angerami, 1988) considera a existência de três períodos de adaptação do qual o doente renal crônico pode se deparar diante da manutenção da hemodiálise.

No primeiro período, denominado de *lua-de-mel* ou *euforia*, há a percepção, por parte do paciente, de uma melhora do estado físico e emocional, o que repercute em manifestações de confiança, esperança, gratidão ao tratamento, melhora na

expectativa de vida e revitalização. Durante esta fase, o paciente aceita com maior facilidade e até gratidão sua dependência da máquina, dos procedimentos e das rotinas as quais deve se submeter (Meleti, conforme citado por Angerami, 1988, Nogueira e Rosa, 1990).

No segundo período, classificado como *desencanto e desencorajamento*, há uma significativa mudança no estado afetivo do indivíduo, com a diminuição dos sentimentos de confiança, esperança e contentamento, e com o surgimento de expressões emocionais de tristeza, desamparo, irritação e angústia, associadas às complicações físicas decorrentes do estado de saúde atual (Meleti, conforme citado por Angerami, 1988, Nogueira e Rosa, 1990).

No período seguinte, de *adaptação*, começa a emergir, de modo gradual, a aceitação do paciente em relação as suas limitações, com oscilações no estado físico e emocional. Podem ocorrer momentos de estresse relacionados à preocupação com a situação financeira e com as variadas perdas sofridas pelo paciente (Meleti, conforme citado por Angerami, 1988, Nogueira e Rosa, 1990).

Lima *et al.* (conforme citado por Campos, 2002) aponta que o sentimento de dependência estabelecido pelo paciente com a máquina dialisadora, a expectativa de um transplante renal, como forma de ter melhorada a sua qualidade de vida, e a constante ameaça da morte são sentidos como eventos estressores pelo doente renal crônico. Observa-se, muitas vezes, um decréscimo da energia útil do paciente para lidar com a doença e com a vida de um modo geral, que se manifesta pela diminuição nos níveis de responsabilidade, com queda na realização de atividades profissionais ou mesmo em rotinas de lazer. O autor considera ainda que pacientes com este perfil acabam por demandar muitos cuidados da família e da equipe médica, não investindo suas energias no mundo que os cerca.

A angústia decorrente da iminência de morte e da baixa qualidade de vida passam a se configurar como o eixo central dos doentes renais crônicos, gerando importantes mudanças nas relações que mantém consigo mesmos, com seus corpos, e com os demais que estão a sua volta (Carvalho, conforme citado por Mello Filho, 2000).

Diversas transformações corporais estão presentes, de forma mais ou menos visíveis no paciente, de acordo com a evolução da enfermidade e do grau de adesão ao tratamento. Carvalho (conforme citado por Mello Filho, 2000) aponta que a existência de um comprometimento da imagem corporal, com manifestações de um não-reconhecimento do próprio corpo acentua a angústia do indivíduo frente à possibilidade de morte que, em última análise, representa o desaparecimento do corpo.

A depressão é considerada por alguns autores como a complicação psiquiátrica mais freqüente entre os portadores de insuficiência renal crônica, podendo ser analisada como uma resposta do paciente frente a sua nova possibilidade de existência. Sua instalação pode levar a diminuição da aderência ao tratamento, influenciando de modo negativo na qualidade de vida e, muitas vezes, ser um importante preditor de menor sobrevida (Almeida e Meleiro, 2000, Almeida, 2003).

Almeida (2003) aponta que a depressão propicia uma distorção no modo do paciente avaliar a sua própria doença, seu tratamento e situações de sua vida, levando a percepções calcadas em um viés pessimista e catastrofista, com repercussões que podem variar do boicote a interrupção total do tratamento necessário a patologia renal. Ainda segundo o autor, parece haver um círculo vicioso

onde a depressão leva a não aderência, resultando numa deterioração física e emocional que, por sua vez, acentua o estado depressivo.

Sintomas como desesperança, tristeza, atitudes de desinvestimento da energia e motivação, piora na percepção da imagem de si mesmo como um todo, dificuldades de concentração e memória, e isolamento social são alguns exemplos da manifestação do estado depressivo nos pacientes renais crônicos. Tais sintomas podem surgir como parte de um processo temporário de adaptação a nova condição de vida e saúde, ou podem ser a manifestação de uma falência adaptativa (Almeida e Meleiro, 2000).

Considerando a insuficiência renal crônica como uma patologia sem possibilidades de cura, cujo tratamento é tão somente paliativo, muitas angústias, tristezas, percepções e reflexões são geradas em seus portadores.

Conforme Dyniewicz *et al.* (2004):

O enfrentamento da cronicidade da doença renal envolve a compreensão pelo paciente sobre o seu significado, e dos reflexos no seu cotidiano: nas relações, na concepção de vida, devido às alterações físicas e emocionais que representam obstáculos ao seguimento do tratamento. Tratamento este que engloba a hemodiálise, a dieta, incluindo o acesso ao serviço e outras questões que o deixam exposto a uma vastidão de eventos que promovem medo, angústia e insegurança (p. 210).

É também importante destacar que as transformações enfrentadas pelos doentes renais crônicos são, em muitas esferas, irreversíveis, o que faz instaurar, nestes indivíduos, variadas e contínuas repercussões de ordem biopsicossocial.

Falar em doença de ordem crônica, com todas as limitações físicas decorrentes da patologia originária, não significa falar, necessariamente, em cronicidade no plano psíquico.

Segundo Schneider (1996), há doentes que, embora sejam acometidos por uma ou várias doenças definidas como crônicas, do ponto de vista orgânico, que requerem cuidados e atenção médica, vivem psicologicamente com boa saúde. Por outro lado, indivíduos sem alterações fisiopatológicas, funcionais e lesionais, podem ter a sua saúde mental profundamente afetada e permanecerem durante longos períodos, ou até mesmo anos, como doentes crônicos no plano psicológico.

Antes de maiores elucidações, se faz necessário à definição de doença crônica, segundo alguns autores.

De acordo com Zozaya (1985), a doença crônica pode ser pensada como qualquer estado patológico que apresente uma ou mais das seguintes manifestações: que seja permanente, que traga incapacidade em alguma esfera, que produza alterações orgânicas não reversíveis, que necessite de reabilitação ou que exija longos períodos de observação, controle e cuidados. Enquanto etiologia, que seja decorrente de processos mórbidos diversos e levem a alterações no âmbito social e econômico, tanto para o indivíduo, como para sua comunidade.

Oliveira e Ismael (1995) apontam que o acometimento pela doença crônica torna-se uma realidade sem perspectiva de mudança, diferente da doença aguda onde há a remissão dos sintomas manifestos. Dentro das doenças classificadas como crônicas, há variados tipos de comportamentos possíveis, que dependem do

tipo de personalidade pré-mórbida do paciente, do momento de vida onde a doença se manifesta e do estágio de evolução da doença.

Conforme Botega (2002), a forma como cada indivíduo vivência e enfrenta a doença é algo que sofre influências em função do tipo de personalidade, do nível de tolerância às frustrações, dos graus de vantagens e desvantagens provindas da posição de doente, bem como da relação que o indivíduo mantém com o meio social e consigo mesmo, enquanto projeto de vida.

O desenvolvimento de qualquer patologia crônica traz, em maior ou menor esfera, alterações de ordem biopsicossociais. Há a necessidade, dependendo da doença crônica, da realização de mudanças de hábitos, relacionados a dietas e/ou atividades físicas, do uso contínuo de medicamentos, do enfrentamento da dependência de outras pessoas e/ou aparelhos para a manutenção da própria vida (Dyńiewicz *et al.*, 2004).

Muitos pacientes enfrentam a perda de um corpo são e ativo e, para uma considerável parcela, o funcionamento corporal não adequado leva a uma perda da autonomia e da capacidade de agir com independência. As perdas de emprego e da estabilidade econômica são freqüentes em um grande número de doentes crônicos, em conseqüência de suas limitações físico-orgânicas, que influenciam, em sua maioria, no modo do indivíduo olhar a sua imagem, e também na dinâmica socioeconômica familiar (Santos e Sebastiani, conforme citado por Angerami, 1996).

As enfermidades de ordem crônica levam também ao desenvolvimento de uma série de conflitos emocionais, com manifestações de insegurança, ansiedade, angústia, medo das possíveis complicações físicas e da iminência de morte, o que desencadeiam no paciente uma série de estratégias como formas de lidar com estes sentimentos. Há aqueles que se entregam totalmente a sua condição de doente, não

conseguindo olhar para outras esferas de sua existência, além da esfera doente; há os que negam o comprometimento físico, não reconhecendo sua enfermidade ou a gravidade da mesma, tentando com isso enganar a si próprios e aos que o cercam; e há ainda os que procuram obter o máximo de informações possíveis acerca de sua patologia, como tentativa de buscar o controle da mesma (Santos e Sebastiani, conforme citado por Angerami, 1996).

Segundo Schneider (1996), do ponto de vista psicológico, o doente crônico deve ser pensado a partir de critérios diferentes dos relacionados diretamente com a afecção por eles sofrida ou com as seqüelas das doenças ou enfermidades que ele apresenta. Um indivíduo somaticamente “são” pode se apresentar como um doente crônico grave, enquanto um outro que apresente alterações funcionais e lesionais importantes pode não desenvolver cronicidade psíquica.

