

# A Abordagem Psicodinâmica no Tratamento da Sexualidade **2**

---

Sidnei Roberto Di Sessa<sup>1</sup>  
Oswaldo Martins Rodrigues Jr.<sup>2</sup>

A psicanálise, desde sua criação, vinha se tornando cada vez mais de difícil acesso às pessoas que necessitavam de psicoterapia para a liberação de possíveis traumas e preenchimento de lacunas que pudessem ter ficado em suas vidas. Essas dificuldades provinham, primeiramente, de ordem financeira, uma vez que a técnica psicanalítica que trabalha através das chamadas “resistências” (mobilizações internas que têm como objetivo deixar “inconscientes” os fatos que possam ser negativamente marcantes) necessita de três a quatro atendimentos semanais, o que naturalmente conduz a alto custo, além de grande disponibilidade de tempo durante a semana (uma hora diária para as sessões). Sem contar as dificuldades trabalhistas para se ausentar do emprego em horas impróprias para o tratamento. Como também acontece às vezes, são necessários muitos anos para que o paciente atinja o equilíbrio de personalidade almejado.

Percebendo essas dificuldades, um grupo de psicanalistas desenvolveu uma nova proposta de abordagem psicoterapêutica: a psicodinâmica ou psicoterapia psicodinâmica. Essa abordagem se utiliza do referencial teórico da psicanálise, porém não emprega suas técnicas, tendo como objetivo encurtar o processo terapêutico e o número de sessões por semana, o qual é reduzido a uma ou no máximo duas sessões. Para trazer o cliente/paciente à elaboração, podem-se utilizar técnicas que variam de acordo com a dinâmica de

---

1. Psicólogo associado ao Instituto H. Ellis (SP). 2. Psicólogo associado ao Instituto H. Ellis; mestrando em Psicologia Social pela PUC-SP.

Recebido em 13.01.92

Aprovado em 21.01.92

personalidade do indivíduo assim como do corpo teórico do terapeuta, sempre objetivando um resultado específico a preestabelecido (um exemplo é o oferecido por Milrod e Shear, 1991).

Segundo Luborsky e cols. (1988), a psicodinâmica objetiva três aspectos de mudanças:

1. Obtenção de relação de ajuda.
2. Obtenção de compreensão (insight).
3. Incorporação dos ganhos.

Portanto, um profissional que deseje trabalhar com a abordagem da psicodinâmica necessita, além de dominar todo o corpo teórico psicanalítico, conhecer também algumas outras abordagens teóricas em psicologia e suas técnicas, para que possa, então, ter desenvolvida uma forma própria para a abordagem do cliente/paciente, e não se perder em falsos ecletismos teóricos. O que existirá é o ecletismo técnico, já defendido por importantes psicoterapeutas, a exemplo de Lazarus.

Ao terapeuta cabe a habilidade terapêutica em:

1. Facilitar ao paciente experienciar a aliança de ajuda, produzindo apoio.
2. Envolver o paciente pela auto-expressão e levá-lo a adquirir a autocompreensão.
3. Assistir o paciente na interiorização dos ganhos (Luborsky a cols., 1988; Luborsky, 1990).

É importante ressaltar que a psicodinâmica não constitui necessariamente uma terapia breve. Trata-se de poder ser breve como em qualquer outra abordagem, uma vez que se focalizem um ou mais focos para a atuação - desde que parta da solicitação do cliente -, a especialidade do terapeuta, e que este acredite que o trabalho possa ser feito dessa forma.

Segundo Malan (1981), o sentimento encoberto que produz os possíveis sintomas-queixas do paciente é atingido através da utilização do modelo da interligação de dois triângulos (vide figura 1). Ao primeiro triângulo denominamos de conflito, no qual encontramos a defesa, a ansiedade e o sentimento encoberto. Esse triângulo é dirigido a uma ou mais contingências da tríade da pessoa: o outro (O), a transferência (T) e os pais (P). A atuação do terapeuta acontece ao fazer emergir o fator precipitante e a interpretação das ligações entre "O" e "P"; ao ocorrer a transferência, o terapeuta reage, provocando a interpretação entre "T" e "O", propiciando a melhoria das relações do paciente com o mundo exterior. O sentimento encoberto trata-se com frequência de um impulso. A transferência aqui referida é aquela do "aqui e agora". Os pais referem-se com frequência ao passado distante. O outro (O) é o passado, geralmente atual.

No caso da sexualidade, pode-se trabalhar psicoterapeuticamente de forma focalizada, devido à opção do cliente e ao *feeling* terapêutico do

profissional, pois é muito comum que os pacientes, envolvidos pela ansiedade em resolver o problema o mais rápido possível, queiram, ou até mesmo peçam, uma focalização de determinado problema ou conflito a ser solucionado. Porém, pode ficar claro ao profissional, e comprovado durante a avaliação psicológica, que devido à dinâmica de personalidade do paciente, seja necessário vê-lo como um todo para depois conseguir trabalhar os aspectos sexuais de forma mais direta e objetiva, focalizada, ou mesmo focalizar imediatamente outras áreas da personalidade que, perturbadas, causam diretamente o problema sexual.

