

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

FACULDADE DA SAÚDE

Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

FÁBIA RÍMOLI

**INTERVENÇÃO LÚDICO-SIMBÓLICA JUNTO A PORTADORES DE
DISPEPSIA FUNCIONAL**

São Bernardo do Campo

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FÁBIA RÍMOLI, R.A. 75184

Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

INTERVENÇÃO LÚDICO-SIMBÓLICA JUNTO A PORTADORES DE DISPEPSIA FUNCIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof^a, Dr^a Vera Maria Barros de Oliveira.

São Bernardo do Campo

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

R468i	Rímoli, Fábía Intervenção lúdico-simbólica junto a portadores de dispepsia funcional / Fábía Rímoli. 2010. 123 f. Dissertação (mestrado em Psicologia da Saúde) - Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2010. Orientação de: Vera Maria Barros de Oliveira. 1. Intervenção - Portadores de dispepsia 2. Imaginação 3. Brincar 4. Estresse I. Título
-------	---

CDD 157.9

A dissertação de mestrado sob o título **“INTERVENÇÃO LÚDICO-SIMBÓLICA JUNTO A PORTADORES DE DISPEPSIA FUNCIONAL”**, elaborada por **Fábia Rimoli** foi apresentada e aprovada em **30** de **março** de **2010**, perante banca examinadora composta por **Profa. Dra. Vera Maria Barros de Oliveira** (Presidente/UMESP), **Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende** (Titular/UMESP) e **Profa. Dra. Denise Gimenes Ramos** (Titular/PUC-SP).

Prof/a. Dr/a. Vera Maria Barros de Oliveira
Orientador/a e Presidente da Banca Examinadora

Prof/a. Dr/a. Maria Geralda Viana Heleno
Coordenador/a do Programa de Pós-Graduação

Programa: **Pós-Graduação em Psicologia da Saúde**

Área de Concentração: **Psicologia da Saúde**

Linha de Pesquisa: **Psicossociais**

Para as doze mulheres que compuseram o grupo de pesquisa, o meu mais profundo respeito e agradecimento pelo comprometimento, disponibilidade e confiança, mais do que isso, admiração e carinho.

Muito obrigada, retribuo com as flores recebidas!



À Denise Batista Pereira Jorge, observadora não participante da pesquisa, que com comprometimento beneficiou estes estudos, os meus agradecimentos.

Agradecimentos

Agradeço em especial à minha mãe por me apontar o caminho,
me apoiar, me alimentar e
me fazer acreditar que é possível.

Agradeço ao meu pai a tudo o que me ensinou e me impulsionou,
por me acompanhar e por me valorizar sempre.

À Profª Dra. Vera Maria Barros de Oliveira por ter me orientado e me
conduzido com emoção e ciência.

À Profª Dra. Hilda Rosa Capelão Avoglia e ao Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende pelas valiosas
contribuições no Exame de Qualificação.

À Profª Dra. Denise Gimenes Ramos pela presença, consideração e valiosas contribuições durante a
defesa da Dissertação.

Ao Dr. Renato Sebbe meus sinceros agradecimentos, como médico
é testemunha da melhora dos meus sintomas gástricos e
grande colaborador participativo nesta pesquisa ao discutir a teoria e encaminhar pacientes.
Representa os demais médicos gastroenterologistas que colaboraram com esta pesquisa.

À Profª MSc. Raphaella Maria Ferreira Alves da Silva De Martini Barbosa, coordenadora do curso de
Psicologia da UNIP, pelo apoio, oportunidades e ensinamentos.

Ao Profº MSc. Ivan Rabelo, psicólogo da Casa do Psicólogo, pelo suporte técnico e fornecimento dos
Inventários utilizados nesta pesquisa e distribuídos pela Casa do Psicólogo,
além do apoio profissional.

À Profª MSc. Maria Aparecida Bezerra da Cunha pelo amigável compartilhar destes estudos.

Agradeço aos demais professores do programa de pós-graduação pelo
aprimoramento dos conhecimentos.

Agradeço aos colegas alunos do programa pelos momentos compartilhados em todo este trajeto.

“Querida Fábيا, é assim que nós queremos chamá-la. Fomos convidadas para participar de uma pesquisa com a Dra. e estamos saindo tendo a melhor amiga de infância. Para todas nós foi mágico. Voltar a infância, falarmos com os glóbulos brancos, parecia estranho, mas, no final foi sensacional. Parecia coisa de loucas, mas como íamos pensar que um bom papo poderia ser tão legal. Ver como doze mulheres tão diferentes na idade, profissão e vivência, poderiam alinhar uma colcha tão certinha. Cada quadrado cortado por uma caberia no que a outra tinha em mente. Acho que é inusitado: doze mulheres concordando de primeira com todas e tudo... Nós pensávamos que seríamos a mola mestra da pesquisa, ledo engano... Com isso, passamos a nos conhecer melhor, vendo que não somos “Atlas” para carregar o mundo nas costas. Somos frágeis, com nossas angústias e medos, e descobrimos como resolver isso na nossa mente, para o corpo não sofrer... Fábيا nosso muito obrigada pela leveza como você nos conduziu com amor. Entramos frágeis, inseguras, melindradas, assustadas, mas vimos que bem orientadas podemos nos curar. Só depende de nós mesmas...”

Resumo

RÍMOLI, F. Intervenção lúdico-simbólica junto a portadores de dispepsia funcional. 2010. 124f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, 2010.

O presente estudo aborda uma intervenção grupal lúdico-simbólica junto a portadores de dispepsia funcional (DF), um distúrbio gastrointestinal caracterizado por sintomas como dor ou desconforto na região superior do abdômen, sem causa orgânica. Tem como objetivo intervir de forma grupal lúdico-simbólica junto ao portador de DF; analisar o nível de estresse dessa população e relacionar os dados da intervenção frente o nível de estresse. Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva de caráter qualitativo. A intervenção grupal utiliza-se de técnicas de imaginação e pensamento dirigido; o nível de stress é avaliado através do Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de LIPP (ISSL). Os participantes do grupo são 12, predominantemente do sexo feminino, sendo a metade entre 20 e 50 anos e os demais, acima. Através da análise de conteúdo dos dados da entrevista dirigida pôde-se observar que todos fizeram uma associação do aparecimento dos sintomas a conflitos emocionais, focalizando cenas e situações como fatores estressores e desencadeadores da dispepsia funcional. A análise simbólica das intervenções grupais tem como base teórica a psicologia analítica de Carl Gustav Jung. Os resultados demonstraram que os participantes da intervenção grupal apresentaram redução dos sintomas da dispepsia funcional e do nível de estresse, sendo que, no início oito participantes encontravam-se na fase de resistência; um na de alerta e três sem estresse e, ao final, três se encontram na fase de resistência, um permanece na fase alerta e oito sem estresse. Essa transformação ocorreu após terem considerado os sintomas como símbolos de emoções e sentimentos através das intervenções lúdico-simbólicas, e após tê-los integrados à consciência ao fazerem conexões psíquicas entre mente e corpo para reconhecerem atitudes tomadas ou a tomar e agilizar enfrentamentos para não cristalizar sintomas da dispepsia funcional, do ponto de vista da psicologia analítica.

Palavras-chave: dispepsia funcional, psicossomática, intervenção grupal junguiana, imaginação, pensamento dirigido, lúdico, estresse.

Abstract

RÍMOLI. F. Ludic-symbolic intervention involving functional dyspepsia patients. 2010. 122f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, 2010.

This study focuses on ludic-symbolic group intervention involving patients with functional dyspepsia (FD), a gastrointestinal disorder characterized by pain or discomfort on the upper abdomen area without identifiable cause by conventional diagnostic means. The present study aims to analyze the stress level of FD patients and connect it to the ludic-symbolic group intervention data. This is an exploratory-descriptive qualitative research. The group intervention uses active imagination techniques and the subjects' stress level is evaluated with LIPP Adults Stress Symptoms Inventory (ISSI). The group consists of twelve members, mostly women; half of the participants are aged between 20 and 50 and the rest is older. Analysis of interview data shows that all group members have associated the beginning of their symptoms to emotional conflicts, focalizing scenes and situations as stressing factors that have triggered their FD. The symbolic analysis of the group interventions is based on Carl Gustav Jung's analytical psychology. Results show that the participants presented reduction of FD symptoms and of stress levels: initially, eight subjects were at the resistance stage, one at the alert stage and three of them presented no stress; by the end of the ludic-symbolic group intervention, three subjects were at the resistance stage, one remained at the alert stage and eight presented no stress. This transformation occurred after the symptoms regarded as symbols of emotions and feelings through symbolic play-action, and after having them integrated into consciousness by making psychic connections between mind and body to recognize actions taken or to be taken to avoid confrontations accelerate and crystallize symptoms of functional dyspepsia, from the standpoint of analytical psychology.

Keywords: functional dyspepsia, psychosomatic, group intervention Jungian imagination, directed thinking, playful, stress.

Lista de figuras

Figura 1 - Disfunções gastrointestinais funcionais - Modelo conceitual	24
Figura 2 - Fases de estresse e predominância dos sintomas no início do grupo.....	46
Figura 3 - Representações gráficas após imaginação conduzida	52
Figura 4 - Dinâmica relacional, tendo como tema o brincar	65
Figura 5 - Conquistando valores	72
Figura 6 - Relação grupal.....	73
Figura 7 - Foto dos desenhos em grupo	78
Figura 8 - Fases de estresse e predominância dos sintomas ao final do grupo	86
Figura 9 - Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> de Lipp, comparação do início com o final do grupo.....	86
Figura 10 - Modelo biopsicossocial junto aos portadores de dispepsia funcional (DF)	88

Lista de quadros

Quadro 1 – Levantamento sociodemográfico	35
Quadro 2 – Sintomas da dispepsia funcional estabelecidos pelos critérios de Roma III	36
Quadro 3 – Associação do desenvolvimento dos sintomas aos conflitos emocionais	40
Quadro 4 – Episódios que desencadearam o início das crises de DF	42
Quadro 5 – Apresentação de sensações e de sentimentos iniciais	44
Quadro 6 – Fases do estresse e predominância de sintomas individuais.....	45
Quadro 7 – Percepção da sensação física	47
Quadro 8 – Sintomas, sentimentos e imagens simbólicas relatadas	49
Quadro 9 – Frases identificadas para expressar como lidar com o sintoma.....	55
Quadro 10 – Imagem simbólica e padrão mental associados à má digestão	58
Quadro 11 – Conscientizações através do significado do brinquedo.....	63
Quadro 12 – Lúdico como função estruturante da consciência.....	67
Quadro 13 – Conscientização de atitudes	68
Quadro 14 – Símbolo organizador de processo afetivoemocional	71
Quadro 15 – Atitudes simbólicas.....	75
Quadro 16 – Conscientização de atitudes a serem incorporadas	75
Quadro 17 – Imagem e padrão mental aptos a produzir transformações	77
Quadro 18 – Relatos da vivência grupal, pré e pós-encontros	79
Quadro 19 – Fases do estresse e predominância de sintomas individuais, ao final do grupo..	85

Sumário

1. APRESENTAÇÃO	12
2. INTRODUÇÃO	14
2.1 Símbolo, expressão dos sintomas da dispepsia funcional	14
2.1.1 Ampliação da consciência via representação simbólica: um enfoque na imaginação	17
2.1.2 O lúdico como função estruturante da consciência	19
2.2 Conexões psíquicas corpo-mente frente à Dispepsia Funcional	20
2.2.1 Estresse, necessidade de adaptação	26
2.3 Objetivo geral	27
2.4 Hipótese	27
3. MÉTODO	28
3.1 Participantes do grupo	28
3.2 Local	28
3.3 Instrumentos e material	28
3.4 Procedimento	31
3.5 Tratamentos dos dados	33
3.6 Análises de benefícios e riscos	34
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 Informações obtidas através da entrevista dirigida	35
4.2 Do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de LIPP (ISSL) a encontros grupais	44
4.3 Dados obtidos nos encontros	47
4.4 Do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de LIPP (ISSL): pós-encontros grupais e comparativos (pré e pós)	84
4.5 Análise conjunta dos três instrumentos utilizados: entrevista dirigida, Inventário de Sintomas de Stress para adultos de LIPP (ISSL) e intervenções grupais	89
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
6. REFERÊNCIAS	96
ANEXO	
Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP-UMESP	103
Anexo B - Esclarecimento para encaminhamento médico	105
Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
Anexo D - Entrevista Psicológica Dirigida	107
Anexo E - Transcrição do exercício do brincar – Navio	109
Anexo F - Transcrição da técnica de imaginação	111
Anexo G - Transcrição das trocas relacionais entre os participantes	112
Anexo H - Imagem simbólica (Lírio)	113
Anexo I - Imagem simbólica (Rosa)	114
Anexo J - Imagem simbólica (Girassol)	115
Anexo K - Imagem simbólica (Orquídea)	116
Anexo L - Imagem simbólica (Tulipa)	117
Anexo M - Imagem simbólica (Jasmim)	118
Anexo N - Imagem simbólica (Dália)	119
Anexo O - Imagem simbólica (Azaléia)	120
Anexo P - Imagem simbólica (Acácia)	121
Anexo Q - Imagem simbólica (Violeta)	122
Anexo R - Imagem simbólica (Cravo)	123

1. Apresentação

Para a Psicologia da Saúde, o estudo das doenças funcionais faz-se importante com o feito de possibilitar o conhecimento da conexão entre os sintomas apresentados e a dinâmica psíquica que os gera, a fim de ampliar a consciência e assim, poder ativar a seleção de comportamentos saudáveis na construção de relações sociais e melhoria de qualidade de vida.

O interesse pelo tema surge de observações realizadas no meio social e profissional, por esta autora. Provém da queixa presente do sintoma e da dissociação entre os sintomas e o significado destes, como no relato de uma paciente portadora de dispepsia funcional: “Dentro de mim dói, existe algo que me agride, me fere. Depositada no meu estômago, a acidez que forma ferida reflete a minha dor.”

O estado geral de saúde de um indivíduo traz em si um componente subjetivo. A capacidade de autoavaliar e expressar essa subjetividade contribuem para alcançar bem-estar e qualidade de vida. Para o desenvolvimento saudável devem-se considerar as constantes reações adaptativas do corpo ao ambiente onde vive (RIBEIRO, 1998).

Busca de suporte social, aceitação de responsabilidade e atitudes de enfrentamento estão entre as atitudes habitualmente descritas como saudáveis para se lidar com situações adversas e para diminuir os sintomas da dispepsia funcional.

Doenças funcionais gástricas são consideradas como distúrbio biopsicossocial (MAGALHÃES, 2002), questão de saúde pública, somatização. Privilegiar a razão e não se relacionar com o afeto ocasiona indigestão, dispepsias, sintomas gástricos. Esta unilateralidade acarreta dificuldade de simbolizar no campo abstrato. Podendo responder psicossomaticamente à dor emocional, não cria representação mental para o sintoma. Tornam-se necessárias a ingestão e a assimilação consciente da emoção para o estômago não funcionar como um receptáculo de emoções não assimiladas.

Tendo em vista que a dispepsia funcional é tida como uma questão epidemiológica (BARBUTI, 2009) pode se considerar relevante para a saúde pública conhecer os significados, a representação mental dos sintomas da dispepsia funcional, a fim de obter níveis adequados de saúde mental para a população.

O conceito de Saúde Mental, divulgado pela OMS, é definido como “um estado de bem-estar no qual cada indivíduo pode realizar seu próprio potencial, pode enfrentar o estresse normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e está apto a contribuir com a sua comunidade” (WHO, 2008).

O estresse é um dos fatores que alteram o funcionamento de vários sistemas do nosso organismo, quando uma pessoa fica durante muito tempo submetida a uma situação estressante, desencadeiam-se mudanças no sistema nervoso autônomo, causando tensão no estômago. Como não se consegue eliminar as tensões de uma forma natural, aparecem padrões artificiais e desenvolvem-se desordens gastrointestinais, justifica-se investigar o nível de estresse.

Considerando-se a importância dos aspectos psicossociais, surge a necessidade de conhecer significados, de compreender a representação mental dos sintomas da dispepsia funcional, que se revela através de manifestações dos símbolos dos sintomas, a representação aponta a necessidade da expansão da consciência para o desenvolvimento da personalidade a caminho da individuação.

A revisão bibliográfica percorrida a partir da Psicologia da Saúde utiliza a Psicologia Analítica, trazendo a imaginação, o pensamento dirigido, a representação simbólica e o lúdico como função estruturante da consciência. Atém-se à dispepsia – doenças funcionais gastrointestinais: classificação, prevalência e transtorno biopsicossocial, sintomas e critérios de Roma III, interação cérebro-estômago, a tensão psicossocial e o estresse.

2. Introdução

2.1 Símbolo, expressão dos sintomas da dispepsia funcional.

A abordagem simbólica, método de Carl Gustav Jung de interpretar símbolos do inconsciente e analisar o que as imagens descrevem da própria situação, aponta para além daquilo que pode se tornar imediatamente acessível à nossa observação. Os fatos conhecidos anunciam um desenvolvimento ainda vindouro e um significado até então não percebido. A percepção desses fatos pensados e vivenciados, não apenas sintomática, mas também simbolicamente, mobilizam uma transformação psíquica (WHITMONT, 1995, p. 20).

O símbolo para Jung (1981 a, § 814) “[...] sempre pressupõe que a expressão escolhida seja a melhor descrição ou formulação possível de um fato relativamente desconhecido que, não obstante, se sabe existir ou se postula como existente.”

O sintoma pode ser uma expressão simbólica, uma forma de o organismo expressar um conflito, um sintoma pode ser o primeiro símbolo a chegar à consciência, pode ser uma tentativa de chamar a atenção para a realidade conflitiva e para o desvio do ego quanto à sua totalidade. As imagens surgem como portadoras de mensagens, em consequência de opiniões e convicções unilaterais do consciente. “A pressão crescente das imagens é a reação de defesa de um sistema psíquico autorregulador, equilibrador” (WHITMONT, 1995, p. 21).

Ramos (1995) aponta que Jung, em 1906 inicia uma abordagem psicossomática dos comportamentos emocionais, usando a definição de complexo e ego, onde cada emoção é acompanhada de mudanças corporais.

Complexo, diz Jung,

É sempre uma coleção de várias ideias, mantidas juntas por um tom emocional comum a todas [...] o significado do ego é psicologicamente um complexo de imaginações mantidas juntas e fixadas por impressões (sinestésicas) [...] O tom emocional dos complexos secundários é baseado sobre impressões sinestésicas e, além disso, tanto o complexo do ego quanto o secundário podem ser temporariamente reprimidos ou cindidos (*apud* RAMOS, 1995, p. 32).

Ao se constelar um determinado complexo, há uma alteração que pode ou não ser percebida pelo indivíduo, no nível fisiológico e em toda a estrutura corporal. A percepção dessas alterações leva à ideia de que todo complexo traz consigo um padrão específico de imagens corporais e de tensões musculares (RAMOS, *ibid*).

Ao englobar os aspectos psíquicos e somáticos de uma doença, pode ocorrer sua assimilação pela consciência (JUNG, 1982). Uma doença pode ser indício de que há um complexo autônomo que precisa ter seus conteúdos reconhecidos pelo ego. “Para que o ego mantenha sua saúde e integridade, é necessário que ele não se identifique com o polo abstrato nem com o polo orgânico, e sim que se esforce para percebê-los simultaneamente” (MORENO; ARAÚJO, 2005, p. 50).

Quanto mais unilateral, rígida e incondicional for a defesa de um ponto de vista, tanto mais agressiva, hostil e incompatível se tornará a relação com outros sentimentos. “Conteúdos internos, inconscientes, serão encobertos ou manifestados pelos sintomas” (JUNG, 2005, p. 70).

O “sintoma psicógeno é produzido por motivos inconscientes e não pelo eu consciente, onde se acumulam os opostos das nossas virtudes conscientes.” Os sintomas concomitantes, rigidez, petrificação, bitolamento, incapacidade de evoluir, são desagradáveis e até prejudiciais, pois “a maneira de representar uma verdade ou outro valor qualquer é tão rígida e violenta que a dureza tem mais força de repulsão do que o valor possui força de atração — e com isso se obtém o contrário do que se desejava.” O que não assimilamos não é digerido nem engolido, gera engasgo, dá sensação de aperto na garganta, “fenômenos que acompanham as aflições intensas, metáforas de linguagem que se referem a fatos fisiológicos, sintomas como expressão de amor frustrado e rejeitado” (JUNG, 1980, p. 34-68).

O inconsciente contém todos os componentes psíquicos subliminais, inclusive as percepções subliminais dos sentidos, além do material reprimido, componentes que ainda não alcançaram o limiar da consciência – sementes de futuros conteúdos conscientes. Entretanto, qualquer debilidade do instinto é suficiente para impedir uma transição suave e consciente. Esta paralisação de energia psíquica transborda em muitas direções como inervações excessivas do sistema simpático, que ocasionam desordens nervosas do estômago e dos intestinos (JUNG, 1982 b, § 204, 206).

A cavidade abdominal pode ser chamada ventre, “parte interior”, onde estão os principais órgãos do aparelho digestivo. O plexo solar está associado com o pâncreas, o estômago, o fígado e a vesícula biliar. Penna (1993) aponta a região como sendo conhecida como a “boca do estômago”, aquela que responde fartamente aos impactos emocionais e conseqüentemente a um congestionamento das emoções: “no medo o abdômen se contrai, congestiona e dói, provoca um resfriamento da pele e um superaquecimento nos órgãos centrais do corpo”. As respostas emocionais intensas são processadas no plexo solar imediatamente, sem passar pelos centros superiores.

Havendo desequilíbrio, ocorrerão alterações fisiológicas, o ventre manifesta-se, somatizando. A dor somática de origem visceral é difusa, surda, difícil de descrever, e pode se associar com sintomas gerados pelo sistema nervoso autônomo, como náusea, vômitos, sudorese. Os distúrbios viscerais dolorosos se manifestam à consciência sob a forma de dor somática, através de reflexos víscero-somáticos (CHUDLER, 2008).

A construção de novos modelos mentais permite o reencontro com as fortes impressões da natureza, podendo dar brilho aos sentimentos e não se deixando aprisionar mais no vaso bojudo (em latim, *gastrum*), estômago dos ressentimentos ou das fantasias inconscientes do estômago. Aprisionamento da eterna criança com desejo de regressão, que se expressa via ideias para não sentir o vazio, assim vive “a acidez derramada pelos pensamentos e não pelas emoções” (RÍMOLI, 2009).

Dá-se a ingestão e a assimilação consciente da emoção, para o estômago não funcionar como o segundo cérebro – logos e sim como um receptáculo de emoções assimiladas - afeto. A relação, via eros, pulsa uma nova possibilidade de relacionamento, expansão da consciência para novos acoplamentos estruturais individuais e sociais. A representação consciente da imagem mental

do sintoma da dispepsia funcional cria novas possibilidades de relações com o mundo interno e externo, os sentimentos que constituem o pano de fundo de cada instante mental, imagens sômatossensitivas, passam a ganhar representação mental no *self* (RÍMOLI, 2009).

É preciso encontrar o oposto da atitude consciente, a tensão entre contrários que gera energia psíquica:

Pela lógica, o contrário do amor é o ódio; o contrário de Eros é *Phobos* (o medo). Mas, psicologicamente, é a vontade de poder. Onde impera o amor, não existe vontade de poder; e onde o poder tem precedência, aí falta o amor. Um é a sombra do outro. Quem se encontra do ponto de vista de Eros procura o contrário, que o compensa, na vontade de poder. Mas quem põe a tônica no poder, compensa-o com Eros (JUNG, 1980, p. 49).

Não assimilar conflitos leva a transportar a dificuldade de um lado para o outro, paralisando energia psíquica que transborda em muitas direções, podendo ocorrer inervações excessivas do sistema simpático que ocasionam desordens nervosas do estômago e dos intestinos. É necessário que um novo motivo elimine o estancamento mórbido (JUNG, 1982 b).

A abordagem simbólica aponta para o interior, a fim de sentir novos caminhos para decisões de vida, e para direcionamentos existenciais. Com seu dinamismo subjetivo circular, qualidades ou atitudes sensíveis (diferente do caminho linear da razão), precisam participar das relações como dados objetivos de múltiplas faces e não apenas como bons ou maus sentimentos. Descobrir um significado para nossas vidas ultrapassa as limitações do ego. As perguntas: “O que te adocece? O que te dá prazer?” ajudam a tornar consciência de nossos sentimentos, da profundidade e riqueza de nosso ser emocional subjetivo (DETHEFSEN; RUDIGER, 1983, p. 21).

Com o conceito de *patterns of behavior*, Jung (2007) deu expressão à conexão interna entre a imagem da situação e o instinto, uma predisposição interior específica para a efetividade da ação traumática, oriunda das imagens arquetípicas.

A unidade básica ou original do funcionamento mental é a imagem, Whitmont:

[...] os conceitos são criados a partir de imagens através da atividade de abstração, que é um processo de pensamento. Um indivíduo abstrai, ou afasta sua consciência da reação psíquica original que é emocionalmente carregada, em direção aos conceitos destituídos de emoção. A unidade de operatividade psíquica básica é a imagem emocionalmente carregada. [...] esta atividade do consciente – o estabelecimento de controle no mundo das coisas através da conceituação, do pensamento racional e o desenvolvimento da disciplina e a repressão abstrativa das emoções – é uma fase totalmente vital e indispensável do desenvolvimento psíquico. Ela leva da infância psíquica primitiva para a idade adulta (1995, p. 26).

A imagem é uma representação da forma ou do aspecto de ser, com o espírito se manifestando simbolicamente para descrever diferentes formas da atividade mental e os diferentes modos como a psique se expressa, trata da distinção de dois tipos de pensamento “o pensamento dirigido e adaptado e o pensamento subjetivo, movido por razões interiores - o pensamento fantasia” (JUNG, 2007, p. 24).

O pensamento dirigido (verbal, conceitual ou lógico) “envolve o uso consciente da linguagem e de conceitos, está baseado na realidade ou erigido com referência a ela”. Na essência, “o pensamento dirigido é comunicativo, um pensar para fora, para outros, por outros. As imagens se sucedem numa ordem causal em nossa mente”. O pensamento de fantasia, por outro lado, emprega imagens, de forma simples ou compondo um tema, emoções e intuições (JUNG, 2007, § 4 - 46).

Jung:

Pelo pensamento-fantasia se faz a ligação do pensamento dirigido com as “camadas” mais antigas do espírito humano, que há muito se encontram abaixo do limiar do consciente. As fantasias que ocupam diretamente o consciente são os sonhos acordados, fantasias diurnas [...]. Depois vêm os sonhos, que inicialmente oferecem um aspecto enigmático ao consciente e só adquirem sentido através dos conteúdos inconscientes reconhecidos indiretamente. Finalmente, existem sistemas de fantasias por assim dizer totalmente inconscientes, num complexo separado, que apresentam tendência à constituição de uma personalidade à parte (*apud* BENEDITO, 1996, p. 16).

Pelo pensamento-fantasia afasta-se da realidade para fantasias do passado e do futuro, se faz a ligação do pensamento dirigido com as camadas abaixo do limiar do consciente, o pensamento surge em forma de imagem, “imagem segue imagem, sensação a sensação” (JUNG, 2007, p. 15).

A área pré-consciente para Jung (2007, § 39) é fundamental para produzir a ligação entre o consciente – pensamento dirigido e o inconsciente. Cabe ao pensamento fantasia – imagens (linguagem do inconsciente) fazer esta ligação e não às palavras.

Imagem é algo capaz de representar, figurativamente, a situação inconsciente em que vive determinada pessoa. As imagens são animadas e variadas em todos os sentidos por uma força motriz que também faz parte do indivíduo. Uma imagem pode ser rica em símbolos, em personagens, em situações, em sentimentos e é produzida espontaneamente por nosso inconsciente, “provém da esfera de seus instintos e manifesta-se na forma da instintividade” (JUNG, 2007, p. 318).

2.1.1 Ampliação da consciência via representação simbólica: um enfoque na imaginação.

Abordada pela Psicologia Analítica elaborada por C.G.Jung, a imaginação é um método de assimilação de conteúdos do inconsciente, é um diálogo que travamos com as diferentes partes de nós mesmos que vivem no inconsciente, “O ego se envolve num diálogo ou ação imaginária com uma figura imaginária que representa um aspecto personificado da psique da pessoa.” (JUNG, 1971, p. 496).

Nas palavras de Jung:

Você escolhe um sonho ou alguma outra imagem e se concentra nela simplesmente firmando-a e olhando para ela. Você também pode usar um mau humor como ponto de partida e depois tentar encontrar que tipo de imagem de fantasia irá produzir ou que imagem expressa esse humor. Você então fixa esta imagem na mente, concentrando a atenção. Geralmente ela se transformará, porque o simples fato de contemplá-la torna-a mais viva. As ativações devem ser anotadas, pois refletem os processos psíquicos de fundo inconsciente, que aparecem na forma de imagens, consistindo em material de memória do consciente. Dessa forma, o consciente e o inconsciente se unem (1971, p. 495).

Tomamos uma idéia inicial e, sem relembra-la toda vez, seguimos uma série de idéias isoladas, um pensamento lógico, dirigido, um pensamento da realidade. “A matéria com que pensamos - logos - é a linguagem, cuja finalidade é a comunicação, símbolos que retratam acontecimentos reais ou simbólicos” (JUNG, 2007, p. 8).

Imaginação é

A função de evocar ou produzir imagens de um objeto real qualquer, independentemente de sua presença ou ausência. Em relação à função perceptiva e à ideativa, a imaginação corresponde a um funcionamento psíquico (PIERI, 2002, p. 235).

Para Jung a noção de imaginação ocupa um lugar central, uma vez que para ele psique é imagem. O que ele chama de imagem é a realidade, ou seja, a imaginação corresponde à realidade do indivíduo – porque o indivíduo só tem acesso à imagem. Assim a imaginação oferece a possibilidade de enxergar o lado interior das coisas, sair de uma visão literal da realidade e buscar uma capacidade de simbolização e figuratividade (AVENS, 1993).

Como diz Jung:

A psique cria a realidade todos os dias. A única expressão que me ocorre para designar esta atividade é a *fantasia*. [...] Às vezes aparece em sua forma primordial, às vezes é o produto último e mais audacioso da síntese de todas as capacidades. Por isso, a fantasia me parece a expressão mais clara da capacidade específica da psique. [...] A fantasia sempre foi e sempre será aquela que lança a ponte entre as exigências inconciliáveis do sujeito e objeto, da introversão e extroversão (19991, § 73).

A percepção da relação psique-corpo é feita através da percepção das alterações fisiológicas e das imagens referentes a elas. Novas sensações e imagens recebidas pela consciência podem ser incorporadas ao ego, promovendo o seu desenvolvimento através da capacidade de absorver informações, imagens e alterações fisiológicas, coordenando-as significativamente e formando um eixo com sua totalidade. Assim mais conteúdos arquetípicos poderão ser integrados na consciência, numa relação *ego-self*, que também tem uma corporeidade (RAMOS, 2006).

Cansado (s/d) faz uma relação fisiopatológica entre a mente e o corpo, para pacientes portadores de dispepsia funcional, aqui entrelaçada com a teoria da psicologia analítica. A excitação emocional no sistema límbico de pacientes dependentes (ou que não estabelecem a conexão do eixo *ego-self*, corpo-mente, para a psicologia analítica), resulta em conexões limbo-neocorticais que se dirigem para o sistema autônomo visceral, dando origem a condições psicossomáticas, em lugar de serem experimentadas como sensações conscientes ou conflitos psíquicos.

Dedicar-se ao próprio corpo, procurando perceber o significado de suas emoções e as relações com as respostas do sistema gástrico, traz possibilidades de comunicação entre o sistema central e o cérebro visceral, entre a consciência e o inconsciente, entre a doença e a saúde, entre o interior e o exterior, uma interação biopsicossocial.

A primeira forma elementar de percepção consciente ocorre através da incorporação de percepções sensoriais em imagens abrangentes, “o funcionamento psíquico inconsciente primeiro atinge um estado consciente em termos das imagens de formas externas com as quais temos experiência” (DETHEFSEN; RUDIGER, 1983, p. 132). A relação com a imagem simbólica da doença favorece a compreensão dos fenômenos psicológicos profundos, possibilitando integrar na consciência. Isso é expresso através dos sintomas, transcendendo a atitude unilateral da consciência, propiciando à psique abarcar a sua totalidade.

Jung (2007, p. 9) ao questionar a capacidade de apresentação simbólica afirma que todo nosso pensamento consciente se desenvolve segundo o ato de pensar: “percepção antecipada, que compreende um círculo maior ou menor de reproduções individuais, e se distingue de reproduções casuais apenas pela coerência com que retém ou reprime tudo o que é alheio a este círculo”.

2.1.2 O lúdico como função estruturante da consciência.

Encontra-se o lúdico como um elemento da época primordial da criação, como parte de ordenamento e criação. O arquétipo lúdico, o jogo, para Guzmán (2007, p. 34) é “um princípio formativo, um dinamismo organizador ou um arquétipo”.

O lúdico como função estruturante da consciência cria e motiva despertando a autonomia. Criar novas possibilidades de relações com o mundo interno e externo possibilita novas estruturas para a consciência, Byington diz da função estruturante:

Para a Psicologia Simbólica (analítica), quando qualquer função estruturante atua de forma livre e criativa, por mais contundente e sofrida que seja sua tendência é para o crescimento da consciência, o caminho do Bem e a autorrealização do Processo de Humanização. Por outro lado, quando uma função inadequada, dentro da compulsão de repetição e da resistência, como descobriu Freud, mesmo que ela seja tão suave quanto o carinho, sua tendência é a inadequação existencial, a destrutividade e o Mal (*apud* MORENO, 2008).

Para trazer à consciência afetos depositados profundamente no ventre, é necessário mobilizá-los através da dança, das representações mímicas, da pintura, da escultura, da música, segundo Nise da Silveira (2004), sendo difícil através de instrumento verbal.

A atividade psíquica, para Jung (1997, p. 20), só pode ser substituída de maneira equivalente: “um interesse patológico, uma ligação intensa com um sintoma só podem ser substituídos por uma ligação, igualmente intensa, com outro interesse”.

Oliveira (2005) apresenta as brincadeiras e os jogos como tendo poder de envolver e motivar, assim resgatando processos mentais de forma saudável, inserindo no contexto vital uma dinâmica viva e atraente que nos convida a participar, a criar, a arriscar na tentativa de novos caminhos.

Apresenta os jogos como

[...] Incluídos na categoria das atividades lúdicas, as quais, a partir de uma leitura construtivista piagetiana caracterizam-se por serem situações onde é mais prazeroso e mais fácil assimilar, aprender, havendo o predomínio da assimilação sobre a acomodação. [...] Um problema passa a ser visto não mais como algo que inspira receio, aversão, levando ao afastamento ou à busca de auxílio externo para resolvê-lo, mas configura-se como algo atraente e estimulante, despertando a atenção e o raciocínio, conduzindo à autonomia (*ibid*, p. 9).

Ramos (1995) aponta que a dificuldade de simbolizar no nível abstrato poderia ser consequência de uma interrupção prematura da relação mãe-bebê. Um adulto, ao reagir a um sintoma físico, pode estar revivendo um padrão infantil de comportamento, respondendo psicossomaticamente à dor emocional por não possuir ainda uma linguagem verbal. Quanto à diferenciação do ego via lúdico, em *O Lúdico e a Diferenciação do Ego: numa Revisão da Literatura Pós-Junguiana*, os dados obtidos revelaram que o lúdico é uma ferramenta válida e muito importante neste processo, podendo ser utilizado de maneira terapêutica em diversos ambientes (SILVA; OLIVEIRA, 2007).

Os jogos como atividades lúdicas possibilitam o que Jung chama de atitude simbólica, a possibilidade de conectar o indivíduo com suas forças mais criativas e esclarecer os significados mais profundos de suas vidas. Através da atitude simbólica como elemento de síntese, de unificação de opostos, a psique pode estabelecer um diálogo entre as personalidades consciente e inconsciente aproximando-as numa relação e possível conjugação (JUGEND, 2008).

O conflito concentra complexos de ideias dotadas de forte carga afetiva, conteúdos emocionais inconscientes, a afetividade é a base essencial da personalidade, o elemento que pulsa em todas as nossas ações (KAST, 1995). Pulsar uma nova possibilidade de relacionamento é sair do complexo afetivo e possibilitar um redirecionamento da vida a caminho da Individuação.

Moreno (2008) menciona que o estômago responde aos problemas psíquicos como se refeições tivessem sido ingeridas, considera que é possível que as funções motoras e secretoras gástrica respondam a conflitos, independente do estímulo fisiológico normal do estômago pela necessidade de alimentos (*ibidem*, 2007).

Segundo Perrone e Oliveira,

O brincar possibilita a ressignificação do passado e a elaboração do presente, permitindo que emoções mais próximas do terreno da consciência surjam, abaixando a ansiedade. Na brincadeira, a espontaneidade e a criatividade se encontram, levando à descoberta e à invenção de novos caminhos, sempre através de um processo dinâmico e interativo, organizando, ao mesmo tempo, o corpo (2008, p. 88).

O trabalho em grupo permite uma troca muito rica de experiências, rompendo com cristalizações que o indivíduo vai construindo ao longo de sua existência. Cada grupo possui uma dinâmica interna que surge como resultado da interação e transformação das forças que atuam dentro dele, como um campo energético com polos positivos e negativos, onde as diferenças surgem e são trabalhadas como uma miniatura da vida. Ele tem leis próprias e, com isso, o comportamento individual dos membros passa a ser compreendido como uma função do campo, estendendo-se ao grupo (MARTINS, 2008).

A função simbólica e a corporalidade, presentes na formação da memória e das relações, quaisquer que elas sejam, condicionam a construção da identidade pessoal e sócio-cultural.

Considero o corpo como alicerce organizador da realidade vivida, inserida em um contexto espaço-temporal, que vem se delineando de forma cada vez mais clara e dinâmica, mostrando como as diversas manifestações simbólicas, lingüísticas, imagéticas, plásticas ou cênicas, não podem ser compreendidas de forma desvinculada do organismo (OLIVEIRA, 2009, p. 77).

2.2 Conexões psíquicas corpo-mente frente à Dispepsia Funcional.

São classificadas (segundo o DSM-IV ou CID-10) como doenças psicossomáticas as reações psicofisiológicas ou somatizações; são alterações do funcionamento normal do sistema digestório em que não se demonstram evidências morfológicas e/ou estruturais que podem ocorrer em qualquer porção do trato gastrointestinal (NETO, 2007).

Hipócrates no ano 400 a.C., estudando problemas do estômago, administrava emetizantes a seus pacientes para analisar o vômito. Em 1564, Gassis criou o termo dispepsia e Paracelsus o relacionou com doenças orgânicas ou alterações químicas da digestão (ANDRÉ; FILHO *apud* CORDEIRO, F.; MENEGHELLI, U.; RESENDE, J.M., 2001). A palavra dispepsia deriva do grego (*dis* = mal; *peptien* = digestão), corresponde ao termo indigestão, e é utilizada para designar os sintomas relacionados ao aparelho digestivo alto.

A prevalência da dispepsia passou a ser bastante estudada nos últimos anos. Dados americanos apontam que cerca de 25% da população descreve dor epigástrica crônica ou recidiva no andar superior do abdômen, sendo a dispepsia funcional o diagnóstico prevalente encontrado. A

incidência parece girar em torno de 1% ao ano. A maioria dos dispépticos se mantém sintomático por um período bastante longo, apesar de apresentar alguns períodos de remissão espontânea. O risco de desenvolver doença ulcerosa péptica, contudo, não parece ser diferente do da população assintomática. A prevalência é menor em idosos e parece ser discretamente maior no sexo masculino (BARBUTI, 2009).

Os sintomas relacionados ao trato digestivo representam uma das queixas mais comuns na prática clínica diária e, entre eles, a dispepsia é considerada uma condição freqüente. Esta queixa, responsável por centenas de milhões de dólares gastos em cada ano com antiácidos e antagonistas H₂, ocupa o segundo lugar como causa mais freqüente de perda de tempo de trabalho, ficando apenas atrás da gripe, segundo Donaldson (1987 *apud* OLIVEIRA, S.S. 2006).

A falta de uniformidade em relação à definição e classificação da dispepsia motivou a realização de reuniões de especialistas de diferentes países. As mais conhecidas foram as reuniões de grupo de trabalho de Chicago, nos Estados Unidos, e de Cortina, na Itália, e as reuniões de consenso Roma I, Roma II e Roma III em 2006 (FREDERICO; MAGALHÃES *apud* CORDEIRO,F.; MENEGHELLI,U.; RESENDE,J.M., 2001).

The Rome Process é a iniciativa de um grupo de 87 especialistas da área, reconhecidos internacionalmente e representando 18 países, que, com o objetivo de avançar na compreensão da ciência das Doenças Funcionais Gastrointestinais (DFGs) e seu tratamento, vêm se reunindo periodicamente para discutir e estabelecer parâmetros clínicos sobre as referidas doenças. Numa tentativa de classificação e universalização das doenças funcionais do trato digestivo, em adultos e crianças, foram estabelecidos parâmetros clínicos denominados “critérios de Roma” (LEÃO; FANTONE, 2007).

Os critérios de Roma III definiram a dispepsia funcional como a presença de sintomas sabidamente originados da região gastroduodenal, sem evidências de alteração orgânica, sistêmica ou metabólica que expliquem tais sintomas. Em 2006 foi publicada a terceira atualização, denominada Roma III, em concordância com os novos paradigmas de abordagem do processo saúde/doença, o Roma III propõe uma abordagem biopsicossocial dos distúrbios gastrintestinais funcionais. Trata-se de uma visão integrada, segundo a qual os sintomas seriam fisiologicamente determinados e modificados por influências socioculturais e psicossociais (FRANCESONE; LOPES, 2003).

As Doenças Funcionais em Gastroenterologia são abordadas de acordo com o novo modelo proposto pelos Critérios de Roma III (ROME FOUNDATION, 2009), em que os sintomas dos pacientes devem ser entendidos como relacionados a um pluralismo fisiológico: simultaneamente, podem interagir distúrbios motores, aumento da sensibilidade visceral e alterações da regulação das conexões do sistema nervoso central com o intestino, ao mesmo tempo em que eventos socioculturais e influências psicossociais podem modular a percepção dos sintomas.

A dispepsia é um desconforto localizado no abdômen superior, persistente ou recorrente e relacionado ou não com a alimentação e pode também ser referida como dor abdominal vaga, má digestão, azia, enjôo, falta de apetite, estufamento, eructações e gastrite. Este desconforto pode ter razão orgânica, uma úlcera na mucosa gastrintestinal, por exemplo, ou ser de razão funcional. De

acordo com o Consenso Internacional de Roma III, os critérios mínimos para o diagnóstico de dispepsia funcional são:

A presença de um ou mais dos seguintes sintomas: empachamento pós-prandial, plenitude precoce, dor ou queimação epigástrica há pelo menos três meses com o início dos sintomas há no mínimo seis meses. Ausência de evidências de doença estrutural que expliquem os sintomas (DROSSMAN, 2006, p. 48).