Falar em cronicidade psicológica implica em uma elaboração psíquica existencial, onde o indivíduo entra em um estado que tende a se tornar duradouro, acarretando conseqüências para sua vida como um todo. O autor aponta que “Os verdadeiros doentes crônicos do ponto de vista “psicológico”, cujos distúrbios por ele realmente apresentados não são inteiramente explicáveis por lesões ou mecanismos psicopatológicos ou não o são de modo nenhum. Eles apresentam, contudo, todas as características psicológicas do doente crônico” (p. 17).

O doente psiquicamente crônico não deve ser pensado como um “mau doente”, pois há nele uma intensa necessidade psicológica de viver de modo dramático um estado crônico que parece ser indispensável ao seu funcionamento existencial (Schneider, 1996).

A cronicidade psíquica, de acordo com este autor, é estabelecida e mantida de acordo com variáveis como a estrutura prévia da personalidade do indivíduo, e dos ganhos primários e secundários advindos do processo de adoecimento.

A estrutura psíquica de tais doentes com cronicidade psicológica, é constituída pela tendência em apresentar certas atitudes conscientes ou inconscientes, como dependência, regressão e passividade, que são afloradas demasiadamente rápidas ou com considerável força. Tais atitudes, segundo Schneider (1996) apresentam-se através da “redução do campo de interesse do paciente e um retraimento sobre si mesmo, desinteressando-se pelas relações com os outros que anteriormente representavam um papel importante na sua vida” (p. 25).

De qualquer forma, independente do tipo de patologia orgânica crônica, o indivíduo pode ou não se tornar um doente com cronicidade psíquica. Diversas variáveis, como as já citadas anteriormente (ou seja, personalidade, tipo e evolução da doença, grau de tolerância a frustrações, ganhos primários ou secundários decorrentes da patologia), influenciam no modo do indivíduo vivenciar as suas mais variadas limitações, podendo levá-lo a incapacidade na hora de lidar com as dores, distúrbios e restrições que a doença somática pode desencadear.

Seja como for, só experiencia e permanece na condição de cronicidade psíquica aqueles pacientes onde a doença toma um lugar central em sua existência, repercutindo de modo negativo na maneira destes enxergarem a si próprios e suas possibilidades de tratamento e/ou cura.

Psicologia Analítica foi a denominação usada por Carl Gustav Jung em 1911, para a psicologia das relações entre consciência e inconsciente, que trouxe novos conceitos para a psicologia, divergindo em muitos pontos fundamentais com Sigmund Freud, fundador da Psicanálise, do qual por foi algum tempo discípulo (Schultz e Schultz, 1999, Pieri, 2002).

Segundo Stevens (1993), as idéias centrais desta psicologia estão diretamente relacionadas à vida pessoal e profissional de seu fundador, Jung, sendo que suas teorias sobre a psique e o comportamento humano, bem como sua visão de mundo foi sendo construída a partir da prática analítica, ou seja, da análise de seus pacientes, sobretudo psicóticos, no Hospital de Burgholzi, em Zurique, onde atuava como psiquiatra (sua formação profissional), no período de 1900 a 1909.

No contato com estes pacientes, Jung foi percebendo que as imagens trazidas por eles nas sessões terapêuticas não advinham unicamente de percepções, memórias ou experiências conscientes. Tais imagens configuravam como padrões, que lembravam histórias míticas, contos de fadas e lendas. Elas pareciam refletir modos universais de experiência e comportamento humano, pelas suas conexões e similaridades. Inicialmente Jung denominou estes padrões como *imagens primordiais* (1912), passando mais tarde a chamá-las de *arquétipos* (1919), postulando a idéia de que as imagens primordiais humanas são transmitidas ou herdadas (Samuels, 1989).

Embora Jung chamasse sua escola de “psicologia analítica”, ele poderia também tê-la denominado de “psicologia arquetípica”, uma vez que esta psicologia

tem como princípio básico o conceito de arquétipo (Adams, conforme citado por Young-Eisendrath e Dawson, 2002).

Antes de aprofundar melhor o conceito de arquétipo, se faz necessário a exposição de como Jung e seus seguidores postulam a estrutura psíquica humana, até para um melhor entendimento do conceito.

Segundo Schultz e Schultz (1999), Jung postulava a existência de uma consciência, sendo o ego seu agente basal, e dois níveis do inconsciente: inconsciente pessoal e inconsciente coletivo.

O inconsciente pessoal pode ser pensado como o produto da interação entre o inconsciente coletivo e meio ambiente que o indivíduo está situado. Ele corresponde a um substrato intra-psíquico que carrega, enquanto conteúdos, todas as lembranças, impulsos, desejos, percepções, ou seja, todas as experiências pessoais vividas que foram suprimidas ou esquecidas por alguma razão. Faz parte também de sua formação, as potencialidades ainda não desenvolvidas conscientemente pelo indivíduo (Stevens, 1993, Schultz Schultz, 1999).

Todos estes conteúdos estariam agrupados na forma de *complexos*, que são as unidades funcionais do inconsciente pessoal e que podem ser definidos como “um grupo de idéias associadas e relacionadas entre si por uma carga emocional compartilhada por todas elas; uma carga que exerce um efeito dinâmico sobre a experiência consciente e sobre o comportamento” (Stevens, 1993, p. 48). Na base de todo complexo há um arquétipo, o que faz com que toda experiência pessoal seja, em certo nível, também coletiva (Schultz e Schultz, 1999).

O inconsciente coletivo pode ser entendido como um substrato intra-psíquico situado em um nível mais profundo da psique, comum a todos os indivíduos (por isso coletivo), que tem, como estrutura basal, os *arquétipos*. Os arquétipos

configuram-se como experiências acumuladas de todas as gerações anteriores, como uma herança coletiva herdada, que predispõem o ser humano a um padrão de comportamento. A forma do arquétipo é herdada, porém não o seu conteúdo, uma vez que este é estruturado a partir da interação do indivíduo com o seu meio (Stevens, 1993, Schultz e Schultz, 1999).

Falar em arquétipos é falar de potencialidades puramente formais, categóricas e conceituais, que carregam tanto aspectos positivos como negativos, e que estruturam a aquisição pessoal de determinados conteúdos concretos. Seu canal de comunicação na psique humana se dá via sonhos, devaneios, mitos e contos de fadas, através das *imagens arquetípicas*, que trazem consigo tanto imagens, como emoções (Adams conforme citado por Young-Eisendrath e Dawson, 2002).

Segundo Stevens (1993):

(...) os arquétipos nos predispõem a enfrentar a vida e a experimentá-la sob certas formas, de acordo com os padrões já estabelecidos na psique. Além disso, eles *organizam* também percepções e experiências de modo a conformá-las aos padrões. É isso o que Jung queria dizer quando afirmava que há tantos arquétipos quantas as situações típicas na vida. Existem figuras arquetípicas (por exemplo, a mãe, o filho, o pai, Deus, o sábio), eventos arquetípicos (por exemplo, o nascimento, a morte, a separação dos pais, o namoro, o casamento, etc.) e objetos arquetípicos (por exemplo, a água, o sol, a lua, o peixe, os animais predadores, cobras). Cada um deles é parte do dote total que nos foi legado através da evolução, a fim de nos preparar para a vida. Cada um deles encontra expressão na psique, no comportamento e nos mitos (p.62-63).

A partir do legado deixado por Jung, outros autores, os *pós-junguianos*, foram dando seguimento a psicologia analítica, fazendo emergir três grandes escolas. Cada qual apresenta importantes diferenças teóricas, que levam a diferenças na prática analítica e terapêutica, influenciando na escolha do material evocado pelo paciente que deve merecer mais atenção (Samuels, 1989).

A Escola Clássica, ou “Escola de Zurique”, é, segundo Hart (conforme citado por Young-Eisendrath e Drawson, 2002) uma forma de abordagem junguiana que vê

no trabalho analítico um esforço de descoberta mútua contínua, tornando consciente a vida inconsciente e gradualmente libertando o indivíduo da falta de significado e da compulsão. É uma abordagem que adota o método geral de análise deixado por Jung, baseando-se no diálogo entre consciente e inconsciente, bem como entre dois parceiros analíticos (terapeuta e paciente).

A Escola Desenvolvimentista ou “Escola de Londres” traz um vínculo com diversas características da psicanálise contemporânea, como a ênfase nas primeiras experiências e a observação aos detalhes da transferência e contratransferência na sessão analítica (Samuels conforme citado por Young-Eisendrath e Dawson, 2002).

A Escola Arquetípica se volta com ênfase ao conceito-chave de Jung, os arquétipos, tendo-os como unidade basal, e relacionando-os às dimensões profundas de todos os tipos de experiências imaginais, como sonho ou devaneio (Samuels conforme citado por Young-Eisendrath e Dawson, 2002).

