PSICOTERAPIA DE GRUPO EM MULHERES COM DISFUNÇÃO SEXUAL

José Carlos Carpilovsky¹ ; Junia Dias de Lima²

GROUP PSYCHOTHERAPY -- FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION

Resumo: Os autores fazem algumas considerações sobre a importância da sexualidade, incluindo uma visão do papel da mulher no mundo, especialmente no Brasil. Após, abordam as dificuldades e disfunções sexuais, relacionando-as às histórias de vida, bem como às experiências sexuais atuais e pregressas. A partir disto, buscam a solução dos sintomas, através de um tratamento baseado em técnicas de terapia sexual e de psicoterapia de grupo. Subjetivamente, os terapeutas tiveram a impressão de uma melhora significativa da função sexual, inclusive associada a auto-estima. Embora o pequeno número da amostra não justificasse um trabalho estatístico, os questionários confirmaram essa avaliação. Como ilustração citam fragmentos de material clínico.

Palavras-chave: Disfunções sexuais femininas. Terapia sexual. Psicoterapia de grupo.

Abstract: The authors formulate some reflections about the importance of sexuality, including a view of woman's role in the world, particularly in Brazil. Then, the authors approach their difficulties and sexual dysfunction relating them to their life history as well as to present and past sexual experiences. From this they search for the solution of symptoms through treatment based on sexual therapy techniques and group psychotherapy. Subjectively the therapists had the impression of a significant improvement of the sexual function, also associated with self-esteem. Although the small number of the sample did not justify a statistical study the questionnaires confirmed this evaluation. As an illustration fragments of clinical material are cited.

Keywords: Female sexual dysfunction. Sexual therapy. Group psychotherapy.

Introdução

A sexualidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos quatro indicadores de qualidade de vida do ser humano. É definida por esta entidade como um aspecto central do bem estar humano, do começo ao fim da vida, envolvendo sexo, identidade de gênero,

· Parte deste trabalho foi apresentado no IX Congresso Latino-americano de Sexualidade Humana, Salvador, abril de 2006.

¹ Médico, psiquiatra e psicanalista, membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise do RJ, da Associação Psiquiátrica do RJ e da Sbrash. e-mail: jcarpi@globo.com

² Médica , ginecologista, terapeuta sexual, membro da Sociedade de Ginecologia e Obstetria do RJ e coordenadora do ambulatório de sexologia da UERJ. e-mail: junia.lima@globo.com

orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. É experienciada e expressa por pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, regras e relacionamentos. É influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Os outros parâmetros de qualidade de vida são a manutenção da vida profissional, a convivência familiar e o acesso ao lazer.

Porém, apesar da sexualidade permear todas as manifestações humanas e de sermos seres sexuais desde o nascimento até a morte, o tema vem carregado de interdições, repressões, mitos e tabus, que se perpetuam através da história. Mas, ao invés de ser encarada como uma possibilidade natural de expressão, recebemos, na maioria das vezes, uma criação sexual repressora, diferenciada em função do gênero. Provavelmente, isto se deve a fatores culturais, anatômicos e reprodutivos (PINTO; BACARAT; MACÉA, 2005).

Nunca se falou tanto em sexo como nos dias de hoje. Basta entrar em uma banca de jornal e analisar as principais revistas, independente de público alvo. A maioria vem com a palavra sexo estampada na capa, prometendo fórmulas garantidas de prazer. Prazer, beleza e juventude, agora como bens de consumo industrializados (GONÇALVES, 2005). Além disto, a indústria farmacêutica da era pós-sildenafil incrementou as pesquisas em busca de medicamentos que estimulem ou facilitem o desejo, a excitação e o orgasmo femininos (BRUNO, 2003).

Tanto falatório sobre o assunto gera, no público leigo, a sensação de que a maioria da população tem sua sexualidade bem resolvida. Há, no entanto, um longo caminho a percorrer para que isto se transforme em realidade. Assim, pesquisa coordenada por Abdo (2004) revela que 16,4% das mulheres referiam não terem tido vida sexual ativa nos últimos 12 meses. Quando questionadas sobre qualidade de vida sexual, o quesito ruim e muito ruim foi selecionado por 11,9% das mulheres entre 26 e 40 anos e 26% das mulheres com mais de 60 anos. Com relação às principais queixas femininas, 34,6% referiram falta de desejo sexual, 29,3% dificuldade para alcançar o orgasmo e 21% dor durante a relação sexual. Os maiores medos foram o de contaminar-se com DST (54,1%), não satisfazer o parceiro (45%) e engravidar (40,1%). Outras pesquisas mostram que a vivência sexual está tomando novos rumos ao se desvincular do casamento e da procriação (DIEHL; FALCKE; WAGNER, 2004). Outro trabalho, realizado pelo departamento de