Nesses casos poderíamos iniciar o processo psicoterapêutico com uma abordagem de apoio, na qual trabalharíamos enfocando o refortalecimento do ego do indivíduo, pois é muito comum que este esteja fragilizado devido à problemática sexual que vem enfrentando.

Nesses casos, o objetivo da terapia de apoio é proporcionar ao paciente a companhia especializada que lhe mostre compreensão a questione seu posicionamento, o que irá aclarar coisas, como, por exemplo, que para ser homem não é necessário ter um pênis ereto em todas as oportunidades; que é muito comum durante o transcorrer da vida de todo homem a ocorrência de eventuais falhas ou períodos de falhas sexuais; e que há muitos aspectos cotidianos relacionados às vivências de falhas sexuais por homens com queixas de disfunção erétil. Utilizam-se para essas abordagens técnicas que não pertencem obrigatoriamente ao corpo psicanalítico, mas que precisam ser dominadas pelo psicoterapeuta, para que sejam empregadas de forma objetiva e adequada.

Após a abordagem inicial de suporte de ego, poderíamos entrar na fase de terapia reconstrutiva. Essa forma de abordagem proporcionaria ao paciente o *insight* (compreensão interna do problema), fase em que, para que o paciente possa suportar os sentimentos negativos que experimentará, será necessário um ego mais reforçado. Só aí, então, ele terá condição de perceber as causas de seu estado atual (caso a disfunção sexual seja de etiologia psicológica), ou então terá como superar o problema sexual da melhor maneira, sem desenvolver sintomatologia paralela (caso a etiologia da disfunção sexual seja orgânica), em especial no caso de intervenções cirúrgicas.

Temos ainda a terapia de forma reeducativa (na qual se encaixam os terapeutas sexuais, ou seja, os terapeutas que focalizam a sexualidade de seus pacientes para o trabalho psicoterápico) através da qual se procede a orientações específicas para o paciente, que também está desinformado, e em consequência dessa desinformação vive um conflito, ou a este chega por desenvolvimento de condições comportamentais e ambientais que não compreende. A reestruturação comportamental e cognitiva conduzirá o paciente nessas condições a solucionar o problema sexual. Nem sempre se faz necessário que o paciente compreenda o desenvolvimento do distúrbio sexual e suas origens (*insight*); a reestruturação comportamental

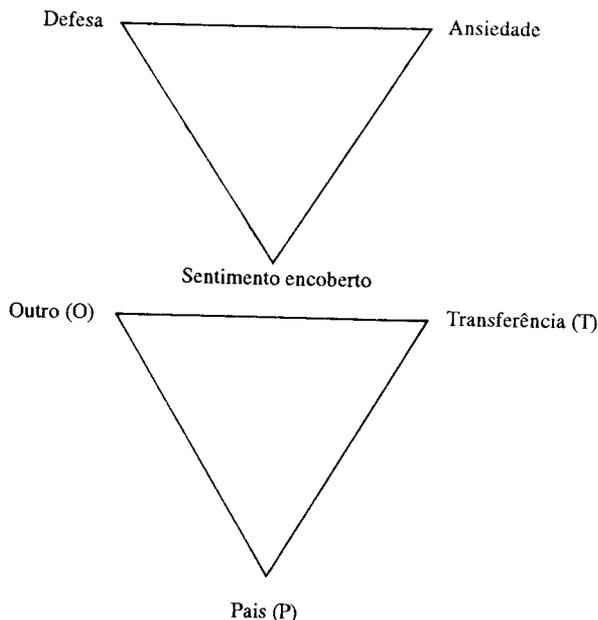
modificará a ação das causas, impedindo-as de retornar à ação. Essa reestruturação comportamental é conseguida por técnicas desenvolvidas desde a década de 50 (Wolpe, 1981; Masters e Johnson, 1985; Kaplan, 1977, 1982, 1983, 1989; Munjack e Oziel, 1984).

A terapia sexual, utilizada dentro da abordagem psicodinâmica, é vista como uma forma de abordagem focalizada, aplicada a pacientes cujas avaliações psicológicas não apresentem alterações psicopatológicas de personalidade que poderiam interferir no processo de reestruturação comportamental e cognitiva. Note-se que é uma forma de psicoterapia reeducativa.