A Escola ou Psicologia Arquetípica é uma das vertentes da Psicologia Analítica fundada por James Hillman e diversos outros pós-junguianos, em Zurique, no final da década de 1960 e início da década de 1970. Hillman é seu principal expoente e traz, em vários momentos de sua obra, que a psicologia arquetípica não corresponde a uma escola propriamente dita, mas sim a um aprofundamento e um avanço das idéias originais de Carl G. Jung (Adams conforme citado por Young-Eisendrath e Dawson, 2002).

A Psicologia Arquetípica, conforme cita Hillman (1991), teve desde seu início a intenção de ir além dos pressupostos clínicos, originários da análise de pacientes, para situar-se dentro do coletivo, na imaginação ocidental. É uma escola ligada às artes, à cultura, e à história das idéias, na forma como elas surgem da imaginação. O termo “arquetípico” refere-se a toda a cultura, a todas as formas da atividade humana.

Segundo Barcellos (conforme citado por Hillman, 1991), uma das primeiras observações importantes feitas por Hillman é relacionada à idéia de arquétipo, sendo esta a principal contribuição deixada por Jung para esta escola. Do legado junguiano, Hillman (1991) se utiliza da idéia de que as estruturas básicas e universais da psique humana, os padrões formais de seus modos de relação, são padrões arquetípicos. Estes padrões são manifestados nas artes, nas religiões, nos sonhos e nos hábitos sociais de todas as culturas, aparecendo inclusive, de forma espontânea, nos distúrbios mentais.

Vale ressaltar, no entanto, que apesar do conceito basal da escola arquetípica ser o conceito de arquétipo, este é visto, por Hillman e demais autores, portando diferentes características e qualidades das empregadas por Jung em sua obra (Adams conforme citado por Young-Eisendrath e Dawson, 2002).

Para a psicologia arquetípica, a distinção preconizada por Jung entre arquétipos e imagens arquetípicas não é correta, uma vez que esta escola vê ambos os conceitos como adjetivos de um mesmo processo. Não existe a idéia de arquétipos como sendo categoriais ou padrões do comportamento humano. O que existe são imagens, ou fenômenos, que podem ser arquetípicos (Adams conforme citado por Young-Eisendrath e Dawson, 2002).

Segundo Adams (conforme citado por Young-Eisendrath e Dawson, 2002), a escola arquetípica enfatiza que tudo o que os indivíduos sempre confrontam psicologicamente ocorre sob forma de imagens (ou fenômenos). Não existe a concepção, como em Jung, de que os arquétipos são considerações prévias às imagens, pois toda e qualquer imagem, até mesmo a imagem mais aparentemente banal, pode ser considerada arquetípica. Falar em imagem psíquica é falar de arquétipo ou arquetípico, pois ambos os termos referem-se a uma mesma qualidade de uma mesma percepção.

Na escola arquetípica, a imagem psíquica pode ser entendida não como uma evocação de uma imagem posteriormente derivada de sensações e percepções anteriores, mas sim como uma atividade autônoma da imaginação, ou seja, uma atividade espontânea de criação de imagens ou fantasias (Hillman, 1991).

Hillman (1991) considera os arquétipos (ou *arquetípicos*) como as estruturas básicas da imaginação, e postula que a natureza fundamental dos arquétipos só é acessível à imaginação, apresentando-se como imagem. Ele traz a idéia de

“psicologia imaginal” como sinônimo de “psicologia arquetípica”, concebendo a imaginação (local de manifestação das imagens) como sendo a realidade, tanto quanto qualquer realidade externa, pois uma imagem não necessariamente se deriva de um objeto concreto, presente na realidade, não deixando, mesmo assim, de ser considerada verdadeira.

Hillman (1991) preconiza, assim como Jung, a concepção de que “imagem é psique”, o que faz com que a psicologia arquetípica utilize, enquanto método da prática terapêutica, a disposição de “ater-se à imagem”, ou seja, aderir ao fenômeno, pois ele nada mais é do que aquilo que parece ser (e não uma representação de outra coisa). Ele considera que para a psique expressar o que deseja, ela seleciona a imagem mais adequada entre muitas outras disponíveis na experiência do indivíduo.

Ao embasar a prática clínica na idéia de “ater-se a imagem”, os psicólogos arquetípicos valorizam não apenas a cura pela fala, mas também a cura pela visão, o que faz com que a atenção se volte para as imagens psíquicas, tal quais estas se apresentem, uma vez que elas trazem a realidade para a consciência do indivíduo (Adams conforme citado por Young-Eisendrath e Dawson, 2002).

A psique, nesta perspectiva de olhar a atividade psíquica, não se esconde, mas sim está à mostra o tempo inteiro, se apresentando de várias formas, sob várias imagens. O que é necessário, por parte do terapeuta arquetípico, é ter olhos para vê-la, ser um leitor das imagens, e não ser dotado de um corpo de conhecimento simbólico para interpretá-la ou traduzi-la. Daí a importância da cura tanto pela palavra, como pela visão (Barcellos, conforme citado por Hillman, 1991).

Segundo Hillman (1991), as imagens psíquicas devem ser visualizadas como fenômenos naturais, espontâneos, quer seja no individual, quer seja no coletivo, e

precisam, segundo ele, “ser experimentadas, cuidadas, acariciadas, entretidas, enfim, respondidas” (p. 10). As imagens manifestadas em sonhos, nas fantasias, na poética, nos mitos e na sua maneira de revelar os padrões arquetípicos, é sempre à primeira aparição da psique. Elas são autônomas, independentes e complexas, uma vez que em toda imagem há “uma múltipla relação de significados, disposições, eventos históricos, detalhes qualitativos e possibilidades expressivas que se autodelimita” (p. 31).

A técnica usada para compreender as imagens psíquicas é a da *ampliação*, ou seja, é procurado olhar para as imagens como imagens, sem o intuito de interpretá-las ou substituí-las por outros símbolos, mas sim buscando, através de vários procedimentos próprios, ouvir o que a imagem (e conseqüentemente a psique) está querendo dizer (Barcellos, conforme citado por Hillman, 1991). Conforme aponta Hillman (1991), “uma imagem é sempre mais abrangente, mais complexa, que um conceito” (p. 11).

A técnica de ampliação das imagens conta com recursos poéticos, literários e míticos, e objetiva sempre o “enxergar através” das metáforas enraizadas nas imagens. Uma vez que toda imagem carrega consigo padrões coletivos (arquetípicos), uma das maneiras de compreender a imagem psíquica é através da utilização, via técnica de ampliação, da mitologia (Hillman, 1991).

É importante ressaltar que “existem tantos arquétipos quantas as situações típicas na vida” (p. 61), sendo o arquétipo da Grande Mãe um dos mais difundidos, tanto pela sua relação com o feminino como pelas suas muitas formas de manifestações (Stevens, 1993).

Mitologia pode ser entendida como um conjunto de narrativas (sob a forma de *mitos*), que pertencem a um povo, a uma civilização e a uma comunidade. Há variadas narrações míticas, sendo a de origem grega, segundo Peixoto (2003), a mais rica, diversificada e ao mesmo tempo, a mais clara e fascinante. As narrativas míticas trazem relatos sobre a origem dos deuses (*mitos teogônicos*), a criação do mundo e dos homens (*mitos cosmogônicos*), e sobre o destino do homem e da humanidade, até o seu término (*mitos escatológicos*).

Os relatos míticos tradicionais eram transmitidos de forma oral entre os vários membros de uma comunidade específica, até se concretizarem em forma de escrita, onde encontraram caminho para espalhar-se a áreas cada vez maiores (Peixoto, 2003).

A palavra *mito* vem do vocábulo grego *mythos*, que é descrito no Dicionário Michaelis (2002) como “narrativa de tempos fabulosos ou heróicos referentes a deuses ou a aspectos da condição humana; tradição que, sob forma alegórica, deixa entrever um fato natural, histórico ou filosófico” (p. 521).

A mais antiga das interpretações da mitologia é feita por Evêmero, filósofo grego do século IV a.C., que vê nos mitos uma forma de representação da vida passada dos povos, com suas histórias, seus heróis e suas façanhas, sendo de alguma forma representada simbolicamente na narrativa de deuses e de suas aventuras. Segundo Chevalier (2005), “o mito seria uma dramaturgia da vida social ou da *história poetizada*” (p. 611).

Na interpretação ético-psicológica de Diel (conforme citado por Chevalier, 2005), as figuras mais características da mitologia grega representam, cada qual, uma função da psique e as relações entre elas expressam a vida psíquica do homem.

Para a Psicologia Analítica, os mitos funcionam como uma forma de pensamento autônomo e de organização cognitiva do mundo. Neles estão inscritos, sob a forma de símbolos, todo o conhecimento e a vivência que o homem já experimentou, em uma linha de tempo e espaço que se reflete como “desde sempre” (Pieri, 2002).

Ainda na Psicologia Analítica, Boechat (1995) considera que os mitos se configuram como um dos acessos à realidade arquetípica, ou seja, às situações que todo ser humano se depara ao longo de sua vida, provindas da existência humana. São, juntamente com os contos de fadas, as vias de manifestação dos arquétipos que, em si, são incognoscíveis. As narrativas míticas explicam, auxiliam e promovem as transferências psíquicas que se passam, tanto no nível individual como a nível coletivo de uma determinada cultura.