sociologia da Universidade de Chicago, revela que a disfunção sexual é mais prevalente entre mulheres (43%) do que entre homens (31%). Refere também que a disfunção sexual está altamente associada a experiências interpessoais negativas, lado a lado com a queda do bem estar. Por esta forte associação entre a disfunção sexual e o prejuízo da qualidade de vida, este problema merece, nos Estados Unidos o reconhecimento como significativo problema de saúde pública (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999).

Por todo o exposto e por uma maior divulgação da possibilidade de tratamento das disfunções sexuais, vem ocorrendo um aumento da demanda para o atendimento, gerando um acúmulo de pacientes nos poucos ambulatórios que tratam estes problemas no nosso estado. Por este e por outros motivos, optamos pelo atendimento em grupo. Observamos ainda, no decurso do tempo, que a terapia sexual resolvia muitos dos sintomas, mas não solucionava os conflitos intrapsíquicos, interpessoais e familiares. Assim, pareceu-nos indicado incluir o atendimento psicoterápico. E é sobre esta experiência de cooterapia, realizada com grupos de mulheres, que pretendemos discorrer neste texto.

Sobre a Terapia Sexual e a Psicoterapia Psicanalítica de Grupo

Disfunção sexual é um “bloqueio”, total ou parcial, da resposta sexual normal. Ela é classificada em fase dependente – do desejo, da excitação e do orgasmo, e fase não-dependente -- dispareunia e vaginismo. Até a década de 50, acreditava-se que apenas os problemas emocionais poderiam desencadear a disfunção e, portanto, só a psicoterapia poderia resolvê-la. Mas a partir de Master e Johnson vislumbrou-se que uma grande parte da população tinha problemas sexuais ligados à angústia de desempenho, a tensões entre parceiros devido às dificuldades de comunicação, e à falta de informação e conhecimento sobre a sexualidade e a resposta sexual humana (KAPLAN, 1978, 1999). Além do mais, era premente o desenvolvimento de técnica terapêutica focal e breve que pudesse solucionar ou pelo menos minimizar os sintomas. Foi surgindo, assim, a terapia sexual, que consiste em um conjunto de técnicas – cognitivas, comportamentais, corporais e outras, utilizando uma abordagem ativa, diretiva e estruturada, com prazo limitado. As técnicas cognitivas – um dos principais suportes da terapia sexual – elas estão ligadas à teoria da aprendizagem, desenvolvida a partir de 1950. Baseiam-se no modelo cognitivo, segundo o qual o afeto e o comportamento são determinados pelo modo como o indivíduo estrutura sua visão do

mundo, ou seja, pelas informações que recebe e pelas interpretações que delas faz. Com isto, organiza regras e esquemas, com os quais lida nas situações habituais (RANGÉ, 1992). Segundo Vitiello e colaboradores, o uso destas técnicas visa “[...] promover uma ‘reeducação’ sexual” (VITIELLO; OLIBONI; DAUD; YABUSAKI, 1998, p.17). Como a terapia cognitiva é orientada para o problema e não para a personalidade, torna-se necessário frequentemente, uma visão intrapsíquica (psicoterapia de orientação psicanalítica). Isto, inclusive, diminui a possibilidade de recidivas (KAPLAN, 1999).

Desta forma, quando o problema está associado à ignorância de técnicas sexuais e falsas concepções, a informação e aconselhamento podem ser o bastante. Nos outros casos, é necessário, um terapeuta familiarizado com a psicodinâmica dos conflitos inconscientes. Em outras palavras, uma psicoterapia de orientação psicanalítica, como já falamos; no nosso caso, a psicoterapia psicanalítica de grupo.

Para alguns autores (ZIMMERMANN, 1957; GRINBERG; LANGER; RODRIGUÉ, 1957), a base científica da psicoterapia de grupo se iniciou com Pratt, em 1905. O grande mérito dele foi o de utilizar, de forma sistemática e deliberada, as emoções coletivas, na busca de um êxito terapêutico. Posteriormente, surgem os chamados “grupos de auto-ajuda”, de estrutura fraternal, em geral sem terapeuta. Visam mais ao controle de situações específicas do que a mudanças profundas, e se baseiam no acolhimento, na aceitação e no compartilhar. Entre eles, os AA (alcoólatras anônimos), os NA (neuróticos anônimos), os grupos MADA (mulheres que amam demais anônimas), e muitos outros.