A dispepsia funcional diz respeito à dor e/ou ao desconforto (sensação subjetiva não dolorosa que se caracteriza por peso epigástrico e/ou saciedade, e/ou enfartamento e/ou náuseas e/ou vômitos e/ou distensão) persistente ou recorrente localizada na parte superior do abdômen, com duração mínima de quatro semanas e com sintomas ocorrendo em pelo menos 25% desse tempo. Distúrbios motores, aumento da sensibilidade visceral, alteração da regulação das conexões do sistema nervoso central com o sistema nervoso entérico (intestinos), eventos socioculturais e influências psicossociais modulam a percepção dos sintomas (FRANCESCONI; LOPES, 2003).

É considerada como um transtorno biopsicossocial com alterações na percepção sensorial e na motilidade do tubo digestivo moduladas por informações do sistema nervoso central (MAGALHÃES, 2002).

Magalhães e Brasio estabelecem a relação entre o sistema nervoso central e o sistema digestivo:

O tubo digestivo realiza muitas funções coordenadas por inúmeros mediadores químicos neuroendócrinos, por uma infinidade de fibras do sistema nervoso e por neurônios presentes na submucosa e entre as fibras musculares. [...] 95% dos receptores da serotonina estão localizados no tubo digestivo. [...] A riqueza e a complexidade desse sistema nervoso entérico levaram os pesquisadores a chamá-lo de cérebro digestivo (2003, p. 141).

Engel (*apud* CANSADO, s/d) ao usar o conceito biopsicossocial, aponta como os fatores psicológicos, sociais e biológicos intervêm não só no aparecimento da doença, mas também na sua recuperação e na promoção da saúde. Faz as relações, Bio: vírus, bactérias, lesões; Psico: comportamento, crenças, confronto, estresse, dor; Social: classe social, emprego, etnia. O autor acima citado também usou o conceito sômato-psíquico-psicossomático: observou que o processo de frustração precoce das necessidades orais na interrelação mãe-lactante propicia uma personalidade de caráter dependente, sem satisfazer exigências e necessidades próprias, promovem eventos frustrantes e estressantes da vida, propiciando aspectos psicossomáticos, desordens gástricas.

O cenário atual das doenças gastrintestinais funcionais aponta que a hiperespecialização, característica de algumas décadas atrás, trouxe importantes avanços científicos, mas o enfoque estritamente biomédico deixava de lado aspectos importantes do objeto de estudo, negligenciando, principalmente, seu laço indissolúvel com os seus aspectos sociais e psicológicos. Esse modelo mostrou-se adequado, sobretudo pelo fato de esses distúrbios não possuírem uma causa orgânica passível de ser identificada por um patologista e, por isso, classificada como funcionais. Em consequência disso, durante muito tempo, esses distúrbios só existiram nas queixas dos pacientes e na ausência de sinais clínicos e laboratoriais de doença orgânica; assim, até recentemente, utilizava-se o critério de exclusão de doenças orgânicas para a identificação das doenças funcionais. Doentes rotulados de “doentes dos nervos” “gastrite ou úlcera nervosa” ou que tinham “doenças fruto da sua

imaginação" têm afinal alterações do ponto de vista biológico, psicológico e sociológico que ainda conhecemos muito mal e que se traduzem em má digestão, dor do estômago, dor abdominal, dor anal, alterações do transito intestinal etc. (LEÃO; FANTONE, 2007).

As funções do tubo digestivo (sensoriais, motoras e secretoras) são controladas por diferentes sistemas, incluindo o sistema nervoso autônomo e o plexo de neurônios do tubo digestivo, chamado de sistema nervoso entérico (SNE), entidade relativamente autárquica com relação aos outros sistemas nervosos (periférico, central e autônomo). O sistema nervoso periférico é dividido em dois sistemas: o sistema nervoso somático (constituído de fibras nervosas periféricas que mandam informações para o sistema nervoso central, além de fibras motoras que inervam os músculos esqueléticos - tem movimento voluntário); o sistema nervoso autonômico (controla os músculos lisos dos órgãos internos e glândulas) dividido em três partes: o sistema simpático, o sistema parassimpático e o sistema nervoso entérico (HEITKEMPER, 2008).

O sistema nervoso entérico é uma terceira divisão do sistema nervoso central, é uma rede de neurônios que inervam o sistema digestivo (trato gastrointestinal, pâncreas e vesícula biliar). Campos (*apud* PENNA, 1993) consolida a hipótese de um sistema nervoso entérico comparável a um verdadeiro cérebro visceral: "Os eventos psicológicos e as respostas do sistema nervoso entérico parecem concluir por sua inter-relação dinâmica antes de serem percebidos pelo paciente", o que leva o paciente a procurar o médico com sintomas da dispepsia funcional.

Considerado o "segundo cérebro" do corpo por Gershon (1999), o estômago é um potencial somatizador dos problemas emocionais vivenciados. "Todas as emoções são refletidas diretamente nesse órgão, o famoso "frio no estômago" é uma mensagem de ansiedade enviada do cérebro ao corpo".

O sistema nervoso central e as glândulas endócrinas são responsáveis pelas reações fisiológicas geradas pelos afetos e pelas emoções. A amígdala é a parte do sistema límbico mais especificamente implicada na emoção. Muitos dos efeitos da amígdala sobre os estados emocionais são mediados pelo hipotálamo e pelo sistema nervoso autônomo, a amígdala envia um sinal de alerta ao organismo, ao vivenciar algo que remete a uma sensação de medo, reagindo com estresse e somatização (JESSEL; KANDEL; SCHWARTZ, 2000).

A abordagem mais aceita para DF é a biopsicossocial, pois envolve condições genéticas, biológicas, psicológicas e sociais (TÓBON *et al.*, 2008).

Uma abordagem psicossocial dos distúrbios gastrintestinais funcionais é apresentada pelo *The Rome Process* (*apud* Leão, 2009), a figura 1, a seguir, ilustra contextualmente como os sintomas são fisiologicamente determinados e modificados por influências socioculturais e psicossociais.

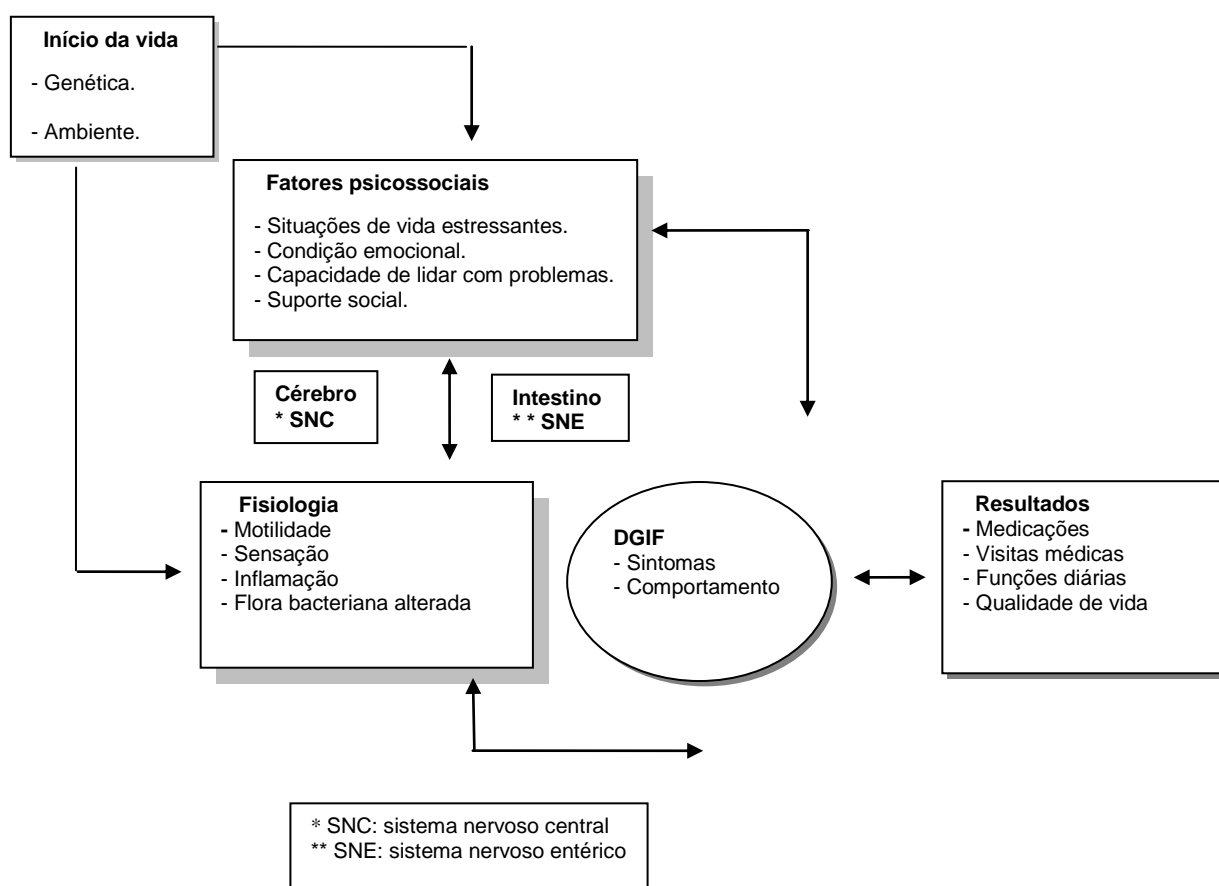


Figura 1. Disfunções gastrointestinais funcionais - Modelo conceitual

Fonte: DROSSMAN (2006, *apud* LEÃO, 2009)

No que diz respeito à hipersensibilidade visceral, os estudos até agora indicam que os pacientes com DF tiveram maior sensibilidade aos estímulos viscerais que pessoas normais, provavelmente devido a uma falha no processamento de estímulos no sistema nervoso central, uma vez que não existe alteração na parede gástrica que explicasse. “Estresse pode baixar o limiar para a percepção de desconforto ou aumentar a percepção da distensão gástrica de ativação simpática” (TÓBON *et al.*, 2008, p. 5).

Tóbon *et al.* (2003) analisa as relações entre os sintomas, os mecanismos patofisiológicos e os fatores psicológicos, estabelecendo uma relação entre o retardo no esvaziamento gástrico associado a sintomas como náuseas e vômitos e a depressão.

Fatores psicológicos podem alterar a função fisiológica, “podendo ser a base da origem de alguns dos sintomas da dispepsia funcional, estudos comprovam” (HERNANDO-HARDER *et al.*, 2007, p. 4) que a ansiedade experimental induzida pode alterar a função sensorial e motora do estômago em sujeitos saudáveis.

Haag *et al.* (2007) demonstraram, em pesquisa randômica, que pacientes com sintomas refratários a tratamentos medicamentosos se beneficiam com intervenção psicológica a longo prazo, podendo a terapia cognitiva ser eficaz com controle concomitante de ansiedade e depressão.

Trabalhos recentes sobre fisiopatologia descrevem que as alterações no eixo cérebro-intestino têm dois sentidos: o sistema nervoso central influencia o funcionamento do tubo digestivo e este, por sua vez, influencia a percepção dos sintomas localizada no sistema nervoso central (DROSSMAN, 2006).

Talley (2001) descreve a relação entre o sistema nervoso autônomo e o sistema nervoso central:

O tubo digestivo realiza muitas funções coordenadas por inúmeros mediadores químicos neuroendócrinos, por uma infinidade de fibras do sistema nervoso e por neurônios presentes na submucosa e entre as fibras musculares. Sabe-se que o número desses neurônios intrínsecos do tubo digestivo é de 100 milhões, equivalente ao número de neurônios da medula espinhal. Cada um desses neurônios estabelece inúmeras conexões entre si e com os músculos e células do aparelho digestivo, além de suas ligações com fibras do sistema nervoso vagal e simpático que, por sua vez, se conectam com o sistema nervoso central. O tubo digestivo apresenta, também, inúmeros receptores para acetilcolina, noradrenalina, dopamina, opiáceos, serotonina, somatostatina, óxido nítrico e outros. [...] 95% dos receptores da serotonina estão localizados no tubo digestivo, a maioria deles nas células em terocromafins. Apenas 5% dos receptores da serotonina (5HT) estão no sistema nervoso central. A riqueza e a complexidade desse sistema nervoso entérico (SNE) levaram os pesquisadores a chamá-lo de cérebro-digestivo. O SNE exerce muitas funções de modo independente, autônomo, mas sofre a influência do sistema simpático, vagal e do sistema nervoso central (p. 209).

Ferramentas atuais como tomografia e ressonância magnética, permitem imagens funcionais cerebrais que retratam interações entre cérebro e estômago,

O eixo cérebro-estômago pode ser definido como “sistema de comunicação bidirecional entre o sistema digestivo e o cérebro. Estão envolvidos o sistema neural (sistema nervoso autônomo), o neuroendócrino (eixo hipotálamo-pituitária-adrenal) e percursos neuroimune (AZIZ, COEN, VAN, 2007, p. 2).

Estudos das redes neurais recíprocas entre cérebro e intestino, incluindo prova de estudos de imagem cerebral em voluntários saudáveis, avaliação de influência dos fatores psicológicos no cérebro e sensações viscerais somáticas, com imagiologia cerebral *in vivo*, “fornecem evidências de ampla modulação dos sinais sensoriais normais a partir do intestino” (processos afetivos, psicológicos e cognitivos) ao nível do cérebro (VAN; AZIZ; COEN, 2007, p. 4).

No âmbito clínico, médico, se constata que “quando sujeitos estão perturbados ou angustiados refletem moléstias abdominais ou intestinais, merecendo atenção primária pela saúde pública, afetando 20 a 40 % da população em países ocidentais” (VINACIA *et al.*, 2002, p. 2). O autor aponta uma série de estudos sobre os efeitos da psicoterapia e programas de intervenção psicossocial em pacientes, diagnosticados com dispepsia funcional, encontrando diminuição de sintomas dispépticos em nível de dor epigástrica, náuseas, diarreias e prisão de ventre, em estudos posteriores às intervenções com psicoterapia dinâmica e psicoterapia cognitiva. Também aponta a necessidade de mais estudos para comparação com o tratamento farmacológico convencional e os efeitos da combinação dos dois.

Silva (2006, p. 2) propôs que “a dispepsia funcional seja um distúrbio psicossomático, com início multifatorial: fatores psicológicos, sociais e culturais que interagem com variáveis biológicas”.

Estudos realizados por Gathaiya *et al.* (2009) com agregação familiar levantam a possibilidade de um componente genético nos portadores de dispepsia funcional, embora os fatores ambientais também precisem ser considerados.

Uma revisão dos principais estudos (SILVA, 2006, p. 2) sobre DF e sintomas psicológicos mostra que a prevalência de depressão ou de sintomas depressivos é alta nos dispépticos funcionais.

Os resultados evidenciaram maior prevalência de deprimidos entre os pacientes com DF (30,4%) em relação àqueles com disfunções orgânicas (11,2%), na amostra estudada. Com esses resultados, como já o fazem outros estudos, o autor sugere que “um grupo de pacientes com DF poderia se beneficiar de programas de tratamento caracterizados por acompanhamento contínuo e por suporte emocional, seja ele com um grupo de apoio ou através de terapia cognitivo-comportamental ou psicoterapia psicodinâmica interpessoal”.

Estudos com aconselhamento psicoterápico mostraram a gravidade dos sintomas gastrointestinais e a deterioração da qualidade de vida, foram fatores altamente correlacionados ($r = 0,8$) na entrada e no julgamento, e sua melhora com a psicoterapia também foi correlacionada ($r = 0,6$, $P < 0,001$). Fatores psicológicos, como ansiedade, depressão e somatização, são freqüentes nos pacientes de DF. O grupo de aconselhamento em psicoterapia ofereceu uma contribuição significativa para a gestão dos sintomas gastrointestinais e qualidade de vida (POITRAS *et al.*, 2002).

2.2.1 Estresse, necessidade de adaptação.

Estresse “é um conjunto de reações que o organismo emite, quando é exposto a qualquer estímulo que o irrite, excite, amedronte e/ou o faça feliz, é apenas a preparação do organismo para lidar com as situações que se apresentam”. O prolongamento ou a exacerbação de uma situação específica é que, de acordo com as características do indivíduo naquele momento, podem gerar alterações indesejáveis (LIPP, 2000). Segundo a mesma autora, nota-se que, nos últimos anos, inúmeras pesquisas desenvolvidas no Brasil mostram uma preocupação com as conseqüências adversas do estresse sobre a saúde física e mental do indivíduo.

Faria e Nicoletti (2009) fazem a relação do estresse e a psicologia analítica,

Quando a dor psíquica e o conflito psíquico decorrentes de uma fonte de estresse ultrapassam a capacidade habitual de tolerância, em vez de serem reconhecidos e elaborados, eles podem ser descarregados em manifestações somáticas, remetendo a uma falha na capacidade de simbolização e de elaboração mental. Desse modo, com certas dificuldades de enfrentar tensões, o adoecer pode ser considerado uma tentativa de estabelecimento de um equilíbrio para o corpo, assim como o sintoma neurótico representa a saída para um conflito psíquico (p. 1).

O estresse prolongado afeta diretamente o sistema imunológico, tornando o indivíduo vulnerável a doenças que permanecem latentes. No âmbito psicológico e emocional, o estresse excessivo produz cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, apatia e indiferença emocional. Lipp (2000, p. 20) aponta que “[...] o estresse excessivo é capaz de produzir um número grande de conseqüências para o indivíduo, para a sua família, para a empresa na qual trabalha e para a comunidade onde vive”.

Reuter [*et al.*] (1999, p. 727) constatou que quanto maior a exposição ao estressor mais intensa a sintomatologia. O evento de vida estressor é “aquele que, embora possa dar origem a efeitos psicológicos sob a forma de sintomas e desadaptação, uma vez removido, tende a acarretar uma diminuição do quadro psicopatológico por ele provocado”.

Segundo Lipp (2000, p. 139) “A influência de aspectos emocionais tem sido mais investigada nos distúrbios funcionais do aparelho digestivo, nos quais os sintomas físicos não podem ser explicados por alterações estruturais (anatômicas) ou bioquímicas”.

O estresse e a ansiedade são os principais fatores que acabam por influenciar no aparecimento, na manutenção ou repetição de uma doença física, porque eles alteram o funcionamento de vários sistemas do nosso organismo. Quando uma pessoa fica durante muito tempo submetida a uma situação diferente, ela desencadeia mudanças no sistema nervoso autônomo, causando uma tensão no estômago. Como não consegue eliminar as tensões de uma forma natural, aparecem válvulas artificiais e se desenvolve doenças físicas que têm origem emocional, como a gastrite: “[...] uma patologia do aparelho digestivo que se desenvolve à medida que aumentam o estresse e o desgaste do indivíduo, a estimulação do sistema nervoso simpático inibe a atividade no trato gastrintestinal e, se for forte, bloqueia o trânsito alimentar” (MORENO, 2007, p. 25).

A função da revolução orgânica é preparar o organismo para a ação, para adaptação imediata à situação causadora do estresse para favorecer a sobrevivência. No “sistema endócrino as glândulas supra-renais são as mais prontamente ativadas e produzem os hormônios típicos do estresse, o cortisol, a adrenalina e a noradrenalina, concomitantemente a digestão é paralisada [...] primeira reação de alarme”, caracterizando uma fase de alarme do estresse podendo propiciar a dispepsia funcional e não ocorrer uma adaptação (BALLONE, 2005, p. 2).

2.3 Objetivo geral.

- Conhecer o perfil sociodemográfico clínico do portador de dispepsia funcional.
- Analisar o nível de estresse do portador de dispepsia funcional.
- Intervir de forma grupal lúdico-simbólica junto ao portador de dispepsia funcional.
- Relacionar os dados da intervenção com o perfil sociodemográfico clínico do portador de dispepsia funcional.

2.4 Hipótese.

Os participantes da intervenção grupal lúdico-simbólica apresentam redução dos sintomas da dispepsia funcional passando a tomar atitudes diante de fatores estressores psicossociais.

3. Método

Com base nos procedimentos técnicos utilizados, intervenção grupal realizada em clínica foi classificada como pesquisa-ação; com relação aos objetivos foi classificada como exploratório-descritiva de caráter qualitativo. Projeto de pesquisa com parecer consubstanciado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo – CEP-UMESP (Anexo A), em 29/06/2009, protocolo nº 265616-09. Sendo que, durante esta pesquisa, foram obedecidas todas as normas que regem pesquisas com seres humanos, deliberadas pelo decreto 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

3.1 Participantes do grupo.

Os 14 participantes do grupo tinham entre 20 e 70 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de dispepsia funcional. A seleção da amostra foi realizada através de solicitação enviada a 25 médicos gastroenterologistas do sistema de saúde público e privado de cidade de médio porte, por meio de carta (Anexo B) esclarecendo o objetivo da pesquisa. Em contato com esses profissionais, embora não tenha a estimativa, houve um número significativo de encaminhamentos que não buscaram pela pesquisadora. Apesar do número grande de encaminhamentos (não especificado), segundo relato dos médicos, apenas 14 aderiram à pesquisa.

Não foram participantes pessoas que possuíssem sintomas de doenças funcionais gastrintestinais associados a quadros clínicos de alcoolismo e/ou cirúrgico e/ou causas orgânicas e/ou por *Helicobacter pylori* que pudessem explicar a sintomatologia referida pelos pacientes; ou que possuíssem doenças psiquiátricas, neurológicas e abuso de drogas, que os tornassem impossibilitados de fazer elaborações simbólicas.

3.2 Local.

O procedimento aconteceu numa sala de consultório particular de psicologia clínica, de 30m², para atendimento psicoterapêutico (de propriedade da pesquisadora), com cadeiras posicionadas em círculo e espaço livre no centro, suficiente para atividades grupais expressivas, lúdicas e plásticas de interatividade e criatividade.

3.3 Instrumentos e material.

- Entrevista psicológica dirigida (roteiro no anexo D).

Optou-se por uma entrevista dirigida para poder colher o maior número de dados possíveis sobre a conjuntura sociodemográfica dos participantes, assim como de seu histórico clínico.

Para Minayo (1994), a entrevista privilegia a obtenção de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos.

O objetivo dessa entrevista inicial foi levantar dados sociodemográficos e históricos clínicos relativos ao quadro de dispepsia funcional, com descrição pelo portador da evolução do distúrbio, seus sintomas somatizados e a frequência desses sintomas. Foi indagado também sobre um possível histórico psiquiátrico e neurológico, assim como o uso de medicação e de substâncias psicoativas. Também o tipo de alimentação foi investigado, assim como o relacionamento estabelecido pelo portador entre a alimentação e a ansiedade. Intervenções cirúrgicas foram investigadas, assim como outros problemas de saúde. Em relação ao estresse foi indagado se identificava situações que o deixava mais estressado (familiares, profissionais, outros). Da mesma forma foi solicitado que descrevesse momentos do dia e ou situações que os deixavam mais relaxados. Os participantes foram indagados se faziam alguma associação de fato ou episódio com o início das crises de dispepsia funcional. Finalizando pediu-se que descrevessem sua situação familiar e social.

- Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de LIPP (ISSL).

O ISSL (é mantido o título original com a palavra *Stress* em inglês) é instrumento útil na identificação de quadros característicos do estresse, possibilitando diagnosticá-lo em adultos, assim como a fase em que a pessoa se encontra. Visou diagnosticar a sintomatologia que o paciente apresentava, avaliando se este possuía sintomas de estresse, o tipo de sintoma existente (se somático ou psicológico) e a fase em que se encontrava. Adicionalmente apontou a área de maior vulnerabilidade, onde o estresse se manifestava na pessoa avaliada. Baseia-se em um modelo quadrifásico (Fase do Alerta, Fase de Resistência, Fase de Quase Exaustão e Fase de Exaustão) e propõe um método de avaliação do estresse que enfatiza a sintomatologia somática e psicológica, etiologicamente a ele ligada (LIPP, 2000).

O uso do inventário pretendeu mensurar se a intervenção através da imaginação e do pensamento dirigido (simbolizar e significar imagens simbólicas dos sintomas da dispepsia funcional) e da intervenção lúdica (agilizar novos padrões de comportamentos) possibilitou também a diminuição de fatores estressores que acarretam sintomas psicológicos como esgotamento, atitudes negativas, depressão, angústia e dos sintomas físicos como problemas gastrointestinais.

- Observação participante.

Uma das vantagens da utilização dessa técnica é a possibilidade de um contato pessoal do pesquisador com o objeto de investigação, permitindo acompanhar as experiências diárias dos sujeitos e apreender o significado que atribuem à realidade e às suas ações (LUDKE; ANDRÉ, 1986). Justificou-se pela necessidade da inserção da pesquisadora no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo com os sujeitos, buscando sentir o significado das vivências no grupo.

- Observação não participante.

O observador toma contato com o grupo, com a realidade estudada, mas sem integrar-se a ela - permanece de fora (LUDKE; ANDRÉ, 1986). A presença da observadora não participante foi justificada com o único objetivo de anotar, gravar, registrar dados observados e posteriormente transcrever as intervenções.

- Técnicas de imaginação e pensamento dirigido.

Optou-se pela combinação das técnicas de imaginação e pensamento dirigido, a primeira libera conteúdos inconscientes e a segunda cria condições da conversão das imagens simbólicas em linguagem consciente o que foi muito importante para essa pesquisa uma vez que suas intervenções buscaram a ampliação da consciência simbólica.

Imaginação consiste em relacionarmos-nos com nossos sentimentos, pensamentos, atitudes e emoções através dos vários símbolos que aparecem em nossas imagens, interagindo com eles: opinando, questionando, até discordando, quando for o caso, e tomando providências com relação ao que é tratado, isso tudo pela imaginação. A imaginação pode ser conduzida, ainda que parcialmente. Há um primeiro momento em que é buscado o rebaixamento da consciência, via relaxamento e/ou técnicas de respiração. Nesta pesquisa, optou-se pela imaginação conduzida a fim de favorecer que o participante tomasse consciência do significado simbólico dos sintomas. Neste caso, após a fase de relaxamento/respiração, foi usado o pensamento dirigido a imagens que envolviam o corpo em interação com objetos/pessoas, buscando identificar sensações corporais, em particular as relativas aos sintomas vivenciados. A partir daí, os participantes foram convidados a tomar consciência dos sentimentos que estas sensações provocavam e a expressá-los oralmente ou por meio de expressões gráficas, como desejassem.

O objetivo da imaginação conduzida é dar voz aos lados da personalidade que normalmente não são ouvidos, estabelecendo assim uma linha de comunicação entre a consciência e o inconsciente. A imaginação é como um sonho de olhos abertos que pode acontecer tanto espontaneamente como ser produzido artificialmente, vai além da simples observação das imagens e consiste em tomar parte ativa nelas, fazendo uma avaliação honesta do que elas representam (PIERI, 2002). Desta forma o integrante se colocou como parte do drama psíquico, como se fizesse parte das figuras, ou ainda, como se fosse realidade o drama que estava sendo formado.

O pensamento dirigido (verbal, conceitual ou lógico) “envolve o uso consciente da linguagem e de conceitos, está baseado na realidade ou erigido com referência a ela” (JUNG, 2007).

- Estratégias lúdicas semidirigidas de caráter simbólico.

Jogos de expressão e de imaginação semidirigidos combinando atividades sensório-motoras a simbólicas. O brincar foi priorizado nessa pesquisa, se caracteriza por ser uma situação onde predomina o prazer e o relaxamento, sobre a tensão e o esforço de adaptação (OLIVEIRA, 1998). O lúdico teve por objetivo agilizar relações biopsicossociais que favoreçam articulações de novos padrões mentais e a diminuição do estresse dos que vivenciam sintomas da dispepsia funcional.

- Material lúdico: escolhido e providenciado pelos próprios participantes.
- Gravador, aparelho de som e CD.
- Material gráfico: canetas coloridas não tóxicas, lápis coloridos, folhas de papel A4 e papel para *flip-chart* 66x96cm.

3.4 Procedimento.

Inicialmente, indo pessoalmente a unidades de saúde pública e privada, a pesquisadora obteve acesso à lista dos diversos planos de saúde, relacionou os médicos especialistas em gastroenterologia e enviou cartas aos mesmos, contendo esclarecimentos e objetivos sobre o projeto.

Os participantes indicados pelos médicos gastroenterologistas procurados, entraram em contato por telefone com a pesquisadora, agendaram um horário para esclarecer os objetivos da pesquisa e como esta seria desenvolvida. Após escolha da adesão foi agendado outro encontro individual para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) e para realização da entrevista dirigida (Anexo D).

A seguir, todos foram solicitados a comparecer ao primeiro encontro grupal. No primeiro encontro do grupo, assim como ao final dos dez encontros, foram convidados a responder ao Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de LIPP – ISSL aplicado coletivamente, o tempo de aplicação é de aproximadamente 10 minutos.

Os dados obtidos no Inventário não foram comunicados aos participantes neste momento, a fim de não interferir nos resultados a serem obtidos ao final da intervenção grupal.

No primeiro encontro foi estabelecido um contrato de funcionamento da intervenção: o grupo iniciava-se no horário fixado, após a chegada de no mínimo três membros. Havia uma tolerância de cinco minutos de atraso. Cada encontro teve a duração de sessenta minutos, com horário pré-determinado para dez semanas consecutivas. Os encontros ocorreram sempre num mesmo dia e hora da semana, pré-fixados, mantendo assim a frequência. A presença do participante era obrigatória, havendo falta consecutiva em duas sessões sem justificativa era considerado como desistente.

A intervenção grupal foi realizada em dez encontros, operacionalizados através de técnicas de imaginação e pensamento dirigido; expressões artísticas como pintura e desenhos; estratégias lúdicas; jogos, brinquedos e brincadeiras semidirigidas, no decorrer de cada sessão. O participante, seguindo o ritmo de cada um, se relacionando com o símbolo, abstraído através da imaginação conduzida, através do lúdico, e com o grupo, foi motivado a apresentar suas elaborações mentais, a abstrair o significado simbólico da somatização gástrica, a construir estratégias de ação e a agilizar processos mentais e de socialização. Trabalhar a criatividade, dando forma, cor, expressão aos sentimentos inominados, propiciando conexões, criando um livre canal de expressão e atribuindo novos significados às situações vividas.

Após esse primeiro encontro, foi dado início à intervenção grupal lúdico-simbólica, sendo que os encontros foram planejados para ocorrer em duas etapas consecutivas, de quatro sessões cada, com grande possibilidade de alteração, segundo o ritmo do grupo.

Foi utilizado um gravador para registro das falas dos participantes, manipulado pela observadora não participante que também fez anotações, utilizando caneta e papel.

1. Etapa – Objetivo: Conhecer a imagem mental dos sintomas da dispepsia funcional via manifestações simbólicas obtidas por meio da imaginação conduzida e do pensamento dirigido para o sintoma.

1.º Momento - duração aproximada de quinze minutos. Com os participantes sentados em círculo, se apresentando pelo nome e sendo abordados pela pesquisadora sobre o objetivo do encontro. Tratou-se de um período a ser utilizado por todos para vivenciarem a técnica de imaginação conduzida: um breve relaxamento orientado verbalmente e uma indicação para se concentrar no sintoma, na queixa ou nas indisposições referentes à doença funcional gastrointestinal. O intuito foi promover o fluxo ou agregado de imagens e idéias da psique, expressando imagens carregadas de material da memória consciente, um símbolo. O resultado foi a expressão de algo que ainda não podia ser compreendido por via consciente, mas que pôde ser expresso através dos sentimentos que foram evocados e das aspirações que foram despertadas.

2.º Momento - duração aproximada de trinta minutos. O segundo momento foi além da observação das imagens e consistiu em se tornar parte ativa, fazendo uma avaliação do que elas, as imagens, representavam, utilizou-se do pensamento dirigido. Foi solicitado aos participantes que expressem através de desenho ou pintura o que foi articulado e elaborado mentalmente no primeiro momento. As imagens através de pensamentos e emoções ganharam significados para compor um tema, constituindo uma atividade imaginativa e simbólica. Esse tema foi desenvolvido no grupo através de elaborações mentais e das relações com os diversos sintomas, com o objetivo de conhecer a imagem mental simbólica do sintoma, o que é necessário para a conexão do eixo *ego-self*, para a polaridade corpórea emocional e para a possível liberação dos complexos afetivos reprimidos na sombra, transcendendo para a consciência. Os participantes também receberam tarefas para elaborações mentais de conteúdos psíquicos vivenciados nos encontros semanais, elas eram apresentadas na sessão seguinte. Teve como objetivo criar uma nova situação, para os conteúdos isolados se tornarem claros e articulados visando à conscientização de novas formas de abstrações mentais.

3.º Momento - duração estimada de quinze minutos. Aproximando-se do final do horário combinado, a pesquisadora solicitava o término, abrindo a seguir uma breve roda de diálogos motivando o grupo a apresentar suas elaborações mentais sobre a expressão das imagens simbólicas, com o objetivo de simbolizar, de tornar conhecidos os conteúdos afetivos e as emoções para não serem vividas através dos sintomas corpóreos.

2. Etapa - Intervenção lúdico-simbólica para possibilitar a assimilação de novos padrões mentais e a dissolução do estresse que favorece a dispepsia funcional.

Durante a intervenção grupal para vivenciar estratégias lúdicas foi solicitado, como tarefa para o encontro seguinte, que os participantes trouxessem objetos que simbolicamente representassem o brincar.

1.º Momento - duração aproximada de dez minutos. Com os participantes sentados em círculo, se apresentavam pelo nome e eram abordados pela pesquisadora sobre o objetivo do encontro, um novo padrão mental a ser exercitado através da intervenção lúdica.

2.º Momento - duração aproximada de trinta e cinco minutos. Eram desenvolvidos no grupo atividades lúdicas semidirigidas, combinando situações corporais com simbólicas.

3.º Momento - duração estimada de quinze minutos. Aproximando-se do final do horário combinado, a pesquisadora solicitava o término, abrindo a seguir uma breve roda de diálogos motivando o grupo a apresentar suas elaborações mentais, no intuito de agilizar processos cognitivos e de socialização para a construção de estratégias de ação.

A última sessão foi reservada para fechamento dos encontros, retomando o objetivo e finalizando com observações e avaliações do processo vivenciado.

3.5 Tratamentos dos dados.

Visando atender aos objetivos desta pesquisa, foi feita inicialmente uma análise qualitativa dos dados apresentados na entrevista dirigida, com elaboração de quadros relativos aos diversos itens da entrevista, dada a sua grande abrangência.

A seguir foi analisado o resultado do Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de LIPP (ISSL), segundo orientação da autora. Para tal procedimento foi feita a verificação de percentuais de concordância, por análise de teste-reteste, avaliando as duas aplicações realizadas pré e pós-procedimento.

Visando atender aos objetivos aos quais esta pesquisa se destinou, foi cedido, pela Casa do Psicólogo, o acesso a um programa de computador para realizar as análises estatísticas descritivas dos resultados encontrados pelo Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL) no que tange aos aspectos: verificação da presença de estresse; fase do estresse; prevalência de sintomas (físicos/psicológicos).

Os dados relativos aos encontros foram analisados num primeiro momento, um a um, combinando-se os informes obtidos por meio do gravador, das anotações da observadora não participante e dos dados anotados pela pesquisadora logo após cada encontro, e, a seguir, foram organizados e analisados por etapa e, finalmente, como um todo. Os resultados do Inventário foram computados e analisados isoladamente, os pré e os pós-intervenção e, a seguir, comparados. Por fim foram relacionados os dados dos dois instrumentos utilizados (entrevista e Inventário), com o curso evolutivo da intervenção, a fim de cumprir o quarto e último objetivo proposto, poder verificar a possível redução dos sintomas, inclusive os de estresse, em portadores da dispepsia funcional.

3.6 Análise de benefícios e riscos.

O estudo produziu benefícios, pois visou à promoção da saúde e do bem estar social, à construção de relações sociais, comportamentos e relações psíquicas saudáveis. O grupo de intervenção, sempre acompanhado pela pesquisadora, psicóloga habilitada para realizar o procedimento, não apresentou riscos para os participantes que foram assistidos dentro do proposto estudo.

4. Resultados e discussão

Apesar do número grande de encaminhamentos (não especificado), segundo relato dos médicos, apenas 14 portadores de dispepsia funcional aderiram à pesquisa. Houve seis candidatos que estabeleceram um primeiro contato e não retornaram. Embora não se possa constatar o motivo, este dado corrobora a dificuldade de lidar com os aspectos emocionais e com a fixação no sintoma da dispepsia funcional, com o indivíduo não estabelecendo conexões psíquicas para um desenvolvimento da personalidade, qualidade de vida e saúde mental.

4.1 Informações obtidas através da entrevista dirigida.

As 14 entrevistas dirigidas com o intuito de levantar dados sociodemográficos possibilitaram a obtenção da descrição feita pelos participantes, da queixa e dos sintomas referentes à dispepsia funcional. Deram conhecer os procedimentos médicos, psicoterápicos, o uso de substâncias psicoativas e a educação alimentar. Fez-se o levantamento de situações estressantes e de situações prazerosas, da associação do aparecimento dos sintomas a conflitos emocionais, da associação de cena ou episódio que possa ter desencadeado o início dos sintomas da dispepsia funcional, revelaram como se estabeleceram relações sociais. As entrevistas foram agendadas conforme encaminhamentos e realizadas individualmente no mesmo local da intervenção grupal.

Na apresentação dos resultados para manter o sigilo, os participantes receberam o nome de uma flor, escolhida aleatoriamente. Nomes de flores surgiram em virtude de o grupo ter presenteado a observadora não participante e a pesquisadora com flores no último encontro.

O quadro abaixo apresenta o levantamento sociodemográfico com dados obtidos através da entrevista dirigida.

Quadro 1 – Levantamento sociodemográfico.

Participante	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado civil	Profissão
Azaléia	F	51	Superior	Casada	Assistente social *
Orquídea	F	62	Ensino médio	Casada	Dona de casa
Antúrio	M	31	Superior	Solteiro	Engenheiro
Acácia	F	57	Superior	Viúva	Assistente social*
Tulipa	F	24	Universitário	Solteira	Operadora <i>call</i> Center
Lírio	F	69	Técnico	Casada	Administração RH
Rosa	F	70	Ensino médio	Divorciada	Costureira *
Girassol	F	57	Superior	Casada	Arquiteta
Cravo	F	23	Universitário	Solteira	Operadora <i>Call Center</i>
Miosótis	F	20	Universitário	Solteira	Desempregada

Quadro 1 – Levantamento sociodemográfico.

Participante	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado civil	Profissão
Papoula	F	28	Universitário	Solteira	Garçonete
Dália	F	57	Superior	Casada	Advogada *
Jasmim	F	39	Ensino médio	Solteira	Agente administrativa
Violeta	F	40	Universitário	Casada	Microempresária

*Aposentada

Observou-se predomínio do sexo feminino, dos 14 entrevistados um deles é do sexo masculino e 13 do sexo feminino; o estado civil dos participantes é composto por seis solteiros, seis casadas, uma viúva e uma divorciada. A faixa etária variou entre 20 e 70 anos de idade, sendo que sete (50%) possuem entre 20 e 40 anos e sete (50%) possuem entre 51 e 70 anos; o grau de escolaridade ficou entre ensino médio e superior completo, contudo 10 em 14 participantes (71 %) cursam ou já possuem nível superior, o que sugere a hipótese de que possuam maior consciência da responsabilidade de rever e reestruturar seu modo de vida.

Os dados abaixo apresentados correspondem à descrição e evolução da dispepsia funcional.

No quadro dois foram transcritas as expressões usadas pelos participantes.

Quadro 2 – Sintomas da dispepsia funcional estabelecidos pelos critérios de Roma III.

Participantes	Sintomas diversos	Dor ou queimação epigástrica	Empachamento pós-prandial	Saciedade precoce
Azaléia	Azia, intestino preso, má digestão.	D e Q	Sim	___
Orquídea	Refluxo, esofagite, azia.	D e Q	Sim	___
Antúrio	SIR*, gases, eructações.	D e Q	Sim	___
Acácia	Vômitos, azia, má digestão.	D e Q	Sim	Sim
Tulipa	Vômitos.	D e Q	Sim	Sim
Lírio	Vômitos, ânsia.	D e Q	Sim	Sim
Rosa	Dor, “queimação que vem do esôfago e explode”.	D e Q	Sim	Sim
Girassol	Vômito, azia, tontura, intestino solto, enjoo, má digestão.	D e Q	Sim	Sim
Cravo	Desconforto no abdômen.	D e Q	Sim	Sim
Miosótis	Gastrite “nervosa”. Azia, enjoo.	D e Q	Sim	Sim
Papoula	Ânsia, azia.	D e Q	Sim	Sim

Quadro 2 – Sintomas da dispepsia funcional estabelecidos pelos critérios de Roma III.

Participantes	Sintomas diversos	Dor ou queimação epigástrica	Empacha-mento pós-prandial	Saciedade precoce
Dália	Dor na boca do estômago, gases.	D	Sim	Sim
Jasmim	Gases, intestino preso, estufamento.	D	Sim	Sim
Violeta	Gases, digestão lenta, cólicas, eructações.	D	—	Sim

*SIR: Síndrome do Intestino Irritável.
D: Dor.
Q: Queimação.

Todos os entrevistados passaram por alguma disfunção gástrica e atualmente se enquadram na classificação de dispepsia funcional segundo o levantamento da descrição da queixa e de sintomas referentes à dispepsia funcional baseada nos critérios de Roma III, estabelecido pelo *The Roma Process* (2006) para compreensão da ciência das Doenças Funcionais Gastrointestinais (DFGs) e de seu tratamento.

Para a dispepsia funcional ser diagnosticada, o paciente precisa se referir a pelo menos três dos sintomas acima relacionados, há pelo menos três meses; todos os participantes comprovam este diagnóstico, referem que os sintomas ocorrem há pelo menos 3, 5, 7, 10 ou 50 anos. Sendo que as crises de dispepsia funcional nos 14 participantes ocorrem diariamente em quatro deles, semanalmente em seis deles, quinzenalmente em dois deles e mensalmente em dois dos participantes. Faz uso de antiácido, medicação para os sintomas da DF: quatro participantes diariamente e três eventualmente.

Estes dados comprovaram que a maioria dos dispépticos se mantém sintomático por um período bastante longo, apesar de apresentar alguns períodos de remissão espontânea. Entretanto para a amostra desta pesquisa os dados comprovam que os idosos se mantêm sintomáticos há mais de sete anos.

Os participantes se fixando nos sintomas e não fazendo conexões conscientes da relação mente-corpo podem ser classificados como portadores de dispepsia funcional. Eles próprios relataram através de expressões “dor na boca do estômago”, “alguém me apertando ou sufocando”, “gastrite nervosa”, “senhora antiácido”.