Ainda segundo o autor, os temas míticos retratam situações humanas básicas, arquetípicas, tais como nascimento, envelhecimento, morte, entre outras. A entrada no mito se dá toda vez que nos confrontamos com os conteúdos do inconsciente coletivo.

Segundo Hillman (1991), o mito é a retórica primária da Psicologia Arquetípica. As narrativas míticas são compreendidas como metáforas, o que possibilita a utilização dos mitos através da técnica de ampliação das imagens psíquicas. “Mitoses não fundamentam, eles abrem” (p. 44), preconiza Hillman.

O papel do mito na escola arquetípica é “abrir as questões da vida à reflexão transpessoal e culturalmente imaginativa” (p. 45). Através da correlação entre narrativas míticas e imagens psíquicas, é oferecido ao indivíduo a possibilidade de enxergar sua vida e suas experiências a partir de estórias já ocorridas em momentos anteriores, que portam, em sua base, de começo, meio e fim (Hillman, 1991).

Assim como na Psicologia Analítica, Hillman considera os mitos como uma das formas de acesso aos arquétipos, ou padrões arquetípicos, e considera que para estudar a natureza humana em seu nível mais básico, se faz necessário olhar para a cultura mais ampla (mitologia, religião, arte, arquitetura, épico, drama, ritual), onde os padrões arquetípicos são retratados (Hillman, 1991).

Uma vez que através da visualização das imagens é possível conceber a psique, e considerando que toda imagem pode ser lida como arquetípica, a escola arquetípica considera que a base da psique é *poética*, ou *mitopoética*, e pode ser compreendida, em uma de suas múltiplas possibilidades, através da leitura dos mitos (Hillman, 1991).

Muitos são os mitos, e infindáveis são suas possibilidades de interação com as imagens e experiências humanas. Com o intuito de se buscar a relação entre a Psicologia Arquetípica, de James Hillman, a mitologia, como recurso utilizado por esta escola para compreender a psique humana, e o presente trabalho, optamos pela escolha do *Mito de Cronos*, da mitologia grega, como uma das possíveis formas de reflexão sobre a vivência da cronicidade dos portadores de insuficiência renal crônica.

Na seqüência, descreveremos o mito, qual tal ele é narrado e, no subcapítulo seguinte, traremos alguns esboços do arquétipo por ele evocado (*Arquétipo do Senex*), e alguns de seus significados psicológicos.

O Mito de Cronos pertence à mitologia grega, tendo no seu correlativo o Mito de Saturno, na mitologia romana. Pode ser considerado como um mito cosmogônico, ao trazer a narrativa da criação do mundo e, posteriormente, dos homens. É narrado por Hesíodo, um dos dois grandes poetas gregos da idade arcaica.

Cronos, palavra originária do vocábulo grego *Krónos*, é muitas vezes confundido com o Deus do Tempo, *Khrónos*, pela semelhança na pronúncia grega, muito embora se diferenciem na origem e na grafia. Também mantém, enquanto semelhança gráfica, certa similaridade com a palavra crônico, que corresponde ao vocábulo grego *Khonikós* (Michaelis, 2002, Chevalier, 2005).

Segundo Peixoto (2003),

... Primeiro surgiu o Caos (imensidão vazia, indescritível, um abismo sem fim, anterior a constituição do mundo). Só havia no espaço medonho um ovo gigantesco. Por fim, esse ovo se fendeu e dele saiu um gênio alado, que soergueu a parte de cima da casca e calcou a outra aos pés. Assim nasceram Urano (deus do céu) e Géia (deusa da terra). Esse gênio, que veio ao mundo antes de todos os outros seres vivos, era Eros (deus do amor), a força do desejo.

Urano, deus do céu, o princípio masculino, se une a Géia, a deusa feminina da fertilidade e da terra.

Da união entre os dois, nascem os primeiros deuses. Nasceram inicialmente os seis Titãs: Oceano, Ceos, Crio, Hiperião, Jápeto e Crono, e depois as seis Titânidas: Téia, Réia, Mnemmósine, Febe, Tétis e Têmis, além de três Ciclopes

uranianos (seres monstruosos de um olho só no meio da testa) e três Hecatônquiros (gigantes). O nome “titã” tem sido associado à divindade do Sol e parece ter sido, no início, o título supremo de seres que eram, na verdade, deuses celestes, muito antigos, ainda selvagens e sujeitos a nenhuma lei.

Entre os Titãs e as Titânidas, o casal mais importante, e também o mais jovem, é formado por Crono e Réia. A eles remonta a linhagem dos deuses que, mais tarde, se apossarão do Universo.

Desde o princípio, Urano odiou os filhos que Géia lhe dava. Tão logo nasciam, ocultava-os nas profundezas da Terra, subtraindo-os a luz, temendo certamente ser destronado por um deles. Géia lamentava-se, aflitíssima, e sentira-se oprimida pelo fardo interior. Urdiu então dolorosa e perversa arte. Pediu aos filhos que a protegessem do esposo. Aterrorizados, todos se recusaram, exceto o mais jovem, Crono. Géia regozijou-se. Escondeu o filho em tocaia, pôs-lhe nas mãos uma foice longa e dentada e contou-lhe todo o artil. Quando Urano chegou, ao cair da noite e, inflamado de amor, cobriu a Terra e deitou-se sobre ela. Crono estendeu a mão esquerda do sítio da emboscada e empolgou o pai. Com a direita pegou a imensa foice, cortou-lhe com ímpeto o pênis e lançou-o a esmo para longe.

Com a proeza de Crono, o mutilado e impotente Urano separou-se de Géia e caiu na ociosidade. Seu vitorioso filho, uma vez senhor do mundo, desposou sua irmã Réia. Crono e Réia são divindades do céu e da terra, duplos de Urano e Géia, cujo poderes usurpavam.

Como reinava sozinho sobre o universo, mas não podia esquecer que, outrora, a pedido de sua mãe, apossava-se do cetro do pai. E como temesse para si a mesma sorte, por precaução, devorava todos os filhos que Réia lhe dava, à medida que iam nascendo.

Engolira já três filhas, chamadas Héstitia, Deméter e Hera, e dois filhos, chamados Hades e Posidão. Por fim, estando grávida da sexta criança, arquitetou uma artimanha para salvá-la.

No momento de dar a luz, Réia refugiou-se numa caverna do monte Dite, na ilha de Creta, Foi aí que nasceu Zeus (Mercúrio na mitologia romana), o mais jovem de seus filhos. Depois, enfaixando uma pedra e pondo-lhe uma touca, para simular um bebê, apresentou-a a Crono. Este de nada suspeitou; apanhou o objeto e devorou-o.

Réia, exultante, disparou para Creta, onde foi encontrar o filho escondido nas profundezas de um antro inacessível, nos flancos do monte Egéon. Como não podia ficar o tempo todo com ele, confiou o pequeno Zeus as ninfas das montanhas.

Quando Zeus alcançou a maturidade, após tantos cuidados e jogos, estava disposto a destronar o pai. A partir de conselhos tomados com uma de suas primas, Métis, filha do Oceano (que em grego, significa Prudência), e Géia, sua avó, Zeus partiu para a luta contra o pai, tendo como apoio seus irmãos, que outrora foram engolidos por Crono, e que Zeus conseguiu libertar a partir de uma poção, que fez com que Crono vomitasse os demais filhos (poção esta dada a Crono por Réia).

A luta de Zeus e seus irmãos contra Crono e os demais Titãs (irmãos de Crono) durou dez anos. A batalha assumiu proporções épicas, mas por fim os deuses mais jovens expulsaram os antigos. Encerraram-nos no Tártaro (os que perderam) e tomaram-lhes o lugar no céu. Escolheram para morada o alto do Olimpio, onde o ar é mais puro e mais luminoso.

Tendo eliminado o último inimigo, Zeus assumiu em definitivo o governo do universo. Foi entronizado como senhor dos deuses e dos homens. Como sabia que não tinha mais nada a temer, podia perdoar. Libertou Crono e os Titãs, que se

safaram no Tártaro e foram reinar bem longe, num mundo maravilhoso chamado Ilhas dos Bem-Aventurados, onde se refugiou a felicidade da Idade do Ouro. É pra lá que, após a morte, se dirigem os mortais virtuosos, a fim de receber sua recompensa. Lá Crono passou a desempenhar o papel de um rei bom... (p. 23-32).

Conforme mencionado no subcapítulo anterior, as narrativas míticas são entendidas na Psicologia Analítica e Arquetípica, como formas de manifestação dos arquétipos, ao narrarem situações cotidianamente vividas pelo ser humano.

Uma das formas de apreender o Mito de Cronos (ou Mito de Saturno, na narrativa romana) é relacionando-o com o Arquétipo do Senex, que possui como polaridade oposta complementar o Arquétipo do Puer Aeternus, configurando-se como *Senex-et-Puer*.

