

## PEQUENA VIAGEM DE UM PSICANALISTA AO MISTERIOSO REINO DA TERAPIA SEXUAL\*

*José Carlos Seligman Carpilovsky<sup>1</sup>*

**Resumo:** O autor traz um pequeno relato de sua experiência, como psicanalista, de trabalhar em cooterapia com terapeutas sexuais, em hospitais públicos.

**Palavras-chave:** Psicanálise; psicoterapia de grupo; cooterapia; terapia sexual.

**Abstract:** The author brings a small account about his experience as a psychoanalyst working in co-therapy with sexual therapists in public hospitals.

**Keywords:** Psychoanalysis; group psychotherapy; co-therapy; sexual therapy.

Eu sempre gostei de viajar. Quando volto, trago sempre alguma experiência nova, alguma lembrança, algo que posso utilizar. Quando estive no Reino do Psicodrama, por exemplo, trouxe possibilidade de trabalhar com os papéis e com a troca de papéis, como uma mobilização em psicoterapia analítica de grupo.

A última viagem que eu fiz, e é sobre ela que eu vou tecer comentários, foi tão interessante que eu quis trazer algumas fotografias para mostrar a vocês.

Nós dizemos que uma região é misteriosa – certas aldeias da Índia, por exemplo – quando, além da língua, da cultura, dos hábitos, do modo de vida, os valores são tão diferentes que se torna difícil compreendê-los. Talvez isto seja apenas no início, pois, com o tempo, começa a se desenvolver uma

---

\* Colocações apresentadas em uma mesa-redonda sobre "Disfunções Sexuais e seu Tratamento em Grupo" – no XII Congresso Brasileiro de Psicoterapia de Grupo, Campinas, novembro de 2003.

<sup>1</sup> Médico, psiquiatra e psicanalista, membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, da Sociedade de Psicoterapia Analista de Grupo do Estado do Rio de Janeiro e da SBRASH.

linguagem comum. Isto porque os fenômenos que todos nós observamos são, provavelmente, os mesmos. A explicação dada a estes fenômenos – teoria – é que pode variar, devido ao referencial usado por cada um. Mas, como o fenômeno é o mesmo, as diferentes explicações podem se relacionar, bem como certos conceitos podem ser traduzidos de uma teoria para outra. Um pequeno exemplo: um “morador” do país do psicodrama observa o desenvolvimento de um bebê e diz que, para se desenvolver, ele precisa de pessoas que exerçam o papel de egos auxiliares. Já outra pessoa, “residindo” na psicologia psicanalítica do self, fala que ele precisa de seus selfobjetos mais primitivos. Como se vê, há uma correlação entre ego-auxiliar e selfobjeto, embora não sejam sinônimos.

Antes de uma viagem, costumo passar os olhos pelos guias turísticos, para já ter uma noção do que me aguarda. No caso, livros e artigos e, eventualmente, cursos e conferências sobre as regiões que pretendo visitar.

A psicanálise, eu já conhecia. É um método de investigação da mente humana; é uma teoria, obtida através deste método; é uma técnica terapêutica baseada nesta teoria. O que a faz singular, como escola psicológica, é o valor dado aos processos mentais não conscientes e o estudo da repetição de certas situações primitivas em um novo cenário temporo-espacial, ou seja, da transferência.

E a terapia sexual? É um conjunto de técnicas (cognitivas, comportamentais, corporais e outras), a serem utilizadas no tratamento de um sintoma, a disfunção sexual. Visa uma solução rápida deste sintoma, permitindo ao paciente, se for o caso, buscar posteriormente uma terapia mais profunda. Inclusive, porque, sem uma visão intrapsíquica há, segundo vários autores, um alto índice de recidivas.

As técnicas cognitivas – o principal suporte 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 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.

Na prática, a terapia sexual consiste em dar informações sobre todos os assuntos relacionados às atividades sexuais, bem como indicar exercícios de sensualidade e autoconhecimento, a serem feitos em casa. É um tratamento diretivo, em que a comunicação é iniciada a partir do terapeuta. Não escotomiza a realidade externa nem teme dar conselhos ou esclarecimentos. Já a psicanálise, em um esquema igualmente rápido, não é diretiva, e se baseia

na livre associação; recentemente, na introspecção e empatia. São interpretados os conflitos, as fantasias, as ansiedades e as defesas, de preferência no aqui-e-agora da situação transferencial. Importante é que a comunicação é iniciada a partir do paciente.

Minha primeira viagem foi no Hospital da Lagoa, Rio de Janeiro, quando a SPAG-E.Rio (Sociedade de Psicoterapia Analítica do Estado do Rio) foi convidada a participar de um programa para o tratamento das disfunções masculinas. Foi tudo muito fácil, porque houve uma nítida separação em que minha tarefa era, apenas, a psicoterapia de grupo, nos moldes que eu conhecia bem. O andrologista, Dr.Oswaldo Berg, participava como terapeuta sexual em momentos totalmente diferentes, tanto antes do início do tratamento, como em sessões especiais. Os resultados deste trabalho foram apresentados no XI Congresso Brasileiro de Psicoterapia de Grupo, em Lindóia, em setembro de 2001.