A descrição de sensação subjetiva não dolorosa que se caracteriza por peso epigástrico e/ou saciedade, e/ou enfiamento e/ou náuseas e/ou vômitos e/ou distensão encontrada no quadro de dispepsia aqui pôde ser confirmada em todos os 14 participantes. Confirmando estudos apontados por Tobon *et al.* (2008, p. 5) onde os tipos de “[...] problemas fisiológicos mais frequentes na dispepsia funcional (DF) são hipersensibilidade visceral e alteração da motilidade estomacal, que também é comum em pessoas com outros distúrbios gastrointestinais funcionais”. E que “[...] há envolvimento de

fatores psicológicos na condução desta mudança, sendo que a ansiedade provavelmente afeta antral retenção de alimentos (o alimento permanece mais tempo no antro do estômago) em pessoas com DF”.

Com relação aos procedimentos médicos, psicoterápicos e uso de substâncias psicoativas, pudemos constatar que três relatam episódios neurológicos, sete psiquiátricos e nove fizeram ou fazem psicoterapias, sendo que sete recorrem a outras abordagens de terapias alternativas para alívio de sintomas. Onze entrevistados passaram por algum procedimento cirúrgico e sete fazem uso de substâncias psicoativas (principalmente o álcool), hoje moderadamente, mas a maioria já fez um uso mais intenso destas substâncias, pelos relatos, o mal-estar físico gástrico colaborou para a diminuição do uso.

Estes dados comprovam estudos que verificaram a existência de fatores correlacionados com os distúrbios funcionais do aparelho digestório como depressão e ansiedade, distúrbio do sono, alterações do humor, fadiga crônica, fibromialgia, cefaléia e tonturas (FRANCESCONI; LOPES, 2003). Também nesse sentido, o estudo de Bernstein (2007, p.1), que aborda “[...] o perfil do paciente portador de DF” e “[...] menciona a alta comorbidade existente com os transtornos de ansiedade: transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno por pânico (TP), fobias, transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e transtorno postraumático (TEP)”. Além de alta comorbidade com transtornos de estado de ânimo, depressão, distímia, negativismo, grande pessimismo e hipocondria.

A entrevista dirigida, ao levantar dados sobre a relação da ansiedade e sobre o aumento da ingestão de alimentos, pôde constatar que em 50% (sete de 14) há esta ocorrência e em quatro participantes há diminuição de ingestão alimentar.

Com relação à educação alimentar todos relatam algum incômodo, mal-estar físico, com algum tipo de alimentação, sendo que 12 fazem alguma restrição, sete fazem maior restrição, nove fizeram e mantêm uma reeducação alimentar, sendo que oito de 14 já fizeram algum regime alimentar com o intuito de diminuir os sintomas da DF.

Estes dados confirmam a revolução orgânica para a adaptação imediata à situação causadora do estresse, favorecendo a sobrevivência e preparando o organismo para a ação. Os participantes relatam que fizeram esforços para se adaptar através de reeducação alimentar, mas não obtiveram sucesso na diminuição dos sintomas.

Os participantes desta pesquisa relataram buscar uma alimentação que promova diminuição dos sintomas, mas também relataram não estarem obtendo sucesso, estes dados corroboram a necessidade de mudanças de atitudes. Jung (2007) diz da mãe como fonte de nutrição, poder se alimentar, construir vínculos afetivos que nos alimentam e que servem para a construção de modelos mentais do *self*, que, se vividos num processo de introversão, remetem a alimentação.

A necessidade de buscar enfrentamentos através da construção de novos modelos mentais também se expressou através do levantamento de situações estressantes nos dados relatados na entrevista dirigida. Quando solicitados a identificar situações que geram estresse, os participantes responderam: mudanças de vida (Azaléia) e situações novas a enfrentar (Orquídea); não agradar e se sentir culpado (Antúrio); se sentir errada “vibra a boca do estômago” (Violeta); não cumprir o planejado (Tulipa) exigências (Papoula); preocupações com o futuro (Miosótis); não realizar o

desejado (Dália); cobrança (Acácia); tensões (Lírio e Girassol); confrontos; decisões; escolhas (Jasmim, Cravo e Rosa).

Todos os participantes sempre se viram em situações frequentes de estresse. Sendo que 10 deles relatam se sentirem sempre estressados, um semanalmente e três deles eventualmente. Foram apontados como geradores de estresse situações familiares como: conflitos, autoridade, exigências, divergências de pensamentos, doenças familiares e conflitos conjugais. Com relação aos aspectos profissionais geradores de estresse apontaram a cobrança, a competição, a falta de reconhecimento, a insegurança, os embates, a pressão e os confrontos.

Interessante observar que também todos fizeram uma relação do estresse com os sintomas, quando entrevistados. A fonte de estresse para sete entrevistados se referiu a situações novas, para quatro deles as situações de confronto, para outros dois, as situações que geram frustrações e, para uma pessoa, a situação de julgamento e/ou exigência. A maior fonte de estresse são os conflitos familiares (50%), seguidos de exigências, preocupações, pressões e confrontos, inseguranças, obediência, discussão, perder e ter que agradar.

O mais difícil não é tratar a dispepsia, mas sim conseguir sensibilizar o paciente a rever hábitos e conscientizar-se de sua responsabilidade sobre os sintomas, revendo e reestruturando seu modo de vida. Pacientes com dispepsia funcional relatam maior número de eventos estressantes de vida, de traços de depressão e ansiedade do que os indivíduos assintomáticos (MAGALHÃES, 2001).

Uma estreita relação entre estresse e distúrbios gastrointestinais foi encontrada por Vinaccia *et al.* (2002) ao fazer uma revisão sobre o papel psicológico e fatores psicossociais na dispepsia funcional. Pacientes com DF demonstram mais estados de ansiedade do que pacientes com doenças orgânicas, referem dores abdominais ou intestinais quando perturbados, tensos, ansiosos ou deprimidos.

Indivíduos com dispepsia funcional percebem fatores estressores com um impacto maior e incontrolável. Lançam mão de estratégias de ação mais direta, mas que possuem menor aceitação social e utilizam menos estratégias e flexibilidade nos eventos estressantes da vida (CHENG *et al.*, 1999).

É possível que o emprego de estratégias inadequadas de enfrentamento do estresse leve a que este se mantenha um tempo sem se resolver, incidindo na origem e na exacerbação da DF. Estudo que examinou estratégias de enfrentamento num grupo de 30 pacientes com DF, comparado com um grupo de controle de 30 pessoas saudáveis, concluiu que “as pessoas com DF tendem a utilizar um menor grau de estratégias focalizadas num problema, gerando menos alternativas de solução, de bem-estar emocional e de apoio social” (CANO *et al.*, 2006, p. 4).

Os dados obtidos através de reeducação alimentar e situações estressantes; confirmam os de Jung (2007) sobre a necessidade de estabelecer vínculos afetivos saudáveis para enfrentar situações e dão luz ao de Boechat (2008) quando diz da necessidade dos pacientes sintomáticos fazerem uma representação mental, ou seja, uma imagem simbólica que possa levá-lo a identificar um princípio nutridor, gratificador dos instintos básicos de fome, calor e frio, sensações corporais mais primitivas do ego em formação.

Os participantes foram indagados na entrevista dirigida para dizerem em quais momentos se sentem melhor, mencionando situações que dêem prazer. Dos entrevistados, sete (50%) relataram que sentem prazer quando se recolhem no próprio lar, depois de um dia de trabalho ou ao final do dia, quando terminam os afazeres. Relataram dificuldade de relaxar por fazerem autocobranças, ficam com uma sensação de algo por fazer, ou de não conseguir fazer além do que foi realizado.

Como lazer, sete (50%) apontaram situações simbólicas que refletem relaxamento, como pintura, artesanato, cinema, viagens, ouvir músicas, fazer leituras e assistir a filmes; 35 % (cinco de 14) apontaram atividades que simbolizam ações corporais, tais como: *Tae Kwon Do*, mergulho, tricô, *yoga*, caminhada; 50% (sete de 14) apontam atividades que simbolizam contatos sociais, como: passear no *shopping*, sair para barzinhos, encontros familiares ou com amigos e outros 21 % (três de 14) preferem estar consigo, vivendo momentos de recolhimento no próprio lar.

As situações de isolamento ou recolhimento estão associadas a momentos de relaxamento, a não ter que enfrentar situações, poder se afastar de novas expectativas ou exigências. O que corrobora o pensamento de Bernstein (2007, p. 3) que diz que “[...] o paciente dispéptico em geral é perfeccionista, obsessivo, portanto faz-se necessário ajudá-lo a flexibilizar seus parâmetros para melhor qualidade de vida e saúde mental”, “[...] explicações racionais, operações que causem conflitos aumentam ansiedades e sintomas”.

Foi solicitado aos participantes que fizessem a associação de algum fato ou episódio que evidenciasse algum tipo de conflito emocional no desencadeamento dos sintomas da dispepsia funcional.

Todos os entrevistados fizeram uma associação do aparecimento dos sintomas aos conflitos emocionais, localizando cenas, situações e sintomas da dispepsia funcional. Destes, 14% se referem a situações que geram tensões, 14% situações que geram ansiedade e cobrança, 28% situações que geram frustrações e 28% por engolir alguma emoção ou conflito sem digerir.

Todos os participantes demonstram conhecer as emoções refletidas no estômago, não tendo consciência do que estão vivenciando no exato momento em que os sintomas são desencadeados, mas sabem fazer relações de tensão psicossocial, demonstrando que o estresse mental faz o cérebro ficar como se estivesse aprisionado numa torre, preparando antígenos, vigiando, atraindo fatores químicos, como se pode verificar no quadro abaixo. Em vigiância, o cérebro inflama, num sistema defensor libera histamina no sistema nervoso entérico, provocando derramamento de sangue com sintomas de dor, provoca diarreia, escoamento de sangue e outros sintomas (ROME FOUNDATION, 2009).

No quadro três foram transcritas as expressões usadas pelos participantes, escolhidos trechos que retratam suas emoções e sensações viscerais.

Quadro 3 – Associação do desenvolvimento dos sintomas aos conflitos emocionais.

Participante	Episódios associados aos sintomas e aos conflitos emocionais
Azaléia	“Nem sempre identifico o conflito, mas engordo, sinto ansiedade”.
Orquídea	“Choro pelo estômago, só chorei na morte da minha mãe e na do Mike Jackson.” “Tenho medo de ter doenças”.

Quadro 3 – Associação do desenvolvimento dos sintomas aos conflitos emocionais.

Participante	Episódios associados aos sintomas e aos conflitos emocionais
Antúrio	“Cobrança em atividades profissionais, medo de não conseguir o resultado esperado”.
Acácia	“Na casa da minha mãe todos são bonzinhos, eu sou diferente.”
Tulipa	“Só de pensar em algo que vai acontecer já fico com o estômago daquele jeito.”
Lírio	“Tensão, expectativa de acontecimento, dá ânsia de vômito e vômito de urrar.” “O omeprazol é o meu amigão.”
Rosa	“Tomar atitudes na vida diferentemente do esperado”.
Girassol	“Tentar engolir algo por achar que estou errada”.
Cravo	“Se alguém diz que vai me ligar já fico ansiosa, dói o estômago.”
Miosótis	“[...] quando dizem uma palavra fico pensando demais o que queria dizer aquilo, sou muito invocada”.
Papoula	“Quando me comprometo a fazer algo e não consigo”. “Não gosto de decepcionar, não lido com frustração”.
Dália	“A vida vai frustrando, não caminha do jeito que queria, dá aquele aperto na barriga, aquele azedume.”
Jasmim	“Mais tensa, mais nervosa, mais sintomas; eu, como ansiedade”. “Sempre tem algo que não está digerido.”
Violeta	“Sim, engolir as coisas, não dialogar, não poder fazer as coisas, não digerir prende o intestino.”

Considerado o "segundo cérebro" do corpo por Gershon (1999), o estômago é um potencial somatizador dos problemas emocionais vivenciados. "Todas as emoções são refletidas diretamente nesse órgão, o famoso "frio no estômago" é uma mensagem de ansiedade enviada do cérebro ao corpo".

Embora todos os participantes tenham conseguido fazer associações de episódios que desencadeiam os sintomas da dispepsia funcional, eles não têm consciência do padrão mental que faz com que vivenciem as emoções através do segundo cérebro – o estômago como diz Gershon (1999).

Os dados apresentados indicaram a necessidade de realizar conexões psíquicas entre inconsciente e consciente para que os padrões mentais desencadeadores de sintomas possam ser conscientizados, não paralisando energia psíquica, não se fixando nas situações geradoras de conflitos e repetindo padrões que causem má digestão.

O pensamento de Bernstein (2007, p. 3) diz que é necessário favorecer meditações para que o indivíduo possa tolerar seus defeitos e aceitar suas virtudes, baixando exigências inalcançáveis. Uma técnica que auxilia é a imaginação, visualizar situações, imagens consoantes com a própria pessoa, isto favorece a conscientização de expectativas criadas, “imagens equivalem mais do que centos de palavras.” Como os dados vêm demonstrando, a autocrítica e a racionalização proporcionam a fixação em padrões paralisantes, sendo necessário serem abordados com técnicas que difiram da racionalização e os levem a abstrações mentais, corroborando para o objetivo de esta pesquisa aplicar técnicas de imaginação conduzida.

Foi solicitado aos participantes, através da entrevista dirigida, que relatassem um episódio que estivesse associado ao aparecimento da primeira crise ou à frequência das crises de DF.

O início das crises da dispepsia funcional para 42% dos entrevistados foi associado a conflitos emocionais, seguidos por 21% de conflitos conjugais; 14% estão associadas a estresse postraumático; 7% a doenças familiares; 7% a cobrança familiar; 7% a autocobrança; 7% a baixa autoestima e 7% a mudanças bruscas.

O quadro a seguir contém relatos de episódios que os participantes identificaram como o momento em que iniciaram as crises de DF, foram transcritos episódios e expressões das vivências destes.

Quadro 4 – Episódios que desencadearam o início das crises de DF.

Participante	Episódios que desencadearam o início das crises de dispepsia funcional
Azaléia	“Há 10 anos gravidez de risco, enfarto do pai e do marido, voltar para o trabalho com filho pré-maturo gerou sentimento de culpa, depois câncer do marido e da mãe, conflitos conjugais”.
Orquídea	“Aos 17 anos de idade, teve um sufocamento com mal-estar gástrico, tremeu muito, achou que ia morrer quando um ladrão entrou na casa e pôs fogo”.
Antúrio	“Início da faculdade, mais trabalho, cobrança de se sair bem para garantir bolsa”.
Acácia	“Pai alcoólico batia na mãe, tinha que separar”. “Aos 11 anos viajava todo dia 60 km para ir à escola, voltava vomitando.”
Tulipa	“Término do namoro, voltar para a casa dos pais que brigavam de se estapear, tinha que separá-los, comecei com gastrite, depois ela passou, agora tenho estes sintomas”.
Lírio	“Um conflito muito grande de família, deu dor de estômago, fui para o pronto socorro.”
Rosa	“Início do namoro, casamento “errado” aos 20 anos, pai violento, medo de separar, ser acusada de abandono de lar, me tornar uma “divorciada”, sem lar, sem emprego, sem casa”.
Girassol	“A primeira vez estava na escola no Normal, faltou um professor, eu ia perder os pontos, não ia me sair bem nas notas, passei mal.”
Cravo	“Minha mãe fala que desde pequena passo mal.” Cena familiar briga entre os pais desencadeou gastrite, depois ela desapareceu e ficou com os sintomas da dispepsia.
Miosótis	“Aos 17 anos, quando um primo drogado fugiu da clínica, fiquei muito nervosa e comecei com os sintomas”.
Papoula	“Há 2 anos com o início da faculdade, medo de não dar conta.”
Dália	“Há mais de 20 anos, depois que a firma onde trabalhava acabou. “Perceber que a relação era maior com a firma do que com a família, fiquei sem rumo, com dor de estômago, não conseguia nem comer”.
Jasmim	“Lembrança de fatos desagradáveis remete ao frio no estômago”. Rompimento do noivado aos 29 anos foi um episódio desencadeador de sintomas.
Violeta	“Difícil, porque sempre tive essa sensação: O estômago vibra”. “O ambiente familiar não permitia diálogo: mãe e pai brigavam muito, gritavam, era indigesto e nunca alegre, agradável”.

Verificou-se pela grande relação de episódios desencadeantes da DF, que todos os participantes relataram eventos da vida que favorecem estresse diário, dificultando padrões de enfrentamentos em que permaneceram por longas datas aprisionados a modelos mentais que proporcionam mal-estar físico e emocional. Relataram como se sentiram imóveis diante de fatos, inseguros para mudarem de atitudes e buscar novas situações, bloqueando o desenvolvimento do processo simbólico e se atendo aos sintomas.

Ramos (2006, p. 59) diz que a dificuldade de simbolização no nível mais abstrato na vida adulta “seria consequência da interrupção prematura da relação com a mãe, quaisquer que sejam os motivos. Desse modo, o medo – ou qualquer outra excitação -, em vez de se transformar em processo mental, fixar-se-ia no plano físico”. Não atribuindo nenhum significado, permanece como sensação corporal desagradável de apreensão e angústia.

Embora a pesquisa não se refira a dados da relação prematura com a mãe, as participantes demonstram que desde pequenas se sentem angustiadas e com sintomas corpóreos como expressam a Acácia: - “Aos 11 anos viajava todo dia sozinha, 60 km para ir à escola, voltava vomitando”; a Cravo: - “Minha mãe fala que desde pequena passo mal” e a Violeta: - “O estômago vibra [...] “O ambiente familiar não permitia diálogo: mãe e pai brigavam muito, gritavam, era indigesto e nunca alegre, agradável.”

Situações de impotência ou culpa diante de fatos a serem enfrentados foram relatados pelas participantes embora consigam relatar episódios e fazer a relação com os sintomas não reconhecem no nível abstrato, não podendo expressar na fantasia, na imaginação. Assim o sintoma orgânico contém as mensagens psíquicas que não têm uma representação abstrata acessível à consciência e assimiláveis pelo ego. “É como se a memória emocional ficasse perdida no corpo e reaparecesse quando situações atuais espelhassem um conflito semelhante àquele que originou a cisão. Não há espaço para simbolizar verbalmente a dor emocional; daí ela ser vivida corporalmente [...] em repetição compulsiva e defensiva.” (RAMOS, 2006, p 61).

Os entrevistados quando indagados sobre suas relações sociais demonstraram estabelecer relações entre saudáveis e conflitivas com os familiares e amigos próximos. A maioria se manteve mais reservada ou restrita nos contatos sociais. As relações familiares foram consideradas 50% como sendo boas, 50% como sendo conflitivas e 21% como sendo distantes. As relações conjugais para 21% são conflitantes. As relações com amigos para 57% foram consideradas como boas, 21% como conflitantes e para 10% distantes.

Levanta-se a hipótese de recolhimento e conflitos nas relações sociais pelo fato de não processarem simbolicamente suas emoções, o que propicia uma atitude mais defensiva do que criativa.

Investigações realizadas (TÓBON *et al.*, 2003) apontam uma relação de fatores psicológicos com a dispepsia funcional evidenciando a implicação de estresse psicossocial, emoções negativas, sintomas e transtornos psicopatológicos. Esse autor aponta a necessidade de intervir psicologicamente, sublinhando que a psicoterapia tem efeitos positivos sobre o mal-estar emocional e os sintomas da dispepsia funcional, proporcionando maior qualidade de vida. Caracteriza a dispepsia funcional como um distúrbio somatoforme, de acordo com o CID-10, a associação multifatorial,

eventos da vida, estresse diário, os componentes psicológicos e psicopatológicos desempenham um papel fundamental na origem e evolução dos sintomas da DF. Estudando os traços de personalidade, numa escala de neuroticismo, encontrou relação com hostilidade e ira.

4.2 Do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de LIPP (ISSL) a encontros grupais.

No primeiro encontro grupal foram feitas a apresentação dos participantes do grupo, a retomada dos objetivos dos encontros e a aplicação do Inventário de Sintomas de Stress.

Inicialmente foi solicitado que cada participante se apresentasse, dizendo o seu nome e uma característica sua, uma palavra que representasse a sensação daquele momento. Esta apresentação teve como objetivo vivenciar o contato de si mesmo diante do grupo, assim como de já criar condições de ampliação de autoconsciência, focando o momento presente. A seguir, foi solicitado que relatassem o sentimento vivenciado naquela hora.

O quadro cinco contém palavras que representam a sensação de como o participante se encontrava no momento inicial do grupo e o que julgava ser o sentimento correspondente. Embora tenha sido solicitada uma única palavra, alguns se expressaram com mais.

Quadro 5 – Apresentação de sensações e de sentimentos iniciais.

Participante	Sensação	Sentimento
Orquídea	Falta de domínio da ansiedade.	Acomodação.
Azaleia	Buscar força interior.	Desorientação.
Antúrio	Estar perdido.	Desnorteamento.
Lírio	Querer aprender.	Encontro de um caminho.
Rosa	Desejar se comunicar.	Encontro consigo.
Cravo	Ansiar por orientação.	Nervosismo.
Tulipa	Sentir-se curiosa.	Ansiedade.
Miosótis	Ansiar por se sentir indecisa.	Tímidez.
Papoula	Ansiar por determinação.	Tensão.
Dália	Renovar.	Felicidade.
Jasmim	Transformar.	Preocupação.
Girassol	Sentir-se uma "Garota enxaqueca".	Peso.
Violeta	Revelar a verdade.	Raiva.
Acácia	(Faltou.)	(Faltou.)

Síntetizando as expressões que relatam sensações 42% (seis de 14) apresentaram sensações de ansiedade e dor; 50% (sete de 14) apresentaram a necessidade de transformação. Com relação aos sentimentos verificou-se que 35% (cinco de 14) expressaram acomodação e sentimentos de estarem desorientados; 28% (quatro de 14) expressaram nervosismo, ansiedade e tensão; 21% (três de 14) expressaram sentimentos como raiva, timidez e felicidade.

Os participantes no primeiro encontro grupal demonstraram preocupações e falta de elaborações de sentimentos e emoções trazidas com os sintomas para a vivência grupal, tais como: nervosismo, timidez, raiva, ansiedade, preocupação e a necessidade de aprender, renovar, transformar.

Em seguida estabeleceu-se o contrato do funcionamento do grupo, a importância de estabelecer assiduidade, horário, atrasos e sigilo.

Fechando o primeiro encontro, foi aplicado, coletivamente, o Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de LIPP - ISSL (LIPP, 2000), visando diagnosticar a sintomatologia que o paciente apresenta, avaliando se este possui sintomas de estresse, o tipo de sintoma existente (se somático ou psicológico) e a fase em que o estresse se encontra.

As dinâmicas iniciais deste encontro, vivenciadas antes da aplicação do inventário, podem ter interferido no resultado, já que os dados das dinâmicas apontaram tensões e ansiedades. Entretanto, a pesquisadora estava ciente disso. A dinâmica anterior ao inventário teve como objetivo possibilitar um contato com os sintomas da dispepsia funcional, corroborou para uma sensibilização que possivelmente favoreceu os participantes a identificarem sintomas de estresse, ao responder às questões do inventário, tais como: sensações emotivas, mal-estar, angústia, apatia, dúvidas, vontade de iniciar projetos, tensão.

As participantes Rosa (porque precisou sair antes da aplicação do inventário no primeiro encontro) e Acácia (porque faltou no primeiro encontro) responderam ao inventário ao final do segundo encontro, pode-se observar que o fizeram com muita rapidez e possivelmente sem se ater aos sintomas de estresse elencados pelo inventário. Acácia obteve uma classificação sem estresse com relação a esta fase, entretanto nas verbalizações durante a entrevista e durante as intervenções grupais contrariou os resultados obtidos, demonstrando tensões, angústias, sensibilidade emotiva. Inclusive chegou num encontro com enxaqueca, vindo diretamente de um pronto atendimento hospitalar. Rosa, embora tenha tido uma classificação de resistência com relação à fase do estresse, apresentou dados, na entrevista dirigida, de sintomas físicos (como dores lombares impossibilitando afazeres) sustentando uma tensão maior do que o resultado apresentado.

O quadro seis, abaixo, apresenta a fase do estresse e a predominância de sintomas de cada participante, segue classificações apresentadas no manual do Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de LIPP (2008).

Quadro 6 – Fases do estresse e predominância de sintomas individuais.

Participante	Apresenta estresse	Fase do estresse	Predominância de sintomas
Azaléia	Sim	Resistência	Psicológicos 60% / Físicos 30%
Orquídea	Não	Sem estresse	-----
Antúrio	Sim	Exaustão	Psicológicos 45% / Físicos 33%
Acácia	Não	Sem estresse	-----
Tulipa	Sim	Resistência	Psicológicos 60% / Físicos 50%

Quadro 6 – Fases do estresse e predominância de sintomas individuais.

Participante	Apresenta estresse	Fase do estresse	Predominância de sintomas
Lírio	Sim	Resistência	Psicológicos 60% / Físicos 50%
Rosa	Sim	Resistência	Psicológicos 40% / Físicos 20%
Girassol	Sim	Resistência	Psicológicos 60% / Físicos 40%
Cravo	Não	Sem estresse	-----
Miosótis	Sim	Quase Exaustão	Psicológicos 80% / Físicos 70%
Papoula	Sim	Alerta	Psicológicos 33% / Físicos 75%
Dália	Sim	Resistência	Psicológicos 100% / Físicos 30%
Jasmim	Sim	Resistência	Psicológicos 80% / Físicos 40%

Fazendo a análise do estresse emocional, segundo o modelo teórico quadrifásico do estresse apresentado por LIPP (2008), dos 14 portadores de dispepsia funcional três não apresentaram estresse no início da intervenção grupal.

Um dos participantes apresentou a fase do alerta, “fase positiva do estresse, quando o ser humano automaticamente se prepara para a ação.” Oito participantes apresentaram a fase de resistência, “quando se resiste aos estressores e se tenta, inconscientemente, reestabelecer o equilíbrio interior.” Um dos participantes apresentou a fase de quase exaustão, “a tensão excede o limite do gerenciável [...] há muita ansiedade nesta fase.” Um dos participantes apresentou a fase de exaustão, “fase patológica [...] momento de desequilíbrio muito grande” (LIPP, 2008, p. 4).

A seguir um gráfico faz a relação das fases de estresse e predominância dos sintomas vivenciados pelos integrantes do grupo.

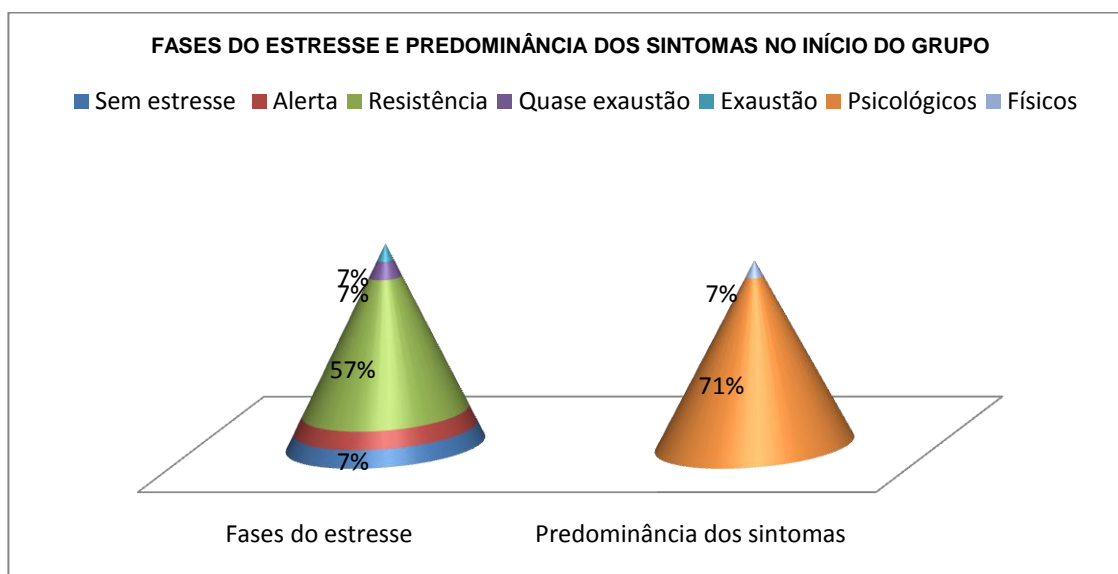


Figura 2. Fases de estresse e predominância dos sintomas no início do grupo.

Com o intuito de realizar uma leitura comparativa dos dados obtidos neste inventário no primeiro e último encontro os mesmos serão analisados ao final.

Entretanto cabe salientar que os participantes nas entrevistas dirigidas sempre se viram em situações frequentes de estresse. Sendo que 10 deles relataram se sentir sempre estressados, um semanalmente e três deles eventualmente. Todos fizeram uma relação do estresse com os sintomas, quando entrevistados. A fonte de estresse para sete entrevistados se referiu a situações novas, para quatro deles as situações de confronto, para outros dois, as situações que geram frustrações e, para uma pessoa, a situação de julgamento e/ou exigência.

4.3 Dados obtidos nos encontros.

Os resultados a seguir se iniciam a partir do segundo encontro, uma vez que o primeiro já foi descrito acima.

- **2.º encontro.**

Inicialmente foi solicitado um contato relacional entre os integrantes do grupo, cada um se apresentando pelo nome e revelando a percepção de uma sensação física presente naquele momento, o objetivo junto aos participantes era estabelecerem conexões com as sensações corpóreas.

O quadro a seguir descreve as sensações corpóreas encontradas pelos participantes, e as expressões utilizadas por eles.

Quadro 7 – Percepção da sensação física.

Participante	Sensação física
Orquídea	Calma.
Azaléia	Calorenta.
Acácia	Satisfeita.
Rosa	Relaxada.
Cravo	Estressada.
Tulipa	Esperançosa.
Miosótis	Cansada.
Papoula	Cansada.
Dália	Relaxada.
Jasmim	Calma.
Girassol	Cansada.
Violeta	Desconfortável.
Lírio	Tranquila.

As sensações físicas apresentadas puderam mostrar que cerca de 50% (sete de 13) sentiram alterações fisiológicas como estresse e calor e apresentaram imagens de cansaço, desconforto e esperança referentes a estas alterações. Cerca de outros 50% (sete de 13) apresentaram imagem de calma, satisfação, relaxamento e tranquilidade, sugerindo um bem-estar. Entretanto é necessário fazer uma observação, estes participantes se referiam naquele momento a uma sensação de bem-estar quando comparados ao encontro anterior, quando se sentiam ansiosos ou tensos, portanto estes dados não demonstram que eles se sintam bem dispostos.

Para Ramos (1995, p. 33) quando um determinado complexo se constela dá-se uma alteração no nível fisiológico, como em toda a estrutura corporal, “[...] todo o complexo, inclusivo o egóico, traz consigo um padrão específico de imagens corporais e de tensões musculares. A imagem que tenho do meu corpo faz parte do complexo do ego, assim como todas as sensações sinestésicas presentes na minha consciência.”

Foi aplicada a seguir, a técnica de imaginação com o pensamento dirigido para o sintoma da dispepsia funcional. Os participantes foram orientados a fecharem os olhos, a adquirirem uma postura a mais confortável possível em suas cadeiras, a respirarem lentamente observando a entrada e a saída do ar por três vezes e a relaxar, soltando membros, elevando e abaixando ombros e observando o corpo da cabeça aos pés para se dar conta de pontos de tensão e relaxamento. Posteriormente foram induzidos a imaginar uma bola de luz que percorre o corpo até encontrar a região gástrica, se atendo a sensação dos sintomas: vômito, azia, estufamento, empachamento, vazio, dor, sensação desprazerosa no abdômen, diarreia, prisão de ventre. Ao encontrar os sintomas exageraram as sensações, tiveram a percepção da dor aumentada e associaram a um sentimento, criaram uma imagem, elaborando mentalmente uma cena e associando a um símbolo. Depois foram feitas sugestões para prestar atenção no corpo novamente, observaram se estavam mais tensos ou relaxados, observaram o sintoma e a relação estabelecida com um sentimento.

A técnica de imaginação com o pensamento dirigido para o sintoma, teve como objetivo a conscientização do sintoma gástrico e abstração dos sentimentos despertados. O intuito foi o de promover o fluxo ou agregado de imagens e ideias da psique, expressando imagens carregadas de material da memória consciente, por meio de um símbolo, a expressão de algo que ainda não podia ser compreendido por via consciente, mas que poderia ser expresso através dos sentimentos que a técnica evoca e através das aspirações que desperta.

Dedicar-se ao próprio corpo, procurando perceber o significado de suas emoções e as relações com as respostas do sistema gástrico subjetivo (DETHEFSEN; RUDIGER, 1983, p. 131), “traz possibilidades de comunicação entre o sistema central e o cérebro visceral, entre a consciência e o inconsciente, entre a doença e a saúde, entre o interior e o exterior”, leva à interação biopsicossocial.

O quadro abaixo apresenta a sensação dos sintomas da DF, a associação ao sentimento que eles proporcionam e a elaboração de uma imagem mental simbólica associada aos sintomas. São apresentadas falas dos conteúdos e expressões mencionadas pelos participantes.

Quadro 8 – Sintomas, sentimentos e imagens simbólicas relatadas.

Participante	Sintomas	Sentimentos	Imagens
Orquídea	Dor de cabeça.	Nenhum.	Praça cheia de luz, Natal.
Azaléia	Estufamento.	Insatisfação.	Tigela de bater bolo transbordante.
Acácia	Empanzimento.	Tristeza.	Um esconderijo no quarto da infância.
Rosa	Sensação ruim na boca do estômago.	Tristeza, o que via era feio, sensação depressiva.	“Bexiga vazia, murcha, era oval, parecia o formato do estômago”. O formato de bola virou uma espada atravessando dos pés a cabeça.
Cravo	Enjoo.	Tristeza, abandono.	Deitada no chão com rosa vermelha ao lado.
Tulipa	Nó no estômago, aperto.	Ansiedade e nó no peito, pânico.	Um rosa no galho: vitalidade, suavidade, perfeição.
Miosótis	Estufamento.	Perda, fragilidade.	Família reunida em um campo verde.
Papoula	Dor na boca do estômago.	Raiva.	Sozinha caminha rapidamente numa estrada.
Dália	Dor no estômago.	Raiva do incontrolável.	No meio de um jardim pequeno, entre dois prédios de vidro, cactos grande, duro e inflexível.
Jasmim	Estufamento. Dor nos ombros e no braço direito.	Resistência e frustração.	Lago com verde em volta e uma pedra: esperança e resistência.
Girassol	Dor no peito e angústia.	Medo indefinível.	Passarinho na gaiola: eu era o passarinho.
Violeta	Estufamento, tremer do estômago, calor.	Tristeza.	Gorda como uma bola, cabeça pequena, olhar triste, pés e pernas curtos: dificuldade de locomoção.
Lírio	Contração na boca do estômago. Dor interna, empacada.	Grande mágoa.	Vulcão em erupção. Montanhas se juntaram, ficou um buraco.

A partir deste encontro Antúrio, o integrante masculino, não apareceu mais, o grupo passou a ser constituído por 13 participantes do sexo feminino. Levanta-se a hipótese de abandono pelo fato do grupo ser predominantemente feminino e pela dificuldade de entrar em contato com a manutenção do padrão insegurança e / ou ansiedade o qual está vinculado às características do portador de dispepsia funcional (LOPES, 2006), perpetuando as sensações corpóreas. Dados corroborados pelo resultado do inventário que apontou a fase de exaustão, uma fase patológica que indica um momento de desequilíbrio muito grande, e também pelo fato de durante a entrevista dirigida ter tido aumento dos sintomas, apresentando dor epigástrica e eructação.

Todos os participantes entraram em contato com os sintomas, vivenciando sensações da DF, tais como: estufamento, saciedade, dor na “bôca do estômago”, má digestão, empazimento e enjoo. Com exceção da Orquídea (que relata não ter sentido nada) todos os outros 12 participantes, 92% (12 de 13), fizeram associações aos sintomas expressando sentimentos de ansiedade (um de 13); de tristeza (quatro de 13); de raiva (dois de 13); fragilidade e medo (dois de 13); mágoa (um de 13); resistência, frustração e insatisfação (três de 13). Todos os 13 participantes, 100%, trouxeram

para a consciência uma imagem simbólica que retrata conteúdos constelados no inconsciente, complexos afetivos.

Esses dados confirmam os resultados obtidos nas entrevistas dirigidas com relação à descrição de sensação subjetiva, não dolorosa, que se caracteriza por peso epigástrico e/ou saciedade, e/ou enfartamento e/ou náuseas e/ou vômitos e/ou distensão encontrada no quadro de dispepsia funcional em todos os 14 participantes através de dados coletados na entrevista dirigida. Eles próprios relataram alterações do funcionamento normal do sistema digestório usando as expressões “dor na boca do estômago”, “alguém me apertando ou sufocando”, “gastrite nervosa”, “senhora antiácido”, mas como estão apegados aos sintomas não fizeram elaborações simbólicas.

Os sintomas sugerem um tema com o qual não queremos lidar (DAHALKE, 2007, p. 19), “aquilo que não queremos ter na consciência e, ignorando, acreditamos deixar de lado, aterrissado de fato ao lado, na terminologia de Carl Gustav Jung, na sombra”. Em posição oposta está o ego, que consiste de tudo aquilo aceito em nós e com o qual nos identificamos, os dois juntos resultam no *self*, ou si mesmo, representando a pessoa integrada, que realizou a si mesma.

O símbolo é portador de significados no fluxo entre consciência e inconsciente, “traz na concretude da imagem algo apreensível pela consciência e encobre algum conteúdo inconsciente” (WHITMONT, 1995, p. 20).

Pôde-se observar, no quadro oito, que Rosa traz como imagem simbólica do sintoma o formato do estômago e apresenta aspectos sombrios: “murcho, com uma espada atravessando o corpo todo” e o sentimento expressando um complexo afetivo: “tristeza, mal - estar, não era bonito, depressão”. Possivelmente o quanto a energia psíquica está rebaixada e o sintoma predominando, sem poder estabelecer conexões do eixo ego-*self*, favorecendo estados depressivos.

Lírio traz a abstração do sintoma através da imagem simbólica: - “Vulcão em erupção... um buraco” constelou uma qualidade emocional: - “Sentimento de mágoa grande”, trazidos do inconsciente depois de entrar em contato com o sintoma via imaginação conduzida: - “Contração na boca do estômago...” Mostrou também atitudes de retração e falta de enfrentamento possivelmente em função do complexo afetivo: - “... uma dor que fica ali dentro, por não falar isso faz contrair a boca do estômago algo que quer sair e fica ali empacado.”

O complexo (JUNG *apud* RAMOS, 1995, p. 2) “é sempre uma coleção de várias ideias, mantidas juntas por um tom emocional comum a todas”. Rosa e Lírio narram pensamentos verbalizados após técnica de imaginação conduzida, demonstrando que haviam constelado um complexo, agora revelado à consciência, uma alteração no nível fisiológico e em toda a estrutura corporal, detendo atitudes que favoreçam uma amplitude de desenvolvimento psíquico.

As imagens constelam qualidades emocionais e imaginativas, “reconstituem uma conexão que o processo abstrativo corta com o organismo inconsciente, que dá origem e mantém o mundo do consciente” (DAHLKE, 2007, p. 15).

Perceber o significado das emoções, o tom emocional dos complexos que afetam o indivíduo com um corpo com dispepsia funcional através das impressões sinestésicas, favoreceu a conexão ego-*self*. A partir do significado do que sente no ventre, no abdômen, nas massas ganglionares com a

ampliação da consciência através de uma primeira localização psíquica de traços mnêmicos de forte carga afetiva mantidas no interior de sua “barriga” – percebe-se o complexo materno.

Para Ramos (2006, p. 68) “[...] um complexo tem sempre uma expressão simbólica corpórea, por intermédio da qual podemos ter a chave para a compreensão da doença [...] o símbolo aponta uma disfunção, um desvio que precisa ser corrigido quando a relação entre o ego e o *Self* se altera”. Pudemos observar complexos afetivos através de símbolos associados aos sintomas que apontam a relação alterada entre o ego e o *Self*, tais como: um bolo transbordando a massa sem parar; um esconderijo no quarto da infância; uma pessoa sozinha caminhando rapidamente numa estrada; ficar no meio de um jardim pequeno entre dois prédios; um passarinho aprisionado na gaiola; um lago apontando a calma, com uma pedra mostrando a resistência; uma gorda feito uma bola, disforme; um vulcão em erupção.

Para a autora citada acima “o sintoma contém mensagens psíquicas sem representação abstrata acessível à consciência” (idem, p. 61), embora os participantes relatem sentimentos e símbolos associados aos sintomas, o que pudemos notar nas imagens são fragmentos de certos estados emocionais: uma bexiga vazia, murcha; uma espada atravessando dos pés até a cabeça; uma pessoa deitada no chão; uma rosa no galho; um cacto imenso; um buraco.

Sintomas demonstram a necessidade de dessensibilização sistemática, utilização de assertividade, resolução de problemas, reconhecimento de distorções cognitivas e de processamento de informações, assim como relaxamentos. Tratamentos psicológicos são apontados para que complementem o tratamento médico de enfermos com DF: terapia cognitiva, psicoterapia breve, hipnoterapia e técnicas de relaxamento. Havendo necessidade de induzir que o paciente imagine situações, para depois vivê-las na realidade, com o intuito de ensinar a pessoa a se comunicar com seus próprios pensamentos e sentimentos, a poder dizer “não”, a não ter que agradar ao outro (o depressivo necessita ser querido pelos demais), a operacionalizar emoções básicas de um modo mais funcional sem ter que somatizar ou vivenciá-las no corpo (BERNSTEIN, 2007, p. 1).