Abordaremos inicialmente as características centrais do Arquétipo do Senex, com o estabelecimento de algumas conexões com o Mito de Cronos, por ser este arquétipo o objeto de estudo do presente trabalho. A seguir trataremos algumas considerações sobre o Arquétipo do Puer Aeternus e o resultado da conexão/desconexão com o seu oposto, o Senex.

Segundo Pieri (2002), *Senex* é uma expressão de origem latina que evoca características tanto positivas, como equilíbrio, sabedoria, generosidade e previsão, como negativas, como hiperconservação, autoritarismo e falta de imaginação.

O Arquétipo do Senex, também conhecido como Arquétipo do Velho, é apontado por Hillman (1998) como portando diversos traços, muitas vezes opostos entre si. Entre eles podemos destacar:

* *dualidade e ambivalência;*

Na representação mítica, Cronos tanto é simbolizado como o filho castrador do próprio pai (Urano), que liberta seus irmãos e encerra um ciclo de tirania, e, ao

mesmo tempo, torna-se ele próprio o castrador, ao não permitir que seus filhos continuem a existir, após seus nascimentos.

** frieza e distanciamento;*

Também presente na ação fria de Cronos ao engolir cada nova criação sua.

** princípio da ordem, quer seja através do tempo, quer seja em relação aos limites e fronteiras;*

** princípio da certeza, da continuidade, da repetição, da limitação, da consciência, do tempo;*

** vagaroso, pesado, obscuro – aspectos que se expressam nos humores da tristeza, depressão ou melancolia, relacionando-se com limitação e morte.*

** orfandade, abandono de filhos, gula - mas também paternidade;*

Como pai, Cronos procura impedir que os filhos cresçam, engolindo-os, retendo toda possibilidade de renovação e criação. Ao impedir o desenvolvimento do novo, velhas atitudes e antigos hábitos “engolem” cada novo conteúdo, representando a imutabilidade que suprime qualquer possibilidade de mudança. Conforme Chevalier (2005), “Cronos é o soberano incapaz de adaptar-se a evolução da vida e da sociedade. É a imagem mesma do conservadorismo cego e obstinado” (p. 309).

O Arquétipo do Senex configura-se na dualidade, pois relaciona-se tanto com a velhice, a ordem, o frio, a secura, o inverno e a inexistência de filhos, como a colheita, a fertilidade e a paternidade (Campos, 2000).

Hillman (1998) considera que,

(...) em nenhum deus grego o aspecto dual é tão real, tão fundamental como na figura de Cronos (...) Saturno é a um só tempo a imagem arquetípica do velho sábio, sábio solitário, o *lapis* como pedra ancestral com todas as suas virtudes morais e intelectuais positivas, e a imagem arquetípica do Velho Rei, aquele ogro castrador e castrado (...) Ao mesmo tempo que é o pai de tudo, a tudo consome; ao viver de e a partir de sua paternidade, se alimenta insaciavelmente da generosidade de seu próprio paternalismo. *Saturno é a imagem tanto do senex positivo quanto do negativo* (p. 25).

Conforme o autor, o senex é ativado na psique humana quando o indivíduo se confronta com processos psicológicos que entram em sua fase final. O arquétipo do senex traz em si tanto o potencial da ordem como o da morte, que se manifesta em toda a psique e em todas as suas partes. Quando falamos de morte, não restringimos este termo apenas para o seu aspecto biofísico. A morte trazida pelo senex é a que provém da perfeição e da ordem, do preenchimento e da realização. “É o senex que *a priori* é o princípio arquetípico da frieza, da dureza, do exílio da vida. (...) ele seca e ordena, “constrói cidades” e “cunha moedas”, faz o sólido, o quadrado e o lucrativo (...)” (p. 31).

Segundo Vitale (1979), Cronos, assim como senex, aponta também em suas narrativas a temática da morte: na primeira fase, morte sob a forma de não-nascimento, ao ser impedido de nascer pelo pai, Urano; na segunda, morte dos filhos, ao devorá-los por medo de sua própria morte; na terceira fase, morte de si mesmo, ao ser destronado.

O autor aponta ainda que o mito de Cronos/Saturno se desdobra em três estágios. No começo, Cronos é pensado como “o astuto”, aquele filho que consegue vir ao mundo às custas de uma violenta rebelião contra seu pai, colocando fim no império de Urano e seu poder castrador. No segundo estágio, ele próprio configura-se como um Rei castrador, que influenciado por uma profecia, devora os próprios frutos (seus filhos), com medo da perda do poder. Este estágio é denominado como Cronos, o “conservador”. No terceiro estágio, pensado como a fase da “transformação”, Cronos é um velho Deus destronado por um de seus filhos (Zeus), sendo enviado para o fim do mundo, onde passa a reinar trazendo frutos e harmonia para os homens e animais lá existentes. Sua natureza é transformada, tornando-se “o soberano sábio e benéfico dos homens felizes” (p. 22).

Cronos/Saturno torna-se o deus da agricultura, regendo a chamada Idade do Ouro na mitologia, reinando sobre os homens, e ensinando-lhes as artes do cultivo. Anteriormente, era o deus solitário e destronado, exilado, que foi forçado a vomitar os filhos que engoliu. “A semente que morre é a que frutifica; a foice, símbolo da morte, torna-se o instrumento que colhe os frutos e o alimento” (Vitale, 1979, p. 33).

Cronos é também abordado por Hillman (1998) como o princípio da concentração, fixação, condensação e inércia, atuando em suas narrativas de uma maneira cristalizadora, fixando suas atitudes na rigidez das coisas existentes, opondo-se assim a toda e qualquer mudança. Saturno, ou o Grande Maléfico, simboliza todo tipo de obstáculo, parada, carência, impotência e paralisia, mas também lhe é conferido uma grande penetração, resultante de longos esforços repetidos, fidelidade, constância e renúncia.

Ainda conforme o autor, o senex é também representante da ordem, das regras e da disciplina, que são ações necessárias ao desenvolvimento humano e social. Em seu pólo negativo, assim como seus correlativos míticos, o arquétipo exerce uma função separadora, com o velho sucumbindo ao novo, por sentir-se ameaçado por este. Com a interrupção no antigo ciclo e o começo de uma nova etapa, a transformação é bloqueada, através do corte ou freio da evolução.

Ao vivenciar o senex negativo, o indivíduo fica estático, sem a capacidade de criação e renovação. O velho é sempre preferido ao novo; a fraqueza se converte em queixas; o isolamento criativo transforma-se em recolhimento por solidão (Vitale, 1979).

Vitale (1979) aponta também a existência da inibição da vontade na narrativa de Cronos/Saturno, onde o bloqueio não se dá em razão de falta de motivação ou sinal de fraqueza, mas sim é decorrente da impossibilidade de se libertar dos

obstáculos que vão se apresentando, sem conseguir visualizar alguma saída de forma criativa.

A depressão presente no mito é fruto, segundo o autor, de um excesso de consciência que paralisa todas as tentativas de caminhar. Há uma visão catastrófica que se manifesta com o ato de devorar as próprias criações, impedindo possibilidades de mudanças. Assim como no arquétipo, senex tem características de consciência e lucidez, que podem se manifestar de uma forma negativa, levando o indivíduo a visualizar as situações com acentuada crítica e abatimento, influenciando em sua maneira de ser e agir.

Em uma de suas polaridades, senex representa a paralisação do processo, onde o indivíduo não tem a coragem necessária de sacrificar o que foi conquistado, e não confia em si, enquanto agente potencial de transformação. A saída deste bloqueio só se dá com a integração da outra polaridade, o senex positivo (Vitale, 1979; Hillman, 1998).

Já no mito de Cronos, Vitale (1979) considera que a resolução ocorre a partir da “transformação de Cronos-Saturno em deus da agricultura, fundador e dirigente da Idade de Ouro, ou Senhor dos Tártaros e aquele que envia bons espíritos” (p. 38).

Ao se refletir sobre o Arquétipo do Puer Aeternus, pode-se dizer que ele, igualmente ao Arquétipo do Senex, traz características opostas, que vão desde a necessidade de liberdade e independência, capacidade de renovação, espontaneidade, energia de começo, imaginação e criação de novas possibilidades diante das mais variadas situações (*puer positivo*), como a dificuldade de lidar com situações convencionais e rotineiras, impaciência e intolerância, falta de

comprometimento, arrogância, desordem e depressão (*puer negativo*) (Hillman, 1998, Pieri, 2002).

Segundo Hillman (1998), diversas representações do Puer Aeternus são referidas na psicologia e na mitologia, podendo-se destacar: a figura do Herói, da Criança Divina e de Eros, o filho da Grande Mãe, os Deuses Hermes, Dionísio e Zeus, na mitologia grega, e o Deus Mercúrio, na mitologia romana.

Von Franz (1992) aponta que o Puer pode ser pensado, em seu aspecto positivo, como o portador da “juventude eterna”, ligado à inspiração, ao começo cheio de excitação e entusiasmo, ao impulso para seguir em frente, e a conexão com o espírito.