O termo “Psicoterapia de Grupo” foi cunhado por Moreno, o pai do Psicodrama, em 1931(MORENO, 1974). Mas só funcionou em termos de psicoterapia profunda após incorporar conceitos derivados da psicanálise, através de Bion. E desenvolveu-se muito, notadamente depois de II Guerra mundial, em razão da desproporção existente entre a quantidade de pacientes necessitados e o número relativamente pequeno de psicoterapeutas para atendê-los.

No Brasil, o trabalho pioneiro é o de Alcyon Baer Bahia, apresentado em 1951 e publicado em 1954. E, nas décadas seguintes, pelos seus excelentes resultados, foi uma das melhores opções, tanto nas instituições como nos consultórios particulares. Júlio de Mello Filho (2000) nos dá uma visão histórica bastante detalhada das psicoterapias de grupo no Brasil e no mundo.

Participam do grupo 4 a 8 pacientes que se reúnem 1 a 2 vezes por semana, durante 60 a 90 minutos. No nosso caso, os grupos são relativamente homogêneos quanto aos sintomas (disfunção sexual), quanto à idade, quanto ao nível intelectual e quanto à capacidade de comunicação. Os pacientes podem falar, na sessão, o que e quando quiserem, com o compromisso de guardar sigilo do que foi dito ou ouvido. É importante, nesta seleção, o cuidado de não incluir quem possa prejudicar a si ou aos outros. Cabe ao terapeuta, apenas, a interpretação dos conflitos não conscientes, a partir das comunicações, das fantasias, das ansiedades, das defesas. Para isto, trabalha com a transferência e contra-transferência, inclusive com as transferências cruzadas (entre os participantes do grupo), com o simbolismo e com as identificações, procurando sempre compreender os papéis assumidos pelos participantes e os motivos correspondentes. O próprio fato de estar em grupo já exerce um efeito terapêutico, ligado ao compartilhar, e às identificações projetivas que se estabelecem (CARPILOVSKY; CHEBABI, 1967). E a psicologia do Self tem frizado o papel selfobjetal do grupo como protetor e acolhedor (BISKER, 1986).

Na experiência que estamos relatando, tanto no ambiente hospitalar, com seus problemas de tempo e setting, como na clínica privada, optamos por modificações da técnica clássica, acima descrita. Além disto, a psicoterapia estava intimamente associada à terapia sexual, em um trabalho conjunto, com tempo e objetivos limitados. Sendo uma psicoterapia breve e focal, interpretou-se pouco a transferência e procurou-se – e muito – compreender os processos inconscientes e os conflitos relacionados ao foco, conduta que já vem de experiências anteriores. Técnicas psicanalíticas breves têm sido divulgadas não apenas para grupos mas, também, para pacientes individuais (LOWENKRON, 2006).

Notas sobre a Evolução do Tratamento

Nosso propósito foi atender, em cooterapia, grupos de mulheres relativamente jovens, sem problemas orgânicos ou psiquiátricos relevantes, e com queixas de disfunção sexual em termos da diminuição do desejo e/ou ausência do orgasmo. Para isto, selecionamos dois grupos de 5 pacientes cada um, com idade entre 30 e 50 anos, que foram atendidas semanalmente com sessões de uma hora, por quatro meses.

O primeiro grupo foi atendido no Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Elas tinham sido encaminhadas pelos ginecologistas do hospital e se sujeitavam aos problemas institucionais, tais como atrasos ou interrupções. Em linhas gerais, este grupo tinha características próximas à depressão. O segundo grupo aconteceu em consultório particular, por procura espontânea, e num *setting* bastante acolhedor. As pacientes riam e falavam muito, usando, frequentemente, o senso de humor. O nível econômico talvez justifique, parcialmente, estas diferenças, mas acreditamos que a maior responsabilidade corra por conta do ambiente, e aqui vai um alerta para quem trabalha em saúde pública.

Nas primeiras sessões, a terapeuta sexual deu informações sobre a anatomia do aparelho genital, sobre a fisiologia, a necessidade de estimulação erótica e a quantidade de sangue necessária para um congestionamento pélvico ou peniano, a importância de se conversar com os companheiros, sobre os desejos, a função da fantasia, etc. Também indicou alguns exercícios.