- **3.º encontro**

Com o objetivo de dar voz aos lados da personalidade que normalmente não são ouvidas, estabelecendo assim uma linha de comunicação entre a consciência e o inconsciente, após técnicas de respiração e relaxamento, os participantes foram orientados a entrar em contato com a imagem visualizada do sintoma da dispepsia funcional no encontro anterior (sintoma, sentimento, imagem). Ao se reaproximarem do sintoma deveriam caminhar por alguma paisagem que aparecesse no momento até encontrar uma pessoa imaginária que possuísse os mesmos sintomas. Imaginaram: Como é esta pessoa? Como você a vê? O que favorece a aparição dos sintomas? O que você imagina que esta pessoa precisa para não ter os sintomas? O que você propõe como possibilidade de transformação? Crie algo que possa contribuir para a diminuição destes sintomas e apresente para esta pessoa que está diante de você. Solicitou-se também que voltassem a entrar em contato com a respiração e a sentir a presença do corpo. Depois de orientados a estabelecer o diálogo foram solicitados a prestar a atenção na imagem simbólica que surgiu deste encontro e desenhá-la (vide figura 2). Os desenhos,

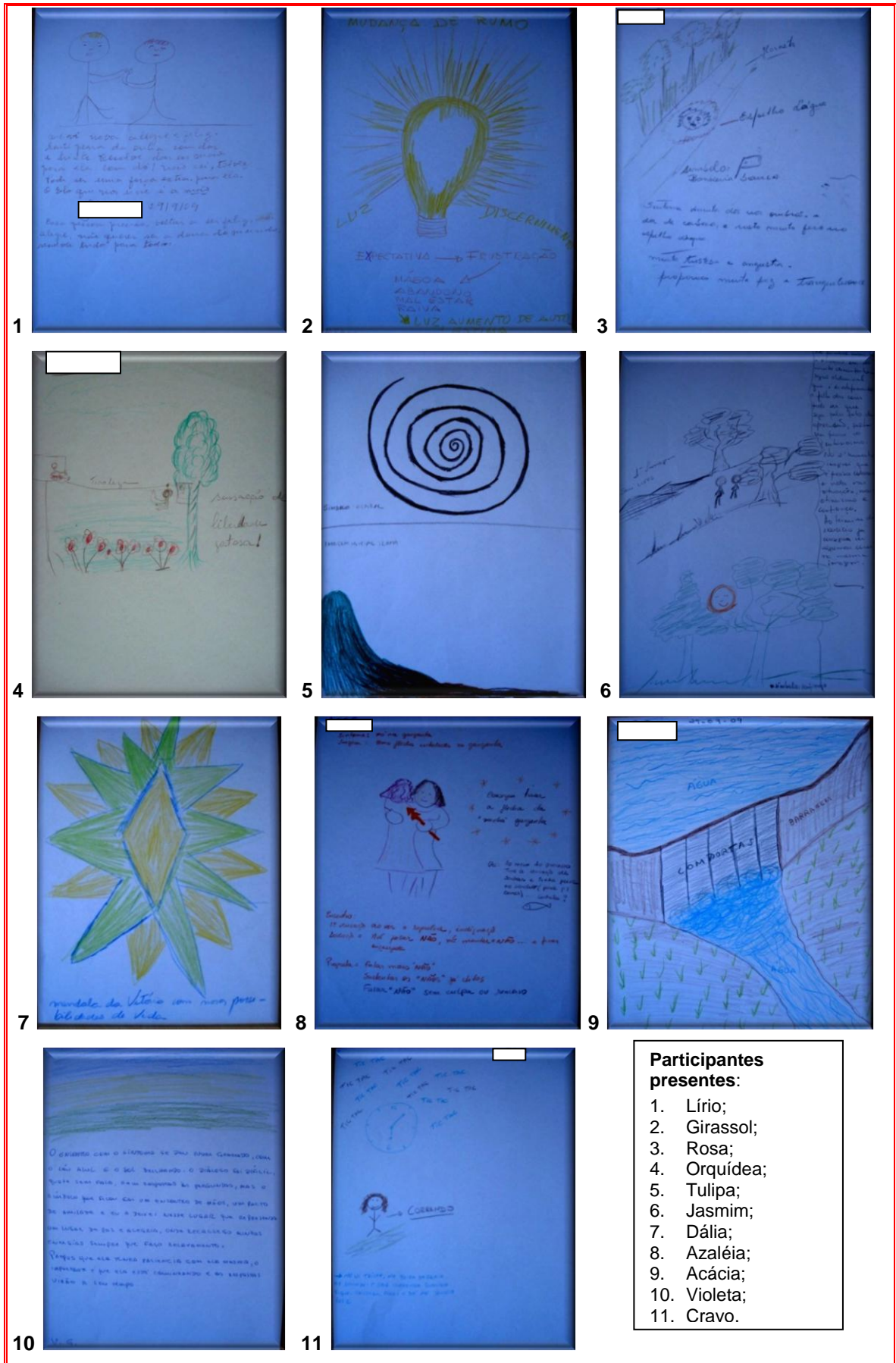


Figura 3. Representações gráficas após imaginação conduzida.

cópias da versão original, estão nos anexos de H a R, alguns desenhos estão com um quadrado branco tampando siglas de identificação, feitas espontaneamente pelas próprias participantes.

As imagens, através de pensamentos e emoções ganham significados para compor um tema, constituindo uma atividade imaginativa e simbólica. Esta dinâmica teve como objetivo conhecer a imagem de si através do sintoma, perceber o que o sintoma expressa e criar uma possibilidade de viver o polo oposto, saúde. Foi solicitado que o participante ficasse em contato com a possibilidade encontrada e a trouxesse por escrito ou num novo desenho no próximo encontro.

A partir deste encontro Miosótis não compareceu mais, o grupo passa a ser constituído por 12 participantes até o último encontro. Miosótis durante os encontros que frequentou sentia dificuldade em expor seus sentimentos e abstrações o que hipoteticamente aumenta a sua dificuldade de romper com a ansiedade e buscar possibilidades de enfrentamentos, favorecendo o abandono do grupo.

Todos os participantes presentes nesse encontro reconheceram os polos necessários para transcender os sintomas e criar novas possibilidades criativas de desenvolvimento, deu-se início a conscientização de desenvolvimento da personalidade no grupo, como podemos observar através dos dados relatados a seguir.

Rosa, ao desenhar a imagem que trouxe para a consciência, fica bastante emocionada e decepcionada, dizendo: - “Estou muito triste, sinto angústia, a imagem é muito feia, ela está numa lama negra escura, o rosto está deformado.” Através da imagem corpórea traz o funcionamento psíquico inconsciente, constelado na sombra revelando a experiência angustiante do contato consigo.

As expressões de Rosa e Lírio ganham destaque para evidenciar o desenvolvimento individual das participantes e do próprio grupo. Elas com as suas falas e polaridades ganham adesão das outros participantes, evidenciam contextos emergenciais do grupo como um todo, a cada encontro assinalam aspectos a serem buscados num desenvolvimento psíquico.

O trabalho em grupo permite uma troca de experiências, rompendo com cristalizações que o indivíduo vai construindo ao longo de sua existência. Possui uma dinâmica interna que surge como resultado da interação e transformação das forças que atuam dentro dele, onde as diferenças surgem e são trabalhadas (MARTINS, 2008).

É solicitado a Rosa, após se ver através da imagem simbólica e manifestar espontaneamente sua angústia, que pense em algo que possa transcender a experiência unilateral da consciência e propicie abarcar a totalidade da sua psique.

Quanto mais unilateral, rígida e incondicional for a defesa de um ponto de vista, tanto mais agressiva, hostil e incompatível se tornará a relação com outros sentimentos. Conteúdos internos, inconscientes, serão encobertos ou manifestados pelos sintomas (JUNG, 2005, p. 70).

Imediatamente Rosa trouxe um símbolo para ser integrado: uma bandeira branca que já havia desenhado (Anexo I), verbalizando a proposta de dar um tempo para toda esta identidade escura, feia, lamacenta e buscar paz, tranquilidade, abarcando polos da sua estrutura psíquica que não agilizava. Simbolizando verbalmente a dor emocional criou-se um espaço para não ser vivida corporalmente.

Lírio apresentou os polos se relacionando, como podemos ver na imagem simbólica (Anexo H). Pôde se ver alegre e feliz como se sentia quando jovem. Lembra-se do seu primeiro vômito, quando foi impedida de se manifestar verbalmente pelo marido (há 50 anos), não parando mais de sentir os sintomas das disfunções gástricas. Na imagem encontrou-se com o seu polo triste, dolorido e resolve dar as mãos para ela mesma, sente pena. Símbolo que chega à consciência como expressão de uma realidade conflitiva que possivelmente favoreceu o desvio do ego da sua totalidade. Numa tentativa de integração de opostos, diz que pode ser “uma força extra para esta mulher dolorida, voltar a ser feliz e alegre”. Assim não precisa mais ser a “dona do mundo”, “resolver tudo para todos” e ocultar a fragilidade.

A reprodução gráfica realizada através da técnica de imaginação conduzida propiciou um relacionamento com os próprios sentimentos, pensamentos atitudes e emoções através dos vários símbolos que emergiram para a consciência, das imagens e das interações ativas com elas.

A imaginação está vinculada ao pensamento narrativo, é um retrato da ação humana. Conduz a dramas envolventes, a relatos históricos, a ações e intenções humanas e às vicissitudes que marcam seu curso. As imagens surgem como portadoras de mensagens que estão faltando, em consequência de opiniões e convicções unilaterais do consciente. A pressão crescente das imagens é a reação de defesa de um sistema psíquico autorregulador, equilibrador (JUNG, 2007, p. 318).

Se considerarmos a polaridade saúde/doença como um processo, as perturbações que surgem são vistas como padrões de interação que levam à ampliação da consciência. Quando o eu natural é reprimido e não expresso, ele se manifesta em sintomas de doenças (RÍMOLI, 2008). Lírio declarou que, desde que se casou, acatou padrões patriarcais do marido. Na tentativa de procurar controlar a vida, o ego criou padrões lineares, descartando rigidamente o lado criativo, tirando a possibilidade de enfrentar a vida a partir de si.

A vivência de Lírio demonstra a realização da enantiodromia, passar para o oposto, uma lei psicológica pela primeira vez esboçada por Heráclito, significando que mais cedo ou mais tarde tudo se reverte para seu oposto. Jung (1971, § 708) identificava isso como “o princípio que governa todos os ciclos da vida natural, desde o menor até o maior.”

A relação com a imagem simbólica da doença favorece a compreensão dos fenômenos psicológicos profundos, possibilitando integrar na consciência o que é expresso através dos sintomas, transcendendo a atitude unilateral da consciência, propiciando à psique abarcar a sua totalidade e o desenvolvimento da personalidade a caminho da individuação (DAHALKE, 2007, p. 15).

Perceber, através das impressões sinestésicas, o significado das emoções, o tom emocional dos complexos que afetam o indivíduo com um corpo com dispepsia funcional é favorecer a conexão ego-*self*. A partir do significado do que sente no ventre, nas massas ganglionares, pode-se ampliar na consciência através de uma primeira localização psíquica, traços mnêmicos de forte carga afetiva mantidas no interior de sua “barriga” - seu complexo materno.

A percepção da relação psique-corpo é feita através da percepção das alterações fisiológicas e das imagens referentes a elas (RAMOS, 1995). Novas sensações e imagens recebidas pela consciência podem ser incorporadas ao ego, promovendo o seu desenvolvimento através da capacidade de absorver informações, imagens e alterações fisiológicas, coordenando-as

significativamente e formando um eixo com sua totalidade. Assim mais conteúdos arquetípicos poderão ser integrados na consciência, numa relação ego-self, que possui corporeidade.

- **4.º encontro**

O encontro foi iniciado com cada participante se apresentando com o próprio nome e a seguir com uma palavra que representasse uma possibilidade focalizada no encontro anterior para lidar com o sintoma. Esta apresentação propiciou ao participante se centrar no próprio eu e retomar a tarefa solicitada ao final do encontro anterior: como se viu com o sintoma, pensar numa proposta de mudança e encontrar uma possibilidade para lidar com o sintoma da DF, trazê-la por escrito ou num novo desenho neste quarto encontro.

Todos os participantes realizaram a tarefa, alguns haviam se esquecido de trazer por escrito e o fizeram naquele momento. Papoula não havia participado do último encontro, foi explicado o objetivo do encontro anterior e do atual.

O quadro abaixo faz a relação de como haviam se visto com o sintoma no último encontro, o que cada participante propõe a si como proposta de mudança e o que lhe possibilita lidar com o sintoma.

Quadro 9 – Frases identificadas para expressar como lidar com o sintoma.

Participante	Como se vê com o sintoma	Proposta de mudança	Possibilidade para lidar com o sintoma
Orquídea	“Com pensamentos agitados.”	“Prestar mais atenção aos pensamentos.”	“Buscar conforto físico e mental.”
Azaléia	“Com um nó na garganta.”	“Falar não, sem culpa.”	“Evitar a tentação de agradar a todos.” “Ser mais autêntica.”
Acácia	“Com dor de cabeça... abandonada, rejeitada.”	“Perdoar quem abandonou.”	“Criar momentos para viver a aceitação.”
Rosa	“Dificuldade com emoções, sentimentos.”	“Aumentar autoestima.”	“Diminuir exigências consigo e com os outros.”
Cravo	Faltou.	Faltou.	Faltou.
Tulipa	Faltou.	Faltou.	Faltou.
Papoula	Faltou no encontro anterior.	Faltou no encontro anterior.	“Ter tranquilidade”.
Dália	“Sensação de que algo ruim pode acontecer.”	“Identificar o que ocorre.”	“Menos apego às ideias de autocontrole... brincar mais.”
Jasmim	“Com certa ansiedade.”	“Otimizar.”	“Organizar-me para a construção da minha casa.”
Girassol	“Com dores nos olhos... enxaqueca... penso em fatos que magoaram.”	“Deixar a rigidez.”	“Desapegar-se do que não mais me pertence.”
Violeta	“Com sensação de estufamento.”	“Aumentar a autoestima.”	“Menos raiva, mais paciência.”
Lírio	“Irritada, sem paciência, controladora.”	“Soltar o controle.”	“Ser mais ponderada, atenta aos sintomas, relacionar mais.”

Simbolizar verbalmente a dor emocional possibilitou reconhecer a dor vivida corporalmente, como foi apontado por todos os participantes: pensamentos agitados, nó na garganta, ansiedade, sensações ruins, irritação, mágoa, estufamento, dor de cabeça.

Atribuir significados às imagens revelou para a consciência pensamentos e emoções veiculadores de mudança: prestar atenção aos pensamentos, identificar o que acontece, não se sentir culpada, perdoar, aumentar autoestima, ter otimismo, deixar a rigidez, não controlar.

Ao buscar novas atitudes criou-se possibilidade de lidar com os diversos sintomas, tais como: autenticidade, aceitação, conforto físico e mental, diminuir exigências, tranquilidade, brincadeiras, controlar menos, ponderar, ter paciência e se relacionar afetivamente.

Todos os dez participantes presentes neste encontro mostraram que se ater à unilateralidade acarreta dificuldade de simbolizar no campo abstrato, respondendo psicossomaticamente à dor emocional não criam representação mental para o sintoma. Tornam-se necessárias a ingestão e a assimilação consciente da emoção para o estômago não funcionar como o segundo cérebro e sim como um receptáculo de emoções assimiladas.

Esses dados são corroborados com os das entrevistas dirigidas onde a fonte de estresse para sete entrevistados se refere a situações novas, para quatro deles a situações de confronto, para outros dois, a situações que geram frustrações e, para uma pessoa, a situações de julgamento e/ou exigência. A maior fonte de estresse são os conflitos familiares (50%), seguidos de exigências, preocupações, pressões e confrontos, inseguranças, obediência, discussão, perder e ter que agradecer.

As mudanças fisiológicas e as atitudes defensivas como ansiedade, raiva e isolamento social ativaram complexos afetivos na estrutura psíquica dos participantes. Os participantes propuseram, como possibilidade para lidar com o sintoma, buscar sair das atitudes defensivas: diminuir exigências, ter paciência, desapegar-se, ponderar, tolerar, organizar-se e buscar apoio social. Como proposta de mudança propuseram: buscar conforto físico e mental, a se relacionar mais, buscar aceitação e tranquilidade, atitudes que oferecem estabilidade para proteger o indivíduo em momentos de transição e estresse.

Entrar em contato com o sintoma, expressão de um desvio, e visualizar a possibilidade de mudança, expressão de crescimento, proporciona um equacionamento pessoal através da elaboração simbólica de como sair de um conflito e poder expressar um novo conteúdo que precisa ser integrado (um de-integrado) na consciência. Entrar em contato com o sintoma favoreceu aos participantes uma maior consciência corporal e um reposicionamento no processo de individuação.

Em todos os participantes há uma prevalência de sensações desprazerosas, mágoas e rejeições associadas aos sintomas. Lírio traz escrito neste encontro que, na imagem simbólica visualizada no encontro anterior, se viu na porta da casa da mãe com a mão no estômago, entrou na casa e viu a mãe sentada vendo televisão, e disse: - "Desta vez o contato foi bom, não assustou...". Posteriormente, ainda na imagem simbólica, saiu para a rua refletindo como era quando jovem: sem tensão, com paciência e como se tornou brava, irritada, sem paciência, vomitando ao perceber os "estrágos" feitos nas relações. Ao se rever jovem, saudável, "com o olhar limpo", a mulher brava que se tornou estende a mão para a jovem e sente amparo, acolhimento. Neste dia, após a intervenção

grupar, chegou a sua residência e teve naquela mesma noite uma crise alérgica, bolhas e vermelhidões espalhadas por toda a região peitoral, em volta dos seios, até as axilas.

No segundo encontro Lírio havia identificado o quanto a dor na “boca” do estômago está relacionada com a retenção de grandes mágoas. Através da imaginação conduzida visualizou um vulcão, expressão simbólica de como se sente ao reprimir suas mágoas. Este encontro, ao se conscientizar do pouco contato afetivo, da falta de acolhimento materno e de como se torna pouco afetiva consigo e com os outros, propiciou a erupção de bolhas em sua pele, representando simbolicamente a imagem do “vulcão” visualizado no segundo encontro. Os sintomas sugerem um tema com o qual ainda não pode lidar.

As imagens constelam qualidades emocionais e imaginativas, “reconstituem uma conexão que o processo abstrativo corta com o organismo inconsciente, que dá origem e mantém o mundo do consciente” (DAHLKE, 2007, p. 15).

A doença numa abordagem simbólica, com C.G.Jung, passa a ser vista como uma representação simbólica no processo de desenvolvimento e de individuação. “A primeira forma elementar de percepção consciente ocorre através da incorporação de percepções sensoriais em imagens abrangentes, o funcionamento psíquico inconsciente primeiro atinge um estado consciente em termos das imagens de formas externas com as quais temos experiência” (WHITMONT, 1995, p. 20).

A “relação com a imagem simbólica da doença favorece a compreensão dos fenômenos psicológicos profundos, possibilitando integrar na consciência o que é expresso através dos sintomas, transcendendo a atitude unilateral da consciência, propiciando à psique abarcar a sua totalidade” (DAHALKE, 2007, p. 15).

A transdução, “conversão ou transformação de energia ou informação de uma forma em outra” (RAMOS, 2006, p. 69), consciente do sintoma físico para a expressão da raiva possibilitou que Lírio entrasse em sintonia com seus sentimentos. A maneira encontrada pelo *Self* de se expressar emocionalmente foi através da alergia, expressão de uma força reprimida durante anos que entrou em erupção libertando emoções, numa tomada de consciência de certos conflitos e mecanismos inconscientes.

Ramos (idem) aponta que “[...] o corpo humano é visto como uma rede de sistemas informativos (genético, imunológico, hormonal, entre outros). Cada um desses sistemas tem seu código, e a transmissão de informações entre os sistemas requer que algum tipo de transdutor possibilite a conversão de códigos de um sistema para o outro.”

Acácia e Girassol sofrem de enxaquecas, se sentem rejeitadas, magoadas e possuem um histórico similar, ambas ficaram viúvas do primeiro casamento ainda jovens e com filhos pequenos, também demonstraram feridas maternas, necessitando se desapegar de mágoas e buscar aceitação. Podemos levantar a hipótese que para Acácia e Girassol a consciência tenha dificuldade de integrar símbolos, sendo induzidas a somatizar as situações existenciais traumáticas que não permitem ao ego fazer integrações no plano abstrato.

A problemática na relação primária, no vínculo materno que Lírio, Acácia e Girassol externaram permitiu levantar a hipótese de que haja uma fixação nas impressões sinestésicas,

promovendo enxaquecas e DF (sintomas que estão correlacionados), simbolizando uma disfunção no eixo ego-Self. A compreensão dos sentidos apontados: “Ser mais ponderada, ficar atenta aos sintomas, se relacionar mais.”; “Criar momentos para viver a aceitação.”; “Desapego do que não mais me pertence.” criam possibilidades de lidar com o sintoma, atribuindo sentidos aos seus significados e apontando uma correção a ser feita.

Para Fordham (1957 *apud* RAMOS, 2006, p. 61) “a mãe ao não fornecer a mediação psique-corpo à criança, faz que a função simbólica, fique fixada no corpo, em vez de se transformar em fantasias e imagens que pudessem ser assimiladas pelo ego”.

No âmbito clínico, médico, se constata que, quando sujeitos estão perturbados ou angustiados, refletem moléstias abdominais ou intestinais (VINACIA *et al.*, 2002).

Doenças funcionais gástricas são consideradas como distúrbio biopsicossocial (MAGALHÃES, 2002), privilegiar a razão e não se relacionar com o afeto ocasiona indigestão, dispepsias, sintomas gástricos.

Neste quarto encontro, após a apresentação da tarefa deixada no encontro anterior e as relações estabelecidas, deu-se início à aplicação da técnica de imaginação com pensamento dirigido para vivenciar a possibilidade apontada para lidar com o sintoma. Teve como objetivo transcender o sintoma símbolo vivido unilateralmente e apontar o que pode ser criado para ser integrado à consciência e transcender os sintomas. Os participantes foram orientados a prestar atenção no ritmo da sua respiração. A seguir, foram orientados a entrar em contato com o seu corpo, a observar qualquer desconforto e a focalizar a atenção na respiração. Posteriormente foram induzidos a imaginar que todo o seu corpo era um balão que se enche lentamente, quando inspira, e que se solta lentamente, quando expira. Ao inspirar, refletiam sobre a possibilidade encontrada para lidar com os sintomas e ao expirar observavam algum desconforto, percebiam alguma tensão, alguma situação que favorecesse o sintoma da má digestão. Continuaram a prestar a atenção nas polaridades: situação mal digerida e possibilidade de transcendê-la.

O quadro a seguir contém expressões na sequência em que foram verbalizadas pelos participantes, revelam padrões mentais associados à má digestão.

Quadro 10 – Imagem simbólica e padrão mental associados à má digestão.

Participante	O que fica mal digerido
Lírio	“O que não se consegue expressar [...] quer falar, mas por medo ou educação não fala. [...] uma pessoa muito educada, ensaia conversar, mas nunca acha que o momento é oportuno [...] não acha reciprocidade no outro.”
Rosa	“Faço tudo para parar de falar e me dá dor de estômago porque falei.” [...] “Eu preciso aprender a falar não.”
Girassol	“Tem coisas que acontecem que eu não me conformo. Preciso ter uma distância para ter um raciocínio mais lógico. [...] no piloto automático é no sintoma.”
Jasmim	“Cria-se uma expectativa muito grande do outro e o que ele tem para oferecer não é o que esperamos... A dificuldade é saber lidar com isso.” [...] “No meu exercício veio a palavra eliminação. Não sei o que, mas tirar, algo que tá ali.” [...] “Tive um sonho* [...] incrível.”
Papoula	“Eu preciso de algo prático na minha vida [...] Sair da teoria.”

Dália	“Quando identifico o que está acontecendo educo o pensamento.” “[...] brigo comigo mesma por estar em desconforto numa situação. Meu coração não bate aqui (apontou para o peito), bate no estômago, quando percebo, falo: - Calma, não toma atitude [...] porque senão eu ligo no piloto automático.”
Orquídea	“O problema é falar o não! [...] Mas a gente ensina o neto, ensinou o filho a falar sim. Ensinamos tudo errado.”
Cravo	Faltou.
Tulipa	Faltou.
Orquídea	Não se expressou.
Acácia	Não se expressou.
Violeta	Não se expressou.

* Sonho de Jasmim: - “No sonho eu não sabia se era eu como pessoa, se era meu pensamento ou sentimento. Eu vi tudo num tubo [...] imaginei que era dentro de mim. Me via dizendo “não quero esse sentimento dentro de mim”, eu via aquilo saindo de mim... eu gritava muito no sonho... era a minha voz [...] Imaginei: sou eu dentro de mim, dentro das minhas veias. Por isso veio agora a palavra eliminação, preciso tirar o desconforto de dentro de mim.”

Da possibilidade de lidar com o sintoma e do que favorece o sintoma da má digestão, imagens simbólicas que evidenciaram o relacionamento das polaridades, surgiram padrões mentais que favorecem a má digestão: não poder se expressar por temer desagradar e autocrítica. Como revelam 58% (sete de 12) das participantes: “ficar com a boca fechada dá má digestão”; “falar e ninguém te escutar não adianta nada, melhor ficar com a boca fechada”; “só falo besteira, melhor ficar quieta”; “ter que falar não”.

A interação das polaridades estava sendo vivenciada pelo grupo, Jasmim trouxe um sonho significativo, descreveu a sensação de ter que eliminar o que faz mal, sente dentro dela alguma coisa percorrendo, algo como um tubo, um roteador fazendo uma limpeza. Vê-se o inconsciente trazendo para a consciência a necessidade de transformação, não polarizar, “não ligar o piloto automático” do sintoma como disseram Dália e Girassol. O grupo aderiu à fala de Jasmim, dialogando sobre a necessidade de criar algo para “eliminar” os sintomas, sugerem criar algo para efetivar uma transformação.

O pensamento fantasia é simbólico, segue a lógica da semelhança, “o símbolo funciona como um elemento intermediador de passagem de uma atitude para outra através da função transcendente, a função que conecta opostos resultantes da união de conteúdos conscientes e inconscientes” (JUNG, 1986, § 131).

O sonho trazido por Jasmim apontou para o grupo outras possibilidades, o diálogo entre os participantes prosseguiu nesta ordem: Jasmim: - “O que vem de fora você aos poucos vai filtrando as coisas, o duro é o de dentro [...] a crítica da gente. Eu, por exemplo, me cobro muito. De fora às vezes eu nem me incomodo tanto... mas acho que de dentro é pior.”; Dália: - “Um recurso que nós podemos usar, que me surgiu [...] mulher gosta muito de novidade, é brincar um pouco com essa situação, agir como num teatro, brincar com a situação.”; Acácia: - “Desde que não contrarie aquilo que a gente acredita...”; Dália: - “Então vou apresentar a nova possibilidade para essa situação... usar um ardil... começar a brincar.”; Lírio: - “Eu coloquei assim: perguntar-me se vale à pena ganhar aquela ruga nova no rosto. Ontem mesmo isso me aconteceu em casa. Os filhos casam e depois se separam e voltam para casa. Eles voltam e você não é mais a dona dentro da sua casa, é coadjuvante. Ontem entrei em um quarto e vi as roupas espalhadas, fechei a porta do quarto, quando

o filho veio me perguntar da camisa, disse: - Está onde deixou, embaixo da cama [...] olhei no espelho e decidi não ganhar mais rugas!"; Rosa: - "Aprender a falar não [...] mas depois você concorda." [...] "Não sei nem mais o que significa brinquedo para mim... Uma agulha?... Uma tesoura?... Uma faca?"

Os diálogos apontaram o quanto se idealiza uma relação, o temor à crítica, e o reconhecimento de que a autocrítica é a mais severa de todas. Todos concordam que a crítica que "vem de dentro" é a que fica mal digerida.

Os dados mencionados acima estão correlacionados com os obtidos nas entrevistas dirigidas onde todos os entrevistados fizeram uma associação do aparecimento dos sintomas a conflitos emocionais, localizando cenas, situações (que geram tensões, ansiedade e cobrança, frustrações) e sintomas da dispepsia funcional.

Com seu dinamismo subjetivo circular, qualidades ou atitudes sensíveis (diferente do caminho linear da razão), precisam participar das relações como dados objetivos de múltiplas faces e não apenas como bons ou maus sentimentos. Entrar em contato com as emoções e as atitudes emanadas propiciou que os participantes transcendessem a somatização e sentissem necessidade de criar algo que agilizasse novas atitudes a fim de buscar novos caminhos para decisões de vida, e para direcionamentos existenciais.

Busca de suporte social, aceitação de responsabilidade e atitudes de enfrentamento estão entre as atitudes habitualmente descritas como saudáveis para se lidar com situações adversas e para diminuir os sintomas da dispepsia funcional.

Desajustes emocionais podem ser decorrentes da atuação de um complexo e/ou de uma perturbação no eixo ego-*Self*, "[...] o sintoma leva o indivíduo a uma maior consciência corporal e pode reposicioná-lo no processo de individuação [...] uma religação da consciência com a sua totalidade (RAMOS, 1995, p. 46).

A primeira forma elementar de percepção consciente ocorre através da incorporação de percepções sensórias em imagens abrangentes, o funcionamento psíquico inconsciente primeiro atinge um estado consciente em termos das imagens de formas externas com as quais temos experiência (WHITMONT, 1995, p. 20).

A conexão interna entre a imagem da situação e o instinto, uma predisposição interior específica para a efetividade da ação traumática, oriunda das imagens arquetípicas, agiliza padrões de comportamentos (JUNG, 2007).

Entrar em contato com o sintoma através da imaginação com pensamento dirigido propiciou uma narrativa que evidenciou padrões cristalizados pelo ego. "A imaginação está vinculada ao pensamento narrativo, é um retrato da ação humana. Conduz a dramas envolventes, a relatos históricos, a ações e intenções humanas e às vicissitudes que marcam seu curso". As imagens surgem como portadoras de mensagens que estão faltando, em consequência de opiniões e convicções unilaterais do consciente. A pressão crescente das imagens é a reação de defesa de um sistema psíquico autorregulador, equilibrador (JUNG, 2007, p. 318).

A imaginação consiste em nos relacionarmos com nossos sentimentos, pensamentos, atitudes e emoções através dos vários símbolos que aparecem em nossas imagens e interagir ativamente

com eles, isto é, discordando, quando for o caso, opinando, questionando e até tomando providências com relação ao que é tratado, isso tudo pela imaginação (PIERI, 2002).

A consciência ampliada apresentada por Damásio (2000, p. 220) possibilita atingir o ápice de suas capacidades mentais, de criar artefatos úteis, entender as mentes de uma coletividade, sofrer com uma dor em vez de apenas sentir a dor e reagir a ela, de perceber, em si mesmo e nos outros, possibilidades, de valorizar a vida, perceber discordâncias de sentimentos. "Estar consciente vai além de estar acordado e atento: requer uma sensação interna de um *self* no ato de conhecer", é um fenômeno mental sustentado por circuitos e sistemas neurofisiológicos que garantem ao indivíduo um sentido do *self* complexo e duradouro.

Muitas vezes é o corpo que nos faz sentir a emoção, sem termos a chance de reconhecê-la. O dinamismo instintivo não é acessível ao homem, um contato se torna possível através de imagens. Como neste relato: "Eu me arrasto, passando mal, vomitando, me nauseando, tendo dores e, a não ser que tenha tido uma vivência traumática que possa associar a um belo momento, padeço corporalmente e te juro: não aconteceu nada, devo ter alguma coisa. Dizem-me: é emocional! Que isso?! Eu passo mal!" (RÍMOLI, 2009, p. 421).

A produção de um relato não verbal cria uma narrativa. Ao ver de Damásio (2000) o relato acima se refere a uma imagem, os sentimentos constituem o pano de fundo de cada instante mental, são imagens somatossensitivas que sinalizam principalmente aspectos do estado do corpo.

Relacione-se a imagem mental, apresentada por Damásio, com a somatização da dispepsia funcional, o organismo com o objeto: "começa pela boca, abertura eu / mundo, quando o meu eu se manifesta para ir ao encontro do outro, as sensações serão vividas na relação cérebro-estômago. Um sentimento de algo a ser conhecido, um fenômeno mental" sustentado por circuitos e sistemas neurofisiológicos que garantem ao indivíduo um sentido do *self* complexo e duradouro (RÍMOLI, 2009, p. 422).

Sentir uma emoção, segundo Damásio (2000) consiste em ter imagens mentais originadas em padrões neurais representativos das mudanças no corpo e no cérebro. A consciência surgiria como um sentimento do sentimento, na sequência: um objeto é percebido pelo organismo, essa percepção ativa circuitos cerebrais e estes estimulam mudanças no funcionamento do corpo (emoção); esta ativação e estas mudanças são percebidas por outros circuitos cerebrais (sentimento).

A emoção pode ser definida como a tendência de um organismo a se aproximar ou a se afastar de um objeto, acompanhada de marcadas alterações somáticas – um impulso para agir e um elemento de prontidão ou alerta, uma superconsciência ou vividez dos processos mentais, "é a caracterização que se dá ao sentir emocional e sua expressão física" (CARDOSO, 2006).

De acordo com Dahlke

A linguagem verbal, juntamente com a linguagem do corpo, também pode ser útil. Pois não é somente o corpo que fala, a linguagem também é corporal. [...] alguém tenaz não finca seus dentes concretos em nada [...]. Somente quando tais posturas internas não são mais conscientes para seus possuidores é que elas tendem a se corporalizar. Portanto, não é tão surpreendente que o nosso corpo responda não apenas ao tratamento, mas também ao significado (2007, p. 49).

A colocação da possibilidade "brincar" apresentada pela participante Dália e os diálogos posteriores favoreceram a antecipação do que estava previsto para o sexto encontro, entrar com a

segunda etapa do procedimento, intervenções lúdicas. A passagem das técnicas de cunho mais dirigido até agora para técnicas lúdicas conduz um sentido de liberar a espontaneidade e a criatividade, uma vez que o brincar se caracteriza pelo predomínio do prazer sobre o desprazer, do relaxamento sobre a tensão (OLIVEIRA, 1998).

- **Fechamento dos quatro encontros.**

A percepção de fatos pensados e vivenciados não apenas sintomática, mas também simbolicamente, mobilizaram uma transformação psíquica, sair da atitude unilateral da consciência que propicia uma fixação no sintoma e levar a uma ampliação da consciência para que os padrões de pensamentos que mobilizam sintomas se tornassem conhecidos. As técnicas de imaginação com pensamento dirigido mobilizaram símbolos que anunciam um desenvolvimento ainda vindouro e um significado para o que propicia os sintomas da DF, um significado que não era percebido no início das intervenções grupais.

O Símbolo é portador de significados no fluxo entre consciência e inconsciente, “traz na concretude da imagem algo apreensível pela consciência e encobre algum conteúdo inconsciente” (WHITMONT, 1995, p. 20).

O símbolo para Jung (1971, § 814) “[...] sempre pressupõe que a expressão escolhida seja a melhor descrição ou formulação possível de um fato relativamente desconhecido, que, não obstante, se sabe existir ou se postula como existente”.

No procedimento foi previsto mais um encontro que utilizaria a imaginação com o pensamento dirigido para os sintomas. Entretanto observações feitas no início do quarto encontro, uma recorrente fala sobre os sintomas e a cristalização de padrões mentais favoreceram perceber a necessidade de antecipar a intervenção lúdica para propiciar novas elaborações mentais.

Aproveitando o movimento da polaridade criativa, a que transcende o sintoma, assinalada pela participante Dália, ficou acordado como tarefa para o próximo encontro que cada uma trouxesse um brinquedo, antecipando as intervenções lúdicas que estavam previstas para o sexto encontro.

- **5.º encontro**

Este encontro deu início à aplicação de estratégias lúdicas, desde o início com a colaboração espontânea dos participantes e sendo que a seleção dos brinquedos / jogos foi feita por eles. Os participantes trouxeram objetos que simbolicamente representaram o brincar.

Foi mantida uma intervenção lúdica semidirigida, combinando situações corporais com simbólicas a fim de favorecer a organização das sensações relativas ao seu próprio corpo em relação aos dados do mundo exterior.

O objetivo desta intervenção lúdica foi propiciar o brincar para que os participantes vivenciassem situações de prazer e relaxamento para, num esforço de adaptação, articular atitudes a fim de diminuir tensões e ansiedades que promovem estresse e ativam os sintomas da dispepsia funcional.

No início, com o objetivo de introduzir o brincar foi feita uma rodada com cada um apresentando o seu brinquedo e atribuindo um significado.

O quadro a seguir mostra o brinquedo que cada participante escolheu trazer e a tomada de consciência do significado de suas escolhas.

Quadro 11 – Conscientizações através do significado do brinquedo.

Participante	Brinquedo	Significado para o brinquedo
Orquídea	Bolinha.	Movimento.
Azaléia	<i>Palm</i> .	Distração.
Acácia	CD.	Distração.
Tulipa	Gatinho.	Ternura.
Lírio	Palavras cruzadas.	Compenetração.
Rosa	Tartaruga.	Desaceleração.
Girassol	Microfone.	Realização.
Cravo	Avião.	Liberdade.
Papoula	Baralho.	Distração.
Dália	Barco.	Aventura.
Jasmim	Dominó.	Brincadeira.
Violeta	Bola de vôlei.	Alegria.

Todos os 12 participantes puderam expressar emoções e sentimentos. Após a rodada inicial, interagiram com o brinquedo, ao apresentá-lo para o grupo.

Orquídea, Tulipa, Girassol, Cravo, Dália e Violeta chegaram para o encontro sem os objetos. Foram orientadas a procurar pela sala ou em suas bolsas algum objeto que pudessem apresentar como brinquedo. Orquídea pensou numa bolinha e a recebeu da bolsa de Jasmim; Tulipa encontrou em sua bolsa um chaveiro de gatinho; Girassol chegou atrasada, a cena já estava montada, e criou um microfone imaginário para participar; Cravo esqueceu o objeto, ao falar que era um avião, foi convidada a fabricar um de papel, e o fez; Dália também se esqueceu, ao ver o avião sendo feito pensou em fazer um barco, não lembrava como fazer a dobradura, então Acácia fez para ela; Violeta simbolizou uma bola de vôlei através de gestos.

A interação grupal aqueceu a intervenção, propiciando momentos de prazer e descontração, sorriram, interagiram querendo ver os brinquedos umas das outras e lembrando-se de momentos alegres.

Cinco (de 12), 46% dos participantes, trouxeram jogos de regras, tais como: dominó, baralho, palavras cruzadas, *Palm* e bola de vôlei significando distração, alegria, brincadeira e compenetração. Mostraram a reciprocidade de esquemas mentais e a possibilidade de reciprocidade interpessoal com seus parceiros de atividade. Sete (de 12), 58% trouxeram brinquedos que solicitam o desenvolvimento da imaginação, da criatividade e do movimento: bolinha, CD, ursinho, tartaruga,

microfone, avião e barco; com predomínio de significados positivos: ternura, alegria, distração, realização e liberdade.

Solicitou-se que todas ficassem em pé e caminhassem de olhos fechados pela sala, com o brinquedo na mão. Depois manusearam, experimentaram sensações, fizeram várias trocas, esbarraram numa outra pessoa, trocaram de brinquedo, reconheceram o próprio brinquedo e ficaram de posse dele.

Como o momento era de descontração, foi solicitada uma reflexão mais profunda no sentido de imaginar-se transformando no próprio brinquedo, já que o mesmo promovia uma sensação positiva. Foi solicitado que se observassem: - Sente-se à vontade? Sente-se criticado, envergonhado? Congele o movimento corpóreo que representa o brinquedo e abra os olhos.

Após se auto-observarem, fizeram poucas expressões corpóreas e questionarem se não estavam sendo ridículas, com algumas dizendo que ali poderiam se mostrar e outras dizendo: - Será que aqui também não vamos ser criticadas?

Surgiram dificuldades, uma minoria conseguiu transpor para o corpo o movimento de expansão que o próprio brinquedo sugeria, como no caso do avião, da bolinha, da música que o CD cantava e do navio. Por outro lado, Violeta se sentiu forçada a encenar que estava jogando e Tulipa sentiu-se ridícula ao ficar de quatro encenando um gatinho, sentindo vergonha, reprimiu-se.

Esse momento mostrou o quanto entrar no espírito da brincadeira e se soltar levanta atitudes defensivas, possivelmente correlacionadas com o que já haviam revelado nas entrevistas dirigidas e nos outros encontros através da imaginação conduzida: medo de ser criticado, ter que agradar e exigências. Também demonstram dificuldades de entrar numa atividade simbólica, confundindo a situação de fato com a representada. Reviveram situações de tensão, medo da exposição e da crítica se voltando para a realidade conflitiva e para o desvio do ego de sua totalidade.

Entrar na brincadeira simbólica desestabilizou de certa forma alguns dos participantes, ocorrendo uma paralização do movimento anterior, para resgatá-la foi necessário o apoio do grupo, construiu-se uma brincadeira grupal.

Com o intuito de restabelecer a agregação grupal foi solicitado que escolhessem um brinquedo para representar todo o grupo. O grupo decidiu que seria um navio, o *Titanic*, com porta-aviões, cassino e teatro (músicas). As falas completas do encontro estão no anexo E. O navio se destacou concretamente por Dália andar pela sala com os braços abertos buscando a liberdade e, simbolicamente, por estar significando aventura. A formatação do grupo, as expressões individuais que demonstram as interações estão delineadas na figura quatro.

Houve uma interação grupal bastante rica, as que participaram de expressões criativas exercitaram atitudes espontâneas que foram sendo conscientizadas enquanto brincavam, como disse Acácia: - "Foi legal brincar. Ninguém ficou sozinha no barco. Teve o pessoal dos jogos..." Estas se deram conta da necessidade de expansões; como disse Lírio: - "Eu acho que fui egoísta porque tava tão bom brincando com o baralho dela que eu fiquei com ele... Eu podia ter dividido com outra."; Azaléia: - "Eu troquei um brinquedo de brincar sozinha por um de brincar com o outro."; Papoula: - "Eu acho que hoje fiquei totalmente despreocupada... Simplesmente estava ali brincando. Acho que é

isso de que eu preciso: algum momento para tirar essa preocupação e ficar comigo sem preocupação, me sentir feliz.”

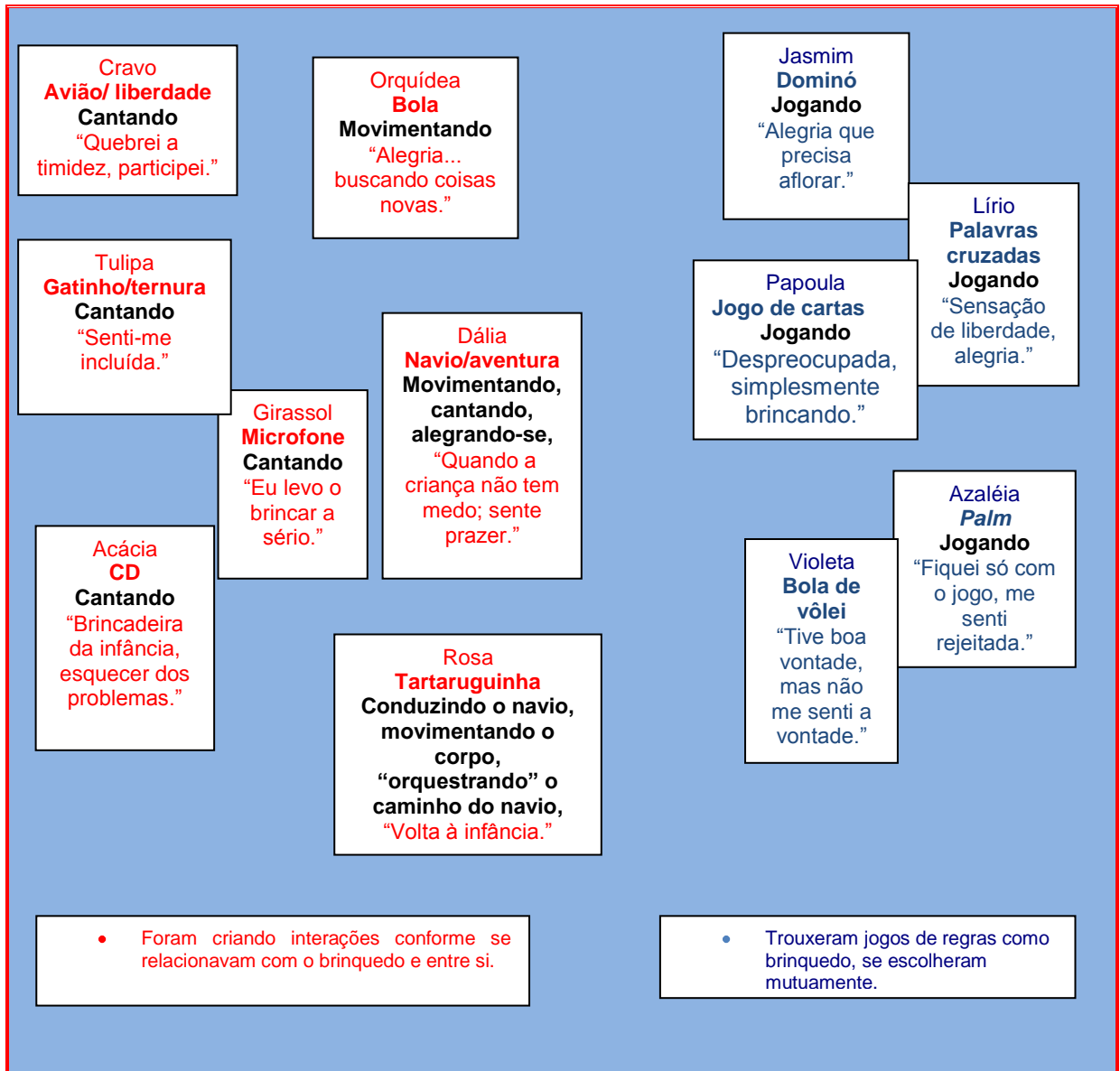


Figura 4. Dinâmica relacional, tendo como tema o brincar.