Já em seu aspecto negativo, a autora considera o Puer como fruto da vivência de um “complexo materno fora do comum” (ligado ao arquétipo da Grande Mãe), que o leva a se comportar, em muitos casos, dos seguintes modos:

- atitudes e comportamentos típicos de adolescentes, com características de dependência da mãe, na maioria dos casos;
- dificuldades de adaptação a situações sociais;
- atitudes de arrogância (que têm por trás um complexo de inferioridade);
- impaciência com a ordem e a temporalidade;
- dificuldade de se prender a qualquer situação que exija disciplina, continuidade, monotonia e sacrifício.

Von Franz (1992) aborda ainda que tais manifestações do puer negativo refletem o não comprometimento do indivíduo com a condição humana, levando-o à exposição tanto a situações que envolvam alguma espécie de risco, como a atitudes

extremas que o conduzam ao suicídio, caso ele se confronte com restrições que considere intoleráveis.

Hillman (1998) enfatiza a importância da relação entre senex e puer, uma vez que ambos são aspectos de um mesmo arquétipo, diferindo apenas no lado que se encontram da polaridade.

Segundo o autor, quando a dualidade senex-et-puer é cindida em polaridades, temos a manifestação da negatividade, sob a forma de *senex negativo* ou *puer negativo*. Falar nos aspectos negativos do arquétipo do senex é falar em sua divisão, onde o “velho” é preferido à “criança”, fazendo com que as características complementares do arquétipo do puer permaneçam no inconsciente, no mundo sombrio.

(...) Quando o arquétipo está cindido, o dínamo trabalha independentemente dos padrões de ordem. Então temos um padrão demasiado conhecido: a ação sem conhecimento e o conhecimento sem ação, o fanático versus o cínico, comumente formulados como o jovem e o velho (p. 45).

Campos (2000) aponta que quando apenas um pólo do arquétipo é ativado na psique consciente, o outro pólo permanece no inconsciente, na sombra, formando um complexo, que acaba por atuar sem o indivíduo perceber. Uma das consequências desta cisão é a projeção da polaridade não integrada no mundo externo, já que o indivíduo não se identifica com suas características (por não tê-las integrado em seu psiquismo). A autora refere ainda que “quanto mais distanciado ou cindido do outro pólo estiver o complexo, mais ele se torna negativo. O ideal é uma integração entre os aspectos do Puer e do Senex” (p. 26).

Para Hillman (1998),

(...) o senex negativo é o senex separado de seu próprio aspecto puer. Ele perdeu sua “criança”. (...) Sem o entusiasmo e o eros do filho, a autoridade perde seu idealismo. Ela aspira a nada que não sua própria perpetuação, levando somente à tirania e ao cinismo; pois o *significado não pode ser sustentado apenas pela estrutura e pela ordem*. Tal espírito é unilateral, e unilateralidade é mutilante. (p. 33).

Já atitudes e comportamentos do *senex (ou puer) positivo* decorrem da integração do Arquétipo Senex-et-Puer, uma vez que o “velho” se une a sua “criança” (e vice versa), garantindo à psique humana constância, continuidade, força criadora e energia de renovação. “A diferença entre as qualidades do senex negativo e positivo refletem a divisão ou a conexão dentro do arquétipo senex-puer” (Hillman, 1998, p. 37).

O *velho senex*, portador da rigidez, da dureza, da imutabilidade e da ordem necessita do *jovem puer*, possuidor do princípio do desenvolvimento, da mudança e da transformação, para que juntos alcancem a integralidade, o desenvolvimento e o crescimento.

Para que Cronos (Saturno) possa se transformar, em sua terceira fase, ele necessita deixar o novo emergir, na figura de sua criação, Zeus (ou Mercúrio, na mitologia romana), e assim torna-se o deus da agricultura, que a toda terra cultiva e frutifica.

Conforme abordado ao longo da revisão bibliográfica, a Insuficiência Renal Crônica é uma patologia que muito interfere na rotina dos pacientes, trazendo restrições de ordem alimentar e hídrica, a necessidade de constante monitoramento da equipe de saúde, do próprio paciente e de sua rede de apoio, e limitações que se manifestam no corpo e no meio social, repercutindo, todo este conjunto, na esfera emocional do doente.

Como uma doença crônica, a insuficiência renal é uma patologia de curso progressivo, sem possibilidade de reversão total, o que gera os mais diversos prejuízos na vida de seus portadores.

Quando refletimos sobre estes prejuízos, alguns questionamentos nos vêm à mente. Serão eles homogêneos em suas conseqüências, quando pensamos nas implicações emocionais, ou há indivíduos que sob as mesmas condições clínicas, reagem de maneiras distintas, com mais ou menos energia vital para o enfrentamento das mudanças inerentes à doença?

No decorrer de minha experiência prática, algumas modalidades de comportamentos me chamaram atenção. Alguns pacientes podiam ser percebidos como portando uma qualidade de vida relativamente boa, a despeito da doença e do tratamento submetido, ao passo que outros apresentavam uma considerável queda em seu ânimo e energia vital, e ainda haviam aqueles que pareciam ficar “gravitando” ao redor da doença, como se esta fosse sua única possibilidade de ser e existir.

Conforme abordado no capítulo dois, alguns autores apontam que certas variáveis, tais como o tipo de personalidade pré-mórbida, a qualidade da rede de apoio, o curso da doença de base e o estágio da doença renal são algumas das disposições que poderão influenciar no modo do paciente reagir à situação vivida.

Podemos considerar que sejam quais forem as variáveis envolvidas no modo de enfrentamento, a doença renal crônica pode ser considerada, em uma abordagem arquetípica, vertente decorrente da Psicologia Analítica, como uma patologia que traz à tona a ativação do arquétipo do Senex, exemplificado ao longo deste trabalho através do relato do mito de Cronos.

Uma vez que não encontramos na bibliografia disponível intersecções acerca da patologia renal crônica com a psicologia analítica/arquetípica, procuraremos traçar alguns paralelos entre estas duas temáticas, usando como recurso informações relevantes do levantamento bibliográfico anteriormente exposto. Não pretendemos, para tanto, esgotar o assunto e nem transmitir a idéia de que tais reflexões são as únicas possíveis entre a patologia escolhida e a abordagem analítica. Nossa intenção é tão somente introduzir uma nova forma de pensar e refletir sobre a patologia renal crônica, dentro de uma abordagem ainda não muito difundida no meio hospitalar.

Segundo Vitale (1979), quando o indivíduo é tomado pela repetição de certas condutas, dentro de um estado psicológico permeado de emoções, pode-se pensar que o mesmo encontra-se no campo gravitacional de um arquétipo. Como não é possível conceber o arquétipo em si, o autor aborda que devemos procurar algumas de suas manifestações, como tentativa de apreendê-lo. Uma delas, conforme já mencionado anteriormente, se dá através dos relatos míticos, que trazem consigo expressões permeadas de espontaneidade e riqueza.

Senex, conforme anteriormente abordado, é o arquétipo do Velho, que carrega consigo tanto características de determinação, ordenação, continuidade e repetição, como aspectos de limitação, inércia, paralisação e depressão. Cronos, a representação mítica do Senex, é, em sua primeira fase, um deus com potencial de transformação, que acaba ingressando no princípio da limitação e da oposição à renovação, ao se tornar o rei, no lugar de seu pai castrador, configurando-se ele próprio como um rei castrado e castrador.

O doente renal crônico que pretendemos refletir neste trabalho é aquele com o perfil “paralisador”, que utiliza como estratégia de enfrentamento a rigidez, como forma de lidar com as limitações e cuidados aos quais deve se submeter, com a reprodução de comportamentos sistemáticos, limitados e restritos, trazendo à tona a cronicidade tanto em seu corpo como em sua mente.

Muitos dos pacientes aos quais tive contato, tanto no Ambulatório como na Unidade Renal, traziam em seus relatos considerável sofrimento por conta das perdas e restrições impostas pela doença. Para alguns, este sofrimento funcionava como uma espécie de “combustível”, dando-lhes força para lutar por uma melhor qualidade de vida, mesmo diante da longa espera por um novo rim, e da limitada rotina aos quais eram submetidos, por conta da evolução da doença e do tipo de tratamento realizado.

Em contrapartida, outros demonstravam claramente em suas feições e em seus corpos um grande cansaço, que ia muito além do provocado por suas condições clínicas. Alguns pacientes vivenciavam a doença como um fardo muito pesado de ser carregado, onde através de comportamentos de extrema obediência as rotinas de tratamento, e uma expressão emocional marcada quase que exclusivamente pela problemática físico-orgânica, se transformavam não mais em

peessoas, com infinitivas possibilidades e caminhos a serem seguidos, mas apenas em doentes, no restrito sentido da palavra.

Ao visualizarmos este perfil, podemos esboçar um paralelo com o Arquétipo do Senex em seu pólo negativo, ou seja, em seu aspecto cindido de sua polaridade Puer Aeternus, a “eterna criança”.

O senex negativo é a representação do “velho” separado de sua “criança interna”, onde as atitudes e emoções estão desvinculadas de um objetivo permeado de sabedoria. São calcadas em repetições de padrões já conhecidos, impedindo que novas formas de lidar com situações de crise sejam refletidas e experienciadas. Tal comportamento decorre da falta de conhecimento do indivíduo, enraizado com seu senex negativo, do resultado final que uma mudança de conduta poderia resultar, e de seu medo de lidar com tudo aquilo que lhe pareça novo: novos tratamentos, novos meios de olhar para a cronicidade física, novas formas de vivenciar a vida da melhor forma possível.

