

VAGINISMO: QUANDO O MEDO FECHA A PORTA DO PRAZER

*Christyne Rose Cavalcante*¹

VAGINISM: WHEN FEAR CLOSES THE DOORS TO PLEASURE

Resumo: O presente artigo faz uma referência a uma disfunção sexual que acontece com algumas mulheres, causando a contração dos músculos perivaginais, dificultando ou impedindo a penetração no intercurso sexual. Essa queixa acontece devido ao medo que a mulher tem de ter dor durante a penetração, geralmente associada a inúmeras crenças errôneas e mitos de que a penetração é extremamente dolorosa. A autora fala das possibilidades de criar propostas que aumentem o sucesso da ajuda terapêutica.

Palavras-chave: Contração perineal; medo; penetração; técnicas terapêuticas.

Abstract: The present article makes a reference to a sexual disfunction that happens to some women, causing a contraction of the muscle around the vagina, making it difficult or imposible the penetration during the sexual intercourse that complain happens because of the fear that the woman have about the pain during the penetration, generally associated to endless wrong belives and myths about how extremelly painfull is the penetration. The writer talks about the possibility of the creation of some plans that would increase the success of the therapeutical help.

Keywords: Muscular contraction; fear; penetration; therapeutical help.

Introdução

O vaginismo consiste em uma disfunção sexual que ocasiona a contração involuntária da musculatura perineal e circunvaginal, levando a mulher a

¹ Médica ginecologista e psicóloga. Professora da disciplina de Sexualidade no Curso de Graduação e Pós-Graduação de Psicologia CESMAC/FCH/Alagoas.
e-mail: drachriscavalcante@drachriscavalcante.com.br

impedir parcial ou totalmente a penetração na hora da relação sexual ou a execução de um exame ginecológico.

Nesses casos é possível que a resposta sexual do paciente esteja hígida, ou seja, ela pode manifestar desejo, excitação e orgasmo normalmente diante de um estímulo erótico. É exatamente por essas razões que a mesma se mantém com a queixa sem buscar tratamento imediato.

Tal disfunção pode ser cronologicamente primária ou secundária e de amplitude geral ou situacional. Quando primária, a mulher já inicia sua vida sexual resistente à permissividade para a penetração e é secundária, quando a mesma passa um período, mais ou menos longo de vida sexual com penetração e por algum acontecimento passa a apresentar a dificuldade. Se ela tiver a queixa independentemente da qualidade do estímulo sexual a disfunção será considerada geral e caso ocorra em algumas situações e outras não, será classificada como sendo situacional.

Os fatores etiológicos psicossociológicos são os mais relevantes. Foi Walthard, em 1909, quem pela primeira vez chamou atenção para a causalidade psicogênica desta disfunção. (WALTHARD apud CAVALCANTI, 1996, p.418).

As causas mais freqüentes são as educacionais, com informações distorcidas a respeito do coito, muitas vezes impregnada de valores religiosos que associam o sexo ao pecado ou a uma condição de ser algo perigoso e nojento. Em outras mulheres pode-se encontrar história de violência sexual, gerando traumas e a crença de que sexo é doloroso.

O parceiro da mulher vagínica quase sempre mostra certa insegurança quanto a masculinidade, podendo ter disfunção de ereção, além de sentimentos de rejeição e inadequação. (MANNOCCI, 1995, p.80).

Propostas de Tratamento

Comumente é a própria paciente quem procura o profissional médico ginecologista ou psicólogo, sem ao menos conhecer seu real diagnóstico.

Após ser encaminhada para a terapia sexual e confirmado que se trata de vaginismo, o terapeuta pode começar a trabalhar os seguintes aspectos:

1) O “desenho” como técnica projetiva:

1a) Auto-Desenho: é solicitado que ela crie um desenho simbólico que ilustra como ela se vê frente a sua queixa sexual.

- 1b) Desenho da Mulher Ideal: construção de um desenho que simbolize como ela gostaria de ser sexualmente.
- 1c) Desenho do Parceiro: elaboração de uma ilustração que represente simbolicamente como ela vê seu parceiro diante dessa situação que vivencia junto com ela.

2) “Retrato” do Corpo e da Mente diante da queixa:

- 2a) Como meu corpo fica: ela cria uma lista de características que mostra como fica seu corpo nos momentos antes, durante e depois do contato sexual.
- 2b) O que minha mente pensa: pontua todos os pensamentos que surgem antes, durante e depois do encontro sexual com o parceiro.