Fazendo uma análise do movimento dos participantes, pode-se observar que 75% (nove de 12) puderam sair da cristalização do complexo que mantém a unilateralidade do ego, ativaram a função transcendente, a função que conecta opostos. Expressando-se por meio do símbolo do brinquedo facilitaram a transição de uma atitude psicológica para outra: participar, incluir-se, buscar coisas novas, prazer, libertar-se, alegrar-se, despreocupar-se e brincar. Entretanto 25% (três de 12) não conseguiram entrar na brincadeira, uma delas ficou só e sentiu-se rejeitada.

A seguir várias falas resultantes desta dinâmica expressam a conscientização da necessidade de buscar transformações: Lírio: - "Eu percebi que poderia ter feito trocas."; Dália: - "Eu

era o navio para me aventurar, mas quis comandar.”; Rosa: - “Com o desejo de ser igual a tartaruga, “ir devagar”, acelerei e mantive o leme do navio, conduzindo o tempo todo.”

Entretanto as falas a seguir demonstram atitudes aprisionantes verbalizadas em vários encontros anteriores onde até então não apontavam possibilidades de transformação: “[...] o quanto é difícil ter liberdade de se expressar”; “[...] o quanto ficamos presas nas opiniões dos outros”; “[...] a dificuldade de dizer não”; “[...] dificuldade de se expressar sem se sentir ridícula”; “[...] sensação de incompetência”; “[...] ter que agradar”; “[...] não poder tomar atitudes.”

Dados acima já foram relacionados na entrevista dirigida, quando sete (50%) dos entrevistados relatam que sentem prazer quando se recolhem no próprio lar, depois de um dia de trabalho ou ao final do dia, quando terminam os afazeres. Relatam dificuldade de relaxar por fazerem autocobranças, ficam com uma sensação de algo por fazer, ou de não conseguir fazer, além do que foi realizado.

Constatou-se, também que a mudança de atitude que 75% dos participantes agilizaram independeu de fazerem uso de brincadeiras simbólicas criativas ou de utilizarem jogos de regras. O lúdico como função estruturante da consciência cria e motiva, despertando a autonomia. Criar novas possibilidades de relações com o mundo interno e externo possibilita novas estruturas para a consciência.

Os jogos, como atividades lúdicas, possibilitam a atitude simbólica, a possibilidade de conectar o indivíduo com suas forças mais criativas e esclarecer os significados mais profundos de suas vidas. “Existem algumas possibilidades de relação do ego com o símbolo, e estas formas de relação, conseqüentemente gerarão atitudes específicas no comportamento do indivíduo, o ego pode identificar-se com o símbolo, neste caso a imagem simbólica será vivida concretamente” (EDINGER, 1972, p.159).

Fazendo uma análise simbólica, o grupo, neste encontro, aponta o caminho da individuação, escolhem a formatação de um navio, que tem o seguinte significado: “Navio, nave [...] astro que gira em torno de um centro, a terra e dirigido por um homem. Imagem da vida, cujo centro de direção cabe ao homem escolher [...] circulação da vida espiritual, convite para a grande viagem.” (CHEVALIER; GHEERBRANT, 1982, p. 632).

O sentido mais profundo da navegação (CIRLOT, 1984, p. 403-404) é dado por Pompeu quando diz: “Viver não é necessário, navegar, sim.” (Assim posteriormente formulado por Fernando Pessoa: “Navegar é preciso, viver não é preciso.”); viver para si e para transcender a própria existência. É necessário transcender “o mar das paixões para alcançar o Monte da Saúde”, numa alusão aos perigos do navegar, atravessar as águas oceânicas que simbolizam o inconsciente.

Os membros do grupo transcendem as águas do inconsciente, num processo de interiorização propiciado pela imaginação conduzida. Com o ampliar da consciência a bússola do ego direciona a totalidade, não mais se atendo aos desvios dos sintomas da DF que revelavam o desvio da rota saudável encalhando no estresse, na ansiedade e nas dificuldades de enfrentamento. Navegam pelo brincar, apontando o mastro para a saúde, com o prazer alçando novas fronteiras e atitudes de enfrentamentos a serem conquistadas pelo caminho da individuação.

- **6.º Encontro**

Este encontro teve como objetivo vivenciar um novo padrão mental através da intervenção lúdica para agilizar novas atitudes, no encontro anterior várias falas expressavam a necessidade de vivenciar polos opostos.

Para dar início ao exercício que propiciasse a vivência das polaridades dos padrões, retomou-se o encontro anterior com cada participante se apresentando através da verbalização do próprio nome e o significado do brincar no encontro anterior, registrados no quadro a seguir.

Quadro 12 – Lúdico como função estruturante da consciência.

Participante	Significado do brincar
Orquídea	----- (chegou atrasada).
Azaléia	Interrelacionar.
Acácia	Reunir.
Rosa*	Distrair.
Cravo	Distrair.
Tulipa	Desprender.
Papoula	Compartilhar.
Dália	Aventurar.
Jasmim	Mudar e interagir.
Girassol	Libertar talentos.
Violeta	Igualar.
Lírio	(Faltou.)

* Ao retomar a cena retratada no último encontro espontaneamente diz: - “Este navio precisa mudar de nome, vai se chamar ‘Lady Laura’ porque se continuar ‘Titanic’ vai afundar.”

É possível que no encontro anterior o navio tivesse sido projetado como *Titanic* para manter os desejos de otimização, perfeição e segurança através de idealizações projetadas na grandiosidade da nave da vida. Entretanto Rosa traz ao grupo a necessidade de ampliar para a consciência a necessidade de humanização, sair da perfeição para não afundar na frustração, nas decepções das exigências.

Bernstein (2007, p. 3) diz que “[...] o paciente dispéptico em geral é perfeccionista, obsessivo, portanto faz-se necessário ajudá-lo a flexibilizar seus parâmetros para melhor qualidade de vida e saúde mental”, “[...] explicações racionais, operações que causem conflitos aumentam ansiedades e sintomas.”

Rosa, ao mudar o nome do navio para que ele não afunde como o *Titanic*, demonstra estar entrando em contato com a amorosidade, na voz do cantor Roberto Carlos e de seu iate *Lady Laura*. (Interessante notar que este é o modo carinhoso como o cantor chama a sua mãe.) Rosa aponta para a integração na consciência de padrões afetivos vivenciados no encontro anterior através da

harmonia e trocas interpessoais proporcionadas pelo significado do brincar como: interrelacionar, reunir, distrair, desprender, compartilhar, aventurar, mudar, libertar, igualar.

O brincar propiciou momentos de leveza, alegria e interação, o que havia sendo evocado nos encontros anteriores ao perceberem a necessidade de viver menos tensão e mais relacionamento. Dados a respeito já foram apresentados nas entrevistas dirigidas, onde os participantes reconheceram não assimilar emoção ou conflitos e associaram aparecimento dos sintomas aos conflitos emocionais geradores de tensões e frustrações.

Para Jung (1971, § 768) “Ter atitude significa estar pronto para algo determinado, ainda que este algo seja inconsciente, pois ter atitude é o mesmo que direção apriorística para o determinado quer ele seja representado ou não”.

É preciso encontrar o oposto da atitude consciente, a tensão entre contrários que gera energia psíquica.

A intervenção lúdica confirmou a necessidade de vivenciar novas estratégias de ações e de se diferenciar do que aponta Cano (2006, p. 2): “o emprego de estratégias inadequadas de enfrentamento do estresse leva a que este se mantenha um tempo sem se resolver, incidindo na origem e na exacerbação da DF gerando menos alternativas de solução, de bem-estar emocional e de apoio social.”

A seguir, com o objetivo de exercitarem enfrentamentos, deu-se início a um jogo de expressão que através de diálogos vivenciaram confrontos. Foram solicitados a ficarem em pé, a se agrupem em pares e a escolher um parceiro com o olhar. Uma pessoa da dupla (A) possuía algo que desejava muito guardar. A outra pessoa (B) gostaria muito de ter o que esta (A) possuía e iria lutar para conseguir. Essa lutaria para defender o que possui, não entregando à outra (B).

Esta intervenção teve como objetivo promover conscientização de padrões cristalizados, através de um diálogo de polaridades, reconhecer qual atitude é mobilizada ou imobilizada diante do outro para apresentar o que deseja e o que pode fazer para conseguir se apresentar.

Abriu-se a seguir uma breve roda de diálogos motivando o grupo a apresentar suas elaborações mentais, no intuito de conhecer as atitudes que dificultam o enfrentamento e, ao reconhecê-las refletir sobre as possibilidades que favoreçam a construção de estratégias de ação. Os dados estão apresentados no quadro a seguir.

Quadro 13 – Conscientização de atitudes.

Participante	Atitude	Possibilidade
Orquídea	Ansiedade.	Negociação; libertação para satisfazer curiosidades.
Azaléia	Desistência fácil.	Concentração no eu.
Acácia	Validação.	Luta para ter o que se quer.
Rosa	Concordância.	Busca do bem-estar.
Cravo	Inflexibilidade.	Firmeza.
Tulipa	Aceitação.	Convicção.
Papoula	Resistência.	Convencimento.

Quadro 13 – Conscientização de atitudes.

Participante	Atitude	Possibilidade
Dália	Convivência.	“Seguir a minha intuição, o meu jeito.”
Jasmim	Silêncio.	Melhor expressividade.
Girassol	Aceitação.	Racionalidade, para não ter que agradar o outro.
Violeta	Imposição.	Manutenção do que é meu.
Lírio	-----	----- (Faltou.)

Pôde-se observar que, ao final da intervenção, a maioria dos participantes encontravam-se pesarosos, possivelmente decepcionadas com suas atuações. Somente um participante reconheceu atitude positiva de enfrentamento: poder validar a sua opinião diante do outro mesmo, que fosse necessário se diferenciar do outro. Houve um predomínio de atitudes que dificultam enfrentamentos, 90% (dez de 11) acabam cedendo às exigências ou necessidades dos outros, revelaram: ansiedade, desistência, concordância, convivência, inflexibilidade, aceitação, imposição e silêncio.

Estes dados vão de encontro ao que já foi constatado nas entrevistas dirigidas pelos participantes, quando fizeram alguma associação do aparecimento dos sintomas aos conflitos emocionais, localizando tensões, ansiedades, cobranças e frustrações ao aparecimento dos sintomas da dispepsia funcional.

A intervenção lúdica através do jogo de expressões, numa alternância de argumentos e afetos, propiciou um confronto: posicionar-se diante do outro, defender o que lhes pertencia e “deixar falar” o inconsciente enquanto era solicitado a atender um pedido do outro. Refletir sobre as possibilidades, que favorece a construção de estratégias de ação, emergiu para a consciência a necessidade pela maioria dos participantes de se concentrar mais em si, negociar, ter firmeza, se expressar melhor, lutar, ter convicção e convencer.

Responsável pela função transcendente ou pela tensão dos signos de opostos entre si, o diálogo psíquico tem efeito de confronto: considerar duas posições juntas, avaliando semelhanças e diferenças, “liberando de um lado o inconsciente no seu estatuto de não saber e do outro lado a consciência na presunção de saber absoluto” (PIERI, 2006, p. 155-156).

Não assimilar conflitos leva a transportar a dificuldade de um lado para o outro, paralisando energia psíquica que transborda em muitas direções, podendo ocorrer inervações excessivas do sistema simpático que ocasionam desordens nervosas do estômago e dos intestinos. É necessário que um novo motivo elimine o estancamento mórbido (JUNG, 1982 b).

O jogo para a Psicologia Analítica possui duas funções específicas: a função biológica e a função transcendente. Na primeira função “o jogo é posto em relação com a vida psíquica da qual exprime o dinamismo [...] representações conscientes e inconscientes [...] complexos [...] e imagens arquetípicas.” Na segunda Jung, (*apud* PIERI, 2006, p. 291) fala de “jogo ritual [...] relacionado com a vida cognitiva e afetiva [...] uma atividade que desenvolve a função transcendente.”

Vivenciar as funções específicas do jogo para o portador de dispepsia funcional significa que: na função biológica não precisa viver a acidez derramada pelos pensamentos e sim pelas emoções; na função transcendente, a parte cognitiva e afetiva não mais vive o aprisionamento da eterna criança

com desejo de regressão, que se expressa via ideias para não sentir o vazio, agora pode expressar suas emoções. A construção de novos modelos mentais permite o reencontro com as fortes impressões da natureza, podendo dar brilho aos sentimentos e não se aprisionar mais no estômago dos ressentimentos ou das fantasias inconscientes do estômago.

Dá-se a ingestão e a assimilação consciente da emoção, para o estômago não funcionar como o segundo cérebro – logos e sim como um receptáculo de emoções assimiladas - afeto. A representação consciente da imagem mental do sintoma da dispepsia funcional cria novas possibilidades de relações com o mundo interno e externo, os sentimentos que constituem o pano de fundo de cada instante mental. A relação via Eros, pulsa uma nova possibilidade de relacionamento, a expansão da consciência.

A abordagem simbólica aponta para o interior, a fim de sentir novos caminhos para decisões de vida, e para direcionamentos existenciais. Com seu dinamismo subjetivo circular, qualidades ou atitudes sensíveis (diferente do caminho linear da razão), precisam participar das relações como dados objetivos de múltiplas faces e não apenas como bons ou maus sentimentos. (DETHEFSEN; RUDIGER, 1983, p. 21).

Jogos de expressão semidirigidos é uma atividade onde o brincar e a tensão geram esforço de adaptação (OLIVEIRA, 1998). O lúdico tem por objetivo agilizar relações biopsicossociais que favoreçam articulações de novos padrões mentais e a diminuição do estresse dos que vivenciam sintomas da dispepsia funcional.

Ao final deste encontro os participantes receberam uma tarefa: trazer um objeto que caracterizasse um valor pessoal, um “objeto precioso” para o próximo encontro com o objetivo de internalizar valores que possam agilizar atitudes criativas.

- **7.º encontro**

No encontro anterior a tarefa estabelecida foi trazer um “objeto precioso”, com o objetivo das participantes buscarem um objeto ao qual pudessem atribuir um valor pessoal. O objeto, uma forma lúdica de ao manuseá-lo atribuir significado, viver a expressão do sentimento externamente e ao poder incorporar internamente o valor, ampliar para a consciência, sair do padrão da autocrítica, uma necessidade que vinha sendo apontada nos outros encontros.

Algumas participantes não trouxeram o objeto precioso de casa, então foi solicitado que caminhassem pela sala e / ou buscassem nas suas bolsas pessoais algum objeto que pudesse significar algo “precioso” para si.

Cada uma se apresentou com o “objeto precioso” e o significado atribuído a ele, como demonstra o quadro a seguir.

Quadro 14 – Símbolo organizador de processo afetivoemocional.

Participante	Objeto precioso	Significado do objeto precioso
Orquídea	(Faltou)	(Faltou.)
Azaléia	Retrato do filho.	Amor.
Acácia	Mar (quadro).	Coragem.
Rosa	Cristal.	Beleza. “Aprender a não se melindrar”.
Cravo	Anel ganho da avó aos 15 anos.	Carinho.
Tulipa	Pincel para blush.	Autoestima.
Papoula	Registro acadêmico da faculdade.	Sonho.
Dália	Dom Quixote.	Garra.
Jasmim	Retrato da família.	Afeto.
Girassol	Retrato de familiares.	Realização pessoal.
Violeta	Livro.	Liberdade.
Lírio	Livro de português.	Conhecimento, aprendizagem.

A maioria dos participantes (sete de 11) trouxe objetos pessoais, duas procuraram pela sala e encontraram dom Quixote e um livro de português, outras três procuraram nas suas bolsas e encontram o pincel, o anel e o registro acadêmico da faculdade. Foram apresentados por 64% (sete de 11) objetos que retratavam algo da própria pessoa e por 36% (quatro de 11) objetos que lembravam a família. Todos os participantes atribuíram aos objetos valores a serem conquistados para si: amor, coragem, autoestima, realizar, ter garra e liberdade, suporte para não se melindrar e enfrentar situações.

Com o intuito de fazer a relação com o objeto externo que cada uma identificou e internalizar significados de valores pessoais, as participantes caminharam pela sala primeiramente de olhos abertos (por 5 minutos) explorando os objetos, depois continuaram caminhando de olhos fechados (por mais 5 minutos). Pode-se observar que diminuíram o passo, andaram mais devagar e riam quando esbarravam umas nas outras. Ao caminhar exploram o objeto “precioso”, sendo conduzidas a perceber como ele é, qual a sua função, qual o seu valor.

Após terem explorado o objeto individualmente, abriram os olhos e foram dirigidas a elaborar uma frase, completando o espaço vazio com um valor, o que haviam encontrado ao explorar o “objeto precioso”: - Eu tenho _____ e quero que você saiba, isto é muito importante para mim. Após elaborar mentalmente a frase buscaram com o olhar alguém para trocar a frase, uma apresentando para a outra pessoa e vice-versa. Este passo teve o objetivo de se apresentar com valor, se expor, situação de enfrentamento a ser vivida, treinando um padrão mental que costumam evitar: a exposição, por receio das críticas.

Depois de cada uma revelar o seu valor, solicitou-se que novamente caminhassem pela sala e buscassem se aproximar de alguém com um valor com o qual se identificasse, formar dupla e começar a olhar à sua volta, buscando mais algum valor para ser agregado. Após se agruparem, dramatizaram a cena delineada na figura 5.

<p>VIOLETA - LIBERDADE (postura da estátua da liberdade);</p> <p>ACÁCIA – CORAGEM (postura de <i>liancum</i>);</p> <p>DÁLIA – GUERREIRA (postura de leão em ataque).</p> <p>Frase do grupo: “Banho de carinho, autoestima, realização, sonho, amor e desbravamento da liberdade.”</p> <p>*GRUPO CORAGEM</p>	<p>LÍRIO – REALIZAÇÃO;</p> <p>GIRASSOL – REALIZAÇÃO;</p> <p>PAPOULA – SONHO;</p> <p>TULIPA – AUTOESTIMA;</p> <p>CRAVO – CARINHO. (em pé, uma ao lado da outra)</p> <p>Frase do grupo: “Sonho de entrar na faculdade é uma realização. Feita com muito carinho eleva a autoestima.”</p> <p>*GRUPO REALIZAÇÃO</p>	<p>AZALÉIA – AMOR;</p> <p>ROSA – CRITAL, BELEZA;</p> <p>JASMIM– NECESSIDADE (entrelaçadas, com os braços enganchados uma na outra).</p> <p>Frase do grupo: “Somos um porta-retrato ambulante, retrato da família reunida, constituído de necessidade, beleza e amor.”</p> <p>*GRUPO FAMÍLIA</p>
---	---	---

* Ao serem indagadas sobre o que encontraram nesta nova formatação, foram se elegendo com o nome do grupo.

Figura 5. Conquistando valores.

Foram solicitadas a observar como estavam posicionadas, e ao perceberem o que estão vivenciando é que denominam os grupos. O grupo coragem diz que estava precisando do grupo realização e do grupo família, pois se conscientizaram de que só com a coragem não vão buscar realização e podem ficar independentes, mas ficarão sem amor.

A imaginação vinculada ao pensamento narrativo conduziu a ações e intenções. As imagens surgiram como portadoras de mensagens do que está faltando, em consequência de opiniões e convicções unilaterais do consciente. Como num sistema psíquico autorregulador indicam a necessidade de para o grupo família viver o amor, mas entrelaçadas como estavam pouco podiam se movimentar, eram as que estavam mais polarizadas, apegadas ao amor familiar; para o grupo coragem viver a liberdade, mas com carinho; para o grupo realização essa acontece se vivida com autoestima e carinho.

Novamente vão caminhar agrupadas como estão e buscar se relacionar com outro grupo. Este caminhar tem o objetivo de transcender as polaridades cristalizadas e criar novas possibilidades de relações. Andam pela sala, riem, trombam, se embolam e formam um círculo espontaneamente, em pé todas voltadas para dentro e se olhando em silêncio.

Aproveitando o momento de reflexão, são solicitadas a expressarem o que estão sentindo e observando. Acácia neste momento diz: - “Um valor sozinho não faz verão.” Como concordam dizendo que os valores precisam estar agregados e não isolados, são solicitadas a fazer uma síntese: dizer qual era o “objeto precioso”, qual o valor encontrado individualmente ao se relacionar com os demais e o que foi encontrado como aspecto a ser vivenciado.

A figura seis descreve as relações estabelecidas nas interações da roda, com manifestações que sintetizam o encontro ao centro.

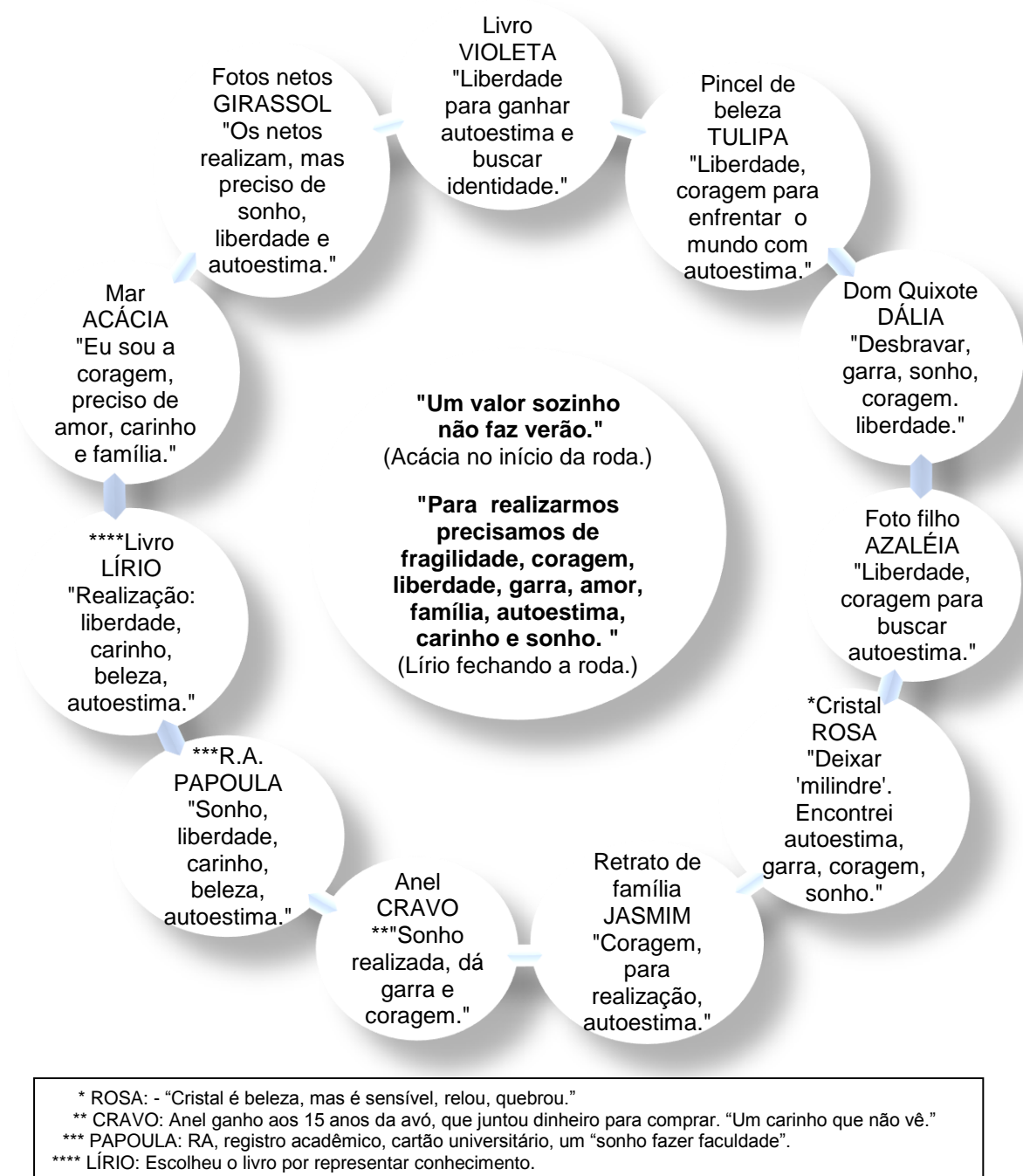


Figura 6. Relação grupal.

O formato da figura acima simboliza para a Psicologia Analítica uma mandala, (em sânscrito: círculo): "figura circular formada por uma roda com todos os pontos dirigidos para o centro que a todos sustém, como a figura demonstra", Jung (*apud* PIERI, 2006, p.305) entende essa formação como imagem do *Self*, expressão da totalidade da psique, conciliação dos elementos contrários à consciência.

O grupo na voz de Acácia diz da necessidade de integração das polaridades para abranger a totalidade da psique. O trabalho em grupo permite uma troca muito rica de experiências, rompendo com cristalizações que o indivíduo vai construindo ao longo de sua existência, Lírio faz a síntese criativa: "Para realizarmos precisamos do cristal e de coragem, liberdade, garra, amor, família, autoestima, carinho e sonho."

O grupo favorece a socialização e o surgimento de novos modelos de identificação (REZENDE; ZANELATTO, 2010).

As polaridades consideradas negativas e positivas ganham novos significados, representadas nas falas de Lírio para Rosa: - "Admiro a sua coragem quando apresenta a sua fragilidade, aprendi que não preciso ficar dura, eu pude pedir ajuda, não tenho que fazer tudo sozinha." Observa-se que inconscientemente (já que não foi verbalizado assim) Lírio ao falar da sua dureza está se identificando com a dureza do cristal de Rosa e, transcendendo os polos, se conscientiza da necessidade de flexibilidade.

Rosa traz o cristal como algo frágil e delicado que, ao se melindrar facilmente, quebra e encontra no grupo a autoestima, garra, coragem, podendo brilhar outras facetas do seu cristal; polo oposto da primeira imagem surgida no segundo encontro: feia, na lama, podemos concluir que realmente ergue a bandeira branca, a da autoconfiança, e lida com o polo inconsciente que detinha a dureza do cristal, a falta de flexibilidade que a fazia se sentir feia.

Podemos levantar a hipótese que a polaridade afetiva surgiu na consciência grupal. O afeto como evento é compreendido por Jung (*apud* PIERI, 2006, p. 20) como "um evento psíquico carregado de significados cognitivo-afetivos diferentes aos ordinariamente destinados a si e ao mundo por parte da consciência."

O lúdico como intervenção no grupo propicia a organização saudável dos processos afetivo-emocionais quanto à construção e agilização dos processos cognitivos, a partir de uma visão interativa e social (OLIVEIRA, 2007).

A função transcendente que conecta opostos exprime-se por meio do símbolo, facilita a transição de uma atitude ou condição psicológica para outra. "Mantendo-se em um relacionamento compensatório com ambos, a função transcendente possibilita que a tese e a antítese se confrontem, em termos iguais." (JUNG, 1989, §121). Quando uma força consciente é oposta a outra inconsciente, essa oposição tem que ser vencida de alguma forma para que a energia não fique presa nesse conflito (que muitas vezes é gerador de neuroses).

Neste encontro observa-se o formato circular e não mais a divisão entre criatividade e regras, polaridades razão e afeto, apresentada na formação do grupo com o brincar no quinto encontro.

Simbolicamente a roda formada pelo grupo possui um significado:

A roda participa da perfeição sugerida pelo círculo, mas com certa valência de imperfeição, porque ela se refere ao mundo do vir a ser, da criação contínua [...]. Simboliza os ciclos, os reinícios, as renovações. [...] símbolo privilegiado do deslocamento, da libertação das condições de lugar e do estado espiritual que lhes é correlativo (CHEVALIER; GHEERBRANT, 1982, p. 783).

- **8.º Encontro**

No procedimento foi previsto para este encontro uma intervenção lúdica, entretanto houve uma volta à imaginação com o pensamento dirigido para efetivar uma ação que conduza a enfrentamentos e não a sintomas da DF. A volta à técnica de imaginação conduzida foi se fazendo necessária durante as intervenções lúdicas: agilizar um padrão mental para manter possibilidades de transformações que possam praticar no dia a dia. Também teve como objetivo estruturar o grupo e não deixá-lo muito solto no brincar, além de poder elaborar o que haviam encontrado através das estratégias lúdicas.

A apresentação dos participantes para aquecimento do encontro foi realizada com cada um dizendo seu nome e o sonho a ser realizado. Esta dinâmica ocorreu em função de Lírio ter trazido a necessidade de realizar sonhos ao perceber que Papoula não estava presente naquele momento (esta havia trazido a possibilidade de realizar um sonho, apresentado em outros encontros).

Quadro 15 – Atitudes simbólicas.

Participante	Sonho
Orquídea	“Ser mais competente para agir, para falar, para tudo.”
Azaléia	“Reencontrar-me.”
Acácia	“Não sei, eu estou vivendo 24h por dia. Talvez, volta ao mundo.”
Rosa	“Liberdade em todos os pontos de vista. Deixar de viver prensada.”
Cravo	“Terminar a faculdade e conseguir emprego melhor.”
Tulipa	“Terminar a faculdade.”
Papoula	“Terminar a pesquisa que estou fazendo.”
Dália	“Ser livre e fazer tudo que tenho medo.”
Jasmim	“Ser melhor como pessoa.”
Girassol	“Sabedoria para viver cada instante da vida.”
Violeta	“Tornar-me uma psicóloga competente.”
Lírio	“Viver muito bem esse final de vida e estar sempre entre as dez.”

Como os participantes se ativeram a respostas, indicando ações diante da vida: competência, reencontro, liberdade, sabedoria e atitudes concretas: terminar faculdade, volta ao mundo, realizar pesquisa, foi realizada uma nova rodada solicitando que respondessem à seguinte pergunta: - Para realizar esse sonho, preciso do que dentro de mim? Com o objetivo de suscitar uma maior reflexão de atitudes que caracterizassem sentimentos a serem incorporados.

Quadro 16 – Conscientização de atitudes a serem incorporadas.

Participante	Atitudes caracterizando sentimentos
Orquídea	Força de Vontade.
Azaléia	Firmeza.
Acácia	Ânimo.
Rosa	Competências.
Cravo	Força de Vontade.

Quadro 16 – Conscientização de atitudes a serem incorporadas.

Participante	Atitudes caracterizando sentimentos
Tulipa	Competência.
Papoula	Acreditar mais em mim e ter mais calma.
Dália	Garra.
Jasmim	Força de Vontade.
Girassol	Autoestima, confiar mais em minhas competências.
Violeta	Dedicação ainda maior.
Lírio	Flexibilidade.

Atitudes que caracterizam sentimentos para os participantes são: força de vontade, firmeza, ânimo, competências, autoestima e flexibilidade. Demonstram a expressão qualitativa da energia psíquica através de significados cognitivos-afetivos diferentes dos apresentados através das técnicas de imaginação conduzida no terceiro encontro onde não visualizavam atitudes a serem incorporadas e sim dores emocionais associadas aos sintomas da DF, tais como: pensamentos agitados, nó na garganta, ansiedade, sensações ruins, irritação, mágoa, estufamento e dor de cabeça.

Pôde ser observada uma evolução na estrutura psíquica dos participantes, a conexão do eixo *ego-self* está sendo estabelecida, os participantes não se apresentam mais através dos sintomas, das dores emocionais, mudando a tonalidade afetiva.

As imagens visualizadas nas intervenções lúdicas trouxeram a tonalidade afetiva dos complexos para a consciência. Através das intervenções lúdicas os elementos da vida psíquica, sentimentos, ideias e sensações puderam ganhar expressão pulsando energia psíquica. Dentro desse contexto o dinamismo psíquico realiza o jogo: viver a pluralidade de representações afetivas com divergências de qualidades, intensidades e significados. Para os participantes não mais jogar com o medo e com a repressão, mas com possibilidades de realizações e enfrentamentos.

O caráter estruturante atribuído à afetividade é apresentado na fala de Jung (1990, § 82): “As ideias isoladas relacionam-se entre si pelas diferentes leis de associação (semelhança, coexistência etc), embora sejam selecionadas e agrupadas em combinações mais amplas pelos afetos.”

A imaginação conduzida, deste oitavo encontro, foi realizada seguindo um texto gravado em CD, com autor desconhecido, utilizado em grupos com pessoas portadoras de doenças físicas (Anexo F).

Os participantes são orientados, após relaxamento e respiração, a fazer uma visualização para prestar atenção nas partes do corpo, se concentrando na região do estômago e a se transportar para um lugar na sua mente. Prestar atenção em como sente seu dinamismo, concentrar-se em área de perigo e imaginar um glóbulo branco, competente, alegre e dinâmico. Estabelecer um pacto para ele liderar atitudes que o ajudem a enfrentar bem a vida. Foram orientados a visualizar o que precisam ter em mente como novo padrão, aquele que vai liderar a vida no dia a dia para agilizar atitudes saudáveis. Pediu-se também para visualizar a imagem simbólica deste glóbulo branco executando ações para posteriormente desenhar e fazer trocas com o grupo.

Os participantes fizeram desenhos das imagens surgidas e elaboraram frases sintetizando padrões aptos a proporcionar transformações, transcritos no quadro abaixo.

Quadro 17 – Imagem e padrão mental aptos a produzir transformações.

Participante	Imagem	Padrão mental para agilizar possibilidades de transformações
Orquídea	Cérebro.	“Eu sonhei ter competência.”
Azaléia	“[...] um super glóbulo branco com muque.”	“[...] ficar sempre alerta, com atenção total, mantendo minhas referências.”
Acácia	“Glóbulo branco... entrou no meu corpo, foi para o estômago.”	“[...] conciliar o coração e o cérebro para conseguir fazer o que eu quero.”
Rosa	“Um tubo azul... uma taça cheia... e o cérebro higienizado.”	“[...] me concentrar mais e treinar a persistência em todas as coisas da minha vida. Prestar mais atenção nas minhas atitudes.”
Cravo	“Um glóbulo.”	“[...] ter mais força de vontade, dedicação e coragem para fazer o que quero.”
Tulipa	“Glóbulos brancos... virou um médico.”	“[...] identificar o que está errado e me organizar.”
Papoula	“O glóbulo branco... algo para filtrar o que é preciso.”	“Preciso de força, persistência para não desistir.”
Dália	“[...] praia, mar... barco ao longe, ali ficou meu glóbulo branco.”	“[...] eu quero, eu posso, eu realizo.”
Jasmim	“[...] círculo lilás e verde.”	“[...] diminuir a ansiedade. Eu associei com aceitar as mudanças.”
Girassol	“Capela onde faço oração.”	“[...] sou maravilhosa, perfeita, a imagem de Deus, que a gente sempre nega.”
Violeta	“[...] fada, uma menina com o rosto alegre.”	“[...] eu preciso ser feliz, sorrir mais, confiar mais na vida.”
Lírio	“Vi-me na cama, numa zona de conforto.”	“[...] entendi que eu não estou andando, eu posso e devo correr atrás do prejuízo.”

Na sua maioria 67% (oito de 12) visualizam símbolos corpóreos, glóbulos e cérebro como imagem que lidera ações para conduzir transformações; 25% (três de 12) visualizaram símbolos espirituais como capela, fada e círculo, 8% (um de 12) visualizaram uma cama. Como padrão mental para liderar com ações transformadoras no dia a dia apresentaram a necessidade de liderar: ter competência, buscar referências pessoais, conciliar razão e afeto, persistir, dedicar-se, ter coragem e força, aceitar e agilizar mudanças, confiar e diminuir a ansiedade.

Todo símbolo possui um contexto atual, histórico e arquetípico, os participantes do grupo ao trazerem os símbolos corpóreos para a consciência através da imaginação conduzida puderam ativar novas conexões mentais, ativar a capacidade do ego de raciocinar e ativar a capacidade simbólica prospectiva do *self*. Transcenderam polaridades como consciência-inconsciente, dor-prazer, paralisação-movimento, impossibilidade-criatividade.

Os desenhos foram colocados numa grande folha de papel no chão, cada uma posicionou o desenho da sua imagem simbólica e depois com canetas coloridas foram fazendo conexões somando várias possibilidades encontradas. O objetivo era favorecer a consciência grupal com os participantes integrando aspectos e fazendo conexões psíquicas. Embora os participantes mencionem estas

conexões nos dois próximos encontros em vários momentos, isto não ficou evidenciado neste. Após a colocação dos desenhos na grande folha ao chão, houve certa paralisação de energia e falta de tempo para uma nova roda de diálogos.

A seguir uma figura demonstra o trabalho realizado.



Figura 7. Foto dos desenhos em grupo.

Analisando a figura que o grupo compôs, como ilustra a imagem acima, foram identificadas várias atitudes afetivas: buscar a espiritualidade, sair da paralisação, ser mais alegre, ter mais força para enfrentar e para sair da ansiedade; ter mais coragem e competência; usufruir da maravilha do ser humano e não se achar defeituosa; procurar uma médica para se curar e não ficar acomodada.

Para Jung (1971, § 751) o afeto é: “um estado de sentimento caracterizado, de um lado, por inervações perceptíveis do corpo e, de outro, por uma perturbação peculiar do curso das ideias.” No plano psicológico o plano afetivo propicia sair da unilateralidade da consciência e refletir o dinamismo psíquico, o Si-mesmo.

O sintoma era refletido como expressão simbólica de uma desarmonia entre desejos de realizações e temores, entre se sentir competente e incompetente, agradar e desagradar, paralisações e movimentos. Os participantes integraram polaridades à consciência ao refletir sobre desejos de perfeições, exigências e ao pleitear sair da acomodação buscando persistência, coragem e enfrentamentos.

Ramos (2006, p. 78) se refere à etimologia da palavra símbolo ‘com’ significando união de opostos, “unir o conhecido ‘com’ o desconhecido, o inconsciente”; e a palavra ‘sintoma’ como “duas coisas que se unem em queda.”

Por meio do símbolo do sintoma visualizado no segundo, terceiro e quarto encontros, através da técnica de imaginação conduzida, os participantes uniram o conhecido com o desconhecido, revelando emoções reprimidas, trazendo aspectos até então percebidos corpóreamente. Agora com a imaginação conduzida vivenciada nesse oitavo encontro, após as intervenções lúdicas, trouxeram para a consciência atitudes que apontam possibilidades de agilizar transformações.

Visualizaram no encontro uma nova atitude, agora com a emoção conduzindo o afeto (com o arquétipo organizador, o *self*, sistema de prontidão para a ação) e não mais com um complexo afetivo, o que possivelmente desencadeia os sintomas da dispepsia funcional, um ganho para lidar com os conflitos (complexos de ideias dotadas de forte carga afetiva) e com os conteúdos emocionais inconscientes. Podem pulsar uma nova possibilidade de relacionamento e um redirecionamento da vida a caminho da individuação.

Como tarefa para o próximo encontro foi solicitado que trouxessem dois objetos: um que represente como se sentia quando chegou ao grupo e outro representando como se sente agora.

• 9.º Encontro

Este encontro objetivou simbolizar através do lúdico as experiências vividas durante as intervenções grupais e favorecer o reconhecimento das transformações psíquicas e físicas. A apresentação dos participantes foi realizada com cada um dizendo o seu nome, o do objeto que o representava no início, como se sentia quando chegou ao grupo e o nome do objeto que o representava como se sentia ao final das intervenções.

Acácia e Dália chegaram para o encontro sem os objetos. Foram orientadas a procurar pela sala ou em suas bolsas algum objeto que pudessem representá-las, buscaram em suas bolsas.

A seguir, no quadro abaixo, os relatos de como os participantes viram suas transformações, como se encontravam no início (com o objeto simbolizando sua chegada), o reconhecimento do padrão mental, necessidade de enfrentamentos e mudanças e como se encontravam ao final das intervenções (com o objeto simbolizando o que abstraíram).

Quadro 18 – Relatos da vivência grupal, pré e pós-encontros.

Participantes	Objetos simbólicos de vivências pré-encontros	Objetos simbólicos de vivências pós-encontros
Azaléia	“Estava lendo o livro: ‘Quem me roubou de mim’. O livro fala do quanto você abre mão da sua própria referência em favor do outro.”	“Uma almofadinha escrita: “Recomece, aproveite a folha em branco que a vida lhe dá todos os dias.”
Orquídea	“Trouxe fósforo porque meu estômago estava assim, como fogo.”	“Melhorei, por isso trouxe uma esponja, é macia. Tenho que saber filtrar tudo em volta, as coisas, o pensamento, saber diferenciar... Se eu conseguir, tudo será melhor.”

Quadro 18 – Relatos da vivência grupal, pré e pós-encontros.