O doente renal crônico se vê diante de muitas perdas (da saúde, das funções físicas, muitas vezes do papel que ocupa na família e na sociedade), podendo estabelecer a partir destas vivências atitudes de dependência total do outro, com queda na realização de atividades profissionais ou mesmo em rotinas de lazer, desinvestimento de sua energia e motivação no mundo e nas pessoas que o cercam, e distorção em sua imagem corporal.

A impossibilidade de reversão da doença aliada à constante presença da morte são sentidas pelos pacientes como eventos estressores, desencadeadores de muitas angústias e sentimentos ambivalentes.

Na mitologia, Cronos é ao mesmo tempo, um deus com princípio renovador, que destrona seu pai Urano, sucedendo-lhe o reinado, e um rei acuado, que

temendo perder o seu poder, engole seus próprios filhos, como forma de se defender da sua própria morte. Esta morte, presente no mito, é, assim como no arquétipo do Senex, não a morte só no sentido biológico, mas também aquela que remete ao fim de um ciclo, de um modo de agir e reagir. Novamente, pela dificuldade de incorporar o novo, o mito sucumbe aos filhos, identificando-se assim com a polaridade negativa do arquétipo, onde o novo, a criação, a energia de começo é engolido pelo velho, enraizado, limitado.

A depressão inerente ao mito e remetida ao arquétipo é aquela fruto da morte em seu sentido de perfeição e ordem. É a morte do preenchimento, da realização, das atitudes de renovação, criação e coragem. Pode significar tanto uma morte física como psíquica, e a esta última podemos correlacioná-la também com a cronicidade psíquica, onde o indivíduo se vê tomado por uma percepção de realidade sem perspectiva de mudança, com a atenção voltada quase que exclusivamente para a esfera doente de seu corpo, sem conseguir visualizar as demais esferas sadias de sua existência.

O estado de tristeza, desesperança e desinvestimento é percebido no paciente e explicado no arquétipo como fruto de um excesso de consciência que paralisa todas as tentativas de inspiração e avanço. Há a manifestação de uma visão catastrófica que se apresenta, no mito, no ato de devorar as próprias criações, impedindo o surgimento de novas possibilidades de ações. No arquétipo, o senex tem características de consciência e lucidez, que podem se manifestar de uma forma negativa, levando o indivíduo a visualizar as situações com acentuada crítica e abatimento, influenciando em sua maneira de ser e agir.

Ao vivenciar o senex negativo, o indivíduo fica estático, sem a capacidade de se libertar dos obstáculos, e sem a coragem necessária de sacrificar o que já foi

conquistado, não confiando em si enquanto agente potencial de transformação. Assim, rituais de ordem e repetição são seguidos, fraquezas são convertidas em queixas, e o isolamento necessário para uma adequada reflexão transforma-se em um recolhimento por solidão.

Alguns pacientes chegavam ao Ambulatório com as mais diversas queixas, muito relevantes para o seu estado clínico, porém marcadas sobretudo pela falta de perspectiva e visualização em suas demais esferas da vida, além da condição de doentes. Queixas como dificuldade de aderir a dieta hídrica e alimentar, a impossibilidade de continuarem suas atividades profissionais, e a falta de liberdade para irem e virem, por conta da rotina de hemodiálise e da debilidade física eram marcantes em seus discursos. Por mais que se buscasse, durante o atendimento, destacar para estes indivíduos os demais aspectos sadios de suas existências, isso não era conseguido, tamanho o espaço psíquico que vivências ligadas ao adoecimento ocupavam em suas mentes.

Já na Unidade Renal, um paciente, em um grupo de três, mostrava-se disposto psicologicamente ao atendimento, buscando compartilhar suas derrotas e vitórias frente à doença e ao tratamento, e refletir sobre novas formas de atuação. Os demais, mesmo abordados constantemente durante os atendimentos, preferiam ficar no isolamento, mergulhados em si mesmos, não se disponibilizando para o espaço oferecido de reflexão e expressão de suas vivências e sentimentos.

O doente psicologicamente crônico carrega consigo todos os aspectos da cronicidade física (limitações, restrições, imposição de uma nova condição de vida e saúde), que podem se manifestar, segundo Schneider (1996), em atitudes de dependência, regressão e passividade, que são afloradas demasiadamente rápida

ou com considerável nível de força na mente do paciente, levando-o à falta de criatividade para lidar com a nova condição de vida.

A partir das relações expostas, podemos pensar que uma das formas do doente renal crônico, com a cronicidade tanto em seu corpo como em sua mente sair deste estado, se daria através da ativação, em seu psiquismo, do aspecto cindido do arquétipo do Senex por ele vivenciado, ou seja, do pólo Puer Aeternus, ou “a criança eterna”. Com a junção entre o conservadorismo do senex, e a inovação do puer, o indivíduo poderia ter transformado seu modo de ser e agir sobre si mesmo e suas limitações, retirando de si o peso da cronicidade e da negatividade trazidos pela cisão do Senex (o velho) com o seu Puer (a criança).

Conforme abordado anteriormente, o senex ou o puer positivo (ou seja, o arquétipo integrado às suas polaridades) pode ser pensado como o portador da “juventude eterna”, manifestando-se, na psique humana, através de atitudes carregadas de inspiração, excitação e entusiasmo, responsabilidade, força criadora, energia de renovação, constância e durabilidade.

Com minha vivência prática, tanto no Ambulatório como na Unidade Renal, pude encontrar indivíduos que trilharam os mais variados caminhos enquanto forma de enfrentar as perdas e restrições impostas pela Insuficiência Renal Crônica. Alguns, através de seus relatos e demonstrações, buscavam lidar com a nova condição de vida de uma maneira mais ativa, procurando vivenciar os aspectos da doença, mas também percebendo-se como indivíduos sadios em outras esferas de suas vidas. A estes, podemos pensar como portadores de um senex/puer em seu aspecto positivo, ao conseguirem conciliar a responsabilidade com seu cuidado e tratamento, e a inspiração e continuada renovação em suas relações com o meio, com a doença e com vida.

O paciente renal crônico que tiver ativado em seu psiquismo a sua própria criança interna, poderá agir com rigidez, em termos dos cuidados e tratamentos aos quais deve se submeter, mas também contará com a leveza e a suavidade enquanto forma de olhar para as demais esferas de sua vida, além da esfera doente. Ele poderá perceber-se enquanto um ser dotado de muitas possibilidades, onde a condição de doente é apenas uma dentre tantas outras condições a ele pertencente.

O velho senex, portador da rigidez, da dureza, da imutabilidade e da ordem, necessita do jovem puer, possuidor do princípio do desenvolvimento, da mudança e da transformação, para juntos alcançarem a integralidade, o desenvolvimento e a sabedoria.

Conforme abordado anteriormente, diversas são as repercussões geradas pela Insuficiência Renal Crônica na vida de seus portadores, onde o sofrimento, as perdas e as limitações estão constantemente presentes, em maior ou menor grau.

Com a elaboração deste trabalho, buscou-se levantar alguns aspectos acerca do que é a patologia renal crônica, refletindo inicialmente sobre a anatomia e fisiologia dos rins, para a seguir considerar a doença propriamente dita, com suas alterações físicas, sociais e emocionais, e suas possibilidades terapêuticas.

Procuramos resgatar mais extensamente as implicações emocionais geradas pela patologia, uma vez que o objetivo do trabalho encontrava-se pautado neste aspecto, e levantar algumas considerações sobre a cronicidade psíquica, reação possível quando o indivíduo se defronta com uma doença crônica.

Tendo em vista que este estudo tinha como foco propiciar uma nova forma de olhar o doente renal crônico, com seus aspectos de cronicidade tanto em seu corpo como em sua mente, buscamos apresentar alguns aspectos gerais da Psicologia Analítica, de Carl Gustav Jung, e a seguir explicitamos com maiores detalhes uma de suas vertentes, a Psicologia Arquetípica de James Hillman, com a exposição de seus principais pressupostos.

Como não existem disponíveis, até o momento, trabalhos que relacionem as implicações e conseqüências da Insuficiência Renal Crônica com a abordagem analítica/arquetípica, procuramos traçar alguns paralelos entre estes temas, como uma tentativa de introduzir uma nova maneira de olhar para estes doentes.

A partir do conceito de arquétipo, tema central da Psicologia Arquetípica, e a contribuição da mitologia grega, pudemos analisar o doente renal crônico, com um perfil mais rígido e sistemático, como um indivíduo que tem ativado, em seu psiquismo, o Arquétipo do Senex em sua polaridade negativa.

Com o presente estudo pudemos apreender que o indivíduo, ao ser tomado pelo senex cindido de seus aspectos positivos, passa a vivenciar a doença como sua única possibilidade de existência, com atitudes permeadas de rigidez, conservadorismo, isolamento e abatimento enquanto forma de lidar com as perdas e limitações impostas pela mesma. A cronicidade de seu corpo também lhe toma o psiquismo, levando-o a “paralisações” que se refletem no ato de pensar e perceber outras maneiras de ser e existir, tanto em relação a sua patologia, como em se tratando de sua própria existência, de uma maneira geral.