Por exemplo, um homem que perde a ereção peniana durante o coito, e como conseqüência deixa de se sentir identificado com o papel sócio sexual masculino que lhe fora atribuído socialmente e por ele introjetado desde a primeira infância (triângulo de conflito). Ele passa a se inferiorizar e se comparar, invejar os amigos e parentes, fugindo de festas e reuniões e de qualquer ocasião em que possa haver comentários sobre o assunto sexo. Essa retração social trará outras dificuldades emocionais para o nosso paciente, além de possível desestruturação conjugal e de personalidade, distúrbios afetivos e outros desequilíbrios, atrapalhando o trabalho e impedindo o lazer e outras formas de satisfação pessoal. A focalização do distúrbio sexual através do reforço das defesas do ego (terapia de apoio) fará com que ele retome os contatos sócio-afetivos (aqui entra o outro triângulo, no qual o terapeuta, ao produzir a emergência do conflito, propicia a transferência para a relação terapêutica e a ligação entre o terapeuta e o passado conflitante do paciente). Ao contrário, a utilização de técnicas de melhoria de relacionamento social seria destituída de senso (equivaleria à terapia reeducativa), posto que a dificuldade de relacionamento interpessoal, que em outras situações seria adequadamente tratada com técnicas assertivas ou de expressividade emocional, não é o problema primeiro, mas sim secundário ao conflito gerado pela disfunção erétil.

Na abordagem psicodinâmica da sexualidade podemos nos utilizar de técnicas psicoterapêuticas de quaisquer corpos teóricos dos quais tivermos conhecimentos, sempre acompanhando, para isto, a dinâmica de funcionamento de pacientes e objetivando um resultado específico.

No caso de distúrbios de comportamento sexual, ou seja, disfunções sexuais, como a exemplificada disfunção erétil, técnicas comportamentais são as mais adequadas. Kaplan (1977, 1982, 1983, 1989) conduz sua abordagem psicodinâmica de consultório, prescrevendo concomitantemente medicações antidepressivas, ansiolíticas, técnicas de modificação de comportamento e de terapia sexual, além de se utilizar de correções cirúrgicas para os casos em que se façam necessárias. Abordagens multidisciplinares análogas são atualmente utilizadas no Brasil (Rodrigues Jr., 1991a, b; Di Sessa e cols., 1991; Costa e cols., 1991; Reis e Rodrigues Jr., 1991).



**Figura 1** - Esquema dos dois triângulos que se interagem fornecendo a explicação para a formulação psicodinâmica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COSTA, M.; GLINA, S.; PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; RODRIGUES Jr., O. M.; PORTNER, M. Sexualidade: A Integração do Atendimento Multidisciplinar. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, XX(8):301-7, 1991.
2. DI SESSA, S. R.; GOZI, N.; RODRIGUES Jr., O. M.; REIS, J. M. S. M. Implantação de serviço multidisciplinar de sexualidade masculina em cidade do interior de São Paulo. Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência - ABED). São Paulo, 15 a 17 de agosto de 1991.
3. KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1977.
4. \_\_\_\_\_. *Manual Ilustrado de Terapia Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Manole, 1978.
5. \_\_\_\_\_. *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1978.
6. \_\_\_\_\_. *Disfunciones Sexuales - Diagnóstico y Tratamiento de Las Aversiones, Fobias y Angustia*. Buenos Aires, Grijalbo S.A., 1989.
7. KOLODNY, R. C.; MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *Manual de Medicina Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Manole, 1982.

8. LUBORSKY, L. Theory and technique in dynamic psychotherapy - curative factors and training therapists to maximize them. *Psychother. Psychosom.*, 53(1):50-7, 1990.
9. LUBORSKY, L.; CRITS-CHRISTOPH, O.; MINTZ, J.; AUERBACH, A. *Who Will Benefit from Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes*. New York, Basic Books, 1988.
10. MALAN, D. *Psicoterapia Individual e A Ciência da Psicodinâmica*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1988.
11. \_\_\_\_\_. *As Fronteiras da Psicoterapia Breve: Um Exemplo de Convergência entre Pesquisa e Prática Médica*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1981.
12. MILROD, B.; SHEAR, M. K. Psychodynamic treatment of panic - three case histories. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(3):311-4, 1991.
13. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Inadequação Sexual Humana*. Sao Paulo, Livraria Roca Ltda., 1985.
14. MUNJACK, D. J.; OZIEL, D. J. *Sexologia -Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro, Livraria Ateneu, 1984.
15. REIS, J. M. S. M.; RODRIGUES Jr., O. M. O uso de auto-injeção em pacientes com disfunção erétil. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, XX(1112):469-73, 1991.
16. RODRÍGUES Jr., O. M. Atuação do psicoterapeuta no tratamento da disfunção erétil de etiologia orgânica - parâmetros. Anais do 1 Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência). São Paulo, 5 a 17 de agosto de 1991.
17. \_\_\_\_\_. Parâmetros psicológicos para indicação de auto-injeção intracavernosa de drogas vaso-ativas no tratamento da disfunção erétil. *Reprodução*, 6(4):217-20, 1991b.
18. WOLPE, J.A *Prática da Terapia Comportamental*. São Paulo, Editora Brasiliense, 4ª ed., 1981.