Participantes	Objetos simbólicos de vivências pré-encontros	Objetos simbólicos de vivências pós-encontros
Rosa	“O meu estômago era só fogo, e risca um fósforo.”	“Está melhorando... aqui encontrei referências, estou entendendo o porquê das coisas. Sinto-me diferente, por isso trouxe um nordestino dançando frevo.”
Tulipa	“Uma pedrinha... é rígida e não tem como ver por dentro. No começo a gente se sente assim, mais presa.”	“Estou como esta caixinha... fechada ainda, mas pode se abrir. Você pode tirar coisas de dentro dela ou colocar algumas. Aqui aprendi a abertura mesmo.”
Papoula	“Cheguei muito ansiosa... um relógio. O ritmo da minha vida é muito pesado...”	“Aprendi que não preciso correr, só tenho que continuar... se quiser fazer tudo de uma vez, meu estômago não vai aguentar. Um texto da faculdade... hoje ler e conhecer dão prazer, está tudo mais leve... meu estômago dói menos.”
Dália	“Uma chave... cheguei esperando muita coisa, com muita ansiedade.”	“Um espelho. A gente começa a se olhar diferente, a tomar posse daquilo que é nosso. Esse refletir, olhar para dentro... É o começo de uma nova vida... sonhar, sair do sonho e realizar.”
Girassol	“Um bloco sem anotações... Não criei expectativas, achei melhor não criar nada... Meio preguiça, meio abertura.”	“Uma pérola. É preciso ver as espetadas da vida como possibilidades de construir coisas boas. Um livro do Rubem Alves diz: “Ostra feliz não faz pérolas”, como a ostra, produzindo pérolas com um sofrimento.”
Jasmim	“Uma pedra... a resistência mesmo. Sou resistente a mudanças, fico na zona de conforto. O sintoma também era uma pedra na minha vida.”	“Um pote de iogurte vazio, é reciclável. Se eu usar minha criatividade e meu tempo, vou criar e me transformarei em uma coisa mais leve. Não sei se a pedra vai ficar fora do pote... Às vezes estará dentro. Mas posso ver novas possibilidades, de não ser só pedra...”
Violeta	“Único objeto para representar os dois momentos: a imagem de uma mulher que é gorda na parte de baixo e magra na parte de cima. Cheguei ...como esta parte de baixo da estátua: gorda e com dificuldade de locomoção.”	“Agora estou como a parte de cima: magra, alegre, com movimento, encaro as coisas de outra maneira. Não resolvi tudo, mas já é um começo.”
Lírio	“Um limão, cheguei azeda. Meu estômago era azedo, ácido e eu mal-humorada.”	“Um pote de mel... tornei-me assim, um doce. Eu sempre fui mandona. O mel representa dar a mão. Lembrei-me daquela mulher que me acolheu. Antes, eu pensava para comer e hoje eu como.”

Todos os 12 participantes (100%), ao apresentarem os objetos demonstraram abstrações de como se sentiam quando chegaram: 25 % (três de 12) com o estômago queimando e ácidas; 42 % (cinco de 12) ansiosos; 33 % (quatro de 12) paralisados ou resistentes.

Os participantes fizeram depoimentos de como se sentiram: Lírio relata que passou por situação de estresse, o marido desmaiou na rua, e mesmo assim não teve os sintomas da dispepsia

funcional, não vomitou, enfrentou, solicitou ajuda; Acácia diz que já está acrescentando no seu cardápio alimentos como pimentão e condimentos que não podia “nem ver” porque já passava mal; Rosa e Orquídea relatam que chegaram com o estômago pegando fogo, inclusive trouxeram fósforos para demonstrar simbolicamente como chegaram ao grupo, agora não queimam mais; Rosa aprendeu a “dançar” pela possibilidade de dizer não e de não se melindrar; Orquídea não se sente mais como uma esponja catalisadora de tudo, agora percebe o que lhe interessa absorver ou não; Jasmim tirou “pedras” do seu caminho, mágoas, ressentimentos e aprendeu a reciclar novas atitudes; Girassol aprendeu a lidar com a dor e a não se sentir amedrontada quando dói e sim a enfrentar as dores nas diversas situações; Dália criou alternativas para frequentar a vida e não ficar aprisionada, não sente os sintomas; Violeta pode entrar em contato com os sentimentos, sentir alegria e não as dores abdominais; Papoula ainda se sente tensa, alega ter que aprender a criar novas alternativas; Azaléia não se sente mais engasgada, sente necessidade de dizer o que é seu, tem os sintomas diminuídos; Tulipa não sente a rigidez dominando-a, já pode se abrir para a vida; Cravo aprendeu a prestar mais atenção em si mesma, ainda continua muito ansiosa, mas está reparando mais nisso.

Observa-se no quadro dezoito que ganharam consciência do seu mundo interno, agora podendo expressar e revelar emoções e sentimentos, diferente do primeiro encontro onde expressaram se sentir acomodados, desorientados, nervosos, ansiosos, tensos, tímidos e com raiva.

Todos os 12 participantes, 100%, através da apresentação dos objetos puderam relatar vivências, abstraíram comportamentos, trazendo atitudes simbólicas de como estão pós encontros, encontraram referências pessoais para: refletir, encontrar o porquê das coisas, lidar com dificuldades, prestar mais atenção em si, poder se abrir, relaxar, sonhar e poder realizar, criar, construir, encarar de outra maneira e acolher-se.

Espontaneamente trocas pessoais entre os elementos do grupo foram se estabelecendo neste penúltimo encontro. Algumas falas (vide uma demonstração mais ampla no Anexo G) demonstram como os participantes se identificaram uns com os outros e o quanto isso colaborou para a constituição e manutenção do grupo, além do desenvolvimento pessoal e grupal. Lírio entregou o mel para Violeta dizendo: - “Quero que você adoce a sua vida, porque eu não preciso mais... Eu já tô doce.”; Acácia: - “Eu acredito que esse vulcão que você tinha dentro (falando para Lírio), todo mundo tem. Ele fica lá, adormecido, mas um dia sai. São as burradas que a gente faz e depois fica com dor de cabeça e vomita.”; Violeta que havia chegado ao grupo sentindo muita raiva, ao receber o mel de Lírio: - “O significado do mel é a doçura e doçura compreende alegria, leveza, satisfação, flexibilidade.”; Rosa (entregou o dançarino para Tulipa): - “Eu acho você meio triste, meio quieta. Vou dar isso para sonhar, ficar mais extrovertida, esquecer que tem alguém olhando.”; Jasmim (deu o pote e a pedra para Orquídea): - “Também me identifiquei... A gente endurece e não tem leveza.”; Orquídea (deu esponja para Jasmim): - “Eu gostei muito da palavra reciclagem, porque a gente tem que fazer isso na vida.”; Orquídea: - “Eu admiro muito você Girassol... (Fala de religião.) Eu queria ter uma crença... Gostaria de ser assim, mas não consigo.”

Depois das trocas estabelecidas foi indagado ao grupo se estavam refletindo o significado das trocas, o que estavam trocando. Dália: - “Identificação.”; seguida por Cravo - “Uma maneira de

ser.” e Azaléia: - “Acho que é afeto.” Fazendo uma análise simbólica, possivelmente uma atitude amorosa através de atos simbólicos.

Este encontro fecha as atividades do grupo. As trocas demonstram conscientizações, reconhecimentos de necessidades de mudanças, de enfrentamentos, apontam atitudes tomadas e a serem tomadas; apontam conexões psíquicas, relações entre conteúdos do inconsciente e da consciência. A necessidade de conexões se manifesta quando Girassol diz: - “Precisamos transformar os sintomas em pérolas. Quando vai surgir um sintoma eu penso: Que é que estou sentindo? Se você para, respira, pensa, você vê tanta coisa que está acontecendo. A gente aprende a administrar isso”; e quando Dália complementa: - “Nós temos capacidade e criatividade enorme, mas não sabemos explorar, acessar o inconsciente. Receba esta chave (falando para Girassol) abra esse baú que tem dentro de você, pega este espelho e veja como você é...”.

Jung (1971, § 911) denomina atos criativos quando se refere aos atos simbólicos “como veículos de um significado diferente daquele já dado pela consciência, e que ainda não foi dado no processo de significação psíquica.”

As atitudes dos participantes em relação aos objetos simbólicos são compreendidas como processos de adaptação condicionados por disposições naturais ainda desconhecidas. “Significam uma premissa fundamental que condiciona todo o processo psíquico porque estabelecem o modo habitual de reação e, portanto, determinam não apenas o modo de agir, mas também o modo de ser da experiência subjetiva e o modo de ser da compensação pelo inconsciente.” (*ibid.*, § 1008).

Para Jung (1971, § 781s), “toda atitude com seu comportamento cognitivo e afetivo [...] resulta de outra natureza complementar [...] do seu oposto.” A frase “Ostra feliz não faz pérolas.” parafraseada da fala já citada anteriormente por Girassol, quando do relato das vivências do grupo, demonstra analiticamente que está sendo apresentado o sintoma, a doença da ostra e o símbolo da doença: a pérola, poder se relacionar com o interior e abstrair criativamente das feridas uma disposição para agir numa determinada direção. Mostra a importância de ouvir a voz interior, dando significado aos símbolos, fazendo a ponte psíquica entre consciente e inconsciente para favorecer a transformação, fazendo integrações e de – integrações.

Para Chevalier e Gheerbrant (1982, p. 783) a pérola significa a feminilidade criativa, como imagem arquetípica representa o “puro, oculto, enfiado nas profundezas”, justamente o que estas 12 participantes femininas puderam trazer à tona, a sua feminilidade criativa que estava constelada na sombra, congelada pela mágoa, vivendo dores através dos sintomas da dispepsia funcional, se desviando do potencial criativo.

Resgatar uma peróla, uma jóia, um “objeto precioso”, é adentrar nas profundezas do inconsciente, tesouro perdido nas entranhas do estômago com os sintomas da dispepsia funcional simbolizando que o ego precisa se abrir de defesas psíquicas para se relacionar com as mensagens dos sintomas: dor, má digestão, queimação, empachamento, ânsia, vômito. Resgate de valores perdidos é um tema arquetípico, conquistas feitas pela consciência, resgatar valores para não sentir o vazio existencial e gerenciar enfrentamentos.

Este resgate arquetípico propiciou sair do complexo, agilizar novas atitudes criativas, transformadoras, resgatar autoestima, sair da paralisação psíquica propiciando enfrentamentos para não cristalizar sintomas da dispepsia funcional.

As técnicas de imaginação conduzida e as intervenções lúdicas possibilitaram aos participantes a realizar um trabalho simbólico. Ao se relacionar com a tonalidade afetiva do complexo puderam abstrair o simbolismo das dores, das queimações e da acidez (alguns dos sintomas da DF). Ampliando o significado dos sintomas para a consciência puderam sentir seus receios, expressar suas dificuldades (vide quadro 18), tais como: ansiedade, expectativa alta, resistência, rigidez, falta de referência, mau humor; e também expressar suas necessidades: recomeçar, estender a mão para si, se abrir, ser afetiva, sentir prazer, olhar para dentro, encarar a vida com mais alegria, reciclar, ser menos rígida, construir através das dificuldades, refletir sobre os sintomas.

O caminho do processo de lidar com os complexos “[...] não pode ser nem o da fantasia nem o do controle; trata-se de permitir que os complexos se desdobrem em fantasias, de vê-los e compreendê-los em padrões de relacionamentos e então incorporá-los ao consciente por meio do trabalho com o símbolo.” (KAST, 1997, p. 47).

A Psicologia Analítica pressupõe dois centros que se interrelacionam. Um é o centro da consciência que é conhecido como o complexo do ego e o outro, o centro do inconsciente, o *self*. Ambos mantêm uma relação compensatória, conhecida como eixo ego-*self*. A construção da consciência se dá na medida em que o *self* se desdobra polarizando e formando os dois centros.

A doença numa abordagem simbólica, com C.G.Jung, passa a ser vista como uma representação simbólica no processo de desenvolvimento e de individuação. A primeira forma elementar de percepção consciente ocorre através da incorporação de percepções sensoriais em imagens abrangentes. O funcionamento psíquico inconsciente primeiro atinge um estado consciente em termos das imagens de formas externas com as quais temos experiência (WHITMONT, 1995, p. 20).

A consciência recebe o fluxo vital do inconsciente, transformando instinto em imagem, o que pode ser observado nas intervenções grupais, ao lidarem com as imagens simbólicas através da imaginação conduzida e ao ampliarem para a consciência através do lúdico, estabelecendo a conexão do eixo ego-*self*.

Os pacientes com dispepsia funcional relatam maior número de eventos estressantes de vida, de traços de depressão e de ansiedade que os indivíduos assintomáticos (MAGALHÃES, 2002). Há uma relação com os aspectos emocionais e os distúrbios funcionais do tubo digestivo, facilmente reconhecida em expressões do tipo: “você me provoca náuseas”, “aquele fulano não me desce”, “parece que eu engoli um sapo”, “aquilo que falou está me comendo o estômago”, ou como retrata uma portadora de dispepsia funcional, “dentro de mim dói, existe algo que me agride, me fere, arde, parece um ácido depositado no meu estômago, reflete a minha dor”.

Para a saúde e a integridade é necessário que o ego, na perspectiva da Psicologia Analítica, não se identifique com o polo abstrato nem com o polo orgânico, e sim que se esforce para percebê-los simultaneamente. A psicologia simbólica considera o símbolo estruturante, aquele que reúne o subjetivo e o objetivo, a unidade da psique, vivência realizada pelos participantes, ao fazerem

abstrações dos sintomas. Através dos dados desta pesquisa constata-se que portadores de dispepsia funcional necessitam fazer conexões psíquicas para diminuição dos sintomas e melhoria de qualidade de vida.

O processo de elaboração simbólica, através da intervenção lúdica, propiciou ativar a função estruturante do eixo simbólico, *ego-self*. O significado dos símbolos integrados na consciência proporciona a diminuição de sintomas da dispepsia funcional.

- **Fechamento das intervenções lúdico-simbólicas.**

O jogo simbólico ofereceu a possibilidade de elaborar situações conflitantes ao brincar com os objetos e atribuir significados. A função simbólica, vivenciada através dos jogos de expressão e com os objetos concretos trazidos em três encontros, produziu imagens mentais que permitiram que se deslocassem para o exterior a ansiedade, a inautenticidade, o aprisionamento, a desvalorização, a autocrítica elevada, a exigência, a rigidez, a tensão e a resistência.

Como num jogo, puderam vivenciar outras polaridades, visualizar, abstrair-se da realidade externa e imaginar. Na primeira atividade lúdica, em que usaram um objeto como brinquedo, puderam sair da cristalização do complexo que mantém a unilateralidade do ego. Exprimindo-se por meio do símbolo do brinquedo, facilitaram a transição de uma atitude psicológica para outra: participar, incluir-se, buscar coisas novas, prazer, libertar-se, alegrar-se, despreocupar-se e brincar. Entretanto 25% (três de 12) não conseguiram entrar na brincadeira, uma delas ficou só e sentiu-se rejeitada.

Pôde ser observada uma evolução dos participantes através das intervenções lúdicas, todos os 12 participantes ao final puderam trazer imagens mentais, através dos objetos abstraíram comportamentos, apresentando atitudes simbólicas de como se encontraram ao final dos encontros: interagiram para refletir, se expressaram sem demonstrar medo de críticas, puderam sentir prazer em participar, se incluíram, fizeram trocas de aspectos pessoais, puderam validar dificuldades e facilidades, puderam criar e se acolher.

4.4 Do Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de LIPP (ISSL): pós-encontros grupais e comparativos (pré e pós).

Este último encontro teve como objetivo abrir um espaço, onde os participantes espontaneamente realizaram troca de experiências ou declarações pessoais e, posteriormente, foi aplicado o Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de LIPP para compará-lo com a aplicação feita no início das intervenções grupais.

Todos os integrantes do grupo compareceram ao último encontro. Logo no início, Lírio entregou um botão de rosa vermelho a cada um das presentes, agradecendo e dizendo que aprendeu muito com todos. Em seguida entregou um vaso de lírio para a pesquisadora (a foto das flores está na dedicatória), juntamente com uma mensagem (encontra-se na epígrafe). Também entregaram flores e uma mensagem para a observadora não participante.

Jasmim leu uma estória que escreveu sobre o grupo, há dezessete anos não escrevia nada (esta data coincide com o rompimento do noivado e o início dos sintomas), sempre fora criativa. A história sintetiza todo o processo grupal. As participantes escolheram um título: “A moela” (porque recolhe tudo, o que lembra engolir sem digerir, dispepsia) ou “Amo ela” (afeto, assimilar as emoções), decidiram por Amo Ela (transcrita nas considerações finais). Num momento de descontração grupal, todos se identificaram com o conteúdo da história, por conter uma síntese criativa de todo o processo.

Em seguida foi realizada a segunda aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL, os resultados estão relacionados no quadro abaixo.

Quadro 19 – Fases do estresse e predominância de sintomas individuais, ao final do grupo.

Participante	Apresenta estresse	Fase do estresse	Predominância de sintomas
Orquídea	Sim	Resistência	Psicológicos 20% / Físicos 30%
Azaléia	Sim	Resistência	Psicológicos 40% / Físicos 20%
Acácia	Não	Sem estresse	-----
Rosa	Não	Sem estresse	-----
Cravo	Não	Sem estresse	-----
Tulipa	Não	Sem estresse	-----
Papoula	Sim	Alerta	Psicológicos 33% / Físicos 75%
Dália	Não	Sem estresse	-----
Jasmim	Sim	Resistência	Psicológicos 40% / Físicos 20%
Girassol	Não	Sem estresse	-----
Violeta	Não	Sem estresse	-----
Lírio	Não	Sem estresse	-----
Orquídea	Não	Sem estresse	-----

Fazendo a análise do estresse emocional segundo o modelo teórico quadrifásico do estresse apresentado por LIPP, dos 14 portadores de dispepsia funcional, oito não apresentam estresse ao final da intervenção grupal. Um dos participantes apresenta a fase do alerta, “fase positiva do estresse, quando o ser humano automaticamente se prepara para a ação.” Três participantes apresentam a fase de resistência, “quando se resiste aos estressores e se tenta, inconscientemente, restabelecer o equilíbrio interior” (LIPP, 2008, p. 4).

A figura oito insere um gráfico que faz a relação das fases de estresse e predominância dos sintomas vivenciados pelos integrantes do grupo ao final da intervenção grupal.

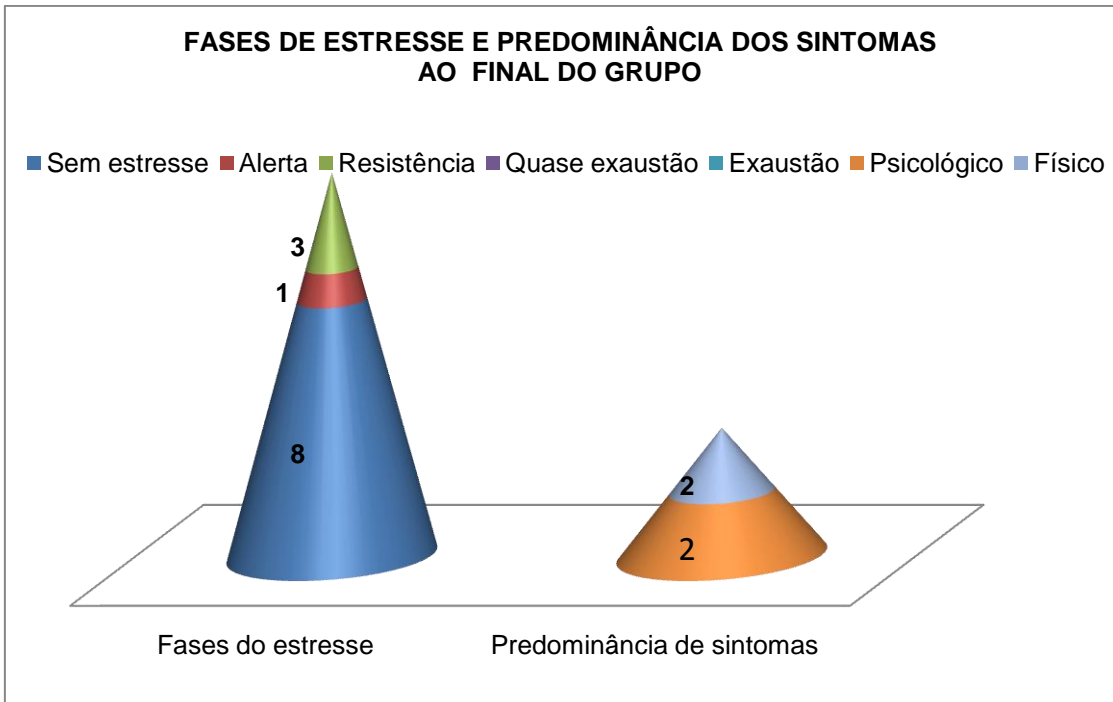


Figura 8. Fases de estresse e predominância dos sintomas ao final do grupo.

A relação das fases de estresse e predominância dos sintomas vivenciados ao início e ao final da intervenção grupal fica estabelecida no gráfico a seguir.

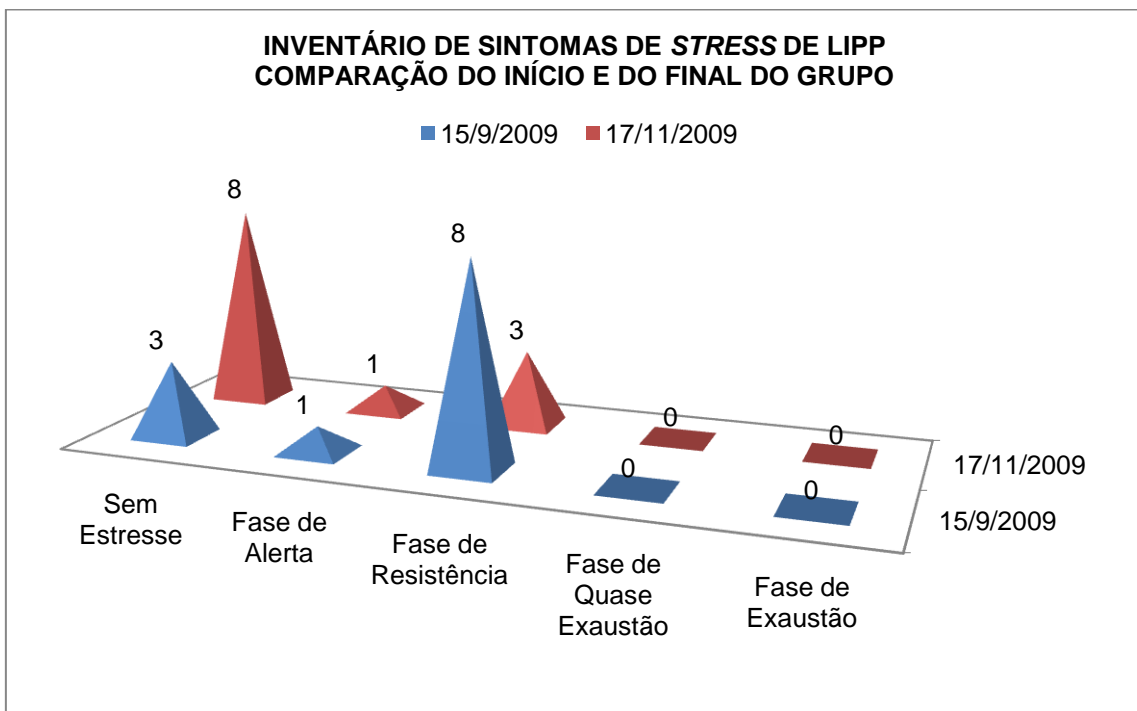


Figura 9. Inventário de sintomas de *stress* de Lipp, comparação do início com o final do grupo.

A figura nove contém um gráfico que demonstra a diminuição do estresse através da intervenção lúdica grupal associada às técnicas de imaginação conduzida quando utilizadas com os portadores de dispepsia funcional.

O predomínio dos sintomas de estresse nas modalidades somatopsicológicas em pessoas com diagnóstico de dispepsia funcional se deu predominantemente através de sintomas psicológicos, superando os sintomas físicos quando mensurados através do Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de Lipp (ISSSL).

No início da intervenção grupal, oito participantes encontravam-se na fase de resistência “quando se resiste aos estressores e se tenta, inconscientemente, restabelecer o equilíbrio interior”; um na fase do alerta “fase positiva do estresse, quando o ser humano automaticamente se prepara para a ação” e três sem estresse. Ao final da intervenção, há uma inversão nos resultados, três participantes encontravam-se na fase de resistência, um permanece na fase alerta e oito sem estresse (LIPP, 2008, p. 4).

Pôde-se perceber que a inversão dos resultados se deu possivelmente através das intervenções grupais que produziram processos psíquicos, ampliando emoções para a consciência. Os movimentos psíquicos associados através da função transcendente, a que promove o movimento das polaridades: razão / emoção, dor / prazer, consciente / inconsciente, pôde promover e ou equilibrar os participantes diante do que são ou do que está a sua volta, considerando o indivíduo como um todo e na sua complexidade humana diante do biológico, do psíquico e do sociocultural.

Há interações de cérebro-estômago como conseqüência de tensão psicossocial, o estresse mental faz o cérebro ficar como se estivesse aprisionado numa torre, preparando antígenos, vigiando, atraindo fatores químicos. Em vigilância, o cérebro inflama, num sistema defensor libera histamina no sistema nervoso entérico, provocando derramamento de sangue com sintomas de dor, provoca diarreia, escoamento de sangue e outros sintomas (ROME FOUNDATION, 2009).

Foi apresentada por Leão (2008) na introdução desta dissertação (Figura 1) uma abordagem psicossocial dos distúrbios gastrointestinais funcionais. A figura dez, a seguir, é uma adaptação do modelo biopsicossocial, incluindo a fisiologia que aponta os sintomas da dispepsia funcional. Esta figura reflete a tendência de padrões mentais do portador de dispepsia funcional (DF) e aponta atitudes necessárias a enfrentamentos psíquicos para diminuição de sintomas, dentro da perspectiva da psicologia analítica. Esses dados foram coletados através desta pesquisa.

Pôde ser constatada a evolução dos participantes através da vivência de situações estressantes sem a presença do sintoma da DF e, conseqüentemente, da tensão psicossocial quando relatam que puderam: enfrentar doenças familiares sem vomitar e solicitar ajuda; acrescentar alimentos ácidos no cardápio; sentir dor sem se sentir amedrontada; enfrentar situações familiares sem ressentimentos; ter contato com os sentimentos quando contrariada; se relacionar sem rigidez; prestar atenção na ansiedade quando surgem situações a enfrentar; dizer o que pensa ao invés de se sentir engasgada; criar alternativas para enfrentar a vida ao invés de se sentir aprisionada; perceber o que interessa absorver ou não; dizer não ao invés de se melindrar.

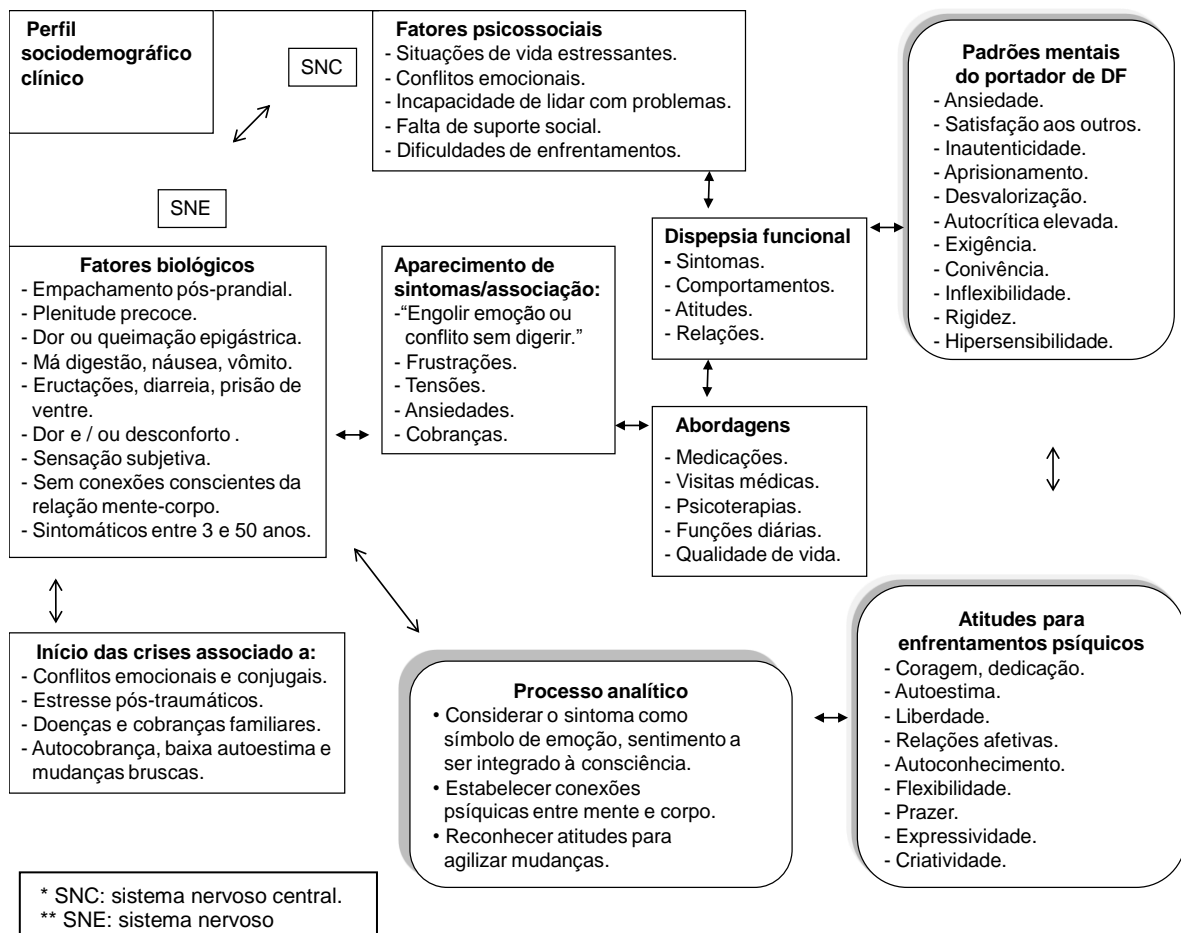


Figura 10. Modelo biopsicossocial junto aos portadores de dispepsia funcional (DF).

Fonte: RÍMOLI (2010).

Essa transformação ocorreu após terem considerado os sintomas como símbolos de emoções e sentimentos através das intervenções lúdico-simbólicas, e após tê-los integrados à consciência ao fazerem conexões psíquicas entre mente e corpo para reconhecerem atitudes tomadas ou a tomar e agilizar enfrentamentos para não cristalizar sintomas da dispepsia funcional, do ponto de vista da psicologia analítica.

Uma estreita relação entre estresse e distúrbios gastrointestinais foi encontrada por Vinaccia *et al.* (2002) ao fazer uma revisão sobre o papel psicológico e fatores psicossociais na dispepsia funcional. Pacientes com DF demonstram mais estados de ansiedade do que pacientes com doenças orgânicas, referem dores abdominais ou intestinais quando perturbados, tensos, ansiosos ou deprimidos.

Indivíduos com dispepsia funcional percebem fatores estressores com um impacto maior e incontrolável. Lançam mão de estratégias de ação mais direta, mas que possuem menor aceitação social e utilizam menos estratégias e flexibilidade nos eventos estressantes da vida (CHENG *et al.*, 1999).

4.5. Análise conjunta dos três instrumentos utilizados: entrevista dirigida, Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de LIPP (ISSL) e intervenções grupais.

Com o intuito de atender ao quarto e último objetivo deste estudo, relacionar os dados da intervenção com o perfil sociodemográfico clínico do portador de dispepsia funcional inclusive com o nível de estresse apresenta-se uma análise conjunta dos instrumentos utilizados.

O perfil sociodemográfico aponta que há um predomínio do sexo feminino, dos 14 entrevistados um deles é do sexo masculino e 13 do sexo feminino; a faixa etária variou entre 20 e 70 anos de idade; o grau de escolaridade ficou entre ensino médio e superior completo.

Com relação ao perfil sociodemográfico clínico dos portadores de dispepsia funcional (DF), distúrbio gastrointestinal caracterizado por sintomas como dor ou desconforto na região superior do abdômen sem causa orgânica, com descrição de sensação subjetiva não dolorosa, foi confirmada. Todos os participantes entraram em contato com os sintomas, vivenciando sensações da DF, durante as intervenções através da técnica de imaginação conduzida, tais como: estufamento, saciedade, dor na “boca do estômago”, má digestão, empazamento e enjojo. Fizeram associações aos sintomas expressando sentimentos de: ansiedade; tristeza; raiva; fragilidade; medo; mágoa; resistência, frustração e insatisfação. Trouxeram para a consciência uma imagem simbólica que retrata conteúdos constelados no inconsciente.

A necessidade de buscar enfrentamentos e construir novos modelos mentais também se expressa através do levantamento de situações estressantes nos dados relatados na entrevista dirigida. Quando solicitados a identificar situações que geram estresse, os participantes responderam: mudanças de vida e situações novas a enfrentar; não agradar e se sentir culpado; se sentir errada; não cumprir o planejado; exigências; preocupações com o futuro; não realizar o desejado; cobrança; tensões; confrontos; decisões e escolhas.

Através do Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de LIPP (ISSL) pôde-se constatar o nível de estresse averiguado nas entrevistas: oito participantes encontravam-se na fase de resistência; um na fase do alerta e três sem estresse, dados obtidos antes da intervenção grupal.

Simbolizar verbalmente a dor emocional através da imaginação conduzida possibilitou reconhecer a dor vivida corporalmente, como foi apontado pelos participantes: pensamentos agitados; nó na garganta; ansiedade; sensações ruins; irritação; mágoa; estufamento; dor de cabeça. Atribuir significados às imagens revela para a consciência pensamentos e emoções veiculadores de mudança: prestar atenção aos pensamentos; identificar o que acontece; não se sentir culpada; perdoar; aumentar autoestima; ter otimismo; deixar a rigidez; não controlar. Os participantes identificaram como possibilidade para lidar com o sintoma, buscar sair das atitudes defensivas: diminuir exigências; ter paciência; desapegar-se; ponderar; tolerar; organizar-se e buscar apoio social. Como proposta de mudança: buscar conforto físico e mental; se relacionar mais; buscar aceitação e tranquilidade; atitudes que oferecem estabilidade para proteger o indivíduo em momentos de transição e estresse.

Da possibilidade de lidar com o sintoma e do que favorece o sintoma da má digestão através de imagens simbólicas, surgiram padrões mentais que favorecem a má digestão: não poder se expressar por temer desagradar e autocrítica.

Todos os participantes, durante as entrevistas dirigidas, sempre se vêem em situações frequentes de estresse. São apontados como geradores de estresse situações familiares como: conflitos, autoridade, exigências, divergências de pensamentos, doenças familiares e conflitos conjugais. Com relação aos aspectos profissionais geradores de estresse apontam a cobrança, a competição, a falta de reconhecimento, a insegurança, os embates, a pressão e os confrontos.

Também, quando entrevistados, todos os 14 participantes fazem uma relação do estresse com os sintomas. A fonte de estresse se refere: a situações novas; a situações de confronto; a situações que geram frustrações e a situações de julgamento e/ou exigência. A maior fonte de estresse são os conflitos familiares (50%), seguidos de exigências, preocupações, pressões e confrontos, inseguranças, obediência, discussão, perder e ter que agradar.

Através das intervenções lúdicas todos os participantes apresentaram abstrações de como se sentiam quando chegaram: com o estômago queimando; ansiosos; paralisados ou resistentes. Observou-se que ganharam consciência do seu mundo interno, puderam ao final das intervenções revelar emoções e sentimentos, diferente do primeiro encontro onde expressaram se sentir acomodados, desorientados, nervosos, ansiosos, tensos, tímidos e com raiva.

As intervenções grupais propiciaram aos participantes abstrair padrões mentais de comportamentos e atitudes simbólicas, encontrar referências pessoais para: refletir, encontrar o porquê das coisas, lidar com dificuldades, prestar mais atenção em si, poder se abrir, relaxar, sonhar e poder realizar, criar, construir, encarar de outra maneira e acolher-se.

Com relação ao nível de estresse, ao final da intervenção, pôde-se observar que há uma inversão nos resultados, três participantes encontravam-se na fase de resistência, um permanece na fase alerta e oito sem estresse. Possivelmente porque através das intervenções lúdico-simbólicas puderam ampliar o significado dos sintomas para a consciência, sentir seus receios, expressar suas dificuldades tais como: ansiedade, expectativa alta, resistência, rigidez, falta de referência, mau humor; e também expressar suas necessidades: recomeçar, estender a mão para si, se abrir, ser afetiva, sentir prazer, olhar para dentro, encarar a vida com mais alegria, reciclar, ser menos rígida, construir através das dificuldades, refletir sobre os sintomas.

5. Considerações finais

Este estudo atingiu seu objetivo nas suas quatro vertentes. A compreensão dos médicos com relação à importância deste trabalho e a colaboração enviando pacientes possibilitaram atingir a primeira vertente do objetivo, conhecer o perfil sociodemográfico clínico do portador da dispepsia funcional.

O perfil sociodemográfico apontou que há um predomínio do sexo feminino, levanta-se a hipótese deste gênero ter aderido ao objetivo da pesquisa por este possuir um maior interesse e sensibilidade para tratar da saúde; a faixa etária variou entre 20 e 70 anos de idade; o grau de escolaridade ficou entre ensino médio e superior completo.

Com relação ao perfil sociodemográfico clínico dos portadores de dispepsia funcional (DF), distúrbio gastrointestinal caracterizado por sintomas como dor ou desconforto na região superior do abdômen sem causa orgânica, com descrição de sensação subjetiva não dolorosa, foi confirmada na entrevista dirigida. Todos os participantes referiram sentir dores abdominais e queimações estomacais; a maioria relata empachamentos, vômitos, azias, enjoos e má digestão. Com relação aos procedimentos médicos, psicoterápicos e uso de substâncias psicoativas, pôde-se constatar que três relatam episódios neurológicos, sete psiquiátricos e nove fizeram ou fazem psicoterapias, sendo que sete recorrem a outras abordagens de terapias alternativas para alívio de sintomas, nenhum deles com comprometimentos cognitivos.

A entrevista dirigida utilizada possibilitou a coleta de um grande número de dados de âmbito biopsicossocial. Relataram ansiedade associadas à ingestão de alimentos, pôde-se constatar que em 50% há aumento da ingestão de alimentos quando ansiosos. Todos relataram terem feito uma reeducação alimentar com o intuito de diminuir os sintomas. Situações de impotência, de culpa ou geradoras de ansiedade diante de fatos a serem enfrentados foram relatadas. Embora consigam verbalizar episódios, fazendo relação com os sintomas, não os reconhecem no nível abstrato, não podendo expressar na imaginação.

A necessidade de buscar enfrentamentos e construir novos modelos mentais também se expressou através do levantamento de situações estressantes nos dados relatados na entrevista dirigida. Quando solicitados a identificar situações que geram estresse, os participantes responderam: mudanças de vida e situações novas a enfrentar; não agradar e se sentir culpado; se sentir errada; não cumprir o planejado; exigências; preocupações com o futuro; não realizar o desejado; cobrança; tensões; confrontos; decisões e escolhas.

Todos os participantes sempre se vêem em situações frequentes de estresse. Foram apontados como geradoras de estresse situações familiares como: conflitos, autoridade, exigências, divergências de pensamentos, doenças familiares e conflitos conjugais. Com relação aos aspectos profissionais geradores de estresse apontaram a cobrança, a competição, a falta de reconhecimento, a insegurança, os embates, a pressão e os confrontos. Relataram dificuldade de relaxar por fazerem autocobranças, ficam com uma sensação de algo por fazer, ou de não conseguir fazer além do que foi realizado.

Aspectos do âmbito psicossocial que pudessem ser fatores estressores e desencadeadores da dispepsia funcional foram relacionados ao início das crises da dispepsia funcional, estando associados a conflitos emocionais e conjugais; a estresse postraumático; a doenças familiares; à cobrança familiar e à autocobrança; à baixa autoestima e a mudanças bruscas.

Esta pesquisa limitou-se a uma pequena amostra de participantes e ao uso de um único instrumento para medir o nível de estresse, portanto não se pretende afirmar que todas as pessoas com dispepsia funcional são dotadas dos mesmos aspectos psicológicos, o que sugere novos estudos. Entretanto este trabalho propiciou entender uma psicodinâmica que fortalece a personalidade para ter atitudes saudáveis, lidar com situações adversas para diminuir os sintomas da dispepsia funcional. Colabora com a prevenção primária e secundária de saúdes públicas, numa abordagem biopsicossocial a fim de favorecer a promoção de saúde. Espera-se, no entanto, que este trabalho possa ter contribuído para um melhor entendimento de possíveis características de pacientes com dispepsia funcional, bem como para o tratamento, além de futuras intervenções e prevenções.

O aparecimento de sintomas está associado a situações que geram tensões, ansiedades, frustrações, cobranças e a “engolir alguma emoção ou conflito sem digerir”. Durante as crises não se estabelecem conexões com cenas, sentimentos ou situações estressoras que possam desencadear os sintomas. Possivelmente resistem aos fatores estressores e inconscientemente tentam reestabelecer o equilíbrio interior entrando em estresse, na fase de resistência, como foi constatado através do ISSL.

A análise do nível de estresse do portador de dispepsia funcional, atendendo a segunda vertente do objetivo, mostrou que o predomínio dos sintomas de estresse nas modalidades somatopsicológicas em pessoas com diagnóstico de dispepsia funcional se dá predominantemente através de sintomas psicológicos, superando os sintomas físicos quando mensurados através do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL). No início da intervenção grupal oito participantes encontravam-se na fase de resistência “quando se resiste aos estressores e se tenta, inconscientemente, reestabelecer o equilíbrio interior”; um na fase do alerta “fase positiva do estresse, quando o ser humano automaticamente se prepara para a ação” e três sem estresse (LIPP, 2008, p. 4).

Ao investigar o nível de estresse em pacientes clínicos com diagnóstico de dispepsia funcional quando submetidos à intervenção lúdica combinada a técnicas de imaginação, pôde-se constatar que houve uma diminuição do estresse. Ao final da intervenção, após aplicação do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), há uma inversão nos resultados, três participantes se encontravam na fase de resistência, um permaneceu na fase alerta e oito sem estresse.

A intervenção de forma grupal lúdico-simbólica junto ao portador de dispepsia funcional, atendendo a terceira vertente do objetivo, proporcionou uma sistematização dos dados e exigiu uma descrição acurada das técnicas empregadas e suas diversas adaptações, o que pôde ser visto como uma boa contribuição a novas propostas de intervenções grupais nesta linha. O procedimento pré-estabelecido foi pertinente, entretanto foram necessárias adaptações conforme o ritmo grupal.

Haviam sido programadas quatro intervenções através da técnica de imaginação com pensamento dirigido, após a terceira observou-se uma recorrência aos sintomas com queda de energia grupal, além de um desejo de entrar no polo criativo, assim antecipou-se a intervenção lúdica.

As intervenções lúdicas foram elaboradas com passos a serem seguidos dentro de cada encontro, o que não ocorreu. Como eram estipuladas tarefas a serem realizadas de um encontro para o outro, possivelmente foram acionados conteúdos do inconsciente. Para jogarem com novas possibilidades que precisavam emergir para a consciência, mais do que programar foi necessário sentir o clima grupal e trabalhar com aspectos emergentes para serem vivenciados, além de atentar para as defesas e usar novas estratégias de ação para sair da paralisação, por exemplo, quando foi solicitado que dramatizassem o brinquedo, sentiram-se ridículas.