Em um período posterior, as sessões foram iniciadas pelo psicoterapeuta. Coube a ele propiciar a abertura de novos campos e o retorno ao foco, abrindo mão, muitas vezes, da interpretação transferencial. Foi quando as pacientes trouxeram uma grande necessidade de falar, de serem ouvidas, de discutir seus conflitos e problemas na família e no trabalho. Houve uma interação, em que cada uma participava da experiência das outras. Como não é possível relatar a história de vida de cada paciente, bem como a sua influência nos sintomas atuais, optamos por trazer, apenas, fragmentos do material clínico, recortes, que nos permitimos chamar de “fotografias”:

1ª fotografia (desvalorização, agressividade)

Gilda¹ comenta que ouviu falar de um filme em que o personagem “transava” com uma bananeira. Discutem se isto é possível, resolvem investigar e, na sessão seguinte, trazem a solução: o personagem deve ter aberto um buraco na bananeira.

Logo após, Alice² se recorda de uma vez em que ficou muito excitada, quase teve um orgasmo vendo o acasalamento de seus gatos: “a gatinha, toda dengosa, seduzia,

¹ Afim de proteger a identidade das pacientes, todos os nomes são fictícios.

² Afim de proteger a identidade das pacientes, todos os nomes são fictícios.

levantava a bundinha...” Alguém pergunta se ela ainda tem estes gatos, e Alice responde: “tenho, mas agora o gato foi castrado, ele fugia e voltava todo arranhado.”

Como se vê, há um momento de desvalorização da mulher, reduzida a um objeto parcial – vagina – que pode ser facilmente substituído por uma bananeira. E o ressentimento, ligado a estas fantasias, ele pode conduzir a outras fantasias, estas de natureza agressiva – castração. Problemas e fantasias similares podem ser encontrados na disfunção sexual masculina (disfunção erétil) (CARPILOVSKY, 2002).

2ª fotografia (agressividade, transferência, foco)

Luiza, que havia se desentendido com a mãe, conta como foi agredida pelo marido. Ela ia aproveitar o feriado para descongelar a geladeira: “aí ele chega, discute, não consigo ficar calada, “expludo”, igual a uma panela de pressão”. Por isso ele a agrediu. Agora a mãe não pode mais se recusar a recebê-la em casa.

Cabe, aqui, frisar a importância das orientações ligadas à realidade externa. A terapeuta sexual comenta os riscos da violência doméstica e a possibilidade, inclusive, de buscar amparo legal. O psicoterapeuta mostra, a seguir, o descongelar a geladeira como uma tentativa de diminuir o sentimento de frieza, buscando ser mais afetiva e esperando uma relação mais calorosa por parte do marido, para “aproveitarem o feriado”. Com a frustração, com a decepção, sua excitação, seu “tesão”, ele se transforma em ódio. Aliás, para muitos selfistas (psicanalistas ligados à psicologia psicanalítica do self), as agressões são menos explicadas por pulsões instintivas do que por injúrias narcísicas. No fundo, Luiza cria situações difíceis para obter o apoio da mãe e, aqui, dos terapeutas.

3ª fotografia (projeção, transferência)

Como já falamos, o grupo de consultório era bastante solto, riam muito, tinham muito senso de humor. Assim, quando a terapeuta sexual (Dra. Júnia Dias de Lima) cita que, segundo Master e Johnson, a mulher tem oito vezes mais prazer do que o homem, Sílvia, que nunca teve desejo e nunca atingiu o orgasmo, vira-se para o psicoterapeuta e diz, com um sorriso um tanto sedutor e um tanto zombeteiro: “estou com muita pena do senhor”.

A comunicação literal é clara: quem tem pouco prazer merece pena. Mas, na realidade, quem tem pouco prazer e, portanto, merece pena, é a própria Sílvia. Até este momento, os homens eram os culpados por não satisfazerem as mulheres. Mas, com o mecanismo projetivo, Sílvia – e, por identificação, as outras componentes do grupo – ela adquire o poder de satisfazer, ou não, tanto ao marido, lá fora, como ao terapeuta, na transferência.