O paciente, frente a sua cronicidade física e também psíquica, se vê tomado por condutas repetitivas, sem a capacidade de se libertar das rotinas que lhe são impostas, passando a viver como um ser doente, e não mais como um indivíduo dotado de possibilidades e caminhos a serem seguidos.

Também foi possível constatar que o arquétipo, quando tem integrado as suas polaridades, constituindo como o arquétipo do senex-et-puer, se manifesta no paciente através de atitudes que trazem a conciliação entre a responsabilidade para consigo próprio e seu tratamento, e a inspiração e continuada renovação em suas relações com o meio, com a doença e com a vida.

Conforme já citamos, não pretendíamos esgotar o assunto e nem transmitir a idéia de que as relações anteriormente teorizadas são as únicas possíveis dentro das temáticas escolhidas. Outras variáveis foram igualmente consideradas para o estudo da patologia em questão, como por exemplo, a incidência de depressão ser

aumentada nos pacientes renais crônicos, assim como a dinâmica emocional dos mesmos estar também relacionada ao curso e a duração da doença, e não só a ativação e atuação do arquétipo do Senex.

Deixamos enquanto sugestão que novos estudos sejam produzidos acerca da intersecção de tais temas, para que outras contribuições possam emergir, a fim de auxiliar o manejo dos profissionais que trabalham com tal parcela da população, tendo como base teórica o enfoque da psicologia analítica/arquetípica.

Acreditamos ainda que novas pesquisas sobre as mais diversas patologias à luz da abordagem analítica e arquetípica seriam muito ricas e valiosas, uma vez que apontariam outras possibilidades de apreender e abordar o doente, em uma magnitude psíquica tanto individual, considerando as repercussões do adoecer para o próprio indivíduo, quanto coletiva, através da contribuição dos arquétipos e suas expressões míticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, M. V. (2002). A Escola Arquetípica. Em: Young-Eisendrath, P. & Dawson, T. (Orgs.), Manual de Cambridge para Estudos Junguianos (pp. 111- 125). Porto Alegre: Artmed.
- Almeida, A. M (2003). A Importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. Jornal Brasileiro de Nefrologia, 25, 209-14.
- Almeida, A. M. & Meleiro, A. M. A. S. (2000). Revisão: Depressão e Insuficiência Renal Crônica: uma revisão. Jornal Brasileiro de Nefrologia, 22, 192-200.
- Barcellos (1991). Introdução. Em: Hillman, J., Psicologia Arquetípica – Um breve relato (pp. 7-16). São Paulo: Cultrix.
- Boechat, W. (1995). Mitos e arquétipos do homem contemporâneo. Rio de Janeiro: Vozes.
- Boim, M. A. & Schor, N. (1998). Função Renal. Em: Schor, N. & Srougi, M. (Orgs.), Nefrologia, urologia clínica (pp. 3-10). São Paulo: Savier.
- Borba, M. C. & Matta, G.C. (1993). Aspectos Psicológicos numa situação de transplante renal – A relação doador-receptor. JBM, vol. 64, 56-64.
- Botega, N. J. (2002). Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e Emergência. Porto Alegre, Artmed.
- Campos, I. F. (2000). O outono da vida: Senex, o arquétipo do velho. Revista Psicologia, maio 2000, 23-36.
- Campos, C. J. G. (2002). A vivência do doente renal crônico em hemodiálise: significados atribuídos pelos pacientes. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – São Paulo.
- Carvalho, M. L. A. (2000). Grupos com pacientes hemodialisados. Em: Mello

Filho, J. (Org). Grupo e corpo-psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. (pp. 395-412). Porto Alegre: Artes Médicas.

Cendoroglo, M.; Sardenberg, C. & Suassuna, P. (1998). Insuficiência renal crônica – etiologia, diagnóstico e tratamento. Em: Schor, N. & Srougi, M. (Orgs.), Nefrologia, urologia clínica (pp. 29-33). São Paulo: Savier.

Chevalier, J. (2005). Dicionário de Símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números. 19º edição. Rio de Janeiro: José Olympio.

Diel, P. (2005). Le symbolisme dans la mythologie grecque. Em: Chevalier, J. Dicionário de Símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números. (pp. 611) 19º edição. Rio de Janeiro: José Olympio.

Dyniewicz, A. M.; Zanella, E. & Kobus, L. S. G. (2004). Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. [HTTP]. Disponível em: www.fen.ufg.br [20/09/2005].

Garcia Jr., C & Zimmermann, P. R. (2002). Falência e Transplante de órgãos. Em: Botega, N. J. Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e Emergência. (pp. 298-312). Porto Alegre: Artmed.

Hart, D. L. (2002). A Escola Junguiana Clássica. Em: Young-Eisendrath, P. & Dawson, T. (Orgs.), Manual de Cambridge para Estudos Junguianos (pp. 101-110). Porto Alegre: Artmed.

Hillman, J. (1991). Psicologia Arquetípica – Um breve relato. São Paulo: Cultrix.

Hillman, J. (1998). O livro do Puer: ensaios sobre o arquétipo do Puer Aeternus. São Paulo, Paulus.

Lima, M. G.; Lima, A. C. L.; Huehara, M.; Lucente, J. R.; Nascimento, S.P. & Castro, A. C. L. C. (2002). Pacientes renais crônicos e transplantados: aspectos psicológicos. Em: Campos, C. J. G. A vivência do doente renal crônico em hemodiálise: significados atribuídos pelos pacientes. (pp. 11-14). Campinas – São Paulo.

Meleti, M. R. (1988). O paciente em hemodiálise. Em: Angerami, V. A. C. (Org). A Psicologia no hospital. (pp. 149-159). São Paulo: Traço.

- Michaelis (2002). Michaelis: Dicionário de Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos.
- Nogueira, W. P. & Rosa, D. P. (1990). Reações emocionais de pacientes submetidos à hemodiálise. Rev. Bras. Med. (RBM), 47, 365-6 e 369-370.
- Oliveira, M. F. & Ismael, S. M. C. (1995). Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia. Campinas: Papyrus.
- Peace, G. (2002). Living with kidney dialysis. Em: Campos, C. J. G. A vivência do doente renal crônico em hemodiálise: significados atribuídos pelos pacientes. (pp. 11-14). Campinas – São Paulo.
- Peixoto, P. M. (2003). Mitologia Grega. São Paulo: Germape.
- Pieri, P. F. (2002). Dicionário junguiano. São Paulo: Paulus.
- Rim-Online (2005). Instituto do Rim do Paraná. [HTTP]. Disponível em: <http://www.rimonline.com.br> [16/09/2005].
- Rodrigues, R. T. S.; Lima, M. G. S. & Amorim, S. F. (2004). Transplante renal e hepático: a intervenção psicológica no Hospital Geral. Em: Bruscato, W.L.; Benedetti, C. & Lopes, S. R. A. (Orgs.), A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história (pp. 135-153). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Romão Jr., J. E. (2004a). O rim e suas doenças. [HTTP]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Publico/rim.htm> [16/09/2005].
- Romão Jr., J. E. (2004b). Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. [HTTP]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/JBN/26-31/v26e3s1p001.pdf> [20/09/2005].
- Saes, S. C. (2002). Alterações comportamentais em renais crônicos. Em: Campos, C. J. G. A vivência do doente renal crônico em hemodiálise: significados atribuídos pelos pacientes. (pp. 11-14). Campinas – São Paulo.
- Santos, B. R.; Araujo, C. C.; Sampaio, E. C. P. & Wordell, S. M. (1991).

Enfermagem em unidade de transplante renal. São Paulo: Sarvier.

Santos, C. T. & Sebastiani, R. W. (1996). Acompanhamento psicológico a pessoa portadora de doença crônica. Em: Angerami, V. A. C. E a Psicologia entrou no Hospital. (pp. 147-176). São Paulo: Pioneira.

Samuels, A. (1989). Jung e os pós-junguianos. Rio de Janeiro: Imago.

Samuels, A. (2002). Introdução: Jung e os Pós-Junguianos. Em: Young Eisendrath, P. & Dawson, T. (Orgs.), Manual de Cambridge para Estudos Junguianos (pp. 27-37). Porto Alegre: Artmed.

Schneider, P. B. (1996). A Psicologia do Doente Crônico. Revista Internacional, 16-27.

Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (1999). História da Psicologia Moderna. São Paulo: Cultrix.

Stevens, A. (1993). Jung: sua vida e pensamento – Uma introdução. Rio de Janeiro: Vozes.

Vitale, A. (Org) (1979). Pais e mães: seis estudos sobre o fundamento arquetípico da psicologia da família. São Paulo: Símbolo.

Von Franz, M. L. (1992). Puer aeternus: a luta do adulto contra o paraíso da infância. São Paulo: Edições Paulinas.

Zozaya, J. L. G. (1985). El medico y el paciente em el contexto de la enfermedad cronica. Revista Centro Policlan Valência, 3, 117-19.