As técnicas de imaginação e pensamento dirigido propiciaram conhecer os significados e a representação mental dos sintomas da dispepsia funcional, os participantes entraram em contato com os sintomas, expressaram sentimentos e todos trouxeram para a consciência uma imagem simbólica que retratava conteúdos sombrios constelados no inconsciente, complexos afetivos. Surgiram sentimentos de abandono, insatisfação, incômodo, isolamento, depressão, ansiedade, pânico, fuga, raiva, incapacidade, resistência, frustração, medo e mágoa. Como padrões mentais surgiram dureza, inflexibilidade, perfeição, explosão, transbordamento, deformidade, baixa autoestima, esquiva, aprisionamento, isolamento.

As imagens simbólicas que surgiram através da imaginação conduzida permitiram trazer para a consciência padrões mentais que propiciam a má digestão (dispepsia), tais como: não conseguir se expressar, não encontrar reciprocidade, não saber dizer não, não saber tomar distância do que não agrada, expectativa grande do outro, falta de praticidade, não refletir sobre alguma situação e autocrítica.

A passagem para atividades lúdicas surgiu espontaneamente no grupo, como possibilidade de se expressar criativamente ao invés de recorrer aos sintomas. A intervenção lúdica favoreceu a elaboração de novas atitudes, atribuindo significados aos sintomas, ativando a integração psíquica e as interações sociais. Ao se relacionar com símbolos das imagens mentais na consciência puderam criar novas possibilidades de enfrentamentos e atitudes simbólicas para diminuir o estresse e enfrentar diversidades emocionais e concretas.

O fato de a intervenção ter sido grupal mostrou-se muito pertinente, foi muito bem recebida pela grande maioria dos participantes com apenas duas desistências ocorridas nos encontros iniciais. O grupo deu um grande suporte a manifestação e expressão de conteúdos inconscientes, puderam expressar mágoas, ansiedades e dificuldades de enfrentamentos.

O trabalho em grupo, que teve o lúdico como função estruturante da consciência, permitiu uma troca muito rica de experiências, rompendo com cristalizações construídas ao longo da existência e proporcionando um redirecionamento da vida a caminho da individuação. Vivenciar atividades lúdicas em grupo criou uma atitude simbólica, a possibilidade de conectar o indivíduo com suas forças mais criativas e esclarecer significados mais profundos de suas vidas.

Ao fazer uma relação dos dados da intervenção com o perfil sociodemográfico clínico do portador de dispepsia funcional, atendendo a quarta vertente do objetivo, pôde-se constatar que

todos os participantes entraram em contato com os sintomas, vivenciando sensações da DF, durante as intervenções através da técnica de imaginação conduzida, tais como: estufamento, saciedade, dor na “boca do estômago”, má digestão, empazamento e enjoo. Fizeram associações aos sintomas, expressando sentimentos de: ansiedade; tristeza; raiva; fragilidade; medo; mágoa; resistência, frustração e insatisfação. Trouxeram para a consciência uma imagem simbólica que retrata conteúdos constelados no inconsciente.

Os participantes da intervenção grupal relataram redução dos sintomas da dispepsia funcional podendo-se relacionar com o seu significado através de pensamentos e emoções para liberarem novas atitudes diante dos fatores estressores psicossociais, comprovando a hipótese. Os dados relativos à redução dos sintomas foram mencionados pelos participantes não tendo havido confirmação médica a respeito. Uma nova investigação poderia ser feita no sentido de obter dados médicos antes e após as intervenções.

Diante das questões abordadas neste estudo, sugere-se que a presente pesquisa pôde contribuir para desenvolver um modelo científico de estudo para apresentar à saúde pública outra possibilidade de lidar com os sintomas, além da ajuda médica, possibilitar a compreensão de como elaborar novos padrões de relacionamentos e atitudes na vida.

Sugere-se também como dar possibilidade ao desenvolvimento de uma abordagem psicoterapêutica através da imaginação com pensamento dirigido para conscientização dos significados dos sintomas e através de intervenções lúdicas para o tratamento de sintomas da dispepsia funcional e diminuição do estresse.

Para finalizar transcreve-se a carta escrita espontaneamente por Jasmim, trazida no último encontro, a qual expressa o resultado positivo da intervenção grupal:

Eu conheci um estômago alto, magro e de aparelho nos dentes que estava fazendo uma pesquisa. Houve uma reunião de outros estômagos, ali eles foram apresentados, tinha estômagos de todos os jeitos... ansiosos, sofridos, amargurados, com medo, curiosos, tímidos, experientes... O estômago de aparelho conduzia os encontros... eles fechavam os olhos, criavam cenas, iam aos poucos se encontrando, tinha um que auxiliava e anotava tudo atentamente. Os mais ansiosos falavam, outros não encontravam palavras e ali buscavam mudanças... Os dias passavam, outros encontros aconteciam e o estômago de aparelho sutilmente observava, ele queria mais. Apresentava propostas, desafios e tarefas. Ao longo dos encontros eles desenhavam suas cenas, suas dores e seus medos. O estômago de aparelho então desafiou o grupo e deu-lhes uma missão: a de se descobrirem aos poucos. Foi então que as cenas foram mudando. Havia um estômago com raiva, outro que não se sentia diminuído, o tímido, o apressado, tinha um que queria dar a volta ao mundo, outro desbravar outros mares, o que costurava, os que faziam faculdade... talvez não me lembre de todos, mas cada um tinha um propósito. Houve um encontro, certo dia, que o estômago de aparelho se surpreendeu. Um estômago mais experiente que vivia azedo se transformou. Encontrou o mel que precisava para a limonada que a vida lhe deu, presenteou o que era raivoso, com esse mel, este sorriu docemente e agradeceu. Outro que vivia preocupado com o tempo deu de presente um texto para aquele que queria dar a volta ao mundo e disse para ele ter calma, saber dos seus limites e este estômago chorou. Um estômago gostou de ver a fé do outro, que através da vida quis ensinar que as pérolas podem ser feitas por cada um. Este ganhou uma chave para abrir ainda mais seus caminhos e preencher o livro da vida. Havia dois que se identificaram muito. Um leu o mesmo livro que o outro havia lido e acho que descansaram numa almofadinha perfumada com cheiro suave de aprendizado e de trocas. Curiosamente teve o encontro de um que quis apagar as chamas das dores, das preocupações e ganhou uma caixinha de novas possibilidades. Feliz, ele desejou que o estômago tímido se soltasse e serviu em um prato a ideia de que a vida fosse como uma dança alegre e descontraída. Ali também estava um estômago que não ouvia direito, mas soube oferecer algo de precioso, uma esponja que certamente serviria de limpeza de outro que muitas vezes está cheio, estufado com coisas que talvez nem precisasse tanto. Ele aprendeu que além de limpar precisava absorver somente as coisas boas e eliminar o que estava incomodando. Então este estômago que, como pedra, era permeado pelas suas resistências, quis se reciclar, transformar-se em algo novo e melhor. Decidiu então que dali por diante iria olhar com mais doçura para as coisas difíceis, iria se encher de coragem, garra, força de vontade, fé, amor etc. Iria realizar seus sonhos, dizer não quando fosse necessário, melhorar a sua autoestima. Ele se viu em cada

outro estômago que ali estava e pensou: - Pode ser que eu não resolva tudo, mas sei que sempre pode haver outra possibilidade! Ah! Teve um que desistiu bem no início, que pena! Este não pôde ver as belezas das transformações.

6. Referências

- ARAUJO, A.F.M. **Bulimia: você tem fome de que?** Disponível em <<http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=141&layout=html>> Acesso em 29/04/2008.
- AVENS, R. **Imaginação é Realidade**. Petrópolis: Vozes, 1993.
- BALLONE, G. J. *Estresse - Introdução* - In. **PsiquWeb**, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2005. Disponível em <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=304&sec=27>> Acessado em 25/11/2009.
- BARBUTI, R.C. **Como diagnosticar e tratar a dispepsia funcional**. Indexado na Lilacs virtual sob nº: S0034-72642009001400001. Disponível em <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3965> Acesso em 19/05/2009.
- BENEDITO, V.L.Y. **Amor conjugal e terapia de casal: uma leitura arquetípica**. São Paulo: Summus, 1996.
- BERNSTEIN, S. **Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica. Acta Gastroenterológica Latinoamericana**. Vol 37 / Suplemento 1 / Septiembre 2007. Buenos Aires, Argentina Disponível em <http://www.actagastro.org/actas/2007/sup_n1/2007_sup01_23_24_11.pdf> Acesso em 19/05/2009.
- BOECHAT, W. **O corpo psicóide como construto simbólico**. Disponível em <http://www.pepas.org/teses/corpo_psicoide.pdf> Acesso em 30/04/2008.
- BOMBANA, J. A. **Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica**. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-> Acesso em 29/04/2008.
- BRASIL (2005). Lei Federal nº 11.104, de 21 de março de 2005. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005Lei/L11104.htm> Acesso em 25/08/2009.
- _____ [et al.] **Como atender aos que somatizam: descrição de um caso**. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbpv22n43433.pdf>> Acesso em 30/04/2008.
- CAMPOS, E.M.P.; RODRIGUES, A.L. **Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática**. In Mudanças, Psicologia da Saúde. ISSN-0104-3269. Vol 13 (2, 271-471, jul.-dez. São Bernardo do Campo: Metodista, 2005.
- CAMPREGHER, A. C. **Biofeedback e resistência galvânica da pele: medidas em pacientes com síndrome do intestino irritável em indivíduos saudáveis**. Disponível em <<http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/929.pdf>> Acesso em 27/08/2008.
- CANO, E.; QUICENO, J.; VINACCIA, S.; [et al] **Quality of Life and Associated Psychological Factors in Patients whit Functional Dyspepsia**. Univ. Psychol. [online]. Oct./Dec. 2006, vol.5, no.3 [cited 13 July 2009], p.511-520. Available from World Wide Web: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1657-9267.
- CANSADO, J.R. Psicoterapia nas afecções gastrointestinais: existem evidências de sua eficácia? In CASTRO, L.P.; ROCHA, P.R.S. **Controvérsias em Gastroenterologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, s/d.
- CAPISANO, H.F. **Gastrite**. Disponível em <http://www.psicossomatica-sp.org.br/artigos_capisano/artigo9.html> Acesso em 06/04/2008.

- CAPITÃO, C. G.; CARVALHO, E. B. **Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema**. Psic v.7 n.2 São Paulo dez. 2006. Disponível em <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1676-73142006000200004&script=sci_arttext> Acesso em 29/04/2008.
- CAVIGLIA, P.M.C. **Educar visando a individuação**. Cadernos Junguianos. V. 1, nº 1. São Paulo: AJB, 2005.
- CARDOSO, R.R.M.S. **Emoções que adoecem**. São Paulo: Vetor, 2006.
- CHENG, C. **Coping Style of Individuals with Functional Dyspepsia**. Disponível em <www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/abstract/61/6/789> Acesso em 14/07/2009.
- CHEVALIER; GHEERBRANT. **Dicionário de Símbolos**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1982, p 783.
- CHUDLER, E. **Neuroscience for Kids**. Tradução por Fernando Lage Bastos. Disponível em <http://br.geocities.com/neurokidsbr/Divisoes_do_SN.html> Acesso em 26/09/2008.
- CIRLOT, J-É. **Dicionário de Símbolos**. São Paulo: Moraes, 1984.
- COELHO, C. L.S.; ÁVILA, L.A. **Controvérsias sobre a somatização**. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-> Acesso em 29/04/2008.
- CONGER, J. P. **Jung e Reich: o corpo como sombra**. São Paulo: Summus, 1993.
- CORDEIRO, F.; MENEGHELLI, U.; RESENDE, J.M. **A Gastroenterologia no Brasil**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- CORSINI, L. **Conexão–desconexão, uma metáfora para mudança nos casos de transtornos alimentares na família**. Disponível em <<http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=177&layout=html>> Acesso 29/04/2008.
- DAHLKE, R. **A doença como linguagem da alma: os sintomas como oportunidades de desenvolvimento**. São Paulo: Cultrix, 2007.
- _____; DETHEFSEN, T. **A doença como caminho: uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem**. São Paulo: Cultrix, 1983.
- DAMÁSIO, A. **O Mistério da Consciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- DROSSMAN, D.A. **The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process**. *Gastroenterology*. 2006 130(5):1377-90.
- EDINGER, E. F. **Ego e arquétipo**. São Paulo: Cultrix, 1972.
- FARAH, R.M. **O Trabalho Corporal e a Psicologia de C. G. Jung**. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2008.
- FARIA, D.L.; NICOLETTI, M. **O Complexo materno e paterno no contexto da Bulimia Nervosa - Estudo Clínico**. Boletim clínico - número 13 - ago/2002. Disponível em <http://www.pucsp.br/clinica/publicacoes/boletins/boletim13_04.htm> Acesso em 10/ 06/2009.
- FARIAS, N. M. F. [et al]. **Distúrbios alimentares na adolescência: anorexia e bulimia nervosa**. Disponível em <<http://brazilpednews.org.br/marco99/ar999002.htm>> Acesso em 30/04/2008.
- FRANCESCONI, C.F.; LOPES, M.H.I. **Doenças Funcionais em Gastroenterologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.
- FREIRE, C.A. **O corpo reflete o seu drama: somatodrama como abordagem psicossomática**. São Paulo: Agora, 2000.

GATHAIYA, N. [et al.]. **Novel Associations with Dyspepsia: a community-based study of familial aggregation, sleep dysfunction and somatization.** Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Rochester, MN and Mayo Clinic Florida, Jacksonville, FL, USA. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19496951>> Acesso em 14/07/2009.

GERSHON, M. **The Second Brain.** Editora: HarperCollins Publishers, 1999.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

GUZMÁN, A.C. **Arquetipo Ludi.** licenciado bajo una Creative Commons Atribución-No Comercial 2.0 Chile License. Santiago de Chile: 2007.

HAAG, S. [et al.] **Is there a benefit from intensified medical and psychological interventions in patients with functional dyspepsia not responding to conventional therapy?** ISSN 0269-2813 2007, vol. 25, nº8, pp. 973-986 [14 page(s) (article)] (60 ref.) Disponível em <<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=18638537>> Acesso em 14/07/2009.

HEITKEMPER, M. [et al.]. Evidence for Autonomic Nervous System Imbalance in Women with Irritable Bowel Syndrome. Digestive Diseases and Sciences Volume 43, Number 9 / September, 1998. In **Acupuntura Contemporânea.** Disponível em <<http://acupunturacontemporanea.blogspot.com/>> Acesso em 26/09/2008.

HERNANDO-HARDER, A.C.; FRANKE, A.; SINGER, M.V. [et al.] **Dispepsia funcional: Nuevos conocimientos en la fisiopatogenia con implicaciones terapéuticas.** Medicina (B. Aires). [online]. jul./ago. 2007, vol.67, no.4 [citado 10 Julio 2009], p.379-388. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802007000400012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0025-7680.

JUNG, C.G. Seminários sobre Visões. Tradução livre adaptada de P. Sandor, apostilada para uso em aulas. In **Spring**, 1930.

JUNG, C.G. **A Energia Psíquica.** Obras Completas, VIII / 1. Petrópolis: Vozes, 1997a.

_____. **Estudos sobre psicologia analítica.** Obras completas, VII. Petrópolis: Vozes, 1982a.

_____. **O Eu e o Inconsciente.** Obras completas, VII / 2. Petrópolis: Vozes, 1982b.

_____. **Fundamentos de Psicologia Analítica.** Petrópolis: Vozes, 1989.

_____. **O Homem e seus Símbolos.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

_____. **A Natureza da Psique.** Obras completas, VIII / 2. Petrópolis: Vozes, 1986.

_____. **Psicogênese das Doenças Mentais.** Petrópolis: Vozes, 1990.

_____. **Psicologia do Inconsciente.** Petrópolis: Vozes, 1980.

_____. Seminários sobre Visões. Tradução livre adaptada de P. Sandor, apostilada para uso em aulas. In **Spring**, 1930.

_____. **Símbolos da Transformação: análise dos prelúdios de uma esquizofrenia.** Petrópolis: Vozes, 1912/2007.

_____. **Sobre o Amor.** São Paulo: Idéias e Letas, 2005.

_____. **The Collected Works of Carl Gustav Jung.** Bolingen Series XX. Princeton, New Jersey: University Press, 1981.

_____. **Tipos Psicológicos.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1971.

_____. **A Vida Simbólica: escritos diversos.** Obras completas I. Petrópolis: Vozes, 1997 b.

JUNGED, W. S. A. **Atitude simbólica na obra de Carl Gustav Jung** Disponível em <<http://www.symbolon.com.br/artigos/atitude.htm>> Acesso em 01/05/2008.

KANDEL, E.R.; SCHWARTZ, J.H.; JESSEL, T.M. **Fundamentos da neurociência e do comportamento.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2000.

KAST, V. **A dinâmica do símbolo.** São Paulo: Edições Loyola, 1997.

LEÃO, M.F. A; FANTONI, M.R. **Constipação Intestinal Funcional em Crianças e Adolescentes na Visão das Mães: crenças, sentimentos, atitudes e repercussões sociais.** Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente. Belo Horizonte: 2007. Disponível em <http://www.medicina.ufmg.br/cpg/ped/teses_dissert/2007_mestrado_mariza_leao.pdf> Acesso em 19/05/2009.

LIPP, M.E.N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL).** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

_____. **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica.** 1ª ed. São Paulo: Roca, v2, 2006.

LOWER, A.; MARTINS, C.V.S. **O trabalho de grupo como facilitador para o tratamento de pessoas com sintomas relacionados ao processo de estresse.** Disponível em <<http://scholar.google.com.br/scholar?q=gastrite+psicologia&hl=pt->>> Acesso em 30/04/2008.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MAGALHÃES, A.F.N. **Dispepsias e Gastrites.** São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

_____; BRASIO, K.M. A relação entre stress e doenças gástricas. In LIPP, M.E.N. **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MELLO FILHO, J. **Concepção Psicossomática: visão atual.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MINDELL, A. **Trabalhando com o corpo onírico.** São Paulo: Summus, 1990.

MORENO, M.TN. **Emoções de raiva associadas à gastrite e esofagite.** ISSN-0104-3269. Vol 13 (1), jan-jun 2005, 1-2690, São Bernardo do Campo: Metodista, 2005.

_____. **Raiva: uma das emoções ligadas à gastrite e à esofagite.** São Paulo: Vetor, 2007.

_____. **Psicossomática, raiva e distúrbios digestivos sob o enfoque da psicologia analítica.** Disponível em <<http://www.ijba.com.br/arquivos/psicossomatica.pdf>> Acesso em 29/04/2008.

NETO, R. A. **Dispepsia e helicobacter.** Disponível em <<http://www.medicinanet.com.br/conteudos.htm>> Acesso em 17/05/2009.

NETO, A.R.N. *Terapia cognitivo-comportamental aplicada à síndrome do intestino irritável: Novas fronteiras terapêuticas.* In ANGELOTTI, G (Org.) **Terapia Cognitivo – Comportamental no Tratamento da Dor.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

NEUMANN, E. **Acriança – Estrutura e Dinâmica da Personalidade em Desenvolvimento desde o Início de sua Formação.** São Paulo: Cultrix, 1991.

OLIVEIRA, S.S. **Prevalência de dispepsia e fatores sociodemográficos.** Rev Saúde Pública, 40 (3): 420-7, 2006.

OLIVEIRA, V.B. **O símbolo e o brinquedo:** a representação da vida. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **Jogos de regras e a resolução de problemas.** Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. O Brincar no Hospital e a Aderência ao Tratamento. In SIQUEIRA, M.M.M.; JESUS, S.N.; OLIVEIRA, V.B (Org.) **Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa.** São Bernardo do Campo: UESP, 2007.

_____. **Símbolo e corporalidade no desenvolvimento da identidade sócio-cultural.** Disponível em <<http://www.bvs-psi.org.br/VeraOliveira.pdf>> Acesso em 08/10/2009.

OLIVEIRA, V.B; YAMAMOTO, K (Org.) **Psicologia da Saúde: temas de reflexão e prática.** São Bernardo do Campo: UESP, 2003.

PAGÈS, M. **A vida afetiva dos grupos: esboço de uma teoria da relação humana.** Petrópolis: Vozes, 1982.

PENNA, L. **Dance e recrie o mundo:** a força criativa do ventre. São Paulo: Summus, 1993.

PERRONE, R.A.P.; OLIVEIRA, V.B. **Intervenções lúdicas com mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados.** 2008. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde. Universidade Metodista de São Paulo - Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia. São Bernardo do Campo: 2008.

PIERI, P.F (Dir.) **Dicionário Junguiano.** São Paulo: Paulus, 2002.

POITRAS, M.R; VERRIER, P.; PÂQUET S.; BOUIN, M.; [et al] **Group Counseling Psychotherapy for Patients with functional Gastrointestinal Disorders: development of new measures for symptom severity and quality of life.** Dig Dis Sci 2002 jun; 47 (6): 1297 – 307. Université de Montréal, Québec, Canada. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=Search&Termr>> Acesso em 15/10/2009.

PONTES, J.F. [et al] *Medicina Psicossomática em gastroenterologia.* In DANI, R.; CASTRO, P. **Gastroenterologia Clínica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

PORTILLO, V.G. **O complexo Materno não resolvido, no homem causa dificuldade no relacionamento com sua anima.** Disponível em <www.ajb.org.br/jung-rj/.../literatura_e_psicologia_analitica.doc> Acesso em 15/09/2009.

RAMOS, D.G. **O modelo Analítico no Tratamento de Doenças Orgânicas,** 1993. 215 f. Tese (Doutorado em Psicologia) no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: 1993.

_____. **A Psique do Coração: uma leitura analítica do seu simbolismo.** São Paulo: Cultrix, 1995.

_____. **A Psique do Corpo: a dimensão simbólica da doença.** São Paulo: Summus, 2006.

REZENDE, M.M.; ZANELATTO, N.A. **Co-dependência – O Papel da Intervenção Terapêutica como alívio do corpo que sofre.** Disponível em <www.uniad.org.br/.../%7B6D713B71-067D-4EE3-96E5-F003D90F4171%7D_co-dependencia%7E> UMESP – Universidade Metodista de São Paulo. Acesso em 20/01/2010.

RIBEIRO, J.L.P. **Psicologia e saúde.** Lisboa: ISPA, 1998.

RÍMOLI, F. **Forjar, o analista interfere na flor já sabida.** Disponível em <www.symbolon.com.br> Acesso em 10/05/2008.

_____. Imagem estruturante da consciência num corpo com gastrite, O poder do afeto. In CONGRESSO LATINOAMERICANO DE PSICOLOGÍA JUNGUIANA, Eros y Poder em La prática clínica, La educación y La cultura, V. Santiago, Chile, 2009. **Anais.** Santiago, p. 420.

Rome Foundation Computer-Based Learning. **Program on Functional Gastrointestinal Disorders (FGIDs).** Disponível em <<http://www.romecriteria.org/edproducts/cblp.cfm>> Acesso em 19/05/2009

ROSSSI, A.M. **Estresse Masculino - Um Guia para Identificar e Controlar o Estresse dos Homens.** São Paulo: Editora artes e Ofícios, 2004.

RUETER, MA [et al]. **First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements.** Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 726-732. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>> Acesso em 13/10/2009.

SALGADO, C.A.; COELHO, L.G.V.; SALGADO, J.A. **A dispepsia na história & A História da Dispepsia.** Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

SERINO, S.A.L. **Diagnóstico compreensivo simbólico. Uma psicossomática para a prática clínica.** São Paulo: Escuta, 2001.

SILVA, J.V.S.; OLIVEIRA, V.B. **O lúdico e a diferenciação do ego: uma revisão da literatura Pós-Junguiana.** 2007 23f. Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Psicologia. Universidade Metodista de São Paulo - Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia. São Bernardo do Campo: 2008.

SILVA, M.A.; QUEIROZ, M.S. **Somatização em migrantes de baixa renda no Brasil.** Disponível em 29/04/2008 <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102>> Acesso em 29/04/2008.

SILVA, R. A. [et al] **Dispepsia funcional e depressão como fator associado.** Arq. Gastroenterol. São Paulo, v.43, n.4, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032006000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 10 jul. 2009. doi: 10.1590/S0004-28032006000400010.

SILVEIRA, N. **A contribuição de Nise da Silveira para a psicologia junguiana.** Psiquiatria On-line Brasil. Disponível em <<http://www.polbr.med.br/arquivo/wal0304.htm>> Acesso em 26/09/2008.

SIQUEIRA, M.M.M.; JESUS, S.N.; OLIVEIRA, V.B (Org.) **Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa.** São Bernardo do Campo: UMESP, 2007.

STEVENS, JOHN O. **Tornar-se presente.** São Paulo: Summus, 1977.

SOEIRO, A. C. **Psicodrama e psicoterapia.** São Paulo: Agora, 1995.

SPERG, T.M.; VIEIRA, A.G. **Imagem Simbólica e Narrativa na Psicologia Analítica de C.G.Jung.** 2003. 245 f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento) no Programa de Pós-Graduação em psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2003. Disponível em

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2897/000377994.pdf?sequence=1>> Acesso em 10/06/2009.

TALLEY, N.J. **Serotonergic neuroenteric modulators**. Lancet. 358. pp. 2061-2068.2001.

TOBON, S.; SANDIN, B.; VINACCIA, S.; [et al]. **La dispepsia funcional: aspectos biopsicosociales, evaluación y terapia psicológica**. Suma Psicol. [online]. mar. 2008, vol.15, no.1 [citado 12 Julho 2009], p.199-216. Disponível no World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812008000100011&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0121-4381.

TOBON, S.; STEFANO, V.; SANDIN, B. **Tratamiento psicológico de la dispepsia funcional: un análisis crítico**. Serviço de Publicações da Universidade de Múrcia (Espanha). Anais da Psicologia 2003, vol. 19, Nº 2 (dez), Disponível en la World Wide Web: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=389280&indexSearch=ID223-234>>. ISSN: 0212-9728 Acesso em 15/07/2009.

VAN, O.L.; COEN, S.J.; AZIZ, Q. **Functional brain imaging of gastrointestinal sensation in health and disease**. World JGastroenterol 2007; 13(25): 3438-3445 Disponível em <<http://www.wjgnet.com/1007-9327/13/3438.asp>> Acesso em 10/07/2009.

VINACCIA, S. [et al] **Efectos de un programa psicoterapéutico, combinado a una terapia farmacológica en el tratamiento del distrés psicológico y a la sintomatología física de sujetos con dispepsia no ulcerosa (DNU)**. Revista colombiana de gastroenterología 16(4):187-192, feb. 2002. tab Santa Fé de Bogota ISSN 0120-9957 Disponível em <<http://www.encolombia.com/medicina/gastroenterologia/gastro16402tra-efectos.htm>> Acesso em 10/07/2009.

WHITMONT, C. E. **Retorno da Deusa**. São Paulo: Summus, 1991.

_____. **A Busca do Símbolo**. São Paulo: Cultrix, 1995.

WHO. Department of Health Statistics and Information. **The global burden of disease: 2004 update**. Geneva, 2008.

WOODMAN, M. **A coruja era filha do padeiro: obesidade, anorexia nervosa e o feminino reprimido**. São Paulo: Cultrix, 1995.

_____. **Vício da perfeição: compreendendo a relação entre distúrbios alimentares e desenvolvimento psíquico**. São Paulo: Summus, 2002.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UMESP.



Universidade
Metodista
de São Paulo

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-UMESP

Data: 29/06/2009 - Prot. Nº. 265616-09

CAEE: 0054.0.214.000-09

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UMESP

Título do Projeto de Pesquisa: Intervenções lúdicas aplicadas à dispepsia funcional.

Pesquisador Responsável: Fábria Rimoli.

Curso/Faculdade: Faculdade da Saúde.

O Comitê de Ética em Pesquisa reunido em **29/06/2009** deliberou como segue sobre o protocolo em questão:

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo *investigar o nível de stress em pacientes com diagnóstico de dispepsia funcional quando submetidos à intervenção lúdica combinada a técnicas de imaginação ativa*; e como objetivos específicos a) *identificar sintomas de stress, em suas diversas modalidades somatopsicológicas para pessoas com diagnóstico de dispepsia funcional*; b) *conhecer os significados, a representação mental dos sintomas da dispepsia funcional através da técnica de imaginação ativa, para as pessoas com este diagnóstico* e c) *verificar se o lúdico favorece a elaboração de novas atitudes, atribuindo significados aos sintomas, ativando a integração psíquica e as interações sociais de pessoas com diagnóstico de dispepsia funcional. A pesquisa será realizada com dez pacientes portadores de doenças funcionais gastrintestinais, dispepsia funcional, encaminhados por médicos de Unidades Básicas de Saúde e por Planos de Saúde particulares e empresariais da cidade de São José dos Campos, no Estado de São Paulo. A intervenção será realizada em dez encontros, todos operacionalizados através de técnicas de imaginação ativa; expressões artísticas como pintura, desenhos e modelagem; técnicas lúdicas; jogos, brinquedos e brincadeiras semidirigidas no decorrer de cada sessão. O participante, seguindo o ritmo de cada um, se relacionando com o lúdico e com o grupo, será motivado a apresentar suas elaborações mentais, abstrair o significado simbólico da somatização gástrica, construir estratégias de ação e agilizar processos mentais e de socialização. Todos os convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, passarão por uma entrevista semidirigida (Anexo B); pelo Inventário de Sintomas de Stress para adultos de LIPP – ISSL (Anexo C), antes da sua entrada no grupo lúdico e ao final das dez sessões. Após leitura, análise do projeto e exame criterioso de todos os itens que compõem os documentos do Protocolo de Pesquisa, incluindo os itens presentes no Roteiro de Checagem para o parecerista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi constatado que nada consta no processo que fira os princípios e normas da ética em pesquisa.*

O CEP-UMESP considera o projeto de pesquisa **APROVADO**, lembrando que a condição de aprovação da pesquisa propriamente dita exige o que segue:

- Que sejam encaminhados ao CEP-UMESP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais)

Campus Rudge Ramos
Rua do Sacramento, 230 • Rudge Ramos
09640-000 • São Bernardo do Campo • SP

Campus Vergueiro
Av. Senador Vergueiro, 1301 • Jardim do Mar
09750-001 • São Bernardo do Campo • SP

Campus Planalto
Rua Dom Jaime de Barros Câmara, 1000 • Planalto
09895-400 • São Bernardo do Campo • SP

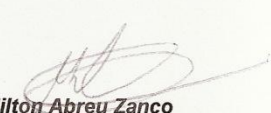
Campus São Paulo
Rua Silva Bueno, 1660 • Ipiranga
04208-050 • São Paulo • SP

Tel.: (011) 4366.5600
www.metodista.br



- Que sejam notificados ao CEP-UMESP eventos adversos que tenham ocorrido no curso da pesquisa e que sejam significativos do ponto de vista ético e metodológico;
- Que sejam notificadas eventuais emendas e modificações no protocolo de pesquisa

São Bernardo do Campo, 29 de junho de 2009.



Prof. Dr. Nilton Abreu Zanco
Coordenador do CEP-UMESP

Campus Rudge Ramos
Rua do Sacramento, 230 • Rudge Ramos
09640-000 • São Bernardo do Campo • SP

Campus Vergueiro
Av. Senador Vergueiro, 1301 • Jardim do Mar
09750-001 • São Bernardo do Campo • SP

Campus Planalto
Rua Dom Jaime de Barros Câmara, 1000 • Planalto
09895-400 • São Bernardo do Campo • SP

Campus São Paulo
Rua Silva Bueno, 1660 • Ipiranga
04208-050 • São Paulo • SP

Tel.: (011) 4366.5600
www.metodista.br

ANEXO B – ESCLARECIMENTO PARA ENCAMINHAMENTO MÉDICO

INTERVENÇÕES LÚDICAS APLICADAS À DISPEPSIA FUNCIONAL

Fábia Rímoli.*

Este projeto se propõe à promoção de saúde, a pesquisa visa à saúde social, a promover o bem estar, à integração social através do tratamento de sintomas, a propiciar maior habilidade no convívio e às atividades em comunidade. Doenças funcionais gástricas são consideradas epidemia, questão de saúde pública, imagem do mundo contemporâneo, responder psicossomaticamente à dor emocional, com dificuldade de simbolizar no campo abstrato não cria representação mental para o sintoma.

A pesquisa tem como objetivo geral investigar o nível de *estresse* em pacientes clínicos com diagnóstico de dispepsia funcional quando submetidos à intervenção lúdica combinada a técnicas de imaginação conduzida. E como objetivos específicos identificar sintomas de *estresse*, em suas diversas modalidades somatopsicológicas; conhecer os significados, a representação mental dos sintomas da dispepsia funcional através da técnica de imaginação conduzida; verificar se o lúdico favorece a elaboração de novas atitudes, atribuindo significados aos sintomas, ativando a integração psíquica e as interações sociais.

Será realizada com dez pacientes portadores de doenças funcionais gastrintestinais. Como critérios de inclusão, os participantes deverão ter entre 20 e 60 anos, do sexo masculino e feminino. Ter diagnóstico médico de doenças funcionais gastrintestinais, com sintomas gástricos por somatização - dispepsia funcional segundo os critérios de Roma III: presença de sintomas sabidamente originados da região gastroduodenal, sem evidências de alteração orgânica, sistêmica ou metabólica que explique tais sintomas. Estes, por sua vez, são: dor epigástrica (sensação desprazerosa e subjetiva no epigástrio – abdômen superior), queimação epigástrica (sensação incômoda de calor no epigástrio), empachamento pós-prandial (sensação desagradável de permanência do alimento no estômago por longo tempo) e saciedade precoce (sensação precoce de estômago cheio ao se alimentar, desproporcional à quantidade de alimento ingerido, a qual impede o término da refeição). Os sintomas devem ter se iniciado a no mínimo seis meses do diagnóstico, devendo estar presentes e ativos nos últimos três meses.

Todos os participantes serão informados tratar-se de uma pesquisa para investigar a confluência de técnicas de imaginação conduzida e intervenções lúdicas nas doenças funcionais gastrointestinais, dispepsia funcional de pacientes que somatizam gastrite. Todos serão convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, passam por uma entrevista dirigida; pelo Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de LIPP – ISSL, antes da sua entrada no grupo e ao final das dez sessões.

O procedimento acontecerá numa sala de consultório de psicologia clínica, particular, para atendimento psicoterapêutico. O grupo se reunirá em dez sessões semanais com duração de uma hora cada, com horário fixo e pré-determinado. O procedimento contará de duas etapas, contando com quatro sessões cada, uma para conhecer a imagem mental dos sintomas da dispepsia funcional através de técnicas de imaginação conduzida e outra com intervenção lúdica para possibilitar a assimilação de novos padrões mentais e a dissolução do estresse que favorece a dispepsia funcional.

* Psicóloga clínica há 30 anos, especialista em clínica pelo CRP e na abordagem junguiana pela PUC-SP; professora universitária - UNIP; professora na pós-graduação em Psicologia Analítica - PAEEON/UNISAL; mestranda em psicologia da saúde pela UMEP. fabiarimoli@uol.com.br

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO – FACULDADE DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui informado (a) da pesquisa **Intervenções lúdicas aplicadas à dispepsia funcional** e que poderei ter esclarecimentos antes e durante a pesquisa sobre a metodologia adotada. A pesquisa tem por objetivo investigar a influência das intervenções lúdicas na diminuição dos sintomas de portadores de dispepsia funcional. O estudo traz benefício pois visa à promoção da saúde e do bem estar social, a construção de relações sociais, com comportamentos e relações psíquicas saudáveis; diminuição de fatores estressores e dos sintomas da dispepsia funcional; não apresenta riscos ou desconfortos para os participantes. A intervenção será realizada em grupo de dez pessoas. Para coleta de dados será realizada, com cada participante, uma entrevista psicológica semidirigida e a aplicação do Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de LIPP (ISSL) antes e depois do procedimento grupal que contará com técnicas de imaginação conduzida e intervenções lúdicas. Este estudo tem caráter acadêmico e será realizado pela mestranda Fábía Rímoli e orientado pela Prof^a Dr^a Vera Maria Barros de Oliveira do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo. Declaro ainda ter compreendido que não sofrerei nenhum tipo de prejuízo de ordem psicológica ou física e que minha privacidade será preservada. Concordo que os dados sejam publicados para fins acadêmicos ou científicos, desde que seja mantido o sigilo sobre a minha participação. Estou também ciente de que poderei a qualquer momento, comunicar minha desistência em participar do estudo e que não haverá custo ou compensação financeira para os envolvidos no presente estudo; que tenho liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização.

Contato:

Universidade Metodista / Pós-Graduação em Psicologia da Saúde; tel.: 11 43665351.

Pesquisadora Fábía Rímoli, tel.: 12 39225556.

Portanto, eu, _____,

Consinto em participar da pesquisa acadêmica que tem por objetivo: investigar a influência das intervenções lúdicas na diminuição dos sintomas de portadores de dispepsia funcional.

São José dos Campos, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do participante: _____

Documento de Identidade (RG): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura do orientador da pesquisa: _____

ANEXO D - ENTREVISTA PSICOLOGICA DIRIGIDA

ENTREVISTA PSICOLOGICA DIRIGIDA

Data da Entrevista _____
 Nome _____
 Escolaridade _____ Religião _____ Faixa salarial _____
 Data de Nascimento _____ Idade _____ Estado Civil _____
 Endereço _____
 Telefone _____

Encaminhamento médico: _____
 Queixa apresentada nas consultas médicas: _____

Descrição e Evolução do distúrbio funcional gastrointestinal, sintomas gástricos somatizados, dispepsia funcional : _____

Sintomas específicos da dispepsia funcional a serem verificados

- dor epigástrica (sensação desprazerosa e subjetiva na parte superior do abdômen) ()
- queimação epigástrica (sensação incômoda de calor na parte superior do abdômen) ()
- empachamento pós-prandial (sensação desagradável de permanência do alimento no estômago por longo tempo) ()
- saciedade precoce (sensação precoce de estômago cheio ao se alimentar, desproporcional à quantidade de alimento ingerido, a qual impede o término da refeição ()

Frequência dos sintomas: _____

Remissão de sintomas: _____

Período ou intervalo dos sintomas: _____

Fez / faz tratamentos psiquiátricos? Conte-me um pouco: _____

Fez / faz tratamentos neurológicos? Conte-me um pouco: _____

Fez ou faz acompanhamento terapêutico? _____

Que tipo de acompanhamento terapêutico? _____

Faz algum outro tipo de acompanhamento? _____

Fez ou faz uso de medicamentos para gastrite? _____

Fez ou faz uso de ansiolíticos e / ou antidepressivos? _____

Faz uso de antiinflamatórios? _____ Com que finalidade? _____

Faz uso de outro tipo de medicação? _____

Fez / faz uso de cigarros? _____

Fez / faz uso de drogas? _____

Fez / faz uso de álcool? _____

Qual o seu tipo de alimentação? _____

Como se relaciona com a alimentação? Associa um consumo maior à ansiedade? _____

Faz alguma reeducação alimentar? _____

Faz alguma restrição alimentar? _____

Faz regimes alimentares para emagrecer? _____

Já fez alguma cirurgia? Qual? Quando? _____

Existe algum outro problema de saúde? Qual? _____

Possui algum outro sintoma? _____

Quais são as situações que deixa você mais estressada? _____

São situações esporádicas? _____

São situações familiares? _____

São situações profissionais? _____

São outras situações? _____

Como se sente no trabalho? Como é sua relação com a profissão? _____

Você sabe dizer durante o dia quais os momentos em que se sente melhor? _____

Quais são as situações que deixa você mais relaxado, alegre? _____

O que faz como lazer? _____

Faz associação com algum fato ou episódio característico no desenvolvimento psíquico ou com o início ou a frequência das crises de gastrite?

Associa o aparecimento dos sintomas a conflitos emocionais?

Constituição familiar: _____

Onde e como você mora: _____

Com quem você mora: _____

Como são as relações entre os familiares: _____

Como são as suas relações sociais: _____

ANEXO E – TRANSCRIÇÃO DO EXERCÍCIO DO BRINCAR – NAVIO

DÁLIA: “Tem que ter um capitão para comandar o navio.”

LÍRIO: “Pode ser quem tá com a tartaruga, para ser uma viagem lenta.”

JASMIM: “Olha o enjô... Alguém tem um dramim aí?”

PESQUISADORA (P): “Observe como vocês se sentem, qual é o sentimento que surge?”

ROSA: “Sensação de aproveitamento da alegria... de volta à infância.”

P: Eu reencontro o que, com a minha parte que não tinha dor?

ROSA: “Com a liberdade.”

AZALÉIA: “Não ficar ridícula, porque eu sei que aqui ninguém vai falar nada.”

P: O que vocês reencontram nessa viagem? O que foi retratado?

LÍRIO: “Eu vivi uma alegria gostosa, uma sensação de conforto. O toque dá uma sensação de conforto.”

VIOLETA: “Não dava tempo de você pensar muito. Quando você pegava um brinquedo, já tocava em outra pessoa. E eu só peguei jogo... Engraçado!”

DÁLIA: “Para mim, foi aventura. Sai de tudo isso que a idade, os anos de vida que a gente passa tentando vestir as fantasias que vai criando no dia-a-dia. Porque a gente deixa tudo isso com a infância... Coragem, liberdade de se expressar. Quando a criança não tem medo, ela vai à onda do brincar. Eu senti nitidamente isso, uma vontade de brincar... trazer isso da criança, essa aventura da viagem... trazer coisas novas. Uma vontade muito grande de viver uma aventura.”

ROSA: “Porque a gente acha que tá todo mundo criticando, a gente tem medo de críticas.”

P: Como você se sentiu conduzindo esse barco?

ROSA: “Senti-me a própria tartaruga, com responsabilidade, mas *light*.”

ACÁCIA: “Eu achei que você foi mais rápido que a tartaruga.”

P: Parece antagônico, mas o que você encontrou aí com a tartaruga, mas pode ser assim.

ROSA: “Mais lenta né?”

P: Não sei se mais lenta, mas se apresentar. Você teve a coragem de se apresentar. Estamos falando de poder sair da crítica. O que a gente faz quando joga?

AZALÉIA: “A gente se arrisca, compete, lida com a vitória e a frustração da perda.”

JASMIM: “Precisa do outro.”

P: Lida com a regra. Tem a bola, com o vai-e-vem, trazendo novas possibilidades.

LÍRIO: “E teve o coelhinho para alegrar.”

CRAVO: “É um gato... é o carinho, a ternura.”

ACÁCIA: “O gato gosta de carinho.”

P: O gato é diferente do cachorro: ela vai, enrosca, mas não é submisso. O cachorro é dependente, o gato não.

DÁLIA: “Falamos que o cão se fixa no dono e o gato na casa.”

P: O gato se fixa nele mesmo, ele sabe onde está sua referência.