3) Como é minha Vagina:

- 3a) Penso que ela é: escreve como ela acredita ser sua vagina.
- 3b) Retrato da minha vagina: desenha como acha que é essa estrutura genital.
- 3c) Retrato da “nova vagina”: desenha algo que represente como deseja perceber sua vagina.
- 3d) Apresentação de modelos pélvicos e pranchas esclarecedoras: o terapeuta mostra esclarecendo através das peças e ilustrações a anatomia e fisiologia da vagina.
- 3e) Paralelo “Vagina Real” e “Minha Vagina”: ela constrói uma correlação entre como pensava a respeito de sua vagina e como começa a vê-la após os esclarecimentos.
- 3f) Frases positivas: listar várias frases positivas sobre sua vagina e seu potencial para ser penetrada.
- 3g) Autoverbalização emotiva: repetir em voz alta e com entusiasmo, olhando-se no espelho, as frases construídas. Solicitar que repita esse exercício diariamente.

4) Trabalho Corporal:

- 4a) Relaxamento de Jacobson: experienciar a técnica na sessão e posteriormente fazer uma correlação entre algumas atitudes corporais com o que ocorre no momento das tentativas de penetração.
- 4b) Técnica do Espelho: olhar detalhadamente sua vulva e vagina no espelho em sua intimidade.
- 4c) Musculação Vaginal: aprender a fazer o exercício de Kegel e exercitá-lo diariamente acompanhando pelo espelho.

5) Dilatação Vaginal:

Caso o terapeuta sexual também seja ginecologista, ele pode acompanhar nas sessões esse processo, caso contrário vai apenas orientá-la para que faça em casa em sua intimidade e/ou com a presença do parceiro.

- 5a) Com cotonete de ponta arredondada: introduzir o cotonete diariamente e permitir que o parceiro participe.
- 5b) Com aplicador para virgens: introduzi-lo com a ajuda de um lubrificante a base de água e quando o fizer sem ansiedade desconectar a parte mais fina e introduzi-lo por completo.
- 5c) Com absorvente interno regular com aplicador.
- 5d) Com bolinhas tailandesas de menor diâmetro inicialmente e evoluir para a maior após dessensibilização com a anterior.
- 5e) Com o vibro (sem pilhas) em formato de bastão, com aproximadamente 12cm de comprimento e 03 cm de diâmetro.

Todas essas etapas geralmente têm um intervalo de 01 (uma) semana, entre uma e outra e a participação do parceiro como agente colaborador é de extrema importância.

Durante esses exercícios a paciente deve aprender a diferenciar sensação tátil de dor além de usar todas as ferramentas já conhecidas para relaxar o corpo e a mente.

6) Movimento de Inclusão do Parceiro:

Nessa etapa do tratamento o terapeuta sugere que o casal se prepare para a penetração com o pênis. Para que esse momento seja tranquilo é interessante que ambos disponibilizem tempo e escolham um ambiente agradável e estimulante para que possam desfrutar de um encontro afetivo-sexual bastante prazeroso.

Inicialmente a posição sexual que pode ser adotada é aquela que a mulher se sinta mais segura e com a sensação de que está controlando a qualidade da penetração. Posteriormente, vai mudando para outras posições, até que não apresente mais nenhuma dificuldade.

7) Trabalho em Grupo:

Como a maioria dos casais silenciam o problema, não compartilhando com outras pessoas, criam a fantasia que são os únicos e que a situação é grave, gerando ainda mais ansiedade e insegurança.

A proposta de um trabalho de grupo, reunindo inicialmente as mulheres vagínicas em tratamento com outras que já foram tratadas, possibilita a quebra do silêncio e troca de confidências, proporcionando um clima de cumplicidade e confiança, diminuindo a ansiedade, aumentando a credibilidade no tratamento, reduzindo os sentimentos de inferioridade e elevando a auto-estima.

Outro aspecto de grande relevância é quando os parceiros destas também aderem ao trabalho de grupo, onde cada um expõe e escuta o outro, podendo desta forma enfrentar seus medos, fantasias e também possíveis dificuldades, sem receio do julgamento e tornando-se mais capacitado para colaborar com o tratamento da parceira.

Considerações Finais

A terapia sexual é sem dúvida alguma o tratamento de eleição para o vaginismo. Ela deve ter uma proposta inovadora e rica em procedimentos terapêuticos, baseada numa fundamentação teórica bem alicerçada. O terapeuta após a identificação dos fatores causais deve deixar claro para a paciente como vai proceder e mostrar a importância da participação do parceiro (se existir), durante o processo da terapia.

Como é considerada a mais benigna das disfunções, quando a paciente está motivada, é assídua e comprometida, o tratamento oferece um alto percentual de sucesso.

Referências bibliográficas

- CAVALCANTI & CAVALCANTI. **Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais**. São Paulo: Editora Roca, 1996.
- MANNOCCI, J.F. **Disfunções Sexuais**. Abordagem Clínica e Terapêutica. São Paulo: Fundação Byk, 1995.