Algumas Considerações

1. Embora haja um sintoma predominante, a disfunção sexual, o que leva as pacientes a procurarem ajuda, é, também, a grande necessidade de uma aproximação psicológica.
2. Nos grupos estudados, houve uma fase inicial de esclarecimento, informações e exercícios. Após esta fase, as pacientes trouxeram mais os seus relacionamentos afetivos e problemas familiares e, inclusive, ligados ao trabalho, do que problemas sexuais propriamente ditos.
3. A elaboração das fantasias hostis e agressivas permitiu o afloramento de um erotismo reprimido, tão importante para uma aproximação sexual satisfatória.
4. Foi de enorme importância o papel selfobjetal do grupo, como acolhedor e protetor, e a análise das transferências cruzadas (entre os participantes dos grupos), experiências estas ligadas ao compartilhar.
5. Entre os mecanismos psicológicos, foi evidente a idealização dos terapeutas e a identificação com os terapeutas idealizados. Terapeutas estes vividos, na fantasia, como livres de todos os problemas e com uma vida sexual extremamente rica.
6. Também a introjeção dos terapeutas como um superego menos rígido, mais permissivo.

Resultados

Os terapeutas tiveram a impressão de que, à medida que a disfunção sexual melhorou, o foco passou a serem os conflitos intrapsíquicos e interpessoais. Desta forma, houve um aumento da auto-estima e uma melhor adaptação à realidade externa. Embora não se possa falar em cura,

houve uma melhora nítida em 100% das pacientes tratadas. E apesar do pequeno número da amostra não justificar um trabalho estatístico, as informações das pacientes confirmaram nossa avaliação. Todas referiram aumento do desejo, maior frequência de orgasmos e – o que é mais importante – uma maior satisfação sexual. Houve, também, melhoras nas relações afetivas com os companheiros e, em um caso, foi evitada uma separação eminente. Assim, o grupo nos parece ser uma excelente opção para problemas desta natureza.

Referências bibliográficas

ABDO, C. **Estudo da vida sexual do brasileiro**. São Paulo: Bregantini, 2004.

BISKER, J. Aplicação da psicologia do self à psicoterapia analítica de grupo. In: OSÓRIO, L. C. (Org). **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 98-107.

BRUNO, R. V. A função sexual e as drogas estimuladoras da libido. **Femina**, v.31, n.1, p.57-62, 2003. Rio de Janeiro: Rev & Med. 2003.

CARPILOVSKY, J. C. Psicogênese e tratamento da disfunção erétil – abordagem psicanalítica. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.13, n.1, p.20-27, 2002. São Paulo: Iglu. 2002.

_____ ; CHEBABI, W. L. A função da identificação projetiva na psicoterapia de grupo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.16, n.3-4, p.355-362, 1967. Rio de Janeiro: Científica Nacional. 1967.

DIEHL, A.; FALCKE, D.; WAGNER, A. A qualidade do funcionamento sexual de homens e mulheres. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.15, n.1, p.39-57, 2004. São Paulo: Iglu. 2004.

GLAXOSMITHKLINE. **Avaliação-triagem de função e satisfação sexual**: questionário. (Cedido aos autores pelo laboratório farmacêutico GlaxoSmithKline).

GONÇALVES, A. C. C. A industrialização do prazer feminino. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.16, n.2, p.313-318, 2005. São Paulo: Iglu. 2005.

GRINBERG, L.; LANGER, M.; RODRIGUÉ, E. **Psicoterapia del grupo**: su enfoque psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós, 1957.

KAPLAN, H. S. **Manual ilustrado de terapia sexual**. São Paulo: Manole, 1978.

_____. **Transtornos do desejo sexual**: regulação disfuncional da motivação sexual. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LAUMANN, E.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA**, v.281, n.6, p.537-544, 1999. Chicago: American Medical Association. 1999.

LOWENKRON, T. **Psicoterapia psicanalítica breve** (2ª ed.) Porto Alegre: Artmed, 2006.

MELLO FILHO, J. Histórico e evolução da psicoterapia de grupo. In: _____. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artmed, 2000. p.29-62.

MORENO, J. L. **Psicoterapia de grupo e psicodrama: introdução a teoria e a praxis**. São Paulo: Mestre Jou, 1974.

PINTO, A. C.; BACARAT, F.; MACÉA, J. R. Aspectos anatômicos da sexualidade humana. **Femina**, v.33, n.1, p.9-12, 2005. Rio de Janeiro: Rev & Med. 2005.

RANGÉ, B. P. Psicoterapia cognitiva. I. Fundamentos, princípios, processos, limites. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.41, n.2, p.81-85, 1992. Rio de Janeiro: Científica Nacional. 1992.

VITIELLO, N.; OLIBONI, E. R. D.; DAUD, S.; YABUSAKI, E. T. Afinal, o que é terapia sexual? **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.9, n.1, p.15-17, 1998. São Paulo: Iglu. 1998.

ZIMMERMANN, D. **A dinâmica do grupo terapêutico: contribuição ao seu estudo**. Porto Alegre: Coruja, 1957.