GIRASSOL: “Quem tem gato sabe, ninguém segura o gato. Ele sai, come e volta. Eu sei que ele volta, mas não é de ninguém.”

DÁLIA: “Mas gozado... Nessa viagem, veio muito à minha mente o que a gente faz... os sonhos... os ideais... Aquilo que a gente idealiza desde pequeno, quando a gente se torna pensante. Eu acho que essa viagem que a gente faz, buscando esse ideal dentro de si... Esse encontro com você mesmo.”

P: O que você encontrou?

DÁLIA: “Algo muito saboroso, muito gostoso. Um grupo com o mesmo objetivo... A gente fez essa viagem procurando harmonia consigo e com tudo à sua volta.”

P: O que você levou para esse grupo?

DÁLIA: “Eu fui com o objetivo de me distrair, curtir e buscar o prazer.”

P: E encontrou o quê?

DÁLIA: O prazer.

ORQUÍDEA: Eu me imaginei assim... no fim de ano, buscando coisas novas.

P: E encontrou o quê?

ORQUÍDEA: “Alegria... Mais alegria.”

LÍRIO: “Eu acho que o grupo todo se destravou assim, pela alegria, pela vontade de brincar. Se destrancou, sem se preocupar com a crítica.”

P: A senhora foi com o quê?

LÍRIO: “Com aquela vontade de ser recebida.”

P: O que foi destravado?

LÍRIO: “Eu destravei porque nunca na minha vida eu ia pegar num baralho... fazer um terno.”

P: E encontrou o quê?

LÍRIO: “Uma coisa boa.”

P: Qual coisa boa?

LÍRIO: “Uma coisa fresca que coloquei pra dentro e limpou... aquela soda que liberou.”

ACÁCIA: “Sabe aquela hora que eu disse ninguém vai ver a gente? Na hora eu retomei uma brincadeira que eu e minhas primas fazíamos com cadeiras amarradas. A gente fingia que era um barco, remava e cantava. Às vezes era trem, era casa... Quando era trem apitava.”

P: O que você reencontrou?

ACÁCIA: “Parecia que eu tava brincando, ali na infância. Dando asas para a imaginação. Porque tinha uma parte da vida que era muita preocupação, com a doença do meu pai. Mas tinha outro que era o lado das nossas brincadeiras. Eram feitas com muita vontade... eram radicais.”

P: Talvez tenha ficado dividido como se o brincar fosse esquisito, escondido... como se ficasse num canto. Poder resgatar isso...

VIOLETA: “Como se fosse menos que o outro lado, ridículo, bobo. É o lado que é menos... Parece menos importante.”

ACÁCIA: “Mas foi legal, porque quando você tem problemas difíceis na infância, você esquece as coisas boas. Numa família, com o alcoolismo... as coisas são bem diferentes, a parte boa da infância é especial, muito intensa.”

P: Fica como se aquilo não fosse bom. O que você trouxe na barragem... Precisa drenar.

LÍRIO: “É igual quando você passa de ano e sua amiga não. Você quer rir porque passou e ta alegre, mas não pode porque a outra não passou... Ou não pode arrumar namorado.”

P: É errado ser alegre. Vanusa, o que você encontrou?

VIOLETA: “Eu levei para o grupo boa vontade e recebi acolhimento. Mas tive dificuldade de encontrar essa alegria da infância. Eu consigo acessar isso com a bola porque gostava muito... Gosto até hoje. O físico não ajuda, mas quando dá, eu jogo. Mas eu tive dificuldade para encontrar essa infância feliz e alegre.”

P: O que você encontrou?

VIOLETA: “Eu não sei.”

P: Olhe para você de novo.

VIOLETA: “Então... Eu fui com a boa vontade de procurar fazer o máximo para realizar o que tinha que ser realizado. Mas eu não consigo acessar a emoção. Eu não me senti ridícula porque não me sinto ridícula quando faço essas dinâmicas.”

P: Mas você tinha um sorriso.

VIOLETA: “O sorriso faz parte da brincadeira.”

P: Mas havia um sorriso aí... Existiu um sorriso, não tava tão formatada assim. O que era? Alguém viu alguma coisa?

LÍRIO: “Eu achei que ela tava sorrindo, mas ao mesmo tempo não queria sorrir.”

DÁLIA: “Eu acho que a VIOLETA pegou uma tarefa que é uma coisa que ela gosta. Você tentou interagir com o grupo para cumprir essa tarefa.”

P: Mas ela tinha um sorriso...

CRAVO: “Pelo menos naquele momento ela tava alegre.”

JASMIM: “Existe uma alegria ali dentro que falta aflorar.”

P: Você a viu?

JASMIM: “Pouco, mas ela existe.”

DÁLIA: “Acho que falta espontaneidade.”

P: É que a gente vê o que é difícil, o que falta. Mas a gente precisa ver o que pode ir para frente... Como a tartaruga que conduziu. Como juntar? Como fazer as conexões?

VIOLETA: “Acho que o que ela falou acontece.... Porque, na minha família você não podia se expressar. Toda vez que encontro minha mãe eu não posso mostrar alegria porque ela ta sempre reclamando... Então a gente não pode mostrar essa alegria porque o mundo ta desabando em volta.”

JASMIM: “A gente ainda fica preso no que o outro vai pensar de você, o que ele vai dizer. O que a gente precisa é saber lidar com a situação. Saber o que falta pra gente e como a gente ta lidando com a situação. No caso do jogo isso apareceu, porque a vida da gente é um jogo. A gente perde, às vezes ganha. A brincadeira resgata um pouco o que perdeu.”

P: O que você encontrou?

JASMIM: “Foi esse resgate da infância... Se soltar, chutar o balde. Mas falta conseguir se soltar totalmente.”

GIRASSOL: “Eu, infelizmente perdi o barco, cheguei atrasada.”

P: Mas chegou com o microfone...

GIRASSOL: “Eu entrei na aula de canto e de violão quando minha filha foi fazer intercâmbio, para me distrair. Ela ligava para mim de um barco e contava que tava passando mal.... Ela só queria dividir... Depois eu aprendi isso. Então eu entrei na aula de canto e comecei a me cobrar.... A gente começa a se cobrar. Parei primeiro o canto... Eu olhava o outro cantando tanto... Então esse negócio de brincar, eu levo a sério a brincadeira. O adulto é assim. “Cada um carrega o dom de ser capaz de ser feliz”, como diz a música do Almir Sater. Então esse negócio de gato... Eu quero ser igual a ele porque sempre me preocupo com o que o outro pensa.”

AZALÉIA: “Eu, na verdade, me senti desconfortável. No começo eu gostei. Eu só peguei jogos e quando o meu brinquedo voltou, o peguei e não queria soltar mais. Sabe assim... Coisa de criança “esse é o meu brinquedo. Então você falou para representar... me senti desconfortável... Não tava mais inteira na brincadeira. Me senti rejeitada, fiquei num canto. Me senti representando, eu me via como se eu tivesse de fora, me vendo.”

AZALÉIA: “Quantas vezes a gente faz isso na vida...”

P: A gente se sente rejeitada e se isola.

AZALÉIA: “E fica boba.”

CRAVO: “Ali eu me senti bem porque tava um pouco agitada... Todo mundo reencontrou o seu brinquedo e eu não.”

P: O que você encontrou de você?

CRAVO: “Acho que eu quebrei um pouco disso, dessa dificuldade de me incluir, de interagir. Foi um pouco de interação mesmo, poder doar para o grupo.”

P: Tulipa...

TULIPA: “Ah! Eu fiquei numa posição bastante ridícula quando congelou... Fiquei de quatro...”

P: Como é olhar para o outro de outro ângulo?”

TULIPA: “Quando começou a brincadeira eu achei que não daria para participar... Então a gente começou a inventar uma peça e a cantar e eu me senti incluída.”

ACÁCIA: “É, inventei uma peça...”

P: Isso é importante porque a gente fica presa no padrão e não sabe o que fazer. É preciso pegar um fio... Às vezes é possível, outras não. O que eu ganho no que é possível. Qual é a possibilidade? Que fio eu vou puxar para me conectar às novas possibilidades?

ACÁCIA: “Foi legal jogar. Ninguém ficou sozinha no barco. Eu achei ela (aponta para TULIPA). Teve o pessoal dos jogos...”

LÍRIO: “Eu acho que fui egoísta porque estava tão bom brincando com o baralho dela que eu fiquei com ele... Eu podia ter dividido com o outro.”

AZALÉIA: “Eu troquei um brinquedo de brincar sozinha por um de brincar com o outro.

PAPOULA: Eu acho que hoje fiquei totalmente despreocupada... Simplesmente tava ali brincando. Acho que é isso que eu preciso, de algum momento para tirar essa preocupação e ficar comigo, sem preocupação. “Porque o importante é ser feliz.”

P: Hoje ganhamos isso: poder quebrar padrões, sair da formação e acrescentar algo novo. Puxamos um fio... Fiquem nele, porque quanto mais a gente usa, a gente tece outro padrão, agiliza novas atitudes, transforma.

ANEXO F – TRANSCRIÇÃO DE EXERCÍCIO DE IMAGINAÇÃO

“Prepare-se para fazer a sua visualização, vá acompanhando seguindo o que eu digo da melhor forma possível, visualizando em sua mente o que eu for descrevendo e pedindo para que veja. Respire suavemente por quatro vezes, respire... prenda a sua respiração e solte bem devagar... depois de respirar fundo por quatro vezes acomode-se de um jeito bem confortável e vá relaxando as diferentes partes do seu corpo... solte-se e imagine que o relaxamento está se espalhando por todo o seu corpo... (o relaxamento é orientado para que o indivíduo vá percebendo as partes do seu corpo e prestando a atenção na respiração). Agora o estômago, aperte e relaxe, solte, inspire e solte... e agora imagine que você está se transportando para aquele lugar só seu, naquele lugar que se sente seguro, relaxado, confortável, fique neste lugar em paz sozinho por alguns momentos. Agora com a sua mente e a sua imaginação sinta qualquer lugar do seu corpo em possa estar se aglomerando células anormais, fixe esta parte do seu corpo e focalize, concentre-se nesta área de perigo e como se tivesse um microscópio muito potente visualize as células do seu corpo, deixe que a sua mente visualize melhor, como são? Esquisitas, agressivas... seja como for deixe que elas fiquem ali algum tempo em sua mente... Agora quero que sinta, deixe surgir na sua mente a imagem do seu glóbulo branco: competente, dinâmico, inteligente, ágil... seja qual fora a formatação que traga para ele, traga-o para perto de si, converse com ele, dê a missão de patrulhar o seu corpo, liderar, perceber a presença de qualquer célula anormal, preste atenção no nível dos glóbulos, ele tem todo o poder para liderar os outros glóbulos, liderar uma missão... para lhe dar mais força, mais mobilidade, mais velocidade... Agora pergunte a ele o que quer que ele faça para ajudá-lo a enfrentar bem o seu trabalho, converse com ele, faça um pacto, dê a certeza que você vai fazer tudo o que é possível para se sentir bem. Dê instruções, diga o que quer que ele faça, diga-lhe que voe quer que ele vasculhe o seu corpo, todas as partes do seu crânio, todos os órgãos, destruindo as partes anormais, eliminando através do seu corpo... e não se esqueça de deixar claro que isto tem que ser feito 24 horas por dia, mesmos que não esteja pensando nisso. Veja se não esqueceu nada, diga tudo o que os seus glóbulos brancos têm de fazer e agora mande o líder para dentro do seu corpo, para que ele lidere o seu corpo, para que aja do alto da sua cabeça, até as solas dos seus pés, para que aja em cada centímetro de você, veja os seus glóbulos brancos... digerindo, mandando para fora do seu corpo as células anormais ... sinta esta luta, esta ação... agora perceba, sinta o seu corpo limpo, livre, liberto e saiba que a ação dos seus glóbulos brancos vai continuar, por 24 horas, todos os dias, sempre... e se sinta cheia de alegria e bem estar, feliz, saudável, fazendo as coisas que você gosta muito... e agora continue a viver.”

ANEXO G – TRANSCRIÇÃO DAS TROCAS RELACIONAIS ENTRE OS PARTICIPANTES

Participantes e trocas ao final do grupo:

LÍRIO entregou o mel para VIOLETA dizendo: “Quero que você adoce a sua vida, porque eu não preciso mais... Eu já tô doce.”

ACÁCIA: “Eu acredito que esse vulcão que você tinha dentro (falando para LÍRIO), todo mundo tem. Ele fica lá, adormecido, mas um dia sai. São as burradas que a gente faz e depois fica com dor de cabeça.”

PESQUISADORA: O que vocês propiciaram a vocês mesmas? Vocês formaram uma teia... A fala de vocês hoje, o discurso, foi compondo isso. Poder brincar, poder discriminar, não ficar endurecida. Poder desapegar, tirar a pedra do caminho e colocá-la no pote... Tirá-la do pote... Encontrar o afeto, a doçura... Sair do padrão que endurece e poder entrar no que é seu. Sair da ansiedade, refletir, se permitir. Um novo propósito foi vivido: vocês estão reconhecendo, podem se olhar mais, encontrar novas possibilidades, circular entre os polos. Encontrar possibilidades para sair do sintoma. O relato de vocês foi uma grande troca. Para amarrar simbolicamente, vamos aproveitar o gancho dela (LÍRIO) e continuar a troca. Vamos ofertar e receber objetos da outra. Quando receber ou ofertar, preste atenção no significado que isso tem pra você.

VIOLETA: (recebeu o mel de LÍRIO) – “O significado do mel é a doçura e doçura compreende alegria, leveza, satisfação, flexibilidade. Engloba muita coisa.” VIOLETA (oferece a estátua a LÍRIO): - “As coisas que ela falou mexeram muito comigo. O que ela viveu parece com o que estou vivendo. No grupo vemos pessoas mais novas, mais velhas... vemos que todos temos problemas. A gente envelhece e continua com problemas. Então, que sua vida tenha essa leveza.”

ROSA (entregou o nordestino para TULIPA): - “Eu acho ela meio triste, meio quieta. Vou dar isso para ela sonhar, ficar mais extrovertida, esquecer que tem alguém olhando.”

TULIPA (deu a caixa para ROSA): - “É para você poder se abrir para colocar e tirar o que quiser.”

ACÁCIA (deu espelho para PAPOULA): - “Nela eu vi muitas coisas minhas: ter compromissos, ter que usar, aproveitar bem o tempo. Se eu ficasse sem fazer nada antes, eu achava que tava perdendo tempo e dinheiro. Acho que ela é parecida comigo, cronometra tudo, pensa em tudo.”

PAPOULA: - “É frustração quando você não consegue dar conta de tudo que planeja.”

ACÁCIA: - “Hoje não sou mais assim. Eu me vi muito em você.”

PAPOULA (dá o texto para ACÁCIA): - “Pra você ter satisfação. Você também precisa do seu tempo. A gente tem um limite e precisa aceitar que não pode tudo. Esse é meu limite... Então vou mais devagar.”

JASMIM: (deu o pote e a pedra para ORQUÍDEA) – “Também me identifiquei um pouco com as situações dela. A gente endurece e não tem leveza.”

ORQUÍDEA: (deu esponja para JASMIM) – “Eu gostei muito da palavra reciclagem, porque a gente tem que fazer isso na vida.”

JASMIM: - “Eu aceito a esponja porque absorve tudo e também serve para limpeza.”

CRAVO: (deu bloco com anotações para AZALÉIA) – “Eu comecei a ler o livro que ela tava lendo. Nos encontros sou bastante ansiosa e quando fico assim, escrevo... Isso me ajuda bastante. Vou trazer um bloco para ela porque isso ajuda e pode diminuir a ansiedade.”

ORQUÍDEA: - “Eu admiro muito você GIRASSOL. Você fala de religião... Eu queria ter uma crença... Gostaria de ser assim, mas não consigo.”

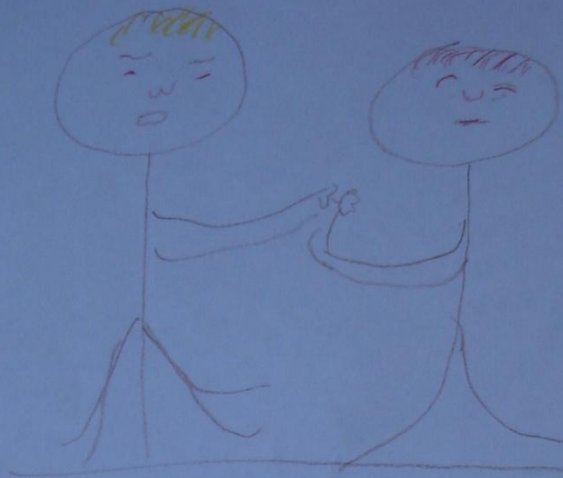
PESQUISADORA: Vocês estão trocando... Qual é a palavra que diz o que vocês estão trocando?

DÁLIA: - “Identificação, não é?” PESQUISADORA: Do que? CRAVO: - “Uma maneira de ser.”

AZALÉIA: - “Acho que é afeto.”

GIRASSOL (oferece bloco de anotações para DÁLIA): “Conheço a DÁLIA há muito tempo. Somos amigas e foi ela quem me convidou para vir aqui. No ano passado tive um ‘piti’. Às vezes é muito difícil admitir... sou rígida, moralista. Busquei ajuda externa. Procurei um psiquiatra para curar minha enxaqueca. Tem hora que você precisa buscar ajuda externa. Gosto das coisas alternativas é meio da natureza, mas tô tomando remédio. Eu fiz no desenho a ligação com o médico que alguém desenhou e também com a praia da DÁLIA. Permiti-me vestir um vestido leve, ir a uma praia. Vou dar um livro para ela escrever muitas histórias... Ela é muito criativa e me complementa. Você já sabe fazer pérolas. A gente tem que ir aprendendo mesmo, todo dia, a transformar os sintomas em pérolas. Quando vai surgir um sintoma eu penso: Que é que tô sentindo? Se você para respira, pensa, você vê tanta coisa que tá acontecendo. A gente aprende a administrar isso”.

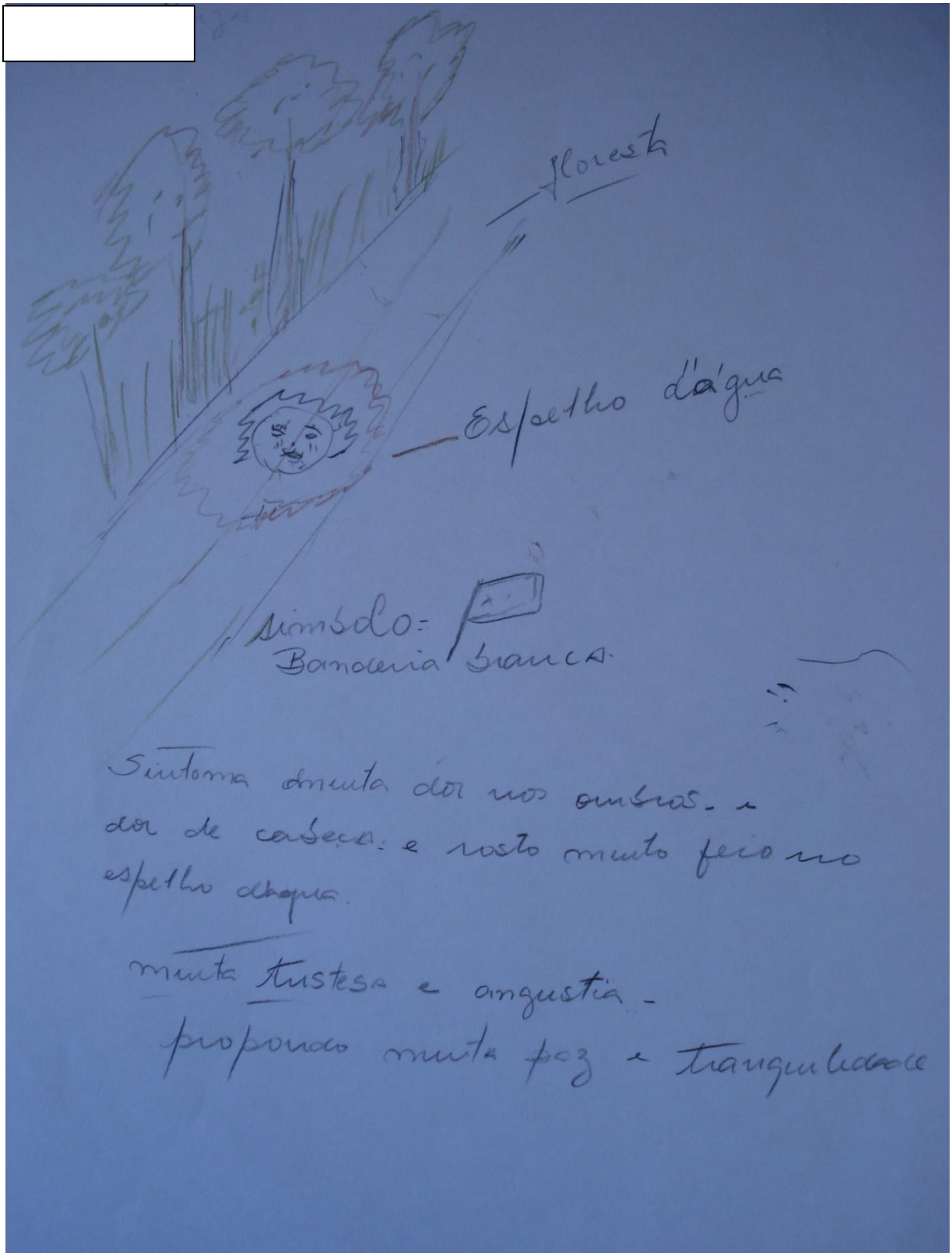
DÁLIA: - “Eu tô emocionada, nem tô conseguindo falar. [...] Quando ela falou da pérola, eu pensei que estamos tentando nos transformar numa pérola, porque nós temos capacidade e criatividade enorme, mas não sabemos explorar, acessar o inconsciente. Receba esta chave, abra esse baú que tem dentro de você, pega este espelho e veja como você é maravilhosa.”

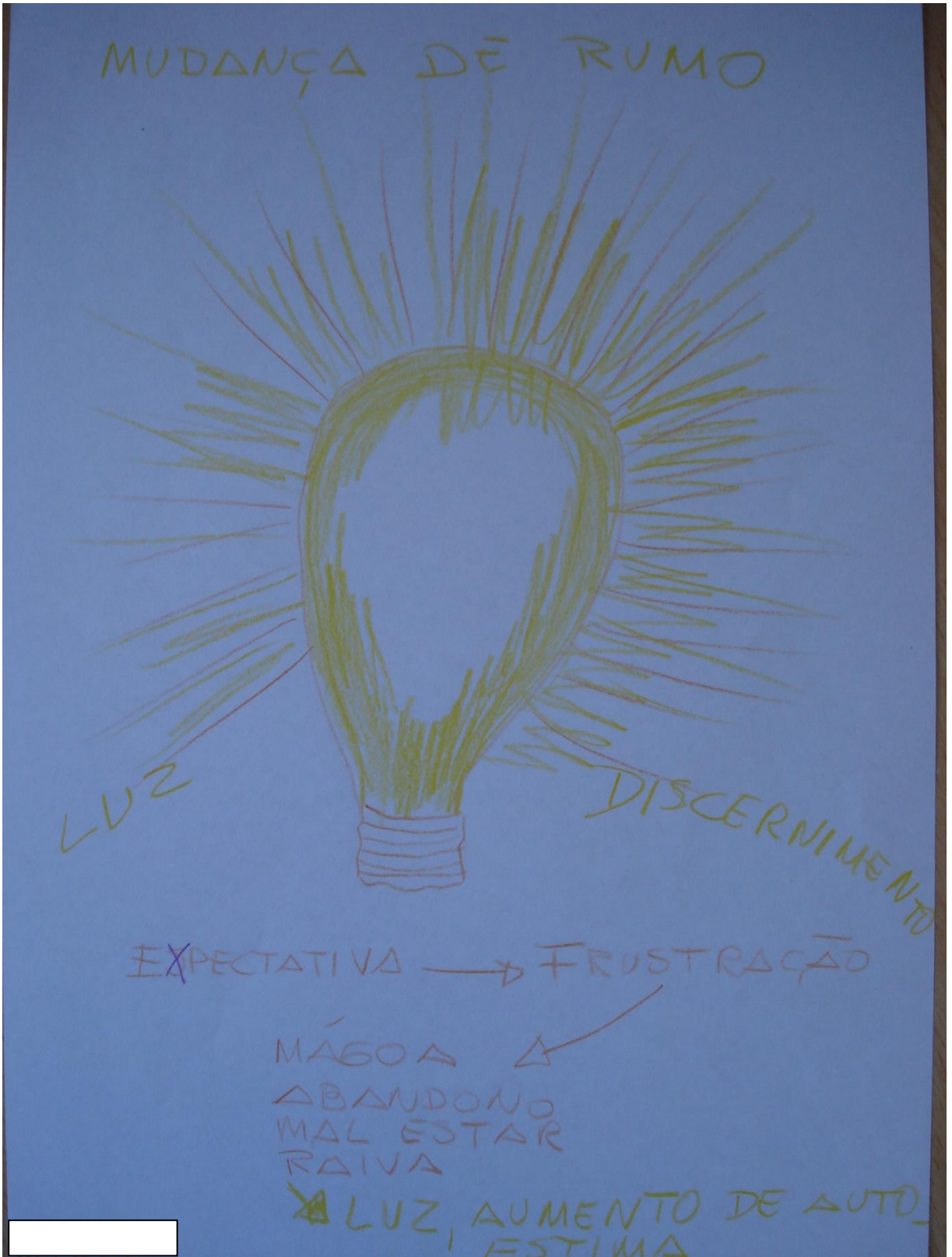


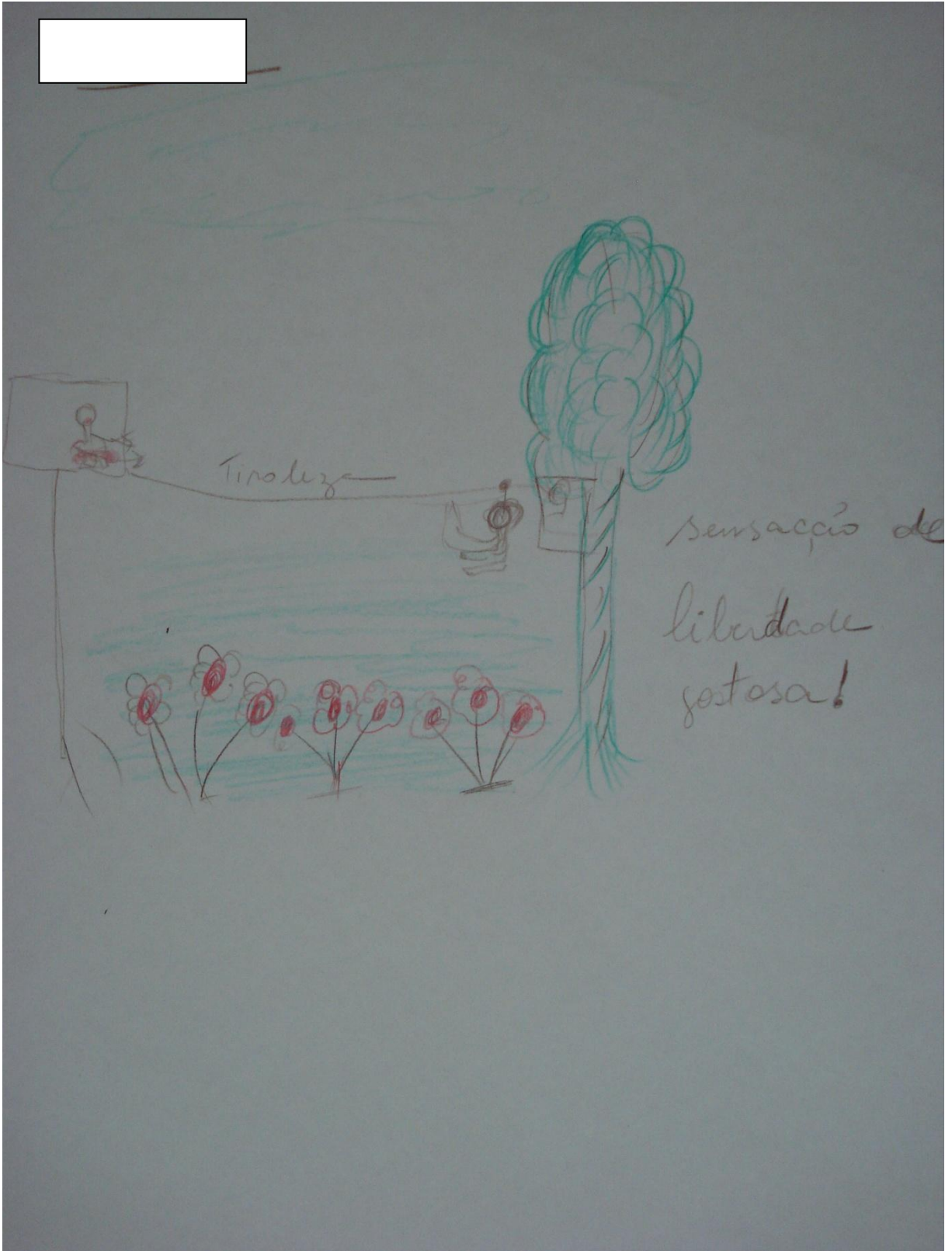
me vi novo, alegre e feliz.
 Senti pena da outra com dor
 e triste. Resolvi dar as mãos
 para ela. Com do? Não sei, talvez
 Pode ser uma força extra. para ela.
 O elo que nos une é a matã

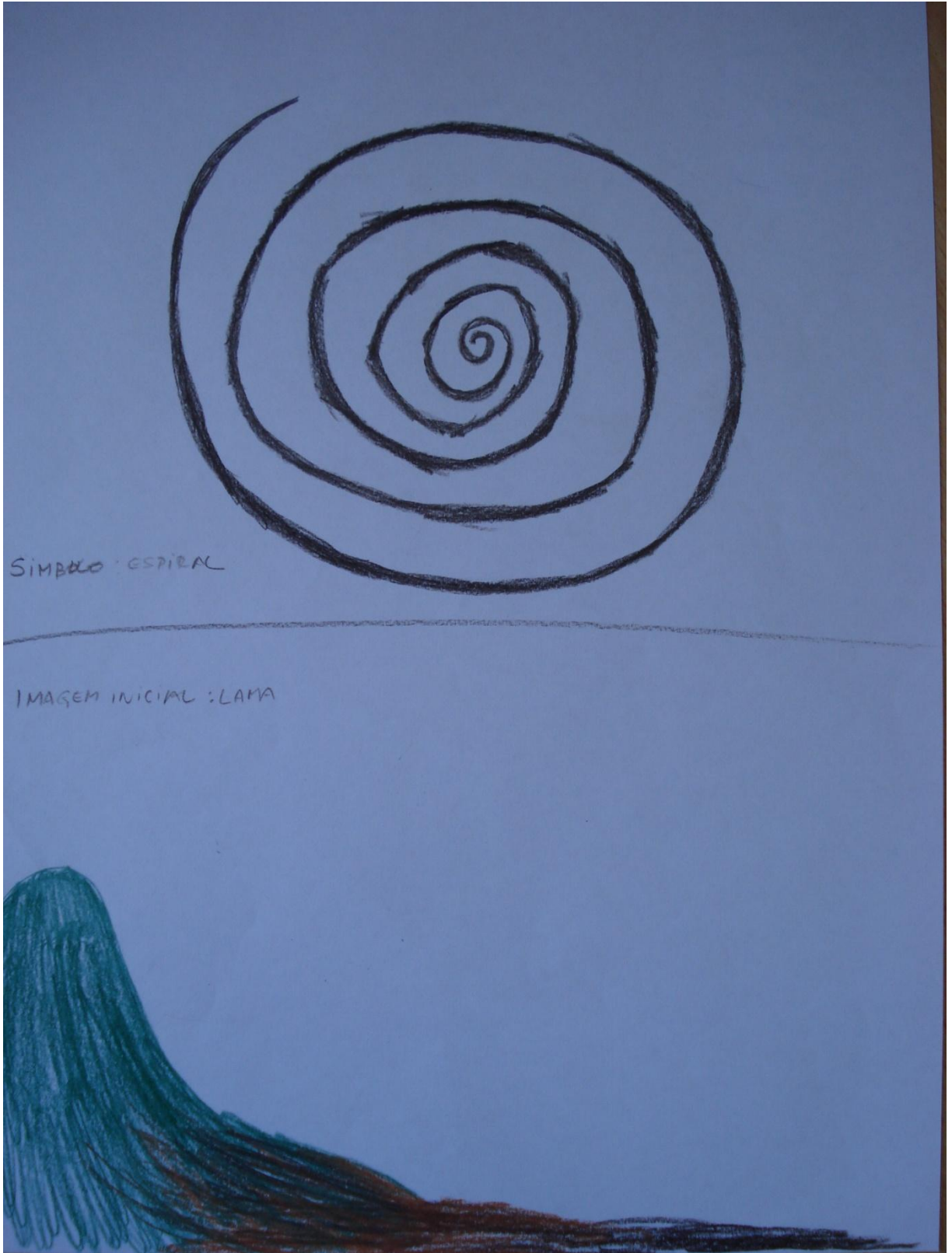
29/9/09

Essa pessoa precisa voltar a ser feliz, ~~ser~~
 alegre, não querer ser a dona do mundo,
 resolver tudo para todos.









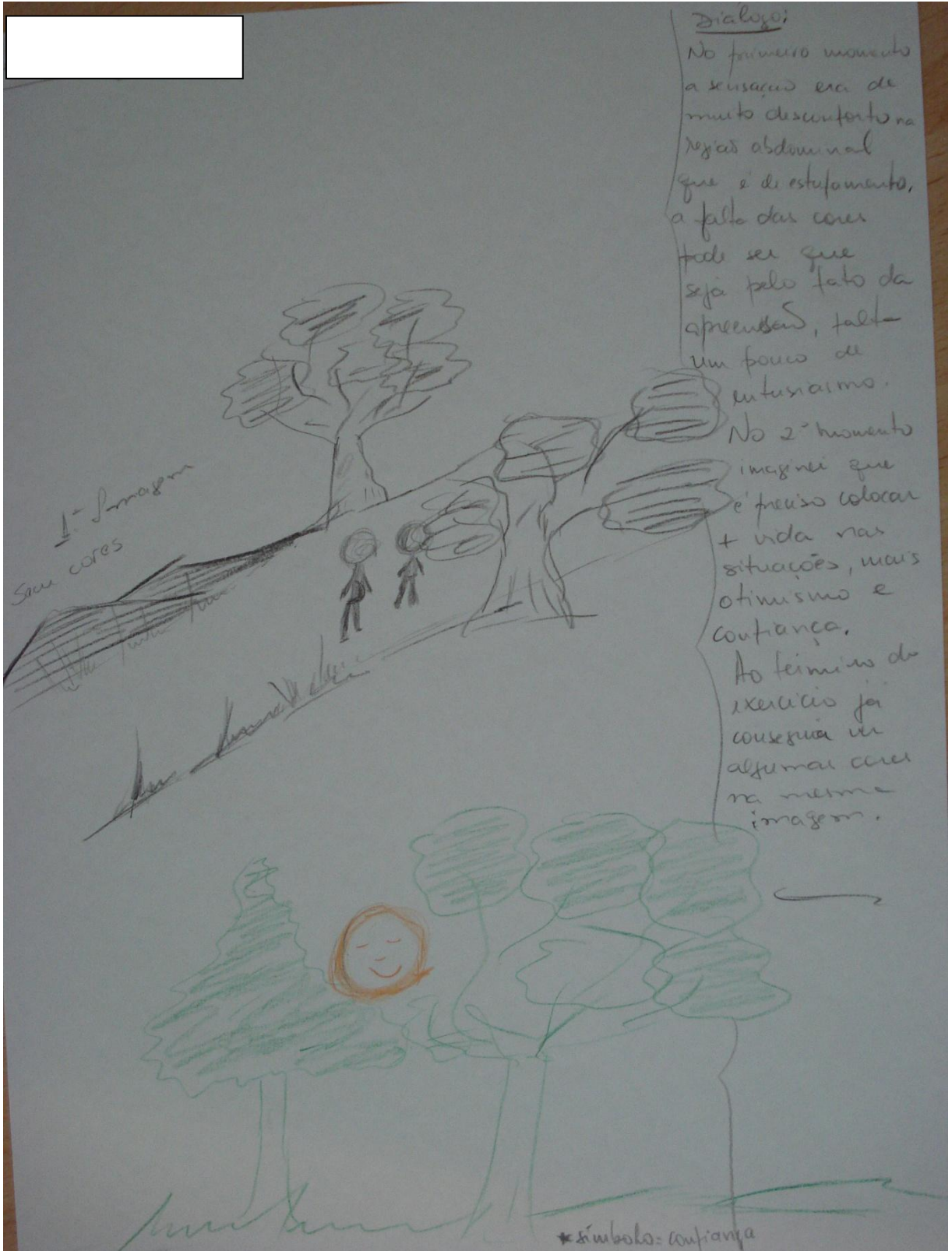
Diálogo:

No primeiro momento a sensação era de muito desconforto na região abdominal que é de estufamento, a falta das cores, todo sei que seja pelo fato da apreensão, falta um pouco de entusiasmo.

No 2º momento imaginei que é preciso colocar + vida nas situações, mais otimismo e confiança.

Até o fim do exercício foi possível ver alguma coisa na mesma imagem.

1ª Imagem
Sem cores



*símbolo: confiança



Sintoma: nó na garganta
 Imagem: Uma flecha intalada na garganta



* * *
 * Consegui tirar
 * a flecha da
 * "minha" garganta *
 * * *

Obs: No meio do processo
 Tive a sensação de
 Soltar e tinha peixe
 no ~~souho~~ (peixe p/1
 comer) -- Cochilei?



Encontro:

1ª sensação ao ver = repulsa, indignação

Dedução = Não falar **NÃO**, não manter o **NÃO** --- e ficar
 engasgado

Proposta = Falar mais "NÃO"

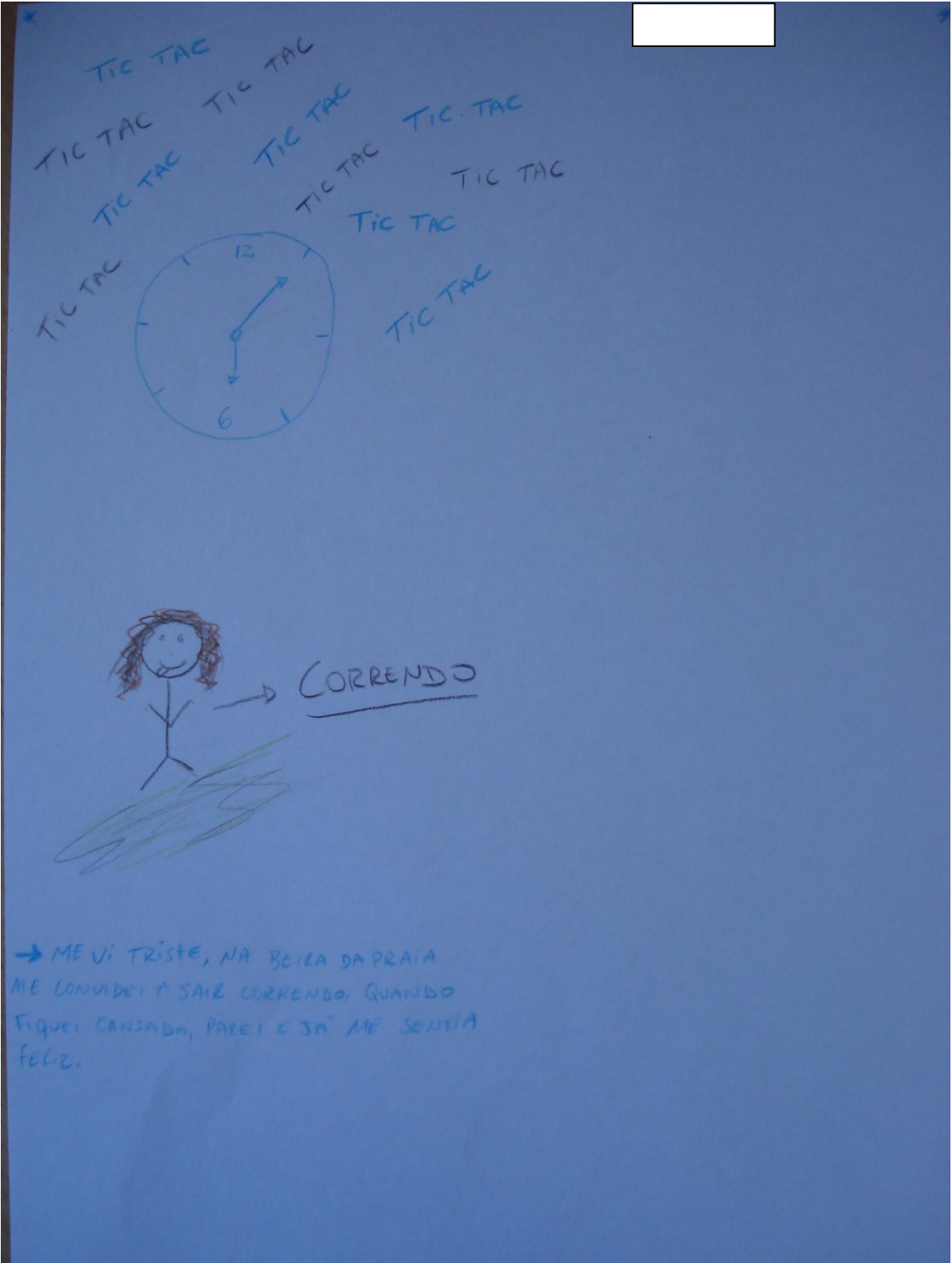
Sustentar os "NÃOS" já ditos

Falar "NÃO" sem culpa ou remorso



O ENCONTRO COM O SÍNTOMA SE DEU NUM GRUPO, COM O CÉU AZUL E O SOL BRILHANDO. O DIÁLOGO FOI DIFÍCIL, QUASE SEM FALA, SEM RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS, MAS O SÍMBOLO QUE FICOU FOI UM ENCONTRO DE MÃOS, UM PACTO DE AMIZADE E EU A DEIXEI NESSE LUGAR QUE REPRESENTA UM LUGAR DE PAZ E ALEGRIA, ONDE RECARREGO MINHAS ENERGIAS SEMPRE QUE FAÇO RELAXAMENTO.

PROPUS QUE ELA TENHA PACIÊNCIA COM ELA MESMA, O IMPORTANTE É QUE ELA ESTÁ CAMINHANDO E AS RESPOSTAS VIRÃO A SEU TEMPO.



→ ME VI TRISTE, NA BEIRA DA PRAIA
ME CONVIDEI A SAIR CORRENDO. QUANDO
FIQUEI CANSADA, PAREI E JÁ ME SENTIA
FELIZ.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)