Minha viagem mais recente foi no Instituto Fernandes Figueira, a convite da Dra. Junia Dias de Lima, ginecologista, psicodramatista e terapeuta sexual. Como de costume, cuidei de toda a burocracia para obter o passaporte, aqui chamado de “crachá”. E comecei a participar. Os guias que eu havia consultado falavam da privacidade, do treinamento dos atendentes, do isolamento acústico; em suma, de um “setting” muito parecido com o que eu conhecia. No hospital, as coisas não foram bem assim. Nossa sala se situava na entrada do setor de ginecologia, e freqüentemente éramos interrompidos por pessoas pedindo informações, ou pela enfermagem, procurando por algum colega. Além disso, eventualmente, surgiam residentes que se revezavam, que compareciam quando tinham disponibilidade, o que alterava o clima psicológico. O espaço físico era pequeno, em parte ocupado por uma grande mesa redonda, que nós colocávamos em um canto da sala. Um velho e barulhento ar refrigerado cumpria, precariamente, a sua função. Com tudo isso, não se pode falar de um “setting” extremamente acolhedor. Mas nós conseguimos trabalhar e, penso, bastante bem.

Nosso propósito era atender, em cooterapia, um grupo de mulheres com disfunção sexual em termos de desejo e orgasmo. Seria um tratamento breve, focal, com tempo e objetivos limitados. E assim aconteceu, semanalmente, durante 4 meses.

No primeiro período, que vou chamar de “didático”, eu me sentia excluído. A Dra. Junia deu informações sobre a anatomia do aparelho genital, sobre a fisiologia, sobre a quantidade de sangue necessária para um congestionamento pélvico ou peniano, sobre a auto-focagem, sobre a necessidade de

conversar mais com os companheiros, conscientizando os desejos, sobre a função da fantasia etc. Como toda a comunicação partia dela, eu me sentia sem material para interpretar as pacientes. Mas observava que estas melhoravam.

Tentei entender o que acontecia. Havia a terapia sexual, é claro. E o grupo, funcionando como um suporte, como um selfobjeto acolhedor e protetor. Mas também percebi alguns mecanismos que me pareceram importantes:

Primeiro, a *idealização dos terapeutas*. Terapeutas estes vistos como livres de todos os problemas, e com uma vida sexual extremamente rica e satisfatória.

Segundo, a *identificação com a terapeuta mulher*, idealizada, não apenas como uma meta, um ideal do ego, mas até na elegância, no modo de vestir.

Em terceiro lugar, esta *terapeuta como um modelo introjetado*, um superego menos rígido, mais permissivo.

Pois bem, conversei com a Dra Junia sobre o que estava acontecendo e combinamos o seguinte: eu iniciaria as sessões e ela participaria mais a partir, aproximadamente, da metade do nosso tempo. Foi quando as pacientes trouxeram uma grande necessidade de falar, de serem ouvidas, de discutir seus conflitos e problemas familiares. Houve uma interação em que cada uma participava da experiência das outras.

Neste segundo período, a participação dos cooterapêutas foi mais equilibrada. Coube a mim propiciar a abertura de novos campos e o retorno ao foco, abrindo mão, muitas vezes, da interpretação transferencial. Vou descrever pequenos trechos para ilustrar minha participação no grupo, isto através de três (3) “fotografias”:

**1ª fotografia:** As pacientes falam muito, e se centralizam no problema da infidelidade (delas, dos maridos). Quando aviso que a hora terminou, Lucia\* suspira: “Quando começa a ficar bom, a gente para”. Mostro, apenas, que é uma queixa que se refere, também, aos maridos, pois o tempo que recebem é, na opinião delas, insuficiente para a satisfação que desejam. Isto abriu campo para, na sessão seguinte, trazerem problemas ligados à ejaculação precoce, à rapidez da relação sexual e à ausência de orgasmo.

**2ª fotografia:** Gabriela\* conta que comprou o sabonete Barbatimão , que viu na propaganda de uma revista (mostra). Quando o usa, nos

---

\* Os verdadeiros nomes foram modificados para salvaguardar a identidade das pacientes.

genitais, se excita muito. Neste momento, pontuo: “Mas o que excita é o Barbati, ou é a mão?”

Todos riem, e o assunto passa a ser a masturbação.

**3ª fotografia:** Luiza\* 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 se recusar a recebê-la em casa.

Neste momento, a Dra. Junia discute com o grupo os riscos da violência doméstica, e a possibilidade, inclusive, de buscar amparo legal.

Quanto a mim, mostro o descongelar a geladeira como uma tentativa de diminuir seu sentimento de frieza, buscando ser mais afetiva e esperando uma relação mais calorosa com o marido, para “aproveitarem o feriado”. Com a frustração, com a decepção, sua excitação, sua “tesão”, ela se transforma em ódio.

Aliás, para muitos selfistas, 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.

Para finalizar trago, para vocês, algumas impressões desta minha viagem:

1. A psicoterapia analítica e a terapia sexual são dois tratamentos diferentes, tanto pela base teórica quanto por suas indicações e objetivos, mas que podem se complementar.
2. Embora a disfunção sexual seja o sintoma predominante, seja o que leva os pacientes a procurarem ajuda, é grande a necessidade de uma aproximação psicológica.
3. No grupo estudado, as pacientes trouxeram mais o seu relacionamento afetivo e problemas familiares e, inclusive, ligados ao trabalho, do que problemas sexuais propriamente ditos.
4. Houve alguma coisa além das informações e exercícios, dados pela terapeuta sexual, e das interpretações do psicoterapeuta. Falo do papel selfobjetal do grupo, como acolhedor e protetor e das transferências cruzadas gemelares, ligadas ao compartilhar.

---

\* Os verdadeiros nomes foram modificados para salvaguardar a identidade das pacientes.

5. Dois mecanismos psicológicos jogaram um grande papel em ambas as situações: 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.
7. Mesmo em curto prazo, o uso conjunto destas duas técnicas se traduz em bons resultados. No nosso grupo, houve um aumento da frequência das relações sexuais, bem como um maior prazer nas relações sexuais e, mesmo, na vida. Um maior entendimento entre os casais e a decisão de manter um casamento, instabilizado pelo ressentimento.
8. E para as próximas viagens? Talvez utilizar as duas técnicas em sessões separadas.